

Міністерство освіти і науки України
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису

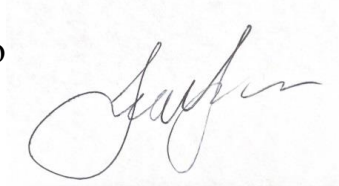
ЛОТОЦЬКА ЛЕСЯ БОГДАНІВНА

УДК: 61:378:613.7:613.8)-057.87

ДИСЕРТАЦІЯ
**ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ
У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ**

13.00.01 – загальна педагогіка та історія педагогіки

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело



Лотоцька Л.Б.

Науковий керівник:

Пантюк Тетяна Ігорівна,

доктор педагогічних наук, професор

Дрогобич – 2023

АНОТАЦІЯ

Лотоцька Л.Б. Формування здорового способу життя у студентів медичних закладів вищої освіти. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук зі спеціальності 13.00.01 – загальна педагогіка та історія педагогіки. – Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка, МОН України, Дрогобич, 2023.

Збереження здоров'я та забезпечення повноцінного життя особистості є однією із ключових цілей суспільства. Формування здорового способу життя студентів у закладах вищої освіти – проблема доволі актуальна, що має велике практичне значення для підготовки майбутніх фахівців.

У **вступі** обґрунтовано актуальність та доцільність досліджуваної проблеми, розкрито зв'язок дисертаційної роботи з науковими програмами, планами, темами, визначено мету, основні завдання, об'єкт, предмет, методи дослідження, висвітлено наукову новизну та практичне значення отриманих результатів дослідження, наведено дані щодо їх апробації і впровадження, окреслено структуру й обсяг дисертації

У **першому розділі** «Сучасні тенденції формування засад здорового способу життя студентів» проаналізовано низку дефініцій здоров'я, запропонованих представниками різних наукових шкіл і напрямів. Такий перелік є далеко не повним, але навіть він вражає розмаїттям трактувань і різноманітністю ознак, використаних при виявленні сутнісних характеристик досліджуваного поняття.

Стверджено, що останнім часом акцент у збереженні й зміцненні здоров'я зміщується у бік активізації здоров'язбережувальної позиції особистості, опанування нею умінь і навичок здорового способу життя. На це орієнтований комплекс законодавчо-нормативного забезпечення, яке повинно сприяти впровадженню та підтриманню здорового способу життя в Україні. Проте

окремого законодавства, спрямованого на формування цієї парадигми у нашій державі немає. Деякі правові норми зафіксовані у нормативно-правових актах, що належать до різних галузей законодавства.

Окреслено сукупність пізнавальних і соціальних навичок, що визначають мотивацію і здатність людей на отримання доступу до інформації, яка сприяє формуванню здорового способу життя. Визначено, що означена проблема виходить за рамки вузької концепції медико-санітарної освіти й індивідуальної поведінки, орієнтованих на комунікацію, також розглядаються екологічні, політичні та соціальні фактори, які визначають здоров'я.

Виокремлено проблеми формування позитивної мотивації навчально-пізнавальної діяльності у медичному ЗВО, зокрема проаналізовано стан мотивації перед вступом до нього; схарактеризовано динаміку її змін на різних курсах навчання; виокремлено умови, які сприяють формуванню у здобувачів освіти позитивної мотивації до навчально-пізнавальної діяльності.

Установлено, що проблема формування здорового способу життя молоді є багатоаспектною і пов'язана з комплексом питань, а саме: забезпеченням оптимальних умов для навчання, праці, дозвілля, побуту, харчування, особистої гігієни, рухової активності, загартуванням, усуненням шкідливих звичок, які водночас сприяють і зростанню здорового організму, і збереженню здоров'я.

Досліджено, систематизовано й проаналізовано репрезентативну базу наукових джерел, визначено необхідність розробки та впровадження у закладах освіти України, зокрема в галузі охорони здоров'я, навчально-дослідницьких проєктів із використанням набору методів критичного мислення людей. Проєкти такого характеру можуть відходити від чітко визначених оцінок нормативних програм навчального плану, зосереджуючи увагу на аналізі впливу медичної освіти, що зорієнтована на студентів, шляхом зображення трансформаційних змін, які відбуваються в оцінці розуміння стану здоров'я учасниками освітнього процесу (студентами і викладачами). Такий напрям педагогічного процесу потребує альтернативних методів навчання, які сприяли б діалогу, критичному відображенню та соціальній трансформації, передбачали

надання студентам доступу до різноманітної інформації та доказів, що є актуальними для питань, пов'язаних зі здоров'ям.

У **другому розділі** «Аналіз проблеми формування здорового способу життя студентів-медиків в умовах сучасної освіти та новітніх технологій» проаналізовано передумови та зміст, форми, напрями її формування і розвитку.

Відзначено необхідність збереження та зміцнення здоров'я студентської молоді, вказується на низку труднощів, зокрема, специфічність представленості цієї соціальної групи (терміни та форма навчання, спеціалізація), динаміка чинників ризику, їх залежність від регіональних умов. Результатом такої ситуації можна вважати фрагментарність наукових досліджень та відсутність їх єдиної комплексної програми. Досить проблематичним є встановлення особливостей соціально-гігієнічних і медико-біологічних характеристик, які безпосередньо впливають на стан здоров'я та його науково обґрунтованої педагогічної оцінки, визначення шляхів удосконалення формування здорового способу життя студентів-медиків [16].

Підкреслено, що для виявлення ефективних заходів формування здорового способу життя студентів-медиків, важливо встановити причиново-наслідкові зв'язки, зрозуміти, від чого залежить здоровий або нездоровий спосіб життя; чи впливають на їхню поведінку рівень доходу, освіта, сімейні чинники, релігійна приналежність, соціальні мережі тощо. Зокрема, з'ясовано, що працездатність і самооцінку здоров'я більше визначають психологічний дистрес, депресивні симптоми, аніж серйозні хронічні захворювання. Це, власне, і зумовлює важливість регулятивної функції самооцінки здоров'я.

Виявлено, що формування та збереження здоров'я студентів реалізується не лише через передачу знань, посилення мотивації і виховання ціннісного ставлення до нього, а й способом організації здорового способу життя у поєднанні з фізичним розвитком, дозвіллям, родинними традиціями. Важливим в освітньому процесі медичного ЗВО є застосування здоров'язбережувальних технологій, які забезпечують гігієнічно оптимальні умови навчання; доцільну організацію освітнього процесу і фізичної активності поряд із педагогічними

технологіями (як традиційного, так і особистісно-орієнтованого, проблемного навчання, критичного мислення тощо), застосовувані викладачами на заняттях і в позаурочній діяльності.

Наголошено, що з метою розуміння взаємозв'язку медичної підготовки і стресу у подальшій професійній діяльності лікаря, освітній процес у ЗВО повинен розглядатися більш глибоко. Доведено, що у цьому контексті при вступі до ЗВО психічне здоров'я студентів-медиків порівняно зі студентами інших вишів є приблизно однаковим, однак погіршується з переходом на наступні курси, і супроводжується новими стресовими поштовхами, спричиненими ваганнями щодо вибору професії. Для багатьох значний обсяг навчального матеріалу першого року асоціюється з усвідомленням того, що його неможливо засвоїти повністю, і це суттєво впливає на попередню самооцінку. Хоча певний ступінь стресу є нормальною складовою медичної підготовки й може почасти бути стимулом, все ж не всі вважають стрес конструктивним. Через нього у більшості студентів з'являються відчуття страху, некомпетентності, провини, гніву, виникають психологічні і соматичні захворювання. Підвищені рівні стресу негативно впливають на опанування освітніх програм, перешкоджають концентрації уваги, прийняттю рішень і формуванню навичок, необхідних для навчання та професійного зростання студентів.

Дослідження, спрямовані на виявлення джерел стресу серед майбутніх медиків, загалом вказують на такі аспекти: академічний тиск, соціальні питання та фінансові проблеми, частка яких коливається у діапазоні 25–75 %. Погіршення психічного здоров'я студентів, що зумовлюється посиленням психологічним пресингом, тривогою, депресією і навіть посттравматичним стресовим розладом, є глобальним явищем. Зокрема екстрений перехід на онлайн-навчання мав неоднозначні результати і виявився стресовим фактором, особливо коли це було пов'язано зі збільшенням навчального навантаження.

Доведено, що сучасні мас-медіа – це важливі науково-просвітньо-освітні чинники, які дають змогу студентській молоді поповнювати і поглиблювати

знання. Це може вплинути на сприйняття соціальних норм, які складають основи здорового способу життя, та спроможність і бажання змінитися. Інформація у ЗМІ про здоровий спосіб життя має бути адаптованою до особистості і поведінки індивіда.

Проведений аналіз свідчить про мозаїчність структури знань студентів щодо формування здорового способу життя, їхні недостатню упорядкованість і взаємозв'язок. Здобуті знання не виступають необхідним функціональним фактором для використання у повсякденній життєдіяльності, а студентам не вистачає пошуково-пізнавальної активності для їх поповнення і поглиблення за допомогою сучасних ЗМІ.

У третьому розділі «Моделювання процесу формування здоров'язбережувальної поведінки студентів-медиків закладів вищої освіти» встановлено значні відмінності в ефективності освітніх програм медичних закладів вищої освіти і проаналізовано чинники, які впливають на прогнозування здоров'язбережувальних технологій для студентів.

Стверджено, що відбувся перехід від пріоритетів, орієнтованих на хвороби, профілактику захворювань та охорону здоров'я, до концентрування уваги на фізичному, емоційному, соціальному добробуті. Враховуючи складність практики зміцнення здоров'я та її багаторівневість, необхідні зусилля для розробки ефективних програм з урахуванням психологічних, організаційних, культурних, громадських, політичних факторів, які впливатимуть на здоров'я молоді.

Охарактеризовано моделі формування здорового способу життя для інтерпретації та прогнозування поведінки, пов'язаної зі здоров'ям. Такі моделі дають змогу промоутеру здоров'я висувати гіпотезу щодо методу втручання у здоров'язбережувальну поведінку. Більшість теоретичних моделей формування здорового способу життя перебувають у симбіозі з іншими дисциплінами, зокрема педагогікою, психологією, соціологією та управлінськими науками. Розроблені моделі покликані забезпечити підтримку багаторівневих утручань,

які даватимуть надійні результати та систематизуватимуть способи розуміння ситуацій й прогнозування результатів.

Установлено цілісні підходи до вдосконалення здоров'язбережувальних технологій у закладах вищої освіти, які узгоджуються з освітніми професійними програмами та інтегруються до них. Вони сприяють підвищенню ефективності навчання та розвитку цілісної особистості одночасно, використовуючи як освітні, навчальні, так і медичні програми. Отже, існує нагальна потреба у розробці, впровадженні й оцінці практик, які інтегрують збереження і зміцнення здоров'я студентів у навчальну діяльність для забезпечення більш ефективної академічної освіти.

Розроблено й структуровано теоретичну модель, з метою підвищення культури здоров'я. У ній презентовано взаємозв'язок основоположних принципів, процесів, результатів і перспектив у формуванні здорового способу життя студентів медичних закладів вищої освіти та передбачено такі компоненти: мета, передумови, діяльність, аудиторія, результати. Логічна модель представлена через вхідні дані (ресурси) та дії, що поєднані з іншими елементами. Підсумки, які описують взаємодію між ними, виділені у взаємопов'язаних блоках між компонентами.

Наукова новизна і теоретичне значення дослідження полягають у тому, що *вперше: простежено* наявність різноманітних підходів щодо трактування дефініції «здоров'я» як складного феномену глобального значення, що включає комплекс соціальних, економічних, біологічних, медичних аспектів; є об'єктом споживання, індивідуальною та суспільною цінністю, явищем системного характеру, динамічним, яке постійно взаємодіє з довкіллям (фізичним, соціальним, природним), а не тільки визначається відсутністю хворіб чи наявністю фізичних обмежень; *конкретизовано* сутність поняття «здорові університети» як загальноуніверситетський підхід у цілісному розумінні здоров'я; створення освітнього середовища та забезпечення організаційної культури, які сприятимуть здоров'ю, добробуту і сталості студентської спільноти, даючи змогу повно реалізувати власний потенціал; *теоретично*

обґрунтовано педагогічну модель, структуровану для відображення взаємозв'язку фундаментальних принципів, процесів, результатів і перспектив у формуванні здорового способу життя студентської молоді медичних закладів вищої освіти (у ній акцентовано на доказах як фактах ефективності втручання для досягнення результату); виявлено вплив самооцінки здоров'я студентів-медиків як інтегрального показника і мотиваційної детермінанти здоров'я на формування здорового способу життя; перехід від пріоритетів, орієнтованих на хвороби, профілактику захворювань та охорону здоров'я до концентрування уваги на фізичному, емоційному й соціальному добробуті; досліджено взаємозв'язок поміж різноманітними чинниками, які зумовлюють високий бал у самооцінці здоров'я студентів або, навпаки, знижують його; визначено психолого-педагогічні та соціальні передумови формування ціннісного ставлення сучасних студентів-медиків до здорового способу життя; психологічні особливості особистості студентів в умовах навчальної діяльності у медичних закладах вищої освіти; можливість і доцільність використання мас-медіа та новітніх технологій у формуванні навичок здорового способу життя студентів-медиків.

Практичне значення дисертаційної роботи полягає у тому, що наукові результати дисертаційного дослідження використано в освітньому процесі медичних закладів вищої освіти, зокрема з теоретичних дисциплін обов'язкової і вибіркової компонент освіти-професійних програм «Медицина» та «Громадське здоров'я». Основні положення дисертації були включені до лекційного курсу та тематики практичних занять при викладанні у медичних закладах вищої освіти навчальних дисциплін «Основи громадського здоров'я», «Профілактика, валеологія», «Формування здорового способу життя населення», «Управління якістю життя»; курсів «Організаційно-дидактичні особливості навчального процесу у закладі вищої освіти в галузі охорони здоров'я», «Компетентнісний підхід у вищій медичній освіті. Формування фахової компетентності студентів-медиків, лікарів і провізорів», «Сучасні

інтерактивні та проблемно-орієнтовані технології навчання студентів щодо пошуку та використання доказової інформації».

Матеріали дослідження впроваджено до навчальної програми мультидисциплінарного циклу тематичного удосконалення «Педагогічні, психологічні та правові аспекти вищої медичної освіти» для науково-педагогічних працівників медичних закладів вищої освіти факультету післядипломної освіти

Результати дослідження сприятимуть оптимізації дослідницької діяльності науковців, викладачів, аспірантів, студентів у їхній професійній сфері, а також удосконаленню чинної системи професійної підготовки майбутніх медичних фахівців.

Ключові слова: здоров'я, здоровий спосіб життя, здоровий спосіб життя студентів медичних закладів вищої освіти, модель формування здорового способу життя.

ABSTRACT

Lototska L.B. Formation of a healthy lifestyle in students of medical institutions of higher education. – On the rights of the manuscript.

Thesis for obtaining a scientific degree of Candidate of Pedagogical Sciences in Speciality 13.00.01 – general pedagogy and history of pedagogy. – Ivan Franko Drohobych State Pedagogical University, Ministry of Education and Science of Ukraine, Drohobych, 2023.

Preserving health and ensuring a full life is one of the key goals of society. The formation of a healthy lifestyle of students in higher education institutions is a rather urgent problem and is of great practical importance for the training of future specialists.

The **introduction of the thesis** substantiates the relevance and feasibility of the problem under study, reveals the connection of the dissertation with scientific programs, plans, topics, defines the purpose, main tasks, object, subject, methods of

research, highlights the scientific novelty and practical significance of the research results, provides data on their testing and implementation, outlines the structure and scope of the dissertation

The first chapter «Modern Trends in the Formation of the Foundations of a Healthy Lifestyle for Students,» analyzes a number of definitions of health proposed by representatives of various scientific schools and fields. Such a list is far from complete, but even it impresses with the variety of interpretations and heterogeneity of the features used to identify the essential characteristics of the studied concept.

It is argued that recently the emphasis in preserving and promoting health has been shifting towards activation of the health-preserving position of an individual, mastering the skills and abilities of a healthy lifestyle. This is the focus of a set of legislative and regulatory frameworks that should facilitate the introduction and maintenance of a healthy lifestyle in Ukraine. However, there is no specific legislation aimed at shaping this paradigm in our country. Some legal norms are enshrined in regulatory legal acts belonging to different branches of legislation.

The article outlines a set of cognitive and social skills that determine people's motivation and ability to access information that promotes a healthy lifestyle. It is determined that this problem goes beyond the narrow concept of health education and individual behavior focused on communication, and also considers environmental, political and social factors that determine health.

The problems of forming a positive motivation for learning and cognitive activity in a medical university are highlighted, in particular, the state of motivation before entering it is analyzed; the dynamics of its changes in different courses of study is characterized; the conditions that contribute to the formation of positive motivation for learning and cognitive activity in students are highlighted.

It has been established that the problem of forming a healthy lifestyle of young people is multidimensional and is associated with a set of issues, namely: providing optimal conditions for study, work, leisure, life, nutrition, personal hygiene, physical activity, hardening, elimination of bad habits, which at the same time contribute to the growth of a healthy body and health preservation.

A representative base of scientific sources has been researched, systematized and analyzed, and the need to develop and implement educational and research projects using a set of methods of critical thinking of people in Ukrainian educational institutions, in particular in the field of health care, has been identified. Projects of this nature can move away from clearly defined assessments of normative curriculum programs, focusing on analyzing the impact of student-centered medical education by depicting the transformational changes that occur in the assessment of health understanding by participants in the educational process (students and teachers). This direction of the pedagogical process requires alternative teaching methods that would promote dialogue, critical reflection and social transformation, and provide students with access to a variety of information and evidence relevant to health-related issues.

The second chapter «Analysis of the Problem of Forming a Healthy Lifestyle of Medical Students in the Context of Modern Education and the Latest Technologies,» analyzes the prerequisites and content, forms, and directions of its formation and development.

The need to preserve and promote the health of student youth, and points out a number of difficulties, in particular, the specificity of this social group (terms and form of study, specialization), the dynamics of risk factors, and their dependence on regional conditions. The result of this situation is the fragmentation of research and the lack of a single comprehensive program. It is quite problematic to establish the peculiarities of socio-hygienic and medical-biological characteristics that directly affect the state of health and its scientifically based pedagogical assessment, to identify ways to improve the formation of a healthy lifestyle of medical students.

It is emphasized that in order to identify effective measures for the formation of a healthy lifestyle of medical students, it is important to establish cause and effect relationships, to understand what determines a healthy or unhealthy lifestyle; whether their behavior is influenced by income, education, family factors, religious affiliation, social networks, etc. In particular, it has been found that psychological distress and depressive symptoms are more likely to determine the ability to work and self-

assessment of health than serious chronic diseases. This, in fact, determines the importance of the regulatory function of health self-assessment.

It has been found that the formation and preservation of students' health is realized not only through the transfer of knowledge, strengthening of motivation and education of a value-based attitude towards it, but also by organizing a healthy lifestyle in combination with physical development, leisure, and family traditions. Important in the educational process of a medical HEI is the use of health-saving technologies that provide hygienically optimal learning conditions; appropriate organization of the educational process and physical activity along with pedagogical technologies (both traditional and personality-oriented, problem-based learning, critical thinking, etc.) used by teachers in the classroom and in extracurricular activities.

It is emphasized that in order to understand the relationship between medical training and stress in the further professional activity of a doctor, the educational process in higher education institutions should be considered more deeply. It is proved that in this context, when entering a higher education institution, the mental health of medical students is approximately the same as that of students of other universities, but deteriorates with the transition to subsequent courses, and is accompanied by new stressful impulses caused by hesitation in choosing a profession. For many, the large amount of academic material in the first year is associated with the realization that it is impossible to learn it all, and this significantly affects their previous self-esteem. Although a certain degree of stress is a normal part of medical training and can be partly motivating, not everyone considers stress to be constructive. It causes most students to experience feelings of fear, incompetence, guilt, anger, and psychological and physical illness. Increased levels of stress negatively affect the mastery of educational programs, interfere with concentration, decision-making, and the development of skills necessary for students' learning and professional growth.

Studies aimed at identifying the sources of stress among future doctors generally point to the following aspects: academic pressure, social issues, and financial

problems, the share of which ranges from 25-75%. The deterioration of students' mental health due to increased psychological pressure, anxiety, depression, and even post-traumatic stress disorder is a global phenomenon. In particular, the emergency transition to online learning had mixed results and proved to be a stressful factor, especially when it was associated with an increase in the workload.

It is proved that modern mass media are important scientific and educational factors that allow students to replenish and deepen their knowledge. This can affect the perception of social norms that form the basis of a healthy lifestyle, as well as the ability and desire to change. Information in the media about healthy lifestyles should be adapted to the personality and behavior of the individual.

The analysis shows the mosaic structure of students' knowledge about healthy lifestyles, their lack of orderliness and interconnection. The existing knowledge is not a necessary functional factor for use in everyday life, and students lack search and cognitive activity to replenish and deepen it with the help of modern media.

The third chapter «Modeling the Process of Forming Health-Saving Behavior of Medical Students of Higher Education Institutions» identifies significant differences in the effectiveness of educational programs of medical institutions of higher education and analyzes the factors that influence the prediction of health-saving technologies for students.

It was found that there has been a shift from priorities focused on disease, disease prevention and health care to focusing on physical, emotional and social well-being. Given the complexity of health promotion practices and their multilevel nature, efforts are needed to develop effective programs that take into account psychological, organizational, cultural, social, and political factors that will affect the health of young people.

The article characterizes models of healthy lifestyle formation for interpreting and predicting health-related behavior. Such models allow a health promoter to put forward a hypothesis about the method of intervention in health behavior. Most theoretical models of healthy lifestyle formation are in symbiosis with other disciplines, including pedagogy, psychology, sociology, and management sciences. The models developed are

designed to support multi-level interventions that will produce reliable results and systematize ways of understanding situations and predicting outcomes.

Holistic approaches to improving health-saving technologies in higher education institutions have been established, which are consistent with and integrated into educational professional programs. Such approaches contribute to improving the effectiveness of learning and the development of a holistic personality at the same time, using both educational, training, and medical programs. Thus, there is an urgent need to develop, implement, and evaluate practices that integrate student health promotion and health maintenance into academic activities to ensure more effective academic education.

A theoretical model has been developed and structured to promote a culture of health. It presents the interconnection of fundamental principles, processes, results and prospects in the formation of a healthy lifestyle of medical students in higher education institutions and provides the following components: purpose, prerequisites, activities, audience, results. The logical model is presented through input data (resources) and actions that are combined with other elements. The outcomes that describe the interaction between them are highlighted in interconnected blocks between the components.

Scientific novelty and theoretical significance: *for the first time:* the *existence* of various approaches to the interpretation of the definition of «health» as a complex phenomenon of global significance, which includes a set of social, economic, biological, medical aspects; is an object of consumption, individual and social value, a systemic phenomenon, dynamic, constantly interacting with the environment (physical, social, natural), and not only determined by the absence of diseases or the presence of physical limitations; *the essence* of the concept of «healthy universities» is specified as a university-wide approach to a holistic understanding of health; creating an educational environment and ensuring an organizational culture that will promote the health, well-being and sustainability of the student community, allowing them to fully realize their potential; *theoretically substantiated* a pedagogical model structured to reflect the inter the relationship between various factors that determine a

high score in the self-assessment of students' health or, conversely, reduce it is investigated; psychological, pedagogical and social prerequisites for the formation of a value attitude of modern medical students to a healthy lifestyle are determined; psychological characteristics of students' personality in the conditions of educational activity in medical institutions of higher education; the *possibility* and feasibility of using mass media and the latest technologies in the formation of healthy lifestyle skills of medical students are determined. connection of fundamental principles, processes, results and prospects in the formation of a healthy lifestyle for students of medical higher education institutions (it focuses on evidence as facts of the effectiveness of the intervention to achieve the result); the *influence* of medical students' self-assessment of health as an integral indicator and motivational determinant of health on the formation of a healthy lifestyle; the transition from priorities focused on disease, disease prevention and health care to focusing on physical, emotional and social well-being; the *relationship* between various factors that determine a high score in the self-assessment of students' health or, conversely, reduce it is investigated; psychological, pedagogical and social prerequisites for the formation of a value attitude of modern medical students to a healthy lifestyle are determined; psychological characteristics of students' personality in the conditions of educational activity in medical institutions of higher education; the possibility and feasibility of using mass media and the latest technologies in the formation of healthy lifestyle skills of medical students are determined.

The practical significance of the thesis is that the scientific results of the dissertation research are used in the educational process of medical institutions of higher education, in particular in theoretical disciplines of the compulsory and elective components of the educational and professional programs «Medicine» and «Public Health».

The main provisions of the dissertation were included in the lecture course and topics of practical classes in teaching in medical higher education institutions the disciplines «Fundamentals of Public Health», «Prevention, Valeology», «Formation of a healthy lifestyle», «Quality of Life Management»; courses «Organizational and

didactic features of the educational process in a higher education institution in the field of health care», «Competence-based approach in higher medical education. Formation of professional competence of medical students, doctors and pharmacists», «Modern interactive and problem-oriented technologies of teaching students to search and use evidence-based information».

The research materials have been implemented in the curriculum of the multidisciplinary cycle of thematic improvement «Pedagogical, psychological and legal aspects of higher medical education» for scientific and pedagogical staff of medical institutions of higher education of the Faculty of Postgraduate Education.

The results of the study will help to optimize the research activities of scientists, teachers, graduate students, and students in their professional field, as well as improve the current system of professional training of future medical specialists.

Key words: health, healthy lifestyle, healthy lifestyle of students of medical higher education institutions, a model for the formation of a healthy lifestyle.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДОСЛІДЖЕННЯ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

Статті у наукових фахових виданнях України

1. Лотоцька Л.Б. Вплив соціальних мереж на здоров'я студентської молоді. *Педагогічний. пошук.* 2012. № 4. С. 19–22.

2. Лотоцька Л.Б., Лотоцька-Дудик У.Б., Закаляк Н.Р. Сучасні тенденції стану здоров'я студентів та формування засад здорового способу життя в умовах модернізації навчально-виховного процесу. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт).* 2013. № 7 (33). С. 31–37.

3. Лотоцька Л.Б., Лотоцька-Дудик У.Б., Закаляк Н.Р. Здоров'язберігаюче середовище як умова забезпечення фізичного, психічного та соціального

благополуччя студентів. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*. 2015. № 5 (61). С. 154–157.

4. Лотоцька Л.Б. Поширеність споживання енергетичних напоїв серед студентів медичного університету. *Нова педагогічна думка*. 2015. № 2 (82). С. 21–27.

5. Лотоцька Л.Б. Вплив навчального процесу на стан здоров'я студентів медичних ВНЗ. *Нова педагогічна думка*. 2016. № 1 (85). С. 90–95.

6. Лотоцька Л.Б. Пропаганда здорового способу та якості життя серед студентів вищих медичних навчальних закладів. *Нова педагогічна думка*. 2017. № 1 (89). С. 81–84.

7. Лотоцька Л.Б. Комплексний підхід реалізації політики формування здорового способу життя молоді в навчальних закладах. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2018. Вип. 61. Том. 1. С. 85–89. http://www.pedagogy-journal.kpu.zp.ua/archive/2018/61/part_1/20.pdf.

8. Лотоцька Л., Лотоцька-Дудик У., Брейдак Ю. Тенденції розвитку орторексії серед студентів-медиків. (Trend in the development of orthorexia among medical students) *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2020. Вип. 32. Том 2. С. 159–164. DOI: <https://doi.org/10.24919/2308-4863.2/32.214690>.

9. Лотоцька Л., Блавацька О. Пандемія COVID-19: вплив карантину на якість життя студентів-медиків. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2022. Вип. 48. Том 2. С. 177–181. DOI: <https://doi.org/10.24919/2308-4863/48-2-29>.

10. Лотоцька Л.Б., Лотоцька-Дудик У.Б., Крупка Н.О. Переваги та перепони у застосуванні онлайн навчання в медичній освіті. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2022. Вип. 58. Том. 2. С. 354–360. DOI: <https://doi.org/10.24919/2308-4863.2/32.214690>.

Статті у зарубіжних наукових періодичних виданнях

11. Blavatska O., **Lototska L.**, Blavatskyj I. Estimation of Stress Resistance of Medical Students in Lviv. *Value in Health*. 2014. Vol. 17, no. 7. A446. P. 115–124. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2014.08.1189>

12. **Лотоцька Л.**, Лотоцька-Дудик У., Брейдак Ю. Психічне здоров'я молоді в умовах військових конфліктів. *Viae Educationi: Studies of Education and Didactics*. 2022. Vol. 1. № 3. С. 54–61. DOI: <https://doi.org/10.15804/ve.2022.03.05>

Монографії, розділи монографій

13. **Лотоцька Л.Б.**, Різничок С.В., Колач Т.С. Технології організації здоров'язбережувального освітнього простору у вищих медичних навчальних закладів. Сучасні здоров'язбережувальні технології : монографія / за заг. ред. Ю.Д. Бойчука. Харків : «Оригінал», 2018. С. 453–459.

Праці апробаційного характеру

14. Лотоцька Л.Б. Сучасні тенденції у формуванні здорового способу життя студентами-медиками : *матеріали науково-практичної конференції «Довкілля і здоров'я»* (25–26 квітня 2013 року). Тернопіль : ТДМУ «Укрмедкнига», 2013. С. 105–106.

15. **Lototska L.**, Blavatska O., Blavatskyj I. Current trend in the promotion of healthy lifestyles by medical students. *7th International Forum «Science & Technology day. Poland-East»*. April 17–19, 2013. Suwalki. 2013. P. 12.

16. **Lototska L.**, Dudik-Lototska U. Research of consumption of energy drinks by students-physicians. *8th International Forum on Innovation Technologies for Medicine*. December 4–6, 2014. Suprasl, 2014. P. 19.

17. **Лотоцька Л.Б.**, Блавацька О.Б. Мотивація в дистанційному навчанні : *матеріали Всеукраїнської науково-методичної відеоконференції з міжнародною участю «Впровадження інноваційних технологій в медичну освіту: проблемно-орієнтоване навчання та віртуальні пацієнти»* (22 квітня 2015 року). Запоріжжя : ЗДМУ, 2015. С. 90–92.

18. Лотоцька Л.Б. Психолого-педагогічні основи дистанційної освіти : *матеріали Всеукраїнської науково-методичної відеоконференції з міжнародною участю «Впровадження інноваційних технологій в медичну*

освіту: проблемно-орієнтоване навчання та віртуальні пацієнти» (22 квітня 2015 року). Запоріжжя : ЗДМУ, 2015. С. 92–94.

19. **Lototska L.**, Blavatska O., Blavatskyj I. Impact of the educational process in medical university on the student's health. *9th International Forum on Innovation Technologies for Medicine*. December 3–5, 2015. Suprasl, 2015. P. 23.

20. **Lototska L.**, Blavatska O., Blavatskyj I. Impact of media-technologies on medical education and attitudes to video-games bz medical students. *10th International Forum on Innovation Technologies for Medicine*. November 7–9, 2016. Warsaw, 2016. P. 19.

21. Лотоцька Л.Б. Педагогічні передумови формування ціннісного ставлення студентів вищих медичних навчальних закладів до здорового способу життя : *medzinárodná vedecko-praktická konferencia «Inovatívny výskum v oblasti vzdelávania a sociálnej práce»* (10–11 marca 2017) : *zborník príspevkov*. Sládkovičovo, 2017. P. 63–65.

22. **Лотоцька Л.Б.**, Колач Т.С. Здоровий спосіб життя як важливий компонент формування особистості в студентів вищих медичних навчальних закладів : *international research and practice conference «Innovative technology in medicine: experience of Poland and Ukraine»: conference Proceedings*, April 28–29, 2017. Lublin, 2017. P. 188–191.

23. **Лотоцька Л.Б.**, Колач Т.С. Якість життя як показник здоров'я збереженої компетенції студентів-медиків. *Сучасна система освіти і виховання: досвід минулого – погляд у майбутнє : матеріали міжнародної науково-практичної конференції* (6–7 жовтня 2017 року). Київ : ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2017. С. 30–31.

24. **Лотоцька Л.Б.**, Блавацька О.Б. Соціалізація студентів-медиків за допомогою сайтів соціальних мереж : *international research and practice conference «Modern methods, innovations and operational experience in the field of psychology and pedagogics»*, October 20–21, 2017. Lublin, 2017. P. 211–213.

25. **Лотоцька Л.Б.**, Кола Т.С. Детермінанти та мотивація здорового способу життя в медичній освіті : *international research and practice conference*

«*Modernization of educational system: world trends and national regularities*» (February 23th, 2018). Kaunas, 2018. P. 56–59.

26. **Лотоцька Л.Б.,** Колач Т.С. Шляхи інтеграції громадського здоров'я в медичну освіту. *Сучасні досягнення вітчизняних вчених у галузі педагогічних і психологічних наук : матеріали міжнародної науково-практичної конференції* (2–3 березня, 2018 року). Київ : ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2018. Ч. 1. С. 113–115.

27. **Лотоцька Л.Б.,** Колач Т.С. Взаємозв'язок здоров'я та академічного процесу в навчанні студентів-медиків. *Proceedings of XXIV International scientific conference «XXI Century science. From theory to practice»* (Aug 18, 2019). Morrisville, 2018. P. 91–94.

28. Лотоцька Л.Б. Роль ініціатив «здорових університетів» в активізації здоров'язберігаючої позиції студентів-медиків : *матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екологічні та гігієнічні проблеми сфери життєдіяльності людини»* (15 березня 2023 р.) / за заг. ред. член-кор. НАМН України, професора С.Т. Омельчука. Київ : МВЦ «Медінформ», 2023. С. 129–130.

29. Лотоцька Л.Б. Особливості організації навчання у медичній освіті в умовах сьогодення. Актуальні питання педагогіки вищої медичної освіти : *матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю* (м. Харків, 21 березня 2023 р.) / ред. кол.: В.А. Капустник, В.Д. Марковський, В.В. М'ясоєдов та ін. Харків : ХНМУ, 2023. С. 154–156.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	23
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ФОРМУВАННЯ ЗАСАД ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ	33
1.1. Аналіз феномену «здоров'я» та ефективності шляхів його збереження	33
1.2. Характеристика студентського способу життя як чинника формування здорового способу життя.....	52
1.3. Особливості навчального процесу у закладах вищої освіти та його вплив на стан здоров'я студентів	58
1.4. Моделювання підходу медичної освіти до формування здорового способу життя, добробуту студентів та їх навчальних досягнень.....	65
Висновки до першого розділу	79
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В УМОВАХ СУЧАСНОЇ ОСВІТИ ТА НОВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ	81
2.1. Психолого-педагогічні та соціальні передумови формування ціннісного ставлення сучасних студентів до здорового способу життя....	81
2.2. Вплив навчального процесу та позанавчальної діяльності на стан здоров'я студентів-медиків.....	93
2.3. Соціально-гігієнічні умови та спосіб життя студентів медичних закладів вищої освіти.....	103
2.4. Психологічні особливості особистості студентів в умовах повсякденної діяльності у медичних закладах вищої освіти.....	117
2.5. Використання масмедіа та новітніх технологій у формуванні навичок здорового способу життя.....	129
Висновки до другого розділу	138

РОЗДІЛ 3. МОДЕЛЮВАННЯ ПРОЦЕСУ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТІВ- МЕДИКІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ	141
3.1. Принципи та практика сприяння здоровому способу життя: моделі та теорії зміцнення здоров'я.....	141
3.2. Педагогічна модель для пояснення та прогнозування поведінки, пов'язаної зі здоров'ям на основі навчання у галузі здоров'я	164
Висновки до третього розділу	184
ВИСНОВКИ	186
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	190
ДОДАТКИ	215

ВСТУП

Актуальність і доцільність дослідження. Сприяння здоровому способу життя, визначене законодавством України, є одним із основних напрямів державної політики охорони здоров'я та передбачає мультисекторальну діяльність із залученням неурядових організацій, освітніх закладів. Пріоритети цієї діяльності у нашій державі збігаються із директивами, наданими ВООЗ у документі «Європейська програма роботи на 2020–2025 рр. Спільні дії для міцнішого здоров'я». З метою привернення уваги широкого кола громадськості до проблеми здорового способу життя в Україні реалізуються програми, спрямовані на обґрунтування теоретико-методологічних засад формування здорового способу життя; здійснюється аналіз законодавчих і нормативних актів щодо формування здорового способу життя у молодіжному середовищі; проводяться дослідження задля оцінки стану здоров'я та чинників здорового способу життя української молоді; налагоджено системне вивчення зарубіжного та вітчизняного досвіду реалізації соціальних програм і проєктів щодо формування здорового способу життя молоді тощо.

Одним із основних стратегічних завдань української освіти є виховання молоді в дусі відповідального ставлення до власного здоров'я і здоров'я навколишніх як до найвищої індивідуальної та суспільної цінності. Студентська молодь України сьогодні складає науковий, культурний, інтелектуальний потенціал країни, генофонд нації. Оцінка стану здоров'я абітурієнтів свідчить про те, що лише незначна їх частина розпочинають студентське життя абсолютно здоровими. Рівень здоров'я студентів багато в чому зумовлений відсутністю у них інтересу до особистої культури загалом та до здоров'я, зокрема. Питання збереження і зміцнення здоров'я майбутніх фахівців є важливою культурно-освітньою, економічною і соціально-політичною проблемою. Також упродовж останнього десятиріччя простежується тенденція до суттєвого погіршення фізичного стану студентської молоді внаслідок зниження рухової активності, поширення шкідливих звичок, поглиблення соціально-економічної, екологічної, демографічної та міграційної криз.

Згідно з даними досліджень, майже 90 % дітей, учнів і студентів мають відхилення від норми в стані здоров'я, понад 50 % – незадовільну фізичну підготовленість, приблизно 70 % дорослого населення – нижчий від середнього рівня фізичного здоров'я, зокрема у віці 16–19 років – 61 %, 20–29 років – 67,2 %. Тільки впродовж останніх п'яти років на 41 % збільшилася кількість учнів і студентів, віднесених за станом здоров'я до спеціальної медичної групи.

У цій ситуації медицина виявляється безсилою, оскільки першопричиною проблеми є дефіцит у суспільстві «етичного ставлення до здоров'я» (С. Барташевська, 2016), основні «чинники ризику» мають поведінкову основу (О. Антипова, 2016; О. Бердник, 2017; О. Дехтярьова, 2019), а вирішальну роль у збереженні і зміцненні здоров'я людини відіграє її спосіб життя (О. Вакуленко, 2018; Н. Коцур, 2018). У сучасній педагогічній науці це питання досліджується всебічно.

Аналіз наукових праць (М. Кошманюк, 2014; О. Логвиненко, 2014; С. Юськів, 2019; Н. Крилов, 2021; В. Павлова, 2021 та ін.) засвідчує, що проблема формування здорового способу життя є багатоаспектною і пов'язаною з комплексом питань, а саме: гармонійного фізичного, психічного, культурного, духовного розвитку особистості; дотримання оптимальних для здоров'я режимів дня, навчання та відпочинку; харчування; особистої гігієни; рухової активності; загартовування; подолання шкідливих звичок тощо.

Пріоритетним напрямом реформування освіти сьогодні є забезпечення у кожному освітньому закладі належних умов для навчання і виховання фізично та психічно здорової особи. Передовсім це стосується закладів вищої освіти (ЗВО), покликаних формувати валеологічний світогляд, а також культуру здоров'я майбутніх фахівців.

Становлячи соціально важливу частину населення, студенти у процесі навчання піддаються дії чинників, зумовлених значними обсягами навчального навантаження і організації діяльності закладів вищої освіти згідно з обраним профілем, економічною, екологічною, гігієнічною характеристикою місць проживання, системою медико-санітарного забезпечення охорони здоров'я.

Умови навчання і життя здобувачів освіти, процес адаптації впливають на формування стану здоров'я. Аналіз літератури (Н. Михайловська, 2014; Є. Заремба, 2017; І. Сопівник, 2018; Т. Ащеулова, 2019), присвяченої медико-соціальним аспектам життя студентської молоді, дає підставу стверджувати, що у кожному закладі вищої освіти має функціонувати система контролю за станом здоров'я майбутніх фахівців і організації лікувальної, реабілітаційної, профілактичної роботи з урахуванням вихідного стану здоров'я кожного студента, умов і способу його життя.

Навчання у медичному закладі вищої освіти висуває високі вимоги до студентів, у т. ч. до стану здоров'я, підвищення рейтингу якого в системі їх цінностей, оцінка його якості і кількості, технології його забезпечення, включаючи власне здоров'я, вважаються необхідною умовою успішності професійної соціалізації. Останнє також поширюється і на медичних працівників (зокрема студентів-медиків), які, незважаючи на професійну діяльність в галузі охорони здоров'я, недостатньо часу і зусиль приділяють збереженню власного здоров'я, а за останніх 8–10 років серед молоді практично не відзначається позитивних зрушень у психологічних установах і поведінці щодо вдосконалення власного способу життя. Крім того, навчальна діяльність студента за останні роки настільки змінилася, що його адаптаційно-компенсаторні механізми не в змозі подолати усі навантаження. Це, своєю чергою, спричиняє виснаження і зрив адаптації, що є передумовою появи та розвитку захворювань. Деякі автори (Д. Шушпанов, 2015; Т. Pherali, 2016; В. Pease, 2020) пов'язують проблему погіршення стану здоров'я студентів на цьому етапі з нездатністю протистояти зміненним соціально-політичним і економічним умовам розвитку суспільства.

Формування здорового способу життя студентів-медиків є також одним із напрямів професійної підготовки лікарів, до обов'язків яких входить санітарно-просвітницька робота поміж населення, що передбачає, зокрема, профілактику девіантних форм поведінки молоді. Важливим елементом у пропаганді здорового способу життя виступають засоби масової інформації (ЗМІ), які

спроможні пропагувати ідеологію здоров'я, але їхня діяльність ефективна лише тоді, коли опирається на відповідні реальні потреби суспільства.

Засвоюючи соціальну інформацію, яка передається засобами масової інформації, людина індивідуально і вибірково переробляє її згідно з досягнутим рівнем наукових знань і культури, спрямованістю інтересів та потреб. Авторитетні зарубіжні вчені (М. McLuhan, 2011; S. Haustein, 2016; B. Berelson, 2017; P. Lazarsfeld, 2017; R. Busselle, 2019; H. Schramm, 2019 та ін.) відзначають особливий вплив масової комунікації на свідомість, поведінку, соціокультурний вибір аудиторії як масового колективного адресата, характеризують мету, засоби, специфіку інформаційної взаємодії суб'єктів комунікації тощо.

Сучасна медична освіта виступає одним із головних регуляторів соціального розвитку, що формує доктрину життєздатності суспільства та підтримує її через діяльність кадрів системи охорони здоров'я (О. Устінов, 2018; К. Магрламова, 2019). Водночас важливо зазначити, що ступінь вивченості проблем пристосування здобувачів освіти до умов перебування у медичних закладах вищої освіти є вкрай недостатнім, практично відсутні розробки в галузі визначення підходів щодо оптимізації перебігу адаптаційних процесів, обґрунтування гігієнічних принципів раціональної організації повсякденної діяльності, методології прогнозування стану здоров'я та професійної придатності майбутніх медиків. Проблема формування здорового способу життя студентської молоді належить до мало розроблених сучасною наукою. Вона має міждисциплінарний науковий характер, її вивчення належить до компетенції різних природничо-наукових (медицини, біології, антропології, фізіології та ін.), суспільних і гуманітарних (філософії, соціології, економіки, психології, педагогіки та ін.) дисциплін. З огляду на потреби сучасного суспільства, відсутність цілісного дослідження проблеми і власне зацікавлення як викладача медичного університету було обрано тему дисертаційного дослідження: **«Формування здорового способу життя у студентів медичних закладів вищої освіти»**.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Тема дисертаційного дослідження входить до плану науково-дослідницької роботи кафедри медичної інформатики Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького як складова комплексної наукової проблеми «Організація та управління інформаційними процесами моніторингу і контролю у медицині» (державний реєстраційний номер 0119U100174) та плану науково-дослідницької роботи кафедри загальної педагогіки та дошкільної освіти Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка як складова комплексної наукової проблеми «Українська освіта у контексті європейських інтеграційних процесів» (державний реєстраційний номер 0117U005400)

Тему дисертації затверджено на засіданні вченої ради Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка (протокол № 15 від 16.12.2010 р.), узгоджено на засіданні бюро Міжвідомчої ради з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 3 від 29.03.2011 р.) та уточнено на засіданні вченої ради Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка (протокол № 11 від 13.10.2022 р.).

Об'єктом дослідження є навчально-виховний процес у медичних закладах вищої освіти.

Предметом дослідження є особливості, педагогічні умови та педагогічний інструментарій формування здорового способу життя у студентів медичних закладів вищої освіти.

Мета дослідження – проаналізувати сутність, зміст та чинники, які впливають на формування здорового способу життя студентів медичних закладів вищої освіти, обґрунтувати умови виховання здорового способу життя та визначити критерії підвищення рейтингу здоров'я у системі цінностей студентів-медиків.

Досягнення поставленої мети буде реалізовано розв'язанням таких **завдань**:

- здійснити ретроспективний аналіз проблеми виховання здорового способу життя у студентів медичних закладів вищої освіти;
- проаналізувати чинники, які сприяють або протидіють формуванню навичок здорового способу життя студентів;
- обґрунтувати умови, методи, форми та засоби виховання здорового способу життя у студентів медичних закладів вищої освіти;
- дослідити ефективність використання мас-медіа та новітніх інформаційних технологій у формуванні навичок здорового способу життя студентів-медиків;
- розробити теоретичну модель удосконалення культури здорового способу життя студентів медичних закладів вищої освіти.

Для розв'язання поставлених завдань та досягнення мети використано такі **методи дослідження:**

теоретичні: аналіз, синтез, порівняння і систематизація наукової літератури для з'ясування конкретизації базових понять дослідження, ступеня розробленості проблеми, розкриття її теоретичних засад та понятійно-категоріального апарату;

емпіричні: анкетування, тестування, спостереження (визначення рівнів, критеріїв та показників сформованості здоров'язберезувальної компетентності студентів-медиків в освітньому процесі), моделювання (побудова моделі формування культури здорового способу життя студентів-медиків), педагогічний експеримент (перевірка ефективності розробленої моделі формування культури майбутніх лікарів в освітньому процесі);

математичної статистики: здійснення кількісної та якісної оцінки результатів дослідження і доведення достовірності висновків експерименту.

Наукова новизна і теоретичне значення дослідження полягає у тому, що у ній *вперше:*

простежено наявність різноманітних підходів щодо трактування дефініції «здоров'я» як складного феномену глобального значення, що включає комплекс соціальних, економічних, біологічних, медичних аспектів; є об'єктом

споживання, індивідуальною та суспільною цінністю, явищем системного характеру, динамічним, яке постійно взаємодіє з довкіллям (фізичним, соціальним, природним), а не тільки визначається відсутністю хворіб чи наявністю фізичних обмежень; *конкретизовано* сутність поняття «здорові університети» як загальноуніверситетський підхід у цілісному розумінні здоров'я; створення освітнього середовища та забезпечення організаційної культури, які сприятимуть здоров'ю, добробуту і сталості студентської спільноти, даючи змогу повно реалізувати власний потенціал; *теоретично обґрунтовано* педагогічну модель, структуровану для відображення взаємозв'язку фундаментальних принципів, процесів, результатів і перспектив у формуванні здорового способу життя студентської молоді медичних закладів вищої освіти (у ній акцентовано на доказах як фактах ефективності втручання для досягнення результату);

виявлено вплив самооцінки здоров'я студентів-медиків як інтегрального показника і мотиваційної детермінанти здоров'я на формування здорового способу життя; перехід від пріоритетів, орієнтованих на хвороби, профілактику захворювань та охорону здоров'я до концентрування уваги на фізичному, емоційному та соціальному добробуті;

досліджено зв'язок поміж різноманітними чинниками, які зумовлюють високий бал у самооцінці здоров'я студентів або, навпаки, знижують його;

визначено психолого-педагогічні та соціальні передумови формування ціннісного ставлення сучасних студентів-медиків до здорового способу життя; психологічні особливості особистості студентів в умовах навчальної діяльності у медичних закладах вищої освіти; можливість і доцільність використання мас-медіа та новітніх технологій у формуванні навичок здорового способу життя студентів-медиків.

Практичне значення дослідження полягає у тому, що наукові результати дисертаційного дослідження стали підґрунтям для оновлення змісту підготовки майбутніх лікарів з теоретичних дисциплін обов'язкової і вибіркової компонент освіти-професійних програм «Медицина» та «Громадське

здоров'я». Основні положення дисертації були включені до лекційного курсу та тематики практичних занять при викладанні у медичних закладах вищої освіти навчальних дисциплін «Основи громадського здоров'я», «Профілактика, валеологія», «Формування здорового способу життя населення», «Управління якістю життя»; курсів «Організаційно-дидактичні особливості навчального процесу у закладі вищої освіти в галузі охорони здоров'я», «Компетентнісний підхід у вищій медичній освіті. Формування фахової компетентності студентів-медиків, лікарів і провізорів», «Сучасні інтерактивні та проблемно-орієнтовані технології навчання студентів щодо пошуку та використання доказової інформації».

Результати впроваджено в навчальну програму мультидисциплінарного циклу тематичного удосконалення «Педагогічні, психологічні та правові аспекти вищої медичної освіти» для науково-педагогічних працівників медичних закладів вищої освіти факультету післядипломної освіти у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького (акт згідно протоколу № 5 від 20.12.2022 р.), лекційний матеріал та матеріали практичних занять з дисциплін «Основи громадського здоров'я», «Профілактика, валеологія», «Формування здорового способу життя населення» Харківського національного медичного університету (акт від 15.02.2023 р.).

Апробація результатів дослідження Основні положення, результати та висновки дисертації обговорювалися на міжкафедральному науковому семінарі з педагогічних спеціальностей Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка та були представлені на наукових конференціях різних рівнів, зокрема:

міжнародних: ISPOR 17th Annual European Congress (Amsterdam, 2014); «Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи» (Харків, 2014); «Впровадження інноваційних технологій в медичну освіту: проблемно-орієнтоване навчання та віртуальні пацієнти» (Запоріжжя, 2015); 9th International Forum on Innovation Technologies for Medicine ITMED 2015 (Suprasal, 2015); 10th

International Forum on Innovation Technologies for Medicine ITMED (Warsaw, 2016); «Modern methods, innovations and operational experience in the field of psychology and pedagogics» (Lublin, 2017); «Inovatívny výskum v oblasti vzdelávania a sociálnej práce» (Sládkovičovo, 2017); «Innovative technology in medicine experience of Poland and Ukraine» (Lublin, 2017); «Сучасні досягнення вітчизняних учених у галузі педагогічних та психологічних наук» (Київ, 2018); «Сучасна система освіти і виховання: досвід минулого – погляд у майбутнє» (Київ, 2018); «Екологічні та гігієнічні проблеми сфери життєдіяльності людини» (Київ, 2023);

всеукраїнських: «Актуальні питання педагогіки вищої медичної освіти» (Харків, 2023); «Розвиток освіти в кризових умовах: історія, теорія, практика» (Дрогобич, 2023).

Упровадження результатів дослідження. Результати дослідження впроваджено в освітній процес Івано-Франківського національного медичного університету (акт від 15.02.2023 р.); Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова (акт від 27.02.2023 р.); Навчально-наукового інституту якості освіти Харківського національного медичного університету (акт від 16.02.2023 р.); Харківського національного медичного університету (акт від 16.02.2023 р.); Вищого приватного навчального закладу Львівський медичний фаховий коледж “Монада” (акт від 31.01.2023 р.).

Особистий внесок здобувача. Автором проаналізовано закордонну і вітчизняну літературу з досліджуваної проблеми, проведено статистичну обробку результатів, здійснено аналіз та інтерпретацію отриманих даних, сформульовано наукові висновки.

У публікаціях [23; 24; 25] авторів належать теоретичні положення, що основою діяльності з формування здорового способу життя студентів медичних ЗВО є вивчення питання їх здоров’язберезливої поведінки; у [8; 9; 16; 28] – обґрунтовано вплив детермінант здоров’я на якість життя студентів-медиків, що спонукало до створення та розвитку «здорових університетів» для навчання, роботи і життя студентської молоді. У працях [2; 10; 17; 19] охарактеризовано

зв'язок між навчальним навантаженням здобувачів освіти та станом їх здоров'я за результатами самооцінки. Встановлено значущість результатів навчання, сталого психологічного впливу і ролі оцінки у підготовці студентів до клінічної практики, систем і методів оцінювання, які можуть впливати на стан їхнього здоров'я; у роботах [3; 11; 12] проаналізовано взаємозалежність фізичної, психічної та соціальної складових здоров'я студентів-медиків у сучасних освітніх умовах. Доведено вплив на формування здорового способу життя здобувачів освіти медіа-контенту та медіа-технологій [15; 19; 20; 24; 25]. Технологія становлення здоров'язбережувальної діяльності [13] студентів розглядається як один із напрямів модернізації навчання, що сприяє результативнішій професійній підготовці студентів-медиків у ЗВО.

Положення та ідеї, які належать співавторам публікацій, у матеріалах дисертації не використовуються.

Публікації. Результати дослідження відображено у 29 наукових публікаціях, з-поміж яких: 10 статей у фахових виданнях України, 2 статті в іноземних наукових виданнях, 1 – розділ монографії, 16 публікацій у збірниках наукових конференцій.

Структура і обсяг дисертації. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного з них, загальних висновків, списку використаних джерел (246 найменувань, з них 122 іноземною мовою) та додатків. У дисертації подано 22 рисунки і 25 таблиць. Загальний обсяг дисертації становить 211 сторінок, із них – 176 сторінок основного тексту.

.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ФОРМУВАННЯ ЗАСАД ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ

1.1. Аналіз феномену «здоров'я» та ефективності шляхів його збереження

Здоров'я є найвищою індивідуальною цінністю людини, адже, головним чином, визначає розвиток і втілення усіх інших властивостей та здібностей. Окрім цього персонального виміру, воно має багато соціальних аспектів, зокрема є необхідною умовою, що сприяє самовиявленню особистості, збереженню та зростанню продуктивності праці, економіки держави, гарантує добробут усього суспільства [95]. Здоров'я, з одного боку, розглядається як всебічний розвиток, здатність виконувати соціальні ролі й адаптуватися до постійно мінливих умов. З іншого боку, це процес пошуку і підтримки рівноваги, що постійно порушується тиском внутрішнього і зовнішнього середовища.

Дискусія щодо уніфікації тлумачення поняття «здоров'я» пояснюється тим, що це досить складне явище, характерні і значущі ознаки якого важко сформулювати лаконічно та однозначно. Визначення поняття здоров'я постійно змінюється у зв'язку з безперервним удосконаленням знань.

Здоров'я визначається як рівень функціональної та метаболічної ефективності живого організму. Вперше офіційне визначення здоров'я подав Г. Сігеріст ще у 1941 р.: «Здоровою може вважатися така людина, яка вирізняється гармонійним фізичним і розумовим розвитком та добре адаптована до соціального середовища, повністю реалізує свої фізичні та розумові здібності, може пристосовуватися до змін у навколишньому середовищі, якщо вони не виходять за межі норми і вносить свій внесок у добробут суспільства співмірно власним здібностям» [170; 180; 223].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) в 1948 р. визначила здоров'я як стан повного фізичного, психічного і соціального добробуту, а не тільки відсутність хворіб або фізичних дефектів, що базується на концепції Р. Сігеріста. Це визначення стало предметом суперечок через неоднозначність у розробці стратегій в галузі охорони здоров'я, використанням терміна «повне» в контексті здоров'я. Таким визначенням ВООЗ ігнорує людей із хронічними захворюваннями, психічними розладами, інвалідністю. Окрім того, є люди, які вважають себе «здоровими», тому що їх влаштовує власний стан здоров'я.

Саме тому на Женевській конференції ВООЗ (1954) поняття «здоров'я» визначено як «складний феномен глобального значення, що включає комплекс соціальних, економічних, біологічних, медичних аспектів, виступає як об'єкт споживання, вкладання капіталу, є індивідуальною та суспільною цінністю, явищем системного характеру, динамічним, яке постійно взаємодіє з навколишнім фізичним і соціальним середовищем, а не тільки характеризується як відсутність хвороб чи фізичних обмежень [147]. Незамінні елементи визначення здоров'я охоплюють біо-психо-соціальну природу людини [57], а також динамічний взаємозв'язок між вимогами, що пред'являються до життя людини та визначають її майбутнє.

Феномен здоров'я – це складне, багатокomпонентне явище, у якому виділяють соматичний, психічний і соціальний рівні. На сьогодні використовуються три типи визначення здоров'я. Перше, здоров'я – це відсутність будь-якого захворювання. Друге, здоров'я – це стан, який дає змогу людині адекватно справлятися з усіма вимогами повсякденного життя і передбачає відсутність захворювань. Третє визначення характеризує здоров'я як стан рівноваги духовного, соціального та фізичного середовища. Стан здоров'я визначається двома взаємодійними аспектами: хвороба в порівнянні з нехворобами і добробут у порівнянні з неблагополуччям, включаючи стан динамічного фізичного, психічного, соціального і духовного добробуту, що уможлиблює людині досягти повного потенціалу.

Існують очевидні труднощі, пов'язані з першим та другим визначеннями. Наприклад, людина не вважає себе хворою за наявності відхилень, які можуть бути розцінені як симптоми хвороби. І навпаки, за відсутності симптоматики захворювання людина відчуває себе хворою і має низьку функціональну активність.

Об'єктивні труднощі визначення поняття «здоров'я» зумовили необхідність використання поняття «норма», як одного із варіантів кількісного вираження стану здоров'я. Практика розвитку науки неодноразово доводила, що тільки поєднання кількісних і якісних підходів дає змогу правильно визначити міру досліджуваного явища і його розвиток. Успішне застосування математики в різних напрямках наукових досліджень доводить, що перехід до кількісних математичних методів завжди забезпечує піднесення дослідження на якісно вищий рівень, а обмеження лише якісними методами веде до застою, тупикових ситуацій у пізнанні. Сьогодні робляться спроби поставити знак рівності між поняттями «здоров'я» і «норма», однак розвиток уявлень про здоров'я все більше переконує в неправомірності такого ототожнення.

Третя дефініція здоров'я залежить від балансу між внутрішнім і навколишнім світом. Це означає, що люди із захворюванням або порушеннями будуть розглядатися як здорові до рівня, який визначається їх здатністю утримувати внутрішню рівновагу. Лабораторні дослідження і наявність симптомів є важливими й необхідними складовими діагностування стану здоров'я і виявлення захворювання, але недостатніми для прийняття рішення про здоров'я: хвороби необхідно розглядати в контексті рівня здоров'я людини.

Аналіз чинних визначень здоров'я уможливив виявити шість основних ознак здоров'я [62; 65; 112].

1. Нормальне функціонування організму на всіх рівнях: клітинному, гістологічному, органному тощо. Нормальний перебіг фізіологічних і біохімічних процесів, що сприяють індивідуальному виживанню і відтворенню.

2. Динамічна рівновага організму, його функцій і чинників зовнішнього середовища або статична рівновага (гомеостаз) організму і середовища.

3. Здатність до повноцінного виконання соціальних функцій, участь у громадській діяльності та суспільно корисній праці.

4. Здатність людини пристосовуватися до постійно мінливих умов існування в навколишньому середовищі (адаптація).

5. Відсутність хвороб, хворобливих станів і хворобливих змін.

6. Повний фізичний, духовний, розумовий і соціальний добробут, гармонійний розвиток фізичних і духовних сил організму, принцип його єдності, саморегуляції та гармонійної взаємодії всіх його органів [59].

Процес зміцнення здоров'я також залежить від розбіжностей у тлумаченні цього поняття. Найпростіше формулювання здоров'я – відсутність захворювання, призвело б до визначення зміцнення здоров'я як спроби усунути хвороби і зменшити кількість людей, які страждають від них. Зміцнення здоров'я як процес спричинить обґрунтування рекомендацій щодо поліпшення лікування захворювань, а також до визначення факторів ризику, які можуть призвести до них, наприклад, гіподинамія, тютюнопаління, нерациональне харчування і недостатнє застосування гігієнічних заходів.

На сьогодні нема загальноприйнятого поняття «здоровий спосіб життя». Як правило, в основу цього поняття вкладають мотивовану поведінку людини, спрямовану на забезпечення, зміцнення та збереження здоров'я [2; 99]. Однак при цьому не враховується, що свобода вибору поведінки (способу життя) у сучасних умовах часто залежить не від конкретної людини, а від соціальних умов (екологічної ситуації, культурного середовища, фінансових можливостей, стресових впливів). Тому поняття «здоровий спосіб життя» треба трактувати як «оптимальну якість життя», яке визначається мотивованим поведінням людини, спрямованим на формування, збереження і зміцнення здоров'я в реальних умовах впливу на нього природних та соціальних факторів навколишнього середовища [27; 118].

Здоровий спосіб життя є важливим предиктором майбутнього здоров'я, продуктивності і тривалості життя. Незважаючи на значну кількість сучасних досліджень щодо проблем валеології [110], до цього часу стан здоров'я

популяції характеризується традиційно системою статистичних показників, що визначають особливості відтворення населення (медико-демографічні характеристики), резерв фізичних сил, або дієздатність (показники фізичного розвитку), рівні адаптації до умов навколишнього середовища (показники захворюваності).

Низкою досліджень встановлено, що на формування здорового способу життя молодого покоління впливають окремі фактори на індивідуальному, сімейному і суспільному рівнях [33], а також схарактеризовано гендерні відмінності, що сприяють зміцненню здоров'я [76].

Оскільки цінності здорового способу життя формуються упродовж усього життя під впливом родини, друзів, закладів освіти, засобів масової інформації, законів і власного життєвого шляху, здоров'я може домінувати у цій шкалі тоді, якщо не залишиться лише в секторі охорони здоров'я, а стане пріоритетним завданням для всіх тих, хто бере участь у формуванні життєвих цінностей.

Чималі проблеми, спрямовані на поліпшення стану здоров'я своїх громадян, з якими стикаються спільноти, не будуть належно розв'язані, якщо не змінити парадигму стратегій в галузі охорони здоров'я.

У щорічних доповідях ООН з людського розвитку значна увага зосереджується на аналізі різноманітних показників стану та охорони здоров'я населення в різних країнах світу [35; 62; 81; 89].

Аналізуючи нормативно-правові акти багатьох країн [118; 177; 178], можна зробити висновок, що світова спільнота дедалі більше зосереджує увагу на забезпеченні права людини на збереження та зміцнення здоров'я. Це право передбачене Декларацією прав людини (1948), Європейською (1961), Оттавською (1986) та Бангкокською (2005) хартіями, де були визначені детермінанти і стратегії сприяння зміцненню здоров'я.

Науково-теоретичне розуміння проблеми й активізація практичної діяльності у сприянні здоровому способу життя заклали правову основу низки міжнародних документів. З-поміж них такі: «Аделаїдські рекомендації: Політика у громадському здоров'ї» (1988), «Сандстальська угода про здорове

довкілля» (1991), Талліннська хартія: Системи охорони здоров'я для здоров'я і добробуту (2008), резолюція WHA62.14 Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я «Зменшення несправедливості відносно здоров'я за допомогою дії на соціальні детермінанти здоров'я» (Женева, 2009) тощо. Основними ідеями, задекларованими у них, є чітке усвідомлення того, що основний шлях досягнення максимально можливого здоров'я проходить через впровадження здорового способу життя та створення сприятливого навколишнього середовища, що характеризується як соціально-економічне та фізичне оточення людини.

Як убачається, урядам країн необхідно вживати конкретні дії задля розробки раціонального підходу до використання методів біомоніторингу, сприяння реалізації науково обґрунтованих методів охорони здоров'я населення і навколишнього середовища, заохочення до створення умов, що стимулюють індивідуальну відповідальність за здоров'я (8 пленарне засідання ВООЗ, 2004), боротьби з ожирінням та розв'язання проблеми енергетичного дисбалансу, зокрема серед молоді (Європейська хартія по боротьбі з ожирінням, 2006). Крім того, в умовах сучасності актуалізується потреба сприяти зміцненню взаємної співпраці країн у здійсненні практичних заходів у галузі охорони навколишнього середовища і здоров'я, а також нарощувати зусилля з розробки, вдосконалення та впровадження дій в означеній області, що теж знайшло відображення у міжнародних документах (Міжнародний симпозіум з суспільної охорони здоров'я, Мадрид, 2008; Пармська декларація, 2010).

В узгодженій резолюції 65 сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (Ріо-де-Жанейро, 2011) про соціальні детермінанти здоров'я і добробут на підставі всестороннього багатовекторного підходу наголошується про поліпшення умов життя (освіта, соціально-економічний статус, житлові умови, навколишнє середовище, профілактика і лікування), розв'язання проблеми розподілу ресурсів та оцінку дії відповідних заходів.

Основними напрямками 7-ї Глобальної конференції щодо зміцнення здоров'я (Найробі, Кенія, 2009) означено сукупність пізнавальних і соціальних

навичок, які визначають мотивацію і здатність людей на отримання доступу до інформації, яка сприяє формуванню здорового способу життя. Визначено, що це завдання виходить за рамки вузької концепції медико-санітарної освіти й індивідуальної поведінки, орієнтованих на комунікації, також розглядаються екологічні, політичні та соціальні фактори, які визначають здоров'я. Медико-санітарна освіта, в ширшому розумінні, прагне вплинути не тільки на індивідуальні рішення формування способу життя, а й підвищує рівень обізнаності про детермінанти здоров'я, заохочує до індивідуальних та колективних дій, які можуть привести до зміни визначальних чинників. Така освіта формує грамотність у питаннях здоров'я, що дає особисту й суспільну вигоду, наприклад, шляхом створення умов для ефективної дії спільнот у формуванні здорового способу життя.

Здоров'я є мультифакторним поняттям і відображає не тільки стан організму, але виступає як «стратегія життя людини з метою підвищення життєстійкості організму [9].

Дж. Вітулкас [240] дає окреме визначення здоров'я для кожної з трьох площин (фізичної, емоційної та психічної), оскільки людина може бути хворою на одному рівні, а натомість на іншому здаватися абсолютно здоровою. Хвороба, виражена через біль, дискомфорт або слабкість, завжди має тенденцію обмежувати людину, а її протилежність – здоров'я дає відчуття добробуту та свободи від болю на фізичному рівні. Зайва, надмірна пристрасть до чогось визначає ступінь дисбалансу всередині емоційної площини. Здоров'я на емоційному рівні є свободою від пристрастей, кінцевим результатом якої виступає динамічний стан спокою. Визначити здоров'я на ментально-духовному рівні – завдання доволі складне, оскільки необхідно визначити найбільш важливі ментально-духовні якості, які при порушенні можуть серйозно послабити психічну рівновагу. Різниця між психічним і соціальним здоров'ям відносна: психічне здоров'я особистості і якість життя не існують поза системою суспільних відносин.

Згідно з висновками науково-дослідницької організації RAND, яка забезпечує розв'язання задач державної політики (<http://www.rand.org/health.html>), в яких вивчалися методи вимірювання всіх трьох складових здоров'я, фізичне здоров'я ідентифікується з поняттям функціонального статусу органів і систем організму, а також визнається здатністю людини до різного виду активності. Вимірювання психічного здоров'я базується на афективних станах, позитивному самовідчутті і рівні самоконтролю психіки. Соціальне здоров'я вимірюється ступенем залучення індивіда до суспільного життя і якістю міжособистісних взаємодій.

У роботі низки авторів [15] представлено чимало дефініцій здоров'я, запропонованих представниками різних наукових шкіл і напрямів. Цей перелік є далеко не повним, але навіть він вражає різноманіттям трактувань і різнорідністю ознак, використаних при виявленні сутнісних характеристик даного поняття. Домінантними показниками є такі:

- показники, які характеризують рівень фізичного розвитку (вага, ріст, індекс маси тіла, обвід голови і грудної клітки);
- показники функціонального стану організму (функціональний стан центральної й вегетативної нервової, серцево-судинної, дихальної й кістково-м'язової систем, внутрішніх органів, фізична підготовленість, сон);
- показники, які характеризують рівень розумового розвитку (пам'ять, увага, мислення, рівень інтелекту, обсяг знань);
- показники, які характеризують рівень особового розвитку (самооцінка, самосприйняття, комунікативна компетентність, самореалізація, креативність, життєві цінності);
- показники, що характеризують стійкість, опірність (стресостійкість, частота захворювань, що відображає стан імунітету, силова витривалість, працездатність, розумова працездатність, психологічні захисні механізми);
- захворюваність (гострі та хронічні захворювання, вроджені вади, наслідки травм, психосоматичні реакції і стани, функціональні відхилення в стані здоров'я);

- біологічні чинники, що впливають на здоров'я (спадковість, патологія у період вагітності та пологів);
- поведінка, як показник здоров'я і чинник ризику порушень здоров'я (сексуальна поведінка, рухова активність, адитивна поведінка, звернення за медичними послугами, хобі);
- режим (дня, харчування, відпочинку, праці, навантаження та гігієна)
- чинники навколишнього природного середовища: кліматичні умови, антропогенне і техногенне навантаження – забрудненість повітря, води, ґрунту, підвищений рівень радіації, ризик природних катаклізмів тощо;
- чинники соціального середовища: декларована політика держави в галузі охорони й зміцнення здоров'я населення, засоби масової інформації, доступність і якість медичних послуг, соціальна підтримка у разі втрати працездатності, соціальні норми.

Усі складові взаємопов'язані та у сукупності, визначають стан здоров'я людини.

На підставі функціонального підходу до здоров'я сформувалося поняття «практично здорова людина», оскільки можливі патологічні зміни суттєво не позначаються на її самопочутті та працездатності. Ступені здоров'я визначаються за багатьма критеріями-ознаками: рівнем життєстійкості організму, широтою його адаптаційних можливостей, біологічної активності органів і систем, їх здатності до регенерації тощо. Для підвищення життєстійкості організму важливо уникати причин, що провокують хвороби, і водночас загартовувати свій організм, привчати його пристосовуватися до зовнішніх впливів, з метою зниження чутливості дії несприятливих чинників.

Згідно з П. Тенгландом [230] при визначенні сутності «здоров'я» необхідно враховувати дев'ять компонентів чи критеріїв, а саме: 1) критерій мови (дефініція не повинна значно відрізнятися від загальноприйнятого визначення); 2) ціннісний критерій (дефініція повинна відображати позитивну цінність концепції здоров'я); 3) критерій мети (дефініція повинна ставити доцільні й аргументовані цілі в охороні здоров'я); 4) теоретичний критерій

(дефініція повинна бути представлена як концептуальна теорія або принцип); 5) критерій однорідності (здоров'я має визначатися як однорідна категорія); 6) критерій надійності (дефініція повинна бути представлена не в теоретичних термінах, а в термінах, які можна спостерігати); 7) критерій виміру (можливість виміряти дефініцію до певної міри); 8) критерій точності (дефініція визначається у чітких, широко відомих термінах); 9) критерій простоти (що менше виключень та доповнень до визначення дефініції, то краще).

У 2012 р. професор П. Мерс і дослідник М. Хубер отримали спеціальну нагороду (а 'Pareil' or 'Pearl') за роботу над новою концепцією здоров'я («позитивне здоров'я»), яка визначає здоров'я як здатність людей до самоврядування й адаптації до фізичних, емоційних та соціальних проблем життя [179].

Для здійснення комплексного дослідження сутності та змісту поняття здоров'я наведемо декілька дефініцій «здоров'я» вітчизняних науковців.

Помітною віхою в розвитку вчення про здоров'я було введення М. Амосовим [1] поняття «кількість здоров'я», яке може бути визначено резервними можливостями організму. Згідно з ученим, «здоров'я – максимальна продуктивність органів при збереженні якісних меж їхніх функцій».

За висловленнями О. Марківа [58] «для формування здорового суспільства потрібно, щоб більшість усвідомлювала ідеологію збереження здоров'я, а соціально-політична, наукова та освітянська еліта має стати проводирем та фундатором соціальних норм, призначених зберігати здоров'я. Здатність до збереження здоров'я розглядається як основа буття людини, де основним є усвідомлення важливості здоров'я, здорового способу життя для всієї життєдіяльності особистості, це характеристики, особливості, які спрямовані на збереження фізичного, психічного, соціального, духовного здоров'я – свого та оточуючих».

Зі свого боку Т. Титаренко [108] стверджує, що «характер проявлення психофізичних якостей індивіда, ступінь його соціальної адаптації не можуть

не залежати від особистісних якостей людини, усвідомленості поведінки». Тому здоров'я людини має визначатися і особистим рівнем його прояви.

Два поняття здоров'я подають А. Магльований і співавт. [34]. Перше визначення є переважно структурним і опирається на об'єкти, котрі визначають здоров'я (тіло, мислення, поведінка): здоров'я людини – це стан, що характеризується нормальним внутрішньосистемним функціонуванням організму та мозку як потенційного базису індивіда і адекватним системно-середовищним проявом особистості, друге – функціональне і спирається на системні функції статусів здоров' – здоров'я людини – це стан, який забезпечує статико-динамічний речовинно-енергетичний гомеостаз організму (фізичне здоров'я), внутрішньосистемний гомеостаз мозку (психічне здоров'я) і системно-середовищний гомеостаз поведінки (соціальне здоров'я).

Підбиваючи підсумки вищенаведеного, здоров'я можна схарактеризувати такими критеріями:

- рівень і гармонійність фізичного розвитку;
- рівень нервово-психічного розвитку ;
- рівень функціонування і резервні можливості основних фізіологічних систем організму (серцево-судинної, дихальної, м'язової та ін.);
- рівень імунного захисту і неспецифічної резистентності організму (показники опірності організму несприятливим впливам середовища проживання і можливості адаптації його до мінливих умов оточення);
- наявність (або відсутність) хронічного захворювання, вади розвитку;
- рівень морально-вольових і ціннісно-мотиваційних установок.

Оскільки здоров'я населення – показник добробуту держави, то його збереження є завданням державного рівня. Політика формування здорового способу життя виступає соціальною політикою за своїм змістом, яка повинна узгоджуватися із сучасними загальновизначеними поглядами й вимогами світової спільноти щодо формування здорового способу життя. Такі положення викладені в Оттавській хартії й розглянуті в Аделаїдських рекомендаціях [183; 210].

У 2012 р. на Мальті відбулася 62 сесія Європейського регіонального бюро ВООЗ, де набув чинності Європейський план дій щодо посилення потенціалу та служб громадського здоров'я, а також відповідна резолюція. Мета такого плану дій – забезпечити посилення послуг громадського здоров'я для виконання сьогочасних і майбутніх завдань у сфері громадського здоров'я в європейському регіоні.

Представники 53 країн Європейського регіону у 2012 р. на сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ затвердили засади регіональної політики – «Здоров'я – 2020». Її основна мета – поліпшити здоров'я для всіх та скоротити нерівність стосовно здоров'я шляхом удосконалення лідерства та стратегічного керівництва в інтересах здоров'я. Політика «Здоров'я – 2020» була затверджена у двох документах: перший призначався для керівників та розробників політики «Основи європейської політики в підтримку дій всієї держави та суспільства в інтересах здоров'я та добробуту»; а другий – це більш детальна версія «Здоров'я – 2020 – основи політики та стратегія».

Рекомендації ВООЗ повинні допомогти інтерпретувати й кодифікувати національні концепції здоров'я. При цьому важливо враховувати таке:

- Чинні форми стандартизації, а також майбутнє надання медичних послуг залежить від суспільного визнання. Без широкої участі населення у створенні, використанні та тлумаченні права на здоров'я, його актуалізації не буде забезпечуватися базове медичне обслуговування.

- Формулювання стандартів не обов'язково має прирівнюватися до соціальної прийнятності. Стандарти неминуче відображають інтереси їх укладачів, створюючи норми, які виходять за рамки регульованої області. Зокрема, описують не тільки цінності суспільства, а і його фактичний розподіл ресурсів.

- Звичною практикою є визначення стандартів у галузі охорони здоров'я з точки зору хвороби, а не здоров'я. Це приводить до визначення здоров'я як відсутності захворювання, а отже, не відображає того факту, що здоров'я є

континуум з емоційними та соціальними компонентами у широкому суспільному контексті.

У національній Концепції розвитку системи громадського здоров'я України (2016) визначаються засади, напрями, завдання, механізми та строки розбудови системи громадського здоров'я з метою реалізації ефективної державної політики для збереження і зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та поліпшення якості життя, запобігання захворюванням, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства [44]. Охарактеризована концепція, зокрема, визначає принцип цілісного підходу до здоров'я, що передбачає сукупність його фізичної, психічної, психологічної, духовної та соціальної складових частин.

Грамотність здоров'я сприяє розширенню прав і можливостей, що, зі свого боку, має життєво важливе значення для досягнення погоджених на міжнародному рівні цілей в галузі охорони здоров'я, визначає пропагандистську діяльність і стратегічні альянси з сектором освіти на всіх рівнях – міжнародному, національному та місцевому – для розвитку навичок, знань у формуванні здорового способу життя.

Здоров'я та добробут повинні розвиватися через географічні, демографічні та соціальні сектори; зміцнення здоров'я рівноправних громад, де у кожного є можливість зробити вибір на користь здорового способу життя.

На 8-й глобальній конференції щодо зміцнення здоров'я (Helsinki, 2013) було запропоновано узгоджений підхід до охорони здоров'я в усіх напрямках політики, зокрема, на національному рівні [245]. Ця структура була розроблена у такий спосіб, щоб її можна було адаптувати для наднаціонального рівня прийняття рішень і для урядів на національному рівні, а також на місцевому як децентралізація державних функцій місцевими органами влади в багатьох областях. Пропонований підхід акцентує наслідки політики щодо систем охорони здоров'я, детермінант здоров'я і добробут.

З метою забезпечення справедливого доступу до медичної допомоги як на національному, так і на міжнародному рівнях, а також зменшення соціальної нерівності, національні законодавчі органи повинні закріпити національні напрями збереження здоров'я, розширити своє втручання в галузі охорони здоров'я за межами декларацій та хартій.

Втручання у галузь охорони здоров'я національними законодавчими органами України обмежене з таких причин:

- право на охорону здоров'я, як це визначено ВООЗ, є лише основою для аргументації й відправною точкою, проте не є головним статусом концепції прав людини;

- максимізація здоров'я залежить від доступу до лікувально-профілактичних закладів, а право на здоров'я має бути насамперед законним. Таке право вимагає конкретних і обов'язкових стандартів та неухильного здійснення.

Сприяння здоров'ю та здоровому способу життя визначене законодавством України як один з основних напрямів державної політики охорони здоров'я. Конституція України визначає здоров'я людини як найвищу соціальну цінність (стаття 3) та обумовлює право кожної людини на його охорону (стаття 49). У Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (стаття 32) сформульована концептуальна стратегія формування здорового способу життя, де стверджено, що держава сприяє утвердженню здорового способу життя з акцентом на підвищення гігієнічної культури та фізичної активності.

У Концепції неперервної валеологічної освіти в Україні наголошується: «Серед об'єктивних причин різкого зниження рівня здоров'я – глибока соціально-економічна криза, екологічні проблеми, слабка матеріально-технічна база і недосконала структура системи охорони здоров'я в нашій країні тощо. Важливе місце серед цих причин є... відсутність у багатьох людей пріоритету здоров'я та мотивацій вести здоровий спосіб життя як провідного чинника збереження й зміцнення здоров'я» [43]. Різке зниження рівня здоров'я

населення віддзеркалює сучасний стан здоров'я нашої нації. Відсутність у багатьох людей пріоритету здоров'я та мотивацій до здорового способу життя вказує на те, що ця проблема торкається всіх і відповідальність за хвороби суспільства також лежить на усіх громадянах нашої держави [33; 80].

У концепції загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» одним із дієвих шляхів подолання несприятливої тенденції щодо погіршення стану здоров'я населення України є формування системи громадського здоров'я та мотивації у населення до здорового способу життя з урахуванням соціально-економічного стану регіону, культурно-етнічних й історичних традицій, стану медико-демографічної ситуації, розвитку системи охорони здоров'я. Згідно з цією концепцією визначення впливу соціальних детермінант на стан здоров'я населення мають бути науково обґрунтовані, а тому необхідно розробити заходи зі збереження та зміцнення здоров'я шляхом оптимізації системи надання медичної допомоги та розвитку здоров'я [88].

Питання здоров'я населення та його чинників у рамках концепції якості життя населення розглянуто в низці праць сучасних науковців [18; 44; 53; 55; 92] підвищена увага яких викликана низкою причин. По-перше, це тенденція до демографічної кризи, про що свідчать надто низькі показники природного приросту населення. По-друге, здоров'я населення під впливом несприятливого довкілля, низьких матеріальних можливостей суспільства щодо відтворення трудового потенціалу, психологічних навантажень на людину дедалі погіршується. По-третє, не працює державний механізм регулювання демографічних процесів у суспільстві, а прийняті законодавчі акти з демографічної політики не мають реальних підстав до її ефективного впровадження, оскільки відсутня економічна база реалізації демографічних орієнтирів [103]. За даними Г. Апанасенко [3], Україна посідає друге місце у світі за темпами депопуляції, перше-друге в Європі за смертністю від серцево-судинних захворювань [79] та входить до десятки країн із пришвидшеними темпами постаріння населення. Так, у 20–24-річних українських студентів «біологічний» вік випереджає календарний на 10–15 років.

Останнім часом акцент у збереженні й зміцненні здоров'я зміщується у бік активізації здоров'язбережувальної позиції особистості, опанування уміннями й навичками здорового способу життя. На це орієнтований комплекс законодавчо-нормативного забезпечення, покликаний сприяти впровадженню в Україні здорового способу життя. Окремого законодавства, спрямованого на сприяння здоровому способу життя у нашій країні немає. Відповідні правові норми зафіксовані у нормативно-правових актах, що належать до різних галузей законодавства. З метою сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні затверджено низку нормативних документів: концепцію розвитку вищої медичної освіти в Україні (2008), концепцію національного виховання студентської молоді (2009), розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 серпня 2010 р. № 1728-р «Про затвердження плану заходів щодо розвитку вищої освіти на період до 2015 року», наказу Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України від 11.06.12 № 677 «Про затвердження Плану заходів Міністерства освіти і науки, молоді та спорту щодо формування громадянської культури та підвищення рівня толерантності у суспільстві», Державну цільову соціальну програму «Молодь України» на 2016-2020 роки. Реалізація вимог цих документів передбачає створення передумов 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.

Здоров'я населення – найвища цінність, необхідний компонент розвитку та соціально-економічного процвітання України. Саме тому створення оптимальних умов для реалізації потенціалу кожного громадянина впродовж усього життя та досягнення адекватних стандартів якості життя і добробуту населення є одним з основних завдань Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020», затвердженої Указом Президента України № 5 від 12 січня 2015 р. і частиною зобов'язань у рамках Угоди про асоціацію між Україною та ЄС [106].

Грунтуючись на принципах Політичної декларації Наради високого рівня Генеральної асамблеї ООН зі зміцнення систем охорони здоров'я, наша держава розглядає план заходів з імплементації та реалізації програми Європейського Союзу «Європейська стратегія здоров'я – 2020» щодо неінфекційних захворювань, а також розширення можливостей для людей та громад за допомогою створення середовища, що сприяє зміцненню здоров'я, контролю над тютюнопалінням і вживанням алкоголю в Європейській перспективі, посилення ролі первинної ланки та питання пропаганди здорового способу життя серед молоді й у суспільстві загалом на національному та регіональному рівнях, спрямованих на розбудову / розвиток системи громадського здоров'я в Україні.

У рекомендаціях, розроблених за результатами других парламентських слухань на тему «Молодь за здоровий спосіб життя» про становище молоді в Україні (за підсумками 2015 року), зазначено, що здоров'я 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 дали б змогу державі більш відповідально ставитися до здоров'я своїх громадян та підвищити відповідальність за стан їх здоров'я. Формування здорового способу життя молоді необхідно виокремити як пріоритетний напрям державної молодіжної політики.

Формування здорового способу життя, культури здоров'я, підвищення їх виховних можливостей потребує максимальної уваги до мотиваційної сфери молоді у прагненні бути здоровим. Мотивація на здоровий спосіб життя – це система ціннісних орієнтацій, внутрішніх спонук до збереження, відновлення і зміцнення здоров'я.

Створення сприятливих умов для зміцнення здоров'я громадян як найвищої соціальної цінності, забезпечення реалізації права особи на оздоровчу рухову активність стало передумовою схвалення у 2016 р. Президентом України Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на

період до 2025 р. «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація». Одним з її пріоритетних завдань є формування ціннісного ставлення юнацтва та молоді до власного здоров'я, удосконалення фізичного розвитку та фізичної підготовленості з урахуванням вимог майбутньої професійної діяльності [73; 85; 121; 213].

У Національній стратегії розвитку освіти в Україні стверджено, що держава повинна забезпечити стимулювання у молоді прагнення до здорового способу життя. Пріоритетні завдання доктрини повинні реалізовуватися шляхом формування свідомого ставлення молоді до свого здоров'я та здоров'я інших, формування засад і гігієнічних навичок здорового способу життя, збереження й зміцнення фізичного, психічного, соціального та духовного здоров'я, розвитку валеологічної освіти, повноцінного медичного обслуговування, створення екологічно сприятливого життєвого простору діяльності [86].

Досвід багатьох країн свідчить, що освітні програми, спрямовані на формування здорового способу життя молоді, насамперед мають бути орієнтовані на розвиток масової фізичної культури, психологічну підтримку, а також заходи щодо запобігання шкідливим звичкам [70; 193; 215; 221]. Тому на сьогодні нарізла потреба переходу від етапу поінформованості молоді щодо способів збереження здоров'я до етапу формування у них стійкої мотивації щодо здорового способу життя.

Вивчення феномену здорового способу життя є в умовах сучасності дуже актуальним, оскільки, за даними експертів ВООЗ, стан системи охорони здоров'я визначає лише 10 % усього комплексу впливів на здоров'я людини, решта 90 % зумовлюється станом довкілля (20 %), спадковістю (10 %), рівнем медичного забезпечення (10 %) і найбільше- способом життя (50 %) [183; 242].

Результатом сформованості здорового способу життя виступає культура здоров'я як інтегративна якість особистості і показник вихованості, що забезпечує певний рівень знань, умінь і навичок формування, відтворення та

зміцнення здоров'я і характеризується високим рівнем культури поведінки стосовно власного і здоров'я навколишніх.

Отже, домінантна роль у збереженні та формуванні здоров'я все-таки належить безпосередньо самій людині, її способу життя, її цінностям, переконанням, ступеню гармонізації її внутрішнього світу й взаємовідносин з оточенням.

Проте часто медицина виявляється безсилою, оскільки вирішальним чинником виступає дефіцит у суспільстві «етичного ставлення до здоров'я». Основні «чинники ризику» мають поведінкову основу (Л. Виготський, Є. Павленко, В. Борисенко, В. Степаненко), а вирішальну роль у збереженні і зміцненні здоров'я людини відіграє її спосіб життя (Н. Боруга, Л. Рибалко, Н. Шкурапет, А. Акименко). Тобто здоров'я виступає категорією резервів життя, життєздатності людини як цілісної істоти в єдності її тілесних і психічних характеристик. Такі резерви формуються у процесі виховання людини в сім'ї, навчання в освітніх закладах.

Сьогодні проведено багато досліджень щодо оцінки обумовленості суспільного здоров'я та захворювань. Значна кількість робіт присвячена пошуку інтегральних показників здоров'я населення, розробці оптимальних методичних способів його оцінки. Вагомий внесок у цьому напрямі зробили О. Авцин, В. Барановський, М. Будико, Б. Вершинський, О. Воронов, В. Гуцуляк, І. Даценко, А. Келлер, В. Ковальський, В. Пащенко, А. Попов, Б. Прохоров, С. Ряшенко, В. Шевченко, Л. Шевчук, О. Шошин та ін.

На підставі узагальнення поглядів учених, запропонованих дослідниками численних визначень сутності здоров'я доходимо висновку, що вивчення цього феномену передбачає його аналіз у широкому діапазоні соціального і особистісного буття: виробничо-трудова, соціально-економічна, політична, сімейно-побутова, соціокультурна, духовно-моральна, навчально-виховна.

Поняттям «здоров'я» послуговуються у різних наукових дисциплінах, причому в кожному випадку за його допомогою виконуються різноманітні завдання, що приводить до розширення спектру його значень.

1.2. Характеристика студентського способу життя як чинника формування здорового способу життя

Стан здоров'я студентів як значущої соціальної групи нашого суспільства - це не тільки показник чинного соціально-економічного та суспільного розвитку держави, а й важливий індикатор майбутнього трудового, економічного, культурного, оборонного потенціалу суспільства. Тому визначати як формується здоров'я молодих людей, від яких чинників залежить і як на ці фактори впливати з метою отримання позитивних результатів – надзвичайно важливе державне завдання.

Студентство є найбільш численною групою молоді, тому проблема формування здоров'я сьогодні стала важливою складовою діяльності закладів освіти різного рівня акредитації. Успішна підготовка висококваліфікованих кадрів, які забезпечують стійкість економічного розвитку держави, тісно пов'язана із підвищенням працездатності студентів. Як зацікавлена сторона, заклад вищої освіти повинен виступати ініціатором і організатором цілеспрямованої та ефективної роботи зі збереження, реабілітації і примноження здоров'я студентського контингенту [36; 64; 66; 67; 98].

Оволодіння знаннями на сучасному етапі вимагає від молоді значних затрат енергії, фізичних зусиль, емоційної стійкості. Молода людина, в силу різних життєвих обставин, потрапляє під вплив довкілля, і її суспільна етика, переконання, життєві переконання, поведінка не завжди формуються у корисному для неї та навколишніх напрямі [12; 61; 114].

Аналіз результатів національного опитування уможливило виявити тенденцію до зростання кількості ризиків серед молоді: вживання алкоголю і

наркотиків, низька фізична активність, тютюнопаління, хронічні захворювання, небезпечний секс, надлишкова вага, психологічний дискомфорт [91; 112].

В останні десятиліття широко використовуються також соціологічні показники при вивченні здоров'я студентів, тобто такі суб'єктивні показники, як самооцінка здоров'я, його місце в системі цінностей.

Зниження життєвого рівня призвело до того, що до закладів освіти часто приходять молодь з ослабленим здоров'ям, соціальним розшаруванням, матеріальним неблагополуччям, різностороннім ставленням до навколишнього соціального та політичного життя, апатичним ставленням до себе та оточення, власного здоров'я. Низка досліджень [23; 74; 112] вказують на те, що за час навчання у школі з 5-6 років зростає частота захворювань органів зору, утричі – травної системи та опорно-рухового апарату, у двічі – функціональних порушень серцево-судинної системи та нервово-психічних розладів. Морфофункціональні відхилення, низький рівень фізичної підготовки виявлено у 34–80 %, хронічні захворювання – 20–50 % абітурієнтів, у зв'язку з тим 58–65 % першокурсників зараховували до підготовчої, 11–35 % – до спеціальної групи фізичного виховання [25; 72; 77; 78].

Процес навчання у сучасних закладах вищої освіти характеризується інтенсивністю навчальних навантажень, що на тлі несприятливих екологічних та соціальних факторів, високого рівня психоемоційних перевантажень сучасного життя, негативно позначається на стані здоров'я студента. Усе це відбувається у важливий період біологічного, фізіологічного та психологічного формування молодого організму. Стан психічного здоров'я у такому віці визначається численними особистісними характеристиками, синтезом біологічно і соціально-зумовлених властивостей психіки [100].

Сьогодні накопичено багато даних про те, що саме освітнє середовище виступає одним із найбільш впливових факторів ризику здоров'я молоді (О. Мехед, І. Онипко, Т. Федорченко та ін.). Проблема збереження здоров'я має і чітко виражену економічну сторону, оскільки здоров'я є однією з

обов'язкових умов повноцінного виконання студентом своїх навчальних, а в майбутньому і професійних функцій.

Вступ абітурієнта до закладу вищої освіти – це переломний момент в його житті. Початок навчальної діяльності – період переходу від шкільного стереотипу навчання до студентського, відіграє важливу роль у подальшому стані рівня здоров'я молодого організму. На студента починає діяти комплекс досить інтенсивних факторів, при адаптації до кожного з яких формується своя функціональна система. При цьому ефективність адаптації визначається фізіологічними і біохімічними особливостями організму, психологічними характеристиками особистості. Вчорашній школяр, стаючи студентом, потрапляє в нові умови, які характеризуються інтенсивним навчальним навантаженням. Напруга адаптаційно-компенсаторних механізмів через значне збільшення обсягів нової та різнопланової інформації, стресових ситуацій, пов'язаних із заліками, іспитами, порушенням режиму життя, адаптація до нового «дорослого» колективу, дефіцит часу може призвести не тільки до розвитку дезадаптації, але і формування невротичних розладів [14; 38].

За даними Л. Ярославської (2021), І. Асаулюк (2019), рівень фізичного здоров'я студентів-першокурсників є нижчим від середнього і низьким у 73 % [4; 121]. Статистичні дані свідчать, що близько 90 % студентів мають серйозні відхилення в стані здоров'я, понад 50 % перебувають на диспансерному обліку, кожний п'ятий займається у спеціальній медичній групі або звільнений від фізичних навантажень за станом здоров'я; понад 50 % здобувачів освіти не підпадають під середній рівень державного стандарту фізичної підготовленості, що гарантує стабільне здоров'я [102]. За даними Н. Коляди [191] за останні п'ять років лише 40 % першокурсників закладів вищої освіти вважали себе здоровими.

Стан здоров'я студентської молоді переважно визначається «шкільною патологією», яка впродовж навчання у ЗВО посилюється та хронізується. До моменту завершення навчання лише 20 % випускників можуть вважатися здоровим [22; 47]. В Україні близько 45–50 % майбутніх фахівців мають

морфофункціональні відхилення, 40–60 % – хронічні захворювання, від 20 до 80 % старшокласників набувають за роки навчання у школі поліорганичних вад [31; 51; 238].

Перші роки навчання, які є переходом до нових соціальних умов, викликають спочатку активну мобілізацію, а потім виснаження фізичних резервів організму. Пристосування до нової системи навчання, входження у новий колектив, осмислення і ступінь прийняття цінностей майбутньої професійної діяльності – все це супроводжується значними зусиллями компенсаторно-пристосувальних механізмів молодого організму, впливає на здатність адаптації до соціальних умов навчання у закладі вищої освіти. Цим частково пояснюється можливе зниження рівня «звичної» успішності на першому курсі. У одних студентів період адаптації відбувається плавно, в інших – стрибкоподібно. Близько 35 % студентів відчувають на молодших курсах дезадаптаційний синдром [14].

На старших курсах відбувається активне входження у професію, тобто перехід від вивчення дисциплін медико-біологічного циклу до клінічних та проходження багаторазових клінічних практик.

Сьогодні обговорюються питання про вплив професійної мотивації на успішність навчання у медичному закладі вищої освіти й подальшу задоволеність професією лікаря. У працях вітчизняних і закордонних учених поданий різнобічний аналіз проблеми формування позитивної мотивації навчально-пізнавальної діяльності у медичному закладі вищої освіти, зокрема проаналізовано мотивацію до вступу у заклад вищої освіти (С. Бобровицька, О. Гилюн,, А. Мечніков, Н. Черняк, Н. Мюрей та ін.); схарактеризовано динаміку змін мотивації на різних курсах навчання (Н. Бордовськ, Р. Вайсман, С. Вебстер та ін.); виділено умови, які сприяють формуванню у студентів позитивної мотивації до навчально-пізнавальної діяльності (А. Колб, Т. Бережна, М. Дутчак, В. Донченко, К. Яримбаш, І. Козова та ін.) [6; 8; 22; 23; 27; 40; 41].

Встановлено, що у першокурсників у структурі навчальної мотивації домінує мотив набуття знань, тоді як у студентів 3 – 4-х курсів додається ще і бажання опанувати професією, а у випускників переважає мотивація отримання диплома.

Відсутність наукової організації навчальної діяльності студентів закладів вищої освіти, надлишкове робоче напруження, хронічний негативний емоційний стрес можуть спровокувати зниження у студентів внутрішньої організованості психічних процесів, пам'яті, точності практичних дій, працездатності, погіршення мислення, послаблення активності [19].

Здоровий спосіб життя відображає узагальнену типову структуру форм життєдіяльності студентів, для якої характерні самоорганізація і самодисципліна, саморегуляція і саморозвиток, спрямовані на зміцнення адаптивних можливостей організму, повноцінну самореалізацію своїх сутнісних сил, дарувань і здібностей у загальнокультурному і професійному розвитку, життєдіяльності загалом. Здоровий спосіб життя створює соціокультурне мікросередовище, в умовах якого виникають реальні передумови для високої творчої самовіддачі, працездатності, трудової і суспільної активності, психологічного комфорту, найповніше розкривається психофізіологічний потенціал особи, актуалізується процес її самовдосконалення. В умовах здорового способу життя відповідальність за здоров'я формується у студента як частина загальнокультурного розвитку, що виявляється у єдності стильових особливостей поведінки, здатності побудувати себе як особу відповідно до власних уявлень про повноцінне в духовному, етичному і фізичному сенсі життя.

Утвердження здорового способу життя, збереження і зміцнення здоров'я студентів розглядається як один з напрямів модернізації навчання і виховання, становлячи чи не найважливішу доктрину розвитку сучасної освіти, сприяючи результативнішій професійній підготовці здобувачів освіти. Здоров'я перестає бути категорією тільки біологічною – воно стає також категорією педагогічною, однією з основних суспільних, культурних і особових цінностей.

Формування здорового способу життя – це особливий вид діяльності, що має педагогічну спрямованість, де присутні основні компоненти (навчання, освіта, виховання) формування умінь і навичок, розвиток необхідних властивостей і якостей. Крім того, в сучасній педагогіці здоров'я, власне, формування здорового способу, розглядається як інтегративна характеристика особистості, найважливіша цінність, сутність життя людини, наслідок її самопізнання й особистої діяльності.

Аналіз наукових праць свідчить, що проблема формування здорового способу життя молоді є багатоаспектною, пов'язаною з комплексом питань, а саме: забезпечення оптимальних умов для навчання, праці, дозвілля, побуту, харчування, особистої гігієни, рухової активності, загартування, усунення шкідливих звичок, які сприяють формуванню здорового організму і збереженню здоров'я [77; 88; 90; 95; 103; 154; 157]. Характеристика реального соціального здоров'я української молоді, динаміка його складових, чинники, які обумовлюють його сучасний стан висвітлено в праці В. Мягих [63]. За останні роки в Україні багатьма фахівцями виділяється тенденція зниження обсягу рухової активності студентів, що негативно позначається на їхньому фізичному розвитку, фізичній підготовленості та функціональному стані [4; 11; 25; 49; 72; 97]. Актуальність проблеми психічного здоров'я посприяла зростанню кількості досліджень учених, які розглядають різні аспекти цієї проблеми, зокрема механізми формування психічного здоров'я особистості студентської молоді [90; 109].

В останні роки з'явилися наукові студії, пов'язані з вивченням проблем здоров'я й здорового способу життя в рамках освітнього процесу професійної школи: обговорюються загальні питання здоров'я студентської молоді (В. Шепітько, Н Борута, Є. Стецук, О. Завальнюк); розробляються заходи щодо гігієнічної оптимізації режиму та умов навчання, формування здорового способу життя студентів, аналізуються причини поширення алкоголізму і наркоманії в молодіжному середовищі (О. Єжова, В. Оржеховська, Е. Єрьоменко, Т. Денисовець, А. Міненко, С. Страшко, Л. Животовська);

досліджується вплив різних факторів на формування здорового способу життя студентів (Н Єременко, Г. Щербакова, І. Поташнюк, В. Бондаренко, О. Розколупа, А. Гета, А. Костюченко, О. Сидоренко, В. Кісельова); вивчається проблематика формування валеологічної компетентності студентської молоді (Р. Жалій, А. Афонін, О. Меліков, Я. Остафійчук, О. Согоконь); проводиться пошук засобів формування здорового способу життя молоді (І. Глухов, В. Коваль, С. Степанюк, В. Білецька, Н. Голуб, В. Семененк, Ю. Мельник, Т. Христова).

Враховуючи вищенаведені дослідження із питань збереження здоров'я, напрацьований значний теоретичний матеріал, можна стверджувати про наявність певних суперечностей: з одного боку, виникнення потреби в спеціалістах зі стійкою мотивацією на здорове й активне життя, спроможних реалізувати здоров'язбережувальну компетентність у професійній діяльності, а з іншого – відсутність ґрунтовних науково-практичних і методичних рекомендацій щодо використання і впровадження здоров'язбережувальних технологій в освітньому процесі.

Процес накопичення валеологічних знань повинен бути безперервним та послідовними, реалізуватися на всіх рівнях через суспільну, індивідуальну свідомість і створення сприятливих умов для формування здорового способу життя у студентської молоді. Лише в цьому випадку він буде сприяти не тільки збереженню рейтингу здоров'я у системі загальнолюдських цінностей, але і вихованню світосприйняття та культури здоров'я, приведе до реабілітації свідомості з позицій здоровотворення.

1.3. Особливості навчального процесу у закладах вищої освіти та його вплив на стан здоров'я студентів

Підготовка висококваліфікованих фахівців у закладах вищої освіти в умовах розвитку держави є однією з найважливіших передумов успішної реалізації завдань економічного, культурного і соціального розвитку

суспільства. Рівень теоретичної та практичної підготовки майбутніх фахівців визначається об'єктивними закономірностями суспільного розвитку, а умови навчання – сучасними досягненнями науки, культури, перспективними тенденціями розвитку сучасного суспільства.

Дослідники звертають увагу на те, що захворюваність студентів залежить від профілю закладу вищої освіти. Найнижчі показники стану здоров'я були відзначені у студентів медичних закладів вищої освіти. І. Козова, С. Королінська, В. Кульчицький та інші звертають увагу на особливості організації навчального процесу у медичних закладах вищої освіти, які проявляються у більш високих психоемоційних навантаженнях, інтенсивному режимі як аудиторної, так і самостійної роботи в позааудиторний час, негативно позначаючись на здоров'ї майбутніх медичних працівників [40; 47; 51; 77].

Результати названих та інших досліджень свідчать про необхідність посилення уваги до проблеми охорони здоров'я студентів, що передбачає ширше використання здоров'язбережувальних технологій в організації освітнього процесу. Розв'язання завдань формування та підтримки здоров'язбережувальних технологій в умовах сучасного закладу вищої освіти в основному забезпечується: 1) фізкультурно-спортивною діяльністю; 2) спеціальними дисциплінами, які теоретично чи практично можуть допомогти студентам піклуватися про своє здоров'я (валеологія, ОБЖ, соціологія здоров'я, соціологія медицини, екологія, практичні заняття з надання першої медичної допомоги та ін.); 3) психологічними методиками; 4) рекреаційними заходами.

Спеціальні дисципліни, предметом яких є здоров'я і здоровий спосіб життя, допомагають студентам засвоїти необхідні правила, що стосуються особистої гігієни, дотримання режиму сну і відпочинку. Їхній зміст передбачає своєчасне інформування про згубність шкідливих звичок, роль повноцінного і правильного харчування у формуванні молодого організму тощо [17; 46; 59].

Відповідно до вимог Закону України «Про вищу освіту», Національної доктрини розвитку освіти, Програми розвитку медичної освіти до 2020 року,

проблема становлення особистості майбутнього фахівця саме в період навчання у вищому медичному закладі вищої освіти розглядається однією з пріоритетних. Особливу увагу зосереджено на необхідності забезпечення продуктивної спрямованості особистості, реалізації мотивів досягнення, потреби посилення саморозвитку та самоактуалізації, а також підвищення адекватності завдань навчально-виховного процесу до практичних завдань, які доводиться розв'язувати медичним фахівцям на різних етапах професійної діяльності [45]. У зв'язку з цим вивчення особливостей становлення особистості майбутнього лікаря і впровадження отриманих знань у практику медичного закладу вищої освіти сприятиме підвищенню якості фахової підготовки студентів, набуттю ними вміння урегульовувати нестандартні клінічні ситуації, всебічному опануванню процесів клініко-діагностичного і профілактичного спрямування [99].

Осмислення сучасних тенденцій формування здорового способу життя студентів, зокрема майбутніх медиків, поведінкових характеристик, соціально-гігієнічних чинників та навчального процесу повинно виступати пріоритетним у системі цінностей здоров'язбережувальних технологій. Навчання оцінювати якість і кількість здоров'я, оволодівати технологіями його забезпечення є актуальними медико-соціальним завданням. Прискорення соціально-економічного прогресу вимагає інтенсифікації професійної медичної підготовки. Тому необхідно удосконалити навчальний процес, створити належні умови для здобуття студентами валеологічних знань, формування у них навичок і звичок культури здорового способу життя [101]. У структурі загальної соціально-професійної компетентності культура здоров'я відіграє двояку роль: з одного боку, сприяє процесу соціалізації студента як представника інтелектуальної еліти суспільства, з іншого, виконує важливу функцію професійного розвитку на етапі навчання у ЗВО [91; 95].

Для поліпшення стану здоров'я студентської молоді необхідно з'ясувати причини, які впливають на нього у процесі навчання, а також знайти шляхи його практичного поліпшення.

Зростаючі вимоги до рівня підготовки фахівців – медиків вищої ланки, які зумовлені збільшенням потоку наукової інформації, впровадженням інноваційних освітніх технологій спричиняють перевантаження студентів. Удосконалення внутрішньовишівського середовища, захист студентів від несприятливих соціальних чинників, створення комфортних умов для процесу навчання, від яких залежать їхні навчальні досягнення і здоров'я, спрямована модернізація системи освіти, в тому числі у сфері зміцнення і збереження здоров'я, – найважливіше завдання державної політики в області освіти.

Важливим психологічним моментом, який визначає успіх професійної освіти, є своєрідна «готовність» (емоційна, мотиваційна) до набуття медичної професії. Правильне виявлення інтересів і схильностей виступає найважливішим прогностичним фактором подальшої фахової успішності. Крім того, психодіагностичний супровід освітнього процесу сприяє реалізації основних принципів вишівського навчання: орієнтація на практичну професійну діяльність після отримання диплома і врахування вікових, соціально-психологічних та індивідуальних особливостей студентів [46; 116].

Освітній процес у ЗВО медичного профілю характеризуються наявністю низки негативних факторів [82]. По-перше, специфіка навчання тут у зв'язку із фронтальною формою організації навчального процесу характеризується відокремленістю медичних баз (клінічних та теоретичних), що вимагає значних часових затрат на переїзд; по-друге, процес отримання інформації під час професійної підготовки поєднаний із негативними асоціаціями, такими як біль, травми, смерть; по-третє, фізичні, хімічні, біологічні фактори лікарняного середовища можуть сприяти зниженню рівня захисних функцій організму [75].

Так, Л. Григорчук [20] виокремлює чинники, які свідчать про значне перевантаження студентів медичного профілю, а саме високий рівень академічного навантаження, який становить 36 40 год на тиждень на протизагаду встановленим 24 год, тобто має місце перевищення навчального навантаження в 1,5 рази. Крім того, у більшості випадків цьому навантаженню властиві нерівномірний розподіл, асинхронний час початку та закінчення навчальних

занять, нераціональний розподіл робочого дня, неупорядкована організація позанавчальної діяльності, воно не відповідає рівню психоемоційної готовності студентів, не враховує їх рівень здоров'я і функціональні резерви [30; 97; 107]. Як правило, нерівномірно в семестрі розподіляються і поточні навчальні завдання, контрольні роботи, підсумкові модульні контролі. Ця аритмія набагато збільшує загальну психофізіологічну навантаженість навчальної праці.

Значна частина студентів (близько 57 %) не вміють планувати свій час, не можуть організувати повноцінний відпочинок, а заняття самопідготовки тривають і у вихідні дні [22]. Це посилює загальне навантаження та обмежує можливості використання вільного часу, необхідного для пасивного й активного відпочинку. Проте навіть відновні процеси у багатьох студентів проходять неповноцінно внаслідок недосипання, нерегулярного харчування, недостатнього перебування на свіжому повітрі, низької активності, в тому числі й обмеженого використання фізичної культури і спорту, інших причин.

Критичним для студентів усіх курсів, особливо першого, є екзаменаційний період. Це – один із варіантів стресової ситуації, що у більшості випадків протікає в умовах дефіциту часу і характеризується великою відповідальністю з елементами невизначеності. З цим пов'язана тривалість постійної психологічної напруженості, яка не завжди усвідомлюється самим студентом. Перебудова молодого організму до нових соціальних умов викликає активну мобілізацію, виснаження його фізичних резервів і, як наслідок, зрив процесу адаптації та розвиток цілої низки захворювань. Поєднання зниження м'язового навантаження та збільшення інтенсивності нервово-психічної діяльності стає причиною послабленню імунітету, передчасного функціонального старіння та зростання захворюваності. Зменшення рухової активності насамперед відображається на розвитку дисфункцій нервової, серцево-судинної, травної систем та органів дихання. Найбільші труднощі у зв'язку з цим відчувають іногородні студенти. Особливої турботи також заслуговують студенти з неповних сімей, оскільки педіатри при вивченні стану їх здоров'я прийшли до висновку, що вони більше схильні до гострих і хронічних захворювань [76; 93].

У цей період дуже важливо дотримуватися не тільки належного режиму праці та відпочинку, а й інших складових здорового способу життя. Перелічені особливості умов навчання і навчального навантаження в медичному закладі вищої освіти детермінують негативні процеси щодо формування гострих та хронічних захворювань. Так, низкою авторів [124; 175; 181; 186; 187] була розроблена 18-факторна модель впливу навчального процесу на стан здоров'я студентів-медиків з метою розробки медико-профілактичних заходів, спрямованих на запобігання виникненню серед них захворювань та усунення факторів ризику.

Моніторинг стану здоров'я сучасних студентів-медиків засвідчив, що домінанта здоров'я на вершині життєвих потреб розглядається більше у теоретичному плані, на практиці вона займає далеко не перші позиції [17].

Значна частина досліджень підтверджує стійку залежність успішності навчання від таких особливостей самосвідомості, як ступінь адекватності самооцінки [2].

Самооцінка здоров'я – це оцінка індивідом власного фізичного і психічного стану, ключовий показник ставлення до здоров'я, якому притаманні три основні функції: регулятивна, оцінювальна, прогностична.

Самооцінка як інтегральний показник містить в собі оцінку не тільки наявності або відсутності симптомів захворювання, але і психологічного добробуту – особистих можливостей і якостей, усвідомлення життєвої перспективи, свого місця у соціумі. Люди, як правило, оцінюють власне здоров'я з точки зору можливості виконувати соціальні функції та ролі. Встановлено [54], що психологічний дистрес, депресивні симптоми впливають на працездатність і самооцінку здоров'я значно вагомніше, ніж багато серйозних хронічних захворювань. Це зумовлює регулятивну функцію самооцінки здоров'я. Водночас самооцінка фізичного і психічного стану виступає реальним показником здоров'я людей [39].

За час навчання у закладі вищої освіти у студентів знижується самооцінка власного здоров'я, зокрема 48,7 % опитаних висловили наміри змінити

ставлення до свого способу життя в контексті його оздоровлення, у 32–44 % респондентів виявлено недостатню мотивацію [50; 60; 116]. Ці дані збігаються із результатами анкетування студентів вітчизняних медичних вишів [77], у 50 % яких відсутня стійка мотивація до здоровотворення. Негативно-скептичне ставлення до здорового способу життя та відповідні поведінкові патерни нарастають у здобувачів освіти до четвертого курсу (зростання шкідливих звичок, негативне ставлення до фізичної культури тощо); на старших курсах спостерігається динаміка цих показників у позитивний бік [78].

Як стверджує О. Юрценюк (2021) [120], стан здоров'я студентів-медиків характеризується несприятливими тенденціями з позицій виявлення захворювань, їх ранньої діагностики та своєчасної корекції. Недотримання засад здорового способу життя проявлялося такими чинниками, як порушення сну (62,5 %), харчування (58,3 %), рухової активності (21,9 %). Поширеність шкідливих звичок (паління) становить 42,7 %. Напружена розумова праця, тривалий робочий день, емоційні перевантаження, дисонанс між високими запитами й обмеженими можливостями, необхідність поєднання навчання з роботою є тими факторами, які провокують появу вищеперелічених тенденцій.

Аналіз літературних джерел та дисертаційних досліджень свідчить, що недостатньо дослідженим залишається питання формування професійних основ здорового способу життя студентів медичних закладів вищої освіти. Найчастіше предметом спеціальних досліджень виступає проблема формування здорового способу життя молоді засобами фізичного виховання. Проте серед широкого спектру питань, що потребують нагального вирішення, недостатньо опрацьованими є обґрунтування критеріїв і показників здорового способу життя, своєчасний вияв схильних до нездорового способу життя, визначення основних заходів щодо формування здорового способу життя студентів, мотивування до збереження та зміцнення власного здоров'я.

Саме тому і були розроблені модельні характеристики різних рівнів фізичного здоров'я студентської молоді, які включають адаптаційний потенціал серцево-судинної системи, біологічний вік, ризик розвитку серцево-судинних

захворювань, морфофункціональний статус, фізичну працездатність та підготовленість [11].

На нашу думку, концепція оздоровчої роботи має орієнтуватися на формування здорового способу життя студентської молоді. Для цього необхідно, щоб зміст та сутність концепції забезпечували: рекреаційно-оздоровчий і профілактичний ефект; активну та диференційовану пропаганду серед студентської молоді здорового способу життя; взаєморозуміння між учасниками освітнього процесу; контроль за процесом навчання, а не його наслідками.

1.4. Моделювання підходу медичної освіти до формування здорового способу життя, добробуту студентів та їх навчальних досягнень

Останні десятиліття зазнали значних змін у питаннях здоров'я. Цей розвиток характеризувався відносним збільшенням захворювань, пов'язаних зі способом життя або з поведінкою, яка вважається «ризикованою» для негативних наслідків для здоров'я та зростанням витрат на охорону здоров'я.

Підхід до здоров'я відображає його стан. Оцінка впливу на здоров'я є інструментом популяризації здоров'я населення та публічної політики здоров'я. Ще ширше поняття здоров'я визначає коло соціальних, економічних та фізичних факторів навколишнього середовища, які сприяють здоров'ю. Найкраща артикуляція концепції охорони здоров'я – «здатність людей адаптуватися, відповідати або контролювати життєві виклики та зміни» [32].

Профілактика пов'язана з конкретною концепцією здоров'я – відсутністю хвороби. Отже, вона має дві важливі переваги: зосереджує увагу на проблемі, яку необхідно розв'язати, і має перспективну точку зору (передбачити та запобігти). Протягом останньої чверті століття тенденція запобігання захворюваності поступово збагатилася концепцією «зміцнення здоров'я». Відповідно, запобігання поступово зростає – від зниження шкідливих речовин у біофізичному середовищі до пов'язаних індивідуальних форм поведінки.

«Позитивне» бачення здоров'я виникло, зокрема, як ресурс для життя. Метою просування здоров'я є збільшення цього «потенціалу здоров'я» або «центру здоров'я» як індивідуально, так і колективно.

Профілактика, освіта в галузі охорони здоров'я, пропаганда здоров'я в освітньому процесі – один з численних заходів, спрямованих на зменшення ризику та зміну поведінки з метою підвищення якості та продовження тривалості життя.

Зв'язок між освітою та здоров'ям є чітким, проте механізми, за допомогою яких освіта може впливати на стан здоров'я, зрозумілі не настільки. Розуміння механізмів допомагає інформувати найбільш рентабельну та цільову політику або рішення, які спрямовані на поліпшення здоров'я та, в остаточному підсумку, сприйняти рівноправності здоров'я [154]. Згідно зі світовими дослідженнями [155; 162; 245] (рис. 1.1) існує багато взаємопов'язаних шляхів, за допомогою яких освіта може впливати на здоров'я. Виокремимо три основні:

- освіта сприяє підвищенню рівня знань про грамотність здоров'я, подолання та розв'язання проблем, що, таким чином, впливає на поведінку здоров'я;
- освітні досягнення формують можливості для працевлаштування, підвищення матеріального стану, умов праці, що може створити більш безпечне робоче середовище та відіграти роль медичного страхування;
- освіта впливає на соціальні та психологічні чинники, що, зі свого боку, впливають на здоров'я (наприклад, самореалізація, соціальний статус та соціальні мережі).

Освіта також була пов'язана з людським капіталом, систематичним способом мислення, що може позитивно вплинути на рішення щодо формування здорового способу життя [196]. У цьому контексті доцільно зауважити, що освітній рівень є показником здоров'я, який дає змогу підвищувати академічну ефективність та зменшувати диспропорції в освіті, важливі для зменшення диспропорцій у сфері здоров'я. Один із ключових

факторів у рівнях вищої освіти пов'язаний з тим, наскільки добре студенти переходять від одного рівня системи освіти до іншого.



Рис. 1.1. Шляхи впливу освіти на здоров'я

Освіта, зокрема медична, може бути визначена як сукупність заходів, призначених для передачі чи конструювання знань про здоров'я для людини, соціальної групи чи спільноти. Сьогодні переважають дві концепції охорони здоров'я. Перша сприймає здоров'я як залучення до успішної роботи людського організму у всіх його аспектах: біологічному, психічному та соціальному. У

другій концепції освіта в галузі охорони здоров'я розглядається як один з аспектів загальноосвітньої освіти формування здорового способу життя. Ця концепція особливо притаманна тим, хто займається педагогічною діяльністю: для них здоров'я є одним з компонентів освіти. Важливо підкреслити, що ці два підходи взаємодоповнювальні.

Усі ті, хто відіграють певну роль у житті молоді, стурбовані розвитком здоров'я: батьки, вчителі, молодіжні працівники, члени молодіжних рухів, сімейні лікарі, педіатри, парамедичні працівники, шкільні лікарі та медсестри. На перетині цих двох сфер (освіти та охорони здоров'я) і перебувають фахівці з медичної освіти. «Педагоги з охорони здоров'я» визначаються підготовкою, досвідом та, зокрема, здатністю виходити за рамки професійних розходжень як професійних, так і дисциплінарних, через набуті навички у сферах освіти, охорони здоров'я, спілкування, психології та соціології. Вони є основним «інтерфейсом» між усіма учасниками процесу. Крім безпосередніх учасників, є й інші, що мають непрямий контакт з молоддю: санітарні та профілактичні відомства, пацієнти й асоціації, і можуть впливати на їхнє здоров'я. Ці різні групи учасників представляють різні види утручань, тому їх обов'язки, ролі та межі повинні бути також визначені.

Підхід, відомий під назвою «оздоровлення здоров'я», визначений в Оттавській хартії, пропонує теоретичні рамки, за якими втручання мають бути всеосяжними й узгодженими; він розробляє стратегії (тобто конвергентні та узгоджені втручання) синергійно з міждисциплінарним підходом, який враховує багатоаспектність детермінант здоров'я. Однак реально втручання часто є більш фрагментованими та, відповідно, менш вирішальними. Підтримка чинності принципів Хартії впливає зі змін в індивідуальній та колективній практиці, які можна побачити майже скрізь.

Оттавська Хартія встановлює три ключові стратегії: адвокацію, посередництво та залучення, а також висвітлює п'ять сфер діяльності.

- Побудова здорової політики.
- Створення опорних середовищ.

- Зміцнення заходів спільноти.
- Розробка особистих навичок.
- Переорієнтувати медичні послуги.

Використовуючи тези з Оттавської Хартії як структуру для цілого системного мислення, можна розробити цілу низку цілей, які є доречними й актуальними для «здорових університетів» (рис. 1.2) [210].



Рис. 1.2: Сфери діяльності Оттавської хартії як основа для здорових університетів

Принципи, що застосовуються для поліпшення здоров'я, включають поняття «середовища» або «життєві умови» (міста, громади, заклади освіти,

робочі місця, медичні установи тощо). Втручання у таких умовах полегшується, позаяк громада структурована сильною спільною ідентичністю, енергійними взаємодіями та комунікаціями між членами. Для втручань, запланованих у цих умовах і, зокрема, у закладах освіти, процес, розроблений для досягнення мети, також має важливе значення. Оскільки мета визначає підвищення здатності індивідів до самореалізації, підхід повинен бути не директивною, а супроводжувати розвиток людини. Тому суб'єкти беруть участь у самому плануванні проєкту, що має на меті створення умов, сприятливих для виникнення змін у їхніх навичках та, зрештою, їх поведінки. Цей підхід, який узагальнюється багатьма авторами термінами «сприяння» та «розширення можливостей», підходить для закладу освіти загалом та для медичної зокрема.

Охорона здоров'я включає індивідуальний та колективний компонент, який не варто розділяти: вивчення здоров'я та поведінки способу життя повинні підходити одночасно з обох сторін. Для розробки втручань, що стосуються медичної освіти, важливо спочатку зрозуміти чинники, що викликають та впливають на поведінку здоров'я, а також процеси навчання здоров'я. Тому ми повинні аналізувати потреби в освіті для досягнення «освітнього та/або поведінкового діагнозу».

Для досягнення цієї мети необхідно опиратися на теорії зміни поведінки й трансакцій, які трансформують моделі навчання, приводять до «розуміння та уявлення про здорову поведінку у соціальному контексті і подальші довготривалі зміни у способі життя [197; 241]. Такий педагогічний підхід поглиблює розуміння основ соціальної медицини, в основі яких лежать детермінанти здоров'я, а також надає змогу студентам отримати доступ до інформації та інтерпретувати її для прийняття обґрунтованих рішень стосовно власного здоров'я і добробуту протягом життєвого шляху. Наявність таких освітніх платформ, безсумнівно, є зв'язними ланками області охорони здоров'я освіти фізичної культури, гуманітарних та технологічних програм. Незважаючи на широке визнання того, що питання охорони здоров'я формують значну

частину цих навчальних програм, на сьогодні утворився певний розрив між грамотністю здоров'я у наукових розробках та в області охорони здоров'я.

Грамотність у питаннях здоров'я як передумова для освіти в інтересах сталого розвитку не може бути ізольованою від наукової грамотності.

Ми можемо додати до моделей формування здорового способу життя і такі, що заторкують процеси індивідуальних змін, але не є всеосяжними для розуміння поведінки в області здоров'я. Ці моделі найчастіше розробляються фахівцями з однієї дисципліни, засновані на спостереженнях та експериментах без будь-яких міждисциплінарних зв'язків. Хоча основним їх використанням є детерміністичне прогнозування поведінки на здоров'я, вони можуть бути використані для розуміння факторів впливу (соціальних уявлень, мислення), пристосованих до кожної аудиторії.

Перші програми дисциплін були розроблені з точки зору запобігання захворюванням і травматизму. Пізніше соціологія, педагогіка та психологія долучили свої методи й інструменти (якісні підходи з напівструктурованими інтерв'ю та дискусійними групами). Сучасна тенденція полягає у тому, щоб об'єднати ці підходи, тим самим втілюючи труднощі, властиві будь-якому міждисциплінарному дослідженню.

Крім того, дослідження з оцінки здорового способу життя студентської молоді довгий час зосереджувались на змінах знань про здоров'я, епідеміологічних результатах та економічних аспектах, ігноруючи роль загальної сукупності факторів, процесів та організаційних аспектів якості й ефективності медичної освіти. Концепція зміцнення здоров'я з метою збільшення «потенціалу охорони здоров'я» передбачає, що показники рівня «кваліфікації дій» людей будуть визначені та використані в дослідженні оцінки.

Цінність освіти в галузі охорони здоров'я є не тільки колективною та економічною, а й служить певним індивідуальним і особистим інтересам. Це дає нагоду кожній людині розвивати свою здатність вплинути як на довголіття, так і на якість життя у цілісному баченні здоров'я, визначеному ВООЗ.

Традиційна медична освіта – це набір навчальних заходів, спрямованих на надання індивідам інформації про стан здоров'я та спонукання їх до прийняття поглядів і поведінки, корисних для здоров'я. Концепція «оздоровлення здоров'я» була офіційно закріплена в 1986 р. в Отавській хартії, розширивши освітній підхід шляхом акцентування на колективній відповідальності. Означена концепція передбачає не лише виховання індивідів, але й сприяння колективній мобілізації одночасно з урахуванням психосоціальних та суспільних детермінант, що обумовлюють поведінку і наслідки, несприятливі для здоров'я. Тому популяризація охорони здоров'я охоплює медичну освіту, як одну з основних її складових [130; 150; 169].

Систематичне медичне виховання у закладах освіти розглядається як найбільш прибуткове і довгострокове інвестування в здорове суспільство (рис. 1.3) [128]. Здорова освіта розуміється як процес, в якому людина ефективно використовує набуті знання приймає рішення там, де результати мають значення для неї або суспільства, в якому вона живе [128].

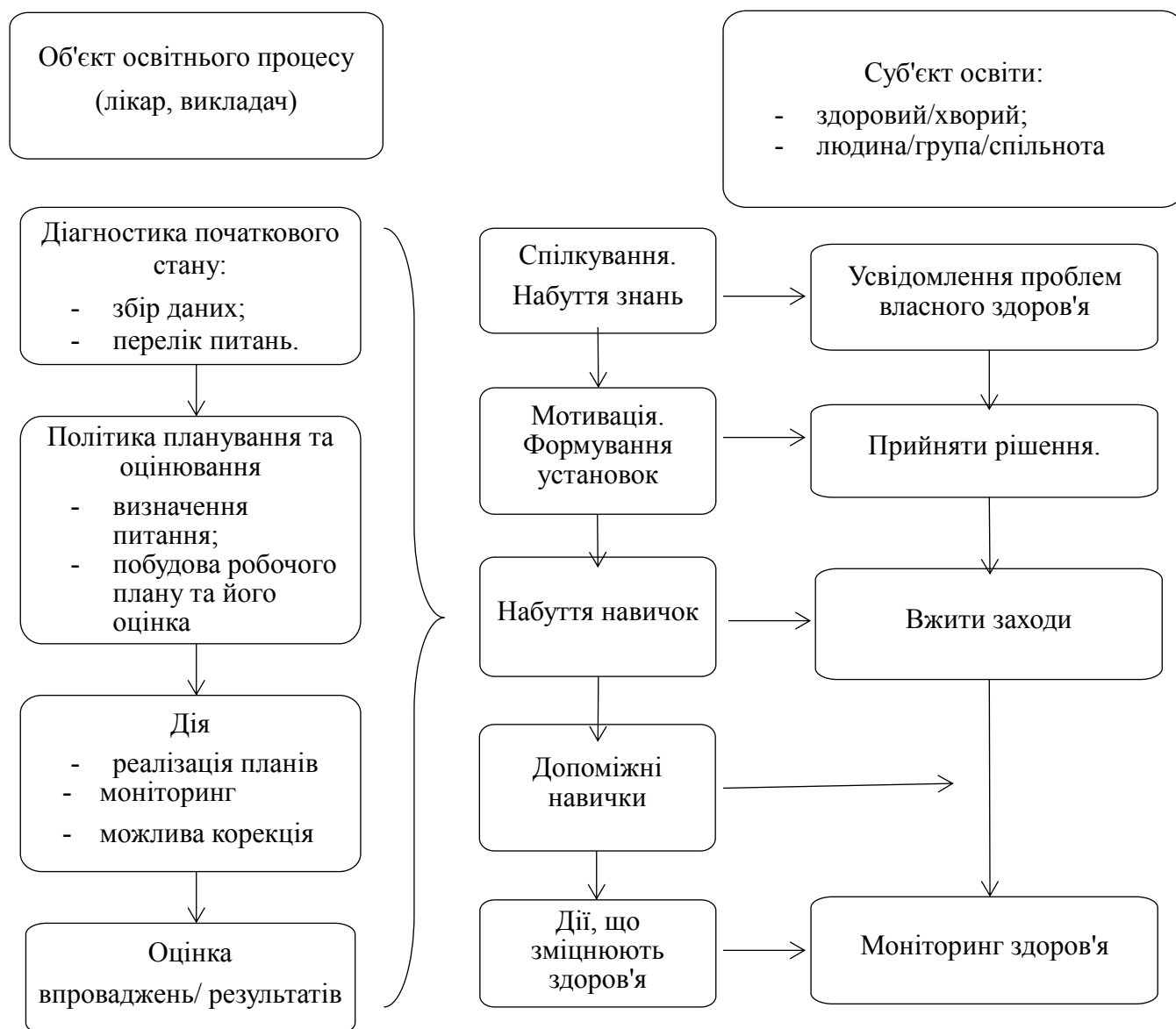


Рис. 1.3. Процес медичного виховання за методикою А. Андрушкевич, М. Банашкевич

Однак варто зазначити, що медична освіта – це не лише дидактико-виховний процес, що проводиться у медичних закладах освіти (формальна освіта), а й соціальна діяльність, яка впливає на поведінку людей. Важливо, щоб медична освіта означала не тільки інституційні форми дії, а й була процесом життя, який охоплює всі його етапи.

Сьогодні, згідно з поширеною думкою, передача знань про здоров'я не може бути головною метою медичної освіти (рис 1.4). Існує ризик, що надмірна

кількість інформації може призвести до відсутності розуміння та загального розчарування.

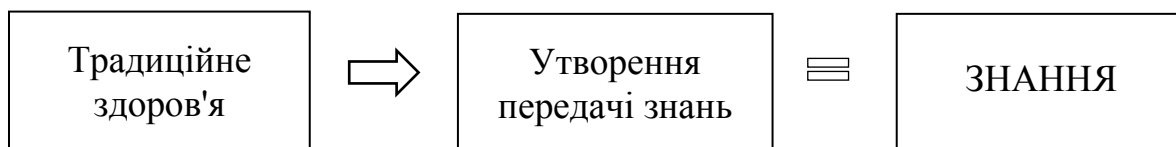


Рис. 1.4. Цілі медичної освіти в традиційному підході за методикою
А. Андрушкевич, М. Банашкевич

Основною метою медичної освіти повинна бути «розбудова» компетентності особистостей. На думку Дж. Скшипчак [225], формування певної кваліфікації в означеній області означає надати людині виразну кількість знань, які вона повинна розуміти. Це також передбачає підтримку людей у належному використанні їхньої кваліфікації та розвитку мотивації до відповідних дій (рис. 1.5).

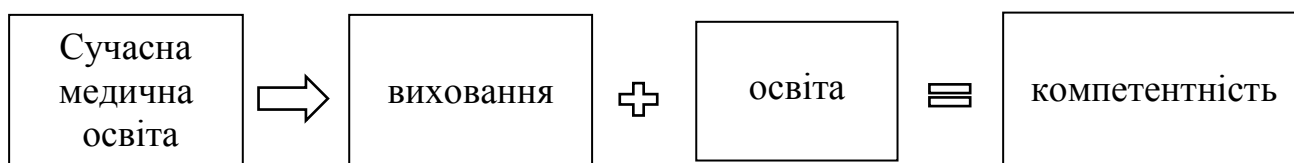


Рис. 1.5. Цілі сучасної медичної освіти

Універсальна функція медичної освіти полягає у відносно постійній і позитивній зміні діяльності людини. Нові диференційовані цілі медичної освіти передбачають:

- розуміння того, що таке здоров'я, чому і як треба піклуватися про нього,
- розвиток почуття відповідальності за власне і загальне здоров'я,
- підвищення самооцінки й впевненості у своїх здібностях,
- розвиток особистих та соціальних навичок, які сприяють добробуту і адаптації до повсякденного життя,
- підготовка до участі в діяльності з охорони здоров'я та створення здорового середовища вдома, навчальному середовищі, громаді.

Реалізація програми медичної освіти має бути пристосованою, з одного боку, до когнітивних отримувачів, їхніх вікових груп, соціальних та культурних умов. Ефективне формування здоров'я повинно володіти характеристиками універсальності, а програма – базуватися на попередньому аналізі проблем спільноти. Культура спільноти, що впливає на поведінку людини, також залежить від так званого «стандарту здоров'я», тобто способу досягнення власних потреб у формуванні здорового способу життя. Згідно з Лучинською [195], поведінка класифікується як:

- пов'язана зі здоров'ям,
- орієнтована на здоров'я, що означає свідоме вжиття заходів для його захисту та збереження,
- ризик для здоров'я, як свідомі, так і несвідомі дії, що негативно впливають на здоров'я.

В останні роки відбулися суттєві зміни у розробці та реалізації формування здорового способу життя студентів-медиків. Медико-санітарна освіта в основному зосереджується на проблемі фізичного здоров'я, догляді та профілактиці травм та соматичних захворювань. Новий елемент в медичній освіті покликаний надавати особливу увагу психосоціальному здоров'ю та розвитку життєвих навичок як здатності активувати позитивну поведінку адаптації людини до щоденного виконання завдань та розв'язання проблем. Це одна з основних відмінностей між традиційною освітою та її сучасним виміром, де знання та навички виступають ключовим ефектом. Подібний підхід був реалізований у деяких країнах ЄС, зокрема, у Великобританії, де протягом тривалого часу час реалізовувався предмет «Особиста та соціальна освіта»; в Ірландії – «Соціальна особиста освіта та здоров'я».

Новий етап розвитку і реформування вітчизняної освіти поставив перед усіма учасниками навчально-виховного процесу серйозні завдання, пов'язані з питаннями формування, збереження і зміцнення здоров'я студентської молоді та впровадження здоров'язбережувальних технологій в освітньому просторі. Серед пріоритетів освіти XXI ст., які законодавчо закріплені законами України

«Про освіту», «Про загальну середню освіту», «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення», визначені Державною програмою «Освіта» (Україна ХХІ століття), Національною програмою «Діти України», Національною доктриною розвитку освіти України в ХХІ столітті та іншими державними нормативними документами, є збереження і зміцнення фізичного, психічного, духовного, соціального й емоційного здоров'я молоді, виховання свідомого дбайливого ставлення до здоров'я, дотримання принципів здорового способу життя, забезпечення всебічного гармонійного розвитку людини як найважливіших умов формування освіченої, творчої, культурної та духовної особистості.

Однак доцільно відзначити, що у загальній законодавчій та регуляторній схемах, практикованих в Україні, чимало положень, які регулюють освіту в галузі охорони здоров'я, розпорошені, а це впливає на актуальність та структурованість взаємовпливу здорового способу життя і навчального процесу.

В останні роки використання постпозитивістських та конструктивістських підходів набирає сили. Незважаючи на традиційні парадигми досліджень, недостатньо зроблено для з'ясування, наскільки такі підходи реально представляють поліпшення здоров'я у закладах освіти, професійних організаціях та суспільстві. Тому необхідно застосовувати якісні підходи, включаючи напівструктуровані інтерв'ю, фокус-групи, діалоги та схеми розвитку системи охорони здоров'я з метою виявлення значення «зміцнення здоров'я», особливо у навчальному контексті.

Незмінно заклади освіти почали орієнтуватися на світову концепцію позитивних змін культури здоров'я. Як на мікро-, так і на макрорівні процес соціалізації щодо здорових харчових звичок та позитивної поведінки, пов'язаної з охороною здоров'я, повинен привести до формування покоління, призначеного для підтримки загального добробуту суспільства. Багато педагогів зараз схиляються до сприйняття критичного педагогічного підходу [169; 203] як ключа до розкриття потенціалу молоді. Брунер [138] прагматично

визнає, що, незважаючи на всі нововведення методології навчання в останні роки, традиціоналістична парадигма педагогіки зберегла місце в західній освітній культурі. За його словами, запровадження образних підходів до навчання обов'язково передбачає зміну «народних» педагогічних та психологічних теорій педагога. Крім того, міністерство освіти не включило популяризацію в галузі охорони здоров'я як одну з її освітніх та дослідницьких пріоритетів і зараз справедливо критикується як неефективний спосіб заохочення та розвитку позитивного навчання і розуміння.

Проте включення популяризації здоров'я як навчальної програми для всіх студентів в Україні вказує на те, що уряд неявно визнав, що це ключова сфера освіти, яка повинна бути розв'язана в контексті повсякденного процесу навчання. Закладам вищої освіти належить забезпечити доступ студентам до обговорення питань зміцнення здоров'я навіть на останніх етапах післядипломної освіти. Культура здоров'я у закладах освіти та незначна увага засобів масової інформації до професії загалом, визначає, що студентам не створено платформи для критичного аналізу ключових питань у дискусіях щодо зміцнення здоров'я. Це пояснюється тим, що велика увага приділяється «основним» навчальним предметам, а навчальні теми щодо формування здорового способу життя нехтуються. Це зумовлює в основному апатичний підхід до освіти в галузі здоров'я (як одну з перехресних тематик).

В освітньому контексті нашої країни недостатньо поінформовано про те, наскільки ефективно заклади освіти (як на початковому, так і на середньому рівні) займаються основними цілями зміцнення здоров'я методом впровадження до навчальних програм. Хоча моделі «досвідного навчання» [190] та «рефлексивна практика» [136] досягли основного статусу та легітимності, проте недостатньо для дотримання теоретичних парадигм рефлексивних дій у вітчизняних закладах вищої освіти. Завдання дослідження полягає у визначенні потенційних механізмів, за допомогою яких критично орієнтовані програми охорони здоров'я можуть досягти у ЗВО довіри.

Необхідно підтримувати методологію якісно-методологічних досліджень, зокрема використання критичних педагогічних програм, спрямованих на зміцнення здоров'я у системі освіти. Існує потреба в просвітницьких проєктах, спрямованих на зміцнення здоров'я, які цілеспрямовані на заохочення високого рівня участі та розширення можливостей серед усіх учасників освітнього процесу. Такі типи проєктів використовуватимуть критичну педагогіку як невіддільну частину ефективного впливу на формування здорового способу життя, підтримуючи мету створення навчального середовища у кооперативному й активному навчанні студентів. Дискусійні програми медичної освіти мають намагатися перелаштувати практику студентів для більшого зосередження уваги на навчанні та забезпечити засобами, за допомогою яких освіта в галузі охорони здоров'я може отримати центральну роль у створенні навчальних програм, спрямованих на досягнення значного розуміння питань здоров'я.

Навчально-дослідницькі проєкти (використовуючи критичну педагогіку) необхідно розробити та впровадити у закладах освіти України, зокрема в галузі охорони здоров'я. Проєкти такого характеру можуть відійти від чітко визначених оцінок нормативних програм навчального плану та зосередити увагу на аналізі впливу медико-освітньої освіти, орієнтованої на студентів, шляхом зображення трансформаційних змін, які відбуваються у оцінці учасниками освітнього процесу розуміння стану здоров'я. Для викладачів та дослідників цінність таких програм з точки зору виявлення тих чи тих педагогічних стилів, які можуть сприяти кращому розумінню дискусій щодо здоров'я, є очевидною. Такий напрям педагогічного процесу вимагає альтернативних методів навчання, які сприяють діалогу, критичному відображенню та соціальній трансформації, передбачає надання студентам доступу до різноманітної інформації і доказів, що є актуальною для питань, пов'язаних зі здоров'ям. Завдання викладачів – сприяти критичному аналізу цієї інформації (змісту). Таким чином, студенти отримають більший доступ до питань поліпшення здоров'я, відчують потребу поділитися своїм досвідом та

розумінням, що приводитиме до емансипативного навчання. Програми такого навчання формування здорового способу життя, найімовірніше, будуть ефективними, коли проявлятимуть чутливість до місцевих соціальних та політичних реалій, і коли вкладатимуться у відповідні теоретичні, педагогічні та культурні рамки.

Висновки до першого розділу

1. Проведений аналіз наукової психолого-педагогічної літератури уможливив простежити наявність різних підходів щодо визначення дефініцій здоров'я як складного феномену глобального значення, що включає комплекс соціальних, економічних, біологічних, медичних аспектів, виступає об'єктом споживання, є індивідуальною та суспільною цінністю, явищем системного характеру, динамічним, яке постійно взаємодіє з навколишнім фізичним і соціальним середовищем, а не тільки характеризується як відсутність хворіб чи фізичних обмежень. Об'єктивні труднощі пов'язані з необхідністю розв'язання конкретних наукових, практичних чи суспільних завдань. Відтак кожна дефініція здоров'я, по суті, відображає не лише зміст цього феномену, але і її сучасні наукові та суспільні тенденції.

2. Здоров'я є мультифакторним поняттям і відображає не тільки стан організму, але виступає як «стратегія життя людини» з метою підвищення його життєстійкості. Серед об'єктивних причин різкого зниження рівня здоров'я важливе місце посідає відсутність у багатьох людей пріоритету здоров'я та мотивації вести здоровий спосіб життя як провідного чинника збереження й зміцнення здоров'я. Останнім часом акцент у збереженні і зміцненні здоров'я зміщується у бік активізації здоров'язбережувальної позиції особистості, опанування умінь і навичок здорового способу життя.

3. Питання студентського здоров'я набуває особливої актуальності. Проблема виступає як суперечність між прогресуючим погіршенням здоров'я молоді, що зумовлено передовсім низьким рівнем культури поведінки

самозбереження, і потребами суспільства в істотному поліпшенні здоров'я молоді. Багатоплановість самооцінки як мотиваційної детермінанти поведінки щодо факторів, які сприяють або загрожують здоров'ю, і показника здоров'я (реального і на перспективу) заслуговує пильної уваги й аналізу.

4. Освітні програми, спрямовані на формування здорового способу життя, молоді мають бути орієнтовані першочергово на активний фізичний розвиток, раціональне харчування, психологічну підтримку у поєднанні зі сприятливим соціальним середовищем, а також заходи щодо запобігання шкідливим звичкам. Тому на сьогодні актуальним є перехід від етапу поінформованості молоді щодо способів збереження здоров'я до етапу формування у них стійкої мотивації щодо здорового способу життя.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В УМОВАХ СУЧАСНОЇ ОСВІТИ ТА НОВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ

2.1. Психолого-педагогічні та соціальні передумови формування ціннісного ставлення сучасних студентів до здорового способу життя

Здоров'я людини є однією з найбільш значущих соціальних цінностей і важливим державним, соціально-економічним та політичним завданням, ефективне вирішення якого визначає майбутнє країни. На сьогодні забезпечити необхідний рівень здоров'я нації досить проблематично, оскільки наслідки критичних періодів реалізація радикальних заходів медичної реформи в Україні продовжують впливати практично на всі сторони життя, при цьому одним з найбільш соціально вразливих контингентів залишається молоде покоління.

У багатьох дослідженнях останніх років стверджується необхідність збереження та зміцнення здоров'я студентської молоді, проте вказується на низку труднощів, зокрема, специфічність представленості цієї соціальної групи (термін і форма навчання, спеціалізація), динаміка чинників ризику та їх залежність від регіональних умов. Результатом такої ситуації можна вважати фрагментарність наукових досліджень і відсутність їх єдиної комплексної програми. Досить проблематичним є встановлення особливостей соціально-гігієнічних та медико-біологічних характеристик, які безпосередньо впливають на стан здоров'я і дати науково обґрунтовану педагогічну оцінку здоров'я студентів, визначити шляхи вдосконалення організації формування здорового способу життя майбутнім медикам.

В основу формування культури здорового способу життя можуть бути покладені такі підходи: валеологічний, культурологічний, інноваційний, індивідуально-орієнтований. Якщо створити потужне здоров'язбережувальне середовище, культура здорового способу життя кожного індивіда значно

підвищиться. Для молоді здоров'язберезувальним середовищем може стати заклад освіти, який взаємодіє з іншими соціальними об'єктами і є ефективним інститутом культивування здорового способу життя.

Студентська молодь загалом – особливий контингент стан здоров'я якого необхідно розглядати як барометр соціального добробуту.

Аналіз проблематики стану здоров'я студентської молоді в нових умовах навчального та медичного реформувань вказує на її актуальність через вікові особливості періоду, впродовж якого проходять інтенсивний ріст і формування особистості, розвиваються морфологічні та психологічні процеси, відбувається становлення життєво важливих функцій організму.

Медична освіта характеризується декількома кризовими моментами у житті молодої людини: перший, початкова фаза, – адаптація, яка вимагає змін у способі життя і навчання. Другий момент настає у проміжній фазі, коли студенти мають контакт з реальністю, чималим обсягом вивчення. Завершальний етап медичної освіти характеризується багатьма моментами, які можуть бути пов'язані зі сприйняттям психологічної відповідальності у медичній освіті, оскільки цей етап стосується професійного майбутнього студентів, невпевненість у виборі професії є найвищою.

Моніторинг сучасного стану здоров'я студентів-медиків показав, що винесення здоров'я на вершину життєвих потреб має для них радше теоретичний аспект, який на практиці займає зовсім не перші позиції.

Необхідно відзначити, що вивченню здоров'я та умов життя студентів, особливо студентів-медиків, присвячено незначну кількість робіт [10; 22; 40; 130; 177; 189]. Вони спрямовані в основному на виявлення залежності показників впливу фізичної активності, соціально-гігієнічних факторів, обґрунтування моделей оптимізації та збереженню здоров'я. Аналіз означених досліджень показав, що аспекти збереження і зміцнення здоров'я студентів, що є резервом інтелектуального потенціалу суспільства, розглядалися дослідниками в різні періоди соціально-економічного й політичного життя країни, які характеризуються значним погіршенням умов життя більшої

частини населення, реформами в системі охорони здоров'я, супроводжуються докорінними змінами в організації медико-соціальної та профілактичної допомоги тощо.

За матеріалами наукових публікацій і багатьох досліджень [26; 132; 176; 205; 224] основними проблемами у формуванні здорового способу життя в сучасних умовах є:

- відсутність усвідомлення людиною власного здоров'я;
- низьке розуміння згубних наслідків вживання алкоголю, тютюнопаління та інших факторів ризику для здоров'я, наприклад, несприятливі умови праці, навчання, проживання, соціальні умови тощо;
- низька фізична активність;
- слабо налагоджена служба валеологічної діагностики молоді;
- відсутність інтегрального методу оцінки стану організму людини, що, відповідно, ускладнює роботу з профілактики захворюваності.

Для виявлення ефективних заходів щодо формування здорового способу життя, важливо встановити причиново-наслідкові зв'язки, зрозуміти, від чого залежить здоровий або нездоровий спосіб життя; чи впливають на поведінку індивіда рівень доходу, освіта, сімейні чинники, релігійна приналежність, соціальні мережі.

Емпіричною базою послужили дані опитування студентів-медиків Львівського національного медичного університету, що проводилося у період 2015–2021 рр.

Самооцінка як інтегральний показник і мотиваційна детермінанта здоров'я містить в собі оцінку не тільки наявності або відсутності симптомів захворювання, але і психологічного добробуту – власних можливостей і якостей, усвідомлення життєвої перспективи. Дослідження показали, що психологічний дистрес, депресивні симптоми впливають на працездатність і самооцінку здоров'я більше, ніж багато серйозних хронічних захворювань. Це, власне, і обумовлює регулятивну функцію самооцінки здоров'я. Водночас

самооцінка фізичного і психічного стану виступає реальним показником здоров'я людей.

У нашому дослідженні, оцінюючи власне здоров'я, «добрим» його визначили 61,45 % студентів жіночої та 51,35 % чоловічої статі. У 3,7 рази більше студентів медиків жіночої статі відзначили своє здоров'я як «відмінне». Водночас на «погане» здоров'я вказали у 2,9 рази більше студентів чоловічої статі порівняно зі студентками.

Уважають своє здоров'я задовільним понад 29,52 % студентів жіночої та 17,57 % – чоловічої статі (рис. 2.1) .

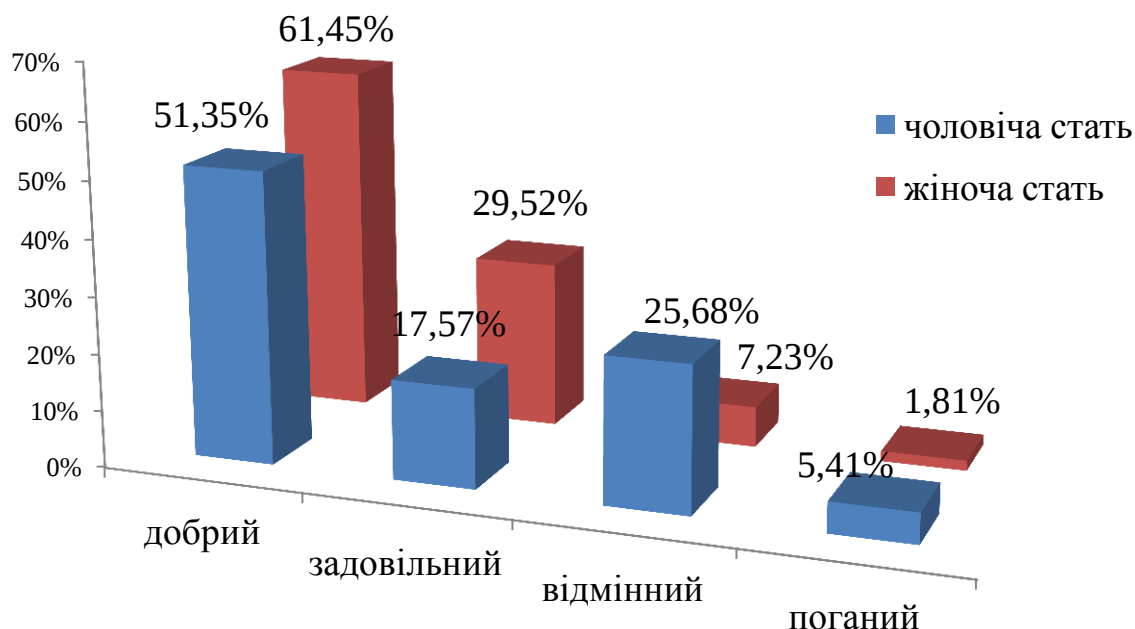


Рис. 2.1. Самооцінка здоров'я студентів (%)

На запитання «Чи повинна людина приділяти весь свій вільний час здоров'ю?» майже половина респондентів відповіли, що здоров'я для людини – найцінніше. 32,43 % студентів чоловічої та 41,57 % жіночої статі вважають, що на підтримку власного здоров'я треба приділяти достатньо вільного часу, проте не постійно (табл. 2.1.).

Таблиця 2.1

Потреба студентів-медиків приділяти вільний час власному здоров'ю

стать	потреба людини приділяти вільний час власному здоров'ю			
	здоров'я – це життя, а нічого ціннішого у людини немає	не можна перетворювати життя на служіння тілу	думати про здоров'я необхідно, але не постійно	якщо стоїть питання життя і смерті – тоді звичайно
чоловіча	45,95 %	14,86 %	32,43 %	6,76 %
жіноча	48,19 %	9,04 %	41,57 %	1,20 %
всього	47,50 %	10,83 %	38,75 %	2,92 %

Згідно з нашими дослідженнями, основними чинниками міцного здоров'я серед студентів-медиків чоловічої статі є заняття спортом (40,95 %) та раціональний режим дня у студентів жіночої статі (32,32 %) (рис. 2.2).

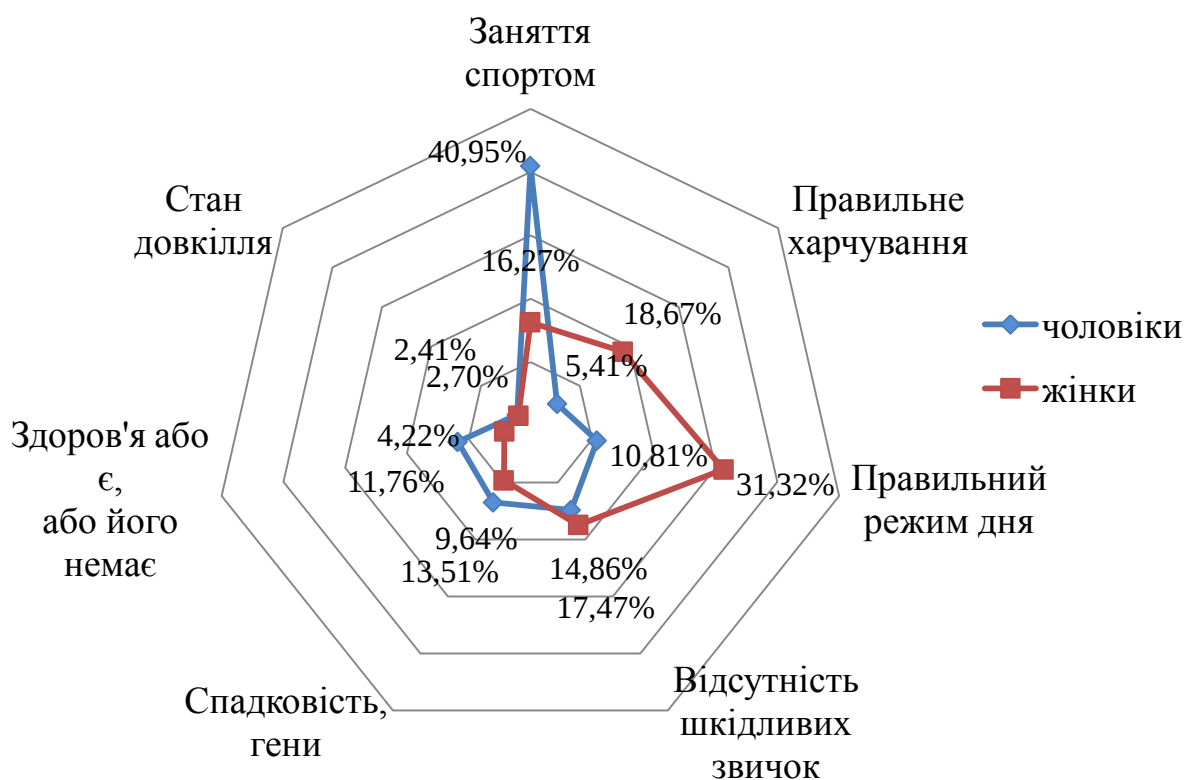


Рис. 2.2. Основні чинники самооцінки міцного здоров'я серед студентів-медиків

Аналіз матеріалів також виявив, що на здоровий спосіб життя студентів медичного закладу вищої освіти впливає багато факторів, основними з яких є відсутність часу на підтримку здорового способу життя – 33,6 %, високе навчальне навантаження – 28,3 %; нераціональне харчування – 14,1 %; брак коштів – 12,3 %; стреси – 14,6 %; погана екологія – 20,0 %; відсутність умов проживання – 12,3 %; відсутність сили волі – 9,6 %; психологічний клімат у колективі студентів – 7,1 %; суміщення роботи з навчанням – 5,4 % та низька медична допомога – 2,5 %. Лише 35,8 % студентів намагаються вести здоровий спосіб життя.

Аналіз структури вільного часу респондентів показав, що найбільш раціональним способом проведення дозвілля вони вважаються заняття спортом – 11,25 % (проживають у гуртожитку) та 10,42 % (проживають з батьками), активний відпочинок – 15,83 % та 22,58 % відповідно, читають книги, журнали – 21,25 % та 17,50 % відповідно, переглядають телепередачі – 18,57 % та 9,70 %, віддають вільний час домашнім справам – 11,67 % та 14,83 %. Лише 5,88 % студентів, що проживають у гуртожитку та 6,78 %, які проживають з батьками чи у власній квартирі, у вільний час відвідують бари, клуби, дискотеки, перевагу комп'ютерним іграм надають 6,58 % та 7,92 % відповідно.

В основі означеної проблеми є не тільки соціальні, але і педагогічні аспекти:

- невизначеність або недооцінка мети в житті;
- неінформованість про можливості зміцнення власного здоров'я або відповідні знання не є основним постулатом здорової поведінки;
- негативний вплив батьків і викладачів, які не дотримуються засад здорового способу життя;
- недостатня участь засобів масової інформації в активній пропаганді здоров'я, здорового способу життя, а іноді й антипропаганді (наприклад, у рекламі тютюну чи алкогольних напоїв);
- незадовільна робота з валеологічної освіти;
- недостатня підготовка фахівців в даній галузі.

На наш погляд, поліпшення стану здоров'я студентської молоді виступає важливим фактором, оскільки розв'язання проблем, пов'язаних зі зміцненням здоров'я студентів в умовах зміненої соціально-економічної ситуації вимагає нового комплексного підходу. При цьому наявні суспільні та медичні програми повинні враховувати соціальну специфіку студентської молоді шляхом підвищення уваги до медико-соціальних проблем та можливості використання засобів, форм, методів і критеріїв інтеграції систем охорони здоров'я та освіти в підготовці фахівців, які володіють знаннями медицини, педагогіки й психології.

Психологічними чинниками (потреби, мотивація, установка), які спричиняють нездоровий спосіб життя індивіда, є:

- низька мотивація збереження, зміцнення і відновлення здоров'я на соціальному та індивідуальному рівнях;
- недооцінка здоров'я в ієрархії потреб людини;
- пасивні дії щодо самозбереження і саморозвитку організму, самозабезпечення здоров'я тощо;
- зацикленість на невдачах, помилках, стресових ситуаціях тощо;
- невдоволеність життям, навчанням, роботою, сімейним станом тощо;
- стресовий стан в закладі освіти.

Під час анкетування (табл. 2.2) студенти виокремили такі основні проблеми у формуванні здорового способу життя, як відсутність мотивації (65,83 %), відсутність вільного часу (14,58 %), реклама незбалансованого харчування, алкоголю, тютюнопаління (11,67 %).

Економічні та соціальні негаразди, такі як відсутність грошей (3,75 %) і підтримки з боку керівництва закладу освіти (4,17 %) у студентів-медиків не є пріоритетними чинниками формування здорового способу життя.

Чинники, які спричиняють нездоровий спосіб життя студентів-медиків

стать	головна причина ведення нездорового способу життя				
	відсутність мотивації	відсутність вільного часу	відсутність підтримки з боку влади	реклама алкоголю, тютюнопаління та шкідливої їжі	відсутність грошей
чоловіча	62,16 %	8,11 %	8,11 %	13,51 %	8,11 %
жіноча	67,47 %	17,47 %	2,41 %	10,84 %	1,81 %
всього	65,83 %	14,58 %	4,17 %	11,67 %	3,75 %

Основними недоліками у галузі сформованості культурних потреб в аспекті загальної життєдіяльності особистості загалом є:

- відсутність моди на здоров'я на соціальному та індивідуальному рівнях;
- зосередження підвищеної уваги громадської думки переважно до хворих людей;
- байдужість або скепсис щодо тих, хто активно зміцнює власне здоров'я;
- відсутність культури здоров'я загалом;
- низький рівень загальної, моральної, духовної та фізичної культури особистості загалом.

Формування здоров'я студентів здійснюється не тільки шляхом передачі знань, становлення мотивації та ціннісного ставлення до здоров'я, а й організації здорового способу життя у поєднанні з дозвіллям, родиною, фізичним розвитком. У навчально-виховному процесі важливим є застосування здоров'язбережувальних технологій, які забезпечують гігієнічно оптимальні умови освітнього процесу; оптимальну організацію навчального процесу і фізичної активності студентів-медиків, а також різноманітні психолого-педагогічні технології, що використовуються на заняттях і в позаурочній діяльності педагогами.

У процесі навчання студенти набувають знання і навички не тільки з медицини (анатомія, фізіологія, мікробіологія), але і в гуманітарних та соціальних наук, наприклад, психології здоров'я і консультування, зміцнення здоров'я та профілактики ризиків, соціальних досліджень, роботи з формування політики й охорони здоров'я. Особлива увага зосереджується на області суспільної охорони здоров'я.

Концепція формування охорони здоров'я студентів в умовах медичної освіти полягає у гармонійному поєднанні системи сучасних науково-педагогічних поглядів, пріоритетних напрямів, форм та методів сукупної діяльності учасників освітнього процесу у формуванні здорового способу життя, готовність до активної професійної медичної діяльності.

Позитивна динаміка стану здоров'я студентів відбувається на тлі підвищення їх обізнаності щодо здорового способу життя при впровадженні засобів і методів збереження здоров'я у навчальний процес. Це допомагає студентам якомога швидше пройти початковий етап адаптації з найнижчими затратами енергетичних потреб (фізичні, психічні, духовні).

Основні закономірності у дослідженні визначені у такий спосіб: ефективність сприяння охороні здоров'я студентів в умовах медичної освіти визначається з урахуванням психоемоційного стану та здоров'я студентів з подальшим розвитком і використання програми корекції цих станів на основі організації гуманістичної взаємодії між студентами і викладачами, підтримка відповідних педагогічних принципів.

У ході виконання наукової роботи нами було досліджено взаємозв'язок різноманітних чинників та балів в оцінці власного здоров'я студентів (табл. 2.3). Оскільки вислідна ознака (самооцінка власного здоров'я) представлена у вигляді напівкількісної величини, то для розрахунків було застосовано метод рангової кореляції за Спірменом.

**Взаємозв'язок поміж різноманітними чинниками
та балом в самооцінці здоров'я у студентів
(згідно з методом рангової кореляції за Спірменом)**

№ з/п	Чинники	Коефіцієнт кореляції
1.	Вік, роки	-0,02
2.	Матеріальне становище	0,34*
3.	Куріння	0,00
4.	Регулярне харчування / кратність приймання їжі	-0,07
5.	Перекушування	0,04
6.	Вживання безалкогольних напоїв	-0,06
7.	Вживання енергетичних напоїв	-0,01
8.	Вживання алкоголю	-0,02
9.	Вживання пива	-0,03
10.	Вживання наркотиків	0,00
11.	Тривалість сну	0,11
12.	Наявність стресових ситуацій	-0,29*
13.	Заняття спортом	0,29*
14.	Середня оцінка за період навчання	0,08

Примітка: * - коефіцієнт кореляції вірогідний ($p < 0,05$)

З метою встановлення факторів, які визначають бал у самооцінці здоров'я студентів ми розглянуто багатофакторний кореляційно-регресійний аналіз. Отримане вислідне рівняння відображене у лінійній формі:

$$Y = a_0 + a_1X_1 + a_2X_2 + \dots + a_nX_n \quad (1)$$

де: Y – бал у самооцінці здоров'я студентів;

a_0 – вільний член рівняння;

$a_{1...n}$ – коефіцієнти при кожному факторі;

$X_{1...n}$ – фактори.

Отримані результати вказують, що розрахована нами модель прогнозування бала в самооцінці здоров'я студентів є адекватною з вірогідністю вище 99,9 % ($p < 0,0001$), оцінка якої проведена за критерієм Фішера (F-критерій становить 5,93).

Як видно з наведених результатів, включені в модель фактори обумовлюють бал в самооцінці здоров'я студентів на 33,5 % (коефіцієнт детермінації), тоді як множинний коефіцієнт кореляції становить 0,58 – що вказує на наявність зв'язку середньої сили поміж досліджуваними ознаками (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

**Результати коефіцієнтів регресії
щодо балу в самооцінці здоров'я у студентів**

№ з/п	Фактори	Умовні позначення	Значення коефіцієнтів при факторах
1.	Вік, роки	A	-0,03
2.	Матеріальне становище	B	0,40
3.	Куріння	C	-0,05
4.	Регулярне харчування	D	-0,12
5.	Перекушування	E	0,11
6.	Вживання безалкогольних напоїв	F	-0,03
7.	Вживання енергетичних напоїв	G	-0,01
8.	Вживання алкоголю	H	-0,02
9.	Вживання пива	I	-0,01
10.	Вживання наркотиків	J	-0,04
11.	Тривалість сну	K	0,28
12.	Наявність стресових ситуацій	L	-0,17
13.	Заняття спортом	M	0,17
14.	Середня оцінка за період навчання	N	0,08
15.	Вільний член рівняння		2,81

Підставивши у формулу результати, отримані за методом багатофакторного кореляційно-регресійного аналізу, можемо отримувати значення Y для визначення балу в самооцінці здоров'я конкретного студента:

$$Y = 2,81 - 0,03*A + 0,40*B - 0,05*C - 0,12*D + 0,11*E - 0,03*F + 0,01*G - 0,02*H - 0,01*I - 0,04*J + 0,28*K - 0,17*L + 1,14*M + 0,08*N \quad (1)$$

Виходячи з отриманих результатів, можна зробити висновок, що всі 14 включених до регресійної моделі факторів, мають вплив на самооцінку здоров'я студентів. При цьому доцільно виокремити дві групи чинників: ті, які зумовлюють високий бал у самооцінці здоров'я студентів; та ті, що навпаки спричиняють низькі значення аналізованого показника. До першої групи належать п'ять чинників: благополучне матеріальне становище, факти перекушування поміж прийманнями їжі, адекватна тривалість сну, регулярне займання спортом та добра успішність за період навчання. До другої – тютюнопаління, нераціональне харчування, вживання алкогольних й енергетичних напоїв, наркотиків, наявність стресових ситуацій.

У такий спосіб опрацьована модель надасть змогу спрогнозувати бал в самооцінці здоров'я кожного конкретного студента і виокремити найбільш значущі для нього фактори ризику. Виходячи з того, що більшість з аналізованих нами факторів є керованими, існує реальна нагода, по-перше, чітко наголошувати конкретному студентові на потребу в поведінкових корекціях способу життя; та, по-друге, проводити санітарно-просвітницьку роботу з-поміж студентської молоді на якісно новому рівні

Отже, ефективність залучення особистості до цінностей здорового способу життя залежить від зв'язку із соціокультурною активністю людини, його ціннісними орієнтаціями і знаннями.

Розробка комплексного підходу до проблеми здоров'я студентів пов'язане не тільки з вимогами сучасності, але і перспективами розвитку медичної освіти, що, своєю чергою, призводить до систематичного і цілісного утворення моделі

діяльності і поведінки в концептуальному просторі суб'єкт-суб'єктних і суб'єкт-об'єктних відносин.

2.2. Вплив навчального процесу та позанавчальної діяльності на стан здоров'я студентів-медиків

Стрімкі зміни та підвищена складність сучасних освітніх світових стандартів висувають нові завдання і вимоги до системи навчання. Зростає усвідомлення необхідності змінити та поліпшити підготовку студентів до продуктивної роботи в постійно мінливому і високо вимогливому середовищі. У розв'язанні цієї проблеми необхідно враховувати складність самої системи освіти.

Результати багатьох досліджень [17; 25; 50; 79; 94; 113] засвідчують, що сучасний процес навчання у закладах вищої освіти України є фактором ризику для здоров'я студентів. Ця проблема пов'язана з важливим науковим і практичним завданням формування фізично і психічно здорового фахівця з високим рівнем працездатності, що декларується Національною доктриною розвитку освіти України [84; 87; 105]. В умовах жорсткої конкуренції щодо формування успішної моделі та відповідно до державного й соціального замовленнями випускника медичні ЗВО змушені нарощувати навчальні навантаження, тому питання формування здорового способу життя інколи відходить на другий план.

Організація навчального процесу істотно впливає на фізичний та емоційний стан студентів, для яких важливими є: обсяг годин навчального тижня, рівномірний розподіл упродовж навчального тижня, розпорядок навчального дня, наявність обідньої перерви, створення умов для самостійної роботи студентів і консультацій з викладачем.

Психолого-педагогічний чинник освітнього середовища ЗВО включає в себе якість викладання та стиль педагогічного спілкування. Якість викладання передбачає не тільки високий науковий рівень і доступність викладу, але і

формування мотивації навчання, мотивації майбутньої професійної діяльності. Наявність позитивної мотивації на вивчення дисципліни призводить до того, що студенти відчують менше внутрішньоособистісних конфліктів, зменшується частка негативних емоцій, знижується втомлюваність.

Одним із напрямів підвищення ефективності навчання є зміцнення здоров'я і добробуту студентів [122]. Результати систематичного огляду показали позитивні асоціації між параметрами здоров'я і академічними досягненнями [229].

Освіта, охорона здоров'я та соціальні чинники дуже тісно взаємозв'язані [149; 237]. Серед молоді успішність, стан здоров'я та поведінка циклічно взаємозалежні. На успішність студентів також мають вплив такі негативні чинники способу життя, як незбалансоване харчування, гіподинамія, депресія, стреси.

Медичні заклади вищої освіти повинні сприяти добробуту студентів, яке включає досягнення високого рівня якості життя у декількох доменах (фізичне здоров'я, психічне здоров'я, емоційне здоров'я, духовне здоров'я тощо.)

За результатами проведеного дослідження [164], визначено джерела стресу у студентів медичних ЗВО, серед яких домінують: академічний пресинг, соціальні та фінансові проблеми. Значна частина стресових інцидентів у традиційній навчальній програмі пов'язані з медичною підготовкою супроти особистих проблем.

Низка досліджень [54; 68; 208; 220; 231] також свідчать, що соціалізація студентів медичних вишів сприяє підвищенню їх інтелектуалізації та об'єктивності, і водночас стимулює уникнення чи придушення емоції як домінантної стратегії здоров'я. Проте було виявлено, що такі фактори, як місце проживання під час навчання та матеріальне становище могли безпосередньо впливати на мотивацію студентів у навчанні і на його ефективність.

Фінансові чинники, такі як дохід студента або його сім'ї істотно не впливає на успішність. Це можна пояснити тим фактом, що незначна частина (10 %) з них отримують щомісячну стипендію від університету. Крім того,

нормою в нашому суспільстві є те, що до отримання диплома майбутній фахівець залишається під опікою батьків.

Значний обсяг навчального навантаження та відчуття перевантаження кількістю та якістю інформації можуть також впливати на стан здоров'я студентів, особливо на його психічну складову. Побойовання нездатності розуміння або відставання в академічній успішності можуть призвести до розчарування у виборі фаху і подальшого навчання у медичному закладі, вплинути на відносини з викладачем.

Освітній рівень багато в чому залежить від мотиваційних чинників: студенти, які відповідально ставляться до навчання, найімовірніше претендують на високе оцінювання, впливає на успішність і їхнє задоволення освітнім процесом. Соціальним «маркером» адаптації студента до навчальної діяльності є його успішність, а біологічно значущим інтегральним показником – рівень здоров'я. Поєднання цих результатів можуть в одних випадках гармонійно збігатися, в інших – розвиватися різноспрямовано і навіть вступати в конфліктне протистояння. На рис. 2.2 відображено зв'язок між профілактикою здоров'я, поведінкою здоров'я та мотивацією до успішності і високих академічних результатів.

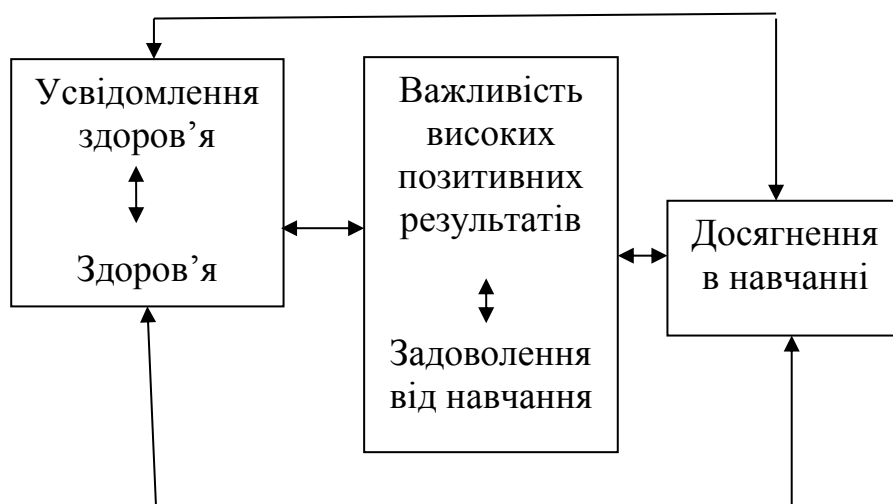


Рис. 2.3. Модель взаємних відносин між профілактикою здоров'я, поведінкою здоров'я та успішністю студентів-медиків

Соціально-економічні фактори виступають як фонові змінні, які можуть впливати на успішність прямо чи опосередковано.

Ціла низка чинників впливає на успішність студентів-медиків. Зейднер [246] відзначає, що студенти, які відчувають занепокоєння щодо оцінювання знань, стурбовані негативною автореферентністю думок, зокрема їм притаманне вагання в академічній компетентності і боязнь невдачі.

Вагомими чинниками також є поточна та підсумкова успішність, навчальне навантаження дисципліни, тривалість періоду вивчення певного предмету, якість його викладання [47; 64; 127; 154]. Зміна довкілля, спроба засвоїти великий обсяг інформації, навчальні відмінності, різний рівень мотивації та інтелекту може бути суттєво впливовим на «молодих» дорослих. Студенти можуть впоратися зі стресовими ситуаціями шляхом пошуку соціальної підтримки та додаткових консультацій, або уникати прийняття рішень, зловживати алкоголем чи наркотиками.

Розробка стратегії, спрямованої на розширення можливостей студентів медичних вишів керувати стресом, є вкрай необхідною й актуальною. Згідно із Дзегелєвськи [160], програми, які допомагають ідентифікувати стрес і надавати інформацію про способи та методи його зниження, запобігати емоційному вигоранню можуть значно допомогти студентам справлятися зі стресовими почуттями. Далі набуваються і навички, які допомагають знизити рівні тривожності та ризик неуспішності.

Проблема збереження здоров'я студентів тісно зв'язана з необхідністю раціонального планування навчальних навантажень. Тому вивчення їхнього впливу на функціональний стан студентів є досить актуальним.

Загальне навчальне навантаження студентів включає лекційний курс, практичні, семінарські та лабораторні заняття, консультації, практику, самостійну й індивідуальну роботу. Тижневе аудиторне навантаження для них становить 22,0–23,5 навчальних годин. На самостійну роботу в середньому відводиться до 50,5 % від загального обсягу, на підготовку домашніх завдань – в середньому 3,5–4 години щоденно, причому студентки затрачають 3–4,5

години, хлопці – 2–3. До внутрішніх чинників («навчальне середовище» та «зміст навчальної діяльності»), що впливають на здоров'я студента у закладі вищої освіти, за М.Панасюк [71] належать: фізичні умови навчання, особливості структури та клімату закладу освіти, навчально-методичне забезпечення.

Нами було проведено анонімне анкетування студентів-медиків ЛНМУ із подальшим аналізом заповнених анкет, які передбачали перелік запитань, що стосувалися оцінки навчального процесу та зрушень у стані здоров'я в процесі навчання; дослідження взаємозв'язку між станом здоров'я та академічною успішністю.

Функціональний стан організму, розумова працездатність студентів безпосередньо залежать від адекватності обсягів навчального навантаження впродовж навчального дня, тижня, семестру та року, обсягів навчальних програм і оптимальності навчального розкладу, від курсу навчання, стану здоров'я та низки інших факторів, які необхідно враховувати організаторам навчального процесу у вищій школі [91].

Результати анкетування студентів-медиків виявили проблемні сторони навчального процесу (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Чинники освітнього процесу, які впливають на якість навчання

стать	чинники навчального процесу				
	незадово- леність якістю викладання	незадово- леність процесом навчання	не задоволеність психологічним кліматом на заняттях	нераціональн о складений розклад	недостатність навчальних матеріалів
жіноча	17,39 %	17,39 %	15,22 %	41,30 %	8,70 %
чоловіча	10,26 %	28,21 %	12,82 %	33,33 %	15,38 %
всього	14,12 %	22,35 %	14,12 %	37,65 %	11,76 %

Серед загальної кількості студентів на позитивне ставлення до навчального процесу вказали 13,7 % дівчат та 21,8 % хлопців, решта висловили певні зауваження до його організації.

Загалом, за самовизначенням, найбільш впливовими негативними чинниками студенти-медики вважають процес навчання (22,35 %) та нераціонально складений розклад (37,65 %). Найменший негатив на якість навчання здійснюють такі чинники навчального процесу, як недостатність навчальних матеріалів (11,76 %), невдоволеність психологічним кліматом на заняттях (14,12 %), якістю викладання (14,12%). Якщо одним із суттєвих факторів впливу освітнього процесу на якість навчання 8,70 % студентів жіночої статі визначають нестачу навчальних матеріалів проти 15,38 % студентів чоловічої статі, то невдоволеність якістю викладання відзначають 17,39 % проти 10,26 % відповідно.

Проте що стосується тріади (навчальне задоволення, показники успішності та стан здоров'я), то в дослідженнях ці три важливі та суміжні аспекти розглядаються в поєднанні один з одним дуже обмежено [127]. Також ще рідше зустрічаються дослідження, які базуються на об'єктивних показниках успішності та інших суб'єктивних ознаках (персональна важливість для студентів досягнення високого оцінювання у навчанні та суб'єктивна оцінка загальної успішності в порівнянні з однолітками) [209], необхідних для оцінки розуміння суб'єктивних уявлень про їх академічні досягнення

Нами проаналізовано суб'єктивні уявлення студентів про їхні академічні досягнення (табл. 2.6).

Як видно з таблиці 2.6, важливість високої оцінки навчання дуже важливо як для чоловічої статі (61,7 %), так і для жіночої (66,7 %). Проте порівнюючи з успішністю інших студентів, і чоловіча стать (62,2 %) і жіноча (62,8 %) є достатньо неупереджена.

Таблиця 2.6

**Розподіл впливу успішності серед студентів-медиків в процесі
навчання**

	Всього	Чоловіки	Жінки
Важливість наявності високої оцінки в навчанні			
Дуже важливо	64,1 %	61,7 %	66,7 %
Досить важливо	34,3 %	36,3 %	32,2 %
Не дуже важливо	1,3 %	1,6 %	1,1 %
Не важливо	0,3%	0,5 %	0,0 %
Рейтинг своєї успішності у порівнянні з іншими студентами			
Значно краще	2,1 %	3,1 %	1,1 %
Краще	21,3 %	22,3 %	20,2 %
Так само	62,5 %	62,2 %	62,8 %
Гірше	13 8 %	12,4 %	15,3 %
Набагато гірше	0,3 %	0,0 %	0,5 %

У таблиці 2.7 вміщено дані впливу стресу на успішність у процесі навчання з урахуванням гендерного розподілу. Студентки відчують більший рівень стресу і тривожності в порівнянні зі студентами. З-поміж хлопців, які навчаються на «відмінно», постійно перебувають у стресовому стані 0,02 %, проти 10,20 % дівчат. Схожа тенденція спостерігається і при низькому рівні стресу з відмінним навчанням – 3,92 % хлопців проти 7,46 % дівчат. При «задовільному» навчанні відбувається наростання стресу у студентів як чоловічої (від 15,59 % до 25,00 %), так і жіночої статі (від 20,90 % до 22,00 %).

Гендерний розподіл впливу стресу на успішність

Стать	Наявність стресу в процесі навчання	Успішність (середній бал навчання)		
		«3»	«4»	«5»
чоловіча	інколи	15,69 %	80,39 %	3,92 %
	так, постійно	18,18 %	81,80 %	0,02 %
	часто	25,00 %	58,33 %	16,67 %
жіноча	інколи	20,90 %	71,64 %	7,46 %
	так, постійно	20,41 %	69,39 %	10,20 %
	часто	22,00 %	68,00 %	10,00 %

Із підвищенням рівня стресу або тривоги успішність може бути порушена. Згідно із законом Йеркса-Додсона збільшення рівня тривожності і стресу може призвести до деякого підвищення продуктивності. Проте якщо рівень мотивації занадто високий, зростає рівень активності і напруженості, внаслідок чого в діяльності (і в поведінці) наступають певні розлади, що призводить до зворотного впливу на працездатність [229].

Нами було проаналізовано взаємозв'язок між показниками самооцінки стану здоров'я студентів-медиків та наявністю стресу в процесі навчання на успішність. Отримані дані свідчать, що поганий стан здоров'я і наявність частих стресових ситуацій впливають на успішність негативно (рис. 2.4).

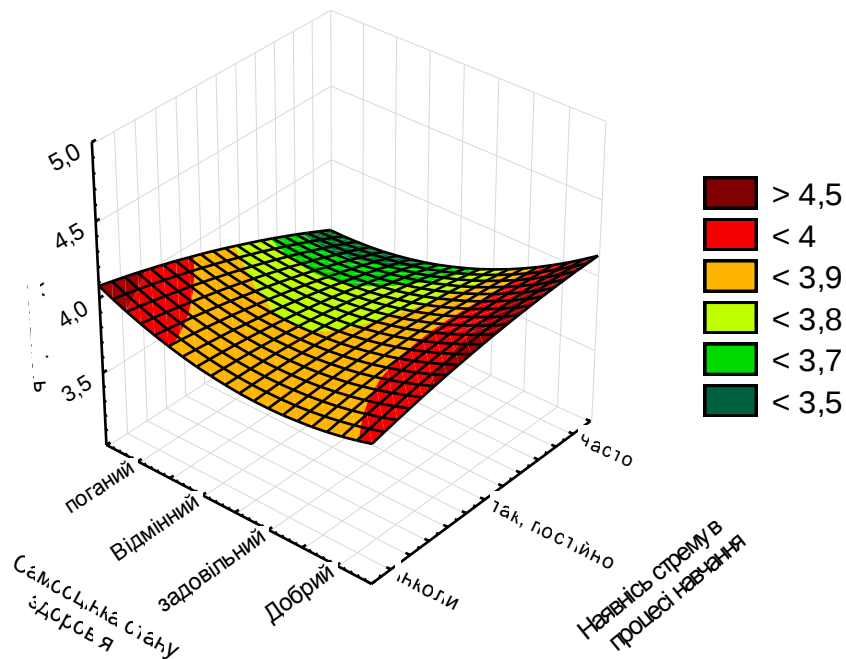


Рис. 2.4. Зв'язок між самооцінкою стану здоров'я, наявністю стресу та успішністю студентів-медиків

Вид контролю знань також впливає на стан здоров'я студентів. На початку навчального року і впродовж перших місяців занять, в основному, здійснюється поточний контроль (систематична перевірка та оцінка результатів навчальних здобутків на занятті в процесі вивчення певного матеріалу). У цей період рівень стресу та тривоги є найнижчим. З наближенням сесії та тематичного контролю, який здійснюється з цілої теми чи розділу навчального курсу, він швидко наростає.

У таблиці 2.8 продемонстровано динаміку зміни стану здоров'я студентів впродовж навчального року за результатами самооцінки: стан здоров'я «погіршився» – у 56,52 % дівчат та 25,64 % – хлопців, «не змінився» – у 34,78 % та 53,85 %, «поліпшився» – у 8,70 % та 20,51 % відповідно.

Динаміка зміни стану здоров'я студентів у процесі навчання

Стать	Стан здоров'я на початок навчання	Стан здоров'я під час навчання		
		погіршився	не змінився	поліпшився
жіноча	задовільний	61,54 %	30,77 %	7,69 %
	добрий	50,00 %	41,67 %	8,33 %
	відмінний	-	66,67 %	33,33 %
	поганий	100,00 %	-	-
чоловіча	задовільний	60,00 %	40,00 %	0,00 %
	добрий	21,05 %	68,42 %	10,53 %
	відмінний	21,43 %	42,86 %	35,71 %
	поганий	-	-	-

Початковий та «набутий» у процесі навчання стан здоров'я впливає на рейтинг в успішності. Так, 50 % студенток при початковому «доброму» стані здоров'я уже на другому курсі відзначають його погіршення і лише 8,33 % дівчат фіксують поліпшення. Сумарно у 56,52 % студенток погіршилось здоров'я у процесі навчання, у 34,78% – не змінилось, у 8,7 % – поліпшилось. У хлопців-студентів погіршення стану здоров'я спостерігалось у 25,64 % опитаних, не змінилось – у 53,85 %, поліпшилось – у 20,51 %.

Аналіз анкетування студентів, до і після контролю знань, дав підставу дійти висновку, що при позитивній і справедливо виставленій оцінці виникають позитивні емоції, які посилюють віру у власні сили, бажання дізнаватися більше, стимулюють до активної навчальної діяльності та сприяють переконанню у правильності вибору фаху.

Навчальний процес у закладах вищої освіти відбувається в умовах інформаційного та психоемоційного перевантаження студента.

Врахування відмінностей у студентському сприйнятті значущості оцінок, постійного психологічного впливу оцінки та ролі успішності у підготовці

студентів до клінічної практики, систем і методів навчання можуть значно вплинути на стан їхнього здоров'я.

Отже, навчальний процес є одним з визначальних факторів ризику для здоров'я студентів. Тому одним із пріоритетних завдань у закладах вищої освіти повинна стати гармонізація балансу навчального процесу і стану здоров'я студентів, запровадження здоров'язбережувальних технологій впродовж усього терміну навчання.

2.3. Соціально-гігієнічні умови та спосіб життя студентів медичних закладів вищої освіти

Здоров'я як цілісний соціально-психологічний феномен є інтегративним критерієм і атрибутом якості як самої особистості чи соціальної групи, до якої вона належить, так і сучасної освіти. Тому у зв'язку з досить складною соціокультурною ситуацією, наявними прикладами невідповідності умов навчання та навчального навантаження, питання медико-соціальної допомоги виступають важливою складовою освітнього процесу в закладах освіти.

Серед соціальних чинників розглядають: соціальний стан індивіда, його економічну забезпеченість, сімейний стан, освіту, алкогольну політику держави, етнічну та релігійну приналежність, звичаї найближчого оточення тощо.

Багато студентів ЗВО вже є прихильниками певного сформованого способу життя, і характеризуються такими факторами:

- відсутністю здорового стилю життя, наявність шкідливих звичок (вживання алкоголю, тютюнопалінням, наркоманію тощо);
- пріоритетне значення матеріальних благ, кар'єри, що може призвести до проблем зі здоров'ям;
- недотримання норм поведінки в побуті, в сім'ї тощо;
- відсутність соціально значущою, стабільної трудової та розумової діяльності загалом;

- гіподинамія, обмеженням оздоровчої рухової діяльності;
- неякісне або незбалансоване харчування;
- невпорядкований режим праці й відпочинку, недосипання та перевантаження (нервові і фізичні);
- соціальна ізоляція, відсутність соціальної підтримки, брак спілкування, відсутність друзів.

Спосіб життя є прикладом поведінки людей відповідно до їх соціально-економічних умов.

З метою аналізу основного контингенту студентів-медиків нами було проведено ранжування соціальних характеристик опитуваних (табл. 2.9).

Таблиця 2.9

Соціальні характеристики студентів-медиків

Соціальні характеристики		стать	
		чоловіча	жіноча
Місце проживання	У гуртожитку	40,54 %	45,18 %
	Разом з батьками	29,73 %	36,75 %
	В орендованій квартирі	18,92 %	13,86 %
	Індивідуально у власній квартирі	10,81 %	4,22 %
Основне джерело прибутку	Перебуваю на утриманні батьків	86,49 %	86,14 %
	Власний заробіток	9,46 %	12,65 %
	Перебуваю на утриманні чоловіка (дружини)	4,05 %	1,20 %
Матеріальне становище	Дуже добре і благополучне	22,9 %	18,07 %
	Добре	52,70 %	57,23 %
	Задовільне	21,62 %	23,49 %
	Погане	2,70 %	1,20 %

До вибірки було включено 240 студентів медичного університету віком від 17 до 21 року із середнім стандартним відхиленням $18,7 \pm 1,70$ р.

Статевий розподіл опитуваних був таким: дівчат – 69,17 % (166 особи), хлопців – 30,83 % (74 особи).

Дослідження показало значну різницю в основному джерелі прибутку студентів. 86,49 % хлопців і 86,14 % дівчат перебувають на утриманні батьків. 43,75 % – проживають у гуртожитку та 34,58 % – разом з батьками.

Отримані результати засвідчують, що у студентів спостерігається достовірний зв'язок ($p < 0,05$) поміж підвищенням бала в оцінці власного здоров'я та зростанням рівня матеріального добробуту ($r = +0,34$). Тобто що більший рівень матеріального добробуту, то краще самооцінюють свій стан здоров'я студенти (рис. 2.5).

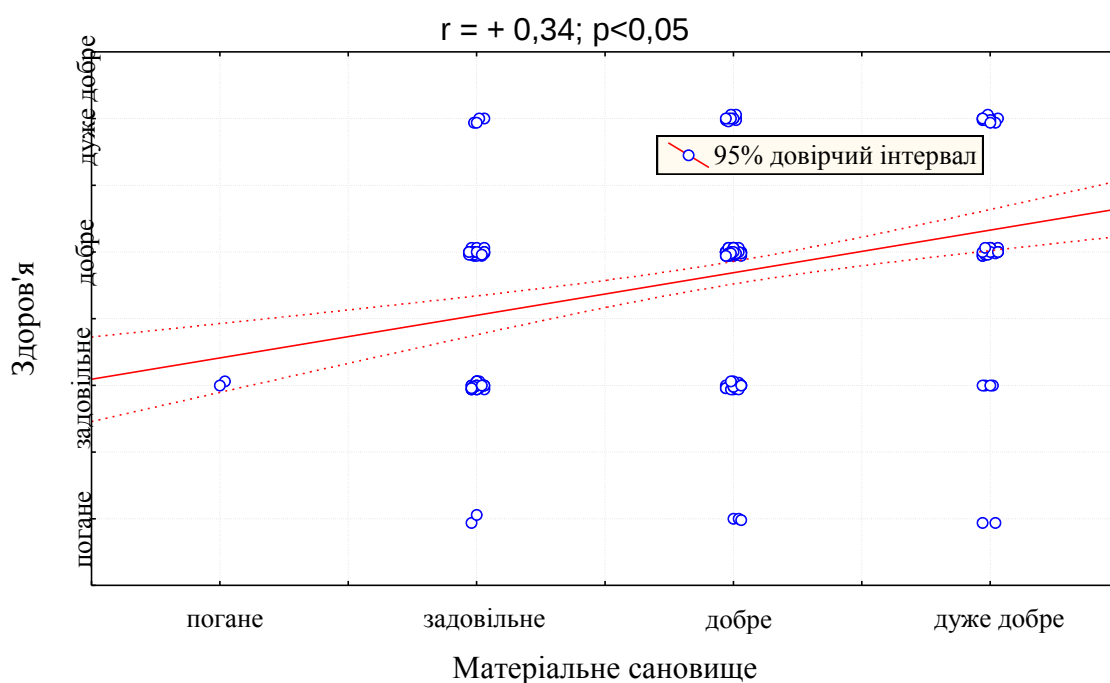


Рис. 2.5. Взаємозв'язок матеріального становища та бала в самооцінці здоров'я у студентів

Харчові звички, зловживання алкогольними та наркотичними речовинами, тютюнопаління є одними з основних детермінант стану здоров'я серед студентів закладів вищої освіти. Нездорове харчування серед молодих людей часто виникає у процесі переходу зі шкільного до університетського життя, протягом якого вони зазнають стресу і відчувають брак часу [189]. Ці фактори створюють бар'єр у сприйнятті здорового способу життя. Хоча ці моделі

поведінки студентів вважаються тимчасовими, шкідливі звички, набуті під час навчання, як правило зберігаються і в дорослому житті.

Швидкі зміни у фізичному зростанні та психосоціальному розвитку молоді не мають можливості задовольнити вимоги до харчування [16]. Найпоширеніші нездорові звички харчування серед молодих людей передбачають пропуски у харчуванні, перекушування та швидке споживання їжі.

Студенти університету, як правило, трансформують власний вибір продуктів харчування, який базується на вартості продуктів і можливості швидкого приготування та споживання [125]. Стрес університетського життя і навчальне навантаження також є чинниками, які негативно впливають на раціон харчування.

Нами проаналізовано кратність харчування респондентів (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

Регулярність харчування звички серед студентів-медиків

стать	Регулярність харчування на день				
	4 рази	3 рази	2 рази	1 раз	Як вийде
чоловіки	16 (6,67 %)	30 (12,50 %)	9 (3,75 %)	4 (1,67 %)	15 (6,25 %)
жінки	29 (12,08 %)	61 (25,42 %)	34 (14,17 %)	4 (1,67 %)	38 (15,83 %)
всього	45 (18,75 %)	91 (37,92 %)	43 (17,92 %)	8 (3,33 %)	53 (22,08 %)

Зі зміною парадигми у напрямі індустріалізації і культурних змін на глобальному рівні, інформація про здорове харчування стало у багатьох країнах дефіцитним. Найбільш вразливою групою є студентство, оскільки харчова поведінка залежить від доступності здорового харчування в університетських їдальнях і навколишніх продовольчих торгових закладах.

Цьстановлено, що хоча студенти-медики мають достатньо знань про здорові звички харчування, проте не завжди застосовують отримані знання на практиці.

Близько 37,92 % опитаних харчуються тричі на день, а 17,92 % – двічі, 22,08 % – нерегулярно. Між основними прийомами їжі часто перекушують студентки (20,00 %) проти 5,83 % студентів. Найчастіше перекусами у жінок виступають солодощі (23,75 %), фрукти (29,17 %). Студенти чоловічої статі перекушують інколи солодощами (8,75 %), фруктами (4,58 %), сушеними фруктами чи злаками (0,83 %), надаючи перевагу гамбургерам та хот-догам (11,17 %) (табл. 2.10).

Регулярне споживання сніданку студентами-медиками має важливе значення для забезпечення організму енергією та нутрієнтами при щільному щоденному графіку навчання [216]. Однак снідають щодня менше половини респондентів (43,9 %).

Часті перекуси є пізнаваним аспектом харчової поведінки молоді [203]. Проте наше дослідження показало, що тільки 42,4 % респондентів перекушувати принаймні три рази на тиждень. Цей результат був порівняно нижчим, ніж у попередніх дослідженнях з різних країн [29; 133; 161].

Наше дослідження (табл. 2.11) також показало, що 33,75 % респондентів споживали фрукти, втім робили це частіше дівчата, ніж хлопці (42,17 % проти 14,86 %).

Студенти часто для перекусу вибирають швидкоїжу за її смакові якості, доступність та зручність, проте наше дослідження показало, що тільки 13,33 % респондентів споживали її часто. Також більшість респондентів (69,5 %) двічі на тиждень або частіше споживали смажені страви.

Харчові звички серед респондентів

стать	Перекуси					
	солодощі	фрукти	інше	швидкоїжа	сушені фрукти або злаки	чипси
Чоловіча	28,38 %	14,86 %	22,97%	29,73 %	2,70 %	1,35 %
жіноча	34,34 %	42,17 %	12,05 %	6,02 %	4,82 %	0,60 %
всього	32,50 %	33,75 %	15,42 %	13,33 %	4,17 %	0,83 %

Встановлено наявність достовірного ($p < 0,05$) слабкого взаємозв'язку між станом здоров'я студентів та перекусами ($r = 0,19$). Тобто зі збільшенням частоти перекусів між основними прийомами їжі у студентів дещо погіршується загальний стан здоров'я.

Вживання алкоголю, наркотиків та тютюнопаління є важливими показниками здоров'я, відповідно до результатів проекту Європейського співтовариства Показники стану здоров'я (ECHI) в рамках програми European Commissions Health Monitoring [117; 133; 167; 171], і тісно пов'язані зі звичками харчування.

Дослідження, проведені в США, Австралії та Європі, показали, що вживання алкоголю в ранньому віці є предиктором наркоманії і алкогольної залежності в дорослому віці [198; 227; 234], хоча більшість з цих форм поведінки пов'язані з соціально-економічними характеристиками молоді.

Близько 23,4 % респондентів заявили, що це підвищує їх самооцінку в колі однокурсників; 52,6 % – допомагає відчувати себе розслабленим, знімає стрес; 16,4 % найчастіше вживають в товаристві друзів.

Результати наших досліджень (табл. 2.11) вказують на різницю між чоловіками й жінками в частоті споживання алкоголю.

Була виявлена незначна статистично значуща відмінність між чоловіками (5,41 %) і жінками (8,43 %), які спробували алкоголь декілька разів (табл. 2.12).

Студенти чоловічої статі значно частіше споживають алкоголь на тиждень (21,62 %) порівняно з жінками (4,82 %). Також виявлені достатньо вагомі гендерні відмінності у не вживанні алкоголю (17,57 % для чоловіків та 45,78 % – для жінок).

Таблиця 2.12

Гендерний розподіл вживання алкоголю

стать	Частота споживання алкоголю					
	Іноді, у свята	тільки 1 або 2 рази спробував	не вживаю	1–2 рази на місяць	1–2 рази на тиждень	щодня
Чоловіча	16,22 %	5,41 %	17,57 %	33,78 %	21,62 %	5,41 %
жіноча	21,69 %	8,43 %	45,78 %	18,07 %	4,82 %	1,20 %
Всього	20,00 %	7,50 %	37,08 %	22,92 %	10,00 %	2,50 %

Відповідно до соціальної когнітивної теорії [131] та теорії проблемної поведінки [144; 185], молодь починає експериментувати з тютюнопалінням та вживанням алкоголю, оскільки бажає підвищити суспільне визнання постійно взаємодіючи з особистими факторами в соціальних, сімейних і навчальних умовах.

Девіантна приналежність і низька самостверджувальна ефективність проти куріння і вживання алкоголю є найбільш важливими факторами ризику для цих поганих звичок серед студентів-медиків (табл. 2.13).

Більше третини (37,08 %) студентів – некурці, причому частка жіночої статі (44,58 %) удвічі нижча від чоловічої (20,27 %). Значна кількість студентів (11,45 % жіночої та 21,62 % чоловічої статі) є активними курцями, 2 % – колишніми, 11,67 % пробували (1–2 сигарети за життя). Майже три чверті (73 %) намагалися кинути палити; одна п'ята почали курити протягом останніх двох років. Середній вік, коли студенти почали палити, – 17 років.

Таблиця 2.13

Частота тютюнопаління студентами-медиками

стать	Частота тютюнопаління за все життя						
	від 16 до 25 сигарет	від 26 до 99 сигарет	жодної	100 сигарет і більш	тільки 1 або 2 сигарети	від 6 до 15 сигарет	від 2 до 5 сигарет
Чоловіча	6,76 %	9,46 %	20,27 %	21,62 %	13,51 %	9,46 %	18,92 %
жіноча	3,01 %	7,23 %	44,58 %	11,45 %	10,84 %	9,64 %	13,25 %
Всього	4,17 %	7,92 %	37,08 %	14,58 %	11,67 %	9,58 %	15,00 %

77,92 % студентів не пробували наркотичні засоби, однак 8,33 % жінок та 10,01 % чоловіків декілька разів усе ж попробували. Найбільш поширеними мотивами вживання наркотиків були: цікавість (46 %), спроба отримати ейфорію (15 %) і забути про проблеми (12 %).

Нами було детальніше проаналізовано вплив тютюнопаління та алкоголю на бал в оцінці власного здоров'я у студентів (рис. 2.6).

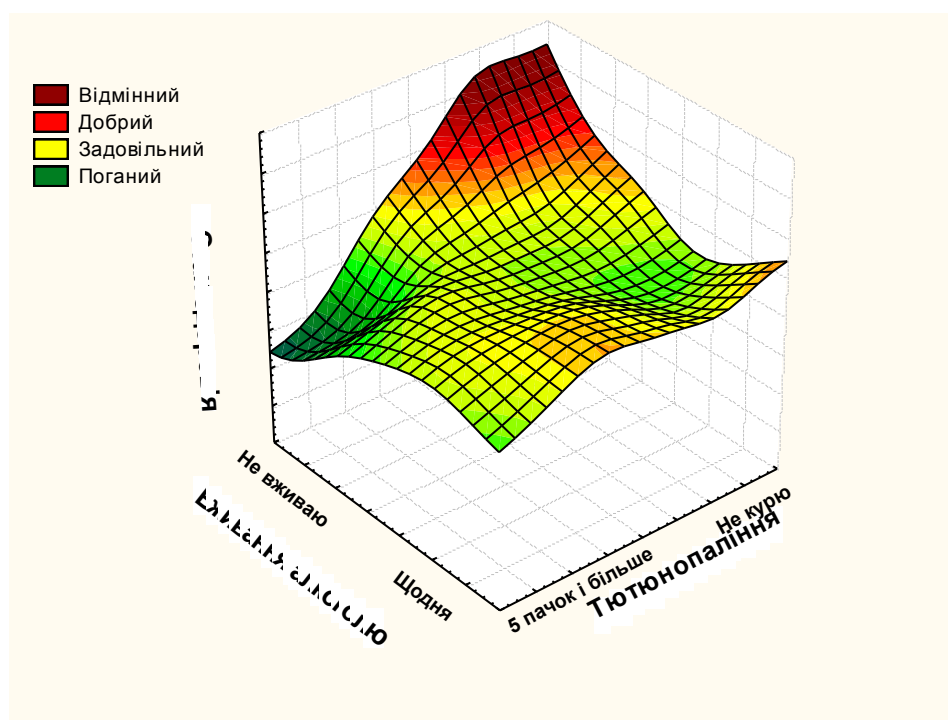


Рис. 2.6. Зв'язок між вживанням алкоголю, тютюнопалінням та балом усамооцінці здоров'я у студентів

Отримані дані засвідчують, що найкращі показники спостерігаються у студентів які не палять та не вживають алкоголю. Водночас найгірші оцінки зафіксовано у когорті тих, які викурили за своє життя більше п'яти пачок сигарет, проте не вживають систематично алкоголь. У молодому віці сумнівно аргументувати, настільки швидкий згубний вплив тютюнового диму на здоров'я, найімовірніше ця залежність має психологічне підґрунтя: студенти, які відчувають дискомфорт, починають палити з переконання, що це полегшить їхній стан.

Ще одним фактором, який вагомо впливає на стан здоров'я студентів-медиків, є споживання енергетичних напоїв (табл. 2.14).

Таблиця 2.14

Частота споживання енергетичних напоїв студентами-медиками

частота споживання енергетичних напоїв	стать			
	чоловіча		жіноча	
	абс.	%	абс.	%
Не вживаю	10	13,51 %	44	26,51 %
1 або 2 рази спробував	12	16,22 %	34	20,48 %
Іноді, у свята	11	14,86 %	34	20,48 %
1–2 рази на місяць	17	22,97 %	26	15,66 %
1–2 рази на тиждень	8	10,81 %	8	4,82 %
Щодня	16	21,62 %	20	12,05 %
Всього	74	30,83 %	166	69,17 %

Як показали результати дослідження, 87,5 % опитаних (196 осіб) тою чи тою мірою вживають енергетичні напої. З них 19,17 % (46 осіб) пробували енергетичні напої хоча б раз у житті, 18,75 % (45 осіб) – вживають у свята, 15 % (36 осіб) – постійно. Зокрема серед хлопців тих, які не вживають енергетиків, було 13,51 % (10 осіб), проте тих, що вживають щоденно, – 21,63 % (16 осіб). Протилежна ситуація склалася серед респондентів, які не вживають енергетичні напої – 26,51 % (44 особи) жіночої статі проти 13,51 % (10 осіб) чоловічої .

Нами було детальніше проаналізовано вплив соціальних характеристик на частоту вживання енергетичних напоїв студентами-медиками. (рис. 2.7).

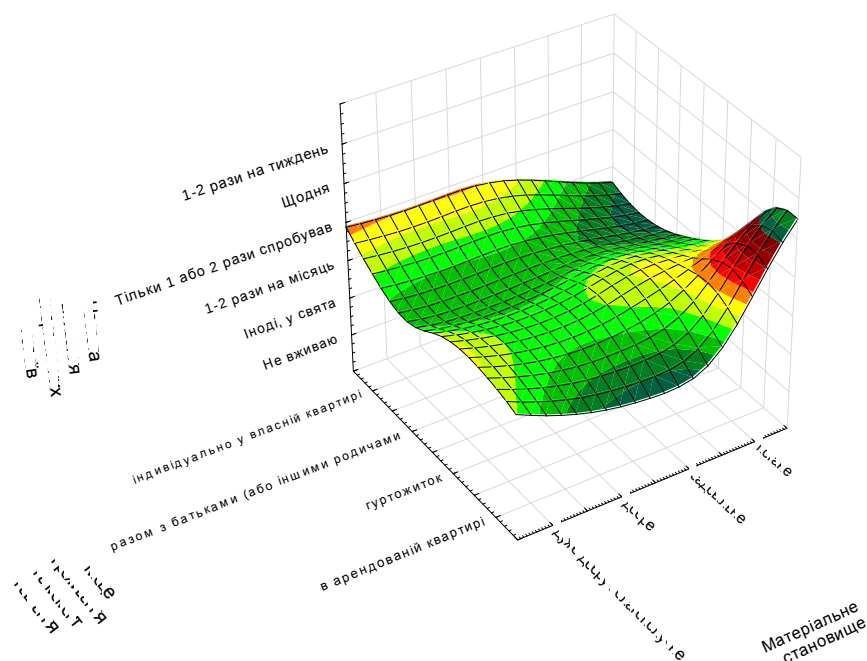


Рис. 2.7. Взаємозв'язок місця проживання на момент навчання, матеріального стану і частоти споживання енергетичних напоїв

Отримані дані засвідчують, що найнижчі показники споживання енергетичних напоїв спостерігаються у студентів, які проживають разом з батьками та мають добре матеріальне становище. Зворотна ситуація характерна для студентів, які проживають у гуртожитку і відчувають нестачу коштів.

Серед факторів, що спонукають до споживання енергетичних напоїв студентами-медиками домінували вечірки (50,5 %), екзаменаційна сесія (45,0 %), намагання бути бадьорим тривалий час (43,9 %), зняття стресу (42,7 %). Третина опитаних (31 %) споживали енергетичні напої для забезпечення енергійності, 35,1 % респондентів відчували потребу споживати

енергетичні напої під час керування автотранспортом впродовж тривалого часу (табл. 2.15).

Таблиця 2.15

**Чинники, що визначають потребу
в енергетичних напоях у студентів-медиків**

Чинники	Кількість студентів
потреба у тривалій бадьорості	193 (43,9 %)
потреба у збільшенні енергії	104 (31,0 %)
екзаменаційна сесія	184 (45,0 %)
керування автотранспортом упродовж тривалого часу	37 (35,1 %)
вечірки	100 (50,5 %)
схуднення	11 (34,4 %)
спортивні досягнення	34 (29,3 %)
зацікавленість	43 (35,0 %)
зняття стресу	111 (42,7 %)

Незважаючи на легковажне ставлення студентів до енергетичних напоїв та очікуваного позитивного ефекту, респонденти вказали низку негативних наслідків, спричинених їх споживанням. Найбільш поширеними побічними ефектами, які виникають при споживанні енергетичних напоїв ,були важкість у концентрації уваги (47,2 %), втома (47 %), прискорене серцебиття (43,4 %), головний біль (39,7 %) (табл. 2.16).

Перший досвід у приблизно однієї третини (34 %) споживання енергетичних напоїв відбувся вдома, на відпочинку – 17 %, не пам'ятають – 20 %. 13 % респондентів вперше спробували енергетичні напої під час навчання в середній школі, 25 % зробили це у компанії друзів чи знайомих.

Наслідки споживання енергетичних напоїв студентами-медиками

Симптоми	Кількість студентів
втома	125 (47,0 %)
зневоднення	30 (34,5 %)
збільшення частоти серцевих скорочень	48 (43,4 %)
підвищення артеріального тиску	51 (39,8 %)
біль у м'язах	23 (26,5 %)
блювота, нудота і болі в животі	36 (29,0 %)
безсоння	57 (37,3 %)
нездатність зосередитися	91 (47,2 %)
головний біль	46 (39,7 %)
не відчував нічого	71 (54,6 %)
не знаю	99 (39,9 %)

При дослідженні взаємозв'язку споживання енергетичних напоїв і харчування, встановлено, що 43 % опитаних споживають напої після приймання їжі, 35 % – незалежно від харчування, а 14 % – з їжею. Найчастіше енергетичні напої споживаються вдома 27 % респондентів, у місцях відпочинку – 26 %.

Одним з напрямків пропонованого дослідження була оцінка поінформованості студентів-медиків про склад енергетичних напоїв. Тільки 23 % опитуваних знали, що до їх складу входять кофеїн, цукор і вуглекислий газ, дуже мало (4 %) з-поміж складників назвали мінерали, таурин і білки, 8 % – етанол, гормони та лимонну кислоту. Основними джерелами знань про склад енергетичних напоїв були: друзі та знайомі (32 %); заклад освіти (21 %); електронні соціальні мережі (14 %); засоби масової інформації (13 %) і книги, наукові журнали та електронні сайти (3 %).

Університетське життя супроводжується стресовими проблемами, які базуються на отриманні свободи та відповідальності, неорганізованому способі життя, соціальних і академічних зобов'язаннях. Так само як харчування і фізичні вправи, до формування здорового способу життя повинна бути включена гігієна сну. Його тривалість є показником стану здоров'я індивіда.

У 2013 р вчені з Каліфорнійського університету в Берклі Society for Personality and Social Psychology (SPSP) представили нові дослідження, які свідчать, що недостатній сон може стати причиною погіршення нашої здатності оцінити партнерів і близьких, що може призвести до стресу і напруженості у стосунках, підвищення егоїстичності, що, своєю чергою, породжує відчуття невизнаності її недооціненості [155].

При виборі, як збалансувати культурні й особисті зобов'язання з вимогами до сну, необхідно враховувати, що сон є важливим фактором для підтримки фізичного, розумового й емоційного балансу. Для того, щоб впоратися з цими проблемами, студентам необхідно регулювати сон, який цілюще впливає на здоров'я, емоції, пам'ять і науковий потенціал. Недостатній сон, однак, може негативно вплинути на добробут, уважність, прийняття рішень і наслідки можуть буди довгостроковим та призвести до метаболічної дисфункції, ожиріння, гіпертонії, інфаркту, інсульту та ішемічної хвороби серця.

Студенти, які сплять на дві години менше від норми, мають тенденцію накопичувати «борг сну», що призводить до надмірної денної сонливості. Позбавлення сну від шести до семи годин може привести до серйозного погіршення когнітивних і психомоторних функцій (знижує концентрацію уваги, пам'яті та мислення стратегій) [164] і зниження успішності [235]. Подальші дослідження впливу безсоння встановили зв'язок між поганим сном і ризиком розвитку змін настрою, тривоги, схильності до суїциду і токсикоманії у молодих людей [199].

Таблиця 2.17 показує, що гендерна відмінність не є статистично значущою у нормальній тривалості сну (68,92 % чоловіків та 66,87 % жінок). Проте чоловіча стать значно пересипає жіночу (8,11 % проти 2,41 %).

Гендерний розподіл тривалості сну

стать	Тривалість сну			
	6–8 год	5 год і менше	понад 9 год	Інше
Чоловіча	68,92 %	21,62 %	8,11 %	1,35 %
Жіноча	66,87 %	29,52 %	2,41 %	1,20 %
Всього	67,50 %	27,08 %	4,17 %	1,25 %

При опитуванні студентів про кількість пропущених протягом попереднього місяця годин через нестачу сну, ми виявили, що 62 % тих, які ніколи не пропустили жодного заняття, висипались за 6–8 годин, і навпаки 58 % опитуваних, які мають порушення сну, пропустили понад два предмети в попередньому місяці. Цей результат є досить значним ($p = 0,014$).

Однією з найбільш поширених причин сонливості в денний час респонденти називали недостатність сну вночі. Це відбувається з кількох причин: фізіологічних і/або поведінкових. Останні особливо виражені у студентів, що проживають у гуртожитках.

Денна сонливість, нерегулярний сон широко поширені серед студентів. 29 % учасників опитування з нормальною тривалістю сну відчували дрімоту під час заняття в порівнянні з 42 % з недостатньою тривалістю сну. Результат показав високу значущість ($p = 0,017$). 60 % опитаних зазначили, що три дні на тиждень почуваються втомленими або сонними.

Одним з результатів із великим значенням ($p = 0,001$) було почуття тривоги протягом дня через порушення сну. Тільки 35 % студентів з нормальною тривалістю сну відчують тривогу супроти 63 % студентів з недостатньою тривалістю сну.

До 24 % студентів повідомили, що їх оцінки впали через сонливість. 72 % відповіли, що недостатність сну виявилася малоефективною у підготовці до іспитів. 68 % респондентів повідомили, що відмовлялись від сну щоб соціалізувати, 86 % – для підготовки до самостійних та практичних занять, 57 % – до іспитів.

86 % респондентів вважають, що недосипання негативно впливає на їх фізичне, 85 % – на психічне здоров'я. Респонденти відзначають важливість сну на фізичне здоров'я за шкалою від одного до п'яти, починаючи від не надто важливо до дуже важливого, в середньому 4,30, в той час, як на психічне здоров'я в середньому 4,37.

Проблему тривалості сну варто розглядати разом з іншими факторами впливу на стан здоров'я, оскільки цей чинник може призвести до несприятливих результатів в області глобального стану здоров'я.

2.4. Психологічні особливості особистості студентів в умовах повсякденної діяльності у медичних закладах вищої освіти

Одним із чинників, що формують здоров'я, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (1948), є психічний добробут людини. Що вище психосоціальне здоров'я, то вищий рівень добробуту і краща здатність до адаптації у подоланні проблем на побутовому, сімейному, професійному рівні.

Останнім часом суттєво посилився інтерес науковців та фахівців до питань, пов'язаних із професійним стресом, особливо механізмів формування стійкості людини до стресу в різних професіях. Саме професійний стрес часто стає причиною того, що значна кількість високоосвічених працівників залишають свої робочі місця, кардинально змінюють сферу діяльності, звертаються за допомогою до консультантів-психологів, лікарів. Проте самі лікарі та психологи є представниками тих професій, які стикаються зі значним впливом стресу на робочих місцях і потребують сторонньої допомоги. Соціологічне дослідження виконано методом анкетування студентів

Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького за анкетною «Самооцінка психічних станів (Айзенка)» та спеціально опрацьованою нами соціологічною анкетною «Вивчення самооцінки здоров'я студентів-медиків», базувалося на вибірковій статистичній сукупності ($n = 271$), де ймовірність помилки результатів дослідження не перевищувала 5 % ($p < 0,05$).

Отримані результати, на нашу думку, повинні слугувати для вибору правильної тактики та методології збереження та зміцнення здоров'я молоді.

Визначення рівня адаптації здійснюється з урахуванням таких показників, як тривалість професійної діяльності, опанування професійними знаннями, вміннями застосовувати їх на практиці, ступінь самостійності у професійній діяльності, навички професійного спілкування тощо. Проте формування стресостійкості закладається ще на студентському рівні у медичному виші.

Здоровий студент розвиває хорошу здатність вчитися на основі самоаналізу, самоспостереження і практичного судження. Водночас він розвиває здатність формувати міжособистісні відносини, працювати в команді та суспільстві. Студенти-медики і лікарі-практики, в порівнянні з працівниками інших професій та населенням загалом, схильні до академічного і професійного стресу а отже, вразливі до психосоціальних проблем зі здоров'ям і деяких специфічних дисфункцій, які можуть поставити під загрозу їх фізичне, розумове і соціальне здоров'я.

Існує багато досліджень щодо вивчення зв'язку між навчанням та способом життя у студентів-медиків [13; 14; 98; 122; 125]. Реалізація у професії включає формування образу професії, особливо на етапі вибору сфери професійної діяльності. Образ майбутньої професії поєднує в собі емоційно-оцінні і когнітивні складові. Їхня відповідність змістовним складникам професії робить вибір фаху обґрунтованим, особливо з рахуванням професійних вимог до потенціалу людини. Рівень уявлень студента про професію безпосередньо пов'язаний із рівнем ставлення до навчання: що більше він знає про свою майбутню професію, то позитивніше ставлення до навчання. Одночасно

розширюється коло інтересів, пов'язаних із вибраним фахом, підвищуються інтелектуальні, естетичні, етичні та матеріальні потреби.

У протилежному випадку у самосвідомості майбутнього спеціаліста накопичується негативний життєвий досвід, формуються своєрідні способи виконання поставлених перед ним завдань, зокрема, ігнорування критичних зауважень, ухиляння від розв'язання проблем тощо [39].

Згідно з останніми дослідженнями [120; 160; 164; 189], існує низка факторів, які можуть впливати на стресові ситуації за час здобуття медичного фаху: характер медичної роботи (постійна причетність до страждань людини) (1), прагнення до самостійності у набутті знань (2) і досить жорсткі форми та методи підготовки спеціаліста певного профілю (3), набуття і розвиток професійних навичок, з якими стикається студент у процесі навчання (4), розвиток професійної ролі та соціалізація (5), проблеми особистості (6), гендерні проблеми (7) (табл. 2.18).

Таблиця 2.18

Фактори, що призводять до стресових ситуацій у студентів-медиків

Фактори стресу	чоловіки (%)	жінки (%)
Індивідуальна адаптація до навчальної програми	93,8	82,1
Економічні питання	31,3	32,5
Робота з пацієнтами	13,1	9,8
Співпраця з персоналом лікувального закладу	13,1	9,8
Викладачі	3,1	14,6
Страх перед іспитом	37,5	42,3
Сімейні проблеми	25	6,5
Майбутнє працевлаштування і робота	12,5	23,6

Студенти також стикаються з соціальними, емоційними, фізичними, сімейними проблеми, які можуть вплинути на їхню здатність до навчання й успішність.

Чинниками стресу виступають – успішність студента, яка має конкурентний вплив при ранжуванні, а також відсутність взаємодії викладач – студент, відсутність позаурочної діяльності.

Нами проведено дослідження серед студентів-медиків другого курсу щодо визначення рівнів стресів у студентів. В анкетуванні взяв участь 271 респондент.

Як видно з табл. 2.19, переважна більшість студентів проявляють мінімальний або частковий стрес, причому мінімальний та дуже сильний стрес не залежать від гендерної приналежності.

Таблиця 2.19

Розподіл стресу серед студентів-медиків в процесі навчання

Рівень стресу	стать	
	жінки (%)	чоловіки (%)
Не відчують стресу	5,7	12,5
Мінімальний стрес	26,0	25,0
Частковий стрес	25,2	12,5
Сильний стрес	13,8	21,9
Дуже сильний стрес	7,3	6,3

При проведенні кореляційного зв'язку між статтю і тривожністю, фрустрацією, агресивністю і ригідністю існує слабка кореляція (коефіцієнт кореляції Спірмена складає 0,176, 0,103, 0,001 і 0,091 відповідно). Студентки часто оцінюють свій психічний стан більш негативно ніж їх колеги-чоловіки, або, найбільш ймовірно, при проведенні анкетування схильні до нижчого оцінювання свого психічного стану.

Коли стрес сприймається негативно або стає надмірним, у студентів виникають фізичні та психологічні відхилення [10; 28; 218; 222].

Заходи зниження стресу у студентів часто включають у себе ефективне управління часом, соціальну підтримку, позитивну переоцінку та участі в дозвіллі [14; 38; 94; 100; 225].

Поширеність стресу в медичних закладах вищої освіти дещо різниться і становить 61,4 % у тайських дослідженнях [222], 31,2 % у британських дослідженнях [218].

Для того, щоб зрозуміти взаємозв'язок медичної підготовки і стресу для подальшої професійної діяльності лікаря, освітній процес повинен розглядатися більш глибоко. Дослідження свідчать, що психічне здоров'я студентів-медиків у порівнянні зі здобувачами освіти інших вишів при вступі до університету є приблизно однаковим [194], але погіршується впродовж навчального процесу. Кожен рік навчання студента супроводжується новими стресовими поштовхами, пов'язаними з сумнівами щодо правильності вибору професії. Для багатьох значна кількість навчального матеріалу першого року навчання асоціюється з усвідомленням того, що цей матеріал засвоїти повністю неможливо. Це суттєво впливає на попередню самооцінку багатьох студентів.

Хоча певний ступінь стресу є нормальною частиною медичної підготовки й може бути стимулом для деяких студентів, не всі студенти вважають стрес конструктивним. Для багатьох із них стрес викликає відчуття страху, некомпетентності, провини, гніву і може бути пов'язаний як з психологічною, так і фізичною захворюваністю. Підвищені рівні стресу можуть негативно впливати на оволодіння навчальним планом, перешкоджати концентрації уваги, прийняттю рішень та засвоєнню інших навичок, необхідних для навчання.

Дослідження, які були спрямовані на виявлення джерел стресу серед студентів-медиків загалом вказують на три зони: академічний тиск, соціальні питання та фінансові проблеми, які коливаються у діапазоні від 25 % до 75 %.

Переломним моментом у сучасній історії, що вразив усі верстви населення у світі, стала пандемія COVID-19, зокрема вплинувши на спосіб та якість життя молодого покоління. У житті більшості з них відбулися раптові і кардинальні зміни звичок та способу життя з різким зменшенням будь-якої

форми соціалізації, соціальним дистанціюванням та глобальним блокуванням громадського, соціального й освітнього життя. Науковий прогрес розуміння поведінки вірусу швидко зріс з моменту спалаху пандемії, тоді як наукове розуміння впливу наслідків пандемії на здоров'я все ще перебуває на стадії вивчення. Щоб дослідити, як студенти-медики переживають пандемію і як це впливає на їхнє сьогодення та майбутнє, а також з метою дотримання соціального протоколу дистанції та уникнення прямих контактів, було проведено опитування за допомогою розробленої нами анкети Google-форми. Об'єктом дослідження стали студенти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. В опитуванні взяли участь 174 особи віком від 17 до 21 року із середнім стандартним відхиленням $18,7 \pm 1,68$ р. Серед категорій респондентів 37,28 % проживають у містах обласного підпорядкування, містечках та районних центрах; 62,72 % – в обласному центрі.

За звичайних обставин від студентів-медиків очікується підтримка балансу життя / навчання. На початку навчального процесу студенти перебували у звичному навчальному середовищі, тоді як через місяць соціальні та екологічні умови були обмежені через карантин. Результати показали зміни у фізичній, психологічній, соціальній площинах активності та суспільної поведінки.

Фізичне дистанціювання і самоізоляція сильно вплинули на життя студентів, зокрема, на здоров'я та повсякденну поведінку.

Належна поінформованість про заходи профілактики захворювань та правильне уявлення про ризик зараження можуть поліпшити схильність дотримання заходів боротьби з поширенням пандемії та зменшити психологічний вплив. Сприйняття ризику є одним із важливих чинників поведінки, пов'язаної зі здоров'ям і спрямовує значний вплив на використання запобіжних заходів.

Мета соціального дистанціювання під час пандемії полягає у сповільненні кількості випадків, які обтяжують систему охорони здоров'я, зменшенні захворюваності та смертності. Суворі заходи щодо соціального дистанціювання

під час пандемії COVID-19 були ефективними для уповільнення рівня інфікування у багатьох країнах. Дані про пандемію грипу 1918 р. показують, що такі фактори, як сприйняття громадськістю тяжкості захворювання, політика охорони здоров'я, яка заохочує до соціального дистанціювання, і навіть погода (непогода, наприклад, дощ), можуть впливати на практику соціального дистанціювання [2; 5; 69].

Ми виявили, що при опитуванні щодо схильності дотримання соціальної дистанції переважальними факторами є стать (84,85 % жіноча проти 73,33 % чоловічої) та наявність хворого (особисто) вдома (68,75 %).

Більшість респондентів уважали політику соціального дистанціювання важливою (88 % респондентів).

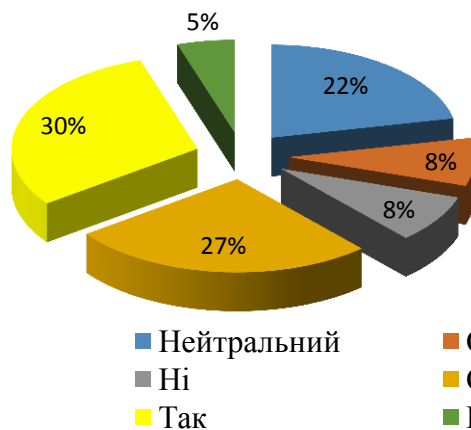
Серед учасників анкетування 41,3 % повідомили, що соціальна ізоляція була важкою; тоді як для 31,7 % – нейтральною; а для 27,0 % – легкою / досить легкою. Жінки частіше повідомляли про соціальну ізоляцію як про складну порівняно з чоловіками (45,6 % та 31,1 % відповідно), тоді як чоловіки частіше повідомляли про соціальну ізоляцію як про легку (37,8 % проти 22,1 %).

Тенденції є обнадійливими, враховуючи, коли дотримання соціального дистанціювання сповільнилося з весни до осені у 2021 р., що, ймовірно, призвело до нового сплеску захворювання, який триває і у теперішній час.

18 місяців гібридної або переважно віртуальної освіти мали значний соціально-емоційний вплив на студентів. Вони не спілкувались один з одним віч-на-віч, заходили на онлайн-заняття, не мали можливості побачити наживо один одного. Носіння масок приховує вираз обличчя, ускладнюючи розуміння реакцій і емоцій одногрупників.

Відповіді на опитування щодо фізичного здоров'я корелюють з нездатністю впоратися зі стресом впродовж пандемії (рис. 2.8).

Фізична активність
та загальний стан здоров'я



Психічний добробут (стрес і
занепокоєння, порушення настрою)

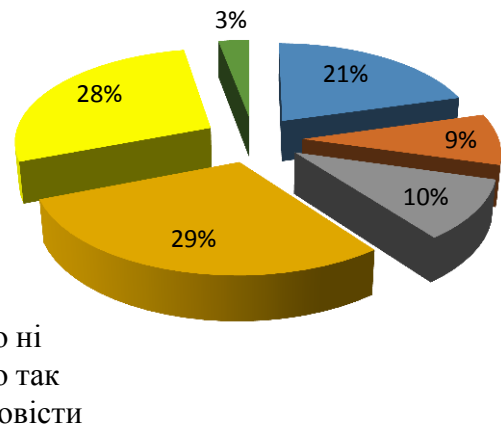


Рис. 2.8. Вплив пандемії COVID-19 на фізичний та психологічний стан здоров'я студентів-медиків

Щоб протидіяти негативному досвіду самоізоляції і реагувати на нього, молодь може бути схильною компенсувати фізіологічні задоволення, пов'язані зі споживанням їжі. Крім того, відчуття нудьги, яке може виникнути через тривалу самоізоляцію, часто пов'язане з переїданням як способом подолання монотонності. З іншого боку, такий досвід може стати причиною обмеження у харчуванні через фізіологічні реакції на стрес.

Значна кількість опитаних зазначили, що набрали або втратили вагу, вживали більше алкогольних та енергетичних напоїв і мали проблеми зі сном. Більшість опитаних (57 %) зазначили про небажану зміну ваги з початку пандемії. 67 % опитаних – сплять більше (31 %) або менше (35 %), ніж до початку пандемії. 30 % студентів медичного закладу вищої освіти не займалися фізичними вправами на регулярній основі. Майже кожен четвертий студент (23 %) повідомив, що під час пандемії вживав більше алкогольних напоїв для подолання стресу. Приблизно половина студентів (47 %) заявили, що відклали або скасували планові медичні послуги від початку пандемії.

Студентські роки – це час, коли багато видів поведінки, пов'язані зі здоров'ям, зміцнюються, що робить цей період розвитку першорядним у формуванні здорових навичок впродовж усього життя. Хоча стиль життя

студентів закладів вищої освіти в усьому світі різняться, одна фундаментальна зміна, з якою стикаються багато студентів, – підвищена залежність у структуруванні особистого часу. Окрім академічного навчання, час також витрачається на різноманітні фактори, включаючи спілкування, роботу, позанавчальну діяльність, фізичну активність, що призводить до підвищеного рівня стресу.

Саме тому студенти закладів вищої освіти можуть бути особливо вразливими до змін способу життя, доповнених стресом, які пов'язані з поточною пандемією. Молоді люди, які переживають стрес і не мають підтримки, деструктивно висловлять своє розчарування. Під час пандемії у молодих людей виникало багато негативних почуттів. Зокрема відчували пригнічення майже щодня – 21,74 % опитаних і більше ніж декілька днів – 23,19 % (рис. 2.9). Також студенти зазначали (34,69 % – жіночої та 15 % чоловічої статі), що майже щодня перебували у напруженому стані щодо невизначеності пандемії.

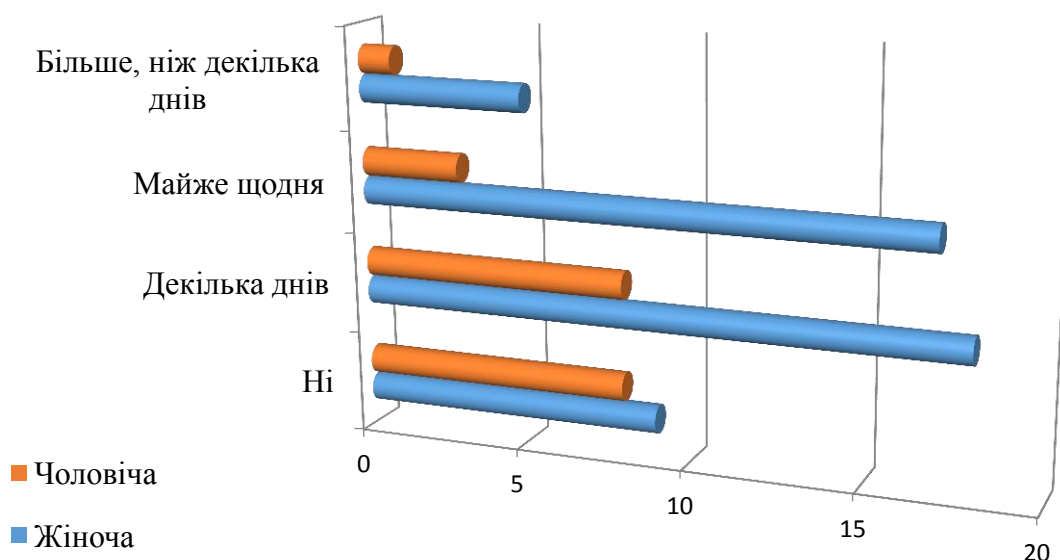


Рис. 2.9. Оцінка відчуття пригніченості і відчаю під час пандемії

Люди, які перенесли COVID-19 чи мали у родині хворого, можуть відчувати постійний страх за власне здоров'я, страх інфікувати інших, зокрема

членів родини. Вони також більш вразливі до прояву страху та занепокоєння навіть через кілька місяців після хвороби.

Під час карантину у студентів-медиків відбувається переоцінка фінансових питань, підтримки власного здоров'я та здоров'я членів родини, освітнього процесу (рис. 2.10). Передовсім це певні особисті челенджі та саморефлексія на тему, що для кожного є важливим під час пандемії. Так, 30,61 % жінок і 35 % чоловіків турбує здоров'я родини, натомість 14,29 % жінок і 20 % чоловіків – здоров'я громади і суспільства загалом. Освітній процес також зазначено як цільний показник (32,65 % жінок і 35 % чоловіків). Найвищий степінь при пандемії було відведено здоров'ю власному та суспільному і найнижчий – фінансове становище (4,08 % та 10 % відповідно).

Проте були і деякі позитивні результати. Майже 23 % студентів повідомили, що були задоволені життям під час пандемії, оскільки могли проводити більше часу з членами родини. Сім'я виступала ключовим фактором захисту, забезпечуючи вкрай необхідну підтримку та зміцнюючи громадянську активність.

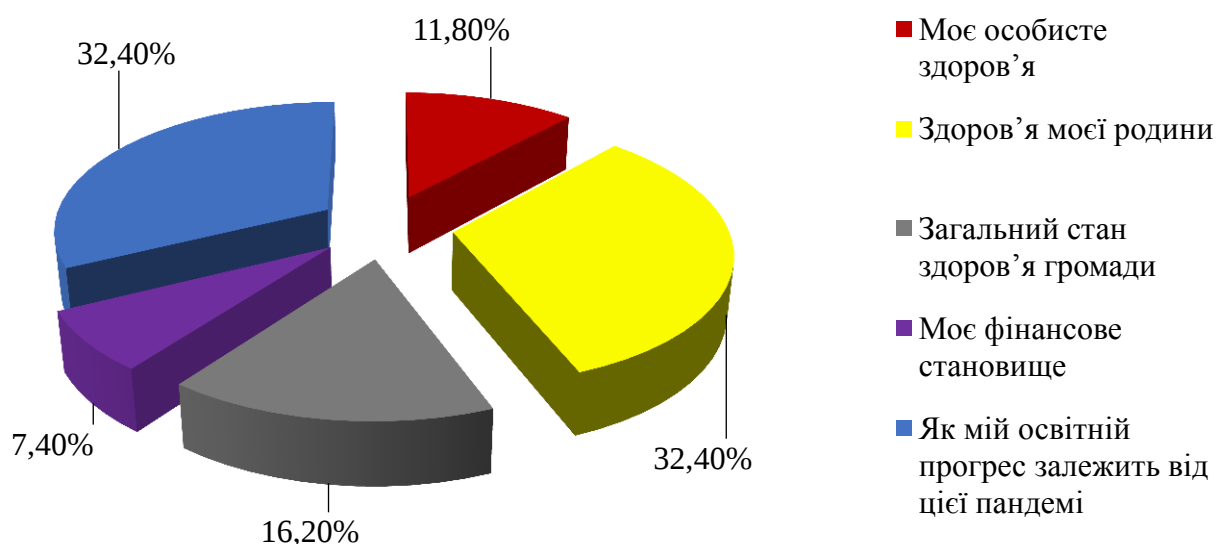


Рис. 2.10. Проблеми студентів-медиків під час пандемії

Основними тригерами, в яких пандемія вплинула на психічне здоров'я, є: стрес і занепокоєння, які віддзеркалюють страх перед інфекцією,

невизначеність щодо карантину, а також труднощі з адаптацією до нових норми поведінки.

Психічне здоров'я студентів є серйозною проблемою, і пандемія, безумовно, загострила цю її. Погіршення психічного здоров'я студентів, яке проявляється у вигляді посиленого психологічного стресу, тривоги, депресії та навіть посттравматичного стресового розладу, стало глобальним явищем. Зокрема екстрений перехід на онлайн-навчання мав неоднозначні результати і виявився стресовим фактором, особливо коли це пов'язувалося зі збільшенням навчального навантаження.

Так, питання «Як часто впродовж карантину ви дратувались, нервували» показало, що найчастіше дратувалися і злилися представники жіночої статі (майже щодня – 30 %, декілька днів – 17 % і більше декількох днів – 36 %). А в представників чоловічої статі – 47 % не нервували взагалі і 30 % нервували декілька днів (рис. 2.11).

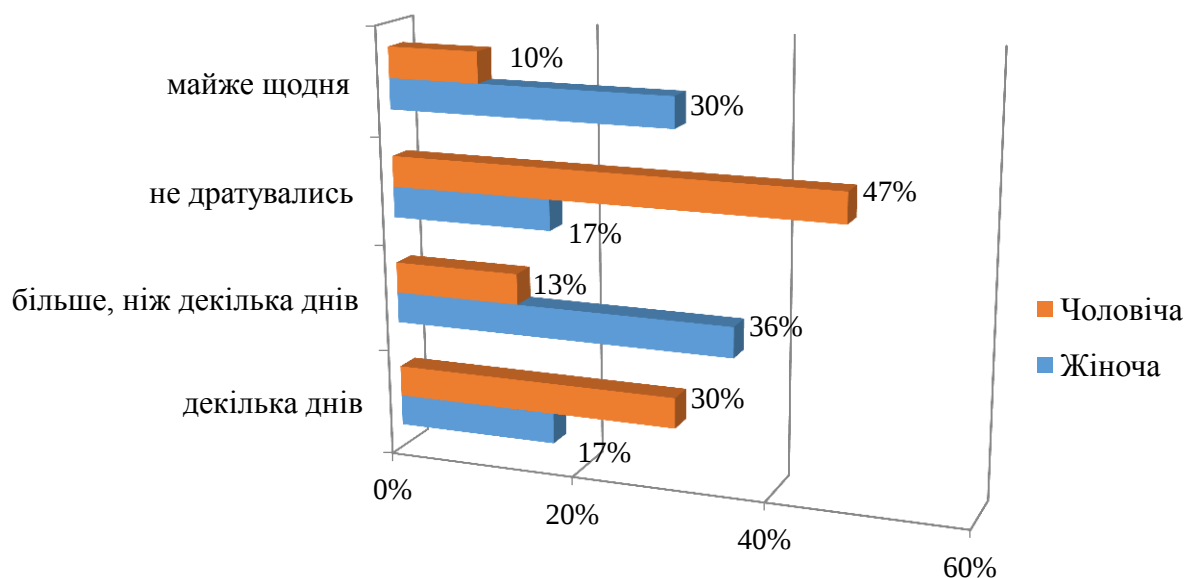


Рис. 2.11. Рівень контролю над емоціями та схильність до роздратування

Значна частина студентів (46 %) зазначили, що вони психічно втомлюються через хвилю заходів безпеки, які постійно змінюються, і тривалу ізоляцію. Індивідуальні відмінності в психічному здоров'ї також можуть впливати на те, як студенти сприймають, наскільки добре вони адаптуються та

справляються з поточною ситуацією під час пандемії, а також наскільки вони мотивовані змінити свою поведінку у відповідь на наслідки пандемії в соціальному й академічному житті і навчанні. Частина опитаних (37 %) під час пандемії проявляли надмірну тривожність, безнадійність, чого ніколи раніше не відчували. Тож, можливо, це наша нова норма у житті? Можливо. Але це не повинно бути нормальним з точки зору психічного здоров'я.

Для студентів медичних професій пандемія COVID-19 спричинила раптовий перехід до повного дистанційного навчання, що само собою є стресом. Проте коли студенти стикаються із соціальною дистанцією, вони одночасно борються із суворими реаліями кризи громадського здоров'я, яка суттєво впливає на їхню професійну підготовку та подальшу кар'єру. Враховуючи ці безпрецедентні обставини, студенти, найімовірніше, потребуватимуть додаткової підтримки для забезпечення психічного здоров'я. У багатьох можуть виникнути труднощі з подоланням стресових факторів, і, ймовірно, призведуть до значних довгострокових індивідуальних та соціальних наслідків, включаючи хронічні захворювання, а отже, і додаткове навантаження на систему охорони здоров'я.

Повний спектр і характер впливу пандемії COVID-19 на здоров'я студентів-медиків залишається значною мірою невизначеним. Вони по-різному переживають пандемію і тому її наслідки є неоднорідними. Більше того, на теперішній час ми не маємо повного розуміння стратегій подолання молоддю стресового стану, спровокованого пандемією. Цілеспрямовані заходи, спрямовані на заохочення фізичної активності та підтримку психічного здоров'я, можуть підвищити здатність студентів справлятися з невизначеністю. Тому важливо прийняти інноваційну та прогресивну парадигму як найкращий інструмент для забезпечення стійкості психічного здоров'я і охорони здоров'я студентської молоді [37; 96].

На думку К. Брагиної [10], у процесі навчання у виші можна виділити у студентів-медиків три основні критичні періоди – перший, четвертий і шостий роки навчання. На першому курсі відбувається зміна соціальної ролі учня,

коректування потреб і системи цінностей, виникає необхідність більш гнучко регулювати свою поведінку, пристосовуючись до більш жорстких вимог вищої школи, встановлювати взаємини у новому колективі; іногороднім – облаштовувати побут. Студенти часто відчують брак клінічного медичного досвіду і будь-яку змогу самореалізації як майбутнього лікаря, скаржаться на професійну ізоляцію.

На старших курсах розвивається власне клінічне навчання, де студентів вже очікують стресові ситуації, пов'язані з початком їх безпосереднього контакту з пацієнтами, вторгнення їх у раніше обмежені сфери, які не є звичними у соціальної взаємодії, наприклад, огляд пацієнта, вивчення історії хвороби, відбувається переоцінка цінностей, переосмислення вибору спеціальності. Студенти-медики, з появою у програмі клінічних дисциплін, починають відчувати вантаж лікарської відповідальності. Особливість кризи п'ятого (шостого) курсу пов'язана з майбутнім працевлаштуванням, перспективами отримання місця праці та професійного зростання у рамках обраної спеціальності. Відсутність резервів психічного і фізичного здоров'я на кожному з цих етапів може призвести до розвитку невротичних розладів і розладів адаптації.

Поступово студенти намагаються брати на себе все більше відповідальності по догляду за пацієнтами. Вони має бути більш компетентними, проте, як і раніше, відчують себе невпевнено. Студенти навчаються долати ці почуття, стають інколи самовпевненими, намагаються засвоїти «все і зразу», кинути виклик усім. Тому може виникнути ситуація, коли майбутній фахівець не може впоратися із завданням, або не може прийняти правильне рішення в заданому темпі при високій відповідальності за наслідки рішення, тобто виникає інформаційне перевантаження – навантаження перевищує можливості людини за умови високої мотивації до виконання роботи.

2.5. Використання масмедіа та новітніх технологій у формуванні навичок здорового способу життя

Інформаційний бум, що став реальністю життя українського суспільства, призвів, з одного боку, до включення України в глобальний інформаційний простір, а з іншого – став одним з найважливіших чинників у формуванні особистісних характеристик людини, серед яких чималу роль відіграють естетичні уявлення й цінності. Останні десятиліття характеризуються значним постійним зростанням інформаційних потоків, які циркулюють у суспільстві та кардинально змінюють стиль життя людини. Швидкий розвиток і розповсюдження нових засобів інформації, систем зв'язку і телекомунікаційних технологій спричиняють глибокі соціальні зміни, формують новий тип свідомості, змінюють особистість, модифікують вербальні засоби спілкування [9; 42; 134; 170].

Проте на сьогоднішній день майже не проводяться дослідження у сфері оцінки якості інформації, яку пропонують телебачення, радіо, Інтернет, друкована преса та інші види масової комунікації. Телебачення є найбільш популярним засобом масової інформації, програми якого пропагують зміцнення і профілактику здоров'я, натомість комп'ютер – наймасовішим та найбільш ефективним, особливо серед молоді. Комбінуючи різні методи (текст, аудіо, зображення, анімацію, відео або форми контенту), можна здійснювати прямий та опосередкований позитивний чи негативний вплив на формування здорового способу життя молоді людини [68]. З одного боку, ЗМІ сприяють інформованості населення, вільній дискусії з «гострих» суспільних проблем: злочинності, суїцидів, наркотиків, корупції та організованої злочинності, проституції тощо. ЗМІ можуть бути корисними для молоді (наприклад, внаслідок збільшення співпереживання і моделювання соціальної поведінки, розвитку навичок грамотності за допомогою освітніх програм). З іншого, вони нерідко зловживають демонстрацією насильства, некваліфіковано подають фактичні матеріали, культивують агресію, перевагу фізичної сили, героїзацію

злочинців, всюдозволеність і безкарність, неповагу до національних, державних, культурних і людських цінностей.

Потужний неконтрольований вплив телебачення, радіо й інших засобів масмедіа є одним із суттєвих чинників, які впливають на здоров'я як позитивно, так і негативно, що відображається не тільки на фізичному, але й психічному стані людини. Цей вплив розповсюджується на особу молодої людини як безпосередньо через ЗМІ, так і опосередковано – через однолітків, батьків, вчителів, на яких ЗМІ, своєю чергою, також чинить значний вплив.

Засоби масової інформації у процесі формування позитивного ставлення до здорового способу життя покликані розв'язувати низку завдань. З-поміж них:

- ліквідація інформаційних прогалин молоді в питаннях здорового способу життя;
- планування та організація пропагандистської діяльності;
- інформаційний супровід подій суспільного життя, пов'язаного з питаннями здорового способу життя;
- створення продуктивних інформативних комунікацій.

Окрім інформаційно-пропагандистської спрямованості залучення молоді до здорового способу життя, заняття фізичною культурою і спортом, ЗМІ виступають науково-просвітньо-освітнім аспектом, який дає змогу молоді поповнювати і поглиблювати теоретичні пізнання. Це може вплинути на сприйняття соціальних норм, які складають основи здорового способу життя та спроможність і бажання змінитися. Інформація в ЗМІ про здоровий спосіб життя має бути адаптованою до особистості і поведінки індивіда.

Важливо відзначити вплив не тільки медіаконтенту, але і реклами. Агресивна реклама може негативно впливати на молодь. Доведено, що медіаінструменти безпосередньо відповідають за надмірну вагу, ожиріння та анорексію [123; 156; 188]. Привабливі джінгли, фрази і принадні фотографії використовуються для створення ілюзорного світу, де рекламований харчовий продукт буде здаватися привабливим, незважаючи на наслідки для здоров'я. Перегляд програм телебачення обернено пропорційно пов'язаний зі

споживанням здорових продуктів харчування, таких як фрукти й овочі. ЗМІ характеризуються тенденцією рекламувати особливий вигляд ідеальної форми тіла, що може сформувати чимало неправильних уявлень про зв'язок між здоров'ям і зовнішністю. Засоби масової інформації також впливають на харчову поведінку. Пропагування здорового вибору продуктів харчування позитивно впливає на харчові звички загалом населення.

Сучасні засоби масової інформації (наприклад, Інтернет та соціальні медіа, такі як Facebook і Twitter) втілюють потенціал для доступу на вимогу в будь-який час, у будь-якому місці, на будь-якому цифровому пристрої, а також інтерактивного зворотного зв'язку з користувачами, творчої участі, і розвиток суспільства навколо засобів масової інформації. Зокрема, експерти науково-аналітичної корпорації RAND [173] активно проводять програму досліджень розвитку медіаландшафту, виявлення потенційних зв'язків між медіаконтентом та формуванням здорового способу життя молоді, досліджують способи використання засобів масової інформації задля зміцнення здоров'я населення.

За результатами опитування, проведеного у 2017 р. британською компанією Intersperience (<http://www.intersperience.com/>), залежність від технологій є настільки сильною, що добу, проведenu без Інтернету, порівнюють із наркотичною чи алкогольною залежністю, оскільки без можливості виходу в мережу людина відчуває себе втраченою, такою, що відстала від життя, обділеною новою інформацією.

За даними дослідження, проведеного Університетом Меріленда, США (<https://umd.infoready4.com/>), студенти, відлучені від Інтернету та масмедіа почали проявляти ознаки абстинентного синдрому, ідентичного у хворих наркоманією та алкоголізмом, які виникають через деякий час після припинення приймання наркотика, алкоголю або зменшення їх дози.

На сьогоднішній день студенти мають доступ до електронної пошти, стільникових телефонів, плеєрів, ноутбуків, можливість обміну повідомленнями, онлайн-ових соціальних мереж. Дослідження [145] показало, що майбутні фахівці проводять в онлайн значну кількість часу щотижнево:

робота за комп'ютером (11–15 год); створення та відправлення електронної пошти (3–4 год); серфінг в Інтернеті (10–20 год); завантаження або прослуховування музики або відео- / DVD-дисків (5–7 год); комп'ютерні ігри (10–12 год).

Згідно із Merriam-Webster [<http://www.merriam-webster.com/dictionary/socialmedia>] соціальні медіа визначаються як «форми електронного зв'язку (в якості веб-сайтів для соціальних мереж і мікроблогів), за допомогою яких користувачі створюють онлайн-спільноти для обміну інформацією, ідеями, приватними повідомленнями та іншим контентом (наприклад відео)».

До п'ятірки найпопулярніших сайтів соціальних мереж входять Facebook, LinkedIn, Pinterest, Twitter і Instagram. На долю Facebook за даними 201 р. припадає значна частина інтернет-користувачів (71 %), (<http://www.pewinternet.org/2015/12/30/social-media-update-2013/>), що є не тільки численними, але і надзвичайно активними й лояльними: 63 % користувачів відвідують сайт, щонайменше один раз на день, 40 % заходять на сайт декілька разів упродовж дня. Таке безперервне використання соціальних засобів масової інформації впливає від збільшення використання мобільних сайтів соціальних мереж. Багато соціальних медіакористувачів часто використовують мобільні додатки на смартфонах чи планшетах для отримання доступу до своїх улюблених сайтів.

Як стверджує Гідрі [142], онлайн-спілкування робить свій внесок у «розвиток ідентичності студентів щодо побудови та підтримки довгострокових відносин в онлайн діяльності».

Більшість сучасних інтернет-користувачів активно послуговуються так званими «соціальними мережами» – сайтами, які спеціалізуються на забезпеченні користувачів усіма можливими інструментами для спілкування (відео, чати, зображення, ігри, музика, блоги, форуми тощо), відповідно до власних специфічних інтересів, сфери діяльності, географічної прив'язки або захоплень (спорт, музика, професії тощо), коментування статей або фотографій.

Поширення соціальних мереж активно змінює принципи взаємодії людей і загалом суспільств, підвищуючи рівень соціалізації та підкреслюючи важливість онлайн-ового середовища у сучасному світі.

Однією з особливостей соціальної мережі є спосіб представлення інформації. Соціальні мережі дають змогу користувачам висловлювати свої думки в необмеженому обсязі, інформаційний потік якого є досить значний і швидко оновлюється. Однак вони не надають своїм користувачам достатньо часу для оцінки кожного оновлення статусу. Постійне надходження нової інформації змушує їх переходити до наступного повідомлення без детального перегляду щойно отриманого. Всі соціальні мережі, з одного боку зближують, згуртовують, групують, а з іншого, нівелюють особистість, характер, емоції, почуття. У кінцевому результаті формується звичка до віртуального спілкування і відсутності реагування на події так, якби вони відбувалися при реальному спілкуванні.

Найпопулярнішими сайтами серед українців є: TіcTок, Facebook. За результатами опитування, проведеного Донтре [158], 86,4 % респондентів у соціальних мережах спостерігають за життям своїх друзів, 24,5 % – заводять ділові контакти, 23,11 % – шукають однодумців. 16,5 % опитаних використовують соціальні медіа для самореклами, 12,3 % – фліртують та заводять романтичні стосунки. 6,3 % опитаних відповіли, що користуються соціальними мережами, бо це модно.

Розвиток мобільних додатків і мобільних інтернет-пристроїв, таких як сучасні мобільні телефони, iPhone і нетбуки, значно підвищує загальну доступність соціальних мереж та Інтернету загалом. Потенційний ризик для здоров'я може бути правильно оцінений тільки в довгостроковій перспективі, особливо для молодшої аудиторії Інтернету, яка все більше стає залежною від таких послуг. У США близько 64 % користувачів соцмереж (2015) заходять на названі ресурси за допомогою смартфонів, причому 40 % роблять це щодня. У Європі 55 % користувачів працюють з соцмережами через мобільні пристрої, а кожен третій робить це щодня [141; 142].

Щомісяця понад 400 млн осіб відкривають на своїх смартфонах і планшетах Facebook. Вони поринають у рутину – пишуть статуси, завантажують одноманітні фотографії з вечірок і тиражують модні посилання. Із затишного клубу університетських друзів Facebook перетворився на газету, що персоналізувалася, видає парад посилань на статті, фоторепортажі про особисте життя напівзнайомих людей і статуси, що нагадують пресрелізи. Метаморфози, що відбулися, призвели до перетворення Facebook на інформаційну мережу. Дослідники з Університету Мічигану з'ясували, що середня кількість друзів у користувача перевищує 230 осіб. Це значно більше «Числа Данбара», що встановлює кількість зв'язків, які здатний підтримувати індивідуум, на позначці 150 осіб [243].

Сьогодні, особливо це стосується молоді, сторінка TikTok, Facebook чи деінде сприймається чимось на кшталт свого другого Я, а на відміну від реального життя, на цю віртуальну особистість можна редагувати дуже швидко, підвищивши самооцінку; конструювати свою ідентичність за власним бажанням, створивши “віртуальну особу”.

Основними передумовами до використання соціальних мереж є знайомства і спілкування з новими людьми та розваги (80 %). Дівчата мотивують це подоланням комунікативного дефіциту: пошуком друзів, однокурсників, однокласників і спілкування з ними (67 %). Половина респондентів вказали, що використання соціальних мереж допомогло їм в особистому житті, натомість інша половина вважає, що соціальні мережі ніяк не вплинули на їхній спосіб життя. Значна кількість опитаних (96 %) погоджуються з тим, що існує тенденція до появи залежності особистості від соціальних мереж, наприклад, таких як Instagram [56; 239].

Соціальні мережі можуть дати багато: спілкування, якого бракує; знання, які не завжди доступні; поради, які необхідні для прийняття рішення; нагода завести багато нових друзів і знайомих; поспілкуватися на будь-які теми з людиною будь-якого віку і соціального статусу; відкрито висловити свою думку, переглянути фото та відео інших людей; знайти будь-яку музику та

фільми; підтримувати зв'язок зі знайомими та родичами з інших міст і країн тощо. Важливо, щоб люди навчилися спілкуватися з іншими людьми, будувати свою ідентичність [7].

В опитуванні, проведеному Інститутом досліджень в галузі охорони здоров'я [146], майже третина респондентів визначили соціальні медіа як місце для обговорення здоров'я, незважаючи на те, що ця інформація може різнитися залежно від доступності інформаційних джерел і через інтерактивний характер середовища, проте може забезпечити анонімність користувача.

Існує багато безкоштовних сайтів, зокрема дошки обговорень, блогів і сайтів медичних працівників, де користувачі можуть створювати профілі, які дають можливість задавати лікарям медичне запитання на різноманітну тематику, наприклад, про фізичне, психічне чи сексуальне здоров'я, відстежувати власну вагу або прогрес відмови від куріння [226].

Згідно із дослідженнями [174], 26 % користувачів Інтернету впродовж останніх дванадцяти місяців читали або переглядали «чужий» досвід проблем зі здоров'ям. Незважаючи на те, що медичні фахівці традиційно залишаються основним джерелом інформації про здоров'я, сьогодні люди все частіше звертаються до соціальних мереж [168]. Дослідження PwC показало, що понад 80 % людей у віці 18–24 років діляться медичною інформацією у соціальних медіа і майже 90 % з них довіряють інформації, знайдений за їх допомогою [173].

Незважаючи на популярність соціальних медіа і різке збільшення використання їх у різних країнах світу, існує лише кілька крос-національних досліджень, спрямованих на використання і застосування соціальних медіа в різних контекстах. Низка науковців [123; 134; 152; 166; 183] досліджували вплив і поведінку студентів у соціальних медіа у США, Великобританії, Китаї та Індії з метою використання соціальних медіа в просуванні послуг в галузі охорони здоров'я для студентів різних країн. Було встановлено, що за відсутності навичок правильно оцінити онлайн-інформацію про здоров'я,

студенти закладів вищої освіти часто поширюють неперевірену інформацію про стан здоров'я через соціальні масмедіа [166].

Більшість дослідників використання соціальних медіа для оцінки стану здоров'я вказують, що користувачі можуть мати як позитивне, так і негативне ставлення до цього джерела інформації [184]. Переваги соціальних медіа в галузі охорони здоров'я полягають у засобах охоплення альтернативних точок зору, поданні особистого досвіду та знань про діагнози і лікування [228]. Соціальні медіа сприяють «вірусному» ефекту обміну повідомленнями в галузі суспільної охорони здоров'я, що дає змогу поширювати власний досвід на формування та збереження здоров'я інших людей [143]. Також соціальні медіа дають змогу працівникам охорони здоров'я та медичним організаціям швидко поширювати точну і правдиву інформацію [163].

Проте соціальні мережі не можуть виступати ефективним місцем для взаємодії з іншими людьми щодо проблем зі здоров'ям, оскільки більшість користувачів бажають зберегти позитивну ідентичність здорової людини у своїй соціальній мережевій групі. За необхідності отримати допомогу, вони віддають перевагу закритим інтернет-спільнотам, які уможлиблюють вести відверті і відкриті дискусії.

На використання соціальних мереж як джерел інформації про стан здоров'я впливає низка різних чинників, таких як корисність інформації, зручність використання технології й суб'єктивних норм. Позитивні сторони цих аспектів (наприклад, надійність) можуть заохочувати студентів використовувати сайти соціальних мереж, в той час, як негативні погляди (наприклад, потенційні порушення безпеки) перешкоджають їх застосуванню. Використання соціальних медіа для інформації про стан здоров'я, як правило, зосереджуються на одному соціальному середовищі (в основному Facebook) або одному захворюванні (наприклад, цукровий діабет) з невеликим обсягом вибірки.

Питання конфіденційності є важливою проблемою використання соціальних медіа через високий ризик ненавмисного витоку особистої інформації. Проведені дослідження [156] показали, що більшість студентів

знають про проблеми конфіденційності, але їх захист приватного життя часто обмежується зміною в управлінні налаштуваннями конфіденційності.

Згідно зі звітом EMARKET [244], майже кожна четверта людина у світі використовує сайти соціальних мереж: від 2015. до 2020 р. число користувачів у глобальній мережі збільшилося до 2,55 млрд.

Проведений аналіз свідчить про мозаїчність структури знань студентів щодо формування здорового способу життя, їх недостатню упорядкованість і взаємозв'язок. Наявні знання не виступають необхідним функціональним фактором для використання у повсякденній життєдіяльності, а студентам не вистачає пошуково-пізнавальної активності для їх поповнення і розширення за допомогою сучасних масмедіа.

Висновки до другого розділу.

1. Самооцінка як інтегральний показник і мотиваційна детермінанта здоров'я містить у собі судження не тільки наявності або відсутності симптомів захворювання, але і психологічного добробуту – власних можливостей і якостей, усвідомлення життєвої перспективи. Водночас самооцінка фізичного і психічного стану виступає реальним показником здоров'я людини. Власне здоров'я оцінили як «добре» 61,45 % студентів-медиків жіночої та 51,35 % чоловічої статі; «задовільно» – 29,52 % та 17,57 % відповідно. «Відмінну» самооцінку здоров'я вказали у 3,7 разів більше дівчат, ніж хлопців; на противагу «незадовільним» вважають власне здоров'я у 2,9 разів більше студентів чоловічої статі, ніж жіночої.

2. Виокремлено такі основні проблеми у формуванні здорового способу життя студентів-медиків, як відсутність мотивації (65,83 %), нестача вільного часу (14,58 %), реклама швидкого харчування, алкоголю, тютюнопаління (11,67 %). Економічні та соціальні негаразди, такі як брак коштів (3,75 %) і відсутність підтримки з боку керівництва закладу освіти (4,17 %) у

студентів-медиків не є пріоритетними чинниками формування здорового способу життя.

3. У дослідженнях щодо тріади (навчальне задоволення, показники успішності та стан здоров'я) ці важливі та суміжні аспекти розглядаються у поєднанні один з одним дуже обмежено. Також ще менше досліджень, які базуються на об'єктивних показниках успішності та інших суб'єктивних ознаках (персональна важливість для студентів у досягненні високого оцінювання у навчанні та суб'єктивна оцінка загальної успішності в порівнянні зі своїми однолітками), необхідних для оцінки розуміння уявлень про їх академічні досягнення.

4. Аналіз анкетування студентів дав підставу дійти висновку, що навчальний процес у медичних закладах вищої освіти відбувається в умовах інформаційного та психоемоційного перевантаження студента. Врахування відмінностей у студентському сприйнятті значущості оцінок, постійного психологічного впливу оцінки та ролі успішності у підготовці до клінічної практики, методів навчання можуть значно вплинути на стан їхнього здоров'я.

5. Навчальний процес є одним з визначальних факторів ризику для здоров'я студентів. Пріоритетним завданням у вишах має бути гармонізація балансу навчального процесу і стану здоров'я студентів, запровадження здоров'язберезувальних технологій впродовж усього терміну навчання. Початковий та «набутий» у процесі навчання стан здоров'я впливають на рейтинг в успішності. 50 % дівчат та 21,05 % хлопців при початковому «доброму» стані здоров'я уже на другому курсі відзначають його погіршення і лише 8,33 % та 10,53 % відповідно вказують на поліпшення. Сумарно у 56,52 % студенток погіршилось здоров'я у процесі навчання, у 34,78 % – не змінилось, у 8,7 % – поліпшилось. У хлопців-студентів погіршення стану здоров'я спостерігалось у 25,64 % опитаних, не змінилось – у 53,85 %, покращилось – у 20,51 %.

6. Отримані дані вказують, що найвищі показники успішності спостерігаються у студентів, які не палять та не вживають алкоголь, енергетичні напої. Водночас найгірші оцінки зафіксовано у когорті студентів, які не вживають систематично алкоголь, але викурили за своє життя більше п'яти пачок сигарет. У молодому віці сумнівно аргументувати, настільки швидкий згубний вплив тютюнового диму на здоров'я, найімовірніше ця залежність має психологічне підґрунтя: студенти, які погано себе почувають, починають палити з переконання, що це полегшить їхнє сприйняття дійсності.

7. Дослідження свідчать, що психічне здоров'я студентів-медиків у порівнянні зі здобувачами освіти інших вишів при вступі до університету є приблизно однаковим, проте погіршується упродовж навчального процесу. Кожен рік навчання студента супроводжується новими стресовими поштовхами, що пов'язані із сумнівами щодо вибору професії. Розвідки, спрямовані на виявлення джерел стресу серед студентів-медиків, визначають такі зони: академічний тиск, соціальні питання та фінансові проблеми, часка яких коливається в діапазоні 25–75 %.

8. Проведений аналіз підтверджує мозаїчність структури знань студентів щодо формування здорового способу життя, їх недостатню упорядкованість і взаємозв'язок. Реальні знання не виступають необхідним функціональним фактором для використання у повсякденній життєдіяльності, їм не вистачає пошуково-пізнавальної активності для поповнення і розширення спектру умінь за допомогою сучасних освітніх технологій.

9. Доведено, що масмедіа можуть виступати як науково-просвітньо-освітній аспект, який дасть змогу молоді поповнювати і поглиблювати свої пізнання. Це може вплинути на сприйняття соціальних норм, які становлять основи здорового способу життя, спроможність і бажання змінитися. Інформація в масмедіа про здоровий спосіб життя має бути адаптованою до особистості і поведінки індивіда.

РОЗДІЛ 3

МОДЕЛЮВАННЯ ПРОЦЕСУ ФОРМУВАННЯ

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

3.1. Принципи та практика сприяння здоровому способу життя: моделі та теорії зміцнення здоров'я

Формування здорового способу життя – процес розширення можливостей людини для контролю над власним здоров'ям та його детермінантами завдяки зусиллям у галузі педагогіки, медичної грамотності та міжсекторних дій щодо посилення здорової поведінки. Популяризація здорового способу життя зазвичай стосується факторів поведінкового ризику, таких як вживання тютюну, ожиріння, дієти та фізична бездіяльність, а також сфери психічного здоров'я, профілактики травм, контролю над наркоманією, алкоголем, поведінки в галузі охорони здоров'я, пов'язаної з ВІЛ, та сексуального здоров'я. Формування здорового способу життя не спростовує біологічні та генетичні чинники, а розглядає їх у широкому психологічному і культурному контексті. Сутність змін, що відбуваються, полягає не тільки в переорієнтації на профілактику, а в самій організації формування здорового способу життя людини.

Проведення комплексної оцінки стану здоров'я молодої людини на сучасному етапі розвитку передбачає аналіз низки факторів, які мають не тільки медичне, але і педагогічне, соціальне, валеологічне, психологічне значення.

Це зумовлює потребу здійснення поглибленого наукового пошуку, обґрунтування методологічних основ та прикладних засад адекватного використання ефективних підходів щодо удосконалення означеного процесу з урахуванням численних засобів об'єктивізації показників стану адаптаційних

ресурсів і функціональних можливостей організму, який активно росте і розвивається [57; 101].

Водночас необхідно відзначити, що саме формування стану здоров'я є одним з найбільш дискусійних питань, потребує використання системного підходу, а тому необхідно враховувати та розв'язувати такі принципи проблемного характеру, як якісна і кількісна оцінка стану здоров'я, нормування його провідних показників, визначення та оцінка змін у стані здоров'я, що відбуваються на сучасному етапі, прогнозування і формування здоров'я тощо [102].

Фактично, пошук надійних, об'єктивних і адекватних чинним вимогам технологій оцінки функціонального стану організму людини, яка перебуває в умовах постійного впливу численних чинників довкілля та соціальних умов життя, встановлення закономірностей процесів формування провідних характеристик фізичного розвитку, психофізіологічних функцій і особливостей особистості студентської молоді, зокрема вищих медичних вишів, зумовлює визначення інформативних підходів до оцінки особливостей перебігу процесів соціально-психологічної, психофізіологічної та психічної адаптації їх організму.

Принципи, що застосовуються для поліпшення здоров'я, включають поняття «середовища» або «життєві умови» (міста, громади, закладу вищої освіти, робочі місця тощо). Втручання у таких умовах полегшується не тільки існуванням інфраструктури, але і структурованістю громади сильною спільною ідентичністю, енергійними взаємодіями та комунікаціями між її членами; має мережі для фінансування. Суб'єкти беруть участь у самому плануванні проєкту, що спрямований на створення умов, сприятливих для виникнення змін у їхніх навичках та, зрештою, поведінці. Цей підхід, який багато авторів узагальнюють термінами «сприяння» та «розширення можливостей», підходить для закладу вищої освіти загалом та для медичної освіти зокрема.

Охорона здоров'я включає індивідуальний та колективний компоненти, які не варто розділяти: вивчення здоров'я та поведінки способу життя повинні

здійснюватися одночасно з обох сторін. Для аналізу «освітнього та поведінкового діагнозу» необхідно спочатку зрозуміти чинники, що впливають на поведінку здоров'я, а також процеси навчання здоров'я.

Будь-який спосіб аналізу цих потреб має базуватися на моделі або теорії, яка пояснює поведінку здоров'я, однак повинні бути гнучкими, забезпечувати адаптованість до різних ситуацій, передбачати невизначеність. Моделі також можуть виокремлювати основні потреби в дослідженні та відповідати на запитання «Що робити?».

«Модель є ідеалізованим представленням – абстрактним і спрощеним описом реальної ситуації в середовищі, що вивчається або аналізується» [171]. Існує багато типів і різних уявлень про те, що становить собою «модель» [52]. Моделі є редукційними за характером. Вищий ступінь складності є можливий, якщо модель залишається концептуальною; спрощення необхідне, коли призначена для планування або оцінки конкретного проєкту або програми. При розгляді питання про включення будь-якого додаткового елемента необхідно враховувати відповідні витрати з точки зору зручності впровадження і користування. Доцільність застосування у широкому масштабі в неінтерактивній обстановці вивчена ще мало. Простота використання багато в чому залежить від рівня ознайомлення користувача з концепціями та методами теоретичного моделювання.

Моделі можуть бути використані для кращого розуміння проблем, і особливо, для прийняття рішення. Метод моделювання є інтегративним, оскільки уможливорює поєднати емпіричний (засвоєння студентами базової інформації), імітаційний (співвідношення отриманої інформації з ситуаціями у майбутній професійній діяльності) та соціально-навчальний рівень (ситуації вирішуються у спільних, колективно-розподілених формах спілкування і взаємодії учасників освітнього процесу). У такому випадку формується не тільки предметна, але й професійна компетентність суб'єктів навчання, яка здійснюється завдяки поділу на інтерактивні групи, які імітують ситуації майбутньої професійної діяльності в педагогічному дослідженні, тобто

поєднувати у ході вивчення педагогічного об'єкта експеримент з побудовою логічних конструкцій і наукових абстракцій [21; 75].

Практична цінність моделі у будь-якому педагогічному дослідженні в основному визначається її адекватністю досліджуваним сторонам об'єкта, а також тим, наскільки правильно враховані на етапах побудови моделі основні принципи моделювання – наочність, визначеність, об'єктивність, які багато в чому визначають як можливості і тип моделі, так і її функції у педагогічному дослідженні.

Існує низка моделей, які стосуються процесів індивідуальних змін, але вони не охоплюють і не пояснюють всеосяжні рамки розуміння поведінки в області здоров'я. Такі моделі найчастіше розробляються фахівцями з однієї дисципліни, засновані на спостереженнях і експериментах без врахування міждисциплінарних зв'язків. Хоча основним їх використанням є детерміністичне прогнозування поведінки на здоров'я, вони можуть бути використані для розуміння факторів впливу (соціальних уявлень, мислення), пристосованих до кожної аудиторії [24; 30; 48; 83; 236].

Перші програми аналізу потреб і втручання освітньої діяльності у формування здорового способу життя були розроблені з точки зору запобігання негативним процесам і наслідкам щодо здоров'я, і відповідно, метод їх оцінки був найчастіше кількісним експериментом (рандомізоване дослідження з контрольними групами) та квазіекспериментом (без рандомізації) [180; 206; 235]. Однак контрольні змінні зменшують складність реальності і тим самим змінюють об'єкт дослідження. Пізніше соціологія, педагогіка та психологія внесли свої методи й інструменти (якісні підходи з напівструктурованими інтерв'ю та дискусійними групами). Сучасна тенденція полягає у тому, щоб об'єднати ці підходи, втілюючи труднощі, властиві будь-якому дійсно міждисциплінарному дослідженню.

Крім того, тривалі за часом дослідження зосереджувались на змінах знань про здоров'я і епідеміологічних результатів, економічних аспектах, ігноруючи роль загальної сукупності факторів, процесів та організаційних аспектів якості

й ефективності медичної освіти. Концепція зміцнення здоров'я з метою збільшення «потенціалу охорони здоров'я» передбачає, що показники рівня «кваліфікації дій» людей будуть визначені та використані в оцінці подібних досліджень.

Моделі формування здорового способу життя використовуються у широкому діапазоні ситуацій та обставин для пояснення і прогнозування поведінки, пов'язаної зі здоров'ям. Такі моделі дають змогу промоутеру здоров'я висувати гіпотезу щодо методу втручання у поведінку, яка впливає на здоров'я. Більшість теоретичних моделей формування здорового способу життя перебувають у симбіозі з іншими дисциплінами, зокрема педагогікою, психологією, соціологією та управлінськими науками.

З метою спрощення прогнозування поведінки, спрямованої на формування здорового способу життя, моделі, як правило, є універсальними й акцентують зв'язки між індивідуальною поведінкою і контекстними впливами на здоров'я. Проте у реальному житті ситуація набагато складніша. Моделі можуть функціонувати як на індивідуальному, так і суспільному рівнях, та що більше вони інтегрують індивідуальні, соціальні та культурні перспективи, то складнішими стають. Такі втручання можуть бути багатфакторними і працюватимуть у різних аспектах Оттавської хартії. Наприклад, для навчання і підтримки змін у здоровій поведінці людей необхідно забезпечити створення структурних та системних змін на місцевому рівні, які сприятимуть зміцненню здоров'я, впливу на контекст публічної політики за допомогою як законодавства, так і фіскальних засобів. Ефективне сприяння здоров'ю діє в декількох аспектах одночасно за умов створення домовленостей для перемін, сприяння цим змінам та підтримки здорової поведінки [90; 119].

Однак, деякі теорії та моделі значно впливають на формування здорового способу життя, інформуючи та пропонуючи шляхи концептуалізації, прогнозування та зміни поведінки в галузі охорони здоров'я. В табл. 3.1 описано низку моделей, спрямованих на зміцнення здоров'я та формування здорового способу життя [206].

Модель «Знання – ставлення – поведінка» розроблена як модель зміцнення здоров'я і як спосіб пояснення ролі знань [129; 232]. Сьогодні у багатьох освітніх програмах охорони здоров'я часто використовується спрощена та неточна «модель» поведінки, яка говорить про те, що зміна знань (К) веде до зміни ставлення (А), результатом є бажана зміна поведінки (В). Кожна з наведених нижче моделей дає змогу пояснити певні причини, чому зміна поведінки набагато складніша, ніж модель «КАВ», і хоча кожна з них не прогнозує всю різницю в індивідуальній поведінці, вони надають необхідну інформацію, яку необхідно враховувати при розробці втручання у формування здорового способу життя.

Таблиця 3.1

Моделі та їх вплив на формування здорового способу життя

Область змін	Теорії або моделі
Моделі, які пояснюють поведінку здоров'я, фокусуючись на людині	Модель здоров'єорієнтованих переконань Теорія планованої поведінки Транстереоретичні моделі Теорія соціального навчання
Моделі, що пояснюють зміну у спільнотах та дії громад на здоров'я	Мобілізація громади Соціальне планування Соціальна акція Розвиток громади Дифузія інновацій
Моделі, які керують використанням комунікаційних стратегій для змін, спрямованих на просування здоров'я	«Комунікація-переконання» Соціальний маркетинг
Моделі, що пояснюють зміни	Теорії організаційних змін

в організації та створення організаційних практик підтримки здоров'я	Моделі міжгалузевої діяльності
Моделі, що пояснюють розробку та впровадження здорової державної політики	Екологічні основи для розробки політики Детермінанти формування політики Показники політики зміцнення здоров'я

НВМ (Модель здоров'яорієнтованих переконань) – одна з перших (виникла в 50-х рр. XX ст.), яка використовувалась для пояснення того, як ймовірність реалізації дій щодо певної проблеми зі здоров'ям залежить від різних типів вірувань або сприйняття [129].

Модель (рис. 3.1) передбачає, що дії, спрямовані на збереження здоров'я, мотивовані суб'єктивним сприйняттям загрози і впевненістю, що проблеми, пов'язані зі здоров'ям, можуть бути подолані. Пропонована модель є психосоціальною і може лише пояснювати ті аспекти поведінки, які визначаються ставленнями та переконаннями людини, і має чотири складові: чутливість до проблеми (сприйнятливність), прогнозування її наслідків (важкість захворювання), сприйняття переваг вказаних дій у відновленні здоров'я, віра у можливість подолання перешкод на шляху до здоров'я.

Незважаючи на визнання того, що НВМ розроблялася для пояснення диференційованої поведінки при використанні профілактичних програм, вона стала підґрунтям для широкого спектру моделей здоров'я, пов'язаних із поведінкою.

Теорія аргументованих дій, розроблена Айзенком і Фішбейном (1980) [139], розглядає ставлення молодшої людини до власної поведінки під «добровільним» контролем (уявленнями про цінність і користь певного виду

поведінки та очікуваннями результатів) і передбачає, що людина є раціональною і намір діяти виступає найактуальнішим чинником її поведінки. Поведінкові наміри визначаються ставленням та переконанням того, що бажаний результат буде корисним, якщо дотримуватися певної поведінки та суб'єктивних норм (соціальні чинники) [115].

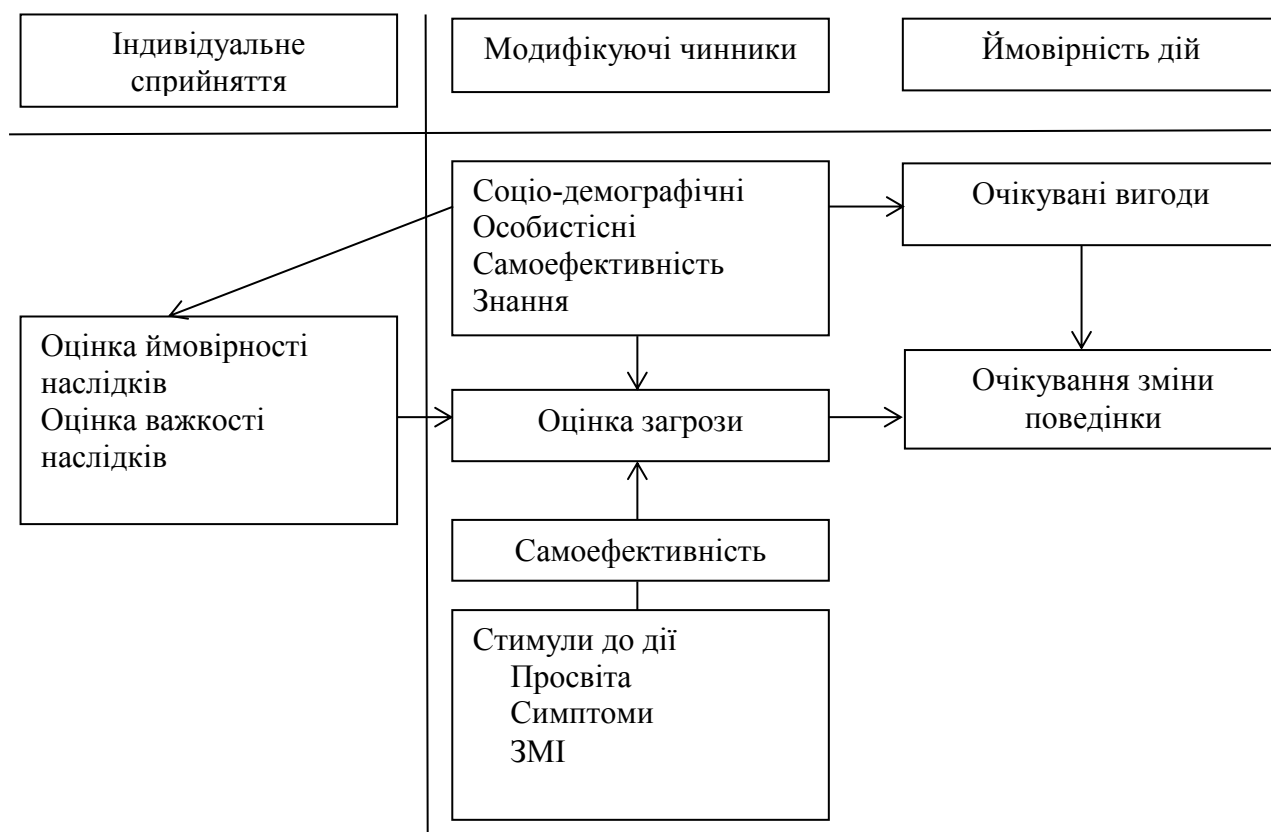


Рис. 3.1 Модель здоров'яорієнтованих переконань

До цієї моделі були внесені зміни, які передбачали включення самоефективності [131]. Таким чином, модель передбачає, що людина найімовірніше змінює поведінку, якщо вірить, що це поліпшить її здоров'я, є соціально бажаною й існує соціальний тиск. Люди відчують, що вони особисто контролюють поведінку та власну здатність до змін. Вони уникають тих видів діяльності, які, на їхню думку, перевершують можливості їх подолання, але беруть на себе і виконують, напевно, те, що ним самі здатні керувати. Ця концепція втілена в принципах сприяння зміцненню здоров'я, а

також у визначенні Оттавської хартії щодо «надання людині можливості контролювати та покращувати власне здоров'я» [210].

Етапи зміни (Транстереоретична) – модель, розроблена Прочаска та ДіКлементе (1980) [214], дає змогу пояснити процес зміни поведінки. Вона описує різні етапи мотивації для зміни поведінки та вказує на необхідність процесів змін для підтримки руху між етапами. Зміна поведінки розглядається не як результат єдиного пізнавального рішення, а як низка кроків:

- попередні роздуми: людина навіть не розглядає зміни у поведінці або свідомо не має наміру змінюватися;
- споглядання: людина усвідомлює, що її поведінка може бути проблематичною і відбувається більш продуманий і практичний розгляд переваг і недоліків зміни поведінки з рівним акцентом;
- визначення або підготовка: людина приймає серйозне зобов'язання щодо змін;
- дія: етап, на якому починається зміна поведінки;
- послуги: підтримка змін та досягнення передбачуваних результатів у галузі охорони здоров'я;
- припинення: бажана поведінка як постійна практика.

Вивчаючи основи змін, автори вважають, що на поведінку людини може впливати низка факторів: внутрішньоособистісні (знання, особистісні характеристики); міжособистісні (спілкування: сім'я, друзі, однолітки, які забезпечують соціальну підтримку і обумовлюють соціальні ролі); інституційні (політика, яка може перешкоджати рекомендованим формам поведінки або сприяти їм); популяційні (формальні та неформальні соціальні зв'язки і норми (стандарти), які діють у середовищі окремих осіб, груп, організацій); політичні (місцеві, регіональні, державні закони та політика, які регулюють і підтримують заходи з метою формування безпечної поведінки) [28].

Використовуючи мотивацію або готовність людини змінюватися [162] і застосовуючи такі методи поведінки, як мотиваційні інтерв'ювання, фахівець може підтримати індивіда через процес зміни та зрозуміти, чому деякі люди

більше чутливі до порад та підтримки, а отже, необхідне подальше вдосконалення цих змін та їх практичне застосування в інтервенціях, що відповідають цій стадії.

Соціальна когнітивна теорія («Теорія соціального навчання») охоплює як детермінанти здоров'я, так і індивідуальну поведінку більш всебічно, ніж інші теорії, відносини між людьми та їх оточенням, а також соціальні й екологічні впливи на їх дії. Вказана модель базується на роботі А. Бандури (1997) про самореалізацію та обізнаність про те, як середовище формує поведінку [131]. Таким чином, соціальний вплив позначається на виборі людини. Цей «взаємний детермінізм» описує безперервну взаємодію особистості, її поведінку та навколишнє середовище, і показує, що модифікація соціальних норм є потужним інструментом для просування здорового способу життя і здоров'я загалом. Крім того, особисті пізнавальні чинники відіграють важливу роль через здатність вивчати поведінку за допомогою спостереження за іншими (спостережне навчання), оцінювання поведінки, що виявляється за допомогою значних «прикладів для наслідування», і приписування позитивних «очікувань» результатів.

Основу моделі соціального планування становить раціональний та контрольований процес змін, призначений для забезпечення послугами членів спільноти. Соціальне планування на рівні територіальної громади передбачає аналіз соціальних умов й актуальність для громади тієї чи тієї проблеми, постановку цілей та можливих альтернатив їх досягнення (визначенням належних послуг, програм та заходів), оцінку діяльності наявних служб для їх удосконалення і розвитку нових. Модель повинна передбачати залучення територіальних громад і підтримку місцевих ініціатив щодо збереження здоров'я; здійснення цільових проєктів за участю локальних спільнот та міжнародних організацій для відпрацювання ефективних в українських реаліях моделей превентивної роботи; розширення можливості територіальних органів влади щодо місцевих програм здорового способу життя [99].

Спілкування є важливою частиною надання медичної інформації як фізичним особам, так і громадам. У теоріях, що стосуються взаємозв'язку особистої поведінки та здоров'я, соціальні впливи, які діють у групах або громадах, є важливими чинниками їхньої поведінки. Консультації та взаємодії з фахівцями із набуття та збереження здоров'я становлять важливу частину поліпшення здоров'я, здатність і бажання людини реагувати на повідомлення про здоров'я покладаються в основному на вплив соціальних груп. Здоров'я часто залучає вплив стратегії на рівні громади через кампанії у засобах масової інформації, освітні програми у закладах вищої освіти або групах громад.

Мотиваційні інтерв'ювання – це підхід до консультування з поведінки, який спрямований, зокрема, на стимулювання бажання людини змінюватися. На різних вікових етапах люди по-різному розуміють відповідну поведінку, мають розбіжні мотиви для змін [135; 149].

Мотиваційні інтерв'ю є найбільш сприятливими для людей на стадії балансування «змінитися або не змінюватися». Фахівці з охорони здоров'я не можуть примусити до змін чи маніпулювати ними, але можуть допомогти у прийнятті правильного рішення.

Мотиваційне інтерв'ю складається з трьох фаз: «Фаза виявлення» використовує ключові стратегії комунікації та спрямована на те, щоб людина могла чітко висловити свою стурбованість поведінкою, привести її до того моменту, коли вони вважають таку зміну необхідною. «Інформаційна фаза» – це коли особа активно зацікавлена у власному здоров'ї та шукає додаткової інформації його досягнення. На «етапі переговорів» основна увага зосереджена на тому, що людина хоче змінити, засоби досягнення і починання.

Дифузія інноваційної теорії впливає із систематичного вивчення способів прийняття нових ідей громадами [125]. Різнобічні інновації потребують тривалого часу для поширення серед населення, а деякі можуть ніколи не проникнути у соціум повною мірою. В умовах формування здорового способу життя увага повинна приділятися способам максимізації дифузійних показників та використання відповідних стратегій для залучення і підтримки різних груп у

різний час. Характеристики інновацій, які послідовно пов'язані з успішним впровадженням, включають:

- сумісність зі сформованими соціально-економічними та культурними цінностями людини;
- ясність відносної переваги інновації у порівнянні з поточною практикою, включаючи економічну ефективність, а також корисність, зручність та престиж;
- простота і гнучкість в інновації, тобто прості дії і швидка адаптація до різних умов;
- оборотність і сприйняття ризику, тобто, якщо високий ризик вимагає незворотності змін, вони, ймовірно, будуть менш легко прийняті;
- спостереження результатів прийняття інновацій.

У сфері охорони здоров'я дифузія інноваційної теорії використовується для прискорення прийняття важливих програм охорони здоров'я, які, як правило, спрямовані на зміну поведінки соціальної системи.

Модель комунікація-переконання була розроблена Макгуіром [200] для керівництва громадськими просвітницькими кампаніями. Вона заснована на вхідних та вихідних повідомленнях, призначених для впливу на поведінку, і може бути корисною для концептуалізації та розробки стратегій масової комунікації. Сьогодні масові комунікації найчастіше виступають частиною всеосяжної стратегії зміцнення здоров'я, причому більш обмеженими цілями є зміна знань, ставлення та думок, а не сама поведінка.

Соціальний маркетинг – це частина набору інструментів, які можуть бути використані стратегічно, щоб інформувати про сукупність втручань, таких як практичні методи підтримки конкретних змін поведінки [170]. Вони визначають соціальний маркетинг як «систематичне застосування маркетингових концепцій та методів для досягнення конкретних поведінкових цілей, поліпшення здоров'я та зменшення нерівності в галузі здоров'я». Розуміння принципів і практики соціального маркетингу вважається недостатньо розвинутим у широкій системі громадської охорони здоров'я, і

систематичне застосування соціального маркетингу може значно поліпшити вплив та ефективність програм громадського здоров'я.

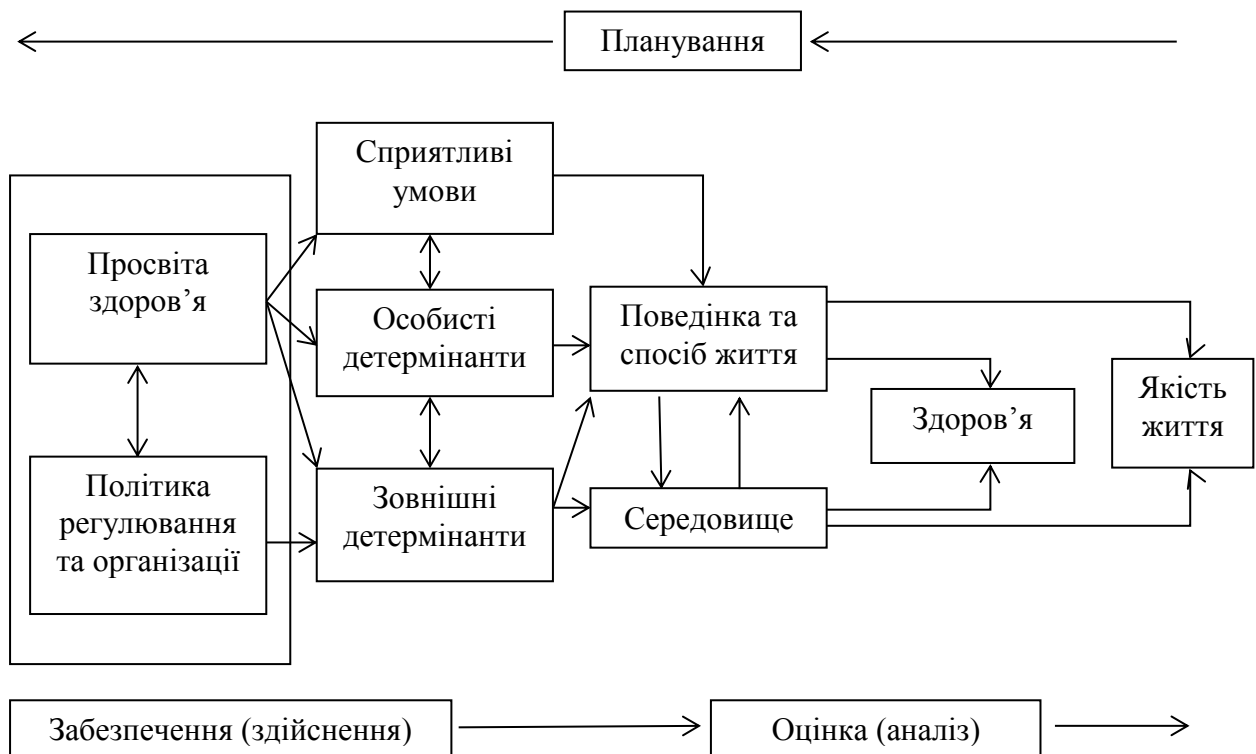
Теорія соціальних норм була вперше використана Перкінсом і Берковицем у 1986 р. [172] для розв'язання проблем студентського вживання алкоголю. Вона прагне зрозуміти навколишнє середовище та міжособистісні впливи (наприклад, однокласників) для зміни поведінки індивідуума. Рівні впливу і нормативні переконання особливо важливі при розв'язанні проблем поведінки в молоді. Теорія стверджує, що виправлення неправильного сприйняття соціальних норм поведінки найімовірніше призведе до зниження проблемної поведінки або збільшення бажаної.

Моделі планування сприяння здоров'ю дають можливість визначити рішення, формулюючи тип втручання, який забезпечить бажаний ефект. Такі моделі існують на макроскопічному рівні; вони слугують організаторською базою для цілісного зміцнення здоров'я, спрямованого на сприяння зниженню означеного захворювання.

Ключові кроки у плануванні та здійсненні програми поліпшення здоров'я описано у низці моделей, які ілюструють принципи та використовуються на теперішній час [129]. Так, Девіс і Кепфорд [150] узагальнили важливі етапи планування втручання з поліпшення здоров'я:

- Оцінка потреб – використання епідеміологічних даних, демографічної та соціально-економічної інформації, відчуття потреб цільової аудиторії, сприйняття потреб професіоналів та активів цільової групи.
- Доказова база для ефективних втручань – оцінка літературних джерел міжнародного рівня.
- Формулювання ресурсів – обладнання, фінансових, людських.
- Мета – сподівання, що втручання буде досягнуто з точки зору поведінки або зміни здоров'я.
- Цілі – конкретні дії для досягнення мети.
- Методологія – методи, які необхідно використовувати

- На рис. 3.2 представлена одна з найперших моделей попереднього планування Гріна і Крейтера [172], яка базується на основних факторах, що визначають стан здоров'я, починається від оцінки якості життя та соціальних проблем до підсумкових цілей сприянню здоровому способу життя.



Наведена модель пропонує послідовність діагностичних фаз, які акцентують екологічні та організаційні фактори, що впливають на поведінку здоров'я. Вона розглядає: фактори сприйняття (мотивація, ставлення до знань та вірування); зміцнювальні чинники, ставлення та поведінка моделей для ролей, однолітків тощо; сприятливі фактори, ресурси та навички, які підтримують або перешкоджають зміні поведінки чи навколишнього середовища. Своєрідним аспектом цієї моделі є включення етапів оцінки та чітке об'єднання оцінювальних фаз з діагностичними, що демонструє відмінності між процесом, оцінкою впливу та результатами. Описана модель стала базовою для більш

пізніших моделей «підходу до теорії змін», метою яких є уточнення, хто планує та оцінює втручання на місцевому рівні, як запропоновані дії приведуть до очікуваних результатів шляхом чіткого визначення зв'язків між компонентами програми та результатами [147].

У галузі соціальних та медичних наук метааналізи та огляди [151; 201] виявили значні відмінності в ефективності програм, що впливають на прогнозування здоров'язбережувальних технологій. Проте наявні наукові знання про предиктори ефективності в поточній практиці, включаючи оздоровлення, не використовуються оптимально. Саме тому, виходячи з результатів досліджень щодо аспектів програм та проєктів впливу на ефективність та якість утручань у зміцнення здоров'я, був розроблений нідерландський інструмент Preffі 2.0 [207]. Це дало змогу користувачам, в основному спеціалістам в галузі охорони здоров'я, оцінити умови й аспекти, їх ефективність та пропонувати вдосконалення. Стратегічне планування передбачає поетапний процес зміни поведінки користувачів: розповсюдження (усвідомлення), розв'язання (вирішення питання про те, чи використовувати його), використання або реалізацію та підтримку (продовження використовувати його як на особистому, так і на суспільному рівнях).

Таблиця , 3.2 описує п'ять видів поліпшення здоров'я згідно зі сприйняттям «турботи про здоров'я» та рішення, яке приймається конкретно особою або структурою [137].

Таблиця 3.2

П'ять видів заохочення здоров'я на основі налаштування

Тип моделі	Основна перспектива / аналіз проблемного рішення	Взаємозв'язок між зміцненням здоров'я та обстановкою	Практична спрямованість діяльності
Пасивна	Проблема і рішення залишаються в межах поведінки та дії окремих осіб.	Налаштування є пасивним: забезпечує лише доступ до учасників	ЗМІ та спілкування, індивідуальна освіта.

		та середовище для втручання	
Активна	Проблема полягає в поведінці окремих осіб, частина рішення полягає в тому, що відбувається.	Налаштування забезпечує «активні» і всеосяжні ресурси для досягнення цілей у галузі зміцнення здоров'я	ЗМІ та комунікації, індивідуальна освіта, а також взаємодоповнююча робота з розробки політики та структурних змін у галузі здоров'я.
Рушійна	Проблема лежить в основі, рішення – навчання з індивідуальних проєктів.	Ініціативи зі сприяння зміцненню здоров'я є засобом для висвітлення необхідності змін щодо покращення здоров'я	Основна увага приділяється розробці політики та структурних змін в охороні здоров'я, використовуючи ЗМІ та комунікації, індивідуальну освіту.
Органічна	Проблема полягає в постановці, вирішенні дій окремих осіб.	Спілкування та участь в процесах, пов'язаних зі здоров'ям і, таким чином, сприяння здоров'ю.	Сприяння та зміцнення колективної та громадської діяльності.
Комплексна	Проблема і рішення взаємозв'язані	Зміцнення здоров'я як центральна складова розвитку.	Зосередження на розробці політики та здійсненні

			структурних змін у формуванні здорового способу життя.
--	--	--	---

«Пасивна» модель – проблеми та рішення *перебувають у добровільному контролі особистості*. Прикладом цього може слугувати освіта в галузі охорони здоров'я в школах, де молодь має змогу навчатися зберігати здоров'я.

«Активна» модель – варіація цієї теми, де аспекти установки використовуються для підтримки необхідних змін у цільовій групі. Отже, освітня освіта про куріння в закладах освіти може бути підтримана діями політики щодо куріння;

Таким чином, проблема та деяке рішення є індивідуальним, але зміни в установці сприяють його досягненню.

Модель «транспортний засіб» – це розуміння того, що проблема та рішення лежать у межах установок, але шлях до досягнення змін відбувається поетапними кроками на конкретні теми. Таким чином, «проекти зі зміцнення здоров'я використовуються як вторинний транспортний засіб, спрямовані на основну мету більш широкого розвитку в рамках» [137]. Прикладами, тут можуть стати проекти лікарень, що сприяють зміцненню здоров'я, де заходи з конкретних тем використовуються для розвитку ширшого розуміння в організації переваг розвитку в напрямі створення організації, що сприяє зміцненню здоров'я.

«Органічна» модель – більше уваги приділяється ролі окремих осіб в рамках організації у зміні системи в довгостроковій перспективі. Ця модель ґрунтується на припущеннях, що в організаційній установці процеси системи складаються з безлічі дій окремих осіб і груп у ній. Отже, рішення полягає у розробці окремих осіб та зміні процесів, вбудованих у систему. Дії тут можуть включати удосконалення персональних комунікацій та більш загальні

навчальні програми персоналу (тобто не тематичні). Цей підхід має схожість із методами розвитку громади та підходами постійного підвищення якості.

«Всеосяжна» модель також прагне зробити структурні й технологічні зміни всередині організації, але вважає, що в основному вони не перебувають під контролем окремих співробітників до дії, як і в органічній моделі. Рішення тут належать важелям загальних стратегій та політик налаштувань, а також діям вищого керівництва.

Більшість методів, що базуються на налаштуваннях, поєднує ці підходи, і ця відмінність може бути також пов'язана з етапом розвитку роботи. Таким чином, реалістичні проекти зі зміцнення здоров'я можуть бути попередниками залучення персоналу та відповідальності вищого керівництва щодо більш важливого організаційного розвитку, а також змін у системах і структурах.

При побудові інтегрованої моделі щодо формування здорового способу життя необхідно постановити три запитання, які мають вирішальне значення. «на ЩО повинні бути спрямовані заходи? « ЯК використати ці заходи? «, і» ЯК необхідно діяти?». Описана модель – це куб, який охоплює три критичні питання, які визначені на трьох його видимих гранях. Відповіддю на питання про те, «що» має бути зроблено для поліпшення здоров'я населення, є запровадження заходів щодо повного спектру детермінант здоров'я.

При розробці трьох граней для комплексних дій у моделі необхідно базуватися на стратегії формування діапазону детермінант здоров'я Оттавської хартії, а також теорії комунікації різних рівнів суспільства: індивідуального; сім'ї і друзів; спільноти (люди, пов'язані спільними інтересами або географічними областями, таких як заклад вищої освіти). Наприклад, для формування здорового способу життя необхідно допомогти молодим людям розвинути позитивну самооцінку; забезпечити, щоб заклади вищої освіти розвивалися у рамках освітньої системи, що підтримує реалізацію свого повного потенціалу; і пропагує цінність освіти в усьому суспільстві загалом. Враховуючи, що чинники, які впливають на здоров'я, є багаторазовими й інтерактивними, знання про детермінанти здоров'я – складні.

Модель «формування і популяризація здорового способу життя» – це повноцінний образ куба, який пояснює зв'язок між здоров'ям населення та його поліпшенням. Ця модель визначає, як підхід до здоров'я може бути реалізований шляхом дій на весь спектр детермінант здоров'я, використовуючи стратегії його зміцнення (рис. 3.3).

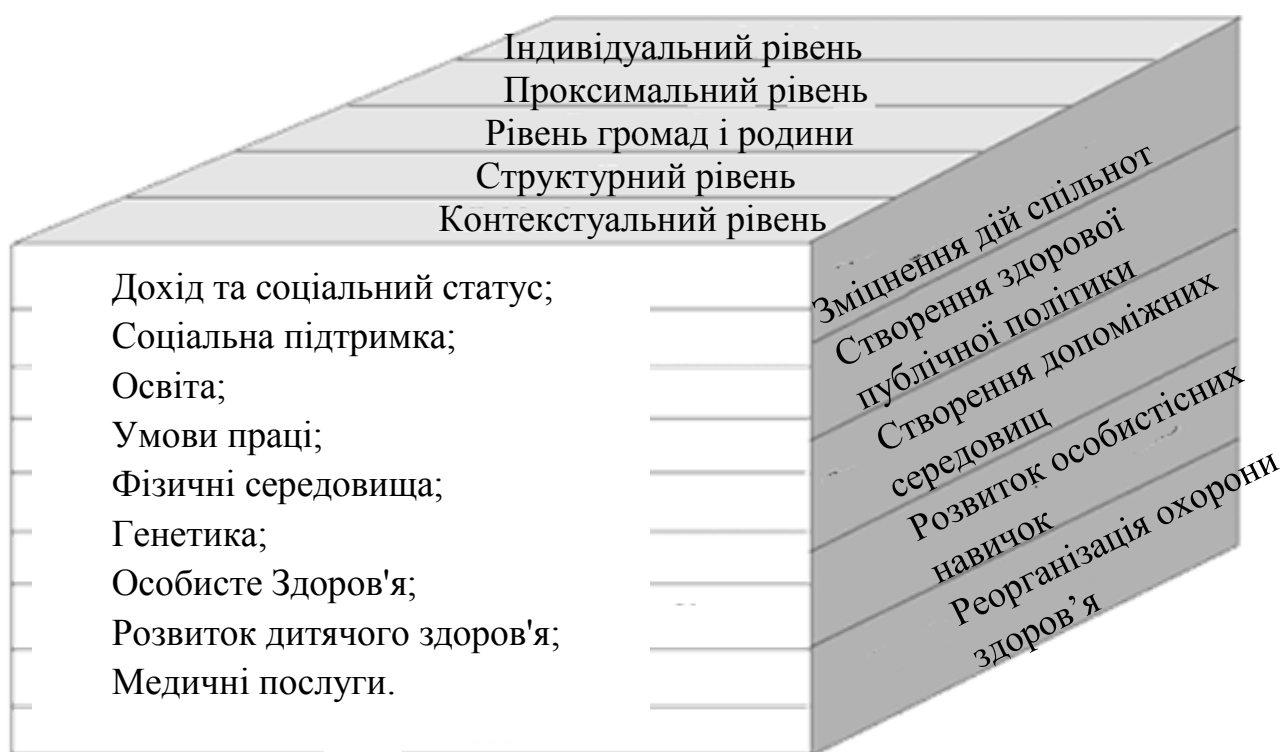


Рис. 3.3. Модель формування і популяризація здорового способу життя

Повний куб охоплює 12 детермінант здоров'я, п'ять стратегій поліпшення здоров'я та рівні втручання.

Така модель демонструє необхідність прийняття рішень на основі фактичних даних для підтримки розвитку заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я населення. Тенденції можуть бути проаналізовані для визначення актуальних проблем, а також бачення можливостей для створення бажаних сценаріїв на майбутнє. Процес прийняття рішень має бути явним, спиратися на широку базу даних, залучати усі ключові зацікавлені сторони, уточнити, хто здійснює остаточне рішення щодо прийняття рішень, і підтримувати ефективні

системи технічної підтримки. Інформаційні технології все більше доступні для надання допомоги у процесі прийняття рішень. Це може полягати у зборі та синтезуванні інформації, проведенні консультацій із зацікавленими сторонами та виконання метааналізу у рамках досліджень, щоб допомогти нам досягти ключових висновків. Такі системи підтримки прийняття рішень у поєднанні з явними припущеннями, що лежать в основі процесу прийняття рішень, допоможуть досягти найкращих можливих рішень щодо того, що робити, як діяти й з ким.

Модель базується на таких припущеннях:

- Особи, відповідальні за прийняття програм, повинні вжити всебічних заходів щодо всіх детермінант здоров'я, використовуючи знання, отримані в результаті досліджень та практики.

- Роль організації охорони здоров'я полягає в аналізі повного спектру можливостей дій, діяти на тих детермінантах, які перебувають у їхній юрисдикції, і впливати на інші сектори, щоб забезпечити позитивний вплив політики і програм на здоров'я. Найкраще цього можна досягти шляхом сприяння співпраці між зацікавленими сторонами стосовно найбільш відповідних заходів, які повинні бути здійснені кожним із них.

- Потреба в загальній координації діяльності.

- Проблеми зі здоров'ям можуть впливати на певні групи більше, ніж на інших. Проте розв'язання цих проблем передбачає зміну соціальних цінностей та структур. Оскільки суспільство загалом несе відповідальність за всіх своїх членів.

- Здоров'я людей та груп – це сукупний результат медичної практики та впливу фізичного та соціального середовища, в якому вони живуть. Існує взаємодія між людьми та їх оточенням. Налаштування, що складаються з місць та речей, мають фізичний і психологічний вплив на здоров'я людей.

- Для того, щоб насолодитися оптимальним здоров'ям, людям потрібні можливості для задоволення своїх фізичних, психічних, соціальних та духовних потреб. Це можливо в умовах, що ґрунтуються на принципах соціальної

справедливості, і де стосунки будуються на основі взаємної поваги та турботи, а не влади й статусу.

- Заходи з охорони здоров'я та профілактики захворювань сприяють підвищенню рівня здоров'я. Комплексні підходи включають стратегічну суміш різних можливостей для дій [53].

Для практичної реалізації моделі корисно візуалізувати її як складову багатьох внутрішніх кубів, кожен з яких є потенційним планом дій. Хоча модель може виявитися статичною, вона стає динамічною, коли використовується як інструмент планування. Її можна використовувати з різних точок входу, наприклад, починати з детермінанти здоров'я, на яку впливатимуть першочергово, стратегії дій, яка буде використовуватися, або рівня, на якому треба вжити заходів. Окрім того, модель може бути використана для планування широкого спектру дій щодо питань охорони здоров'я або тих, що пов'язані зі здоров'ям певної пріоритетної групи.

Очевидно, що існує потреба в інструменті оцінювання, який би враховував складність і довгостроковий характер діяльності щодо зміцнення здоров'я. Однією з таких є Швейцарська модель класифікації результатів у зміцненні та профілактиці здоров'я (SMOC) [202]. Перше завдання – збалансувати обґрунтованість та простоту використання: високорозвинені моделі більш вірогідно представляють складність причиновості у здоров'ї та захворюваннях, але виявляються важкими для введення в експлуатацію. Вища ступінь складності можлива, якщо модель залишається концептуальною; потрібне більше спрощення, якщо воно призначене як інструмент для планування або оцінки конкретного проєкту чи програми. Розглядаючи можливість включення будь-якого додаткового елемента, важливо враховувати відповідні витрати з точки зору зручності для користувачів. Швейцарська модель (рис. 3.4) має 16 категорій, структурованих на чотирьох рівнях, що рухаються зліва (A) направо (D): Обидва рівні (A) і (B) додатково структуровані відповідно до чотирьох фокусних областей у зміцненні здоров'я: інфраструктура зі зміцнення здоров'я

та профілактики; організації, структури та мережі (політична, правова й адміністративна системи); неформальні структури, такі як асоціації та громади.

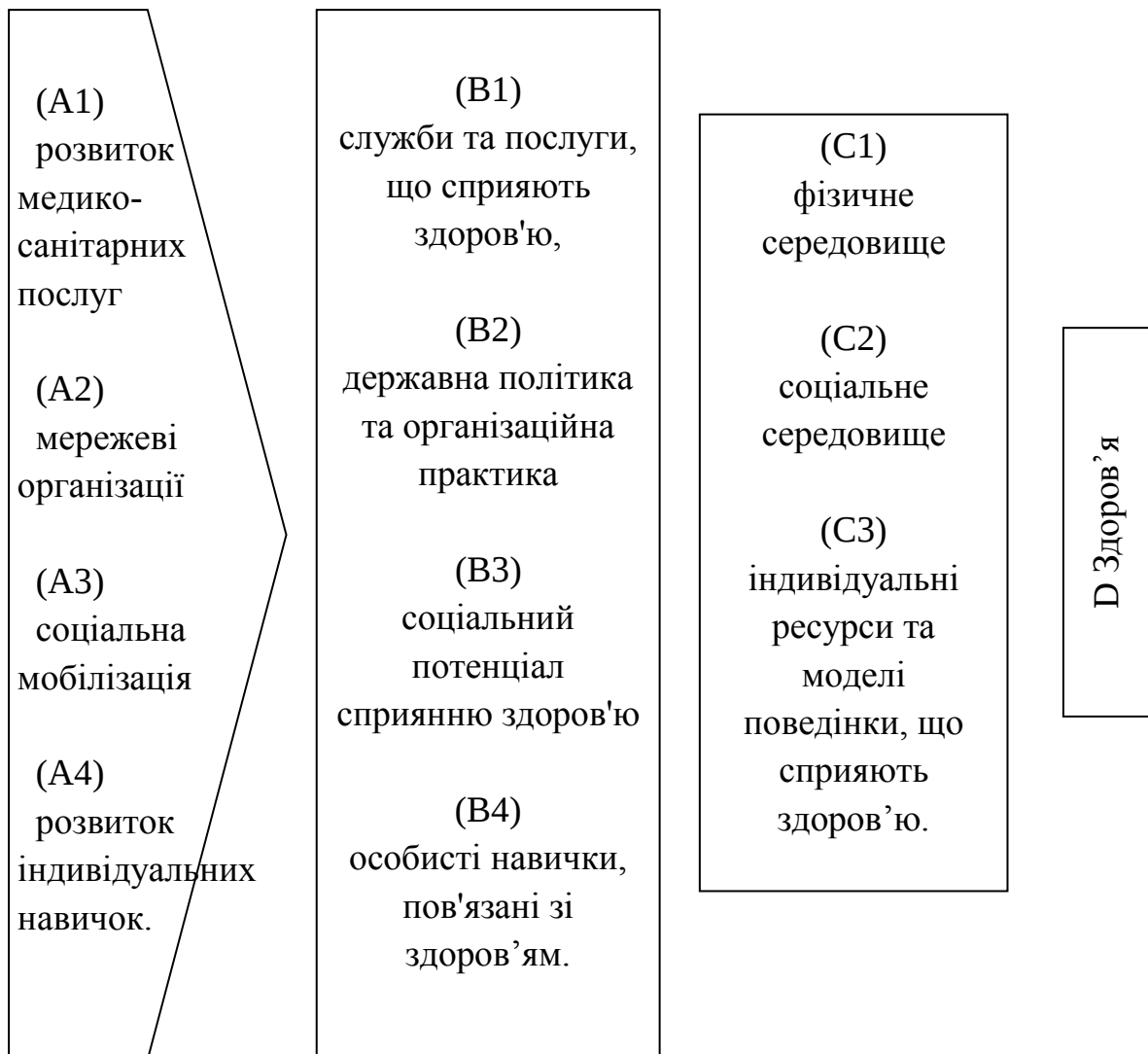


Рис. 3.4. Швейцарська модель зміцнення та профілактики здоров'я

(А) – заходи щодо зміцнення здоров'я,

(В) – фактори, що впливають на детермінанти здоров'я,

(С) – визначальні значення,

(D) – стан здоров'я населення.

Рівень (А) класифікується на чотири основні підходи. Заходи щодо зміцнення здоров'я від А1 до А4 повинні мати результати, розташовані на рівні В. Результати В1 – В4, своєю чергою, повинні впливати на детермінанти здоров'я (С) і класифікуються у моделі на три окремі категорії: Відповідно,

детермінанти здоров'я C1 – C3 повинні давати позитивний вплив на здоров'я (D), що виражається у збільшенні тривалості та підвищенні якості життя або зниженні показників захворюваності чи передчасної смертності.

Ланцюг множинних ефектів є горизонтальним, але може включати вертикальні напрями, особливо на рівні В. Кожна категорія результатів на рівнях В і С має набір заздалегідь визначених підкатегорій, як зазначено на рисунку 1. Отже, існування медико-санітарної послуги (категорія В1) не є результатом самим собою, якщо не можна довести, що: 1) потенційні користувачі знають про її існування; 2) вона доступна для цільових груп; 3) послугою користуються та користувачі задоволені; 4) вона є стабільною; 5) якість надання послуг відповідає високим стандартам. Метою розробки підкатегорій було створення засобів сприяння формулюванню показників.

Такі поняття, як розширення оздоровчих можливостей [180; 241], оздоровча грамотність [187; 205] та спосіб життя [124], які є основними для зміцнення здоров'я, не відображаються явно в межах категорій у цій моделі, оскільки мають поперечний переріз і не можуть бути однозначно віднесені до однієї категорії результатів моделі.

Нідерландський інститут зміцнення здоров'я та профілактики захворювань (NIGZ) розробив Основу зміцнення здоров'я, яка має основні рівні: втручання – результати, втручання – детермінанти – здоров'я. Модель також передбачає перед втручанням рівень «Організувати», який охоплює низку різних видів ресурсів, необхідних для того, щоб втручання могли відбуватися, наприклад, «Компетентність персоналу, методи / матеріали тощо». Структуру завершує обвідне коло, що представляє різні елементи суспільного контексту (демографія, політика тощо).

Як бачимо, відбувся перехід від пріоритетів, орієнтованих на хвороби, профілактику захворювань та охорону здоров'я, до концентрування уваги на фізичному, емоційному й соціальному добробуті. Враховуючи складність практики зміцнення здоров'я та її багаторівневність, необхідні втручання для

розробки ефективних програм з урахуванням психологічних, організаційних, культурних, громадських, політичних факторів, які впливатимуть на здоров'я. Орієнтація на одну-єдину закономірність нездорової поведінки, наприклад, тютюнопаління, не буде ефективним, якщо людина зловживає алкогольними напоями, нерационально харчується, не дотримується режиму сну, перебуває у незадовільному екологічному середовищі. Не всі наявні теорії та моделі зміцнення здоров'я підтримують багаторівневі заходи.

Отже, жодна модель хоч не є ідеальною, проте не менш корисною. Однак питання, яке треба розв'язати, полягає у тому, якою мірою модель результатів виконує своє призначення. Розроблені моделі повинні забезпечити підтримку багаторівневих утручань, які даватимуть надійні результати, запропонують систематичний спосіб розуміння ситуацій, прогнозування результатів.

3.2. Педагогічна модель для пояснення та прогнозування поведінки, пов'язаної зі здоров'ям на основі навчання у галузі здоров'я

Медичний університет формує цілісне розуміння здоров'я і прагне створити середовище навчання та організаторську культуру, які сприятимуть формуванню здорового способу життя, добробут і залучення університетської спільноти для досягнення максимального потенціалу.

Такий університетський підхід має загальні цілі:

- створити здорові, сприятливі та стійкі навчальні, робочі і життєві середовища для студентів, персоналу та відвідувачів;
- збільшити міждисциплінарне вивчення, дослідження та обмін знаннями з основ здоров'я;
- сприяти формуванню здорового способу життя та профілактиці захворювань, добробуту.
- рекомендується оцінити роботу навчального закладу, створити докази ефективності та обміну досвідом.

Підхід до формування здорового способу життя залежить від цілісної системи та спрямований на створення середовищ, в яких студенти навчаються, живуть, працюють та дбають про підтримку здоров'я та зростання добробуту.

Мережа Здорових закладів вищої освіти повинна підтримувати всіх учасників у розробці та впровадженні підходів до здоров'я, добробуту і сталого розвитку. Це частина глобального руху, що закликає заклади вищої освіти: включити здоров'я у бачення й стратегічні плани; які ведуть і змінюють суспільство шляхом моделювання, тестування та передачі інноваційних підходів.

Підписавши у 2015 р. Міжнародну хартію сприяння здоров'ю університетів та коледжів, Мережа Здорових університетів у Європі визначила для себе завдання створення міцного, сприятливого і мотиваційного руху університетів, спрямованого на створення організаційних культур та навчально-дослідницьких середовищ, які сприяють підвищенню рівня здоров'я, добробуту та стійкості громад.

Метою Мережі є:

- сприяти підтримці різних рівнів через обмін інформацією, керівництво, дослідження, практику та досвід, пов'язані зі здоровими університетами;
- розробляти, зіставляти та поширювати моделі, методичні матеріали, інструменти та набутий досвід;
- зв'язок та консультації щодо підходу «Здорових університетів» на національному та міжнародному рівнях;
- заохочувати спільний розвиток та дослідження, сприяти їм [204].

Починаючи з 1987 р. підхід до координації роботи з охорони здоров'я у європейських закладах вищої освіти став складовою частиною інтеграції сприяння формуванню здорового способу життя у навчальному середовищі. Модель «Заклад освіти – Спільнота – Студент» [233] включає 10 складових, які розширюють компоненти здорового та безпечного навчального оточення, участі спільноти (табл. 3.3).

Багаторівневий підхід моделі «Заклад освіти – Спільнота - Студент»

Компоненти моделі	Категорії
Фізична культура та фізична активність Раціональне харчування та послуги Освіта в галузі охорони здоров'я	Підтримка здорової поведінки студента
Соціально-емоційний клімат закладу вищої освіти Соціально-оздоровчі програми Фізичне середовище закладу вищої освіти	Підтримка безпечного та позитивного середовища закладу вищої освіти
Консультування, психологічні та соціальні послуги Медичні послуги в закладі вищої освіти	Підтримка медичних послуг у закладі вищої освіти
Залучення громади Взаємодія з сім'єю	Підтримка залучення сім'ї та громада

Ця еволюція відповідає потребам більшого акцентування як на психосоціальному, так і на фізичному рівні, а також на висхідній ролі громадських установ і сім'ї. Ця модель також спрямована на необхідність залучення студентів як активних учасників до формування здорового способу життя.

Формальна структурована медична освіта складається з поєднання планового досвіду навчання, який дає нагоду отримати інформацію та навички, необхідні студентам для прийняття якісних рішень щодо здоров'я. Медична освіта допомагає їм набувати знання, виробити ставлення та навички, необхідні для прийняття рішень щодо формування здорового способу життя, підвищувати

медичну грамотність, приймати поведінку, що сприяє зміцненню здоров'я власного і авколишніх. Навчальні програми включають плани, рекомендації та інструкції для студентів з різноманітних тем, зокрема таких: зловживання наркотиками, алкоголем, тютюнопаління, раціональне харчування, психічне та емоційне здоров'я, особисте здоров'я і добробут, фізичні навантаження, запобігання безпеці та травматизму, сексуальне здоров'я.

Планування впровадження такої моделі потребує ретельного вивчення потреб студентів, ресурсів, клімату та культури закладу вищої освіти, заходів відповідальності, адміністративної підтримки, активів і ресурсів громади. Процес планування передбачає збір інформації про зацікавленість, готовність та спроможність ЗВО і громад займатися комплексним системним аналізом. Збір інформації, призначений для забезпечення фізичних, соціальних та емоційних потреб студентів, є важливим першим кроком у плануванні моделі «Заклад освіти – Спільнота – Студент». Ці питання можуть бути розглянуті до або під час використання оцінки для збору початкової інформації, яка важлива для розуміння минулих партнерських відносин.

Дані про здоров'я студентів й академічні чинники є також важливими при плануванні моделі «Заклад освіти – Спільнота – Студент». Вони можуть бути використані для виявлення неакадемічних бар'єрів, що впливають на студентів. Інформація, яка підлягає розгляду, об'єднує:

- академічні заходи, включаючи академічні оцінки та рейтинги, відвідування, випуск, відсів, прогулянки та дисципліна;
- агреговані звіти про ризик поведінки;
- агреговані дані анамнезу студентів з хронічними захворюваннями;
- соціально-психологічний клімат у закладі вищої освіти та звіти про безпеку.

Важливо також визначити законодавство та політику на державному і місцевому рівнях стосовно здоров'я студентів, які включають: надання послуг з охорони здоров'я та психічного здоров'я, раціонального харчування, навчального плану охорони здоров'я та навчального плану фізичної культури, професійного розвитку, впливу громад.

Інформація, отримана внаслідок використання оцінок, буде корисною для визначення пріоритетних сфер і визначення можливих стратегій їх впровадження.

Загальний обсяг означеного процесу допомагає: 1) визначити сильні та слабкі сторони в кожному з п'яти принципів; 2) налагодити збір даних стосовно потреб студента та громади; 3) визначити і зреалізувати стратегії поліпшення здоров'я та навчальних досягнень для всіх студентів; 4) координувати політику, процесів та практики, спрямованих на вирівнювання поведінки, що сприяє зміцненню здоров'я та ефективності наукових результатів; 5) залучати університетські та громадські спільноти до створення сприятливого навчального середовища і сприяння здоров'ю студентів.

Аналізована модель має потенціал для фокусування освітніх та медичних ресурсів громади; залучення батьків і членів громади до прийняття рішень та дій у вишах; пропаганда здорового середовища; вдосконалення професійної практики викладачів, адміністраторів та вишівського персоналу. Ці результати повинні не тільки збільшити ймовірність поліпшення здоров'я і академічних успіхів студента, але й привести до поліпшення життя у закладі вищої освіти та громаді в сьогоденні та майбутньому.

Навчальне середовище вишу дає студентам змогу вивчати й практикувати здорову їжу через доступні продукти харчування та напої. Раціональне харчування, пов'язане в дослідженнях щодо підвищення результатів навчання, допомагає забезпечити студентам нагоду досягти свого потенціалу.

ЗВО – це не тільки місце навчання, але й робочі місця. Здорові працівники, зокрема викладачі, служать потужними моделями для студентів і можуть бути наставниками активізації уваги до здоров'я. Виші можуть створювати робочі середовища, які підтримують раціональне харчування, сповідувати активний спосіб життя, керувати стресом. Комплексний підхід до здоров'я для педагогічного персоналу – це узгоджений комплекс програм, політика, призначена для усунення багатьох факторів ризику (наприклад, недостатня

фізична активність, тютюнопаління) та умови здоров'я (наприклад, діабет, депресія) для задоволення потреб здоров'я і безпеки усіх працівників.

Соціально-емоційний клімат належить до психосоціальних аспектів навчального досвіду студентів, що впливають на їх соціальний та емоційний розвиток. Позитивний соціальний і емоційний клімат сприяє ефективному навчанню, зростанню та розвитку, забезпечуючи безпечне й сприятливе навчальне середовище.

Фізичне навчальне середовище також сприяє навчанню, забезпечуючи здоров'я та безпеку студентів і персоналу.

Університетські медичні служби підтримують втручання у реальні та потенційні проблеми зі здоров'ям, включаючи надання першої медичної допомоги, невідкладну допомогу, оцінку і планування лікування хронічних захворювань (наприклад, астма або діабет). Крім того, пропаганда оздоровчих послуг, студентська і батьківська освіта доповнюють надання послуг з координації догляду, активно співпрацюють зі службами підтримки ЗВО та громади задля підвищення здатності здобувачів знань адаптуватися до соціальних стресових факторів, таких як хронічні захворювання або соціальні й економічні бар'єри для здоров'я, а також змогу керувати цими стресовими факторами, захищати власне здоров'я [219].

Профілактичні й інтервенційні служби підтримують психічне, поведінкове та соціально-емоційне здоров'я студентів, сприяють успіху в процесі навчання. Послуги включають психологічні, психодедукційні та психосоціальні оцінки; прямі й непрямі втручання для усунення психологічних, академічних та соціальних бар'єрів навчання, таких як індивідуальне або групове консультування; направлення до служб підтримки вишів та громади в міру потреби. Крім того, система оцінювання рівня запобігання, втручання та розробки програм серед педагогічного персоналу, передбачає розв'язання питань психічного та поведінкового здоров'я студентів, а також вишівського середовища. Це можна зробити через ідентифікацію ресурсів та оцінку потреб, співпрацю між ЗВО, спільнотою та сім'єю.

Університети можуть створювати середовище, яке надає студентам багато можливостей бути фізично активними впродовж дня. Комплексна програма фізичного виховання відображає координацію за п'ятьма компонентами: фізичне виховання, фізична активність під час освітнього процесу, фізична активність до і після навчання, залучення персоналу, родини та громади. Фізичне виховання забезпечує пізнавальний зміст і навчання, призначені для розвитку рухових навичок, знань та поведінки задля здорового активного життя, фізичну підготовленість, майстерність, самореалізацію та емоційний інтелект. Добре продумана програма фізкультури надає студентам змогу вивчати ключові поняття та практику критичних навичок, необхідних для встановлення та підтримки фізично активного способу життя упродовж навчання у закладі вищої освіти та в дорослому віці.

Сьогоднішні сучасні навчальні програми з охорони здоров'я відображають висхідну кількість досліджень, що передбачають:

- викладання функціональної інформації про здоров'я (основні знання);
- формування особистих цінностей та переконань, які підтримують здорову поведінку;
- формування групових норм, які формують здоровий спосіб життя;
- розробку основних навичок у галузі охорони здоров'я, необхідних для прийняття, практики та підтримки поведінки, що зміцнює здоров'я.

Ефективний навчальний план має чіткі цілі, пов'язані з охороною здоров'я, і поведінкові результати, які безпосередньо пов'язані з ними. Навчальні стратегії та навчальний досвід безпосередньо пов'язані з результатами поведінки.

Ефективний навчальний план має навчальні стратегії та навчальний досвід, побудований на теоретичних підходах (наприклад, соціальна когнітивна теорія та теорія соціальної інокуляції), які позитивно впливають на поведінку, пов'язану з охороною здоров'я молоді. Найбільш перспективний навчальний план виходить за межі пізнавального рівня та стосується детермінант здоров'я,

соціальних факторів, становлення, цінностей, норм та навичок, які впливають на поведінку, пов'язану зі здоров'ям.

Ефективна навчальна програма сприяє розвитку відносин, цінностей, які підтримують позитивну поведінку на здоров'я. Вона забезпечує навчальні стратегії та навчальний досвід, що мотивують студентів критично вивчати особисті перспективи, продумано розглядати нові аргументи, які підтримують формування здорового способу життя, а також створювати позитивні уявлення про захисну поведінку та негативні – про ризиковану.

Результативна навчальна програма забезпечує навчальні стратегії та навчальний досвід, щоб допомогти студентам точно оцінити рівень ризику поведінки серед своїх однолітків, підкреслює значення доброго здоров'я та посилює позиції зміцнення здоров'я.

Дієвий навчальний план дає студентам змогу аналізувати особисті й соціальні навантаження, наприклад, впливу засобів масової інформації, психологічного тиску та соціальних бар'єрів. А також створює необхідні навички, включаючи комунікацію, оцінку точності інформації, прийняття рішень, самоконтроль, що дає нагоду студентам формувати особисту впевненість, справлятися із соціальним тиском, а також уникати або зменшити ризиковану поведінку.

Результативний навчальний план забезпечує точну, надійну й перевірену інформацію щодо охорони здоров'я. Відповідно до нього студенти навчаються оцінювати ризик, висвітлювати власні ставлення та переконання, виправляти хибні уявлення про соціальні норми, виявляти способи уникнення або мінімізування ризикованих ситуацій, вивчати внутрішні та зовнішні впливи, приймати відповідні рішення з поведінки, а також формувати особисту і соціальну компетентність.

Радикальна програма включає навчальні стратегії та досвід навчання, який є особистісно-орієнтованим, інтерактивним й емпіричним (наприклад, групові дискусії, спільне навчання, рольові ігри тощо.). Вивчення досвіду відповідає пізнавальному й емоційному розвитку студентів, допомагає їм персоналізувати

інформацію, підтримувати інтерес і мотивацію при залученні різноманітних можливостей і стилів навчання. Навчальні стратегії та досвід навчання включають методи для:

- реалізації ключових концепцій, пов'язаних зі здоров'ям;
- заохочення творчого вираження;
- обмін особистими думками, інформацією;
- розглядання нових аргументів;
- розвиток навичок критичного мислення.

Така розробка дає достатньо часу для поліпшення розуміння ключових концепцій охорони здоров'я та практичних навичок. Зміна поведінки вимагає інтенсивних і стійких зусиль. Навчальна програма з короткотерміновими або «єдиними видами», яка виконується впродовж кількох годин на одному предметі, зазвичай недостатня для прийняття та підтримки здорової поведінки.

Продуктивність такої розробки спирається на раніше засвоєні концепції та надає можливості зміцнювати навички, що сприяють зміцненню здоров'я у різних галузях охорони здоров'я і рівнях. Це може бути включення більш ніж однієї практики застосування навичок, додавання «сесій підвищення кваліфікації» на наступних рівнях ступеня або інтеграція можливостей застосування майстерності в інших академічних областях.

Постійний професійний розвиток та навчання є надзвичайно важливими для того, щоб допомогти викладачеві впровадити у навчальний план стратегії, які потребують нових навичок у викладанні чи оцінці.

Пропонуючи модель для застосування та перспективи формування здоров'язбережувальних технологій в університетах [140; 159], акцент зроблений на створенні середовища навчання та організаторського дозвілля, яке поліпшує здоров'я, добробут і стійкість спільноти, дає змогу досягти повного потенціалу.

На міжнародному семінарі, що відбувся у 2006 р., були визначені загальні фактори, які стосуються корисності моделей охорони здоров'я. Йдеться про

з'ясування цілей та демонстрації результатів, які можуть бути виражені не лише в епідеміологічних даних [217].

Проект розвитку Європейського Співтовариства (EUNPID) створив теоретично обґрунтовану модель розвитку здоров'я [153]. По суті, EUNPID пропонує три основні класи індикаторів результатів громадського здоров'я: показники здоров'я; показники індивідуальних детермінант здоров'я; екологічні детермінанти здоров'я. Означена модель особливо наголошує на важливості показників, які підтримують баланс між патогенними і салютогенними перспективами на здоров'я. EUNPID визнає необхідність розробки конкретних класів індикаторів процесу, що зображають стратегії, використовувані для впливу на постійний розвиток здоров'я.

Не варто забувати про те, що впродовж багатьох років у галузі освіти була проведена значна робота з розробки системного підходу до планування та оцінки втручання в охорону здоров'я. Одним з найбільш широко використовуваних інструментів є модель PRECEDE, яка визначає чинники, що сприяють зміні поведінки на здоров'я. Згодом названа модель PRECEDE-PROCEED була розширена, щоб включати ширші питання, такі як навколишнє середовище, політичні та організаційні фактори [142]

Таблиця 3.4 узагальнює моделі та інструменти, призначені для планування програми, оцінки і просування кращих практик щодо формування здорового способу життя.

Таблиця 3.4

**Огляд відповідних моделей та інструментів,
які застосовуються у зміцненні здоров'я**

Назва	Опис мети
Модель розвитку охорони здоров'я EUNPID для класифікації показників громадського здоров'я (модель розвитку індикатора зміцнення здоров'я Європейського співтовариства)	Європейський набір патогенних та салютогенних показників для моніторингу медичних заходів (Bauer <i>et al.</i> , 2006)

Модель результату для зміцнення здоров'я (Nutbeam)	Спільні рамки для оцінки зміцнення здоров'я (Nutbeam, 2000)
Рамкова пропаганда здоров'я / Цикл управління знаннями (NIGZ)	Спільна система відліку знань, необхідних для оптимізації ефективності; фокус дослідження, керівництво для планування втручання (Saar and de Haes, 2006)
PRECEDE-PROCEED	Планування та оцінка заохочення здоров'я (діагностика, впровадження, оцінка) (Green and Kreuter, 2004)
Інтерактивна модель домену	Рамки, розроблені для надання допомоги практикам у застосуванні підходу найкращого досвіду до підтримки здоров'я (Kahan та Goodstadt, 2005)

Неможливо встановити таксономію, розрізняючи моделі за певними критеріями, оскільки вони значно перекриваються. Наприклад, вибір термінів «концептуальна модель» або «інструмент» показує різницю в акцентах, але провести їх чітке розмежування неможливо.

Соціальна психологія у формуванні здорового способу життя пов'язана із салютогенезом, забезпечуючи теоретичні основи для втручань, пов'язаних зі здоров'ям і поведінкою для досягнення ефективності у: транстеоретичній моделі, теорії планованої поведінки та обґрунтованих дій. Вона дає уявлення про різні етіологічні психологічні компоненти здоров'я, наприклад, моделі соціального навчання та планування. Будь-яка з цих теорій може бути включена до розробки моделі формування здорового способу життя студентів-медиків залежно від механізмів дії, які постулюються розробниками проєктів або програм.

Оцінка діяльності щодо цілей проєкту та програми є ключовою проблемою, оскільки має бути пристосована до конкретного контексту та ресурсів. Крім того, розуміння процесу вважається таким важливим, як оцінка результату; адже дає змогу розрізняти невідповідності програмового змісту від тих, які реалізуються програмою. Визначення послідовності цілей, кожна з яких визначається низкою показників, і приводить до кінцевої мети, є характеристикою для багатьох інструментів, що використовуються у розробці логічної моделі. Логічна модель «демонструє графічне зображення взаємозв'язку між основними стратегіями програми та пов'язаними з ними цілями, завданнями, що представляють інтерес, показниками та ресурси» [165]. Таке логічне представлення полягає у тому, щоб передати основоположну теорію або набір припущень чи гіпотез розробників логічної моделі з вказівкою на етапи розробленої програми.

Центральним для цієї моделі є «цілісний» університетський «підхід, який передбачає не тільки реагування на суспільство, а й керування здоров'ям і основні бізнес-плани, а також забезпечення високого рівня керівництва, залучення широкого кола діапазону зацікавлених сторін та об'єднання високоякісних проєктів, пов'язаних з охороною здоров'я на рівні системи «розвиток організації». Це також вимагає активного і систематичного процесу, який визначає обов'язки та відповідальність; використовує діяльності, пов'язані з охороною здоров'я; оцінює потреби та можливості; встановлює пріоритети; реалізує та контролює прогрес; проводить ширшу оцінку; звітує про досягнення.

Враховуючи широке коло зацікавлених сторін, представлена модель виражена у структурованій формі (рис. 3.5), щоб показати основні принципи, ключові сфери уваги, результати та наслідки.



Рис. 3.5. Здорові університети: спрощена модель концептуалізації та застосування

Отже, підхід «Здорові університети» [211] має включати шість ключових елементів:

1. Створення інноваційних дій у формуванні здорового способу життя для дослідження взаємозв'язку між різними групами зацікавлених сторін, їх середовищем та поведінкою.

2. Закріплення принципів та цілей «Здорового університету» в процесі організації культури та політики.

3. Забезпечення відповідальності через керівництво та відповідальних осіб за прийняття рішень щодо здоров'я, добробуту і сталого розвитку студентів.

4. Забезпечення широкомасштабної участі: заохочуючи та сприяючи залученню студентів та персоналу, визначаючи пріоритети потреб при плануванні та втіленні заходів щодо пропаганди здоров'я.

5. Покликання університету стати передовим елементом дій для розв'язання основних проблем, що стосуються здорового способу життя студентів.

6. Допомога в реалізації інституційного порядку шляхом показу проблем, пов'язаних зі здоров'ям та демонстрації чіткої її ролі у сприянні їх розв'язанню.

Університети можуть також уважати за доцільне розглянути можливість використання планування та реалізації структури для забезпечення проактивного і систематичного процесу, який визначатиме оперативне планування й реалізацію.

Системний підхід вимагає залучення усіх учасників навчального процесу університету. Важливо запровадити ефективні механізми комунікації та консультацій, а також інвестувати час і енергію в розбудову й розвиток внутрішніх і зовнішніх способів партнерства.

Університети є великими й складними організаціями, і робота з тисячами співробітників, студентів (а також зовнішніми організаціями) значною мірою – проблема актуальною. Таким чином, організовані підходи часто потребують сприяння у налагодженні мереж і побудові ефективних партнерських відносин – об'єднання факультетів, закладів вищої освіти, служб, студентських спілок і зовнішніх державних, добровільних, громадських партнерів.

Останнім часом з'явилися заклики цілісно підходити до вдосконалення здоров'я у закладах вищої освіти, які узгоджуються з освітніми навчальними програмами та інтегруються до них [182; 212]. Такі підходи мають сприяти навчанню, здоров'ю та розвитку всієї особистості одночасно, використовуючи як освітні, так і медичні програми. Таким чином, існує зростаюча потреба у розробці, впровадженні та оцінці практик, які інтегрують зміцнення здоров'я у навчальний план для забезпечення більш ефективної академічної освіти.

Розглянемо потенційні можливості та виклики пропагування здорового способу життя у закладі вищої освіти, застосовуючи підхід «доповнення», який інтегрує аспекти здоров'я у навчальний час освітнього періоду. Термін «доповнення» використано для позначення діяльності, що сприяє зміцненню здоров'я, стає частиною академічної діяльності на основі навчальної програми, не відходячи від основних навчальних завдань. Підходи «доповнення» спрямовані на мобілізацію додаткових ресурсів, міждисциплінарного викладання та навчання, а також на розширення спектру медичних заходів, що базуються в освітньому закладі.

Низка підходів, за допомогою яких зміцнення здоров'я може бути інтегровано в поточні академічні програми, було впроваджено в ЗВО Європи. Програма IMOVE поєднувала усвідомлення фізичної активності у повсякденному житті з викладанням статистики з математики (www.imove.zone). Проєкт MEL ілюструє, наскільки кроскультурні зустрічі можуть бути використані як драйвер для навчання загалом і зокрема у формуванні здорового способу життя (<https://www.melproject.com>). Проєкт TEACHOUT слугує прикладом «комплексного» підходу, спрямованого на формування здорового способу життя у навчальному й альтернативному середовищі, у школі, показав підвищення фізичної активності, успішності, соціальних відносин та добробуту студентів (<https://teachout.ku.dk>).

Підхід «доповнення» до пропаганди здоров'я забезпечує потенційну безпрограшну ситуацію, в якій отримують перевагу як освіта в галузі охорони здоров'я, так і основна; зробить можливим охоплення ширшого кола освітніх закладів; мобілізує додаткові ресурси для зміцнення здоров'я.

Метою нашого дослідження було розроблення педагогічної моделі для середовища навчання на основі логічного моделювання у сфері здоров'я.

Логічні моделі зазвичай використовуються для представлення причиново-наслідкових процесів, втручання за допомогою яких дають результати.

Конструкція та призначення таких моделей можуть різнитися, проте є загальні компоненти, такі як мета, входи, діяльність, аудиторія, результати. У

таб. 3.5 викладено найбільш використовувану логіку модельних компонент при розробці програм формування здорового способу життя та наведено приклади для кожного з них.

Таблиця 3.5

Загальні компоненти логічних моделей

Опис	Компонента	Приклад
Мета	Загальні довгострокові результати здоров'я, які програма сподівається досягти	Запобігання пов'язаних із дією проблем зі здоров'ям
Вхідні дані	Ресурси, вкладені в програму або інфраструктура	• персонал • фінансування • час • матеріали
Діяльність	Діяльність чи втручання, які будуть здійснюватися в рамках програми	• практикуми з питань здорового способу життя • спортивна діяльність
Аудиторія	На кого націлена програма. Первинна аудиторія: основний склад Вторинна аудиторія: групи, на які впливає програма	Програма, призначена для підготовки педагогічного колективу у підтримці здорового способу життя студентів. • первинна аудиторія: викладачі • вторинна аудиторія: студенти

Вихідні дані	Продукти, які виробляються за програмою діяльності чи втручання Можуть бути представлені як кількісна оцінка діяльності	• кількість семінарів • щодо формування здорового способу життя студентської молоді • відсоток організованих заходів
Результати	Зміни, які очікуються в результаті. Результати коливаються від коротко-термінових до довгострокових, і пов'язані зі змінами в знаннях, поведінці та навичках	• підвищена обізнаність про ризики для здоров'я • розширення знань про здоровий спосіб життя

Можливі додаткові компоненти – це ситуація, припущення, зовнішні фактори та стратегії; які описані в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Додаткові можливі компоненти логічних моделей

Компонент	Опис
Ситуація	Ситуаційний контекст, до якого призводять створення програми
Припущення	Основні теорії про програму та її контекст Прозорість у розробці, чітке формулювання принципів, що лежать в основі обраних дій.
Зовнішні	Фактори, які впливають на програму, але

фактори	знаходяться поза контролем програми. Фактори можуть бути як позитивними, так і негативними.
Стратегії	Модернізація підходу або плану реалізації змін.

Ширші, складніші програми можуть використовувати вкладену модель для кращого управління деталями програми. Вкладені моделі належать до групи логічних, що пов'язані між собою, але пропонують різний рівень деталізації – часто варіюється від загального огляду рівня до конкретної інформації.

На рисунку 3.6 представлено модель, структуровану для зображення взаємозв'язку основоположних принципів, процесів, результатів і перспектив у формуванні здорового способу життя студентської молоді.

Логічна модель відображає вхідні дані (ресурси) та дії, пов'язані з кожним компонентом. Результати, які описують взаємодію між входами та виходами, виділені у взаємопов'язаних блоках між компонентами.

Використання різних типів даних (наприклад, показники стану здоров'я студентів-медиків, історії); результати оцінювання; керівні принципи «найкращої практики»); джерела даних (наприклад, соціологічні, громадські / партнерські організації; дослідники) та методи збору даних (наприклад, інтерв'ю із зацікавленими сторонами або фокус-групи; опитування; огляди літератури; аналіз попередніх) уможливають визначати стан здоров'я студентів-медиків; чинники, які впливають на формування здорового способу життя студентів та можливі дії для позитивного вирішення ситуації.

Оцінка діяльності й опрацювання розширених знань щодо формування здорового способу життя (наприклад, комунікація, організаційні зміни, розробка політики у сфері охорони здоров'я) з використанням однієї або декількох концепцій зміцнення здоров'я, таких як Оттавська хартія, сприятиме досягненню цілей та кінцевих результатів.

Дизайн такої логічної моделі є візуальною схемою, яка забезпечує об'єктивну основу причиново-наслідкового зв'язку між її елементами і становить теоретичних і методичних положень, які відображають базові

закономірності розробки оптимальних технологічних моделей у цілісній структурі концептуальної моделі взаємодії соціальних та педагогічних інститутів формування здорового способу життя.

Ефективність охорони здоров'я та якість життя студентської молоді вимагає координації й міжсекторного планування, визначень міждисциплінарних ініціатив, що ідентифікують реальні проблеми та конкретні рішення у формуванні здорового способу життя.

Основні принципи пропонованої моделі актуальні для втручання не тільки у формування здорового способу життя студентів-медиків, їхнього здоров'я, але й спільноти задля збереження і поліпшення здоров'я загалом.

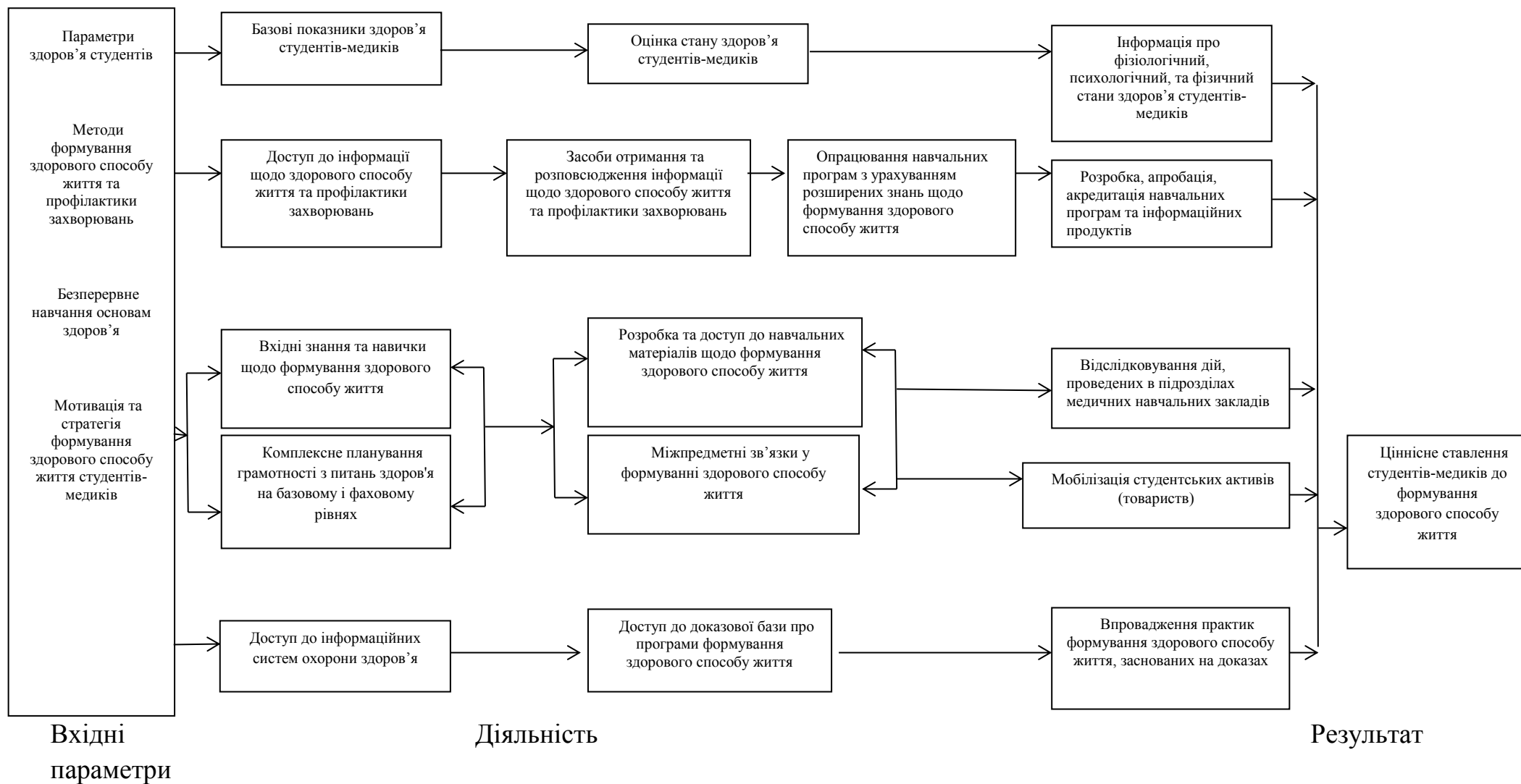


Рис. 3.6 Логічна модель формування здорового способу життя студентської молоді

Окрім того, модель робить акцент на доказах як фактах ефективності втручання для досягнення результату. Дані можуть розповісти нам про наслідки різних можливих дій, щоб змінити умову, але вони не можуть допомогти нам вирішити, чи є ця зміна, чи такий спосіб дій кращими. Це актуально для охорони здоров'я та медицини зокрема. У складних контекстах, оскільки передбачення часто є помилковими, наукові знання можуть запропонувати заходи, які не працюють у реальних умовах, в той час, як, навпаки, можуть виявитись речі, які не підкріплені, або лише підкріплені знаннями. Однак у галузі охорони здоров'я та медицини набагато важливіше «що працює», ніж «що є правдою».

Висновки до третього розділу.

1. Практична цінність моделі у будь-якій педагогічній розвідці в основному визначається її адекватністю досліджуваним сторонам об'єкта, а також тим, наскільки правильно враховані на етапах побудови моделі основні принципи моделювання – наочність, визначеність, об'єктивність, які визначають як можливості і тип моделі, так і її функції.

2. Виявлено перехід від пріоритетів, орієнтованих на хвороби, профілактику захворювань та охорону здоров'я, до концентрування уваги на фізичному, емоційному і соціальному добробуті. Враховуючи складність практики зміцнення здоров'я та її багаторівневість, необхідні втручання для розробки ефективних програм з урахуванням психологічних, організаційних, культурних, громадських, політичних факторів, які впливають на здоров'я. Не всі теорії та моделі зміцнення здоров'я підтримують багаторівневі заходи.

3. Пропонуючи модель для застосування та оцінюючи перспективи формування здоров'язбережувальних технологій в університетах, акцент необхідно робити на поєднанні навчального середовища та організаторського дозвілля, яке

поліпшуватиме здоров'я, добробут та стійкість спільноти, дасть можливість досягти повного потенціалу такого поєднання.

4. На підставі проведених досліджень і аналізу результатів розроблено педагогічну модель, структуровану для відображення взаємозв'язку фундаментальних принципів, процесів, результатів та перспектив у формуванні здорового способу життя студентської молоді медичних закладів вищої освіти.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі здійснено узагальнення проблеми формування здорового способу життя студентів медичних закладів вищої освіти та запропоновано новий підхід до її розв'язання через теоретичне обґрунтування відповідної педагогічної моделі, що дає підстави для формулювання таких **висновків:**

1. Узагальнення і аналіз результатів наукової психолого-педагогічних досліджень дали можливість виявити різноманітність підходів щодо визначення здоров'я як складного явища глобального значення, що включає комплекс соціальних, економічних, біологічних, медичних аспектів, які постійно взаємодіють з навколишнім середовищем. Виявлено мозаїчність структури знань студентів щодо формування здорового способу життя, їхні недостатню упорядкованість і взаємозв'язок. Ступінь вивчення проблем здорового способу життя студентської молоді у процесі навчання у медичних закладах вищої освіти є вкрай недостатнім, практично відсутні розробки у галузі визначення підходів щодо оптимізації перебігу адаптаційних процесів, обґрунтування принципів раціональної організації повсякденної діяльності, методології прогнозування стану здоров'я та професійної придатності здобувачів освіти медичних ЗВО. Ці дослідження мають фрагментарний характер.

2. Установлено, що на формування здорового способу життя студентів медичних закладів вищої освіти впливає низка факторів, основними з яких є відсутність часу на підтримку здорового способу життя (33,6 %), високе навчальне навантаження (28,3 %); вплив довкілля (20,0 %); стреси (14,6 %); нераціональне харчування (14,1 %); брак коштів (12,3 %); відсутність комфортних умов проживання (12,3 %); низька сила волі (9,6 %); психологічний клімат у студентському колективі (7,1 %); поєднання навчання з роботою (5,4 %), низька якість медичної допомоги (2,5 %). Лише 35,8 % студентів намагаються вести здоровий спосіб життя.

Самооцінка як інтегральний показник і мотиваційна детермінанта здоров'я містить у собі оцінку не тільки наявності чи відсутності симптомів захворювання, але й фізичного, психічного та соціального добробуту, власних можливостей і якостей, усвідомлення життєвої перспективи. Дослідження показали, що психологічний дистрес, депресивні симптоми впливають на працездатність і самооцінку здоров'я більше, ніж хронічні захворювання чи матеріальний стан. Це, власне, і зумовлює регулятивну функцію самооцінки здоров'я. Водночас самооцінка фізичного і психічного стану є реальним показником здоров'я студентської молоді в медичних ЗВО.

Досліджено взаємозв'язок різноманітних чинників та бала оцінки власного здоров'я у студентів-медиків. Виявлені фактори обумовлюють бал у самооцінці здоров'я студентів на 33,5 % (коефіцієнт детермінації), тоді як множинний коефіцієнт кореляції становить 0,58, що вказує на наявність зв'язку середньої сили поміж досліджуваними ознаками.

Проаналізовано тріаду: навчальне задоволення, показники успішності та стан здоров'я і виявлено, що ці важливі й суміжні аспекти розглядаються у взаємозв'язку дуже обмежено. Функціональний стан організму, розумова працездатність здобувачів вищої освіти залежать від адекватності навчального навантаження упродовж дня, тижня, семестру та року, обсягів освітньо-професійних програм і оптимальності навчального розкладу, курсу навчання, стану здоров'я та низки інших факторів. Гармонізація балансу стану здоров'я і освітнього процесу в медичному ЗВО, запровадження здоров'язбережувальних технологій упродовж усього терміну навчання є одним з пріоритетних завдань.

Вивчено зв'язок між навчальними програмами, технологіями підготовки та стресом для подальшого професійного становлення і діяльності лікаря. Наукові студії свідчать, що при вступі психічне здоров'я студентів-медиків порівняно зі здобувачами інших вишів є приблизно однаковим, проте з часом демонструє тенденцію до погіршення. Кожен курс супроводжується новими стресовими

поштовхами, пов'язаними з ваганням щодо правильності вибору професії. Для багатьох значна кількість навчального матеріалу першого року асоціюється з усвідомленням того, що його засвоїти повністю неможливо. Це суттєво впливає на самооцінку значної кількості студентів. Тому такий взаємозв'язок в освітньому процесі медичних закладів вищої освіти повинен розглядатися більш глибоко.

3. Обґрунтовано умови, методи, форми та засоби виховання здорового способу життя у студентів медичних закладів вищої освіти.

Установлено, що освіта сприяє підвищенню рівня знань про здоров'я, подоланню та розв'язанню проблем, що впливають на поведінку здоров'я; освітні досягнення впливають на можливості успішного працевлаштування, підвищення матеріального добробуту, самореалізацію, соціальний статус тощо.

Виокремлено і обґрунтовано нові диференційовані цілі медичної освіти: розуміння здоров'язбережувальних технологій, формування відповідальності за власне і суспільне здоров'я, підвищення самооцінки й впевненості у своєму потенціалі; розвиток особистісних та соціальних навичок, які сприяють добробуту й адаптації до повсякденної діяльності; створення здорового середовища вдома, у навчальній сфері та громаді.

Поведінкові моделі формування здорового способу життя, як правило, є універсальними й не акцентують зв'язки між індивідуальною поведінкою і контекстними впливами на здоров'я. Дослідження довело, що цілісні підходи до вдосконалення здоров'я у закладах вищої освіти повинні узгоджуватися як з фундаментальними, так і освітньо-професійними програмами, інтегруючись між собою для забезпечення вищих результатів академічної освіти.

4. Проаналізовано просвітницьку та виховну роль мас-медіа у формуванні здорового способу життя студентів-медиків, спрямовану на поповнення і поглиблення ними власних знань. Це впливає на сприйняття суспільних норм, які лежать в основі здорового способу життя, а також здатність і бажання змінюватися.

Інформація про здоровий спосіб життя в мас-медіа повинна бути адаптованою до особистості з метою проєктування необхідної поведінки.

5. Розроблено теоретичну логічну модель, структуровану для зображення взаємозв'язку основоположних принципів, процесів, результатів і перспектив у формуванні здорового способу життя студентів медичних закладів вищої освіти. Результати оцінювання показників стану здоров'я, джерела даних та методи їх збору уможливають визначати стан здоров'я студентів-медиків; виокремлювати чинники, які впливають на формування здорового способу життя та прогнозувати наступні дії для позитивного врегулювання ситуації.

Отримані нами результати обґрунтовані й достовірні, базуються на використанні сучасної методології і методів, статистичній обробці. Вони повною мірою узгоджуються з даними інших авторів, що займалися питаннями зміцнення здоров'я і формування здорового способу життя студентської молоді, водночас конкретизовані та доповнені стосовно студентів медичнихЗВО. Виконана робота не охоплює всіх аспектів розв'язання проблеми формування здорового способу життя студентів медичних закладів вищої освіти, а тому вимагає подальшого поглибленого наукового опрацювання. Перспективу подальших досліджень убачаємо в подальшому вивченні чинників, які впливають на формування здорового способу життя не лише студентів-медиків, а й молодих лікарів, у тому числі лікарів-інтернів. Водночас проведена робота дає підстави рекомендувати вже сьогодні широке впровадження основних результатів наших досліджень у практику освітнього процесу ЗВО, що готують майбутніх медичних фахівців.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Амосов Н М. Энциклопедия Амосова : Алгоритм здоровья. Человек и общество. Донецк : Сталкер, 2003. 464 с.
2. Анікеєв Д.І. Проблеми формування здорового способу життя студентської молоді. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2009. № 2. С. 6–9.
3. Апанасенко Г.Л. Аеробна здатність як критерій життєздатності нації. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія № 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи. Вип. 14 : збірник наукових праць / за ред. О.В. Тимошенка*. Київ : Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2009. С. 3–7.
4. Асаулюк І.О., Дяченко А.А. Особливості фізичної підготовленості студентів закладів освіти в процесі фізичного виховання. *Health, sport, rehabilitation*. 2019. № 1. С. 9–14.
5. Бахмат Н., Довгань О. Збереження здоров'я здобувачів освіти під час навчання в умовах пандемії COVID-19: Український зарубіжний досвід. *Наука і техніка сьогодні*. 2022. № 4(4).
6. Бережна Т.Р. Створення здорового середовища навчального закладу як шлях збереження і зміцнення здоров'я учнів. *Рідна школа*. 2012. № 1–2. С. 44–47.
7. Білавич Г., Власій О., Савчук Б. Вплив цифровізації освіти, дистанційного навчання на розвиток рухової активності та здоров'язбереження здобувачів освіти. *Молодь і ринок*. 2022. № 11/197.
8. Бойко Ю. Вплив педагогічних умов на формування установок до здорового способу життя студентів закладів вищої освіти. *Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки*. 2020. Вип. 2. С. 266–278.

9. Большакова А.А., Перевозна Т.Н. До питання дослідження місця цінності здоров'я в системі ціннісних орієнтацій особистості. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія Психологія.* 2021. № 71. С. 7–14.

10. Брагина К.Р. Тревожная и депрессивная симптоматика в рамках невротических и адаптационных расстройств у студентов-медиков на различных этапах обучения. *Вісник Вінницького державного медичного університету.* 2003. Т. 7. № 2/2. С. 849 – 851.

11. Бушуєв Ю.В.. Рівень фізичного здоров'я студентів як клініко-фізіологічна основа фізичного виховання у вузі : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.24. Дніпро, 2017. 177 с.

12. Вихрущ А.В., Христенко О.М. Система цінностей молоді в контексті особистісної парадигми. *Медична освіта.* 2022. № 1. С. 5–13.

13. Воскобойнікова Г.Л. Концепція комплексної оцінки адаптаційних можливостей у формуванні і збереженні індивідуального здоров'я людини. *«Наука і освіта».* 2014. № 8. С. 35–39.

14. Гавенко Н.В.. Діагностика, первинна профілактика та корекція дезадаптивних психічних реакцій і станів у студентів-медиків, які навчаються на молодших курсах вищого навчального закладу : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.16. Харків, 2003. 31 с.

15. Гетман В.О., Новицький Ю.В., Питомець О.П. Методологічні та організаційні засади оздоровлення людини : навч. посіб. Київ : Основа, 2009. 200 с.

16. Гігієна та екологія / В.Г. Бардов та ін. Вінниця : *Нова Кн.*, 2006. 720 с.

17. Гончаренко М.С., Філенко І.О. Моніторинг здоров'я студентської молоді за допомогою методу інтегральної діагностики. *Педагогіка, психологія та мед.-біол. пробл. фіз. виховання і спорту.* 2006. № 7. С. 11–15.

18. Гончарук С.М., Приймак С.В., Даниляк Л.Я. Сучасний стан та проблеми фінансування установ охорони здоров'я в Україні. *Бізнес Інформ*, 2016. № 1. С. 190–194.

19. Горобей И.В. Ценностные ориентации студентов к здоровому образу жизни. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання та спорту*. Харків : ХДАДМ (ХХІІ), 2005. № 22. С. 84–86.

20. Григорчук Л.І. Гігієнічні аспекти професійної адаптації студентів до умов навчання у вищих медичних навчальних закладах та шляхи її оптимізації : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.01. Київ, 2000. 20 с.

21. Гуревич Р. С. Контекстне професійне навчання в мережевих спільнотах. *Освіта дорослих: теорія, досвід перспективи: зб. наук. праць*. 2014. № 1 (8). С. 269–272.

22. Донченко В.І. Методика навчання здоров'язбережувальних технологій студентів медичного університету : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Харків, 2016. 246 с.

23. Дорофєєва О.Є., Яримбаш К.С. Вплив мотивації до занять фізичним вихованням на рівень фізичного здоров'я та фізичної підготовленості студентської. *Наук. часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Сер. 15: Фізичне виховання і спорт : зб. наук. пр.* 2017. Вип. 84. С. 159–162.

24. Драгнєв Ю. Формування культури здоров'я студентів в умовах комп'ютеризації навчання : монографія : монографія. Луганськ : Вид-во ДЗ „ЛНУ ім. Тараса Шевченка”, 2009. 272 с.

25. Дреженкова І.Л. Фізіолого-гігієнічна оцінка рухової активності студентів та шляхи її оптимізації : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.01. Київ, 2016. 21 с.

26. Дудорова Л.Ю. Основні напрямки професійної підготовки майбутніх учителів до формування здорового способу життя. *Актуальні проблеми фізичного виховання та методики спортивного тренування: зб. наук. пр. викл. та студ. Ін-ту фіз. виховання і спорту*. Вінниця : ВДПУ, 2009. С. 45–49.

27. Дутчак М.В., Благій О.Л. Теоретичні аспекти впливу способу життя на здоров'я молоді. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт*. 2011. № 91. С. 147–149.

28. Дятченко Д. Аналіз впливу соціально-психологічних причин безпечної поведінки особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2019. № 3 (50).Т. 3. С. 67–74.

29. Дячук Е.Й. Вивчення стоматологічного статусу та факторів ризику виникнення стоматологічних захворювань у студентської молоді міста Ужгород / Р. В. Казакова та ін. *Науковий вісник Ужгородського університету, серія «Медицина»*. 2014. № 2. С. 170–172.

30. Єфімова З. Здоров'язбережувальні технології у контексті педагогічних досліджень. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2010. № 1. С. 57–60.

31. Жара Г.І. Порадник для куратора, або Як навчити студента бути здоровим та успішним : метод. посіб. для кураторів академічних груп педагогічних ЗВО. Чернігів : Десна Поліграф, 2019. 100 с.

32. Жигульова Е., Дейбук Г. Сучасні підходи до профілактичної стратегії у сфері освіти. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини*. 2010. № 4. С. 47–51.

33. Завидівська Н.Н., Завидівська О. Якість життя як основа для розвитку людського капіталу в умовах активізації глобалізаційних процесів. *Вісник Університету банківської справи*. 2014. № 3. С. 300–304.

34. Здоров'я людини та чинники, які впливають на стан організму в цілому / А. Магльований та ін. *Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини*. 2020. № 6. С. 89–94.

35. Зуб Л.В. Соціально-економічні фактори впливу на демогеографію регіону . *Наук. зап. Терноп. пед. ун-ту. Серія географія*. 2005. № 2. С. 71–81.

36. Інноваційні технології як чинник формування здорового способу життя дітей / Т. Pantyuk та ін. *Mountain School of Ukrainian Carpaty*. 2019. № 21. С. 25–29. URL: <https://doi.org/10.15330/msuc.2019.21.25-29>

37. Інновації в освіті: необхідність, сутність, зміст / Т. Пантюк та ін. *Молодь і ринок*. 2021. № 6/185.

38. Кічук А.В. Особистісні особливості психоемоційного здоров'я студентів : монографія. Ізмаїл : ІДГУ, 2020. 406 с.

39. Козерук Ю.В. Самооцінка як фактор становлення особистості студента. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету*. 2015. № 124. С. 163–165.

40. Козова І.Л. Психолого-педагогічні чинники розвитку мотивації учіння студентів вищих медичних навчальних закладів : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Івано-Франківськ, 2019. 217 с.

41. Комунікаційна компетенція як складова комплексного навчання фахівців громадського здоров'я / Ю.В. Вороненко та ін. 2017. Т. 3. № 44. С. 309–310.

42. Кондратюк М. О. Експериментальне дослідження моделей впливу ЗМІ на емоції аудиторії. *Вісник Харківської державної академії культури*. 2014. Вип. 44. С. 114–124.

43. Концепція неперервної валеологічної освіти в Україні : принципи і наукові засади / Т.Є. Бойченко та ін. *Шкільний курс «Валеологія»*. 1994. С. 25–28.

44. Концепція розвитку системи громадського здоров'я. 2016. URL: <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249618799>.

45. Концепція формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у дітей та молоді (затверджена наказом МОН України від 21 липня 2004 року № 605). *Директор школи*. 2004. № 40. С. 23–29.

46. Коробка Л.М. Самовизначення особи та спільноти щодо здоров'я в контексті проблеми адаптації до умов і наслідків воєнного конфлікту. *Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*. Ч. 3. 2016. Т. 6. № 303. С. 263–272.

47. Королінська С.В. Комплексна діагностика стану здоров'я студентів фармацевтичного університету. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту* :зб. наук. праць за редакцією проф. Єрмакова С.С. 2006. № 7. С. 60–63.

48. Кочарян О.С., Ягнюк Я.К. Духовний вимір психологічного здоров'я студентської молоді: підходи та моделі. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія: Психологія*. 2011. № 45. С. 149–154.

49. Кривенцова І.В. Дослідження сформованості медико-біолого-фізичної культури особистості майбутніх педагогів на початку першого року навчання. *Педагогіка, психологія та медичні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2012. № 12. С. 65–69.

50. Кривошеєва Г. Формування культури здоров'я студентів університету : автореф. дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.04. Луганськ, 2001. 45 с.

51. Кульчицький В.Й. Формування професіогенезу особистості студентів медичних вузів України. *Медична освіта*. 2013. № 1. С. 36–39.

52. Кульчицький І. М. Концептуалізація понять «модель» та «моделювання» у наукових дослідженнях. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. Серія : Інформаційні системи та мережі. 2015. № 829. С. 273–284.

53. Лещенко В.В., Радиш Я.Ф. Права людини на життя та охорону здоров'я—методологічна основа державного управління здоров'ям нації: вступ до проблеми. *Державне управління: теорія та практика*. 2014. № 1. С. 104–113.

54. Лісовий В.П. Особливості соціально-психологічної адаптації студентів першого курсу ХНМУ—мешканців Луганської та Донецької областей. *Медична освіта*. 2015. № 2. С. 50–52.

55. Людський розвиток в Україні. Оцінка та прогноз рівня життя населення : монографія / Е. Лібанова та ін. Київ : НАН України, Ін-т демографії та соц. дослідж. ім. М.В. Птухи, 2019. 270 с.

56. Малєєва Н.С. Залежність від соціальних мереж як соціально-психологічний феномен. *Вісник Одеського національного університету*. 2016. Т. 20, № 3 (36). С. 16–21.

57. Малишева Л.С. Модель та педагогічні умови формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх учителів початкової школи. *Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського.. Серія : Педагогіка*. Одеса : ПНПУ імені К.Д. Ушинського. 2017. № 6. Т. 119. С. 56–61.

58. Марків О. Т. Здоров'я людини як фундаментальна цінність культури. *Гілея. Філософські науки*. 2009. № 27. С. 176–182.

59. Мельникова Н., Лук'янова В. Основи медичних знань та здорового способу життя. Київ. *Вища школа*. 2005. 358 с.

60. Микитюк О.Р., Шиян О.І. Формування культури здоров'я студентів в умовах модернізації навчально-виховного процесу. *Фізична активність, здоров'я і спорт*. 2011. № 2: С. 4–9.

61. Молодь за здоровий спосіб життя: щорічна доповідь Президента України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні (за підсумками 2009р.) / М-во у справах сім'ї, молоді та спорту, Держ. Ін-т розв. сім'ї та молоді ; редкол.: Н.Ф. Романова (голова) та ін.. Київ : ТОВ «Основа». 2010. 156 с.

62. Москаленко В.Ф., Грузєва Т.С., Регламентация права на охрану здоровья у міжнародних нормативно-правових актах. *Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення)* : матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції (17–18.04.2008, м. Львів). С. 186–201.

63. Мягких В.Б. Соціальне здоров'я молоді в умовах сучасного українського суспільства : дис... канд. соціол. наук: 22.00.04. Дніпропетровськ, 2006. 225 с.

64. Надім'янова Т., Лук'янченко М. Здоров'язбереження учнівської молоді як педагогічна проблема. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова*. 2019. Т. 5К (113). С. 248–254.
65. Невмержицька О. Педагогічні аспекти формування ціннісного ставлення до здоров'я *Mountain School of Ukrainian Carpaty*. 2020. № 22. С. 14–18.
66. Невмержицька О., Бориславський А. Шляхи формування в учнівської молоді потреби в здоровому способі життя. *Молодь і ринок*. 2022. № 1/199.
67. Оржеховська В.М. Здоровий спосіб життя : навч.-метод. посібник. Суми : Видавництво СумДПУ ім. А.С. Макаренка. 2010. 188 с.
68. Оржеховська В.М. Педагогіка здорового способу життя. *Проблеми освіти : наук.-метод. зб..* Київ : Інститут інноваційних технологій і змісту освіти. 2006. Вип. 48. С. 3–7.
69. Оршанський Л., Нищак І. Особливості дистанційного навчання майбутніх педагогів в умовах пандесії коронавірусної хвороби. *Modern Information Technologies and Innovation Methodologies of Education in Professional Training Methodology Theory Experience Problems*. 2022. С. 99–108.
70. Павленко І.О. Фізичний стан як показник здоров'я студентів вищих навчальних закладів. *Актуальні проблеми фізичного виховання різних верств населення*. 2016. № 3. С. 135–139.
71. Панасюк М.М. Дослідження особистісних особливостей-індикаторів навчального стресу у студентів. *Актуальні проблеми психології. Т. І. Соціальна психологія. Організаційна психологія. Економічна психологія : збірник наук. праць*. Міленіум, 2006. Ч. 18. С. 109–113.
72. Пантюк Т., Пантюк М., Миськів І. Освіта для сталого розвитку як індикатор суспільного поступу *Молодь і ринок*. 2023. № 9/207. С. 45–49.
73. Пилипей Л.П. Професійно-прикладна фізична підготовка студентів : монографія. Суми : УАБС НБУ, 2009. 312 с.

74. Пильненький В.В. Організаційно-методичні основи оздоровчого тренування студентів з низьким рівнем соматичного здоров'я : автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту : 24.00.02. Львів, 2006. 20 с.

75. Півненко Ю.В. Генезис та класифікація моделей і технологій в контексті розвитку здоров'я. *Physical Education Theory and Methodology*, 2011. № 2. С. 7–11.

76. Пірен М.В., Петрук А.С. Молода сім'я в сучасному українському суспільстві: стан та проблеми. *Український науковий журнал «Освіта регіону. Політологія, психологія, комунікації»*. 2011. С. 14–18.

77. Пластунов Б.А., Ковалів М.О Спосіб життя і стан здоров'я студентів вищих навчальних закладів. *Актуальні проблеми профілактичної медицини*. 2015. № 12. С. 131–140.

78. Пластунов Б.А., Ковалів М.О Теоретичні, медичні аспекти і перебіг адаптації студентів вищих навчальних закладів. *Актуальні проблеми профілактичної медицини*. 2015. № 12. С. 90–103.

79. Пластунов Б.А., Ковалів М.О. Функціональний стан серцево-судинної системи вступників медичного університету. *Довкілля та здоров'я*. 2016. № 4. С. 57–61.

80. Поліщук О.М. Мотивація та її ресурси в освітньому просторі. Вплив комунікативно-інформаційного простору на психологічні особливості й особистісні ресурси людини в умовах дії дестабілізаційних факторів на суспільство : монографія / за наук. редакцією І.М. Зварича. Чернівці: Чернівець. нац. ун-т, 2022. 344 с.

81. Полька Н.С., Федоренко В.І, Пластунов Б.А. Проблеми збереження довкілля і здоров'я нації у матеріалах XV з'їзду гігієністів України. *Довкілля та здоров'я*, 2013. № 2. С. 65–72.

82. Понікаровська С.В. Особливості процесу соціалізації студентів у вищій школі. *Педагогічна освіта: теорія і практика*. 2012. Вип. 10. С. 62–65.

83. Присяжнюк С.І. Обґрунтування змісту моделі здоров'язбережувальних технологій студентів спеціального медичного навчального відділення засобами фізичного виховання. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2013. № 1. С. 68–74.

84. Про Національну доктрину розвитку освіти : Указ Президента України від 17.04.2002 р. № 347/2002.

85. Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність - здоровий спосіб життя - здорова нація» : Указ Президента України від 09.02.2016 р. № 42/2016 : станом на 23 лип. 2021 р.

86. Про Національну стратегію розвитку освіти в Україні на період до 2021 року : Указ Президента України; Стратегія від 25.06.2013 № 344/2013.

87. Про основні засади молодіжної політики : Закон України від 27.04.2021 р. № 1414-IX : станом на 31 берез. 2023 р.

88. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір»: Розпорядж. Каб. Міністрів України від 31.10.2011 р. № 1164-р.

89. Радиш Я.Ф.; Ляховченко Л.А. Рівень здоров'я населення—важливий критерій сталого людського розвитку та показник ефективності державного управління: вступ до проблеми. *Право та державне управління. Збірник наукових праць*. Запоріжжя. 2011. № 2. С. 167–173.

90. Рева О.М. Якість життя та здоров'я сучасної молоді. *Вісник Національного університету оборони України*. 2011. № 1. С. 206–215.

91. Редько Т.М. Проблема збереження здоров'я студентів на сучасному етапі розвитку системи вищої освіти. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки*. 2015. № 124: С. 45–48.

92. Рівень і якість життя населення : монографія / Є.П. Кушнар'ова та ін. Харків : Видавничий Дім «ІНЖЕК». 2004. 272 с.

93. Романчук О.П., Ганіткевич В.І. Вплив Юмейхо-терапії на функціональний стан дихальної системи підлітків з порушеннями постави. *Реабілітаційні та*

фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини (Rehabilitation & recreation). 2022. № 11. С. 47–57.

94. Русалкіна Л.А. Специфіка іншомовної професійної підготовки майбутніх лікарів в умовах закладів вищої освіти. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського. Серія : Педагогічні науки*. 2018. № 3 (2). С. 278–283.

95. Сабіров О. Здоров'я студента як національно-культурна цінність в освітньому євроінтеграційному просторі. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: зб. наук. праць*. 2009. № 2. С. 16–19.

96. Садова І., Барна О. Впровадження розвивальних технологій навчання у вищій педагогічній школі. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2014. Вип. 3. С. 275–280.

97. Севрюк М.П., Ціпов'яз А.Т. Залучення студентів технічних ВНЗ до занять фізичною культурою і спортом з метою формування здорового способу життя. *Педагогіка, психологія та мед.-біол. пробл. фіз. виховання і спорту*. 2005. № 21. С. 15–23.

98. Сеймук А.О., Ю.А. Попович, А.К. Мумінов. Характеристика стану здоров'я студентів під час навчання у вищому навчальному закладі. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. Харків : ХДАФК. 2010. № 3. С. 43–46.

99. Семигіна Т.В. Децентралізація і політика охорони здоров'я. *Гілея*. 2014. Вип. 84. С. 461–465.

100. Сірко Р.І. Психічне здоров'я у старшому юнацькому віці як предмет психологічного дослідження : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Київ, 2001. 227 с.

101. Соколенко Л.С. Зміст і методика формування в студентів культури здорового способу життя у виховній позааудиторній діяльності. *Проблеми підготовки сучасного вчителя*. 2014. № 9 (2). С. 200–205.

102. Соколенко О.І. Формування ціннісного ставлення студентів вищих педагогічних навчальних закладів до свого здоров'я: дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Луганськ, 2008. 209 с.

103. Створення здоров'язберігального освітнього середовища для студентів-медиків / О. Р. Venger та ін. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 3. С. 97–102.

104. Стинська В., Чепіль М., Прокопів Л. Кейс-метод – інновації у методиці підготовки студентів магістратури у закладі вищої освіти *Молодь і ринок*. 2023. № 4/212. С. 16–19.

105. Стратегія розвитку Львівської області на період 2021–2027 років. Львів. 2019. 123 с. <https://www.minregion.gov.ua/wp-content/uploads/2020/05/strategiya-rozvytku-lvivskoyi-oblasti-na-period-2021-2027-rokiv.pdf>

106. Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020»: Указ Президента України від 12.01.2015 р. № 5/2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015#Text>.

107. Суханова Г.П., Непша О.В. Моніторинг стану здоров'я студентів вищих навчальних закладів, віднесених до спеціальних медичних груп. *Стратегічне управління розвитком фізичної культури і спорту*. 2017. С. 284–288.

108. Титаренко Т.М. Життєві завдання особистості як соціально-психологічний чинник моделювання майбутнього. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. Київ. : Міленіум. 2007. № 16. С. 304–311.

109. Ушакова І.М., Кубанов М.Ю. Особливості самооцінки та рівня домагань у курсантів та студентів НУЦЗУ з різною успішністю учбової діяльності. *Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць*. Харків : НУЦЗУ, 2011. Вип. 10. С. 247–254.

110. Філіпцова К.А., Топчій М.С. Вікова фізіологія і валеологія : навч. посіб. Одеса : Ун-т Уш., 2023. 383 с.

111. Філоненко М.М. Психологія особистісного становлення майбутнього лікаря : Thesis. 2016. URL: http://lib.iitta.gov.ua/704992/1/дисертація_філоненко.pdf

112. Формування здорового способу життя : навч. посіб. для слухачів курсів підвищ. кваліфікації держ. службовців. Київ, 2000. 232 с.

113. Фотинюк В. Стан і суб'єктивна оцінка студентів з во з питань формування позитивного ставлення до здорового способу життя. *Наука і техніка сьогодні*. 2022. № 4 (4).

114. Футорний С.П., Рудницький С.О. Характеристика стану здоров'я студентів вищих навчальних закладів. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2013. № 2. С. 15–19.

115. Ходаківський Є.І., Богоявленська Ю. ., Грабар Т. . Психологія управління : підручник. Київ : Центр учб. літ., 2011. 664 с.

116. Черняк Н.О. Формування мотивації студентів до навчання у ВНЗ. *Проблеми інженерно-педагогічної освіти*. 2013. № 38–39. С. 34–39.

117. Шафранський В.В. Основи Європейської політики і стратегія для ХХІ століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2016. № 2. С. 72–75.

118. Шиян О. Державна освітня політика з питань здорового способу життя молоді. Львів, 2010. 296 с.

119. Шиян О.Т. Освітня політика з питань формування і збереження здоров'я молоді у контексті глобалізації. *Демократичне врядування: науковий вісник*. 2008. № 2. С. 55–60.

120. Юрценюк О.С. Непсихотичні психічні розлади у студентів закладів вищої освіти (закономірності формування, діагностика, профілактика, лікування та реабілітація) : автореф. дис. ... д. мед. н. : 14.01.16. Київ. 2021. 583 с.

121. Ярославська Л.П., & Загородній В.В. Обґрунтування необхідності перебудови процесу фізичного виховання в навчальних закладах на основі показників фізичного розвитку, фізичної підготовленості та функціонального стану систем організму студентів. *Науковий часопис Національного педагогічного*

університету імені МП Драгоманова. Серія 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). 2021. № 8. С. 57–63.

122. A Prognostic Index to Identify the Risk of Developing Depression Symptoms Among U.S. Medical Students Derived From a National, Four-Year Longitudinal Study / L. N. Dyrbye et al. *Academic Medicine*. 2019. Vol. 94, no. 2. P. 217–226.

123. Aase L., Timimi F. K. Health Care Social Media. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2013. Vol. 56, no. 3. P. 471–476.

124. Abel-Smith B. An introduction to health: policy, planning and financing. Routledge. 2018. 246 p.

125. Adverse Childhood Experiences and Health Indicators in a Young Adult, College Student Sample: Differences by Gender / T. J. Grigsby et al. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2020. Vol. 27, no. 6. P. 660–667.

126. Alizadeh M., Ghabili K. Health related lifestyle among the Iranian medical students. *Res Biol Sci*. 2008. Vol. 3, no. 1. P. 4–9.

127. Al-Kandar F., Vidal L. Correlation of the Health-Promoting Lifestyle, Enrollment Level, and Academic Performance of College of Nursing Students in Kuwait. *Health Sciences*. 2007. Vol. 9. P. 112–119.

128. Andruszkiewich A., Banaszkiewicz M. Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2010. 420 p.

129. Application of Theory Planned Behavior (TPB) and Health Belief Model (HBM) in COVID-19 Prevention: A Literature Review / T.V. Yastica et al. 6th International Conference on Interactive Digital Media (ICIDM), Bandung, Indonesia,. 2020.

130. Banas J.A Tailored Approach to Identifying and Addressing College Students' Online Health Information Literacy. *American Journal of Health Education*. 2008. Vol. 39, no. 4. P. 228–236.

131. Bandura, A. Locke E. A. Social Foundations of Thought and Action: A Social-Cognitive View. *The Academy of Management Review*. 1987. Vol. 12, no. 1. P. 169.
132. Barve, G., Sood A. Effects of Advertising on Youth (Age Group of 13–19 Years Age). *Journal of Mass Communication & Journalism*. 2015. Vol. 05, no. 05. P. 23–34.
133. Bashour Bashour H.N. Survey of dietary habits of in-school adolescents in Damascus, Syrian Arab Republic. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2004. Vol. 10, no. 6. P. 853–862.
134. Berkma F. How the World Consumes Social Media. Mashable. URL: <https://mashable.com/archive/social-media-global>.
135. Bischof G., Bischof A., Rumpf H.-J. Motivational interviewing—an evidence-based approach for use in medical practice. *Deutsches Aerzteblatt Online*. 2021.
136. Boud D. Using journal writing to enhance reflective practice. *New directions for adult and continuing education*. 2001. Vol. 9. P. 9–18.
137. Brug J. The Transtheoretical Model and stages of change: a critique: Observations by five Commentators on the paper by Adams, J. and White, M. (2004) Why don't stage-based activity promotion interventions work?. *Health Education Research*. 2004. Vol. 20, no. 2. P. 244–258.
138. Bruner J., & Porath M. The Culture of Education. *Canadian Journal of Education / Revue canadienne de l'éducation*. 2000. Vol. 25, no. 3. P. 236.
139. Bunton R., Whitelaw S. The 'stages of change' model in health promotion: science and ideology. *Critical Public Health*, 2000. Vol. 10, no. 1. P. 55–70.
140. Cawood J., Dooris M., Powell S. Healthy universities: Shaping the future. *Perspectives in Public Health*. 2010. Vol. 130, no. 6. P. 259–260.
141. Chan K.L., Chen M. Effects of social media and mobile health apps on pregnancy care: meta-analysis. *JMIR mHealth and uHealth*. 2019. Vol. 7, no. 1. E11836.
142. Chen P.-S. D., Lambert A.D., Guidry K.R. Engaging online learners: The impact of Web-based learning technology on college student engagement. *Computers & Education*. 2010. Vol. 54, no. 4. P. 1222–1232.

143. Christakis N.A. Social network innovations for health and wellbeing. *Nine*. Vol. 42. P. 582-619.
144. Christakis N.A., Fowler J.H. The collective dynamics of smoking in a large social network. *New England Journal of Medicine*. 2008. Vol. 358. P. 2249–2258.
145. Clark J., Frith K.H., Demi A.S. The Physical, Behavioral, and Psychosocial Consequences of Internet Use in College Students. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. 2004. Vol. 22, no. 3. P. 153–161.
146. College students' use of social media for health in the USA and Korea. *Information Research: an international electronic journal*. Information science, Information management, Information systems, Information retrieval, Digital libraries, Information seeking behaviour, Information seeking behavior, World Wide Web, WWW. URL: <http://informationr.net/ir/19-4/paper643.html#.Y81iF3bP3Dc>.
147. Comparing process evaluations of motivational interviewing interventions for managing health conditions and health promotions: A scoping review / M.U. Rimayanti et al. *Patient Education and Counseling*. 2021.
148. Constitution of the World Health Organization. In: World Health Organization: Basic documents. 45th ed. Geneva : World Health Organization; 2005.
149. Coordinated School Health Programs and Academic Achievement: A Systematic Review of the Literature . *Journal of School Health*. 2007. Vol. 77, no. 9. P. 589–600.
150. Cragg L. Davies M., Macdowall W. Health promotion theory. *Open University Press*. Maidenhead. 2013. 184 p.
151. Cuijpers P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviors*. 2000. Vol. 27 P. 1009–1023.
152. Culture Culture Matters: A Survey Study of Social Q&A Behavior. *Proceedings of the International AAAI Conference on Web and Social Media*. 2021. Vol. 5, no. 1. P. 409–416.

153. Curran P.J., Bauer D.J. The disaggregation of within-person and between-person effects in longitudinal models of change. *Annual review of psycholog.* 2011. Vol. 62. P. 583–619.
154. Cutler D. M. Education and health: Evaluating theories and evidence. *Cambridge, Mass : National Bureau of Economic Research*, 2006. 37 p.
155. Dahl R.E. Lewin D.S. Pathways to adolescent health sleep regulation and behavior. *J Adolesc Health.* 2002. P. 175–84.
156. Debatin B., Lovejoy J.P., Horn A.K. Facebook and Online Privacy: Attitudes, Behaviors, and Unintended Consequences. *Journal of Computer-Mediated Communication.* 2009. Vol. 15. P. 83–108.
157. Dietary and lifestyle habits amongst adolescents in Bahrain / A. Musaiger et al. *Food & Nutrition Research.* 2011. Vol. 55, no. 1. P. 7122.
158. Dontre A. J. The influence of technology on academic distraction: A review. *Human Behavior and Emerging Technologies*, Vol. 3, no. 3. P. 379–390/
159. Dooris M. & Doherty S. Healthy Universities – time for action: a qualitative research study exploring the potential for a national programme. *Health Promotion International* 2010. Vol. 25, no. 1. P. 94–106.
160. Dziegielwski S.F. Addressing stress with social work students: A controlled evaluation. *Journal of Social Work Education.* 2004. Vol. 40, no. 1. P. 105–119.
161. Eating habits and obesity among Lebanese university students / N. Yahia et al. *Nutrition Journal.* 2008. Vol. 7, no. 1. P. 14–26.
162. Egerter S., Braveman P, Williams D.R. The social determinants of health: coming of age. *Annu Rev Public Health.* 2011. Vol. 32. P. 381–98.
163. Enhancing promotional strategies within social marketing programs: use of Web 2.0 Social Media / R. Thackeray et al. *Health Promotion Practice.* 2008. Vol. 9, no. 4. P. 338–343.

164. Factors in medical school that predict postgraduate mental health problems in need of treatment. A nationwide and longitudinal study / R. Tyssen et al. *Medical Education*. 2008. Vol. 35, no. 2. P. 110–120.
165. Fan S., Hyndman R. J. Short-term load forecasting based on a semi-parametric additive model. *IEEE transactions on power systems*. 2001. Vol. 27, no. 1. P. 134–141.
166. Farsi D. Social Media and Health Care, Part I: Literature Review of Social Media Use by Health Care Providers. *Journal of Medical Internet Research*. 2021. Vol. 23, no. 4. P. e23205.
167. Fedchyshyn N. Quality of higher medical education in Germany realities and peculiarities. *Human Studies. Series of Pedagogy*. 2020. No. 11/43. P. 103–114.
168. Fox S., Duggan M. Health Online 2013. Pew Research Center: Internet, Science & Tech. URL: <https://www.pewresearch.org/internet/2013/01/15/health-online-2013/>.
169. Freeman M., Vasconcelos E. Critical social theory: Core tenets, inherent issues. *New Directions for evaluation*, 2010. Vol. 127. P. 7–19.
170. French J., Russell-Bennett R. A hierarchical model of social marketing. *Journal of Social Marketing*. 2015. Vol. 5, no. 2, P. 139–159.
171. Fu M.C. Simulation Optimization. *Encyclopedia of Operations Research and Management Science*. Boston, MA, 2013. P. 1418–1423.
172. Gielen A.C., Gary T.L. Using the precede-proceed model to apply health behavior theories. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. 2008. Vol. 4. P. 407–29.
173. Girosi F. Extrapolating Evidence of Health Information Technology Savings and Costs. *RAND Corporation*, 2005. 142 p.
174. Guo Y., Bian J. Social Media-Based Health Interventions: Where Are We Now?. *Social Web and Health Research*. Cham, 2019. P. 15–30.
175. Hashmat S.F. Amanullah Factors causing exam anxiety in medical students. *J Pak Med Assoc*. 2008. Vol. 58. P. 167–170.

176. Health and health behaviour among young people. / Nic Gabhainn S et al., eds Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2000. P. 97–114.
177. Health care in Germany: The German health care system. Informed Health Online, 2015. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0078019/>
178. Health care. Ministry of foreign affairs of the republic of Latvia. 2016. URL: <http://www.mfa.gov.lv/en/about-the-ministry/state-protocol/health-care>
179. How should we define health? / M. Huber et al. *BMJ*. 2011. Vol. 343, jul26 2. P. d4163.
180. Hubley. Practical Health Promotion. *Polity Press*, 2020. 352 p.
181. Illicit use of specific prescription stimulants among college students: prevalence, motives, and routes of administration. Teter C. J. et al. *National Institutes of Health, pharmacotherapy*. 2006. Vol. 26. P. 1501–1510.
182. Integrating movement in academic classrooms: understanding, applying and advancing the knowledge base / C. A. Webster et al. *Obesity Reviews*. 2015. Vol. 16, no. 8. P. 691–701.
183. International C. o. H. P. (. 1. A. S. A.). Report on the Adelaide conference Healthy Public Policy: 2nd International Conference on Health Promotion, April 5–9, 1988, Adelaide, South Australia. Copenhagen, Denmark : World Health Organization, Regional Office for Europe, Health Promotion Unit, 1988. 44 p.
184. It's not that I don't have problems, I'm just not putting them on Facebook: challenges and opportunities in using online social networks for health. Newman M. W. et al. In Proceedings of the ACM 2011 Conference on Computer Supported Cooperative Work (CSCW). 2011. P. 341–350.
185. Jessor The Perceived Environment and the Psychological Situation. *Problem Behavior Theory and the Social Context*. Cham, 2017. P. 183–205.
186. Kemm J. Health impact assessment: a tool for healthy public policy. *Health promotion international*. 2001. Vol. 16. P. 79–85.

187. Kickbusch I., Potvin L., Balbo L. Health and modernity: the role of theory in health promotion. *Springer Science & Business Media*. 2007. 170 p.
188. Kim, Jung-Hwan, Sharron J. Mass media and self-esteem, body image, and eating disorder tendencies. *Clothing and Textiles Research Journal*. 2007. Vol. 25, no. 1. P. 3–23.
189. Knowledge and practice of healthy lifestyle and dietary habits in medical and non-medical students of Karachi./Rubina A, et all. *J Pak Med Assoc*. 2009. Vol. 59, no. 9. P. 650–655.
190. Kolb A.Y., Kolb D.A. Learning styles and learning spaces: Enhancing experiential learning in higher education. *Academy of management learning & education*. 2005. Vol. 4, no. 2. P. 193–212.
191. Koliada N., Korol S. Self-assessment of first-year students' health as an indicator of successful adaptation: socio-psychological aspects. *Ukrainian Educational Journal*. 2019. No. 2. P. 15–20.
192. Kramers P.G. The ECHI project: health indicators for the European Community. *Eur. J. Public Health*. 2003. Vol. 41. P. 101–106.
193. Lee, Regina L.T., Alice J.T. Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public health nursing*. 2005. Vol. 22. P. 209–220.
194. Lower life satisfaction in physicians compared with a general population sample: a 10-year longitudinal, nationwide study of course and predictors. / Tyssen R et al. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009. Vol. 44. P. 47–54.
195. Łuczyńska A. Zmiana zachowań zdrowotnych: Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?. Gdańsk : Gdańskie Wydaw. *Psychologiczne*, 2004. 244 p.
196. Lundborg P., Lyttkens C.H., Nystedt P. The effect of schooling on mortality: New evidence from 50,000 Swedish twins. *Demography*. 2016. Vol. 53, no. 4. P. 1135–1168.

197. Lynn R, Sharon D. Youth Resilience Framework for Reducing Health-Risk Behaviors in Adolescents. *J Pediatr Nurs*. 2003. Vol. 18. P. 379–387.
198. Macdonald G. The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. *Health Education Research*. 2000. Vol. 15, no. 2. P. 233–235.
199. Mallon L., Broman J.E. High incidence of diabetes in men with sleep complaints or short sleep duration: a 12-year follow-up study of a middle-aged population. *Diabetes Care journal*. 2005. Vol. 28. P. 2762–2767.
200. McGuire W.J. McGuire's Classic Input–Output Framework for Constructing Persuasive Messages. *Public Communication Campaigns*. 1 Oliver's Yard, 55 City Road London EC1Y 1SP. P. 133–145.
201. McKay A. Prevention of sexually transmitted infections in different populations: a review of behaviourally effective and cost-effective interventions. *Canadian Journal of Human Sexuality*. 2000. Vol. 9. P. 95–120.
202. Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention / B. Spencer et al. *Health Promotion International*. 2008. Vol. 23, no. 1. P. 86–97.
203. Morrell, Ernest. «Toward a critical pedagogy of popular culture: Literacy development among urban youth» *Journal of Adolescent & Adult Literacy*. 2002. Vol. 2. P. 72–77.
204. Newton J., Dooris M., Wills J. Healthy universities: an example of a whole-system health-promoting setting. *Global Health Promotion*. 2016. Vol. 23, no. 1_suppl. P. 57–65.
205. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 2000. Vol. 15, no. 3. P. 259–267.

206. Nutbeam D., Harris E., Wise W. Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories. *McGraw-Hill*. 2010. 81 p.
207. O'Hara L., Taylor J. QATCHEPP: A quality assessment tool for critical health promotion practice. *Frontiers in Public Health*. 2023. Vol. 11. P. 21–37.
208. Obionu O. Chima O. Incidence, Severity, And Significance of Medical Student Abuse. *International Journal of Medicine and Health Development*. 2000. Vol. 5, no. 2. P. 96–100.
209. Ofori R. Age and 'Type of Domain Specific Entry Qualifications as Predictors of Student Nurses Performance in Biological, Social and Behavioural Sciences in Nursing Assessments. *Nurse Educ. Today*. 2000. Vol. 20. P. 298–310.
210. Ottawa charter for health promotion. Bulletin of the Pan American Health Organization (PAHO) / ed. by P. A. H. Organization, W. H. Organization, 1987. 200 p.
211. Pathare, Abhinav Vitthalrao. Healthy Setting Approach: Origin, Evolution, and Development; Challenges and Opportunities in the University Setting. *International Journal of Medical Science and Current Research*. 2021. Vol. 4, no. 5. P. 1069–1080.
212. Physically active lessons as physical activity and educational interventions: a systematic review of methods and results. / Norris, E., et al. *Preventive medicine*. 2015. Vol. 72. P. 116–125.
213. Piercy P. L. Katrina Opportunities for public health to increase physical activity among youths. *American journal of public health*. 2015. Vol. 105. P. 421–426.
214. Prochaska J., DiClemente C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1982. Vol. 19, no 3. P. 276–288.
215. Regina L, Alice T, Yuen L. Health-Promoting Behaviors and Psychosocial Well-Being of University Students in HongKong. *Public Health Nurs*. 2005. Vol. 22. P. 209–220.
216. Relationships between dietary habits and the prevalence of fatigue in medical students. / Tanaka M. et al. *Nutrition*. 2008. Vol. 24. P. 985–989.

217. Saan H., Haes W. D. Health promotion. *Epidemiology in public health practice*. 2010. Vol. 4. P. 305–330.
218. Saipanish R. Stress among medical students in a Thai medical school. *Med Teach*. 2003. Vol. 25, no. 5. P. 502–506.
219. Sánchez Ordóñez J.M., Gimeno Navarro M.Á. Healthy Universities: Concepts, Dimensions and Approaches for the Construction of Healthy University Environments. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2022. Vol. 27, no. 1. P. 234–250.
220. Satalic Z, Baric IC, Keser I: Diet quality in Croatian university students: Energy, macro-nutrient and micro-nutrient intakes according to gender. *Int J Food Sci Nutr*. 2007. Vol. 58, no. 5. P. 398–410.
221. Sharma M. Theoretical Foundations of Health Education and Health Promotion. *Jones & Bartlett Learning, LLC*, 2016. 294 p.
222. Sherina MS, Rampal L, Kaneson N. Psychological stress among undergraduate medical students. *Med J Malaysia*. 2004. Vol. 59. P. 207–11.
223. Sigerist H.E. A History of Medicine. Vol. II. Early Greek, Hindu and Persian Medicine. New York : *Oxford University Press*, 1961. 368 p.
224. Skotna N., Lialiuk H. Personality-oriented approach to the implementation of the individual educational trajectory of a higher school applicant. *Pedagogical Education: Theory and Practice*. 2020. No. 28. P. 393–403.
225. Skrzypczak J., Putz J., Maksymiuk T. Responsibility for Health – a Brief Outline. *Peter Lang GmbH*, 2020. 126 p.
226. Subrahmanyam K. Digital Youth,. In *Advancing Responsible Adolescent Development*. *Springer*, 2011. P. 143–155.
227. Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years / Bonomo Y.A. et al. *Addiction*. 2004. Vol. 99, no. 12. P. 1520–1528.
228. Teenage Partners' Communication About Sexual Risk and Condom Use: The Importance of Parent-Teenager Discussions / D.J. Whitaker et al. *Family Planning Perspectives*. 1999. Vol. 31, no. 3. P. 117.

229. Teigen K.H., Yerkes-Dodson: A Law for all Seasons. *Theory & Psychology*, 1994. Vol. 4, no. 4. P. 525–547.

230. Tengland P. Two –Dimensional Theory of Health, Theoretical Medicine and Bioethics. *Theoretical Medicine and Bioethics*. Vol. 28, no. 4. 2007. P. 257–284.

231. The Eighth Global Conference on Health Promotion: Health in All Policies: From Rhetoric to Action / K. C. Tang et al. *Health Promotion International*. 2014. Vol. 29, suppl 1. P. i1–i8.

232. The impact of health literacy on knowledge, Attitude and decision towards hospice care among community-dwelling seniors / H.-Y. Huang et al. *Health & Social Care in the Community*. 2019. Vol. 27, no. 5. P. e724–e733.

233. The Whole School, Whole Community, Whole Child Model: A New Approach for Improving Educational Attainment and Healthy Development for Students / T. C. Lewallen et al. *Journal of School Health*. 2015. Vol. 85, no. 11. P. 729–739.

234. Tracking drinking behaviour from age 15-19 years / A. Andersen et al. *Addiction*. 2003. Vol. 98, no. 11. P. 1505–1511.

235. Tsai L.L. Sleep patterns in college students. Gender and grade differences. *Journal of Psychosomatic Research*. 2004. Vol. 56. P. 231–237.

236. Tsarenko L. Українські традиційні моделі здоров'я. *Psychological Journal*. 2015. Т. 2, № 2. С. 100–113.

237. Tweeting about #Diseases and #Publichealth: Communicating Global Health Issues across Nations / J. P. D. Guidry et al. *Health Communication*. 2019. Vol. 35, no. 9. P. 1137–1145.

238. Tysevych T.V. Analysis of Physical Health of Students of the Institution of Higher Medical Education. *Ukrains'kij žurnal medicini, biologiï ta sportu*. 2022. Vol. 7, no. 2. P. 159–165.

239. Verma Ch., Daniya Sanjay. Variance Difference in Perception of Students Regarding Internet Communication on their Study Level and Stream using F-

Test. *International Journal of Engineering Technology, Management and Applied Science*. 2015. Vol. 3. P. 280–286.

240. Vithoulkas G. The “continuum” of a unified theory of diseases. *Med Sci Monit*. 2010. Vol. 16. P. SR7–15.

241. Wallenstein S., Leipzig R. M., Hyer K. Attitudes toward working on interdisciplinary healthcare teams: a comparison by discipline. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2002. Vol. 50, no. 6. P. 1141–1148.

242. Watson R. Practical statistics for nursing and health care Practical statistics for nursing and health care. *Nursing Standard*. 2002. Vol. 16, no. 40. P. 29.

243. West B.J., Dunbar R.I. Fractal structure of human and primate social networks optimizes information flow. *Proceedings of the Royal Society A*. 2023. Vol. 479, no. 2274. E.20230028.

244. Williamson D.A. Global Social Network Users 2022. Insider Intelligence. URL: <http://www.emarketer.com/Article/Social-Networking-Reaches-Nearly-One-Four-Around-World/1009976#sthash.IMvzD2mE.dpuf>.

245. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the Korean Medical Association*. 2014. Vol. 57, no. 11. P. 899.

246. Zeidner M. Test anxiety. In Ch. Spielberger (Ed.). *Encyclopedia of Applied Psychology*. 2004. Vol. 3. P. 545–556.

ДОДАТКИ
АКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Факультет післядипломної освіти

79010 м.Львів, вул.Пекарська, 69 тел.(факс) (032) 276-93-74

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційного дослідження Лотоцької Л.Б.
на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук
зі спеціальності 13.00.01 – загальна педагогіка та історія педагогіки
на тему: «Формування здорового способу життя
у студентів медичних закладів вищої освіти»

Назва впровадження: Обґрунтування моделі формування здорового способу життя у студентів медичних закладів вищої освіти.

Установа-розробник: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра медичної інформатики.

Автор: Лотоцька Л.Б.

Впроваджено в навчальну програму мультидисциплінарного циклу тематичного удосконалення «Педагогічні, психологічні та правові аспекти вищої медичної освіти» для науково-педагогічних працівників медичних вишів.

Термін впровадження: 2021-2022 н.р.

Ефективність впровадження: включено в лекційний метаріал та матеріали практичних занять при викладанні курсів «Організаційно-дидактичні особливості навчального процесу у закладі вищої освіти в галузі охорони здоров'я», «Компетентнісний підхід у вищій медичній освіті. Формування фахової компетентності студентів-медиків», «Сучасні інтерактивні та проблемно-орієнтовані технології навчання студентів щодо пошуку та використання доказової інформації». Використання моделі посилить ефективність педагогічної діяльності, спрямованої на активізацію здоров'язберігаючої позиції студента-медика, опанування уміннями й навичками здорового способу життя.

Зауваження, пропозиції: пропонується подальше впровадження в навчальний процес.

Затверджено на засіданні профільної методичної комісії ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (протокол № 5 від 20.12.2022 р.).

Декан ФПДО ЛНМУ імені Данила Галицького
доц.Січкоріз О.Є.





Міністерство освіти і науки України
ДРОГОБИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені ІВАНА ФРАНКА
 82100, м. Дрогобич, вул. Івана Франка, 24; тел. (03244) 1-04-74, факс: (03244) 1-04-74
 р/р 35224001000379 у ВДК м. Дрогобича, МФО-825014, код ЄДРПОУ 02125438
 e-mail: dspu@dspu.edu.ua

№ 111 від 16.01. 2023 р.

Довідка

про впровадження результатів дисертаційного дослідження Лотоцької Лесі Богданівни на тему **“Формування здорового способу життя у студентів медичних закладів вищої освіти”** на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 011 – Освітні, педагогічні науки, галузь знань 01 Освіта/Педагогіка

Результати дослідження Лотоцької Лесі Богданівни впроваджувалися в освітній процес кафедри загальної педагогіки та дошкільної освіти Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка упродовж 2014 - 2022 навчальних років і свідчать про те, що питання збереження і зміцнення здоров'я студентів є важливою культурно-освітньою, економічною і соціально-політичною проблемою, водночас, простежується тенденція до суттєвого погіршення фізичного стану студентської молоді внаслідок зниження рухової активності, поширення шкідливих звичок, поглиблення кризи.

На дослідницьку увагу заслуговують напрацювання здобувачки щодо аналізу феномену «здоров'я» та ефективності шляхів його збереження; обґрунтування специфіки студентського способу життя та факторів ризику здоров'я; дослідження навчального процесу медичних закладів вищої освіти та його впливу на стан здоров'я студентів; моделювання підходу медичної освіти до формування здорового способу життя, що стимулює поліпшення здоров'я та благополуччя студентів та їх навчальних досягнень.

Виступ здобувачки на науковому семінарі з доповіддю на тему “Формування здорового способу життя у студентів медичних закладів вищої освіти” окреслив нові перспективи наукових досліджень. Під час дискусії здобувачка відповіла на запитання майбутніх магістрів та докторів філософії що стосуються означеної проблеми.

Здобувачка опублікувала статті Науковому збірнику “Актуальні проблеми гуманітарних наук: міжвузівський збірник наукових праць молодих вчених Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка” (Лотоцька Л., Лотоцька-Дудик У., Брейдак Ю. Тенденції розвитку орторексії серед студентів-медиків. 2020. Т. 2, № 32. С. 159–164.; Лотоцька Л., Блавацька О. Пандемія COVID-19: вплив карантину на якість життя студентів-медиків., 2022. т.2. № 48, С.177-181).

Результати та матеріали дисертаційного дослідження Лотоцької Л.Б. використано під час розробки навчально-методичного забезпечення освітніх компонентів, що формують професійній компетентності майбутніх педагогів. Результати апробації та впровадження дають змогу зробити висновок про актуальність наукової проблеми, теоретичне та практичне значення одержаних результатів та доцільність їх використання у практиці професійної підготовки майбутніх педагогів.

Результати впровадження обговорено та затверджено на засіданні кафедри загальної педагогіки та дошкільної освіти (протокол № 1 від 17 січня 2023 р.).

Завідувач кафедри загальної педагогіки та дошкільної освіти, доктор педагогічних наук, професор

Тетяна ПАНТЮК

Тетяна ПАНТЮК

Ректор доктор філософських наук, професор



Валентина БОДАК

Валентина БОДАК

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

 Проректор
 з науково-педагогічної роботи
 Харківського національного
 медичного університету
 проф., Марковський В. Д.
 «16» 02 2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів дисертаційних досліджень Лотоцької Л.Б.
«Формування здорового способу життя
у студентів медичних закладів вищої освіти»

Назва впровадження: Обґрунтування моделі формування здорового способу життя у студентів медичних навчальних закладів.

Установа-розробник: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.

Автор: Лотоцька Л.Б.

Впроваджено в навчально-методичні комплекси дисциплін обов'язкової та вибіркових компонент освітньо-професійної програми «Громадське здоров'я» другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 229 Громадське здоров'я галузі знань 22 Охорона здоров'я.

Термін впровадження: 2021-2022 н.р.

Ефективність впровадження: включено в лекційний метаріал та матеріали практичних занять при викладанні дисциплін «Основи громадського здоров'я», «Профілактика, валеологія», «Формування здорового способу життя населення», «Управління якістю життя».

Використання моделі сприятиме набуттю фахових компетентностей майбутніх фахівців розробляти аналізувати та впроваджувати науково обґрунтовані варіанти стратегій, політик та заходів, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я населення.

Зауваження, пропозиції: немає.

“ 15 ” лютого 2023 р.

Відповідальний за впровадження

Директор

Навчально-наукового інституту якості освіти

Харківського національного медичного університету

д.мед.н., професор

Завгородній І. В.

**ВИЩИЙ ПРИВАТНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
Львівський медичний фаховий коледж**

«МОНАДА»



Юридична адреса: 79040, м. Львів, вул. Патона, 22-А
Поштова адреса: 79018, м. Львів, вул. Поліщука, 76
Тел.: (032) 242-78-88
(067) 671-30-88, (050) 308-87-99
e-mail: monadalviv@gmail.com

31 січня 2023 № 893

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Лотоцької Лесі Богданівни

на тему: «Формування здорового способу життя
у студентів медичних закладів вищої освіти»

на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук
зі спеціальності 13.00.01 – загальна педагогіка та історія педагогіки

Упродовж 2020-2022 рр. при викладанні дисциплін професійної та практичної компетентності спеціальності 223 «Медсестринство» у Вищому приватному навчальному закладі Львівський медичний фаховий коледж «Монада» було апробовано та впроваджено в освітній процес основні положення та висновки дисертаційного дослідження Лотоцької Л.Б.

Основні положення, матеріали і висновки дослідження було використано при розробці навчально-методичних комплексів навчальних дисциплін «Громадське здоров'я та громадське медсестринство», «Основи медсестринства», «Репродуктивне здоров'я та планування сім'ї», а саме навчальних та робочих програм, навчально-методичного забезпечення (лекційних курсів, практичних занять, самостійної роботи).

Упровадження результатів дисертаційної роботи у навчальний процес підготовки майбутніх медичних фахівців сприятиме формуванню життєвого пріоритету здоров'я у студентів-медиків, вихованню мотивації на здоровий спосіб життя та впровадженню цих навиків у професійну діяльність.

Результати впровадження дисертаційної роботи було заслухано та затверджено на засіданні Предметної комісії загально-медичних та спеціальних дисциплін ВПНЗ Львівський медичний фаховий коледж «Монада» (протокол № 5 від 21 грудня 2022 р.)

Директорка базового коледжу
ВПНЗ Львівський медичний
фаховий коледж «Монада»



к.мед.н. Брейдак Ю.Г.

ЄДРПОУ 13797632, свідоцтво №17744880, інд. под. №137976313032

р/р UA 653808050000000026006437727 ПАТ "Райффайзен Банк Аваль" у м. Києві



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
 ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
 МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
 МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, тел. (0352) 52-44-92, 52-50-10
 E-mail: university@tdmu.edu.ua, Web: http://tdmu.edu.ua; код ЄДРПОУ 02010830

14.03.2023 № 03-30/777

На № _____ від _____

Довідка

про впровадження результатів дисертаційного дослідження Лотоцької Лесі Богданівни на тему **“Формування здорового способу життя у студентів медичних закладів вищої освіти”** на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 011 – Освітні, педагогічні науки, галузь знань 01 Освіта/Педагогіка

Результати дослідження Лотоцької Лесі Богданівни впроваджувалися в освітній процес кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету ім.І.Я. Горбачевського упродовж 2014-2022 рр. і свідчать про те, що одним із основних стратегічних завдань національної освіти є виховання молоді в дусі відповідального ставлення до власного здоров'я і здоров'я оточуючих, як до найвищої індивідуальної та суспільної цінності.

На дослідницьку увагу заслуговують напрацювання здобувачки щодо аналізу психолого-педагогічних та соціальних передумов формування ціннісного ставлення сучасних студентів до здорового способу життя; дослідження навчального процесу як чинника формування здорового способу життя студентів-медиків; обґрунтування соціально-гігієнічних умов та способу життя студентів-медиків; вивчення психологічних особливостей студентів в умовах повсякденної діяльності; використання мас-медіа та новітніх технологій у формуванні навичок здорового способу життя тощо.

Результати та матеріали дисертаційного дослідження Лотоцької Л.Б. використано під час розробки навчально-методичного забезпечення освітніх дисциплін «Соціальна медицина, громадське здоров'я», «Здоров'я населення та його основні детермінанти».

Результати апробації та впровадження дають змогу зробити висновок про актуальність наукової проблеми, теоретичне та практичне значення одержаних результатів та доцільність їх використання у практиці професійної підготовки майбутніх педагогів.

Результати впровадження обговорено та затверджено на засіданні кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я (протокол № 1 від 9 січня 2023 р.).

Т.в.о. завідувача кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
доктор медичних, професор



(Signature)

Наталія ТЕРЕНДА

Проректор закладу вищої освіти з наукової роботи
доктор біологічних наук, професор

(Signature)



0108023

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Перша проректорка
Івано-Франківського національного
медичного університету

д.біол.н., проф. Т. М. Ерстенюк

2023 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

результатів дисертаційного дослідження Лотоцької Л.Б.
«Формування здорового способу життя у студентів медичних
закладів вищої освіти»

Назва впровадження: Обґрунтування моделі формування здорового способу життя у студентів медичних навчальних закладів.

Установа-розробник: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.

Автор: Лотоцька Л.Б.

Впроваджено у навчальний процес викладання дисциплін обов'язкової та вибіркової компонент освітньо-професійної програми «Медицина» другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 22 Охорона здоров'я спеціальності 222 Медицина професійної кваліфікації лікар.

Терміни впровадження: 2021-2022 н.р.

Ефективність впровадження: включено в матеріали лекційного курсу та практичних занять при викладанні нормативної дисципліни «Гігієна та екологія» та вибіркової дисципліни «Вплив навколишнього середовища на здоров'я людини».

Використання моделі сприятиме підвищенню ефективності підготовки майбутніх лікарів, сприятиме формуванню життєвого пріоритету здоров'я, вихованню мотивації на здоровий спосіб життя та впровадженню цих навиків у професійну діяльність.

Зауваження, пропозиції: немає.

“_15_” _лютого_ 2023 р.

Відповідальний за впровадження

Завідувач кафедри гігієни та екології
д.мед.н., професор

Мізюк М. І.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з науково-педагогічної та навчальної роботи
Вінницького національного медичного
університету імені М.І.Пирогова
проф. Серебреннікова О.А.
2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційного дослідження Лотоцької Л.Б.
«Формування здорового способу життя у студентів медичних
закладів вищої освіти»

Упродовж 2021-2022 н.р. на кафедрі медицини катастроф та військової медицини впроваджено результати дисертаційного дослідження Лотоцької Л.Б.

Назва впровадження: Обґрунтування моделі формування здорового способу життя у студентів медичних закладів вищої освіти.

Установа-розробник: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра медичної інформатики.

Автори: Лотоцька Л.Б.

Впроваджено в навчальний процес при викладанні дисципліни «Безпека життєдіяльності» для студентів 2-го курсу спеціальності «Медична психологія».

Ефективність впровадження: включено в лекційний матеріал та матеріали практичних занять. Використання моделей формування навиків здорового способу життя сприятиме підвищенню професійних компетентностей, активізації здоров'язберігаючої позиції студентів-медиків та заохоченню до самоосвіти.

Зауваження, пропозиції: пропонується подальше впровадження в навчальний процес. Протокол засідання кафедри медицини катастроф та військової медицини від 25.01.2021р. №1.

Відповідальний за впровадження:

к.мед.н., доцент,
завідувач кафедри медицини катастроф
та військової медицини ЗВО

Микола
МАТВІЙЧУК

доцент кафедри ЗВО, к.мед.н.

Валентина ЧОРНА

доцент кафедри ЗВО, к.мед.н.

Володимир
ПОДОЛЯН



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор
з науково-педагогічної роботи
Харківського національного
медичного університету
проф., Марковський В. Д.

«16» 02 2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційних досліджень Лотоцької Л.Б.

*«Формування здорового способу життя
у студентів медичних закладів вищої освіти»*

Назва впровадження: Обґрунтування моделі формування здорового способу життя у студентів медичних навчальних закладів.

Установа-розробник: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.

Автор: Лотоцька Л.Б.

Впроваджено в навчально-методичні комплекси дисциплін обов'язкової та вибіркових компонент освітньо-професійної програми «Громадське здоров'я» другого (магістерського) рівня вищої освіти :за спеціальністю 229 Громадське здоров'я галузі знань 22 Охорона здоров'я.

Термін впровадження: 2021-2022 н.р.

Ефективність впровадження: включено в лекційний метаріал та матеріали практичних занять при викладанні дисциплін «Основи громадського здоров'я», «Профілактика, валеологія», «Формування здорового способу життя населення», «Управління якістю життя».

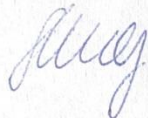
Використання моделі сприятиме набуттю фахових компетентностей майбутніх фахівців розробляти аналізувати та впроваджувати науково обгрунтовані варіанти стратегій, політик та заходів, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я населення.

Зауваження, пропозиції: немає.

“ 15 ” лютого 2023 р.

Відповідальний за впровадження

В.о. завідувача кафедри
гігієни та екології № 2
Харківського національного
медичного університету
к.мед.н., ст.досл.



Меркулова Т.В.