

**О. О. ЯРЕМЕНКО,***канд. екон. наук***Oleksander O. Yaremenko,**  
*Ph.D. in Economics***Р. Я. ЛЕВІН,**  
*канд. пед. наук***Roman Y. Levin,**  
*Ph.D. in Pedagogics*

## ІДЕОЛОГІЯ І ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ТЕОРІЇ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

**Abstract.** The suggested ideology and principles of a generally recognized way of conservation and improvement of public health is the very method of creating a healthy life style. They successfully proved their efficiency when being chosen as a basis for developing an organizational model of the activity of youth health promotion, which was implemented in the framework of Youth for Health I Project (1998–2002) and Youth for Health II Project (2002–2005).

*Постановка проблеми.* Загально-відомо, що одним із небажаних наслідків науково-технічного прогресу стає дедалі масштабніше погіршення екологічних характеристик довкілля, і це негативно впливає на стан здоров'я людей. Водночас у постіндустріальних та інформаційних суспільствах посилюються технізація та автоматизація усіх сфер життя, підвищуються динамізм, напруженість, інформаційна насиченість, усклад-

нюються міжособистісні стосунки тощо. Відповідно зростає сила і частота стресів, що також згубно впливає на людське здоров'я. Більшість науковців дотримуються такої оцінки, що зміни соціоекологічного середовища існування людства, які сталися протягом останнього століття, спричиняють нині настільки істотний негативний вплив на здоров'я населення, що це стало глобальною соціальною проблемою.

Як буває майже завжди, найбільше потерпають від глобальних проблем країни, які для їх розв'язання не мають достатніх економічних ресурсів, потужно розвинутої соціальної сфери, відзначається тривалою політичною нестабільністю. На жаль, склалося так, що це значною мірою стосується нинішньої України, яка з середини 80-х років 20 ст. постійно переживає процес соціальної й економічної трансформації ("перебудова", Чорнобильська катастрофа, розпад СРСР не тільки погіршили екологію та знизили економічний рівень держави, а й створили нові психологічні виклики для населення: замість отримання майже незалежно від особистої ініціативи гарантованого всім мінімуму засобів існування, стало життєво необхідним адаптуватися до нових соціально-економічних умов, коли рівень життя значно обумовлений індивідуальними чинниками). Природно, такий перебіг подій негативно позначився на здоров'ї, соціальному самопочутті переважної більшості населення країни і, що особливо небезпечно, – на стані фізичного, психічного і духовного здоров'я підростаючого покоління (впродовж останніх 10–15 років відбулося підвищення рівня захворюваності й поширення хвороб серед дітей і молоді майже за всіма класами хвороб, загрозливих масштабів набули у молодіжному середовищі туберкульоз, хвороби, що передаються статевим шляхом, СНІД, наркоманія, що в свою чергу призвело до зростання смертності й скорочення народжуваності [1, с. 5]). Отже, одним з найважливіших питань соціальної політики в Україні наразі є питання пошуку ефективних шляхів покращення здоров'я

молодого покоління, адекватних наявним соціальним умовам та економічним можливостям держави.

*Сучасні дослідження проблеми.* Глобальна актуальність проблеми виникнення нових загроз здоров'ю людства внаслідок зміни природних і соціальних умов життя населення за часів науково-технічної революції зумовила особливо активне розгортання досліджень за цією тематикою приблизно з другої половини 20 ст. Але започаткування у найбільш економічно розвинутих країнах нового системного підходу до розв'язання проблем громадського здоров'я прийнято пов'язувати з пізнішими дослідженнями, передусім, з опублікованим 1974 р. у Канаді урядовим звітом (відомим як "Звіт Лалонда" [2, с. 34]). Цей звіт уперше на урядовому рівні аргументував тезу про те, що традиційна система охорони здоров'я, медицина взагалі відіграють не головну роль у комплексі чинників, які визначають здоров'я людини. Було показано, що головним чинником, котрий найбільше зумовлює стан здоров'я, є спосіб життя, який ведуть люди; вперше була окреслена перспектива поліпшення громадського здоров'я шляхом формування здорового способу життя населення<sup>\*</sup>; доведено, що це може бути набагато ефективнішою й економічно доцільнішою стратегією, ніж постійне збільшення витрат на лікування наслідків нездорового способу життя (чим змушена найбільше опікуватися традиційна система охорони здоров'я), яке не забезпечує бажаного результату.

Проголошення фактично нової ідеології охорони здоров'я було позитивно сприйнято ВООЗ і зумовило проведення під егідою цієї організації цик-

<sup>\*</sup> У світі така діяльність відома під назвою "Хелс промоушен" (*Health promotion*); в Україні прийнято користуватися визначенням "Формування здорового способу життя".

лу досліджень із зазначеної проблема-тики в різних країнах світу. Одним з найбільш вагомих результатів стала розробка концепції досягнення здоров'я для всіх людей світу, яка вперше була оприлюднена на Всесвітній асамблеї з охорони здоров'я 1977 р. З ініціативи ВООЗ розпочалася міжнародна кампанія під назвою “Здоров'я для всіх”, в межах якої збиралася, досліджувалася, систематизувалася, узагальнювалася й оприлюднювалася інформація про існуючі загрози здоров'ю і шляхи їх подолання. Проблеми формування здорового способу життя (далі – ФЗСЖ) було приділено належну увагу й у підсумковій Декларації Міжнародної конференції з первинної медико-санітарної допомоги, проведеної 1978 р. в Алма-Аті. З того часу до досліджень з цієї тематики долучалося дедалі більше наукових шкіл та окремих вчених, пік активності яких припав на I Міжнародну конференцію з пропаганди здорового способу життя, проведеної в Канаді 1986 р., де була прийнята Оттавська хартія з пропаганди здорового способу життя. Ця хартія була перекладена п'ятдесятьма мовами і стала рубіжною подією, після якої ФЗСЖ набуло статусу загальноновизнаної і підтриманої ВООЗ системи дій та наукової дисципліни з усіма належними атрибутами (ідеологією, теорією, методологією, методикою і практикою)\*. Основні ідеї Оттавської хартії неодноразово розвивалися в пізніших дослідженнях [3], а ФЗСЖ нині визнано дієвим засобом збереження і зміцнення здоров'я в усьому світі. Саме на такому підході ґрунтована Всесвітня декларація з охорони здоров'я, прийнята на 51-й сесії ВООЗ

у травні 1988 р., де зазначено, у числі іншого, що держави – члени ВООЗ звернулися до всіх народів та інституцій із закликом прийняти і реалізувати концепцію “Здоров'я для всіх у 21 столітті”. Ця концепція була детально викладена у документі “Здоров'я-21” [4], і на цей час визначає основні напрями зусиль для урядів країн світу щодо проблем здоров'я населення.

*Завдання дослідження.* Вивчити світовий досвід у сфері теоретичних розробок і практичного впровадження діяльності з ФЗСЖ населення; виокремити основні ідеологічні постулати та головні принципи ФЗСЖ; представити їх у формі, адаптованій до застосування у вітчизняних умовах; продемонструвати їх реалізацію на прикладі конкретних проектів ФЗСЖ моделі, здійснених в Україні.

*Організація і методика дослідження.* Дослідження виконувалося в межах реалізації Українським інститутом соціальних досліджень українсько-канадських проектів “Молодь за здоров'я-1” (1998–2002 рр., м. Київ) та “Молодь за здоров'я-2” (2002–2005 рр., с. Матусів Шполянського району Черкаської області, м. Шпола Черкаської області, с. Городище Березнівського району Рівненської області, м. Березне Рівненської області), фінансованих Канадською агенцією міжнародного розвитку за менеджменту Канадського товариства міжнародної охорони здоров'я\*\*. Первинні матеріали для дослідження (літературні джерела, нормативно-законодавчі акти, звіти з моніторингу та оцінки тощо) були надані канадськими партнерами (16

\* Історія діяльності світової спільноти щодо ФЗСЖ та відповідно напрацьовані за чверть століття (1974–2000 рр.) документи докладніше описані раніше [2, с. 34–60].

\*\* Мета, завдання, зміст, організація і методи роботи за проектами “Молодь за здоров'я” описані в окремих виданнях [5; 6].

організацій, в тому числі Міністерство охорони здоров'я Канади, Уряд провінції Саскачеван, Міністерство освіти провінції Саскачеван, Центр пропагування здорового способу життя Торонтського університету, Саскачеванський університет, Університет Вікторія, Міністерство транспорту і шляхів провінції Британська Колумбія, Управління громадського здоров'я провінції Саскачеван, Саскачеванська рада з питань освіти та ін.); розроблені українськими партнерами матеріали (звіти, методичні рекомендації, посібники, наукові статті), підготовлені для проміжного та прикінцевого аналізу і видання, були досліджені з канадської сторони представниками відповідних організацій та обговорені під час двосторонніх зустрічей, семінарів, всеукраїнських та міжнародних конференцій.

*Матеріали дослідження.* Ідеї ФЗСЖ протягом 30-річної історії пройшли шлях від первинного накопичення фактів і свідчень до розробки цілісної теорії. У наш час ФЗСЖ являє собою не лише визначену систему практичних дій, а й навчальну дисципліну, яка викладається у багатьох країнах Заходу, а також наукову галузь, яка належить до сфери суспільних наук. У загальному вигляді ФЗСЖ визначається як процес дикладання зусиль для сприяння поліпшенню здоров'я і благополуччя взагалі, зокрема ефективній політиці, розробці доцільних програм, наданню відповідних послуг, які можуть підтримати та поліпшити наявні рівні здоров'я, дати людям змогу посилити контроль над власним здоров'ям і покращити його.

Теорія ФЗСЖ ґрунтується на кількох основних ідеях, з яких складається певна ідеологія. Перша ідея – пріоритет цінності здоров'я у світо-

глядній системі цінностей людини. Друга ідея – розуміння здоров'я не тільки як стану відсутності захворювань або фізичних вад, а ширше – як стану повного благополуччя. Третя – це ідея цілісного розуміння здоров'я як феномену, що невід'ємно поєднує його чотири сфери – фізичну, психічну, соціальну і духовну. Четверта ідея полягає в тому, що відповідальність за своє здоров'я несе, передусім, сама людина, але також держава і суспільство відповідають за здоров'я населення (це визначено міжнародними документами і закріплено в законодавчо-нормативних актах України).

Особливо важливим є розуміння здоров'я як благополуччя. Інколи й досі у середовищі фахівців-медиків залишається популярним той підхід, коли здоров'я визначається як відсутність хвороби. Інший підхід, відображений у документах ВООЗ, який спирається на ідеологію і принципи Оттавської хартії, визнає обмеженість суто медичного підходу, який визначає здоров'я як відсутність хвороби, постулює, що відсутність виявлених медичних симптомів захворювання або ознак вад і пошкоджень організму ще не означає наявності доброго здоров'я. Вважається, що комплекс медичних аспектів становить лише малу частину феномену здоров'я, а узагальнені підсумки досліджень залежності здоров'я людини від різних чинників впливу доводять, що рівень розвитку і стан системи охорони здоров'я у певному суспільстві зумовлює в середньому лише близько 10% усього комплексу цих впливів. Решта 90% припадає на умови середовища (близько 20%), спадковість (близько 20%) і найбільше – на спосіб життя (50%). Отже, хоча історія науки налічує багато десятків різних визначень здоров'я,

але справедливим і донині залишається те, яке міститься в преамбулі Статуту ВООЗ 1948 р.: “Здоров’я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад”.

Не менш важливим є й розуміння здоров’я як цілісності чотирьох сфер, як феномену, що інтегрує чотири основних складові (сфери): фізичну, психічну, духовну й соціальну. Усі ці складові є невід’ємні одна від одної, вони тісно взаємопов’язані і саме разом, у сукупності визначають стан здоров’я людини. Але для зручності досліджень і вироблення відповідних засобів впливу вони диференціюються фахівцями окремо, хоча, зрозуміло, стан здоров’я конкретної людини визначає інтегральний й одночасний вплив усіх чотирьох складових. *Фізичне* здоров’я визначають такі чинники, як індивідуальні особливості анатомічної будови тіла, фізіологічні функції організму в різних умовах довкілля, під час спокою та руху, рівень фізичного розвитку органів і систем організму. До сфери *психічного* здоров’я відносять індивідуальні характеристики психічних процесів і властивостей людини – особливості мислення, характеру, психоемоційного типу (зокрема збуджаність, емоційність, чутливість), які зумовлюють силу і швидкість реакцій на подразники та життєві ситуації, рівень стресу, вірогідність афектів, уявлення, почуття тощо. Психічне здоров’я також значною мірою зумовлює потреби людини, мотивацію, психологічні установки, життєві цілі тощо. *Духовне* здоров’я тісно пов’язане із багатством духовного світу особистості, знанням і сприйняттям духовної культури (цінностей освіти, науки, мистецтва, релігії, моралі, етики тощо), включає рівень свідомості, особливості

світогляду, життєвої самоідентифікації, ставлення до сенсу життя, оцінку власних здібностей і можливостей їх реалізації відповідно до усвідомлених ідеалів, особливості життєвих цілей, загалом ментальність людини. *Соціальне* здоров’я індивіда характеризується рівнем соціалізації особистості, ставленням до норм і правил, прийнятих у суспільстві, соціальними зв’язками з людьми і соціальними інститутами, набутим соціальним статусом та прагненням до його підвищення у межах діючих законів і моральних традицій, джерелами і рівнем доходів і витрат тощо. Воно міцно пов’язано з економічними чинниками, взаєминами людини із структурними одиницями соціуму (сім’єю, організаціями, через які відбуваються соціальні зв’язки – праця, відпочинок, побут, соціальний захист, охорона здоров’я, безпека існування тощо). Рівень соціального здоров’я залежить також від різниці в доходах людей, розвитку соціальної сфери, розподілу благ матеріального виробництва, загалом суспільного устрою, що разом створює відчуття соціальної захищеності (або незахищеності), зумовлює рівень психологічного задоволення буттям. У загальному вигляді соціальне здоров’я значно детерміноване рівнем розвитку суспільства і соціальної справедливості у певному середовищі, які відображаються в конкретних життєвих проявах в економічній, соціальній, політичній, духовній сферах.

Сучасний погляд на здоров’я, як основа ФЗСЖ, включає на додаток до уявлення про сфери здоров’я також структурування здоров’я за шістьма рівнями. *Рівні здоров’я* визначаються за кількісною ознакою – від окремої людини до людства в цілому. Перший рівень – *індивідуальний*, тобто здоров’я

окремих осіб. Другий рівень – здоров'я *групи* людей. Групою вважається найбільше, відносно постійне оточення людини (сім'я, родичі, друзі, знайомі тощо), у якому найбільше відбувається повсякденне спілкування. Члени цього кола, де людина постійно перебуває, відчують її вплив на себе – позитивний чи негативний, залежно від особливостей поведінки особистості, її ставлення до найближчого оточення. І навпаки, члени оточення своєю поведінкою, особливостями спілкування, ставленням до життєвих цінностей впливають на окрему людину. Особливістю рівня групи є те, що найбільший вплив на здоров'я оточення справляє спосіб життя і моделі поведінки неформальних лідерів – найбільш авторитетних членів групи. Роль неформальних лідерів у групі надзвичайно висока – від способу життя, який вони обирають, особливостей поведінки значно залежать традиції й звички найближчого оточення. У цьому оточенні, передовсім, відбувається позитивний і негативний вплив на здоров'я в усіх його проявах і складових – фізичній, психічній, духовній і соціальній. Сума цих впливів значною мірою формує спосіб життя членів оточення – визначає ставлення до фізичного здоров'я, створює психічну атмосферу, зумовлює духовні цінності, відчуття соціальної захищеності, виховує й диктує традиції та звички. Тому весь комплекс впливів, чинників і умов життя найближчого оточення суттєво визначає й рівень здоров'я групи людей.

Третій рівень – це рівень *організації*. Якщо група є неформальною структурною одиницею суспільства, то формально люди об'єднані в організації. Переважна більшість людей постійно перебуває під впливом організацій, в яких вони працюють, з якими

взаємодіють, встановлюють контакти у сферах виробництва і споживання товарів та послуг, науки, культури, релігії, права й соціального захисту, фінансів, безпеки тощо. Людина, яка працює в організації або звертається до неї у справах, обраною моделлю поведінки впливає на здоров'я інших людей, причетних до цієї організації. Відповідно й правила, традиції та особливості життя організації впливають на здоров'я окремої людини, яка до неї звертається або в ній працює. Так само як і в групі, в організації відбувається взаємний вплив на здоров'я людей. Особливістю рівня організації є те, що найбільший вплив на здоров'я працівників і причетних людей справляє спосіб життя і моделі поведінки формальних лідерів – керівників організації. Роль неформальних лідерів колективів та їхніх особистих якостей значно менша в організації, ніж у групі. Вплив окремої людини на здоров'я організації найбільше детермінований її владою (посадою, місцем в ієрархії організації, пов'язаним із цим формальним авторитетом). Наприклад, від стилю керівництва перших осіб суттєво залежить рівень стресу, який відчувають працівники, а це безпосередньо визначає стан їхнього психічного здоров'я. Прийнятий спосіб життя формальних лідерів (здоровий чи нездоровий), їх особисті звички й уподобання, наприклад стосовно вживання алкоголю, тютюну тощо, впливають на спосіб життя підлеглих, відбиваються на їхньому фізичному здоров'ї.

Четвертий рівень – це здоров'я *громади*. Перш за все, маються на увазі громади, структуровані за територіальною ознакою (село, селище, район, мікрорайон, місто тощо), тобто той найближчий соціум, де людина пере-

буває тривалий час свого життя. Громада також може складатися за етнічними або професійними ознаками, політичними чи релігійними переконаннями тощо. Кожній громаді притаманні свої особливості стосовно культурних цінностей, звичок, традицій, спілкування, побуту, праці, відпочинку і, природно, ці особливості визначають стан здоров'я людей, які живуть у громадах.

П'ятий рівень – це рівень *країни*, шостий – *світу*. Таке структурування рівнів здоров'я підкреслює принциповий постулат щодо зв'язку між індивідуальним і громадським здоров'ям. Існує наскрізна залежність і взаємна детермінованість усіх рівнів. Тобто від індивідуального здоров'я людини залежить здоров'я групи людей і здоров'я організацій. Від здоров'я груп і організацій залежить здоров'я громади, до якої вони входять, а від здоров'я сукупності громад залежить здоров'я країни в цілому. Здоров'я країн у сукупності зумовлює здоров'я всього світу. Цей (прямий) зв'язок (від людини до людства) діє також і в зворотному напрямі (від людства до людини). Наскрізна залежність і взаємна зумовленість усіх рівнів здоров'я визначає ще один аспект сучасного погляду на здоров'я: *кожна людина несе певну частку особистої відповідальності за здоров'я всього людства; усе людство певною мірою відповідальне за здоров'я кожної людини*. У практичній політиці цей підхід визначає потребу керуватися при розробці заходів щодо здоров'я тим принципом, що, з одного боку, держава відповідає за здоров'я своїх громадян, а з іншого – громадянин відповідає за власне здоров'я і здоров'я своєї країни.

До головних принципів ФЗСЖ, у відповідності з якими розробляється

теорія і будується практика, можна віднести, по-перше, принцип *міжгалузевості*. Оскільки вплив на здоров'я людей справляють практично всі явища і події суспільно-політичного та соціально-економічного життя, то, відповідно, й робота щодо збереження і зміцнення здоров'я може бути максимально ефективною за умови спільних зусиль представників різних галузей культури, науки, виробництва, сфер законотворчості, управління, господарювання, регулювання, охорони прав і свобод населення. Це означає, що до активної участі у ФЗСЖ залучаються всі гілки державної влади, самоврядування, недержавні організації, суспільні інститути різного відомчого підпорядкування (наприклад, сім'я, школа, військово, засоби масової інформації тощо).

Другий принцип – *багаторівневість*. Оскільки більшість галузей, сфер, суспільних інститутів структуровані за вертикаллю, до участі у ФЗСЖ залучаються представники усіх рівнів – центральних, регіональних і місцевих, також окремі організації, не структуровані за різними рівнями.

Третій – принцип *партнерства*. Представники різних галузей і сфер діяльності, працюючи на різних рівнях функціонування (як організації, так і окремі люди), не можуть спільно та ефективно діяти щодо ФЗСЖ, якщо не стають партнерами. Тобто вони повинні мати спільні цілі, вагомі мотиви до дій, засоби для роботи, які не тільки не суперечать істотним інтересам партнерів, а навпаки, підсилюють їхні можливості виконувати свої основні функції, набувати кращого іміджу в суспільстві.

Принцип *пристосування*. Будь-які проекти, програми, окремі заходи і дії, спрямовані на ФЗСЖ, можуть бути ус-

підшними лише в тому разі, якщо вони максимально пристосовані до місцевих умов реалізації, потреб і можливостей індивідів, груп людей і організацій, які становлять громаду, регіон, країну, де втілюється діяльність з ФЗСЖ. Марно сподіватися на суттєві і сталі позитивні результати, якщо ФЗСЖ конструюватиметься без урахування місцевих особливостей, традицій суспільного, економічного і культурного устрою середовища, де воно впроваджуватиметься.

Принцип *посередництва*. Хтось має забезпечити міжгалузеве багаторівневе партнерство, адаптоване до реалій впровадження, тобто довести учасникам ідеологію ФЗСЖ, виробити спільні взаємовигідні цілі, вмотивувати об'єднану діяльність. Крім того, практична робота з ФЗСЖ має бути організована, спланована, забезпечена технічно, інформаційними ресурсами, кадрами й фінансами. Безпосередній процес ФЗСЖ також потребує координації партнерських зусиль, досліджень і аналізу результатів, їх постійної оцінки і відкритого обговорення, узагальнення кращих надбань, обміну досвідом. Отже якийсь суспільний інститут (орган, система, відомство, авторитетна організація тощо) має взяти на себе роль ініціатора і організатора ФЗСЖ в державі на першому етапі роботи, а надалі – роль постійного посередника (координатора) партнерської діяльності на всіх рівнях.

У країнах, які першими запровадили ФЗСЖ, історично склалося так, що роль ініціатора і посередника в реалізації цієї роботи взяли на себе спеціалізовані структури системи охорони здоров'я (наприклад, у Канаді, це було управління ФЗСЖ в складі Міністерства охорони здоров'я і доб-

робу Канади). Це здавалося логічним, адже саме спеціалізовані медичні структури в першу чергу мають відношення до здоров'я людей. Але дуже швидко з'ясувалося, що, хоча представники системи охорони здоров'я і можуть бути лідерами, ініціаторами, організаторами, відповідальними за посередництво у налагодженні партнерських стосунків з іншими силами з усіх сфер життя, реалізувати ФЗСЖ на практиці неможливо лише їхніми зусиллями. Тому аксіомою ФЗСЖ стало положення, що передумови і перспективи доброго здоров'я можна забезпечити тільки завдяки спільній, скоординованій діяльності всіх зацікавлених сторін: урядів, організацій системи охорони здоров'я, інших сфер і галузей суспільно-економічного життя, недержавних організацій, місцевої влади, промисловості, засобів масової комунікації тощо.

Отже система охорони здоров'я бере на себе головну відповідальність за спрямування різних (інколи – протилежних) інтересів численних суб'єктів суспільного розвитку в напрямі поліпшення здоров'я людей, але ефективність ФЗСЖ залежить, передусім, не стільки від власних ресурсів цієї системи, скільки від її бажання і уміння забезпечити спільні зусилля якомога ширшого кола фахівців і прихильників ФЗСЖ з різних державних, приватних і громадських структур та інституцій. Такий підхід зумовлений складною природою феномену здоров'я, впливи на яке охоплюють практично всі аспекти життя і суспільного розвитку. Тобто успіх ФЗСЖ багато в чому залежить від того, якою мірою певний інститут – ініціатор і організатор ФЗСЖ в суспільстві зможе реалізувати на практиці принципи посередництва, партнерства, міжгалузевості, бага-



торівневості та пристосування. Доречно зазначити, що ідея перенесення зарубіжного досвіду покладання відповідальності за ФЗСЖ у першу чергу на систему охорони здоров'я неоднозначно сприймається у вітчизняних наукових колах. Дедалі частіше дискутується теза щодо доцільності копіювання зарубіжного досвіду в цій частині. Адже, на відміну від іноземних, українська система охорони здоров'я ще не завершила реформування, адекватного суспільно-політичній трансформації, не набула повною мірою чітко окреслених стратегій подальшого розвитку, зокрема в напрямі переорієнтації пріоритетів від лікування до профілактики. Застарілий комплекс проблем вітчизняної системи охорони здоров'я, передусім – економічних, змушує її й досі концентруватися на вирішенні тимчасових завдань виживання, забезпечення населенню мінімального рівня доступу до безкоштовних медичних послуг. Крім того, сама система чинить опір реформуванню – бракує дійових заходів із оптимізації витрат та забезпечення їх прозорості (наприклад, на початку 2004 р. у виступах керівників контрольних органів держави та численних публікаціях преси наводилися дані Рахункової палати щодо великих обсягів – до 55% – незаконних витрат бюджету МОЗ України за період 2000–2001 рр. [7]). Тому поширюється думка, що за існуючих умов, роль ініціатора та організатора діяльності з ФЗСЖ в Україні ефективніше можуть виконати державні інститути, які безпосередньо не пов'язані з медициною.

На цей час в Україні уже напрацьований певний досвід реалізації соціальних проектів ФЗСЖ, побудованих на вищеописаній ідеології та принципах. Наприклад, одним з ре-

зультатів реалізації українсько-канадського проекту “Молодь за здоров'я-1” стала розробка багаторівневої міжгалузевої моделі ФЗСЖ, заснованої саме на згаданих принципах і придатної для впровадження в інших регіонах України, що й було зроблено в ході реалізації наступного проекту “Молодь за здоров'я-2”. Це стало можливим завдяки тому, що була вирішена проблема ефективної реалізації одночасно різних видів діяльності (політичної, навчальної, організаційно-управлінської, із фінансового, матеріально-технічного та інформаційного забезпечення, моніторингу та оцінки ефективності роботи) силами багатьох партнерів з різних галузей, які співпрацювали на різних ієрархічних рівнях (країни, міста, окремих організацій). Усі вони працювали на кінцевий результат (на засадах менеджменту, орієнтованого на результат, а не на процес). Так, у семи основних видах діяльності, реалізованій проектом “Молодь за здоров'я-1” (розробка політики сприяння ФЗСЖ молоді; створення навчального сертифікатного курсу ФЗСЖ для державних службовців; підготовка і випуск тематичних пакетів інформаційних матеріалів з питань профілактики СНІДу, куріння, вживання алкоголю та наркотиків; запровадження інтегрованої навчальної програми з валеології для учнів 1–11-х класів загальноосвітніх шкіл; відкриття веб-сторінки з ФЗСЖ; організація роботи ресурсного центру ФЗСЖ; оцінювання ефективності навчальних та інформаційних матеріалів), взяли участь як партнери або фахівці та консультанти представники 26 організацій різних галузей і рівнів з України і Канади. Досягти запланованих результатів по кожному з видів проектно-ї діяльності за участі такої кількості

партнерів різного рівня і галузей виявлялося можливим завдяки створенню оптимальної моделі, названої “Молодь за здоров’я”, важливими частинами якої були три напрями роботи: організація співробітництва, налагодження механізму співробітництва, здійснення менеджменту проекту, орієнтованого на результат.

Так, за напрямом *організації співробітництва* проект поєднав міжгалузеву і багаторівневу діяльність. Тобто партнери з органів державного управління кількох галузей: охорони здоров’я, освіти, проблем молоді, соціальних служб тощо, представники органів місцевого самоврядування і недержавних організацій співпрацювали на національному рівні (міністерств і відомств країн); регіональному і міському (Київської міської державної адміністрації та її підрозділів, провінційних урядів і міністерств Канади, міських недержавних організацій), на рівні окремих організацій, закладів та установ (наукові й навчальні інститути, університетські центри, коледжі, школи тощо). *Механізм співробітництва* був налагоджений так, щоб здійснювати постійний обмін інформацією і координацію дій партнерів через два координаційно-інформаційні центри (український офіс у м. Києві та канадський офіс у м. Оттаві). Кожен офіс координував діяльність партнерів на території своєї країни та забезпечував оперативний зв’язок між країнами через інтернет. Це уможливило оперативну інтенсивну співпрацю – обмін поточною інформацією, узгодження дискусійних питань, консультації та звітування, підготовку очних зустрічей (робочих нарад, семінарів, тренінгів, конференцій). *Менеджмент проекту* був орієнтований на конкретні прогнозовані результати. Важливими рисами застосованого типу

менеджменту виявилися *обґрунтованість планування, демократичність і децентралізація*.

Обґрунтованість планування передбачала, що вибір шляхів досягнення загальної мети, технологій і методів реалізації окремих завдань та видів діяльності на всіх етапах проекту ґрунтувався на попередніх дослідженнях, відповідному описові очікуваних результатів, установленні їх критеріїв. Відповідність досягнутих результатів запланованим завданням визначалася також на основі досліджень (моніторингу та оцінки). Демократичність передбачала, що загальний менеджмент здійснювало Канадське товариство міжнародної охорони здоров’я (фінансування – Канадська агенція міжнародного розвитку), але безпосередні координаційні функції належали канадському та українському офісам проекту. Вони виробляли рішення лише на основі рекомендацій спеціально створених громадських органів проекту: Дорадчого комітету, Секретаріату та Консорціуму партнерів. Крім того, в усіх доцільних випадках для отримання об’єктивної інформації щодо можливих наслідків прийнятих рішень залучалися незалежні фахівці і консультанти. Децентралізація передбачала, що канадський та український офіси проекту спільно координують діяльність партнерів, але стосунки партнерів з офісами та офісів і партнерів поміж собою не регулюються за принципом жорсткої централізації, підпорядкування за вертикаллю. Такий підхід виявив ряд переваг. Зокрема, оскільки діяльність кожного з партнерів була достатньо самостійною, то й створені ними продукти (результати робіт і досліджень, напрацьовані методи, технології, інструменти тощо) могли бути вільно використані поза

**НАЦІОНАЛЬНИЙ РІВЕНЬ**



**Рис. 1. Схема міжгалузевого багаторівневого партнерства, реалізована у проекті "Молодь за здоров'я-1" (1998–2002 рр.)**

межами проекту, не втрачають цінності й після припинення проекту. Крім того, самостійність партнерів збільшує можливості відкритості проекту для рівноправного партнерства у будь-який час для установ і організацій будь-якого рівня. Можливі організаційні трансформації усередині кожної з установ-партнерів не погіршують ефективність партнерства. (Наприклад, під час реалізації проекту з числа українських партнерів були реорганізовані три міністерства і відомства, два наукових інститути; в ряді випадків змінилися структура, підпорядкування і керівництво кількох організацій-партнерів, але це не спричинило зниження ефективності проекту або втрати важливих партнерів.)

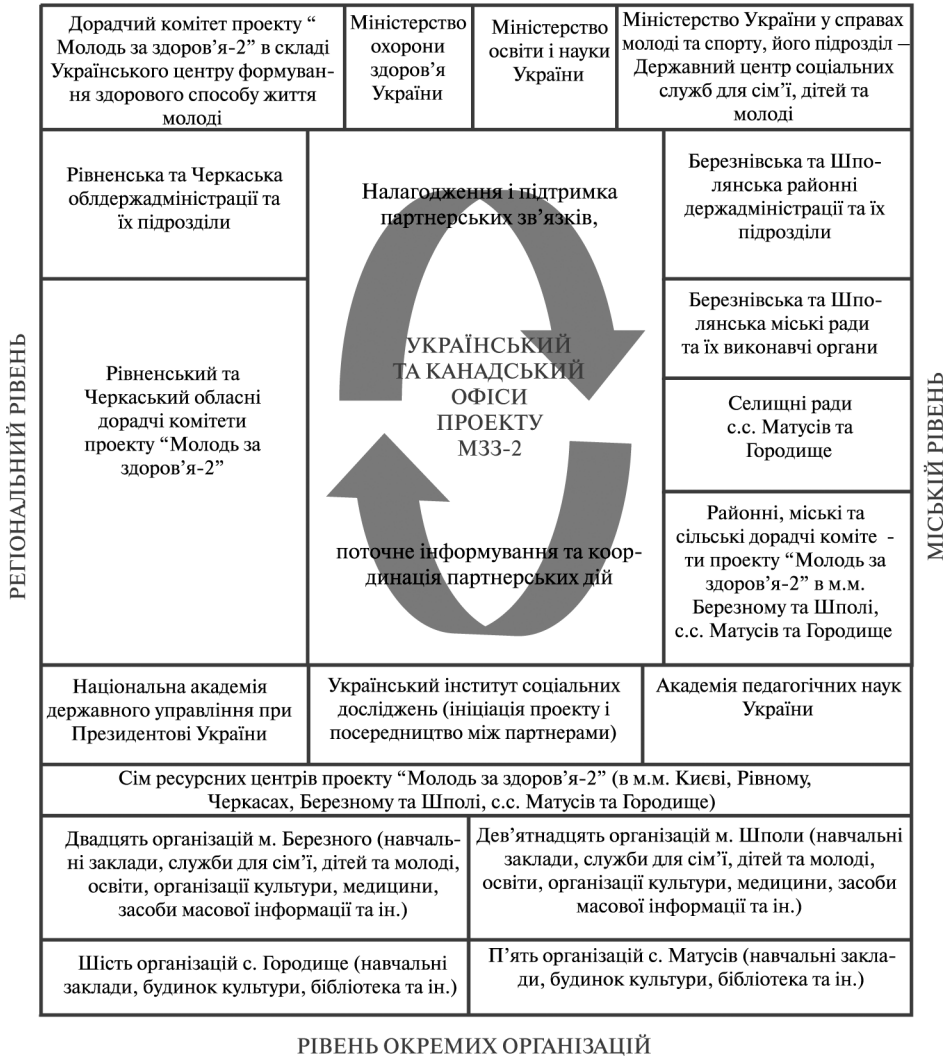
Наведений приклад свідчить, що раціональна побудова міжсуб'єктних зв'язків у проекті цілком здатна забезпечити успішне дотримання у вітчизняних умовах основних принципів ФЗСЖ: *посередництва* (у проекті МЗЗ ініціатором і посередником був Український інститут соціальних досліджень – на той час галузева наукова установа Державного комітету молодіжної політики, спорту і туризму України), *партнерства, міжгалузевості, багаторівневості* (було залучено 26 організацій-партнерів двох країн з різних галузей, які співпрацювали на національному, регіональному та рівні окремих організацій – див. рис. 1) та *приспособлення* (організація, механізм співробітництва та менеджмент проекту забезпечували врахування наявних особливостей і обмежень, були пристосовані до можливих змін обставин).

Успіх організаційної моделі “Молодь за здоров'я” у першому проекті зумовив доцільність її використання у проекті “Молодь за здоров'я-2”. Змінилися партнери, території реалі-

зації проекту (див. рис. 2), обсяги та окремі види діяльності (зокрема, до числа факторів ризику для здоров'я молоді, профілактика яких здійснювалася, окрім пов'язаних з курінням, алкоголем, наркотиками, ВІЛ/СНІДом, додалися напрями роботи щодо раціонального харчування, фізичної активності та збереження психічного здоров'я), але залишилися без змін ідеологія та принципи ФЗСЖ, покладені в основу моделі “Молодь за здоров'я”. Моніторинг і оцінка ефективності другого проекту (“Молодь за здоров'я-2”) дає досить переконливі аргументи (в тому числі й економічного характеру) на користь доцільності подальшого поширення в регіонах України діяльності з ФЗСЖ за моделлю “Молодь за здоров'я”.

Так, за даними українського офісу проекту, протягом трьох років роботи у двох областях охоплено заходами з ФЗСЖ молоді близько 40 тис. осіб. За цей час витрати канадської сторони на реалізацію проекту в частині, що безпосередньо стосується українських користувачів, дорівнюють 1330 тис. грн. (не враховані витрати, які не існуватимуть, коли модель МЗЗ впроваджуватиметься в інших поселеннях на території України силами вітчизняних фахівців. Йдеться про організаційні видатки, які канадська сторона взяла на себе, зумовлені пілотним характером проекту: наприклад, функціонуванням офісів у двох країнах, перекладом матеріалів, оплатою послуг міжнародного зв'язку тощо). Зокрема, за статтями витрат: а) гранти на реалізацію окремих місцевих програм і проектів у селах, районах, містах – близько 500 тис. грн.; б) видатки на навчання дітей та молоді, підвищення кваліфікації фахівців по роботі з молоддю переважно в тренінгових формах –

**НАЦІОНАЛЬНИЙ РІВЕНЬ**



**Рис. 2. Схема міжгалузевого багаторівневого партнерства, реалізована у проекті “Молодь за здоров’я-2” (2002–2005 рр.)**

близько 600 тис. грн.; в) вартість об-лаштування й забезпечення функціонування ресурсних центрів на місцях – близько 80 тис. грн.; г) видатки на проведення літніх навчально-оздоровчих таборів на територіях, охоплених проектом, – близько 150 тис. грн. Внески української сторони через органи місцевої влади на безоплатній основі (у вигляді надання дітям і молоді приміщень для занять, часу для трансляції на місцевих теле- та радіоканалах, площі на шпальтах місцевих друкованих видань для оприлюднення матеріалів щодо здорового способу життя тощо) разом з благодійними відрахуваннями організацій-партнерів дорівнюють за цей час близько 2860 тис. грн. Отже, загальна вартість (витрати української та канадської сторін у грошовій та не грошовій формі) діяльності з формування здорового способу життя молоді, яка безпосередньо стосується користувачів цього проекту – українських дітей і молоді з двох областей, становить 4190 тис. грн. за 3 роки, або близько 0,1 грн. на одну особу на один день роботи. Якщо порівняти цей показник з аналогічним у системі охорони здоров'я, можна констатувати кількаразову позитивну різницю на користь моделі “Молодь за здоров'я”. Наприклад, на 2003 р. (початок впровадження проекту “Молодь за здоров'я-2”) на охорону здоров'я бюджетом країни було передбачено 9708,2 млн. грн., або близько 0,55 грн. на одного жителя України на один день функціонування галузі протягом року. При цьому, як загальновідомо, основна частина витрат вітчизняної системи охорони здоров'я поки що спрямована на лікування, а не на профілактику. За цих умов діяльність щодо ФЗСЖ молоді набуває особливого значення в економічному вимірі, оскільки одним з її

важливих економічних наслідків є зменшення навантаження на служби охорони здоров'я, принаймні в тій частині, яка стосується захворювань, спричинених неправильним способом життя молоді (а це, як зазначалося вище, зумовлює близько 50% імовірних хвороб у подальшому житті людини). Крім того, оскільки діяльність з ФЗСЖ молоді передбачає вплив не лише стосовно фізичної і психічної, а також щодо духовної та соціальної складових здоров'я, можна передбачити, що внаслідок зменшення числа проявів девіантної поведінки молоді, ще одним з економічних наслідків цієї роботи буде зниження навантаження на бюджет країни за напрямом, який передбачає видатки на громадський порядок, безпеку, судову владу. Наприклад, 2005 р. щоденні витрати лише на харчування однієї особи, яка перебуває в установах системи виконання покарань, становлять, за даними керівництва цієї системи для засобів масової інформації, близько 5 грн. А кількість осіб, що відбували покарання в установах цієї системи, наприклад 2003 р., сягала 150,9 тис., серед яких було 2,4 тис. неповнолітніх. Загалом питома вага молоді серед засуджених становила того ж року 57,6%. Така статистика дає уявлення про можливий істотний економічний ефект профілактичної роботи щодо здоров'я молоді (в широкому розумінні) за моделлю “Молодь за здоров'я”, порівняно з традиційними засобами лікування та подолання небажаних наслідків недостатньої профілактики.

#### *Висновки*

1. Світовий досвід теорії і практики ФЗСЖ доводить ефективність цієї діяльності стосовно збереження і зміцнення здоров'я молодого покоління.

2. Основа ідеології ФЗСЖ полягає у визнанні пріоритету цінності здоров'я в світоглядній системі цінностей людини і потреби відповідного виховання; розумінні здоров'я не лише як відсутності захворювань, а як фізичного, психічного, духовного і соціального благополуччя; ставленні до здоров'я як цілісного феномену, що поєднує чотири сфери – фізичну, психічну, соціальну і духовну; визнанні того, що відповідальність за здоров'я несе сама людина, а також її оточення, держава і суспільство; розумінні того, що рівень розвитку і стан системи охорони здоров'я зумовлює лише близько 10% загального впливу на здоров'я, а найбільше – близько половини – зумовлене чинниками способу життя.

2. Головними принципами ФЗСЖ є: потреба в ініціації діяльності з боку визначеної державної структури, координації спільних дій цієї структурою, в тому числі й щодо рівності, дотримання прав і обов'язків

усіх залучених суб'єктів діяльності (посередництво); дотримання тієї умови, що всі залучені суб'єкти мають працювати виключно на засадах свідомої зацікавленості, взаємоповаги та взаєморозуміння (партнерство); дотримання тієї умови, що всі залучені суб'єкти мають якомога ширше представляти усі, галузі причетні до вирішуваної проблеми (міжгалузевість), на всіх рівнях функціонування цих галузей (багаторівневість); потреба в урахуванні місцевих умов і особливостей (пристосування).

3. Зазначені ідеологія і принципи покладені в основу розробленої в Україні на підставі світового досвіду організаційної моделі діяльності з ФЗСЖ “Молодь за здоров'я”. Вони можуть бути ефективно застосовані у вітчизняних умовах, про що свідчить результати практичної реалізації в Україні двох проектів ФЗСЖ молоді “Молодь за здоров'я-1” (1998–2002 рр.) та “Молодь за здоров'я-2” (2002–2005 рр.).

1. Формування здорового способу життя молоді: стан, проблеми та перспективи: Щорічна доповідь Президентів України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні (за підсумками 2002 р.). – К.: Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, 2003. – 250 с.
2. Формування здорового способу життя молоді: стратегія розвитку українського суспільства. Частина 1 / О. О. Яременко (кер. авт. кол.), О. В. Вакулєнко, Ю. М. Галустьян та ін. – К.: Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, Укр. ін-т соц. дослідж., 2004. – 164 с. – (“Формув. здор. способу життя молоді; Кн. 2).
3. Піндер Л. Новий погляд на структуру: Вивчення становища щодо розвитку політики пропагування здоров'я в Канаді // Пропагування здоров'я. – Вид-во Оксфорд. ун-ту, 1988. – Т. 3, – № 2, – С. 205–212.
4. Здоровье-21 : Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: введение. – Копенгаген.: ВОЗ (ЕРБ), 1998. – № 5. – (Европейская серия по достижению здоровья для всех).
5. Формування здорового способу життя: київський досвід / Н. Комарова, П. Шатц, О. Яременко (керівники) та ін. – К.: Укр. ін-т соц. дослідж., 2001. – 56 с.
6. Формування здорового способу життя молоді: стратегія для України. – К.: Укр. ін-т соц. дослідж., 2001. – 24 с.
7. Добров Г. Медицина – самое слабое звено // Газета 2000. – 2004. – 2–8 апр.

Подано до редакції 06.09.2005 р.