
ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ, ФІТНЕС І РЕКРЕАЦІЯ. ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

СПОСІБ ЖИТТЯ УКРАЇНСЬКИХ ЧОЛОВІКІВ ЯК ЧИННИК РИЗИКУ ХРОНІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ПЕРЕДЧАСНОЇ СМЕРТНОСТІ

Євгенія Зубковська

Аннотация. Неудовлетворительное состояние здоровья мужской популяции в Украине приобретает особенно острый характер и отличается постоянной тенденцией к ухудшению. Выявлены основные причины преждевременной смертности мужчин – хронические неинфекционные заболевания. Исследовано влияние факторов образа жизни на вероятность формирования хронических неинфекционных заболеваний у мужчин зрелого возраста. Учитывая ведущую роль образа жизни в развитии данной патологии, возникает необходимость повышения эффективности привлечения лиц зрелого возраста к здоровому образу жизни. Приобретает большое значение выявление личностных и социальных условий, которые могут способствовать повышению мотивации мужчин зрелого возраста к здоровому образу жизни.

Ключевые слова: состояние здоровья мужчин, преждевременная смертность, способ жизни, факторы риска хронических заболеваний.

Abstract. The unsatisfactory state of health of masculine population in Ukraine acquires especially sharp character and differs in a permanent tendency to worsening. Principal reasons of premature death rate of men remain to be chronic noninfectious diseases. The article investigates the influence of lifestyle factors on the probability of development of chronic non-communicable diseases at mature age. Given the central role of lifestyle in the development of this disease, there is a need to improve the effectiveness of attracting people to a healthy lifestyle. Personal identification and social conditions get great importance that may contribute to increased motivation of men of mature age to a healthy lifestyle.

Keywords: the state of men's health, premature death, chronic non-infectious diseases, the way of life, risk factors of chronic diseases.

Постановка проблеми. Аналіз останніх досліджень і публікацій. Перші ознаки демографічної кризи в Україні з'явилися у другій половині ХХ ст. Неефективність заходів щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я, соціально-економічні та екологічні негаразди зумовили її поглиблення протягом наступних десятиліть. Це призвело до того, що сьогодні в Україні середня тривалість життя громадян на 10–12 років нижча, ніж у країнах ЄС, а смертність, особливо серед чоловіків працездатного віку, є вищою у три–чотири рази.

На початок 2013 р., за оцінкою Державної служби статистики, чисельність населення України становила 45 553 тис. осіб. За прогнозами Всесвітнього банку, до 2025 р. населення України може зменшитися на 12 млн осіб (близько 24 %). Це найгірші показники серед країн колишнього Радянського Союзу та Східної Європи. Отже, високий рівень смертності населення залишається, як і раніше, найсерйознішою проблемою в Україні.

Незважаючи на позитивну динаміку загального коефіцієнта смертності за останні п'ять років, він і досі залишається одним із найвищих у Європі [6].

Порівняно з країнами ЄС, показники смертності в Україні як серед чоловіків, так і серед жінок в окремих вікових групах у кілька разів вищі, насамперед, 30–44 роки: серед чоловіків український показник смертності вищий, ніж у країнах ЄС, майже у п'ять разів, а серед жінок – у 3,2 рази. Смерть людини у цьому віці, у розквіті фізичного і соціального розвитку, спричинює найбільші втрати суспільства [6].

В структурі смертності, як і раніше, домінують серцево-судинні захворювання (65,8 %). За ними у відповідній послідовності йдуть новоутворення (14,0 %) та зовнішні причини смерті (6,2 %).

Щорічно збільшується інформація дослідників щодо гендерних особливостей здоров'я. Наразі фахівці ВООЗ визнають гендерні відмінності у факторах, що впливають на стан здоров'я та зу-

мовляють розвиток захворювань. Зокрема чоловіки складніше переносять стреси, особливо економічного характеру. Серед них рееструються вищі показники самогубств, захворювань на розлади психіки та поведінки. Вони формують переважну більшість серед хворих на туберкульоз, ЗПСШ, ВІЛ-інфекцію/СНІД.

Імовірність померти у чоловіків усіх вікових груп вища, ніж у жінок, але особливо велика ця різниця у населення працездатного віку. Нині четверта частина всіх смертних випадків припадає на населення працездатного віку, серед чоловічого населення на працездатний вік припадає третина смертей. Так, імовірність померти у чоловіків у 3–4 рази вища, ніж у жінок, у всіх вікових групах від 16 до 60 років [2].

У структурі захворюваності чоловічого населення, як і в попередні роки, домінували хвороби органів дихання (32,22 %), травми, отруєння та деякі наслідки дії зовнішніх чинників (12,38 %), хвороби системи кровообігу (11,55 %).

Внаслідок негативних тенденцій рівня смертності українців значно скоротився такий важливий індикатор здоров'я, як середня очікувана тривалість життя (СОТЖ), тоді як у країнах Європейського Союзу (ЄС) та Європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я (ЄР ВООЗ) спостерігалася його позитивна динаміка (табл. 1) [5, 7].

Наразі очікувана тривалість життя народжених у 2008–2009 роках серед жінок становить 74,86 роки, серед чоловіків – 63,79 роки.

Зростання очікуваної тривалості життя при народженні протягом 2008–2012 рр. відбувалося переважно внаслідок зниження смертності в робочих вікових групах. При цьому 3/4 підвищення тривалості життя у чоловіків припадає на вік 30–74 роки, а у жінок – на вік 45 років і старше. У чоловіків на підвищення тривалості життя більше всього вплинуло зниження смертності у віці 15–59 років, а у жінок однаковою мірою у вікових групах 45–59 і 60–74 роки. Ці тенденції майже однакові для міського, і для сільського населення.

На показник середньої очікуваної тривалості життя, особливо, впливає на збільшення смертності осіб працездатного віку. Тому він має більш практичне значення, ніж загальний рівень смертності, на який значно впливає висока частота та питома вага смертності населення непрацездатного віку.

Згідно з прогнозами Інституту демографії та соціальних досліджень Національної академії наук України, очікувана тривалість життя при народженні до 2050 р. зросте до 71,5 та 79,5 року для чоловіків і жінок відповідно [6].

Незважаючи на позитивний прогноз рівня смертності та тривалості життя населення останніми роками, для України характерним є відставання від роз-

Таблиця 1 – Середня очікувана тривалість життя при народженні (за даними ВООЗ, 2013 р.)

Країна	Очікувана тривалість життя при народженні, років		
	в середньому	чоловіки	жінки
Іспанія	82,5	79,4	85,5
Ізраїль	82,2 ***	80,2 ***	84,1 ***
Франція	81,8 ****	78,2 ****	85,2 ****
Норвегія	81,5	79,3	83,7
Велика Британія	80,8 ***	78,8 ***	82,7 ***
Німеччина	80,6 ***	78,1 ***	83,1 ***
Чеська Республіка	78,1	74,9	81,2
Польща	77	72,7	81,2
Грузія	74,7 ***	70,2 ***	79,0 ***
Арменія	73,9 ****	70,6 ****	76,9 ****
Румунія	73,8 ***	70,2 ***	77,6 ***
Латвія	73,7 ***	68,6 ***	78,4 ***
Молдова	71,1 *	67,2 *	75,1 *
Україна	71,1	66	76
Білорусія	70,6 ****	64,8 ****	76,6 ****
Киргистан	69,5 ***	65,5 ***	73,7 ***
Росія	69,0 ***	63,1 ***	75,0 ***
Казахстан	68,6 ***	63,7 ***	73,5 ***

Примітки: * 2012 р.; ** 2011 р.; *** 2010 р.; **** 2009 р.

винутих країн за рівнем тривалості життя населення, що зумовлено нездатністю досягти переміщення до більш пізнього віку смертності від хвороб системи кровообігу і значного обмеження ролі зовнішніх причин смерті. Найвищий показник смертності в Україні спостерігаються серед працездатного населення, яке є основним трудовим і ресурсним потенціалом держави та здоров'я якого є необхідною умовою економічного розвитку суспільства.

Для чоловіків другий період зрілого віку – найважливіший етап життя. Після 40 років чоловіки досягають максимального рівня професійної та соціальної реалізації, який міг би зберігатися ще досить тривалий час. Але саме тоді виникає невідповідність між професійним досвідом, суспільною значимістю чоловіків та станом їх здоров'я.

Дослідження виконано згідно зі Зведеним планом НДР у сфері фізичної культури і спорту на 2011–2015 рр. за темою 3.9 «Удосконалення наукових засад спорту для всіх, фітнесу та рекреації» (номер держреєстрації 0111U001735).

Мета дослідження – визначити роль способу життя у формуванні хронічних неінфекційних захворювань чоловіків другого періоду зрілого віку.

Методи дослідження: аналіз наукової літератури, звітів експертів ВООЗ та Світового банку, доповідей науковців МОЗ та Українського інституту громадського здоров'я, аналітичних матеріалів профільних НДІ МОЗ та АМН України, документів Державного комітету статистики України.

Результати дослідження та їх обговорення. ВООЗ визначила причини смертності дорослого населення в світі, основу яких складають ХНІЗ. Причому їм належать пріоритет не тільки серед населення похилого віку (старше 60 років), а і серед осіб першого і другого періодів зрілого віку [2].

Поширеність хронічних захворювань в Україні є високою. Понад 25 % дорослого населення України віком 18–65 років мають хронічне захворювання або стан, понад 7 % мають декілька (три чи більше) хронічних захворювань чи станів. Хронічні захворювання поширені серед населення України незалежно від регіону. Поширеність захворювань вища на заході (40 %), а її інтенсивність – на сході [6].

Найголовнішою проблемою індустріалізованих країн світу вважаються сьогодні серцево-судинні та цереброваскулярні захворювання. За даними Асоціації кардіологів України 25 млн українців мають ССЗ різних ступенів тяжкості. В основному це чоловіки працездатного віку 45–55 років.

Жінки більше страждають на хронічні захворювання, тоді як смертність вища серед чоловічого населення. Загалом у структурі смертності працездатного населення чоловіки другого періоду зрілого віку становлять 80 %.

У середньому 72–73 % смертей у віці до 65 років відбувається в Україні через хронічні захворювання неінфекційного характеру, тобто в основному хвороби, пов'язані зі способом життя.

За даними ВООЗ, з усіх відомих факторів ризику, які негативно впливають на здоров'я, на першому місці – нездоровий спосіб життя. Його питома вага становить 40–50 % усіх ризиків, що впливають на здоров'я. До нездорового способу життя, насамперед, відносяться такі фактори, як нерациональне харчування, гіподинамія, куріння та вживання алкоголю [5].

Серед багатьох проблем українського суспільства гострими залишаються проблеми нездорової поведінки та недостатньої діяльності щодо формування здорового способу життя, особливо серед чоловіків.

Сім факторів ризику, пов'язаних зі способом життя і поведінкою, обумовлюють приблизно 60 % тяжкості хвороб в Європейському регіоні ВООЗ: високий артеріальний тиск, тютюнопаління, шкідливе вживання алкоголю, високий вміст холестерину в сироватці крові, надлишкова маса тіла, нездорове харчування і недостатня рухова активність. У країнах Європи найважливішим фактором ризику смертності є підвищений артеріальний тиск, тоді як тютюнопаління є основним фактором ризику щодо тяжкості хвороб, а зловживання алкоголем – вагомим фактором ризику як інвалідності й смертності. В даній статті приді-

ляємо увагу чотирьом основним факторам ризику, пов'язаних зі способом життя: тютюнопалінню, вживанню алкоголю, нездоровому харчуванню та недостатній руховій активності, а також ожирінню як похідному двох останніх факторів [7].

Відомо, що тютюнопаління та зловживання алкоголем є тими чинниками нездорової поведінки, які суттєво позначаються на чоловічому здоров'ї.

Куріння є однією з причин смерті, яку можливо запобігти: половина всіх курців помирає від хвороб, пов'язаних зі вживанням тютюну, саме смертність від раку легенів відображає поширеність куріння.

Офіційні статистичні дані свідчать, що в Україні палять 22,9 % дорослого населення. Серед осіб молодого віку (18–29 років) палять 55,5 % чоловіків і 9,4 % жінок.

Високий рівень поширеності куріння серед дорослих чоловіків та значна його поширеність серед жінок, а також досить велика кількість випалюваних цигарок з розрахунку на дорослу людину, яка дорівнює більше 4600 на рік, дозволяє зробити висновок, що ця проблема для України надзвичайно актуальна.

Загалом у 2008–2012 рр. кількість паліїв у Україні, за даними Держкомстату, скоротилася з 10,07 до 8,35 млн осіб, або на 17 % за чотири роки.

Це скорочення вказало на конкретні результати для здоров'я населення. У 2012 р. зафіксовано скорочення рівня смертності від хвороб органів дихання. Від цих хвороб померла 16 941 людина – це майже на 1000 менше, ніж у 2011 р. (17 871). Зменшення поширеності куріння могло частково обумовити зареєстроване у 2012 р. зменшення смертності від хвороб систем кровообігу, нещасних випадків при пожежах та інших причин, для яких паління є фактором ризику [6, 8].

Алкоголь – другий після трудової міграції фактор катастрофічного спаду кількості населення України. Він відчутно впливає на демографічну ситуацію в країні як одна з причин зменшення тривалості життя, порівняно з іншими країнами ЄРБ ВООЗ. Так, у 2005 р. СОРЖ при народженні становила в країнах ЄС 78,7, а в Україні – 67,3 року, тобто різниця склала 11,4. У 2011 р. (останній можливий для порівняння у базі даних ВООЗ) ці показники дорівнювали 80,14, 71,12 та 9,02 року відповідно. Різниця між очікуваною середньою тривалістю життя між чоловіками та жінками – корелят алкогольної смертності.

У мусульманських країнах, де спостерігається майже повна тверезість серед населення, та в Ізраїлі, де вживання спиртного незначне, така гендерна різниця становить 4–5 років, в країнах «пивного» поясу ця різниця в середньому дорівнює 6

рокам, у промислово розвинених країнах «винного» поясу – майже 8 років, а в країнах «горілчаного» поясу – до 10 років і більше. В Україні, яка належить до останньої категорії країн, ця гендерна різниця у 2011 р., за даними ВООЗ, дорівнювала 9,96 року.

Спричинені алкоголем проблеми виходять далеко за межі суто медичної концепції «алкоголізму». За перших 6 міс. 2012 р. в Україні було зареєстровано 12,5 тис. ДТП з постраждалими, в яких загинули понад 2,0 тис. осіб і понад 15,0 тис. отримали тілесні ушкодження. Серед основних причин ДТП, при яких були постраждалі, – керування автотранспортом у нетверезому стані (6,6 %) та нетверезий стан пішоходів (2,3 %), тобто безпосередньо з алкоголем було пов'язано майже 9,0 % випадків ДТП з постраждалими, або кожний 11 з них. Як стверджує головний нарколог МОЗ України А. М. Вієвський, 65 % травм серед дорослих виникають у стані сп'яніння. За даними МВС України, серед злочинів, скоєних окремими категоріями осіб, а також у громадських місцях, у стані алкогольного сп'яніння зареєстровано 36 324 злочини, що становить 12,8 % [6].

Україна за рівнем споживання алкоголю на душу населення за рік займає одне з провідних місць у світі. Так, за даними Глобальної доповіді ВООЗ про стан в галузі алкоголю та здоров'я (лютий 2011 р.), середній світовий показник споживання алкогольних напоїв дорівнює 6,1 л на одну особу на рік. Україна за цим показником посіла п'яте місце серед 189 країн світу, для яких за ВООЗ вираховано цей показник, за рівнем споживання алкоголю 15,6 л на одну особу. За рівнем цього показника Україна поступається тільки Молдові (18,22 л), Чехії (16,45 л), Угорщині (16,27 л) та РФ (15,76 л). Слід враховувати, що в Молдові та Угорщині високий рівень споживання алкоголю досягнуто переважно за рахунок сухого вина, а в Чехії – пива (8,51 л). В той час як в Україні і РФ населення віддає перевагу міцним алкогольним напоєм (Україна – 5,21 л, РФ – 6,88 л), а пиво та вино відіграють значно меншу роль: 2,69 і 3,65 л та 0,5 і 0,1 л відповідно. Однак українські експерти (головний нарколог Міністерства охорони здоров'я України, директор Українського медичного та моніторингового центру з алкоголю та наркотиків МОЗ Анатолій Вієвський) вважають показник ВООЗ для України значно перебільшеним. На прес-конференції з питань алкогольної політики, що відбулася 14 березня 2013 р. у м. Києві, А.М. Вієвський заявив, що рівень споживання алкоголю на душу населення в Україні становить 11,5–11,8 л чистого алкоголю на рік, 7 з яких припадає на міцний алкоголь. Такий рівень споживання ВООЗ відносять до так званої «середньої – середньовисокої групи» [5, 6].

Щорічно в країні реєструється понад 10 тис. смертельних випадків, спричинених вживанням алкоголю, тобто від розладів психіки та поведінки (904 випадки смертей за 2012 рік), алкогольної кардіоміопатії (4820), алкогольної хвороби печінки (2607), випадкових отруєнь та дії алкоголю (4053), прямої алкогольної смертності (12 384), частки загальної смертності населення – 1, 87 %.

Смертність населення від випадкового отруєння та дії алкоголю у побуті в 2012 р., як і в 2011 р., залишається значною: на рівні 10,0 % загальної кількості померлих від зовнішніх причин. Це 41 764 та 4319 особи у 2011 р. та 40 504 та 4053 особи у 2012 р. відповідно.

Нераціональне харчування – причина 5 % загальної тяжкості хвороб в Європейському регіоні. Загальна частка жирів у раціоні дорослих коливається приблизно від 30 до більше 40 % споживаних калорій при рекомендованому рівні – 15–30 %. Ця частка висока в усіх країнах Європи, особливо в Бельгії та Греції (серед дорослих), а також в Іспанії та Франції (серед дітей). Споживання цукру в більшості країн також перевищує рекомендовані 10 % споживаних калорій. Доступність напоїв, які містять цукор (наприклад, прохолодних) виросла за останнє десятиліття майже у всіх країнах Європи.

Для раціону харчування українського населення стає все більш характерним високий рівень висококалорійних продуктів і продуктів з низькою насиченістю, а рівень споживання алкоголю і напоїв з високим вмістом цукру зростає. У поєднанні з низькими рівнями фізичної активності ці фактори призводять до зростання ожиріння (індекс маси тіла – $IMT \geq 30 \text{ кг} \cdot \text{м}^{-2}$) практично у всіх частинах Європи (30–80 % дорослих) [4, 5].

Ожиріння пов'язане з багатьма проблемами здоров'я, наприклад діабетом другого типу, серцево-судинними захворюваннями, хворобами суглобів й іншими порушеннями опорно-рухового апарату, які викликані надлишковою вагою.

За останніми оцінками ВООЗ, на надмірну масу тіла в сучасному світі страждають приблизно 1,5 млрд дорослих людей і ще 350 млн схильні до ожиріння. В Україні, за найскромнішими підрахунками, від зайвої ваги страждає кожна четверта жінка і кожен шостий чоловік (в США, за даними Американської медичної асоціації, з надмірною вагою – кожен третій). Всього на ожиріння страждає близько 15 % населення нашої країни. Для порівняння, у країнах СНД на надмірну масу тіла страждає від 10 до 45 % населення [7].

1997 р. ВООЗ оголосила глобальну епідемію ожиріння й надлишкової маси тіла. Розповсюдженість цього захворювання зростає як серед дорослого, так і серед дитячого населення. Однією з причин виникнення цієї проблеми є дефіцит ру-

хової активності, який спостерігається в сучасному суспільстві, що призводить до порушення показників фізичного розвитку. Переважно це виявляється у збільшенні або зменшенні маси тіла. У першому випадку спостерігається накопичення жирової тканини, у другому – зниження м'язової маси внаслідок її атрофії [7].

Недостатній рівень рухової активності є ключовим фактором ризику для широкого спектра неінфекційних захворювань, поганого самопочуття і низької якості життя. Для кожного п'ятого жителя Європи характерні низький рівень або практична відсутність рухової активності (менше рекомендованого мінімуму).

Згідно з оцінками, малорухомий спосіб життя є причиною 600 000 смертей на рік в Європі (5–10 % загальних показників смертності залежно від країни) і втрати щорічно 5,3 млн років здорового життя через передчасну смертність та інвалідність.

У 2010 р. ВООЗ у Глобальних рекомендаціях з рухової активності для здоров'я вказує на доцільність для дорослих людей 18–64 років не менше 150 хв на тиждень занять аеробікою середньої інтенсивності (або 75 хв високої інтенсивності). Силовим вправам необхідно приділяти не менше двох занять протягом тижня [1].

В Україні у 2008 р. запропоновано розрізнити три рівні залучення громадян до оздоровчо-рекреаційної рухової активності:

- достатній, що передбачає не менше 4–5 занять помірної інтенсивності на тиждень, або більше 240 разів на рік; тривалість одного заняття – не менше 30 хв;
- помірний – 2–3 заняття помірної інтенсивності на тиждень, або від 120 до 240 разів на рік; тривалість одного заняття – не менше 30 хв;
- низький – 1–2 заняття помірної інтенсивності на тиждень, або від 1 до 120 разів на рік.

Проведене загальнонаціональне опитування дозволило встановити, що у 2008 р. в Україні достатній рівень оздоровчо-рекреаційної рухової актив-

ності мали 3 % громадян старше 16 років, помірний – 6 %, а низький – 33 %. Більшість дорослого населення України не залучалось до вказаної рухової активності [3, 4].

Важливо зазначити, що ВООЗ називає ХНІЗ залежними від стилю життя людини. Це означає, що люди в змозі власними зусиллями попереджати формування цих патологій. Отже, ризик розвитку хронічних захворювань може бути значно меншим за умов свідомого бажання людини змінити модель своєї поведінки у бік, сприятливий для здоров'я. Саме тому, визначення умов, які дозволять підвищити ефективність залучення даного контингенту до здорового способу життя набуває виняткового значення і є вельми актуальним.

Висновки. Найвищий рівень смертності в Україні спостерігається серед працездатного населення, яке є основним трудовим і ресурсним потенціалом держави. Особливо це стосується чоловіків, які після 40 років досягають максимального рівня професійної та соціальної реалізації. Але саме в цей час виникає невідповідність між соціальною значимістю чоловіків та станом їхнього здоров'я.

Найвагомішими чинниками ризику хронічної захворюваності є чинники пов'язані зі способом життям: високий артеріальний тиск, споживання тютюну, шкідливе вживання алкоголю, високий вміст холестерину в сироватці крові, надлишкова маса тіла, нездорове харчування і недостатній рівень рухової активності.

Провідне значення способу життя для здоров'я людини зумовлює необхідність визначення умов, які сприятимуть залученню населення до здорового способу життя.

Перспективи подальших досліджень. На основі урахування значимості особистісних і соціальних умов буде розроблено та теоретично обґрунтовано модель залучення до здорового способу життя чоловіків зрілого віку другого періоду, а також розроблено практичні рекомендації щодо підвищення ефективності цього процесу.

Література

1. *Глобальные рекомендации по физической активности для здоров'я.* Всемирная организация здравоохранения. 2010 г. – [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/index.html>.
2. *Доклад о состоянии здравоохранения в Европе* // 62 сессия Европ. регион. комитета. – Мальта, 2012. – 10–13 сентября. – С. 20.
3. *Дутчак М. В.* Спорт для всіх в Україні: теорія та практика. – К.: Олімп. л-ра, 2009. – 279 с.
4. *Имас Е. В.* Стратегия и рекомендации по здоровому образу жизни и двигательной активности: сб. материалов ВОЗ / Е. В. Имас, М. В. Дутчак, С. В. Трачук. – К.: НУФВСУ, Олимп. лит., 2013. – 528 с.
5. *Основные показатели здоровья в Европейском регионе ВОЗ.* В центре внимания – неинфекционные заболевания. 2013 г. – [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/core-health-indicators-in-the-who-european-region-2013.-special-focus-noncommunicable-diseases>.
6. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України.* 2012 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2013. – 464 с.
7. *The World Health Statistics.* 2013 г. – [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/.

8. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing ban on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva: World Health Organization; 2013 [Electronic resource] // Access mode: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf.

References

1. *Global recommendation on physical activity for health*. World Health Organization. 2010. [Electronic resource] // Access mode: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/index.html>
2. *Report on health state in Europe // 62 session of European regional committee*. – Malta, 2012, 10–13 September. – P. 20.
3. *Dutchak M. V. Sport for All in Ukraine: theory and practice*. – Kyiv: Olimpiyska literatura, 2009. – 279 p.
4. *Imas E. V. Strategy and recommendations for a healthy lifestyle and motor activity: collection of materials of the WHO / M. V. Dutchak, S. V. Trachuk*. – Kiev: NUPESU, Olimpiyskaya literatura, 2013. – 528 p.
5. *Core Health Indicators in the WHO European Region. Special focus: Noncommunicable diseases. 2013* [Electronic resource] // Access mode: <http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/core-health-indicators-in-the-who-european-region-2013.-special-focus-noncommunicable-diseases>
6. *Annual report on the state of health, sanitary and epidemiological situation and the performance of the health system in Ukraine. 2012 / edited by RV Bogatyryova*. – Kiev, 2013. – 464 p
7. *The World Health Statistics. 2013 г.* – [Electronic resource] // Access mode: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/
8. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing ban on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva: World Health Organization; 2013 [Electronic resource] // Access mode: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf.

Національний університет фізичного виховання і спорту України, Київ
zubkovskaya.e@gmail.com

Надійшла 16.14.2014