

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНОЛОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра фізичної культури та спорту

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
З ДИСЦИПЛІНИ «ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ»

до самостійних практичних занять для здобувачів вищої освіти СВО «Бакалавр»
усіх спеціальностей денної форми навчання

«Методика формування умінь і навичок здорового способу життя»



Одеса ОНТУ – 2024

Методичні рекомендації «Методика формування умінь і навичок здорового способу життя» до самостійних практичних занять з дисципліни «Фізичне виховання» для здобувачів вищої освіти СВО «Бакалавр» усіх спеціальностей денної форми навчання /Уклад: С.В. Халайджі, Р.С.Яготін, Н.П. Лаговська, Л.М.Цапенко. – Одеса, ОНТУ, 2024. – 30 с.

Укладач: доц. С.В. Халайджі, доц. Р.С.Яготін, ст. викладачі Н.П. Лаговська, Л.М.Цапенко

Рецензент: зав. кафедрою ФКтаС, доц. Струк Б.І

ЗМІСТ

Умовні скорочення	4
РОЗДІЛ 1. Чинники здоров'я. Валеологічні методи діагностики індивідуального здоров'я	5
РОЗДІЛ 2. Формування здорового способу життя людини	11
2.1 Раціональне харчування.....	11
2.2. Регламентації по споживанню алкоголю	16
2.3. Спостереження за артеріальним тиском	17
2.4. Раціональний руховий режим.....	18
2.5. Відмова вв'їд тютюнопаління.....	18
Додаток 1. Опитування з самооцінки здоров'я.....	22
Додаток 2. Визначення біологічного віку	23
Додаток 3. Показники фізичної тренуваності	24
Додаток 4. Картка моніторингу факторів ризику та стану здоров'я	25
Додаток 5. Моделі раціонів харчування, складені з продуктів різних груп.....	27
Теоретичний самоконтроль.....	28

УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ

АГ	-	артеріальна гіпертензія (група хвороб, що супроводжуються підвищенням АТ)
АТ	-	артеріальний тиск
Валеологія	-	наука про індивідуальне здоров'я
Гіпотрофія	-	недостатня маса тіла
ГЛШ	-	гіпертрофія (потовщення) міокарда (серцевого м'язу) лівого шлуночка
ГХС	-	гіперхолестеринемія (підвищення рівня загального холестерину крові)
ЗХС	-	загальний холестерин
ІМ	-	інфаркт міокарда (ускладнення ішемічної хвороби серця, що супроводжується загибеллю частини серцевого м'язу)
ІХС	-	ішемічна хвороба серця
ІМТ	-	індекс маси тіла
Карбокси-гемоглобін	-	комплекс чадного газу з дихальним ферментом крові, гемоглобіном, який обумовлює кисневе голодування тканин організму
МІ	-	мозковий інсульт
Нефропатія	-	судинне ураження нирок
НФА	-	низька фізична активність (гіподинамія)
Облітеруючий ендартеріїт	-	стенотичне ураження артерій нижніх кінцівок, яке може ускладнитись гангrenoю
Ретинопатія	-	ураження судин очного дна
ССЗ	-	серцево-судинні захворювання
Стенокардія	-	варіант ІХС, що супроводжується больовим синдромом
ФР	-	фактор ризику
ХНІЗ	-	хронічні неінфекційні захворювання

РОЗДІЛ 1. ЧИННИКИ ЗДОРОВ'Я. ВАЛЕОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

Здоров'я, будуючи абсолютною людською цінністю, є водночас основним правом людини, а збереження його — найважливішим обов'язком, місією держави до нації й особистості людини (рис. 1).



Рис. 1 Модель місії держави

Визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ): *“Здоров'я - це стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя людини, а не тільки відсутність захворювань та фізичних дефектів. Досягнення можливого найвищого рівня здоров'я складає найбільш важливе глобальне завдання, для вирішення якого необхідні спільні зусилля багатьох інших соціальних і економічних секторів, окрім медичного”*.

Глобальними передумовами реалізації людиною свого потенціалу здоров'я є мир, дах над головою, соціальна справедливість, освіта, харчування, прибуток, стабільна екосистема та сталі ресурси. Поряд з наведеними передумовами виділяють 4 групи чинників, комбінація яких зумовлює рівень здоров'я конкретної людини чи людської спільноти (табл. 1.1).

Залежно від змісту окремих чинників дія їх на здоров'я може бути різноспрямованою.

Соціально-економічні, середовищні, біологічні та поведінкові чинники, які призводять до погіршення здоров'я чи до виникнення захворювань, називають *факторами ризик*

Таблиця 1.1

Структура чинників здоров'я

Групи чинників	Детермінанти здоров'я	Частка впливу, %
I. Умови і спосіб життя	<ul style="list-style-type: none"> · Умови праці; · Матеріально-побутові умови; · Особливості харчування; · Освітній та культурний рівень; · Рівень урбанізації; · Стрес; · Споживання алкоголю, наркотиків; · Паління; · Гіподинамія 	45-53%
II. Біологічні (генетичні) чинники	<ul style="list-style-type: none"> · Генетична схильність до виникнення захворювань 	18-22%
III. Навколишнє середовище	<ul style="list-style-type: none"> · Рівень забруднення повітря, ґрунту, води; · Геліокосмічні впливи 	17-20%
IV. Медичні чинники	<ul style="list-style-type: none"> · Рівень медичної допомоги; · Своєчасність медичної допомоги; · Рівень профілактичної роботи 	8-10%

Серед факторів умов та способу життя, що негативно впливають на здоров'я, слід відзначити несприятливі матеріально-побутові та виробничі умови, безробіття, низький освітній та культурний рівень, надмірну урбанізацію, стреси, нераціональне харчування, зловживання алкоголем, низьку фізичну активність (гіподинамію), паління тощо.

Враховуючи значну питому вагу умов та способу життя у структурі чинників здоров'я, забезпечення здорового вибору людини, боротьбу з факторами ризику визнано основними напрямками покращання індивідуального і громадського здоров'я та передумовами для успішного вирішення стратегічної програми ВООЗ «Здоров'я для усіх у 21 столітті», прийнятої в Україні як основу державної політики у сфері охорони здоров'я.

Сучасна концепція здорового способу життя передбачає в діяльності держави, громади, окремої особи все, що стосується збереження і зміцнення здоров'я посередництвом оптимізації умов праці, побуту, відпочинку та особистої поведінки.

В умовах формування нової охороноздоровчої політики, стрижнем якої стане первинна профілактика хронічних неінфекційних захворювань - боротьба з факторами ризику та активні заходи із забезпечення здорового вибору людини, особлива відповідальність лягає на плечі державних службовців та науково-педагогічного персоналу України, оскільки, з одного боку, вони нерідко є носіями поведінкових факторів ризику, а з іншого, позитивний приклад представників управлінської еліти конче необхідний для оздоровлення всіх сфер суспільного життя, для формування і поглиблення ідеології здоров'я.

Пропонований матеріал – складова інформаційної бази для управління соціальним та професійним здоров'ям людини, в якому наведено методи валеологічної оцінки індивідуального здоров'я, критерії діагностики факторів ризику, систему обліку, моніторингу та корекції факторів ризику. Матеріали представлені у вигляді таблиць та містять свідчення стосовно негативного впливу ризик-чинників на здоров'я людини, інформацію про можливості покращання прогнозу здоров'я за умов усунення ризик-чинників. Окремо наведені немедикаментозні та фармакологічні засоби боротьби з такими поширеними факторами ризику як низька фізична активність, паління, артеріальна гіпертензія, нераціональне харчування, гіперхолестеринемія - підвищення рівня холестерину у крові.

У додатку 1 наведено загальноприйнятий в Україні опитувальник з самооцінки здоров'я людини за В. П. Войтенком. Оскільки за визначенням ВООЗ «Здоров'я - це стан повного благополуччя людини, яке характеризується суб'єктивним сприйняттям людиною зовнішнього і внутрішнього світу», а між суб'єктивною оцінкою здоров'я і багатьма об'єктивними показниками стану людини існують тісні кореляційні зв'язки, то вказана методика дозволяє діагностувати потенціал здоров'я людини з високим ступенем точності. Залежно від значення індексу самооцінки за опитувальником, суб'єктивну складову здоров'я людини можна ранжувати наступним чином по відрізках оцінок:

0 - 5,6 у.о. – відмінно; 5,7- 11,2 у.о. – добре; 11,3 - 16,8 у.о. – задовільно; 16,9 - 22,4 у.о. – погано; 22,5 - 28,0 у.о. – дуже погано.

Іншим засобом валеологічної діагностики індивідуального здоров'я є методика визначення біологічного віку (БВ), яка дозволяє розрахувати ступінь «вікового виснаження» чи «запасу» здоров'я. Для цього на основі доступних тестів з використанням формул 1 і 2, додатка 2, вираховують показник БВ досліджуваної людини. Перший варіант визначення БВ передбачає вимірювання систолічного, діастолічного, пульсового артеріального тиску, урахування індексу самооцінки здоров'я, життєвої ємкості легень, статичного балансу людини та тривалості затримки дихання після глибокого вдиху і видиху.

Другий, більш спрощений варіант, дозволяє оцінити БВ людини без використання інструментальних методів дослідження. Більшість методик тестів для визначення БВ загальнодоступні і коментарів не потребують.

Щодо життєвої ємкості легень, то її вимірюють за допомогою спірометра.

Статичну балансировку досліджуваного визначають у положенні стоячи на лівій нозі, босоніж, з закритими очима, опущеними руками, без попередньої підготовки. Враховується найкращий результат у секундах із 3-х спроб, з інтервалом 5 хв.

Для того, щоб оцінити наскільки ступінь старіння організму відповідає календарному віку (КВ) досліджуваного слід співставити індивідуальну величину БВ з належним біологічним віком (НБВ), який характеризує популяційний стандарт вікового виснаження і розраховують за формулами 3 і 4, додатку 2. Різниця між дійсною та належною величинами БВ вкаже, на скільки років обстежуваний випереджає чи відстає від популяційного стандарту за темпами старіння (формула 5, додаток 2). Від'ємне значення свідчить про уповільнений темп старіння, позитивний – про прискорення його. Таким чином, І ранг БВ відповідатиме значно уповільненому, а V – різко прискореному темпу старіння. Особи з IV та V рангами старіння відносять до групи ризику за станом здоров'я, які потребують консультації медиків для вирішення діагностичних та оздоровчих питань.

На основі показників артеріального тиску, частоти пульсу, віку та антропометричних даних, за емпіричною формулою, наведеною нижче, можна оцінити і функціональний стан серцево-судинної системи адаптаційного потенціалу системи кровообігу (АПск) за Г.Л.Апанасенком:

$$АПск = 0,011 \cdot ЧП + 0,014 \cdot АТс + 0,008 \cdot АТд + 0,014 \cdot В + 0,09 \cdot МТ - (0,009 \cdot Р + 0,27)$$

де **ЧП** - частота пульсу за 1 хв.; **Атс** - систолічний артеріальний тиск, мм рт. ст.;

АТд - діастолічний артеріальний тиск, мм рт. ст.;

В - вік, роки; **МТ** - маса тіла, кг; **Р** - зріст, см.

Оцінка адаптаційного потенціалу

Бали	Стан АПск
2,10 і <	Задовільна адаптація
2,11 - 3,20	Напруження механізмів адаптації
3,21 - 4,30	Незадовільна адаптація
4,31 і >	Зрив механізмів адаптації

Напруження механізмів регуляції серцево-судинної системи і, особливо, незадовільний стан адаптації та зрив її механізмів передбачають необхідність консультації лікаря, вирішення конкретних тактико-терапевтичних проблем.

Для визначення рівня фізичного здоров'я та тренуваності Людини широко використовують тест американського вченого К.Купера. У варіанті 12-хвилин-ного тесту (додаток 3) враховується відстань, яку людина долає за вказаний час; у півторамильному тесті реєструється час у хвилинах, за який обстежуваний долає відстань у 2400м. (6 кругів стадіоном). Відповідно до тесту Купера виділяють п'ять градацій тренуваності з урахуванням від віку людини: відмінну, добру, задовільну, погану, дуже погану.

Напруження механізмів регуляції серцево-судинної системи і, особливо, незадовільний стан адаптації та зрив її механізмів передбачають необхідність консультації лікаря, вирішення конкретних тактико-терапевтичних проблем.

Для визначення рівня фізичного здоров'я та тренуваності людини широко використовують тест американського вченого К.Купера. У варіанті 12-хвилин-ного тесту (додаток 3) враховується відстань, яку людина долає за вказаний час; у півторамильному тесті реєструється час у хвилинах, за який обстежуваний долає відстань у 2400м. (6 кругів стадіоном). Відповідно до тесту Купера виділяють п'ять градацій тренуваності з урахуванням від віку людини: відмінну, добру, задовільну, погану, дуже погану.

Більш спрощеним методом визначення фізичних резервів людини є проба з 20 присіданнями (додаток 3). Остання проводиться у середньому темпі: критерієм тренуваності є приріст частоти серцевих скорочень (ЧСС) у відповідь на навантаження. Збільшення ЧСС до 25% порівняно зі станом спокою свідчить про відмінний стан тренуваності, значний приріст у відповідь на навантаження (>50-75%) вказує на поганий рівень фізичних кондицій і може свідчити про наявність проблем з боку серцево-судинної, дихальної та інших систем організму.

За аналогічними критеріями оцінюється і проба з 60 підскоками із скакалкою, яку виконують протягом 30 с.

Комплексній оцінці індивідуального здоров'я, динамічному спостереженню за його основними параметрами сприятиме використання студентами запропонованої нами системи обліку і моніторингу факторів ризику та окремих валеологічних показників (додаток 4).

Картка обліку передбачає реєстрацію факторів ризику хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ), критерії діагностики та динаміку їх протягом життя. У картці виділені ожиріння, артеріальна гіпертензія, що обтяжена спадко-вістю з найбільш поширених захворювань (наявність їх у батьків), гіподинамія, паління, зловживання алкоголем, кухонна сіль, тваринні жири, гіперхолестери-немія та інші порушення ліпідного обміну (дисліпопротеїдемії).

Реєстрація більшості факторів ризику ХНІЗ пояснень не потребує.

Щодо ожиріння, то його визначають на основі індексу маси тіла (ІМТ - індекс Кетле) за формулою $ІМТ = \text{Вага в кг} / (\text{Зріст у м})^2$.

Підвищення рівня артеріального тиску (АТ) понад 140/90 мм рт.ст. є приводом до реєстрації артеріальної гіпертензії, яка, з одного боку, може бути симптомом захворювань різних органів і систем, з іншого – являє собою серйозний фактор серцево-судинного ризику.

Враховуючи високу поширеність гіперхолестеринемії серед молоді, ініціюючий вплив дисліпопротеїдемій на виникнення серцево-судинних захворювань і ускладнень, приймаючи до уваги реальну можливість попередження судинних епізодів і хвороб в умовах корекції вказаного фактора ризику, вельми бажано забезпечити і моніторинг ліпідних показників крові, особливо за умов їх межових та патологічних значень.

Основним показником ліпідного обміну є холестерин який синтезується у печінці, а також надходить до організму людини з їжею тваринного походження. У складі білково– ліпідних комплексів – ліпопротеїдів він разом з іншими жирами – фосфоліпідами та тригліцерідами – транспортується кров'ю до тканин. 80% холестерину знаходиться у складі ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) та дуже низької щільності (ЛПДНЩ), які зумовлюють накопичення його у стінках артерій розвиток атеросклерозу, 20% холестерину входить до складу ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), яким, навпаки, притаманні протисклеротичні властивості.

У картці обліку факторів ризику наведено нормативи загального холестерину крові, коефіцієнта атерогенності, тригліцеридів, перевищення яких свідчить про наявність серцево-судинного ризику, холестерину ЛПВЩ, а також критерії найпоширеніших дисліпопротеїдемій, які полягають у ізольованому чи комбінованому підвищенні рівня загального холестерину, тригліцеридів крові та зниженні рівня холестерину ЛПВЩ.

Із лабораторних показників, наведених у картці обліку, варто прокоментувати параметр “ глюкоза крові/глюкоза сечі”. Нормальний рівень глюкози крові (глікемії) різниться залежно від методики дослідження, тому нормативні коливання його не наведено. При відсутності у особи порушеної толерантності до глюкози (цукрового діабету) чи деяких уражень нирок глюкозурія (глюкоза в сечі) не виявляється. При наявності у обстеженого цукрового діабету параметр «глюкоза крові/глюкоза сечі» відобразатиме рівень компенсації вуглеводного обміну та ефективність лікування.

РОЗДІЛ 2. ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ

Провідною проблемою здоров'я населення індустріальних та більшості країн, що розвиваються, є хронічні неінфекційні захворювання (ХНІЗ), оскільки три випадки смерті із чотирьох зумовлені саме ними (серцево-судинними, онкологічними, хворобами органів дихання і травлення). Слід підкреслити, що питома вага цієї групи захворювань в індустріалізованих країнах постійно зростає. Фактори ризику, що спричиняють ХНІЗ достатньо досліджені і значно поширені.

2.1. Рациональне харчування

Серед керованих факторів ризику ХНІЗ значна роль відводиться нераціональному харчуванню, яке є визначальним у виникненні та прогресуванні надлишкової маси тіла та, як наслідок, гіперхолестеринемії та дисліпопротеїдемії, артеріальної гіпертензії, цукрового діабету. Порушення харчової поведінки можуть призводити до розвитку дистонії та секреторних порушень шлунково-кишкового тракту, виникнення запальних та онкологічних захворювань тощо.

Нераціональність харчування як фактор ризику в Україні характеризується наступними діями:

- надмірним споживанням загального жиру та, особливо, насичених жирів тваринного походження (сала без часноку та цибулі, як зв'язуючих каталізаторів), холестерину, рафінованого цукру, солі, алкоголю та зайвих калорій;
- нестачею поліненасичених (рослинних) жирів, складних вуглеводів, клітковини, вітамінів та мінералів.

Оскільки нераціональне харчування у значній мірі є спільною проблемою для країн Європи, робочою групою з проблем харчування міжнародної програми профілактики ХНІЗ опрацьовані нові підходи до забезпечення здорового харчування.

Нововведення в області раціонального харчування стосується наступного: залежно від значущості та впливу на здоров'я людини продуктів харчування їх асоціюють з *трьома кольорами піраміди харчування*:

- *зеленим*, базовим шаром піраміди, до якого відносяться пріоритетні продукти щоденного вжитку;
- *жовтим*, середнім шаром, до якого включено продукти, які потрібно вживати обачливо та
- *червоним кольором* (верхівку піраміди), яким характеризують продукти, вживання яких слід обмежувати.

За рекомендаціями ВООЗ 60% добової енергії повинно надходити з *продуктами, що входять до зеленого шару піраміди, а саме: з хлібом, зерновими, макаронними виробами, рисом і картоплею та іншими овочами і фруктами* (додаток 5).

До жовтого шару піраміди відносять м'ясо, м'ясопродукти, рибу, яйця, птицю, горіхи, сири, молоко та молочні продукти. Обачливість у споживанні вказаних продуктів обумовлена тим, що вони є джерелами білків, містять значні кількості насичених жирів, які сприяють підвищенню рівня холестерину крові, збільшують ризик виникнення ряду серцево-судинних захворювань та ускладнень.

Разом з тим жирні сорти риби (оселедець, скумбрія, форель та сардини) поряд з рослинними оліями містять поліненасичені жири, які зменшують рівень атерогенних ліпідів крові, ризику тромбоутворення та інших серцево-судинних епізодів.

Оскільки організм потребує щодня лише 0,8 гр. білка на кілограм маси тіла, вживати продукти жовтого шару піраміди харчування необхідно в малих кількостях.

На верхівці піраміди розташована червона зона продуктів, перед вживанням яких слід добре поміркувати. Адже сюди входять продукти з високою енергетичною цінністю і незначним вмістом мікроелементів - солодощі, кондитерські вироби, пиво та алкоголь.

Наступна новація стосується формування моделей раціонів харчування залежно від рівня фізичної активності особи. Для енергетичного забезпечення розумової та легкої фізичної праці слід використовувати модель А раціону харчування, для роботи середньої важкості – модель В, для важкої фізичної роботи – модель С. В додатку 6 наведено кількість порцій овочів, фруктів, молока, м'яса та альтернативних продуктів у різних моделях харчування та вміст у них білків, жирів і вуглеводів. Використання наведених рекомендацій повинно забезпечити оптимальне співвідношення останніх в раціоні: 60% добового калоражу покриватиметься вуглеводами, 30% – жирами, 10% – білками.

Формуючи нову харчову політику, Всесвітньою організацією охорони здоров'я опрацьовано наступних дванадцять принципів здорового харчування, кожен з яких повинен розглядатись не ізольовано, а в контексті з іншими.

Дванадцять принципів здорового харчування

1. Раціони харчування повинні складатися із різноманітних продуктів переважно рослинного, а не тваринного походження.
2. Споживайте хліб, зернові продукти, макаронні вироби, рис або картоплю декілька разів на день.
3. Вживайте не менше 400 г на добу різноманітних овочів та фруктів, бажано свіжих та вирощених в місцевих умовах екологічно чистих зон.
4. Підтримуйте масу тіла в рекомендованих межах (значення індексу маси тіла від 20 до 25 кг/м²) за допомогою нормокалорійної дієти і щоденних помірних фізичних навантажень.
5. Контролюйте вживання жирів, питома вага яких не повинна перевищувати 30% добової калорійності; замініть більшість насичених жирів ненасиченими рослинними оліями або м'якими маргаринами.

6. Заміняйте жирне м'ясо та м'ясопродукти квасолею, бобами, рибою, птицею або нежирним м'ясом.
7. Вживайте молоко і молочні продукти (кефір, кисле молоко, йогурт, сир) з низьким вмістом жиру і солі.
8. Вибирайте продукти з низьким вмістом цукру, обмежуйте частоту вживання рафінованого цукру, солодких напоїв та солодошів.
9. Віддавайте перевагу продуктам з низьким вмістом солі, загальна кількість якої не повинна перевищувати однієї чайної ложки (6г) на добу, включаючи сіль, що знаходиться в готових продуктах. В ендемічних зонах необхідно вживати йодовану сіль.
10. Обмежуйте вживання алкоголю до 20 мл етанолу або еквівалентних алкогольних напоїв на добу з урахуванням недільної дози.
11. Приготування їжі на пару, її варка, тушкування, випікання або обробка в мікрохвильовій печі допомагає зменшити кількість доданого жиру.
12. Пропагуйте годування дітей перших 6 місяців життя виключно материнським молоком.

Ознайомтесь з короткими поясненнями щодо вказаних принципів:

1. Відповідно до першого принципу основу харчових продуктів повинні складати продукти рослинного походження, оскільки, поряд з вітамінами мікро- та макроелементами вони містять значну кількість біологічно активних речовин, які зумовлюють потенційно захисну дію від ХНІЗ (харчові волокна, терпени, фітостерини, флавоноїди тощо).

2. Саме тому базовими продуктами раціону повинні бути хліб (бажано грубого помолу), зернові продукти, макаронні вироби, рис, картопля та різноманітні овочі і фрукти. Твердження про те, що від продуктів вказаної групи повнішають є хібним, оскільки основним компонентом цих складних вуглеводів є крохмаль, енергетична цінність якого значно нижча (3,8 ккал/ч.), ніж, скажімо, жиру чи спирту (1 грам жиру містить 9,0 ккал, а 1 мл спирту – 6,9 ккал).

3. Актуальність боротьби з надлишковою масою тіла обумовлена тим, що ожиріння є безперечним фактором ризику цукрового діабету, артеріальної гіпертензії, артрити, серцево-судинних та деяких онкологічних захворювань. Попередженню надмірною маси тіла сприятиме застосування моделей харчових раціонів, наведених у додатку 6. При наявності ожиріння, залежно від ступеня його, калорійність їжі повинна становити 1200-1700 ккал/добу.

4. Дієтологічні рекомендації при наявності надлишкової маси тіла передбачають переважно рослинний раціон, повільне (до 30 хв.) споживання їжі, відмову від добавок, суттєве обмежене споживання жирів, простих вуглеводів (солодошів, цукру), м'ясних продуктів. *Проводячи корекцію маси тіла, не варто поспішати: оптимальний темп похудіння – 5-9 кг/рік.* Слід наголосити, що ефективність заходів зростає при веденні «щоденника харчування» в «щоденнику здоров'я».

5. Наступною складовою боротьби з ожирінням є активізація рухового режиму. Варто підкреслити, що суттєво доповнюючи гіпокалорійну дієту,

фізичні навантаження сприяють гармонізації тіла та його пропорцій, зниження маси тіла, що робить їх особливо привабливими при наявності такого поширеного фактора ризику, як ожиріння.

6. За рекомендаціями ВООЗ у здоровому раціоні харчування *кількість жирів не повинна перевищувати 30% добової калорійності* (У США – 40%, в Італії – 20%, Японії – 10%, в Україні – 46%).

Складова насичених жирів повинна становити 10%, поліненасичених – 7%, мононенасичених – 13%. Насичені жири містяться переважно у продуктах тваринного походження: в м'ясі, салі, молоці, рослинних маргаринах, що залишаються твердими при кімнатній температурі.

Існує прямий зв'язок між вживанням великої кількості насичених жирів та високим рівнем потенційно шкідливого загального холестерину крові та холестерину ліпопротеїдів низької щільності, які збільшують ризик атеросклерозу та його ускладнень.

Полі- та мононенасичені жири, які містяться у рослинних оліях та жирній рибі, будучи функціональними антагоністами насичених жирів, являють собою природні протиатеросклеротичні засоби.

7. Оскільки у м'ясі (особливо жирному та у внутрішніх органах тварин), поряд з білками знаходяться значні кількості насичених жирів, експерти ВООЗ рекомендують замінювати їх рибою, птицею та нежирним м'ясом, кількість якого не повинна перевищувати 80 г. на день. Зменшенню кількості жиру в раціоні сприяє і застосування одинадцятого принципу здорового харчування, який передбачає різні варіанти термічної обробки їжі, що допомагає зберегти поживну цінність продуктів та попередити можливість їх мікробного зараження.

Серйозним постачальником рослинного білка і заліза є квасоля, горох, боби, які можуть бути доповненням чи навіть альтернативою м'ясопродуктам. Вживання квасолі і бобів разом з невеликою кількістю нежирного м'яса, риби, чи печінки значно поліпшує засвоєння заліза і є ефективним засобом профілактики і лікування залізодефіцитної анемії.

У таблиці 2.1. наведені варіанти повноцінного білкового раціону на основі комбінації з груп рослинних продуктів, брати 2-3 постачальника рослинних продуктів білка із різних груп. В якості доповнення до вказаного раціону можна використовувати і знежирене молоко.

8. Значна кількість насичених жирів у складі молока та молочних продуктів обґрунтовує те, що відповідно до наступного принципу здорового харчування, пропонується віддавати перевагу збираному молоку, йогуртам і сиру із низьким вмістом жиру. *Споживаючи знежирене молоко, організм отримує основну масу білка, кальцію та вітамінів і водночас “ захищається ” від несприятливої дії атерогенних жирів.*

8. Значна кількість насичених жирів у складі молока та молочних продуктів обґрунтовує те, що відповідно до наступного принципу здорового харчування, пропонується віддавати перевагу збираному молоку, йогуртам і сиру із

низьким вмістом жиру. *Споживаючи знежирене молоко, організм отримує основну масу білка, кальцію та вітамінів і водночас “ захищається ” від несприятливої дії атерогенних жирів.*

9. Висока енергетична цінність цукру, відсутність у його складі біологічно активних речовин захисної дії та провокуючий вплив цього простого вуглеводу на розвиток карієсу, спонукають до обмеження частоти вживання рафінованого цукру, солодких напоїв та солодоців. Відповідно до рекомендації ВООЗ *цукор та його еквіваленти (глюкоза, фруктоза, мед, лактоза, сахароза тощо) мусять складати не більше 10% добової калорійності - 60г/ на добу.*

Таблиця 2.1

Варіанти 3 груп повноцінного білкового раціону

Зернові (базові)	Бобові	Насіння, горіхи
Пшеничний хліб грубого помолу Макарони Рис Кукурудза	Квасоля Горox Чечевиця Арахіс	Соняшник Кунжут Горіхи

Для надання їжі солодкого смаку можна додавати штучні замінники цукру, які не містять енергії, не спричиняють карієсу і можуть використовуватись у раціоні хворих на цукровий діабет (сахарин, аспартам, хіксол).

10. Враховуючи те, що *споживання великої кількості кухонної солі (натрію хлориду) призводить до виникнення артеріальної гіпертензії, підвищення захворюваності і смертності від судинних уражень мозку, добове споживання солі не повинне перевищувати 6г.*

Для зменшення вживання натрію хлориду:

- *не додавайте сіль у страву, не покуштувавши її; поступово зменшуйте кількість солі під час приготування страв, заміню ючи її приправами та спеціями; пам’ятайте, що «сольовий апетит» за таких умов знижуватиметься;*
- *готуйте їжу без солі, додавайте її в готові страви, використовуючи сільнички-дозатори;*
- *обмежуйте споживання продуктів з високим вмістом солі (консерви, маринади, копченості, засолені продукти).*

Щодо йодованої солі, то нею слід постійно користуватись у ендемічних зонах, де дефіцит йоду у ґрунті та воді може спричинити виникнення захворювань щитовидної залози, патологію нервової системи.

11. Останній принцип раціонального харчування передбачає годування дітей перших 6 місяців життя виключно материнським молоком, оскільки груд-

не вигодовування створює оптимальні умови для здорового стану дитини, попереджує виникнення інфекційних захворювань, алергії.

Приблизно з другого півріччя (на сьомому місяці життя дитини) слід вводити овочі та фрукти, потім рис і каші, а трохи пізніше – рибу та м'ясо. Поряд з цим продовжують годування дитини материнським молоком до 12 місячного віку, а якщо можливо - і на другому році життя.

Плануючи та здійснюючи заходи з раціонального харчування, слід пам'ятати про таку незамінну складову раціону як воду. Оскільки якісні кондиції питної води сьогодні недостатньо високі, перед вживанням її необхідно кип'ятити.

2.2. Регламентації споживання алкоголю

Враховуючи прямий зв'язок зловживання алкоголю з фізичними, психологічними, спадковими і психіатричними порушеннями та приймаючи до уваги труднощі прогнозування впливу його на організм, ВООЗ рекомендує утримуватись від вживання алкогольних напоїв непитушим.

Разом з тим, потенційні протиатеросклеротичні ефекти малих доз етанолу дають підстави нормувати його тим, хто споживає алкоголь для профілактики серцево-судинних захворювань.

Так, для чоловіків, які вживають алкоголь з метою попередження ішемічної хвороби серця (ІХС), рекомендують дози у 20г етанолу/на день - 60г горілки 40⁰ /на день (при кількох безалкогольних днях на тиждень). Для жінок допустима доза етанолу у 2 рази менша (табл. 2.2).

Таблиця 2.2.

Доза етанолу у алкогольних напоях

Алкогольні напої та їх міцність (у % за об'ємом)	Стандартна порція (мл)	Вміст етанолу (г)
Пиво (5%)	250	9,8
Вино (11%)	120	10,4
Горілка, коньяк (40%)	30	9,4

З особистостями харчування тісно пов'язаний такий поширений фактор серцево-судинного ризику як гіперхолестеринемія (ГХС). Так, підвищення рівня холестерину крові реєструються у 21% молодих жінок та у 25% молодих чоловіків в Україні (до 35 років).

Холестерин - жироподібна біологічно активна речовина, що входить до складу всіх клітинних мембран, є попередником статевих, стероїдних гормонів та вітаміну Д. Однак підвищення рівня холестерину в крові – один із провідних механізмів виникнення атеросклерозу, у зв'язку з чим *контроль рівня холестерину в крові необхідно здійснювати кожні 5 років.*

Основні шляхи корекції гіперхолестеринемії та дисліпопротеїдемій:

- споживання їжі з низьким вмістом жиру та холестерину;
- боротьба з іншими факторами ризику, що негативно впливають на ліпідний спектр крові (*паління, ожиріння, гіподинамія* тощо);
- диференційована медикаментозна терапія гіполіпідемічними засобами залежно від типу порушень ліпідного обміну, (терапію призначає виключно спеціаліст).

2.3. Спостереження за артеріальним тиском

Іншим визнаним фактором ризику є артеріальна гіпертензія (АГ), яка характеризується підвищенням рівня артеріального тиску (АТ).

До недавнього часу загальноприйнятим показником АГ був критерій, згідно з яким підвищеним вважають рівень АТ, що дорівнював або перевищував 160/95 мм рт. ст. В останні роки цей критерій переглянуто в бік зменшення і зараз він становить 140/90 мм рт. ст. і вище, оскільки АТ в межах 140-160/90-95 мм рт. ст., що вважався раніше граничним, *суттєво підвищує ризик виникнення інших серцево-судинних захворювань та ускладнень.*

За результатами епідеміологічних досліджень на артеріальну гіпертензію в Україні страждають майже 13 млн. осіб: знають про наявність цього захворювання лише 62% хворих, з них лікуються 23,2%, причому ефективно – тільки 12,8%.

Разом з тим, несприятлива епідеміологічна ситуація, що склалась в Україні стосовно АГ і спричинених нею ускладнень, може бути суттєво покращена, оскільки боротьба з чинниками, що сприяють розвитку артеріальної гіпертензії може попередити виникнення захворювання, а ефективна немедикаментозна та фармакологічна корекція існуючої гіпертензії спроможна забезпечити ефективний контроль АТ.

При встановленні факту сталого підвищення АТ необхідно звернутись до лікаря та пройти обстеження для уточнення діагнозу. Адже в 10-15% випадках причиною АГ можуть бути різноманітні вроджені та набуті захворювання і дефекти, своєчасна діагностика та лікування яких може забезпечити остаточневиліковування. У 85-90% випадків причину захворювання встановити не вдається, а виникнення і перебіг його значною мірою пов'язані з наступними факторами ризику: обтяженою спадковістю з АГ, психоемоційними навантаженнями, палінням, зловживанням кухонною сіллю, тваринними жирами, алкоголем, ожирінням, низькою фізичною активністю (гіподинамією).

Рішення щодо призначення медикаментозної терапії приймає лікар з урахуванням рівня АТ, ефективності немедикаментозних засобів наявності інших факторів ризику, серцево-судинних захворювань і уражень.

Слід пам'ятати, що застосування немедикаментозних методів корекції, а при необхідності – і арсеналу сучасних антигіпертензивних засобів у переважній більшості випадків забезпечує нормалізацію АТ, ефективно попереджує прогресування захворювання та виникнення ускладнень.

2.4. Раціональний руховий режим

Важливою складовою способу життя, що суттєво впливає на стан здоров'я людини, є рівень фізичної активності. У сучасному розвинутому суспільстві фізична активність майже 70% населення нижча мінімально припустимої, а поширеність гіподинамії серед державних службовців України становить понад 80%.

Вельми важливо, що диференційовану активізацію рухового режиму Ви проводитиме з урахуванням рівня тренуваності, який, як зазначалось раніше, можна оцінити на підставі проби з присіданнями, підскоками чи тесту Купера (Додаток 3).

Не зволікайте з початком природного оздоровлення: заходи щодо забезпечення достатнього рухового режиму набувають особливої популярності в світі, оскільки є високоефективними економічно доступними, несуть неабиякий позитивний іміджевий потенціал.

2.5. Відмова від тютюнопаління

Останнім в переліку основних факторів ризику, хоча за значимістю – найнебезпечнішим, є тютюнопаління. Незважаючи на те, що несприятливий вплив тютюну на організм людини є загально визнаним, а тютюнопаління носить виключно поведінковий характер, поширеність його настільки висока, що світова спільнота кваліфікує його як епідемію глобального масштабу – пандемію, для боротьби з якою необхідно об'єднувати зусилля всіх секторів суспільства, національні та міжнародні інститути.

І якщо розвинуті країни світу протягом останнього десятиріччя досягли значних успіхів у боротьбі з тютюнопалінням, то в Україні епідеміологічна ситуація стосовно вживання тютюну є виключно небезпечною. За даними огляду ВООЗ щодо стану здоров'я населення і охорону здоров'я в Україні за 2012 р., поширеність паління в країні є однією із найвищих у Європейському регіоні і становить 53,2% (72,9% - серед чоловіків і 42,1% - серед жінок).

Усі форми вживання тютюну, включаючи куріння, жування, нюхання, а також пасивне паління значною мірою впливають на захворюваність і передчасну смертність, спричинену більш ніж 20 хворобами. Ризик виникнення захворювань пов'язаний як з кількістю викурюваного тютюну, так і з тривалістю паління. Однак поняття «безпечної сигарети» чи «безпечного рівня паління» не існує.

Негативний потенціал тютюну настільки високий, що відповідно до критеріїв ВООЗ курцем вважають кожного, хто викурює одну і більше сигарет за добу; а саме, високий ризик паління щодо здоров'я обумовив те, що в країнах ЄС заборонено в якості інформації для споживачів кваліфікувати тютюнові вироби залежно від вмісту в них смол та нікотину як «легкі», «полегшені» тощо, оскільки подібну «інформацію» слід розцінювати як оману населення.

Майбутні батьки мусять знати, що паління під час вагітності значно підвищує частоту ускладнень, передчасних пологів тощо. Та це і не дивно, адже рівень карбоксигемоглобіну в плоду (стійкої сполуки чадного газу тютюну з дихальним ферментом крові, ге-моглобіном) на 15-20% перевищує такий у матері, що курить, а 10% -на концент-рація його (при завязаному палінні) зменшує плацентарний кровообіг на 60 %. Якщо Ви не піклуєтесь за себе, то подумайте про здоров'я майбутньої дитини. Тим паче, що відмова від паління реально зменшує частоту ускладнень.

Збереженню репродуктивного здоров'я сприятиме інформація, яка адресована жінці, що хоче уникнути вагітності й палить. Адже вона, можливо, і не знає, що надзвичайно високий ризик виникнення тромботичних ускладнень унеможлиблює використання нею контрацептивних засобів для внутрішнього вживання.

Тютюнопаління, як і інші фактори ризику, не асоціюється з абсолютною фатальністю наслідків, якщо вчасно порвати з ризик-чинником. Адже вже через 10 років після припинення паління ризик виникнення раку легень такий, як у тих, хто не палить. Після припинення паління значно покращується прогноз і стосовно інших захворювань та ускладнень. Однак ступінь цього покращення не повною мірою нівелює негативні наслідки попереднього періоду паління, що обґрунтовує особливу актуальність первинно-профілактичних заходів як щодо паління так і інших факторів ризику.

Можна проводити корекцію паління, починаючи із загальних немедикаментозних рекомендацій і закінчуючи різними варіантами медикаментозно-аверсійної, - допоміжної чи нікотин-замістивної терапії, дає можливість розповісти, як раціонально використовувати жувальну гумку, наскільки ефективний нікотиновий пластир і таке інше. Хоча, як свідчать результати досліджень, до 90% тих, хто палить можуть кинути палити без допомоги ліків.

Є поради і для тих, хто не зумів зразу порвати з палінням. Не відчаюйтеся, досвід засвідчує, що 70 % тих, хто кинули палити, після першої спроби можуть знову повернутись до шкідливої звички. Але ж і з кожною черговою спробою можливість розірвати «стосунки з цигаркою» зростає. Адже у вас є доступна інформаційна база, є, сповідаємось, бажання покинути шкідливу звичку чи попередити її у себе або у тих, хто, на відміну від вас, не володіє належною інформацією.

А ми, щоб посилити потенціал здоров'я кожного і усіх, щоб допомогти нам змінити життя на краще, повторюємо здається, відомі істини, шукаючи оптимальні шляхи доведення їх до свідомості людей. І це важливо робити, бо як зазначив Й. В. Гете «Істину потрібно повторювати постійно, тому що навколо нас постійно проповідують омани».

Хоча пропонований матеріал стосується формування засад здорового способу життя на індивідуальному рівні, враховуючи особливу небезпеку епідемії тютюнопаління, наведемо 10 стратегій “ За Європу без тютюну” як

основу загальноєвропейської політики ВООЗ стосовно цього серйозного, потенційно керованого фактора ризику ХНІЗ.

Мадридська хартія 1988 р. і десять стратегій "За Європу без тютюну"

- Визнання й забезпечення права населення на перебування в громадських місцях, не забруднених тютюновим димом.
- Закріплення в законодавчому порядку права на перебування в громадських місцях, не забруднених тютюновим димом.
- Оголошення поза законом реклами і пропаганди тютюнових виробів, а також спонсорської підтримки з боку тютюнової промисловості.
- Доведення до свідомості кожної людини інформації щодо небезпечних наслідків споживання тютюну, а також про масштаби викликаної їм пандемії.
- Надання гарантованої всебічної допомоги споживачам тютюну, які бажають позбутися цієї звички.
- Впровадження збору в розмірі як мінімум одного відсотка на доходи, за рахунок оподатковування тютюнових виробів для фінансування конкретних заходів в області боротьби проти тютюну і зміцнення здоров'я.
- Впровадження системи негативних фінансових стимулів з використанням прогресивної шкали.
- Установлення заборони на нові методи введення нікотину в організм і блокування майбутніх стратегій маркетингу тютюнової промисловості.
- Моніторинг наслідків пандемії й оцінка ефективності контрзаходів.
- Створення суспільних об'єднань за участю всіх груп населення, що зацікавлене у зміцненні здоров'я.

Орієнтуючись у своїй діяльності на положення Європейської стратегії, кожна свідома людина сприятиме оздоровленню не лише умов власного життя, а і піклуватиметься здоров'ям тих, з ким працює і для кого несе свою службу.

Діяльність людини в сучасних умовах тісно пов'язана з користуванням засобами комп'ютерного забезпечення.

Не зупиняючись на особливостях роботи з персональними комп'ютерами, слід відзначити, що порушення правил користування ними може призвести до погіршення стану здоров'я людини, виникнення виробничо-обумовлених та професійних захворювань.

Завершуючи інформацію, яка адресована стосовно підходів до забезпечення здорового вибору Людини, варто наголосити: формування ідеології здоров'я в суспільстві, успішне впровадження стратегії здорового способу життя можливе лише тільки тоді, коли вони стануть основними пріоритетами державної політики і коли у плануванні та реалізації їх активну участь прийматимуть майбутні фахівці. Це – світовий досвід та вимога часу.

На нашу думку, за умов вирішення комплексу зазначених вище питань та за інформаційної підтримки сучасний фахівець зуміє стати прикладом береж-

ливого ставлення до свого здоров'я, взірцем культури здоров'я, педагогом з питань здорового способу життя, підтвердити свій високий статус представника управлінської еліти України.

Додаток 1

Опитувальник з самооцінки здоров'я

1. Чи турбує Вас головний біль?
2. Чи можна сказати, що Ви легко прокидаєтесь від будь-якого шуму?
3. Чи турбує Вас біль в області серця?
4. Чи вважаєте Ви, що у Вас погіршився зір?
5. Чи вважаєте Ви, що у Вас погіршився слух?
6. Чи намагаєтесь Ви пити тільки кип'ячену воду?
7. Чи пропонують Вам молодші за Вас місце у міському транспорті?
8. Чи турбує Вас біль у суглобах?
9. Чи впливає на Ваше самопочуття зміна погоди?
10. Чи бувають у Вас періоди, коли через хвилювання Ви втрачаєте сон?
11. Чи турбують Вас запори?
12. Чи турбують Вас болі в області печінки (в правому підребер'ї)?
13. Чи бувають у Вас головокружіння?
14. Чи стало Вам зараз важче зосереджуватися, ніж у попередні роки?
15. Чи турбує Вас ослаблення пам'яті, забутливість?
16. Чи буває у Вас у різних частинах тіла відчуття печії, поколювання, "повзання мурашок"?
17. Чи турбує Вас шум або дзвін у вухах?
18. Чи зберігаєте Ви для себе в домашній аптечці один із перелічених засобів: валідол, нітрогліцерин, серцеві краплі?
19. Чи бувають у Вас набряки на ногах?
20. Чи довелось Вам відмовитись від деяких страв?
21. Чи буває у Вас задишка під час швидкої ходи?
22. Чи буває у Вас біль в області попереку?
23. Чи доводиться Вам вживати з лікувальною метою будь-яку мінеральну воду?
24. Чи можна сказати, що Ви стали плаксивим?
25. Чи буваєте Ви на пляжі?
26. Чи вважаєте Ви, що Ваша працездатність така, як і раніше?
27. Чи бувають у Вас такі періоди, коли Ви відчуваєте себе радісно - збудженим, щасливим?
28. Як Ви оцінюєте стан свого здоров'я?

На перші 27 питань передбачені відповіді "так" і "ні", на останній - "хороший", "задовільний", "поганий" і "дуже поганий".

Підраховується число несприятливих для опитуваного відповідей на перші 27 питань і додається 1, якщо на останнє питання отримано відповідь "поганий" або "дуже поганий".

Індекс СОЗ дорівнює "0" при "ідеальному" і "28" - "дуже поганому" самопочутті

**Визначення біологічного віку
(БВ, роки)**

1 варіант

<i>Чоловіки:</i>	$БВ = 44,3 + 0,68 \cdot СОЗ + 0,40 \cdot АТ_c - 0,22 \cdot АТ_д - 0,22 \cdot АТ_п - 0,004 \cdot ЖЄЛ - 0,11 \cdot ЗДвд + 0,08 \cdot ЗДвид - 0,13 \cdot СБ$
<i>Жінки:</i>	$БВ = 17,4 + 0,82 \cdot СОЗ - 0,005 \cdot АТ_c + 0,16 \cdot АТ_д + 0,35 \cdot АТ_п - 0,004 \cdot ЖЄЛ + 0,04 \cdot ЗДвд + 0,06 \cdot ЗДвид - 0,11 \cdot СБ$

2 варіант

<i>Чоловіки:</i>	$БВ = 27,0 + 0,22 \cdot АТ_c - 0,15 \cdot ЗДвд + 0,72 \cdot СОЗ - 0,15 \cdot СБ$
<i>Жінки:</i>	$БВ = 1,46 + 0,42 \cdot АТ_п + 0,25 \cdot МТ + 0,70 \cdot СОЗ - 0,14 \cdot СБ$

де $АТ_c$ - систолічний артеріальний тиск мм.рт. ст.;
 $АТ_д$ - діастолічний артеріальний тиск, мм рт. ст.;
 $АТ_п$ - пульсовий артеріальний тиск, мм рт. ст. ($АТ_п = АТ_c - АТ_д$);
 $ЖЄЛ$ - життєва ємність легень, мл;
 $ЗДвд$, $ЗДвид$ - тривалість затримки дихання після глибокого вдиху і видиху, секунди; $СОЗ$ - індекс самооцінки здоров'я, у.о.; $СБ$ - статична балансування, секунди.

3 варіант Чоловіки: $НБВ = 0,661 \cdot КВ + 16,9$

Жінки: $НБВ = 0,629 \cdot КВ + 15,3$

4 варіант Чоловіки: $НБВ = 0,629 \cdot КВ + 18,6$

Жінки: $НБВ = 0,581 \cdot КВ + 17,3$

Ступінь постаріння = БВ - НБВ

Ранжування БВ

I ранг - від -15 до -9 років — значно уповільнений темп старіння

II ранг - від -8,9 до -3 років

III ранг - від -2,9 до +2,9 років — БВ відповідає паспортному

IV ранг - від +3 до +8,9 років

V ранг - від +9 до +15 років — значно прискорений темп старіння

Додаток 3

Показники фізичної тренуваності за даними 12-хвилинного тесту (біг на 2400 метрів) за К.Купером

Ступінь тренуваності	Вік в роках								Проба Летунова Приріст ЧСС (%) після 20 присідань
	До 30		30-39		40-49		50>		
	12 хв, км	2.4 км, хв	12 хв, км	2.4 км, хв	12 хв, км	2.4 км, хв	12 хв, км	2.4 км, хв	
Дуже погана	1,6 <	16 ³⁰ >	1,5 <	17 ³⁰ >	1,3 <	18 ³⁰ >	1,2 <	19 ⁰⁰ >	>110 %
Погана	1,6-1,9	16 ³⁰ -14 ³⁰	1,5 – 1,84	17 ³⁰ – 15 ³⁰	1.3- 1,6	18 ³⁰ – 16 ³⁰	1,2- 1,5	19 ⁰⁰ – 17 ¹⁰	>75 %
Задовільна	2,0-2,4	14 ³⁰ - 12 ⁰⁰	1,85 – 2,24	15 ³⁰ – 13 ¹⁰	1,7 – 2,1	16 ³⁰ – 14 ¹⁰	1,6 – 1,9	17 ¹⁰ – 14 ³⁰	50 – 75 %
Добра	2,5-2,7	12 ⁰⁰ - 10 ²⁰	2,25 – 2,64	13 ¹⁰ – 11 ¹⁰	2,2 – 2,4	14 ¹⁰ – 11 ³⁰	2,0 – 2,4	14 ³⁰ – 12 ¹⁰	25 – 50 %
Ввідмінна	2,8 i >	10 ²⁰ i <	2.65 i >	11 ¹⁰ i <	2,5 i >	11 ³⁰ i <	2,5 i >	12 ¹⁰ i <	< 25 %

КАРТКА МОНІТОРИНГУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТА СТАНУ ЗДОРОВ'Я

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Чол., Жін.

№ з/п	ФАКТОРИ	Роки спостереження		
		1	2	3
1	2	3	4	5
2.	Маса тіла (МТ) (кг)			
3.	Зріст (ЗР) (см)			
4.	Індекс Кетля: $MT (кг)/ZR (м^2)$. $N < 25$; НМТ=25-30; Ожиріння=30-35; Важке ожиріння>35			
5.	Артеріальний тиск (мм.рт.ст.): оптимальний<120/80; нормальний<130/85; високий нормальний 130-139/85-89; ступінь АГ (м'яка): 140-159/ або 90-99 мм рт.ст.; 2 ступінь АГ (помірна) 160-179/100-109; 3 ступінь АГ (важка) ³ 180/110	1		
6.	Обтяжена спадковість з: 1) артеріальної гіпертензії; 2) інфаркту міокарда; 3) мозкового інсульту; 4) цукрового діабету; 5) інших.			
7.	Каріозні зуби (топіка ураження) - верхні вісімки (ліва, права) - нижні вісімки (ліва, права)			
8.	Фізична активність на роботі: 1 - робота сидяча (гіподинамія) - > 5 год./добу.			
9.	Фізична активність поза роботою (1 – гіподинамія-< 10 год/тиж.; <15 год/тиж.- для непрацюючих): Біг, інші види активного дозвілля (годин/тижень) Фіз.робота (годин/тижень) Тренування (годин/тижень) Ранкова гімнастика (годин/тижень)			
10.	Паління:(при викурюванні 1 сигарети за добу і >) Цигарок за добу (шт)/ Стаж паління (років)			

Продовження додатку 4

1	2	3	4	5
11.	Споживання алкоголю (в перерахунку на мілілітри етанолу / день):			
	11.1. Пиво (л/тиждень)			
	11.2. Вино (мл/тиждень)			
	11.3. Горілка, коньяк (мл/тиждень)			
12.	Звичка досоловання готової їжі: (1- нема; 2- іноді; 3 - зловживання сіллю)			
13.	Зловживання тваринними жирами: (1- ні; 2- іноді; 3 - постійне зловживання тваринними жирами)			
14.	Холестерин (ХС) крові: N<200 мг/дл (<5,17 ммоль/л); Гранична зона - 200-239 мг/дл (5,17-6,2 ммоль/л); Високий рівень > 240 мг/дл (>6,2 ммоль/л); (Коеф. перерахунку мг/дл у ммоль/л=38,7)			
15.	Альфа ХС (ХС ЛПВЩ); N>35 мг/дл (> 0,90 ммоль/л) (Коеф. перерахунку мг/дл у ммоль/л=38,7)			
16.	ХС ЛПНЩ			
17.	ХС ЛПДНЩ			
18.	Коеф. атерогенності: <i>Загальний ХС - альфа ХС / альфа ХС</i> (N< 3)			
19.	Тригліцериди (ТГ) N<160 мг/дл (Коеф. перерахунку мг/дл у ммоль/л = 88,5)			
20.	Основні типи дисліпопротеїдемій: 1) Іа тип-гіперхолестеринемія (ГХС); 2) ІV тип -гіпертригліцеридемія (ГТГ); 3) Іб тип - ГХС+ГТГ; 4) Норма.			
21.	Глюкоза крові/ глюкоза сечі			
22.	Рівень фізичної тренуваності (по К.Куперу)			
23.	Рівень фізичної тренуваності (на основі теста з 20 присіданнями)			
24.	Індекс самооцінки здоров'я - у.о.			
25.	Адаптаційний потенціал системи кровообігу			
26.	Біологічний вік, ранг			
27.	Заплановані спілкування з лікарем (за місяцями року)			

Додаток 5

Моделі раціонів харчування, складені з продуктів різних груп

Групи продуктів і розміри порцій	Моделі і кількість порцій		
	А	В	С
Хліб, макаронні вироби, рис і картопля (100 г)	3	4,5	6
Овочі (100 г)	3	4	5
Фрукти (100 г)	2	3	4
Молоко і молочні продукти (100 г)	2	2,5	3
М'ясо і альтернативні продукти (100 г)	1	2	3

Вміст харчових речовин у моделях раціонів харчування

Харчові речовини	Модель А	Модель В	Модель С
Калорійність (ккал)	1500— 2200	2200— 2800	>2800
Білки (г)	65	90	115
Жири (г)	30	50	70
Вуглеводи (г)	220	330	430

Вміст харчових речовин в порціях, складених з групи хліба, зернових, макаронних виробів, риса і картоплі (1 порція = 100 г)

Харчові речовини	Кількість порцій		
	3	4,5	6
Енергія (ккал)	700	1050	1400
Білки (г)	20	30	40
Жир (г)	7,5	11	15
Вуглеводи (г)	150	200	300

Вміст харчових речовин в порціях продуктів (1 порція = 100 г)

Харчові речовини	Овочі (крім картоплі)			Фрукти		
	Кількість порцій					
	3	4	5	2	3	4
Енергія (ккал)	200	290	350	120	180	240
Білки (г)	14	19	24	2	3	4
Жири (г)	2	3	4	0,5	0,8	1,0
Вуглеводи (г)	40	50	60	30	50	60

Вміст харчових речовин в порціях м'яса та альтернативних продуктів

Харчові речовини	М'ясо та альтернативні продукти			Молоко та молочні продукти		
	Кількість порцій					
	1	2	3	2	2,5	3
Енергія (ккал)	170	340	510	200	290	330
Білки (г)	6	12	18	20	25	30
Жири (г)	10	20	30	10	12	14
Вуглеводи (г)	4	8	12	10	15	20

Теоретичний самоконтроль

Перевір себе, відповівши на наведені нижче запитання та порівнявши їх з вірними відповідями

1. Скільки груп чинників здоров'я ви знаєте?

- А) 2;
- Б) 3;
- В) 4

2. Самооцінка здоров'я – це одна з складових визначення біологічного віку за В.П. Войтенко?

- А) так
- Б) ні.

3. Життєва ємкість легенів визначається :

- А) за допомогою спідометра;
- Б) за допомогою тонометра;
- В) за допомогою спірометра

4 . Тест на затримку дихання включається як складова визначення біологічного віку для:

- А) чоловіків
- Б) жінок;
- В) чоловіків та жінок.

5. При яких показниках ступеня старіння організму біологічний вік відповідає паспортному:

- А) від -8,9 до -3;
- Б) від -2,9 до +2.9
- В) від +3 до +8.9.

6. Для визначення стану серцево-судинної системи за Г.Л. Апанасенком необхідно знати:

- А) артеріальний тиск;
- Б) частоту пульсу;
- В) вік;
- Г) антропометричні дані;
- Д) всі вищеуказані показників

7. Яку відстань слід подолати, щоб визначити рівень своєї фізичної тренуваності за тестом К. Купера?

- А) 2200 м;
- Б) 2400 м
- В) 2600 м.

8. Які показники входять до формули визначення індекса Кетле:

- А) вага і зріст
- Б) артеріальний тиск і зріст;
- В) артеріальний тиск і вага.

9. Які показники тиску людини вважаються нормою?

- А) 160 на 120;
- Б) 100 на 60;
- В) 120 на 80

10. Скільки факторів входить до індивідуальної картки моніторингу факторів ризику та стану здоров'я?

- А) 16;
- Б) 23;
- В) 27

Правильні відповіді.

- 1. В
- 2. А
- 3. В
- 4. А
- 5. Б
- 6. Д
- 7. Б
- 8. А
- 9. В
- 10. В