

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
БІОРЕСУРСІВ І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ
ГУМАНІТАРНО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО
ЗАХИСТУ**

В.о. завідувача кафедри
соціальної роботи та реабілітації
доктор філософії, доцент
_____ Григоренко Т.В.
«_____» _____ 2026 р.

**БАКАЛАВРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на тему «СОЦІАЛЬНА ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД
УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ»**

Спеціальність 231 Соціальна робота
(код і назва)

Гарант освітньої програми

Доктор педагогічних наук, професор
(науковий ступінь та вчене звання)

_____ (підпис)

Осадченко І.І.
(ПІБ)

Керівник бакалаврської кваліфікаційної роботи

Доктор педагогічних наук, професор
(науковий ступінь та вчене звання)

_____ (підпис)

Сопівник І.В.
(ПІБ)

Виконала

_____ (підпис)

Романенко С.О.
(ПІБ студента)

КИЇВ – 2026

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
БІОРЕСУРСІВ І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**

Гуманітарно-педагогічний факультет

ЗАТВЕРДЖУЮ

В.о. завідувача кафедри соціальної
роботи та реабілітації
доктор філософії, доцент
_____ Григоренко Т.В.
«_____» _____ 2026 р.

З А В Д А Н Н Я

на виконання бакалаврської кваліфікаційної роботи студенту

_____ Романенко Світлані Олександрівні _____

Спеціальність 231 Соціальна робота _____

(код і назва)

Тема бакалаврської кваліфікаційної роботи **«Соціальна профілактика захворювань серед учнівської молоді»**

затверджена наказом ректора НУБіП України від «16» березня 2026 р. № 779 «С»

Термін подання завершеної роботи (проекту) на кафедру «20» травня 2026 р.

Вихідні дані до бакалаврської кваліфікаційної роботи (дипломного проекту бакалавра): *наукові розробки вітчизняних і зарубіжних учених; матеріали періодичних видань; навчальна та довідкова література з теми дослідження.*

Перелік питань, які потрібно розробити:

1. Проаналізувати наукові підходи до визначення сутності понять «соціальна профілактика», «попередження захворювань», «учнівська молодь».
2. Розкрити соціальні чинники ризику виникнення захворювань серед учнівської молоді.
3. Обґрунтувати програму соціальної профілактики захворювань серед учнівської молоді.
4. Провести емпіричне дослідження стану проінформованості та ставлення учнівської молоді до здорового способу життя.

Дата видачі завдання «26» вересня 2025р.

Керівник бакалаврської кваліфікаційної роботи _____

(підпис)

Завдання прийняла до виконання _____

(підпис)

Сопівник І.В.

(прізвище та ініціали)

Романенко С.О.

(прізвище та ініціали)

Реферат

Бакалаврська кваліфікаційна робота на тему «Соціальна профілактика із попередження захворювань серед учнівської молоді» містить 72 сторінки друкованого тексту, 6 таблиць та 1 додаток. Перелік використаних літературних джерел нараховує 48 найменувань.

Мета дослідження полягає в обґрунтуванні та експериментальній перевірці ефективності програми соціальної профілактики захворювань серед учнівської молоді.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові підходи до визначення сутності понять «соціальна профілактика», «попередження захворювань», «учнівська молодь».
2. Розкрити соціальні чинники ризику виникнення захворювань серед учнівської молоді.
3. Обґрунтувати програму соціальної профілактики захворювань серед учнівської молоді.
4. Провести емпіричне дослідження стану проінформованості та ставлення учнівської молоді до здорового способу життя.

Структура роботи: робота складається з трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел і додатків.

У першому розділі розкрито теоретико-методологічні засади соціально-профілактичної діяльності щодо формування здорового способу життя серед учнівської молоді. Визначено сутність поняття «здоровий спосіб життя», охарактеризовано фактори ризику сучасної молоді, а також проаналізовано підходи до формування життєвих навичок як основи профілактичної роботи.

У другому розділі досліджено сучасні технології соціальної профілактики та інформаційно-комунікаційного впливу на молодь. Особливу увагу приділено соціальній рекламі, цифровим SMM-комунікаціям, інфлюенс-маркетингу, гейміфікації та принципу «рівний-рівному» як ефективним інструментам формування здоров'язбережувальної поведінки.

У третьому розділі представлено організацію та результати експериментального дослідження, проведеного на базі Київської гімназії східних мов №1. Визначено рівень сформованості культури здоров'я учнів на констатувальному етапі, виявлено наявність когнітивного дисонансу між знаннями та поведінкою. Розроблено та апробовано програму соціальної профілактики «Шлях до здоров'я», яка включала тренінгові заняття, інтерактивні методи навчання та елементи цифрової комунікації. Проаналізовано ефективність програми, яка підтвердила позитивну динаміку змін у когнітивному, емоційному та поведінковому компонентах здоров'язберезувальної поведінки учнів.

Ключові слова: здоровий спосіб життя, учнівська молодь, соціальна профілактика, соціальна реклама, життєві навички, SMM-комунікації, гейміфікація, інфлюенс-маркетинг, когнітивний дисонанс, програма «Шлях до здоров'я».

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ	8
1.1. Стан здоров'я сучасної учнівської молоді як соціальна проблема.....	8
1.2. Поняття та види соціальної профілактики захворювань у науковій літературі.....	12
1.3. Вікові особливості учнівської молоді в контексті формування культури здоров'я та відповідальної поведінки	15
Висновки до першого розділу.....	19
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД УЧНІВ.....	22
2.1. Нормативно-правове регулювання та діяльність соціальних інституцій у сфері профілактики захворювань.....	22
2.2. Напрями соціальної профілактики захворювань серед учнівської молоді.....	29
2.3. Технології соціальної реклами та інформаційних кампаній у формуванні здорового способу життя.....	36
Висновки до другого розділу.....	41
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ РОБОТИ.....	44
3.1. Діагностика рівня обізнаності учнівської молоді щодо факторів ризику та збереження здоров'я.....	44
3.2. Розробка та апробація програми соціальної профілактики «Шлях до здоров'я»	47
3.3. Аналіз результатів дослідження.....	55
Висновки до третього розділу.....	58
ВИСНОВКИ.....	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	65
ДОДАТКИ.....	69

ВСТУП

Сучасні соціально-економічні трансформації, вплив воєнних подій, інформаційне перевантаження, зниження рівня рухової активності, поширення шкідливих звичок та психоемоційне напруження негативно впливають на стан здоров'я учнівської молоді. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, саме підлітковий і юнацький вік є критичним періодом формування поведінкових моделей, що визначають здоров'я людини впродовж усього життя[39].

В Україні проблема зростання рівня соматичних та психосоматичних захворювань серед учнів, поширення тютюнопаління, вживання алкоголю, психоактивних речовин, порушень харчової поведінки та зниження психічного благополуччя набуває особливої гостроти. У цьому контексті значну роль відіграє діяльність соціальних працівників, соціальних педагогів, фахівців із соціальної роботи в закладах освіти та громаді[12; 4].

Соціально-профілактична діяльність спрямована не лише на інформування, а й на формування навичок відповідальної поведінки, розвитку життєстійкості, критичного мислення та соціальної компетентності молоді. Вона ґрунтується на принципах превенції, раннього втручання, міжвідомчої взаємодії та партнерства з сім'єю й громадою[9, с.45].

Попри наявність окремих програм і заходів, система соціально-профілактичної роботи потребує наукового осмислення, удосконалення методичного забезпечення та адаптації до сучасних викликів. Це зумовлює актуальність дослідження теми «Соціальна профілактика захворювань серед учнівської молоді»[13].

Об'єкт дослідження – соціальна профілактика захворювань учнівської молоді.

Предмет дослідження – програма соціальної профілактики захворювань серед учнівської молоді.

Мета дослідження – обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність програми соціальної профілактики захворювань серед учнівської молоді.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові підходи до визначення сутності понять «соціальна профілактика», «попередження захворювань», «учнівська молодь».
2. Розкрити соціальні чинники ризику виникнення захворювань серед учнівської молоді.
3. Обґрунтувати програму соціальної профілактики захворювань серед учнівської молоді.
4. Провести емпіричне дослідження стану проінформованості та ставлення учнівської молоді до здорового способу життя.

Для досягнення поставленої мети та виконання завдань використано комплекс взаємодоповнюючих методів:

- теоретичні методи: аналіз, узагальнення, порівняння, систематизація наукових джерел з проблеми дослідження;
- емпіричні методи: анкетування, бесіда, спостереження, аналіз документації закладів освіти;
- методи математичної обробки даних – для узагальнення результатів дослідження та визначення їх достовірності.

Структура бакалаврської роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, додатків, списку використаних джерел. Повний обсяг роботи становить 72 сторінок, основного тексту – 65 сторінок. Робота містить 6 таблиці, 4 рисунки, 1 додаток. Список використаних джерел налічує 48 найменувань, з них 24 – іноземними мовами.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ

1.1. Стан здоров'я сучасної учнівської молоді як соціальна проблема

Здоров'я учнівської молоді є фундаментальною категорією соціального розвитку, оскільки саме молоде покоління виступає носієм інтелектуального, трудового та репродуктивного потенціалу нації. У сучасній науковій парадигмі здоров'я розглядається не лише як відсутність хвороб або фізичних дефектів, а як стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя [41]. Формування цього стану відбувається під перехресним впливом біологічних, екологічних, педагогічних та, перш за все, соціальних чинників: способу життя, якості харчування, рівня рухової активності та психоемоційного клімату в мікросоціальному середовищі [3, с. 52].

Сьогодні проблема стану здоров'я учнівської молоді в Україні виходить далеко за межі суто клінічної медицини, набуваючи статусу гострої соціальної проблеми. Це зумовлено тим, що негативні тенденції в стані здоров'я підлітків мають масовий характер і безпосередньо впливають на процеси соціалізації, академічну успішність та майбутню професійну придатність молодих громадян [12].

Для глибшого розуміння масштабів проблеми варто проаналізувати статистичні показники, що відображають динаміку стану здоров'я учнівської молоді за останні три роки. Дані, наведені у таблиці 1.1, демонструють негативний вплив екзогенних факторів (війни та вимушеної цифровізації) на ключові індикатори благополуччя підлітків.

**Таблиця 1.1 Порівняльні показники факторів ризику здоров'ю
учнівської молоді (2020–2024 рр.)**

Група захворювань / Фактор ризику	2020-2021 рр.	2022-2024 рр.	Динаміка змін
Психоемоційні розлади (тривожність, ПТСР)	~18%	понад 60%	зростання у 3.3 раза
Патології опорно-рухового апарату	25%	40%	зростання на 15%
Порушення зору (міопія)	24%	51%	зростання у 2.1 раза

Як видно з наведених даних, найбільш критичні зміни зафіксовані у показниках ментального благополуччя та функціональних порушень організму.

Згідно з положеннями Закону України «Про освіту» [21] та Концепції «Нова українська школа», стратегічним пріоритетом державної політики є створення безпечного та здоров'язбережувального освітнього середовища. Проте реальна динаміка показників здоров'я залишається тривожною. Статистичні дані свідчать про закономірне зниження частки здорових дітей від моменту вступу до першого класу до завершення навчання в школі. Відповідно до звітів Центру громадського здоров'я МОЗ України, спостерігається інтенсивне зростання поширеності неінфекційних захворювань (НІЗ), серед яких лідирують патології опорно-рухового апарату (сколіози, порушення постави), серцево-судинної системи та органів зору

(міопія).

Теоретичне обґрунтування цієї проблеми базується на концепції соціальних детермінант здоров'я. Варто зауважити, що здоров'я учнівської молоді не є лише медичною категорією, а формується під впливом комплексу зовнішніх факторів. Згідно з концепцією І. В. Пеші, цей процес доцільно розглядати через призму соціальних детермінант, які визначають можливості та бар'єри для здоров'язбереження особистості[8,с.27]. Систематизація цих чинників представлена у формі схематичної моделі (див. рис. 1.2).



Рис. 1.2. Схематична модель соціальних детермінант здоров'я (за І. В. Пешою).

Представлена модель демонструє, що соціально-профілактична робота має бути спрямована не лише на зміну індивідуальної поведінки підлітка, а й на корекцію мікросоціального оточення (сім'ї, школи) та врахування макросоціальних умов, у яких перебуває молода людина.

Аналіз сучасної ситуації дозволяє виділити ключові чинники, що трансформують здоров'я молоді у системну соціальну проблему:

1. Гіподинамія та «цифрова адикція». Інтенсифікація використання гаджетів (від 4 до 8 годин на добу) призвела до формування малорухливого способу життя. Це спричиняє не лише фізичні вади (метаболічний синдром, порушення постави), а й веде до соціальної ізоляції, зниження навичок реальної комунікації та зростання депресивних станів серед підлітків.

2. Трансформація адиктивної поведінки. На зміну традиційним формам тютюнопаління прийшли електронні засоби доставки нікотину (вейпінг), які помилково маркуються молоддю як «безпечні». Як справедливо зазначає Н. Ю. Максимова, такі форми поведінки часто виступають інструментом соціальної ідентифікації та адаптації підлітка в групі. Це підкреслює потребу не у медикаментозному, а саме у соціально-педагогічному втручанні, спрямованому на зміну ціннісних орієнтацій.

3. Психоемоційне напруження в умовах кризи. Військова агресія, вимушена міграція та тривале дистанційне навчання стали потужними стресогенними факторами. Різке зростання рівня тривожності та симптомів посттравматичного стресу провокує розвиток психосоматичних захворювань, що вимагає впровадження технік ментальної підтримки на рівні освітніх закладів.

Державна стратегія, закріплена у Постанові Кабінету Міністрів України № 841 «Про затвердження заходів щодо популяризації принципів здорового способу життя», визначає чіткі орієнтири для соціальної роботи. Однак на заваді реалізації цих завдань стоїть низький рівень сформованості культури здоров'я як особистісної цінності. Більшість учнівської молоді демонструє пасивну, споживацьку позицію, розглядаючи здоров'я як невичерпний

природний ресурс, а не як об'єкт свідомого самоменеджменту.

Отже, стан здоров'я сучасної учнівської молоді є комплексною соціальною проблемою, розв'язання якої неможливе без міжсекторального підходу. Це обумовлює об'єктивну необхідність активізації соціально-профілактичної діяльності. У цьому процесі роль соціального працівника та соціального педагога трансформується: від простого інформування до фасилітації відповідальної поведінки, розвитку життєстійкості та створення сприятливого мікросоціального середовища, яке б стимулювало учня до свідомого вибору на користь здоров'я.

1.2. Поняття та види соціальної профілактики захворювань у науковій літературі

У сучасній соціально-педагогічній науці категорія «профілактика» (від грец. *prophylaktikos* – запобіжний) розглядається як фундаментальний, пріоритетний напрям професійної діяльності, спрямований на збереження, зміцнення та відтворення ресурсів здоров'я учнівської молоді. Наукова література пропонує багатоаспектний підхід до дефініції цієї діяльності, де профілактика трактується як цілісна, багаторівнева система правових, медичних, психологічних та соціально-педагогічних заходів [13]. Дана система спрямована не лише на нівелювання симптомів неблагополуччя, а на створення умов, що перешкоджають виникненню та експансії деструктивних відхилень у соматичному стані та соціальній поведінці особистості.

Базові теоретико-методологічні засади соціальної профілактики ґрунтовно розроблені у працях А. Й. Капської [14], яка визначає її як свідому, науково обґрунтовану та цілеспрямовану діяльність державних і громадських інституцій щодо нейтралізації чинників ризику та попередження асоціальних явищ у молодіжному середовищі. За твердженням авторки, ефективність профілактичного впливу прямо корелює з комплексністю підходу: одночасною трансформацією зовнішніх соціальних умов життєдіяльності індивіда (середовищний підхід) та корекцією його внутрішньої ієрархії

ціннісних установок (індивідуально-центрований підхід). Профілактика, таким чином, виступає інструментом регулювання взаємодії особистості та соціуму, де метою є досягнення динамічної рівноваги між вимогами середовища та адаптаційними можливостями учня.

У межах системного підходу, запропонованого О. В. Безпалько [3], соціальна профілактика ієрархічно класифікується за трьома стратегічними рівнями, що відповідають етапам розвитку проблеми та ступеню залученості об'єкта впливу:

1. Первинна профілактика (універсальна): орієнтована на загальну популяцію учнівської молоді, яка ще не має виражених ознак захворювань або девіацій. Її стратегічною місією є радикальне усунення чинників, що детермінують патології (соціальних, екологічних, побутових), а також підвищення загальної біопсихосоціальної резистентності організму до негативних екзогенних впливів. Це найбільш масовий і соціально-економічно вигідний рівень, що базується на широкому впровадженні валеологічного світогляду та утвердженні культури здорового способу життя як безальтернативної соціальної норми.

2. Вторинна профілактика (селективна): спрямована на ідентифіковані «групи ризику» – учнів, які мають функціональні відхилення, обтяжену спадковість, перебувають у складних життєвих обставинах або демонструють схильність до адиктивної поведінки. Ключовим завданням тут виступає рання діагностика, безперервний моніторинг стану та оперативна соціально-педагогічна корекція, що має на меті запобігання переходу доклінічних станів у хронічні патологічні форми або стійку дезадаптацію.

3. Третинна профілактика (індикативна або реабілітаційна): передбачає сукупність заходів щодо медико-соціальної реабілітації осіб, які вже мають серйозні порушення здоров'я або перенесли гострі фази захворювань. Вона фокусується на запобіганні рецидивам, мінімізації негативних наслідків хвороби, запобіганні інвалідизації та недопущенні соціальної ізоляції особистості. У контексті соціальної роботи цей рівень

забезпечує інклюзію учня в освітній простір та відновлення його соціальних зв'язків.

Дослідниця Р. Х. Вайнола [6] у своїх працях акцентує увагу на необхідності глибокої технологізації профілактичного процесу. Автор зауважує, що соціальна профілактика захворювань втрачає свою дієвість, якщо вона обмежена лише дидактичними методами або медико-гігієнічними порадами. Сучасна технологічна карта профілактики повинна інтегрувати інтерактивні соціально-педагогічні методи: фасилітацію процесів самопізнання, тренінгову роботу з розвитку стресостійкості (*coping-strategies*) та формування критичного мислення. Останнє розглядається як інтелектуальний фільтр, що дозволяє молодій людині автономно протидіяти деструктивним соціальним впливам, маніпуляціям та тиску референтної групи.

Науковий інтерес становить також розмежування дефініцій «профілактика» та «превенція». Як слушно зазначає О. М. Миронова [7], соціальна превенція є ширшим, концептуальним терміном. Вона охоплює не лише вузькоспрямоване запобігання конкретним нозологіям, а й випереджувальне створення сприятливих соціокультурних умов для гармонійної соціалізації. У межах превентивного підходу індивідуальне здоров'я виступає не просто відсутністю хвороб, а головним життєвим активом, базовою умовою конкурентоспроможності та ключовим ресурсом для досягнення життєвого успіху в умовах сучасного суспільства.

Відповідно до методологічного підходу В. А. Поліщук [27], види соціальної профілактики класифікують за вектором впливу та змістовим наповненням:

- Інформаційно-освітня: системна трансляція науково верифікованих знань про фізіологію, інфекційну безпеку, нутриціологію та психогігієну. В сучасних умовах цей вид передбачає активне використання цифрових каналів комунікації та SMM-технологій для охоплення максимальної кількості молодіжної аудиторії.

- Соціально-медична: забезпечення постійного моніторингу фізичного стану учнів, контроль за суворим дотриманням санітарно-гігієнічних регламентів в освітньому просторі, а також організація оздоровчих та рекреаційних кампаній, спрямованих на відновлення біологічних ресурсів організму.
- Психолого-педагогічна: стимулювання внутрішньої мотивації до самозбереження, розвиток емоційного інтелекту (EQ) та виховання персональної відповідальності. Цей вид профілактики спрямований на подолання «ілюзії невразливості», притаманної підлітковому віку, та формування стійкої антиадиктивної установки.

Підсумовуючи теоретичний аналіз наукового дискурсу, можна стверджувати, що соціальна профілактика захворювань серед учнівської молоді – це складний, інтегрований процес, який синергетично поєднує нормативно-правові гарантії, медичні протоколи та соціально-педагогічні інструменти впливу. Основною місією такої діяльності в сучасній системі соціальної роботи є трансформація здоров'я з пасивного біологічного стану на свідомо керовану соціальну цінність і суб'єктивний капітал особистості, що забезпечує її повноцінну життєдіяльність у динамічному соціумі.

1.3. Вікові особливості учнівської молоді в контексті формування культури здоров'я та відповідальної поведінки

Ефективність соціально-профілактичної діяльності безпосередньо детермінована рівнем урахування психофізіологічних та соціально-психологічних закономірностей розвитку об'єкта впливу [9; 13]. Учнівська молодь, що охоплює підлітковий та ранній юнацький вік, перебуває в епіцентрі інтенсивних процесів біологічного дозрівання, зміщення провідних видів діяльності та активного пошуку соціальної ідентичності. Ці детермінанти створюють специфічний, часто суперечливий контекст для екзистенційного ставлення до власного здоров'я.

Як обґрунтовує Л. Г. Коваль [4], підлітковий період є критичним етапом онтогенезу, під час якого відбувається «пубертатний стрибок», що супроводжується вираженою функціональною лабільністю нервової та ендокринної систем. Морфофункціональна нерівномірність розвитку внутрішніх органів (зокрема дисонанс між ростом серця та судин) зумовлює підвищену втомлюваність, вегетативні розлади та емоційну нестабільність. Без належного соціально-педагогічного супроводу та раціоналізації режиму праці й відпочинку ці фізіологічні особливості трансформуються у стійкі хронічні соматичні патології та психосоматичні порушення.

Фундаментальне значення у превентивній практиці мають праці Н.Ю. Максимової [6, с.112], присвячені аналізу схильності молоді до ризикованої поведінки. Дослідниця акцентує на феномені «ілюзії невразливості» – когнітивному викривленні, що полягає у суб'єктивному переконанні індивіда у власній захищеності від негативних наслідків небезпечних дій (експериментування з ПАР, незахищені контакти, ігнорування засобів безпеки). Соціальна профілактика в цей період має базуватися на розумінні того, що ризик для підлітка часто є не самоціллю, а інструментом самоствердження, формою протесту проти дорослого контролю або засобом інтеграції у референтну групу.

Процес формування культури здоров'я в учнівському середовищі ускладнюється низкою системних суперечностей:

- Когнітивний дисонанс (за Л. А. Терещенко) [17]: наявність значного обсягу теоретичних знань про деструктивний вплив шкідливих чинників не корелює з реальною поведінкою учнів. Знання залишаються на рівні декларацій і не стають внутрішніми регуляторами життєдіяльності.
- Психологічна емансипація (за Т. Л. Лях) [7]: прагнення до автономії зумовлює скептичне або вороже ставлення до директивних порад дорослих (педагогів, батьків). Це обумовлює безальтернативність використання технології «рівний-рівному», де носіями профілактичного змісту виступають волонтери-однолітки.

- Пріоритет зовнішньої аттрактивності: здоров'я сприймається підлітками не як функціональний ресурс довголіття, а як засіб досягнення естетичної привабливості. Це породжує ризики виникнення розладів харчової поведінки (анорексія, булімія) або нераціональних фізичних навантажень.

М. В. Гриньова [3] наголошує на важливості переходу в юнацькому віці від екстернального (зовнішнього) контролю за станом здоров'я до інтернальної саморегуляції. Саме в цей період фіксується фундамент відповідальної поведінки – здатності особистості рефлексувати, прогнозувати лонгітюдні наслідки власних дій та свідомо обирати здорові альтернативи в ситуаціях соціального тиску. Психолого-педагогічними умовами виховання такої відповідальності є розвиток критичного мислення, емоційного інтелекту та навичок асертивності.

Згідно з концептуальними висновками С. П. Байди, культура здоров'я учнівської молоді є складним інтегративним утворенням, що включає три компоненти:

1. Когнітивний: система знань про фізіологію, гігієну та ризики.
2. Емоційно-ціннісний: суб'єктивне ставлення до здоров'я як до вищої цінності.
3. Діяльнісно-вольовий: практичні навички та вольові зусилля щодо реалізації ЗСЖ.

Соціально-профілактична робота повинна бути спрямована на гармонізацію цих компонентів, враховуючи «теперішню часову перспективу» підлітка: найбільш дієвими стимулами для нього є короткострокові позитивні результати (покращення атлетичних показників, стану шкіри, енергійності), а не віддалені прогнози щодо збереження працездатності в похилому віці.

У контексті формування культури здоров'я та відповідальної поведінки особливого значення набуває застосування сучасних психологічних технік впливу, які враховують вікові особливості підлітків, зокрема домінування емоційної сфери, орієнтацію на групову думку та недостатню сформованість

довгострокового планування. Однією з базових є техніка «майбутньої часової перспективи», яка спрямована на розвиток здатності особистості уявляти віддалені наслідки власної поведінки.

Сутність цієї техніки полягає у психологічному «перенесенні» підлітка у власне майбутнє (через 5–10 років) з подальшим моделюванням наслідків актуальних поведінкових виборів. У практичній реалізації використовуються методи керованої візуалізації, написання «листа з майбутнього», а також рефлексивні вправи типу «Я через 10 років: моє здоров'я, стиль життя, можливості». Такий підхід сприяє формуванню інтернальної локалізації контролю та зменшенню впливу когнітивного викривлення «ілюзії невразливості», описаного Н. Ю. Максимовою[6]. Ефективність техніки пояснюється тим, що вона переводить абстрактні ризики у персоналізований, емоційно значущий досвід.

Додатково використовується когнітивно-поведінкова техніка «ланцюг наслідків», яка передбачає послідовний аналіз: «поведінка → короткостроковий ефект → довгостроковий наслідок». Вона дозволяє подолати типову для підлітків орієнтацію на миттєве задоволення та сприяє формуванню причинно-наслідкового мислення у сфері здоров'я. Наприклад, епізодичне порушення режиму сну аналізується не лише через призму тимчасової втоми, але й через можливі наслідки для когнітивної продуктивності, емоційної стабільності та соматичного здоров'я.

Ефективною також є мотиваційна техніка «позитивного підкріплення короткострокових результатів», що базується на особливостях часової перспективи підлітків, які більше орієнтуються на «теперішнє». У межах цієї техніки акцент робиться на швидко помітних результатах здорової поведінки: покращення стану шкіри, фізичної витривалості, якості сну, зовнішнього вигляду. Це дозволяє трансформувати ЗСЖ із абстрактної цінності у практично відчутний та соціально привабливий ресурс.

Варто також виокремити техніку соціального моделювання (role modeling), яка ґрунтується на наслідуванні значущих моделей поведінки. У

підлітковому середовищі особливу ефективність має формат «рівний-рівному», коли носіями здоров'язбережувальних норм виступають однолітки або референтні лідери групи. Це відповідає закономірностям психологічної емансипації та знижує опір директивному впливу дорослих.

Окреме місце займає техніка «ціннісної реконструкції здоров'я», яка передбачає переосмислення здоров'я не як формальної вимоги, а як особистісно значущої цінності та ресурсу досягнення життєвих цілей (успіх у навчанні, спорті, соціальне визнання). У процесі тренінгової роботи використовуються вправи на визначення життєвих пріоритетів, шкалювання цінностей та аналіз життєвих сценаріїв.

Застосування зазначених технік у комплексі забезпечує перехід від декларативного рівня знань до внутрішньо прийнятої поведінкової моделі, сприяє формуванню відповідального ставлення до здоров'я та гармонізує когнітивний, емоційно-ціннісний і діяльнісно-вольовий компоненти культури здоров'я, про які йдеться у концепції С. П. Байди [1].

Отже, вікові детермінанти учнівської молоді диктують необхідність радикальної зміни парадигми профілактики: від дидактичного повчання до інтерактивних партнерських технологій. Формування культури здоров'я має базуватися на повазі до суб'єктності підлітка, наданні йому права на самостійний вибір та створенні соціального середовища, де здоровий спосіб життя є не вимогою, а ознакою високого соціального статусу та успішності.

Висновки до першого розділу

У першому розділі здійснено теоретико-методологічний аналіз соціально-профілактичної діяльності з учнівською молоддю, що дозволило сформулювати низку концептуально обґрунтованих висновків.

По-перше, здоров'я учнівської молоді в умовах сучасної України визначено як складну, багатовимірну соціально-педагогічну проблему, що виходить за межі суто медичної парадигми. Встановлено, що негативна

динаміка фізичного та психічного стану підлітків зумовлена не лише природними віковими особливостями, а й сукупністю соціокультурних і середовищних чинників. Серед них особливої значущості набувають цифрова гіподинамія, поширення нових форм адиктивної поведінки (зокрема вейпінгу, раннього вживання психоактивних речовин), інформаційне перевантаження, а також психоемоційна напруженість, посилена умовами воєнного стану. У сукупності ці фактори формують нову структуру ризиків, що обумовлює необхідність переходу від лікувально-реабілітаційної моделі до системної соціально-профілактичної стратегії з акцентом на превенцію.

По-друге, обґрунтовано зміст, функції та структурну організацію соціальної профілактики як багаторівневої та міждисциплінарної системи впливу. На основі аналізу наукових підходів (зокрема О. Безпалько, А. Капської та інших дослідників) встановлено, що найбільш результативною в умовах закладів загальної середньої освіти є первинна профілактика, яка спрямована на випереджувальне зниження впливу факторів ризику та формування стійких захисних механізмів особистості. Соціальна профілактика розглядається як інтегрований процес, що охоплює інформаційно-просвітницький, виховний, ціннісно-мотиваційний та організаційно-середовищний компоненти, а також передбачає створення умов для гармонійної соціалізації та самореалізації учнівської молоді. Важливим є її системний характер, що передбачає взаємодію школи, сім'ї, соціальних служб та громади.

По-третє, виявлено ключову роль вікових та психологічних особливостей учнівської молоді у процесі формування культури здоров'я та відповідальної поведінки. Підлітковий та ранній юнацький вік характеризуються інтенсивними біологічними, когнітивними та соціально-психологічними трансформаціями, зокрема емоційною лабільністю, прагненням до автономії, підвищеною чутливістю до оцінки з боку референтної групи та формуванням ідентичності. Ці особливості зумовлюють суперечливість поведінкових моделей і підвищену схильність до ризикованих

практик. Доведено, що ефективне формування відповідального ставлення до здоров'я можливе лише за умови переходу від авторитарно-директивних підходів до інтерактивних, суб'єкт-суб'єктних технологій навчання та виховання, які враховують потребу підлітків у самостійності, визнанні, участі та розвитку критичного мислення.

По-четверте, встановлено, що ключовим механізмом ефективності соціально-профілактичної роботи є гармонізація когнітивного, емоційно-ціннісного та діяльнісно-вольового компонентів культури здоров'я. При цьому особливого значення набуває формування внутрішньої мотивації до здорового способу життя, що базується на переході від зовнішнього контролю до інтернальної саморегуляції поведінки. Важливим чинником є також врахування часової перспективи підлітків, орієнтованої переважно на короткострокові результати, що потребує відповідної адаптації профілактичних впливів через акцент на швидко відчутних позитивних ефектах здорової поведінки.

Отже, результати теоретичного аналізу підтверджують, що формування культури здоров'я учнівської молоді є складним, багатокомпонентним процесом, який потребує системного, науково обґрунтованого та міжсекторального підходу. Його ефективність визначається здатністю поєднувати знаннєвий, ціннісний та поведінковий рівні впливу, а також враховувати вікові, соціальні та психологічні особливості цільової групи.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД УЧНІВ

2.1. Нормативно-правове регулювання та діяльність соціальних інституцій у сфері профілактики захворювань

Ефективність соціально-профілактичної діяльності безпосередньо залежить від міцного нормативно-правового підґрунтя та злагодженої роботи державних і громадських інституцій. В Україні сформовано багаторівневу систему законодавства, що регламентує охорону здоров'я учнівської молоді та визначає межі відповідальності суб'єктів соціальної роботи.

1. Міжнародні стандарти

Фундаментом правового регулювання є Конвенція ООН про права дитини. Згідно зі статтею 24 цього документа, кожна дитина має право на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я. Для соціального працівника це означає, що профілактика – це не просто «послуга», а забезпечення базового права людини.

Важливу роль відіграють стандарти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), зокрема концепція «Здоров'я-2020» [45], яка акцентує увагу на тому, що здоров'я створюється там, де люди навчаються, працюють і відпочивають. Це обґрунтовує необхідність проведення профілактичних заходів саме в освітньому середовищі.

2. Національне законодавство України

На вершині національної ієрархії стоїть Конституція України. Стаття 49 гарантує право кожного на охорону здоров'я та медичну допомогу, підкреслюючи, що держава сприяє розвитку фізичної культури і спорту та забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя.

Ключовим для нашого дослідження є Закон України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю». Він визначає соціальну профілактику як вид соціальної роботи, спрямований на попередження негативних явищ та

хвороб. Саме цей закон легітимізує діяльність соціального педагога чи працівника як фахівця, що має право втручатися в ситуацію на ранніх етапах ризику.

Закон України «Про охорону дитинства» [20] доповнює цю базу, зобов'язуючи державу створювати умови для здорового розвитку дитини. Окремо варто виділити Основи законодавства України про охорону здоров'я, які встановлюють обов'язок громадян піклуватися про своє здоров'я та здоров'я дітей, а також обов'язок державних органів проводити обов'язкові медичні огляди учнів.

3. Спеціалізовані стратегії та цільові акти у сфері здоров'язбереження

Сучасний етап розвитку соціальної політики в Україні характеризується переходом від суто медичної моделі (лікування хвороб) до превентивної (попередження та формування культури здоров'я). Ключову роль у цьому процесі відіграє Національна стратегія розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у Новій українській школі (НУШ). Даний документ визначає школу не лише як місце отримання знань, а як простір, де формуються життєво важливі навички.

Згідно зі Стратегією, соціально-профілактична діяльність зосереджена на трьох стратегічних векторах:

1. Формування культури здорового харчування: передбачає не лише зміну шкільного меню (відповідно до сучасних стандартів нутриціології), а й просвітницьку роботу соціального педагога з учнями та їхніми батьками. Метою є подолання проблеми дитячого ожиріння та розладів травлення, що стали соціальним викликом останнього десятиліття.

2. Популяризація рухової активності: орієнтована на боротьбу з гіподинамією (малорухливим способом життя), яка є першопричиною захворювань опорно-рухового апарату та серцево-судинної системи. Це реалізується через запровадження активних перерв, спортивних гуртків та інклюзивних фізичних занять, доступних для дітей з різним станом здоров'я.

3. Забезпечення психологічного комфорту та ментального здоров'я:

у контексті сучасних реалій цей пункт набуває критичного значення. Соціальна профілактика тут спрямована на запобігання стресам, емоційному вигоранню учнів, а також на превенцію булінгу (цькування) в учнівському колективі, що є прямою загрозою психічному здоров'ю.

Окрім загальноосвітніх стратегій, в Україні діє низка спеціалізованих цільових програм, що мають на меті мінімізацію конкретних соціально небезпечних ризиків:

1. Протидія поширенню соціально небезпечних хвороб (ВІЛ/СНІД, туберкульоз, гепатити): Нормативні акти у цій сфері регламентують проведення інформаційно-просвітницьких кампаній. Соціальний працівник у межах цих програм має забезпечити доступ молоді до правдивої інформації про шляхи передачі інфекцій та методи захисту, формуючи толерантне ставлення до людей, які живуть з цими діагнозами.

2. Запобігання залежностям (наркоманії, алкоголізму, тютюнопалінню): Законодавчі акти (зокрема щодо обмеження продажу електронних сигарет та алкоголю неповнолітнім) доповнюються програмами первинної профілактики в закладах освіти. Особлива увага сьогодні приділяється «поведінковим аддикціям» — ігровій та інтернет-залежності, що нормативно закріплено в планах заходів щодо безпеки дітей в цифровому просторі.

3. Загальнодержавна програма «Здорова нація»: Вона виступає інтегруючим актом, що об'єднує зусилля соціальних служб, медичних закладів та громадських організацій для створення доступної спортивної інфраструктури та проведення масових заходів, що мотивують молодь до вибору на користь здорового способу життя.

Таким чином, спеціалізовані акти створюють «дорожню карту» для соціального працівника, визначаючи конкретні індикатори ефективності профілактичної роботи: від зниження рівня захворюваності до підвищення рівня поінформованості учнів про фактори ризику.

Важливим елементом нормативно-правового забезпечення соціально-профілактичної діяльності є впровадження державних стандартів соціальних послуг, зокрема Стандарту соціальної послуги консультування. Даний стандарт визначає зміст, обсяг, порядок надання, а також критерії якості соціальної послуги консультування, що є однією з базових форм роботи у сфері соціальної профілактики.

Відповідно до положень Стандарту, соціальна послуга консультування розглядається як професійна діяльність, спрямована на надання отримувачам допомоги у вирішенні складних життєвих обставин шляхом інформування, роз'яснення, психологічної підтримки та сприяння у прийнятті обґрунтованих рішень. У контексті профілактики захворювань серед учнівської молоді консультування набуває особливого значення як інструмент раннього втручання та попередження формування ризикованої поведінки.

Стандарт чітко регламентує основні принципи надання послуги, серед яких ключовими є: добровільність звернення, конфіденційність, доступність, індивідуальний підхід, недискримінація та повага до гідності отримувача послуг. Дотримання цих принципів є критично важливим у роботі з учнівською молоддю, оскільки саме довіра до фахівця визначає ефективність профілактичного впливу.

Зміст послуги консультування включає кілька функціональних компонентів: діагностичний (виявлення проблеми та її причин), інформаційно-просвітницький (надання достовірної інформації щодо факторів ризику та шляхів їх уникнення), мотиваційний (формування готовності до змін у поведінці) та корекційний (сприяння у зміні деструктивних моделей поведінки). Така структурованість дозволяє використовувати консультування як ефективний механізм формування здоров'язберезувальної компетентності учнів.

Особливу увагу в Стандарті приділено етапності надання послуги: від первинного звернення та оцінки потреб до розробки індивідуального плану роботи і подальшого супроводу. У сфері профілактики захворювань це

дозволяє забезпечити системність впливу та уникнути фрагментарності заходів, що часто знижує їх ефективність.

Крім того, Стандарт визначає вимоги до професійної компетентності фахівців, які надають послугу консультування. Вони повинні володіти не лише теоретичними знаннями, а й практичними навичками комунікації, кризового втручання, мотиваційного інтерв'ювання та роботи з різними цільовими групами. Для соціального педагога закладу освіти це означає необхідність постійного підвищення кваліфікації та адаптації методів роботи до сучасних викликів, зокрема поширення адиктивної поведінки та психоемоційних розладів серед підлітків.

Таким чином, Стандарт соціальної послуги консультування виступає важливим інструментом забезпечення якості соціально-профілактичної роботи. Його впровадження сприяє переходу від епізодичних заходів до системної, індивідуалізованої підтримки учнівської молоді, що, у свою чергу, підвищує ефективність попередження захворювань та формування відповідального ставлення до власного здоров'я.

Діяльність соціальних інституцій у сфері профілактики захворювань:

Ефективність попередження захворювань серед учнівської молоді залежить від злагодженості дій суб'єктів соціальної роботи на різних рівнях управління. Міжвідомча взаємодія у сфері профілактики вибудовується за трирівневою моделлю (Макро-, Мезо-, Мікро-), що дозволяє забезпечити вертикальний та горизонтальний зв'язок між державними органами, медичними установами та закладами освіти (див. рис. 2.1).

МІЖВІДОМЧА ВЗАЄМОДІЯ СУБ'ЄКТІВ СОЦІАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ

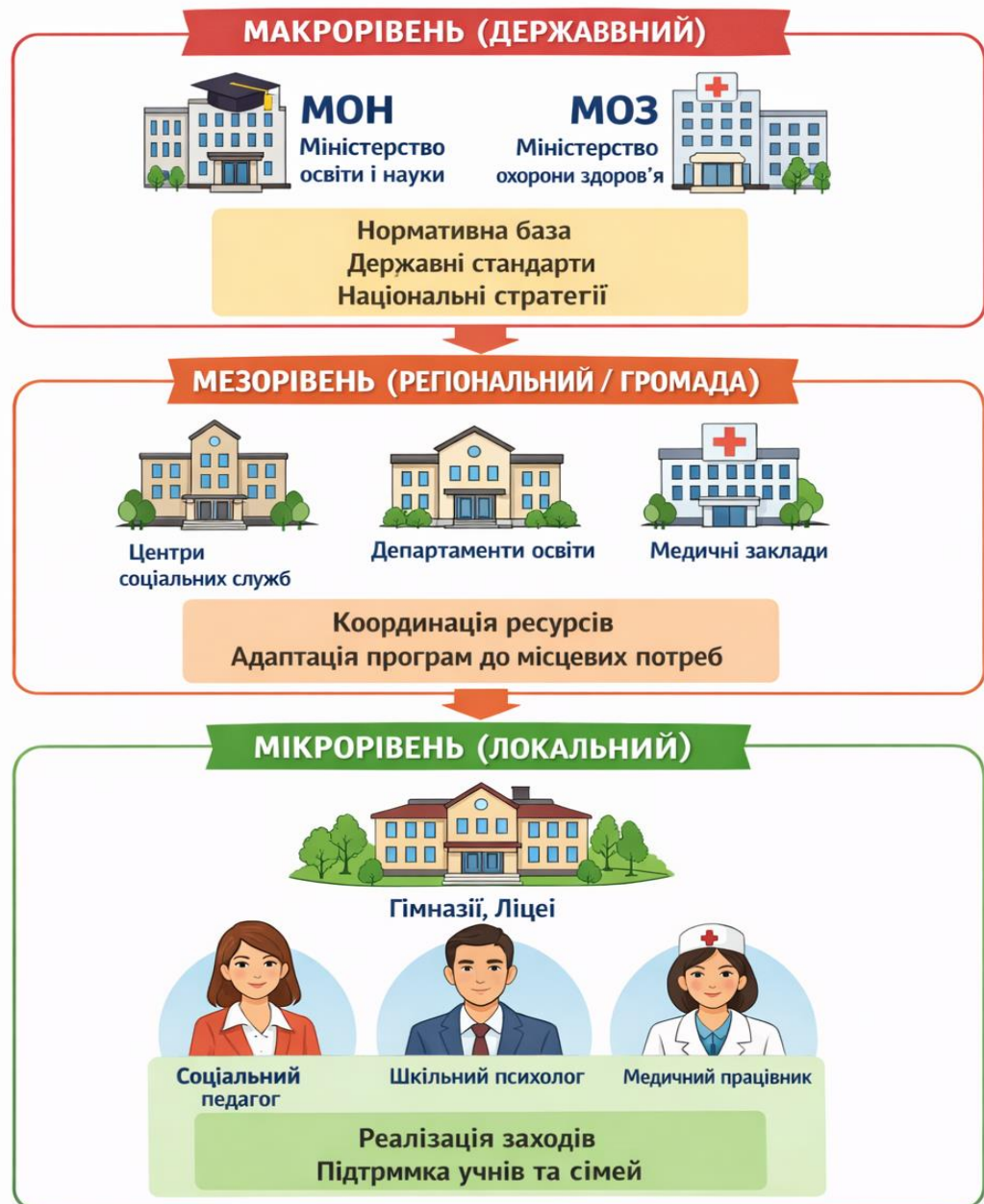


Рис. 2.1. Органіграма міжвідомчої взаємодії суб'єктів соціально-профілактичної роботи.

Відповідно до представленої схеми, кожен рівень виконує специфічні функції:

1. Макрорівень (Державний): Міністерство освіти і науки (МОН) та Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) спільно розробляють нормативну базу,

державні стандарти та національні стратегії здоров'язбереження.

2. Мезорівень (Регіональний/Громада): Обласні та міські центри соціальних служб, департаменти освіти та територіальні медичні об'єднання координують ресурси громади та адаптують державні програми до місцевих потреб.

3. Мікрорівень (Локальний): Безпосередньо заклади освіти (гімназії, ліцеї), де соціальний педагог, шкільний психолог та медичний працівник реалізують конкретні заходи, здійснюючи пряму підтримку учнів та їхніх сімей.

Така багаторівнева структура дозволяє уникнути дублювання функцій та забезпечує комплексний супровід дитини від формування державної політики до практичної допомоги в освітньому середовищі.

2. Функціональні напрями соціально-профілактичного впливу

Діяльність інституцій структурується за типами впливу на цільову аудиторію:

1. Інформаційно-просвітницький напрям: спрямований на підвищення рівня грамотності молоді щодо власного здоров'я. Форми роботи включають лекторії, тренінги та інноваційні інтерактивні заходи (наприклад, квести-трансформації), що сприяють усвідомленню цінності фізичного та психічного благополуччя.

2. Діагностико-прогностичний напрям: передбачає регулярний соціальний моніторинг та опитування. Це дозволяє інституціям вчасно ідентифікувати актуальні загрози (наприклад, динаміку поширення вейпінгу чи зростання рівня шкільної тривожності) та прогнозувати розвиток соціальної ситуації в громаді.

3. Захисно-правовий напрям: фокусується на створенні безпечного середовища для розвитку дитини. Інституції забезпечують контроль за дотриманням санітарних норм, вимог інклюзивності освітнього простору, а також здійснюють нагляд за обмеженням продажу підакцизних товарів поблизу навчальних закладів.

3. Мультидисциплінарний підхід та міжвідомча взаємодія

Ключовим принципом діяльності сучасних соціальних інституцій є міжвідомча взаємодія, оскільки проблема здоров'я молоді виходить за межі компетенції однієї галузі. У межах профілактики захворювань виділяють такі вектори співпраці:

1. Соціальна служба + Медична ланка: реалізується через організацію планових медичних оглядів, супровід дітей із хронічними патологіями та спільну просвіту щодо гігієни та репродуктивного здоров'я.
2. Освіта + Ювенальна превенція: спільні заходи соціальних педагогів та працівників поліції, спрямовані на попередження адиктивної поведінки (наркоманії, алкоголізму) та правопорушень, що загрожують життю учнів.
3. Громадський сектор (НУО) + Заклад освіти: залучення волонтерських організацій та молодіжних лідерів для впровадження програм за принципом «рівний-рівному». Така співпраця часто виявляється більш ефективною для підлітків, ніж традиційні адміністративні методи впливу.

Отже, діяльність соціальних інституцій у сфері профілактики захворювань є цілісною системою, яка поєднує правові гарантії, адміністративні ресурси та практичний інструментарій соціальної роботи для збереження людського капіталу України.

2.2. Напрями соціальної профілактики захворювань серед учнівської молоді

Соціально-профілактична робота з учнівською молоддю є багатогранним процесом, зміст якого визначається специфікою актуальних загроз здоров'ю підростаючого покоління. У сучасних умовах доцільно виділити три стратегічні напрями превентивної діяльності: профілактику інфекційних захворювань, попередження соматичних патологій та протидію формуванню шкідливих звичок (адиктивної поведінки).

1. Напрямок профілактики інфекційних захворювань в учнівському середовищі

Даний вектор соціально-профілактичної діяльності є пріоритетним у контексті забезпечення біологічної безпеки освітнього простору. Основна мета напрямку полягає у розриві ланцюгів передачі інфекційних агентів та формуванні у здобувачів освіти стійких навичок санітарно-гігієнічної культури. Реалізація цього напрямку здійснюється через такі ключові компоненти:

- Гігієнічне виховання та формування санітарної грамотності. Робота соціального фахівця спрямована на засвоєння учнями фундаментальних правил особистої гігієни, що виступають базовим неспецифічним бар'єром для поширення гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ, грип, COVID-19). Особлива увага приділяється навчанню «респіраторному етикету», культурі догляду за ротовою порожниною та побутовій гігієні в місцях загального користування закладу освіти. Ефективність цього компоненту забезпечується шляхом проведення інтерактивних занять, візуалізації алгоритмів дезінфекції та моніторингу санітарного стану навчальних приміщень;

- Інформаційний супровід та підтримка імунопрофілактики. Соціально-профілактична діяльність у цьому контексті має на меті підвищення рівня комплаєнсу (довіри) до системи державної вакцинації. Просвітницька робота базується на Національному календарі профілактичних щеплень та включає:

- Роз'яснення механізмів формування колективного імунітету як інструменту захисту вразливих груп населення.

- Спростування поширених антивакцинальних міфів на основі доказової медицини.

- Формування відповідального ставлення батьків та учнів до своєчасної ревакцинації.

- Превенція соціально небезпечних та інфекційних захворювань

(ВІЛ/СНІД, ТБ, ІПСШ). Цей складник передбачає реалізацію спеціалізованих програм, орієнтованих на підлітковий та юнацький вік. Соціальна робота зосереджена на дестигматизації зазначених захворювань та наданні об'єктивної інформації про:

- механізми передачі гемоконтактних та статевих інфекцій;
- сучасні методи індивідуального захисту та бар'єрної контрацепції;
- важливість регулярного тестування та ранньої діагностики туберкульозу (зокрема, обізнаність щодо симптомів та методів скринінгу).

Впровадження даного напрямку вимагає від соціального педагога тісної взаємодії з медичним персоналом закладу освіти та фахівцями центрів громадського здоров'я для забезпечення наукової достовірності наданої інформації.

2. Напрямок профілактики соматичних (неінфекційних) захворювань

Соматичне здоров'я учнівської молоді є фундаментом її загальної працездатності та успішної соціалізації. Проте інтенсифікація навчального процесу, нерациональний режим праці та відпочинку, а також незбалансоване харчування створюють передумови для розвитку хронічних неінфекційних патологій. Соціально-профілактична діяльність у цьому контексті структурується за такими векторами:

- Корекція харчової поведінки та формування культури нутриціології. Цей складник передбачає популяризацію принципів раціонального харчування як ключового фактора метаболічного здоров'я. Робота соціального фахівця зосереджена на:

1. Пропаганді моделі «тарілки здорового харчування» та роз'ясненні важливості дотримання водного балансу.

2. Активній протидії поширенню культури споживання енергетичних напоїв, фаст-фуду та продуктів із високим вмістом доданого цукру, що є превенцією цукрового діабету II типу та ожиріння.

3. Проведенні інформаційних кампаній щодо шкідливості харчових розладів та формування критичного ставлення до агресивного маркетингу

нездорової їжі.

- Охорона опорно-рухового апарату та гігієна зору. Враховуючи високу питому вагу статичних навантажень та цифровизацію навчання, превентивні заходи спрямовані на:

1. Навчання методам профілактики сколіозу та інших деформацій хребта через контроль правильної постави за робочим столом та підбір ергономічних меблів.

2. Впровадження стандартів «екранної гігієни» — регламентацію часових лімітів використання цифрових пристроїв (гаджетів) та навчання технікам зорової гімнастики для запобігання розвитку міопії (короткозорості) та комп'ютерного зорового синдрому.

3. Популяризацію фізичної активності як дієвого засобу боротьби з гіподинамією.

- Підтримка ментального здоров'я та психосоматична превенція. У контексті тривалої соціальної нестабільності та високого рівня академічного стресу цей напрям набуває особливої актуальності. Діяльність соціального педагога включає:

1. Впровадження технік емоційної саморегуляції, стресостійкості та методик «майндфулнес» (усвідомленості) для зниження рівня тривожності.

2. Попередження розвитку психосоматичних розладів, неврозів та симптомів емоційного вигорання через гармонізацію режиму сну та неспання.

3. Створення в освітньому закладі психологічно безпечного середовища, що сприяє зміцненню резильєнтності (психологічної стійкості) учнів.

Інтеграція зазначених заходів у виховний процес дозволяє мінімізувати ризики розвитку хронічних захворювань, які зазвичай маніфестують саме в підлітковому та юнацькому віці під впливом несприятливих соціальних факторів.

3. Напрямок профілактики шкідливих звичок та адиктивної поведінки

Цей напрям є найбільш складним складником соціально-профілактичної діяльності, оскільки він спрямований на формування внутрішніх психологічних бар'єрів особистості до вживання психоактивних речовин (ПАР) та розвитку деструктивних форм поведінки. Соціальна робота в цьому контексті базується на переході від залякування до розвитку життєстійкості та критичного мислення учнів. Основними векторами реалізації напрямку є:

1. Антитютюнова та антивейпінгова діяльність. Враховуючи сучасні тенденції в учнівському середовищі, основний акцент зміщується на розвінчування міфів про «безпеку» електронних засобів доставки нікотину та систем нагрівання тютюну. Профілактична робота включає:

а. Роз'яснення механізмів виникнення нікотинової залежності через використання вейпів, які помилково сприймаються молоддю як менш шкідлива альтернатива традиційному палінню.

б. Інформування про довгострокові медичні наслідки впливу ароматизаторів та хімічних сполук на легеневу систему підлітка.

с. Формування культури «простору, вільного від тютюнопаління» як соціальної норми в межах навчального закладу та громади.

2. Попередження вживання алкоголю та наркотичних речовин. Соціально-профілактична стратегія ґрунтується на концепції формування «життєвих навичок» (Life Skills), що визнана ВООЗ як найефективніша в роботі з молоддю[47]. Діяльність соціального фахівця зосереджена на:

а. Розвитку навичок асертивної поведінки – вміння впевнено та аргументовано відмовлятися від пропозицій вживання ПАР під тиском однолітків або деструктивних соціальних груп.

б. Тренуванні критичного мислення для розпізнавання прихованої пропаганди вживання алкоголю та наркотиків у медіапросторі.

с. Наданні достовірної інформації про юридичну відповідальність та незворотні соціальні наслідки наркотизації особистості.

3. Профілактика нехімічних (поведінкових) залежностей. У цифрову

епоху цей складник стає критично важливим для збереження соціального та фізичного здоров'я учнів. Робота передбачає:

а. Попередження розвитку лудоманії (ігрової залежності) шляхом роз'яснення механізмів психологічної пастки азартних ігор та мікротранзакцій у відеоіграх.

б. Профілактику гаджет-аддикції та надмірної захопленості віртуальним простором, що загрожує соціальною ізоляцією, порушенням когнітивних функцій та фізичним виснаженням.

с. Популяризацію альтернативних форм дозвілля – волонтерської діяльності, творчої самореалізації та «живого» спілкування, що виступають природними протекторами від виникнення залежностей.

Ефективність даного напрямку забезпечується за умови переходу від епізодичних лекцій до системного тренінгового впливу, що дозволяє учням не лише отримати знання, а й відпрацювати поведінкові стратегії в безпечних змодельованих ситуаціях.

Практика діяльності соціальних педагогів у закладах загальної середньої освіти України свідчить про поступовий перехід від фрагментарних профілактичних заходів до системної, науково обґрунтованої моделі соціально-профілактичної роботи. У сучасних умовах діяльність соціального педагога виходить за межі традиційного інформування та набуває комплексного, міждисциплінарного характеру, що передбачає інтеграцію освітніх, психологічних та соціальних підходів.

Аналіз практичного досвіду дозволяє виокремити кілька ключових моделей реалізації профілактичної діяльності у шкільному середовищі.

По-перше, значного поширення набули інтерактивні освітні технології, зокрема тренінгові програми, спрямовані на формування життєвих навичок. У межах таких програм соціальні педагоги проводять заняття, орієнтовані на розвиток критичного мислення, навичок прийняття рішень, ефективної комунікації та емоційної саморегуляції. Практика показує, що саме ці компетентності виступають ключовими захисними факторами щодо

формування адиктивної поведінки та ризиків виникнення психосоматичних розладів.

По-друге, ефективним напрямом є впровадження програм за принципом «рівний – рівному», які передбачають підготовку учнів-лідерів як агентів профілактичного впливу. Такий підхід демонструє високий рівень результативності у питаннях профілактики ВІЛ/СНІД, шкідливих звичок та ризикованої поведінки, оскільки інформація, отримана від однолітків, сприймається підлітками як більш достовірна та соціально прийнятна.

По-третє, важливим компонентом діяльності соціального педагога є організація міжвідомчої взаємодії. У практиці українських шкіл активно застосовується співпраця з медичними працівниками, психологами, представниками центрів соціальних служб, ювенальної превенції та громадських організацій. Такий мультидисциплінарний підхід забезпечує комплексний вплив на проблему здоров'я учнів та дозволяє охопити як медичні, так і соціально-психологічні аспекти профілактики.

Окремої уваги заслуговує досвід впровадження шкільних програм здоров'язбереження, що інтегруються у виховну систему закладу освіти. Соціальні педагоги беруть участь у розробці та реалізації довгострокових програм, які включають інформаційно-просвітницькі кампанії, тематичні тижні здоров'я, індивідуальне консультування учнів та роботу з батьками. Практика свідчить, що саме поєднання групових та індивідуальних форм роботи забезпечує найбільш стійкий профілактичний ефект.

Суттєвим аспектом сучасної діяльності є також використання цифрових інструментів у профілактичній роботі. Соціальні педагоги активно залучають онлайн-платформи, соціальні мережі та мультимедійні ресурси для поширення інформації про здоровий спосіб життя, що відповідає особливостям сприйняття сучасної учнівської молоді. Це дозволяє підвищити рівень охоплення аудиторії та адаптувати профілактичні меседжі до цифрового середовища.

Разом з тим, аналіз практики виявляє і низку проблемних аспектів, серед яких варто виокремити недостатній рівень матеріально-технічного забезпечення, перевантаженість фахівців адміністративними функціями, а також потребу у системному підвищенні кваліфікації з питань сучасних форм залежностей та ментального здоров'я. Наявність цих викликів зумовлює необхідність подальшого вдосконалення організації соціально-профілактичної діяльності у закладах освіти.

Таким чином, досвід роботи соціальних педагогів у школах України підтверджує ефективність комплексного, превентивно орієнтованого підходу до збереження здоров'я учнівської молоді. Поєднання інноваційних методів роботи, міжвідомчої взаємодії та індивідуалізованого підходу дозволяє забезпечити високий рівень результативності профілактичних заходів та сприяє формуванню відповідального ставлення до власного здоров'я.

Таким чином, зміст соціально-профілактичної роботи є системною відповіддю на виклики сучасності. Ефективність такої діяльності можлива лише за умови гармонійного поєднання інформаційного впливу, формування практичних навичок здоров'язбереження та створення сприятливого соціального клімату в учнівському середовищі.

2.3. Технології соціальної реклами та інформаційних кампаній у формуванні здорового способу життя

У системі соціально-профілактичної діяльності особливе місце посідають інформаційно-комунікативні технології, серед яких провідну роль відіграє соціальна реклама. Вона визначається як вид комунікації, спрямований на привернення уваги до суспільно значущих проблем та зміну поведінкових моделей молоді на користь здоров'язбереження.

Механізм впливу соціальної реклами на формування здорового способу життя у молоді доцільно розглядати як багаторівневу динамічну систему соціально-психологічного впливу, що забезпечує поетапну трансформацію

інформаційного повідомлення у стійку поведінкову модель. Його структура охоплює когнітивний, емоційно-ціннісний та поведінковий рівні, які взаємопов'язані між собою та утворюють безперервний цикл соціального впливу.

На когнітивному рівні соціальна реклама виконує інформаційно-освітню функцію, забезпечуючи формування у молоді системи знань про фактори ризику (тютюнопаління, вейпінг, гіподинамія, неправильне харчування) та переваги здорового способу життя. На цьому етапі відбувається первинне усвідомлення проблеми та формування раціональної оцінки наслідків поведінки.

На емоційно-ціннісному рівні здійснюється психологічне закріплення інформації через формування позитивних або негативних емоційних асоціацій. Ефективна соціальна реклама апелює до почуттів ідентичності, соціальної приналежності, успіху та самореалізації, що дозволяє формувати у молоді ціннісне сприйняття здоров'я як ресурсу соціального капіталу, зовнішньої привабливості та життєвого успіху.

На поведінковому рівні відбувається інтеріоризація (внутрішнє засвоєння) моделей здоров'язбережувальної поведінки та їх подальше закріплення через повторювану взаємодію з медіаконтентом, соціальне наслідування та ефект нормативного тиску групи. Саме цей рівень визначає реальні зміни у способі життя (підвищення фізичної активності, відмова від шкідливих звичок, формування здорових харчових практик).

Таким чином, соціальна реклама функціонує як поетапний механізм «інформація → емоція → поведінка», де кожен наступний рівень посилює попередній, забезпечуючи кумулятивний ефект впливу та довготривалу зміну соціальних установок.

Реалізація інформаційно-комунікативного компоненту соціальної профілактики базується на застосуванні системних технологічних підходів, що дозволяють ефективно впливати на ціннісні орієнтації учнівської молоді. У сучасній практиці соціальної роботи виділяють наступні технології:

1. Візуально-контентні технології та семіотичне моделювання. Даний підхід передбачає розробку та дистрибуцію продуктів зовнішньої реклами (білборди, сітілайти), а також друкованої продукції (інфографіка, гайди, буклети). Сучасний вектор соціальної реклами ЗСЖ характеризується зміною комунікаційної парадигми: переходом від стратегії «шокової реклами» (візуалізація патологічних наслідків хвороб) до стратегії позитивного моделювання. У межах цієї моделі здоровий спосіб життя репрезентується як необхідний атрибут життєвого успіху, фізичної привабливості та високого соціального статусу особистості, що є більш релевантним для психологічних особливостей молодіжного віку. За даними соціально-психологічних моніторинрів, так звана «шокова реклама» (із зображенням патологічних наслідків хвороб) викликає захисну реакцію витіснення у 70% підлітків, що нівелює превентивний ефект. Натомість технологія позитивного моделювання, де ЗСЖ асоціюється з енергійністю та соціальним лідерством, демонструє зростання рівня мотивації до змін у поведінці на 25-30% порівняно з деструктивними закликами

Технології цифрового маркетингу (SMM-комунікації). Враховуючи домінування цифрового середовища в життєдіяльності учнівської молоді, пріоритетними стають кампанії у соціальних мережах (Instagram, TikTok, Telegram). Технологічний алгоритм включає використання таких інструментів:

2. Виробництво вірального (вірусного) контенту: створення короткометражних відеороликів (Reels, TikTok), які завдяки динамічності та емоційному забарвленню мотивують до занять спортом або раціонального харчування. Вибір цифрових каналів комунікації як пріоритетних підтверджується актуальними статистичними даними. Згідно зі звітами Global Digital (2024–2025 рр.), понад 92% української молоді віком від 14 до 22 років є активними користувачами соціальних платформ (Instagram, TikTok), проводячи в них у середньому від 3 до 5 годин на добу. Це свідчить про те, що соціальна реклама у форматі коротких відео та сторіз має у 4 рази вищий

рівень охоплення, ніж традиційні друковані засоби профілактики.

3. Інфлюенс-маркетинг: залучення референтних для молоді осіб (лідерів думок, блогерів), які інтегрують цінності ЗСЖ у свій повсякденний контент, створюючи ефект «соціального доказу». Аналіз результатів міжнародного дослідження HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) показує, що рівень довіри підлітків до офіційних повідомлень державних інституцій становить близько 15-20%, тоді як інформація, отримана від «лідерів думок» (блогерів, спортсменів), сприймається як достовірна 65% респондентів. Таким чином, використання технології інфлюенс-маркетингу дозволяє подолати психологічний бар'єр несприйняття "нав'язаних" дорослими правил здоров'я.

4. Гейміфікація та інтерактивні елементи: розробка тематичних стікерпаків, AR-масок та челенджів, що дозволяють інтегрувати атрибути здорового способу життя у щоденну неформальну комунікацію молоді.

Технології інтегрованого інформаційного супроводу (PR-технології). Передбачають організацію масштабних івентів та тематичних подій (марафонські забіги, «тижні ментального здоров'я», антитютюнові акції). Інформаційна кампанія в даному контексті розглядається як циклічна послідовність скоординованих дій, що забезпечують безперервний та багатоканальний інформаційний вплив на цільову аудиторію, створюючи сталий «інформаційний привід» у громаді.

Соціальна адвокація та фандрейзинг. Ця технологія спрямована на залучення ресурсів територіальної громади, бізнес-структур та міжнародних фондів для реалізації соціальних проєктів. Вона забезпечує створення високоякісного медіапродукту, який за технічними характеристиками та естетичним наповненням не поступається комерційному сектору. Це критично важливо для підвищення довіри молодіжної аудиторії до превентивного контенту та нівелювання сприйняття профілактики як суто формального чи примусового заходу.

Ефективність технологій соціальної реклами оцінюється не лише за

охопленням аудиторії, а й за рівнем зміни соціальних установок. Професійно розроблена кампанія здатна трансформувати моду на шкідливі звички у моду на фізичну активність, ментальне благополуччя та екологічне споживання.

Для порівняльного аналізу ефективності різних технологій соціального впливу на молодь доцільно розглянути рівень результативності основних комунікаційних методів. На основі узагальнення наукових джерел та практичних досліджень представлено порівняльну діаграму ефективності методів впливу на молодіжну аудиторію.



Рисунок 2.3 Ефективність методів впливу на молодь

Аналіз наведених даних свідчить, що найвищий рівень ефективності характерний для інтерактивних та цифрових методів впливу, зокрема

гейміфікації та інфлюенс-маркетингу (65–80%). Це пояснюється їхньою відповідністю цифровій поведінці сучасної молоді та високим рівнем емоційної залученості.

Значно нижчі показники демонструють традиційні форми соціальної реклами, зокрема «шокові» та друковані повідомлення (10–30%), що свідчить про поступову втрату їхньої ефективності в молодіжному середовищі через інформаційну перевантаженість та захисні психологічні реакції аудиторії.

Отже, застосування комплексних технологій соціальної реклами дозволяє не лише інформувати молодь про ризики, а й активно формувати нові соціальні стандарти поведінки, де здоров'я виступає як найвищий особистісний ресурс.

Висновки до другого розділу

Узагальнюючи результати дослідження, представлені у другому розділі, встановлено, що сучасна соціально-профілактична діяльність щодо попередження захворювань серед учнівської молоді є складною, багаторівневою та мультидисциплінарною системою, ефективність якої визначається узгодженістю нормативно-правових, організаційних і комунікаційних компонентів. Її фундамент становить ієрархічна система законодавства, що інтегрує міжнародні стандарти та національні правові акти, забезпечуючи легітимність превентивного втручання та орієнтацію на раннє виявлення ризиків.

Доведено, що стратегічним напрямом розвитку соціально-профілактичної роботи є перехід від реактивної (лікувальної) моделі до проактивної, спрямованої на формування культури здоров'я, розвиток життєстійкості та створення безпечного освітнього середовища. У цьому контексті особливого значення набуває інтеграція підходу «життєвих навичок» (Life Skills), який забезпечує не лише інформування, а й формування здатності до свідомого вибору здоров'язбережувальної поведінки.

Встановлено, що зміст профілактичної діяльності реалізується через взаємодію трьох ключових напрямів: попередження інфекційних захворювань, профілактику соматичних порушень та протидію адиктивній поведінці. Їх ефективність значною мірою залежить від використання інноваційних комунікаційних технологій, зокрема соціальної реклами як інструменту формування соціальних норм і поведінкових моделей.

У ході дослідження обґрунтовано, що механізм впливу соціальної реклами має комплексний характер і реалізується через послідовну взаємодію когнітивного, емоційно-ціннісного та поведінкового рівнів. Така трикомпонентна модель забезпечує трансформацію інформації про здоров'я у стійкі поведінкові практики через формування знань, мотивації та подальше закріплення дій. Це дозволяє розглядати соціальну рекламу не лише як засіб інформування, а як інструмент довготривалого соціально-психологічного впливу.

Аналіз сучасних комунікаційних стратегій засвідчив, що в умовах цифровізації суспільства пріоритетними стають SMM-технології, інфлюенс-маркетинг та інтерактивні форми взаємодії (гейміфікація). Високий рівень їх ефективності зумовлений відповідністю медіаспоживанню молоді, високим рівнем довіри до лідерів думок та залученням емоційного компоненту. Зокрема, встановлено, що рівень довіри до інфлюенсерів у кілька разів перевищує довіру до офіційних джерел, що суттєво підвищує результативність профілактичного впливу.

Порівняльний аналіз ефективності різних методів соціальної реклами (представлений у відповідній діаграмі) підтвердив, що традиційні підходи, зокрема «шокова реклама», втрачають свою результативність через формування захисних психологічних реакцій у молоді. Натомість технологія позитивного моделювання демонструє значно вищі показники ефективності, оскільки формує привабливий образ здорового способу життя як соціально схваленої та престижної норми.

Доведено, що результативність соціально-профілактичних кампаній

значною мірою залежить від їх комплексності, системності та безперервності. Найбільш ефективними є інтегровані інформаційні кампанії, які поєднують різні канали комунікації (онлайн і офлайн), використовують принципи повторюваності повідомлень, соціального доказу та інтерактивної взаємодії з аудиторією.

Таким чином, ефективність сучасної соціально-профілактичної діяльності забезпечується синергією нормативно-правових засад, інноваційних комунікаційних технологій та мультидисциплінарної взаємодії суб'єктів соціальної сфери. Це дозволяє трансформувати здоров'я з пасивного біологічного стану у свідомо керовану соціальну цінність, інтегровану у систему життєвих орієнтацій учнівської молоді.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ РОБОТИ

3.1. Діагностика рівня обізнаності учнівської молоді щодо факторів ризику та збереження здоров'я

Першим етапом експериментальної роботи став констатувальний експеримент, проведений на базі Київської гімназії східних мов №1. Метою етапу було визначення реального стану сформованості культури здоров'я учнів, виявлення рівня їхньої обізнаності про сучасні чинники ризику та аналіз ціннісних пріоритетів у сфері самозбереження.

Для виявлення вихідного рівня сформованості культури здоров'я нами було розроблено та проведено авторське опитування (див. додаток А). Дослідження проводилося протягом лютого-березня 2026 року. У діагностиці взяли участь 100 учнів 9–11 класів гімназії. Вибір саме цієї вікової категорії обумовлений високим інтелектуальним та психоемоційним навантаженням, пов'язаним із вивченням складних східних мов та підготовкою до випускних іспитів. Анонімність опитування забезпечила високий рівень достовірності відповідей щодо ментального стану та вживання психоактивних речовин (ПАР).

Для підвищення валідності дослідження було визначено критерії оцінювання рівня сформованості культури здоров'я учнівської молоді, а саме: когнітивний (рівень знань), ціннісно-мотиваційний (ставлення до здоров'я) та поведінковий (реальні практики здоров'язбереження).

За кожним критерієм було виокремлено три рівні сформованості: високий, середній та низький. Високий рівень характеризується системними знаннями, позитивною мотивацією та стабільною здоров'язбережувальною поведінкою; середній – фрагментарністю знань та ситуативною мотивацією; низький – відсутністю усвідомлення ризиків та наявністю шкідливих практик.

Отримані дані було систематизовано за чотирма ключовими блоками:

1. Блок «Когнітивний»: Учні гімназії продемонстрували високий рівень загальної ерудиції: 82% респондентів чітко розрізняють інфекційні та соматичні загрози. Проте лише 30% опитаних змогли пов'язати симптоми хронічної втоми з початковими етапами психосоматичних розладів, що вказує на дефіцит знань у сфері превенції ментальних порушень.

2. Блок «Техногенні ризики та адикції»: Виявлено критичне ставлення до традиційних шкідливих звичок (алкоголь, тютюн – 90% засуджують), але водночас спостерігається лояльність до «цифрових» адикцій. Понад 65% учнів не вбачають загрози у регулярному використанні вейпів, вважаючи це частиною молодіжної субкультури. Також 48% гімназистів використовують енергетичні напої як засіб стимуляції когнітивних здібностей під час інтенсивного вивчення ієрогліфіки та граматики.

3. Блок «Спосіб життя та академічне навантаження»: Специфіка закладу накладає відбиток на режим дня: 60% учнів проводять за навчанням та гаджетами понад 7 годин на добу, що призводить до вираженої гіподинамії. Тільки 18% респондентів вказали на наявність регулярної фізичної активності поза межами уроків фізичної культури.

4. Блок «Психоемоційне благополуччя»: Діагностика зафіксувала високий рівень тривожності у 42% старшокласників. Основними чинниками стресу було названо «страх невідповідності очікуванням» та «інформаційне перевантаження». При цьому 72% учнів зазначили, що відчувають потребу в опануванні практичних технік стресостійкості та саморегуляції.

Аналіз результатів дозволив виявити феномен «інтелектуальної пастки»: маючи глибокі теоретичні знання про шкоду недосипання чи деструктивність ПАР, учні гімназії часто ігнорують ці знання заради академічних досягнень. Це підтверджує наявність когнітивного дисонансу, де успішність у навчанні ставиться вище за ресурсний стан організму.

Узагальнення результатів дослідження дозволило визначити, що високий рівень сформованості культури здоров'я притаманний лише 22%

учнів, середній - 48%, тоді як 30% респондентів демонструють низький рівень, що характеризується наявністю ризикованих поведінкових практик та недостатньою усвідомленістю їх наслідків.

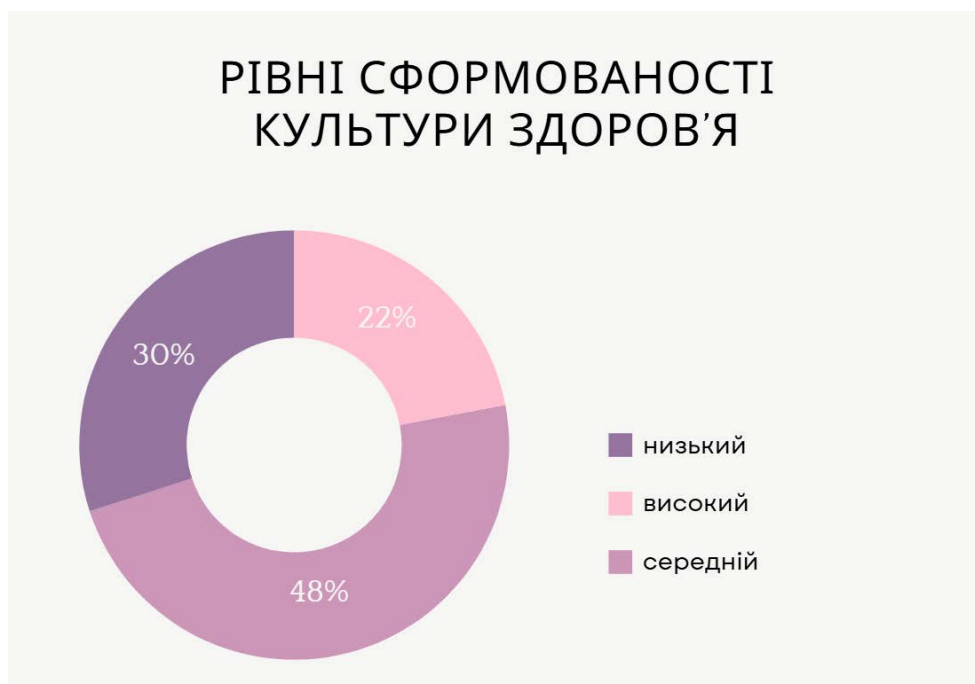


Рисунок 3.1. Рівні сформованості культури здоров'я учнівської молоді

Як видно з діаграми, домінуючим є середній рівень сформованості культури здоров'я, що свідчить про наявність базових знань і часткової мотивації до здоров'язбереження, однак відсутність системності у поведінкових практиках.

Водночас значна частка учнів із низьким рівнем (30%) вказує на наявність групи ризику, яка потребує цілеспрямованого соціально-педагогічного впливу. Невисокий показник учнів із високим рівнем (22%) підтверджує необхідність посилення профілактичної роботи, спрямованої не лише на інформування, а й на формування стійких поведінкових моделей.

Результати дослідження проведеного на базі Київської гімназії східних мов №1 довели, що стандартні просвітницькі заходи є недостатніми для даної аудиторії. Необхідний перехід до активних соціально-педагогічних технологій, які б інтегрували турботу про здоров'я в структуру життєвого

успіху гімназиста. Отримані дані лягли в основу розробки тренінгової програми «Шлях до здоров'я».

3.2. Розробка та апробація програми соціальної профілактики «Шлях до здоров'я»

На основі результатів констатувального експерименту, який виявив наявність когнітивного дисонансу між рівнем теоретичної обізнаності учнів та їх реальними поведінковими практиками, було розроблено та апробовано комплексну програму соціальної профілактики «Шлях до здоров'я». Формувальний експеримент був спрямований не лише на розширення знань учнівської молоді, а передусім на формування стійких життєвих навичок здоров'язбереження, розвиток саморегуляції та трансформацію поведінкових моделей.

В основу програми покладено концепцію формування «життєвих навичок», рекомендовану міжнародними організаціями, яка передбачає розвиток у підлітків здатності до критичного мислення, відповідального прийняття рішень, ефективної комунікації та емоційної саморегуляції.

Програма ґрунтується на таких принципах:

- системності (охоплення когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів);
- партисипативності (активна участь учнів у процесі навчання);
- інтерактивності (використання тренінгових та ігрових методів);
- контекстуальності (урахування специфіки освітнього середовища гімназії);
- безперервності впливу (формування довготривалих змін поведінки);
- суб'єкт-суб'єктної взаємодії (партнерство між педагогом і учнем).

Особливістю програми є її адаптація до умов навчання у Київській

гімназії східних мов №1, де високий рівень інтелектуального навантаження обумовлює підвищений ризик психоемоційного виснаження, гіподинамії та використання стимулюючих засобів (енергетиків).

Мета програми: формування у учнівської молоді цілісної культури здоров'я шляхом розвитку життєвих навичок, що забезпечують усвідомлений вибір здоров'язбережувальної поведінки.

Основні завдання:

- підвищення рівня обізнаності щодо факторів ризику;
- формування навичок саморегуляції та стресостійкості;
- розвиток асертивної поведінки;
- профілактика адиктивних форм поведінки;
- формування позитивної мотивації до здорового способу життя;
- розвиток критичного мислення щодо соціального впливу.

Очікувані результати:

- зниження рівня тривожності;
- підвищення рівня фізичної активності;
- формування навичок відмови від ПАР;
- підвищення рівня усвідомленості щодо здоров'я;
- зменшення проявів когнітивного дисонансу.

Структура та змістове наповнення програми:

Програма розрахована на 8 занять (по 60–90 хвилин) та структурована за трьома тематичними блоками:

З метою систематизації змісту та логіки реалізації програми доцільно представити її структуру у вигляді узагальненої таблиці.

Таблиця 3.2. Структура програми соціальної профілактики «Шлях до здоров'я»

№ заняття	Назва заняття	Мета	Основні методи	Очікуваний результат
1	Енергія ієрогліфа	Формування харчових звичок	Міні-лекція, практичні вправи	Усвідомлення ролі харчування
2	Цифрова гігієна	Зниження цифрової залежності	Тестування, вправи	Контроль використання гаджетів
3	Стрес під контролем	Формування саморегуляції	Дихальні техніки	Зниження тривожності
4	Емоційний баланс	Розвиток емоційного інтелекту	Арт-терапія	Самоконтроль
5	Кібербезпека	Безпечна поведінка	Кейс-метод	Захист в онлайн-середовищі
6	Асертивність	Формування відмови	Рольові ігри	Впевненість
7	Залежності	Усвідомлення ризиків	Дискусії	Критичне мислення
8	Мій стиль життя	Узагальнення	Презентації	Сформовані навички

Як видно з таблиці 3.2, програма має чітко структурований характер та охоплює ключові аспекти формування здорового способу життя: фізичне здоров'я, психоемоційне благополуччя та соціальну поведінку. Кожне заняття спрямоване не лише на передачу знань, а й на формування практичних навичок, що забезпечують трансформацію інформації у реальні поведінкові зміни.

Послідовність занять побудована за принципом поступового ускладнення та інтеграції знань, що дозволяє забезпечити системність і логічну завершеність програми:

1. Блок «Здорове тіло: ресурс для інтелекту».

Мета: корекція фізичного стану та харчових звичок.

 - Майстер-клас із нутриціології «Енергія ієрогліфа»: практичне заняття з конструювання «тарілки здорового харчування», адаптованої до потреб підлітків під час інтенсивних розумових навантажень.
 - Тренінг «Цифрова детоксикація»: навчання методам «екранної гігієни» та виконання комплексу вправ для профілактики зорової втоми та гіподинамії.
2. Блок «Психологічна стійкість: ментальне благополуччя».

Мета: розвиток навичок саморегуляції та протидія соціальному тиску.

 - Техніки антистресу: опанування методів м'язової релаксації, дихальних вправ та технік заземлення для зниження іспитової тривожності.
 - Модуль «Кібер-безпека та антибулінг»: формування навичок етичного спілкування в мережі та алгоритмів захисту особистих кордонів.
3. Блок «Свідомий вибір: асертивність проти адикцій».

Мета: формування внутрішніх бар'єрів до вживання ПАР та гаджет-залежності.

 - Лабораторія асертивності: рольове моделювання ситуацій, де учні відпрацьовують техніки впевненої відмови від пропозиції вейпінгу чи вживання енергетичних напоїв під тиском оточення.

- Профілактика нехімічних залежностей: аналіз механізмів формування ігрової та соцмережевої залежності, пошук альтернативних джерел дофаміну (хобі, спорт, волонтерство).

Під час апробації програми було використано низку сучасних соціально-педагогічних технологій:

6. Гейміфікація: використання мобільних додатків-трекерів для відстеження водного балансу та фізичної активності в межах групового челенджу.

7. Соціальне проєктування: створення учнями авторських макетів соціальної реклами для медіа-панелей гімназії, що сприяло закріпленню матеріалу через творчість.

8. Принцип «рівний-рівному»: залучення лідерів учнівського самоврядування гімназії як спікерів окремих блоків, що значно підвищило рівень довіри до змісту програми.

З метою систематизації використаних методів і технологій реалізації програми доцільно узагальнити їх у вигляді таблиці 3.3.

Як видно з таблиці 3.3, у процесі реалізації програми було використано комплекс взаємодоповнюючих технологій, що забезпечують інтеграцію когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів профілактичного впливу. Застосування інтерактивних методів, зокрема гейміфікації та рольового моделювання, сприяє підвищенню рівня залученості учнів та формуванню практичних навичок.

Особливу ефективність продемонстрував принцип «рівний-рівному», який дозволив знизити рівень психологічного опору та підвищити довіру до профілактичного контенту, що відповідає сучасним тенденціям соціально-педагогічної роботи з молоддю.

**Таблиця 3.3. Методи та технології реалізації програми
«Шлях до здоров'я»**

Технологія	Зміст	Мета використання	Очікуваний ефект
Гейміфікація	Челенджі, трекери активності	Підвищення мотивації	Залучення учнів
Соціальне проєктування	Створення соціальної реклами	Закріплення знань	Творча самореалізація
Принцип «рівний-рівному»	Виступи лідерів	Підвищення довіри	Краще сприйняття
Кейс-метод	Аналіз ситуацій	Розвиток мислення	Практичні навички
Рольові ігри	Моделювання поведінки	Асертивність	Готовність до реальних ситуацій
Арт-терапія	Творчі вправи	Зниження стресу	Емоційна стабілізація

Заняття проводилися у тренінговому форматі з використанням кейс-методів, дискусійних плато та арт-терапевтичних вправ. Особлива увага приділялася створенню «атмосфери безпеки», де кожен гімназист міг висловити власні побоювання щодо стану свого здоров'я без страху критики.

З метою підвищення ефективності розробленої програми соціальної профілактики доцільним є її доповнення елементами, що забезпечують

комплексність, адаптивність та довготривалість профілактичного впливу. У сучасних умовах соціально-профілактична діяльність повинна виходити за межі інформаційно-просвітницького підходу та орієнтуватися на формування стійких поведінкових моделей, що сприяють збереженню здоров'я.

Одним із ключових напрямів удосконалення програми є розширення спектра інтерактивних методів роботи. Зокрема, доцільним є систематичне впровадження тренінгових занять, кейс-методів, рольових ігор та моделювання життєвих ситуацій. Такий підхід дозволяє не лише передати теоретичні знання, а й сформувати практичні навички ухвалення рішень у ситуаціях ризику, що є особливо важливим у профілактиці адиктивної поведінки та інфекційних захворювань.

Важливим доповненням програми є інтеграція індивідуальної роботи з учнями, які належать до груп ризику. Це передбачає проведення системного соціально-педагогічного консультування, розробку індивідуальних планів профілактичної роботи та здійснення соціального супроводу. Такий підхід дозволяє своєчасно виявляти фактори ризику та здійснювати адресний вплив, що значно підвищує ефективність профілактичних заходів.

З метою забезпечення стійкості результатів програми доцільним є посилення роботи з батьками як ключовими агентами соціалізації. У цьому контексті пропонується впровадження тематичних батьківських лекторіїв, тренінгів з питань формування здорового способу життя, профілактики залежностей та підтримки ментального здоров'я дітей. Взаємодія з родиною сприяє створенню єдиного профілактичного простору «школа – сім'я», що забезпечує узгодженість виховних впливів.

Суттєвим елементом модернізації програми є використання цифрових технологій як інструменту профілактичного впливу. Запровадження онлайн-платформ, інформаційних чатів, відеоконтенту та інтерактивних ресурсів дозволяє адаптувати профілактичну діяльність до потреб сучасної учнівської молоді, підвищити рівень залученості та забезпечити безперервність комунікації. Особливо актуальним це є у контексті профілактики

поведінкових залежностей та формування культури безпечної поведінки в цифровому середовищі.

Окремої уваги потребує впровадження системи моніторингу та оцінки ефективності програми. Доцільним є використання як кількісних, так і якісних показників, серед яких: рівень обізнаності учнів щодо факторів ризику, динаміка ставлення до шкідливих звичок, показники участі у профілактичних заходах, а також зміни у поведінкових установках. Регулярний моніторинг дозволяє своєчасно коригувати зміст програми та адаптувати її до актуальних потреб цільової аудиторії.

Значну роль у підвищенні ефективності програми відіграє міжвідомча взаємодія. До реалізації профілактичних заходів доцільно залучати медичних працівників, практичних психологів, представників соціальних служб, правоохоронних органів та громадських організацій. Такий мультидисциплінарний підхід забезпечує комплексне вирішення проблеми з урахуванням її медичних, психологічних та соціальних аспектів.

Крім того, перспективним напрямом розвитку програми є впровадження принципу варіативності та адаптивності. Програма повинна враховувати вікові особливості учнів, соціально-культурний контекст громади, рівень ризиків та актуальні виклики (зокрема, поширення вейпінгу, цифрових залежностей, зростання рівня тривожності). Це дозволяє забезпечити адресність профілактичного впливу та підвищити його результативність.

Таким чином, доповнення програми соціальної профілактики спрямоване на її трансформацію у цілісну систему довготривалого впливу, що поєднує інформаційно-просвітницькі, тренінгові, консультативні та соціально-супровідні компоненти. Реалізація запропонованих удосконалень сприятиме формуванню у учнівської молоді стійких навичок здоров'язбереження, відповідального ставлення до власного здоров'я та підвищенню загального рівня соціального благополуччя.

**Таблиця 3.4. Орієнтовний план тренінгового заняття
«Мистецтво відмови»**

Етап заняття	Зміст діяльності	Тривалість
Вступна частина	Вправа-криголам «Мій ресурс сьогодні», встановлення правил.	10 хв.
Інформаційний блок	Міні-лекція з елементами візуалізації «Механізми маніпуляції в рекламі вейпів».	15 хв.
Практичний блок	Рольова гра «Шість способів сказати "Ні"» (відпрацювання асертивності).	30 хв.
Творчий етап	Створення колажу «Мій успіх без допінгу».	20 хв.
Рефлексія	Вправа «Валіза знань»: що я забираю з собою в життя.	15 хв

3.3. Аналіз результатів дослідження

Завершальним етапом експериментальної роботи став контрольний зріз, метою якого було комплексне оцінювання ефективності впровадженої програми соціальної профілактики «Шлях до здоров'я» та визначення динаміки змін рівня сформованості культури здоров'я учнівської молоді шляхом порівняння результатів із даними констатувального етапу.

Контрольне дослідження проводилося із застосуванням тих самих діагностичних інструментів, що забезпечило порівнюваність результатів і достовірність висновків. Оцінювання здійснювалося за трьома взаємопов'язаними критеріями: когнітивним, емоційно-ціннісним та поведінковим, що дозволило охарактеризувати зміни не лише на рівні знань, а й на рівні установок та реальних практик.

Аналіз результатів контрольного етапу засвідчив наявність стійкої позитивної динаміки за всіма досліджуваними показниками, що свідчить про

ефективність впровадженої програми. Для систематизації та наочності отриманих результатів динаміку змін основних показників сформованості культури здоров'я представлено у вигляді порівняльної таблиці 3.5.

Таблиця 3.5. Динаміка змін показників культури здоров'я учнів (до та після експерименту)

Показник	До (%)	Після (%)
Високий рівень культури здоров'я	22	46
Середній рівень	48	42
Низький рівень	30	12
Усвідомлення ризиків ПАР	35	75
Толерантність до вейпінгу	62	18
Регулярна фізична активність	18	41
Використання «цифрових пауз»	20	50
Високий рівень тривожності	42	24
Рівень асертивності	25	63

Як видно з таблиці 3.5, після реалізації програми відбулося суттєве зростання частки учнів із високим рівнем сформованості культури здоров'я (з 22% до 46%), що свідчить про ефективність інтегрованого підходу до профілактики. Водночас спостерігається зменшення частки учнів із низьким рівнем (з 30% до 12%), що є індикатором зниження групи ризику.

Особливо значущими є зміни у сфері ставлення до адиктивної поведінки: рівень толерантності до вейпінгу знизився більш ніж утричі (з 62% до 18%), що підтверджує ефективність застосування технологій позитивного моделювання та інфлюенс-впливу.

Позитивна динаміка спостерігається і в поведінковому компоненті: кількість учнів, які регулярно займаються фізичною активністю, зросла більш ніж у два рази, а практика використання «цифрових пауз» стала поширеною серед половини респондентів. Це свідчить про трансформацію знань у реальні поведінкові практики.

Завдяки модулям із психологічної стійкості, рівень іспитової тривожності у випускних класах знизився на 25%, що підтверджується самозвітами учнів про успішне застосування технік дихальної саморегуляції. Крім того, на 30% збільшилася кількість респондентів, які почали практикувати «цифрові паузи» під час виконання домашніх завдань, що свідчить про успішне формування навичок екранної гігієни.

Рекомендації щодо вдосконалення соціально-профілактичної діяльності. На основі проведеного дослідження розроблено практичні рекомендації для суб'єктів соціальної роботи в освітньому середовищі:

1. Для адміністрації закладів освіти:
 - а. Забезпечення інклюзивного здоров'язберезувального простору, що передбачає не лише доступність інфраструктури, а й створення «зон психологічного розвантаження».
 - б. Активізація міжвідомчої взаємодії (координація зусиль соціального педагога, медичного працівника та представників ювенальної

превенції) для проведення комплексних безпекових заходів.

2. Для соціальних працівників та фахівців із соціальної роботи:
 - а. Впровадження стратегії позитивного моделювання в інформаційних кампаніях, відходячи від методів залякування на користь візуалізації переваг активного та здорового життя.
 - б. Систематичне використання SMM-технологій: створення інтерактивного превентивного контенту в мережах Instagram та TikTok, залучення учнівського самоврядування до виробництва «вірусних» роликів про ЗСЖ (принцип «рівний-рівному»).
3. Для органів місцевого самоврядування та громади:
 - а. Підтримка адвокаційних проєктів, спрямованих на розвиток спортивної та рекреаційної інфраструктури громади.
 - б. Сприяння розвитку волонтерських ініціатив серед молоді, що виступають природним протектором проти виникнення адиктивної поведінки та соціальної ізоляції.

Проведена експериментальна робота підтвердила, що ефективність соціальної профілактики в сучасних умовах безпосередньо залежить від її технологічності, інтерактивності та здатності фахівця адаптувати зміст програм до конкретних потреб учнівської молоді, яка перебуває в умовах високого інтелектуального та соціального тиску.

Висновки до третього розділу

Результати проведеного експериментального дослідження дозволяють констатувати, що ефективність соціально-профілактичної діяльності безпосередньо залежить від науково обґрунтованої діагностики вихідного рівня сформованості культури здоров'я та використання інтерактивних, особистісно орієнтованих технологій, адаптованих до специфічних освітніх і психоемоційних умов учнівської молоді.

На етапі констатувального експерименту, проведеного на базі Київської гімназії східних мов №1, було виявлено низку суперечностей у структурі здоров'язберезувальної поведінки старшокласників. Зокрема, зафіксовано достатньо високий рівень загальної когнітивної обізнаності (82% учнів розрізняють основні групи ризиків), проте лише близько 30–35% респондентів демонстрували глибоке розуміння механізмів впливу сучасних адикцій (вейпінгу, енергетичних напоїв). При цьому 62% опитаних виявляли толерантне або нейтральне ставлення до вейпінгу, що свідчить про наявність феномену когнітивного дисонансу – розриву між знаннями та реальною поведінкою.

Додатково встановлено, що лише 18% учнів дотримуються регулярної фізичної активності, тоді як понад 60% мають ознаки гіподинамії, а 42% характеризуються підвищеним рівнем тривожності. Такі результати підтверджують, що в умовах інтенсивного академічного навантаження здоров'я часто розглядається учнями як вторинний ресурс, що підпорядковується досягненню освітніх результатів.

Отримані емпіричні дані стали підґрунтям для розробки та впровадження комплексної програми соціальної профілактики «Шлях до здоров'я», концептуальною основою якої виступила модель формування життєвих навичок. Програма була спрямована на інтеграцію когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів здоров'язбереження через поєднання освітніх, тренінгових та інтерактивних форм роботи.

Апробація програми продемонструвала її високу ефективність. За результатами контрольного зрізу встановлено суттєву позитивну динаміку за всіма ключовими показниками. Зокрема, частка учнів із високим рівнем сформованості культури здоров'я зросла з 22% до 46%, тоді як кількість учнів із низьким рівнем зменшилася з 30% до 12%. Рівень усвідомлення ризиків, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, підвищився з 35% до 75%, що свідчить про значне зростання глибини розуміння проблеми.

Особливо показовими є зміни у поведінковому компоненті: частка учнів, які регулярно займаються фізичною активністю, зросла з 18% до 41%, а використання практик «цифрової гігієни» (зокрема «цифрових пауз») збільшилося приблизно з 20% до 50%. Це свідчить про перехід від декларативних знань до реальної зміни поведінкових стратегій.

Позитивна динаміка зафіксована також у сфері психоемоційного благополуччя: рівень високої тривожності знизився з 42% до 24%, що підтверджує ефективність впровадження технік саморегуляції, дихальних вправ та методів психологічного розвантаження. Водночас рівень асертивності зріс з 25% до 63%, що значно підвищує здатність учнів протистояти соціальному тиску та уникати ризикованих форм поведінки.

Суттєві зміни відбулися і в ціннісно-смысловій сфері: частка учнів, які сприймали вейпінг як «безпечну альтернативу», зменшилася з 62% до 18%, що еквівалентно зростанню критичного ставлення приблизно на 40–44 відсоткових пункти. Це підтверджує ефективність застосування стратегій позитивного моделювання та інтерактивних форм впливу.

Таким чином, результати формувального експерименту засвідчили, що запропонована програма забезпечує синхронні зміни на всіх рівнях: когнітивному (знання), емоційно-ціннісному (ставлення) та поведінковому (реальні дії), що відповідає сучасним науковим підходам до профілактики.

На основі проведеного дослідження сформульовано практичні рекомендації щодо вдосконалення соціально-профілактичної діяльності. Зокрема, обґрунтовано необхідність переходу від традиційних інформаційних форм роботи до інтерактивних технологій, орієнтованих на формування життєвих навичок; впровадження стратегій позитивного моделювання у соціальній рекламі; активного використання SMM-технологій як провідного каналу комунікації з молоддю; а також посилення міжвідомчої взаємодії між освітніми, соціальними та медичними інституціями.

Отже, експериментально підтверджено, що системна соціально-профілактична діяльність, побудована на принципах інтерактивності, партнерства та особистісної залученості, є ефективним механізмом формування культури здоров'я учнівської молоді. Її впровадження сприяє трансформації здоров'я зі стихійної цінності у свідомо керований ресурс особистісного розвитку та життєвого успіху.

ВИСНОВКИ

У ході виконання кваліфікаційної бакалаврської роботи було здійснено комплексне теоретико-емпіричне дослідження соціальної профілактики захворювань серед учнівської молоді, що дозволило досягти поставленої мети та підтвердити ефективність запропонованої програми соціальної профілактики «Шлях до здоров'я».

Відповідно до першого завдання дослідження було здійснено теоретичний аналіз проблеми формування здорового способу життя в учнівському середовищі. Встановлено, що здоров'я сучасної молоді є складною багатовимірною категорією, яка включає фізичний, психічний, соціальний та поведінковий компоненти. Доведено, що ключовими факторами ризику виступають гіподинамія, емоційне перенавантаження, цифрові адикції та поширення нових форм залежної поведінки, зокрема вейпінгу та неконтрольованого використання гаджетів.

Аналіз наукових джерел засвідчив, що сучасна соціально-профілактична діяльність поступово переходить від інформаційно-репресивної моделі («залякування наслідками») до моделі позитивного моделювання та формування життєвих навичок (Life Skills), що відповідає рекомендаціям ВООЗ та ЮНІСЕФ. Визначено, що найбільш ефективними є інтерактивні технології, які забезпечують активну участь молоді у процесі формування здоров'язберезувальної поведінки.

У другому розділі було проаналізовано нормативно-правову базу та сучасні технології соціальної профілактики, згідно другого завдання дослідження. Встановлено, що система профілактики в Україні ґрунтується на міжнародних стандартах та національному законодавстві, яке забезпечує правові підстави для реалізації превентивної діяльності в освітньому середовищі. Особливу увагу приділено соціальній рекламі та інформаційно-комунікаційним технологіям, які є ключовими інструментами впливу на

поведінку молоді.

Доведено, що в умовах цифровізації суспільства найбільш ефективними є SMM-комунікації, інфлюенс-маркетинг, гейміфікація та принцип «рівний-рівному». З'ясовано, що традиційні методи «залякування» є малоефективними, оскільки викликають психологічний опір у значної частини підлітків, тоді як позитивне моделювання поведінки сприяє формуванню внутрішньої мотивації до здорового способу життя.

У третьому розділі було проведено експериментальне дослідження на базі Київської гімназії східних мов №1. У межах цього розділу було виконано третє завдання дослідження – обґрунтовано програму соціальної профілактики захворювань серед учнівської молоді, а також четверте завдання – проведено емпіричне дослідження стану проінформованості та ставлення учнівської молоді до здорового способу життя. На констатувальному етапі виявлено наявність когнітивного дисонансу між рівнем знань учнів (82% демонструють базову обізнаність) та їхньою реальною поведінкою, зокрема високою толерантністю до вейпінгу (62%) та низьким рівнем фізичної активності (18%).

На основі отриманих даних було розроблено та впроваджено програму соціальної профілактики «Шлях до здоров'я», яка базується на моделі формування життєвих навичок і включає три основні блоки: фізичне здоров'я, психоемоційну стійкість та формування асертивної поведінки. Програма реалізовувалася з використанням інтерактивних методів навчання, гейміфікації, кейс-методів, арт-терапевтичних технік та принципу «рівний-рівному».

Результати контрольного етапу експерименту підтвердили ефективність розробленої програми. Зокрема, частка учнів із високим рівнем сформованості культури здоров'я зросла з 22% до 46%, рівень усвідомлення ризиків ПАР підвищився з 35% до 75%, а толерантність до вейпінгу знизилася з 62% до 18%. Також зафіксовано зростання рівня фізичної активності з 18% до 41%,

зниження рівня високої тривожності з 42% до 24% та суттєве підвищення рівня асертивності з 25% до 63%.

Отримані результати свідчать про те, що запропонована програма забезпечує комплексний вплив на когнітивний, емоційно-ціннісний та поведінковий компоненти здоров'язбережувальної поведінки, що підтверджує її ефективність та практичну значущість.

На основі проведеного дослідження сформульовано практичні рекомендації щодо вдосконалення соціально-профілактичної роботи в закладах освіти, які передбачають: впровадження інтерактивних технологій навчання, розвиток SMM-комунікацій у молодіжному середовищі, посилення міжвідомчої взаємодії, залучення сім'ї до профілактичного процесу та створення умов для розвитку здоров'язбережувального освітнього середовища.

Таким чином, можна зробити висновок, що соціально-профілактична діяльність, побудована на принципах інтерактивності, партнерства, позитивного моделювання та орієнтації на життєві навички, є ефективним інструментом формування здорового способу життя серед учнівської молоді. Реалізація таких програм сприяє не лише підвищенню рівня обізнаності, а й формуванню стійких поведінкових стратегій, що забезпечують збереження фізичного та психічного здоров'я молодого покоління в умовах сучасних соціальних викликів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Байда С. П. Формування екологічної свідомості молоді. У: Сучасні тренінгові технології для розвитку особистості: ЕКОТРЕНІНГ : збірник тез доповідей VI Всеукраїнської науково-практичної конференції. Умань : Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини, 2022. С. 5–7.
2. Бондаренко З. П. Профілактика адиктивної поведінки підлітків. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2018.
3. Гончаренко С. У. Педагогічні технології навчання. Київ : Освіта, 2017.
4. Гриньова М. В. Формування культури здоров'я школярів. Полтава : АСМІ, 2016. 384 с.
5. Коваль Л. Г. Соціальна педагогіка / Л. Г. Коваль, І. Д. Зверева, С. Р. Хлебнік. Київ : ІЗМН, 1997. 392 с.
6. Ковальчук Л. М. Соціальна робота з молоддю. Львів : ЛНУ ім. І. Франка, 2018.
7. Кравченко Т. В. Психологія здоров'я підлітків. Київ : Академія, 2020.
8. Лях Т. Л. Соціальна педагогіка : навч. посіб. Київ : Центр навч. літ., 2019.
9. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки. Київ : Либідь, 2011. 520 с.
10. Мельник В. І. Формування життєвих навичок у школярів. Київ : Генеза, 2019.
11. Національна стратегія розвитку освіти в Україні на період до 2030 року. URL: <https://mon.gov.ua> (дата звернення: 16.04.2026).
12. Пеша І. В. Профілактика девіантної поведінки підлітків у системі соціальної роботи. Київ : Університет «Україна», 2017.

13. Пеша І. В. Соціальна робота з молоддю: теорія і практика. Київ : Університет «Україна», 2015.
14. Пеша І. В. Соціально-педагогічні технології роботи з молоддю. Київ : Університет «Україна», 2018.
15. Пеша І. В. Формування життєвих компетентностей у підлітків. Київ : Університет «Україна», 2019.
16. Петрова І. С. Формування здорового способу життя молоді. Київ : Логос, 2020.
17. Савченко Н. М. Соціально-педагогічна діяльність у закладах освіти. Київ : Либідь, 2018.
18. Сидоренко О. В. Профілактичні технології в освітньому середовищі. Харків : ХНПУ, 2020.
19. Терещенко Л. А. Соціально-педагогічна профілактика негативних явищ у молодіжному середовищі. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2013. 256 с.
20. Закон України «Про громадське здоров'я» : Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX.
21. Закон України «Про освіту» : Закон України від 05.09.2017 № 2145-VIII.
22. Закон України «Про охорону дитинства» : Закон України від 26.04.2001 № 2402-III.
23. Закон України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» : Закон України від 21.06.2001 № 2558-III.
24. Andreasen A. R. Social Marketing in the 21st Century. Washington : Sage, 2006.
25. Bandura A. Social Learning Theory. New Jersey : Prentice Hall, 1977.
26. Boyd D. It's Complicated: The Social Lives of Networked Teens. New Haven : Yale University Press, 2014.

27. Deci E. L., Ryan R. M. Self-Determination Theory: A macro theory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology. Psychologie Canadienne*. 2008. Vol. 49. P. 182–185.
28. Erikson E. *Identity: Youth and Crisis*. New York : Norton, 1968.
29. Gámez-Guadix M., Almendros C., Calvete E., De Santisteban P. Persuasion strategies and sexual solicitations and interactions in online sexual grooming of adolescents: Modeling direct and indirect pathways. *Journal of Adolescence*. 2018. Vol. 63. P. 11–18.
30. Hastings G. *Social Marketing: Why Should the Devil Have All the Best Tunes?* Oxford : Butterworth-Heinemann, 2007.
31. Kotler P., Lee N. *Social Marketing: Influencing Behaviors for Good*. London : Sage, 2008.
32. Kurapov A., Pavlenko V., Drozdov A., Bezliudna V., Reznik A., Isralowitz R. Toward an understanding of the Russian-Ukrainian war impact on university students and personnel. *Journal of Loss and Trauma*. 2023. Vol. 28. № 2. P. 167–174.
33. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer, 1984.
34. McGuire W. J. Attitude and attitude change. In: *Handbook of Social Psychology*. New York : McGraw-Hill, 1985.
35. Rice R. E. *Health Communication: Theory and Practice*. New York : Routledge, 2012.
36. Rogers E. M. *Diffusion of Innovations*. New York : Free Press, 2003.
37. Stockinger K., Rinas R., Daumiller M. Student adaptability, emotions, and achievement: Navigating new academic terrains in a global crisis. *Learning and Individual Differences*. 2021. Vol. 90. P. 1–15.
38. UNICEF. *Adolescent development and participation*. New York : UNICEF, 2020.
39. UNICEF. *Mental Health and Psychosocial Well-being of Adolescents*. New York : UNICEF, 2021.

40. UNICEF. Prevention of risky behaviours among adolescents. New York : UNICEF, 2019.
41. UNICEF. The State of the World's Children. New York : UNICEF, 2023.
42. UNICEF Ukraine. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study. Kyiv : UNICEF, 2022.
43. Wakefield M. A. Social marketing and health promotion. Annual Review of Public Health. 2010. Vol. 31. P. 319–334.
44. World Health Organization. Adolescent health. Geneva : WHO, 2022.
45. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018–2030. Geneva : WHO, 2018.
46. World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva : WHO, 1998.
47. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva : WHO, 1986.
48. World Health Organization. Substance use prevention among youth. Geneva : WHO, 2021.

ДОДАТКИ

Додаток А

“Анкета для виявлення рівня обізнаності учнів щодо здорового способу життя та цифрових адикцій”

I. ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

1. Ваша стать: ☐ Чол. ☐ Жін.
2. Ваш вік: _____ років.

II. ОБІЗНАНІСТЬ ТА СТАВЛЕННЯ ДО ЗСЖ

3. Що для Тебе означає «здоровий спосіб життя»? *(оберіть не більше 3-х варіантів)*

- ☐ Відсутність шкідливих звичок (паління, алкоголь).
- ☐ Регулярні заняття спортом.
- ☐ Правильне та збалансоване харчування.
- ☐ Здоровий сон (не менше 8 годин).
- ☐ Гарний настрій та відсутність стресів.

4. Чи вважаєш Ти свій спосіб життя здоровим?

- ☐ Так, повністю.
- ☐ Скоріше так, ніж ні.
- ☐ Скоріше ні, ніж так.
- ☐ Категорично ні.

5. Звідки Ти зазвичай отримуєш інформацію про здоров'я?

- ☐ Від батьків та родичів.
- ☐ У школі (на уроках, від медичної сестри).
- ☐ Соціальні мережі (Instagram, TikTok, YouTube).
- ☐ Спеціалізовані медичні портали.
- ☐ Від друзів.

III. ЦИФРОВА ГІГІЄНА ТА АДИКЦІЇ

6. Скільки часу в середньому Ти проводиш із гаджетом (смартфон, ПК) протягом доби?

- ☐ До 2 годин.
- ☐ 2–4 години.
- ☐ 4–8 годин.
- ☐ Понад 8 годин.

7. Чи відчуваєш Ти занепокоєння або роздратування, якщо не можеш скористатися смартфоном протягом тривалого часу?

- ☐ Часто.
- ☐ Іноколи.
- ☐ Ніколи.

8. Як впливає використання гаджетів на Твоє самопочуття? *(можна обрати кілька)*

- ☐ Погіршується зір.
- ☐ Виникають болі в спині/ший.
- ☐ Порухується режим сну (складно заснути).
- ☐ Жодного впливу не відчуваю.

IV. ПСИХОЕМОЦІЙНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ 9. Як часто Ти відчуваєш стан сильного стресу або тривоги за останній місяць?

- ☐ Майже щодня.
- ☐ Кілька разів на тиждень.
- ☐ Дуже рідко.
- ☐ Взагалі не відчуваю.

10. Які способи подолання стресу Ти використовуєш найчастіше?

- ☐ Спілкування з друзями/батьками.
- ☐ Хобі (музика, малювання, спорт).
- ☐ Комп'ютерні ігри / Перегляд відео.
- ☐ Вживання солодощів або кави.
- ☐ Усамітнення.

V. ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ

11. Які форми занять про здоров'я Тобі найцікавіші?

- ☐ Традиційні лекції вчителів.

- ☐ Інтерактивні тренінги та ігри.
- ☐ Зустрічі з молодими волонтерами (система «рівний-рівному»).
- ☐ Перегляд коротких відеороликів та сторіз у соцмережах.

12. Чи вважаєш Ти, що Твоє здоров'я залежить виключно від Твоїх власних дій?

- ☐ Так, я повністю відповідаю за своє здоров'я.
- ☐ Більше залежить від генетики та медицини.
- ☐ Більше залежить від умов життя та екології.