

ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ, ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ
ТА ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
на методичній нараді
кафедри сімейної медицини, пропедевтики
внутрішньої медицини та лабораторної діагностики
Завідувач кафедри
_____ професор Ірина ВИСОЧИНА
№ ____ «_____» _____ 2026 р.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Навчальна дисципліна	«Загальна практика - сімейна медицина» Блок 6.3. «Внутрішня медицина»
Змістовий модуль	Змістовий модуль 2. «Особливості надання допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини»
Тема заняття	Тема 8. Поняття профілактики та роль сімейного лікаря у формуванні здорового способу життя населення. Медицина способу життя.
Курс	VI
Факультет	Медичний
Спеціальність	222 «Медицина»
Кількість годин	5
Автори	PhD Т.О. Яшкіна

Методичні рекомендації складено відповідно до освітньо-професійної програми підготовки магістрів за спеціальністю 222 «Медицина».

Дніпро

I. Актуальність

Профілактика є однією з базових функцій первинної медичної допомоги. На цьому рівні лікар має регулярний контакт із людьми різного віку, здоровими особами, пацієнтами з факторами ризику та з уже встановленими захворюваннями. Це створює можливість впливати не лише на окремих епізод хвороби, а й на повсякденні звички, умови життя, здатність людини підтримувати здоров'я та запобігати передчасній втраті функціонування [1, 9].

Здоровий спосіб життя не зводиться до набору заборон або універсального переліку правил. Він включає поведінку та умови, які підтримують фізичне, психічне і соціальне благополуччя: повноцінне харчування, регулярну фізичну активність, достатній сон, відмову від тютюну та нікотину, уникнення вживання алкоголю, навички керування стресом і підтримання соціальних зв'язків [1-8]. Практична роль сімейного лікаря полягає у тому, щоб допомогти людині обрати зміни, які є доказовими, безпечними, реалістичними та узгодженими з її пріоритетами.

Ефективне профілактичне консультування потребує більше, ніж передачі інформації. Знання про користь певної поведінки не автоматично приводить до її зміни. На рішення людини впливають мотивація, впевненість у власних можливостях, доступність ресурсів, сімейне та соціальне середовище, фінансові умови, робочий графік, попередній досвід і ставлення до ризику. Тому сучасні підходи до зміни поведінки поєднують спільне визначення пріоритету, конкретне планування, підтримку, самоспостереження і повторний контакт [9-12].

Медицина способу життя розглядає терапевтичні зміни повсякденної поведінки як частину клінічної допомоги. Вона не протиставляється доказовій фармакотерапії, реабілітації або іншим медичним втручанням і не повинна використовуватися для звинувачення пацієнта в його стані. Її практична цінність у сімейній медицині полягає у системному, людино-орієнтованому підході до поведінки, що впливає на здоров'я [8, 10].

Межі теми. У цих методичних рекомендаціях розглядаються загальні поняття профілактики, рівні профілактичних втручань, здоровий спосіб життя, медицина способу життя, мотивація та підтримка зміни поведінки. Організація доказового скринінгу, характеристики скринінгових тестів, а також профілактика конкретних неінфекційних захворювань не розглядаються як окремі блоки, оскільки належать до наступних тем курсу.

II. Навчальні цілі

Сформувані системне розуміння профілактики в роботі сімейного лікаря та здатність проводити коротке людино-орієнтоване консультування щодо способу життя: визначати рівень профілактичного втручання, оцінювати поведінкові чинники, обирати пріоритет зміни, досліджувати мотивацію, формулювати досяжну поведінкову мету та планувати подальшу підтримку.

Після завершення самостійної підготовки студент повинен знати:

- поняття профілактики та відмінність індивідуальних, клінічних, популяційних і середовищних профілактичних впливів;
- первинний, вторинний, третинний та четвертинний рівні профілактики, а також поняття первинної профілактики до формування факторів ризику;
- місце сімейного лікаря у формуванні здорового способу життя та межі його відповідальності;
- основні складові здорового способу життя: харчування, фізична активність, сон, відмова від тютюну та нікотину, уникнення алкоголю, керування стресом, соціальні зв'язки;
- сутність медицини способу життя та її відмінність від недоказових оздоровчих практик;
- принципи короткого профілактичного консультування на ПМД;
- сутність амбівалентності та готовності до зміни поведінки;
- п'ять стадій змін за Прохаска та ДіКлименте та принципи вибору допомоги відповідно до поточної готовності пацієнта;
- роль автономії пацієнта, спільного визначення пріоритету та підтримки самоефективності;
- мнемонічну схему OARS та зміст відкритих запитань, підкреслення сильних сторін, рефлексивного слухання і підсумовування;
- мнемонічну схему 5A та зміст кожного її етапу;
- мнемонічну схему SMART та вимоги до коректно сформульованої поведінкової мети;
- значення самоспостереження, планування перешкод, соціальної підтримки та повторного контакту;

- принципи четвертинної профілактики і захисту пацієнта від надмірних та непотрібних втручань.

Уміти:

- віднести запропоноване профілактичне втручання до відповідного рівня профілактики;
- коротко оцінити основні складові способу життя без моралізаторства та стигматизувальних формулювань;
- визначити разом із пацієнтом один пріоритет для зміни, а не формувати одночасно надмірну кількість рекомендацій;
- оцінити важливість зміни та впевненість пацієнта у власній здатності її здійснити;
- використовувати відкриті запитання, рефлексивне слухання та підсумок для дослідження мотивації;
- визначити поточну стадію готовності до зміни та адаптувати комунікацію без навішування жорсткої «етикетки»;
- застосувати 5A для структурування короткого консультування;
- застосовувати OARS для дослідження мотивації та підтримки автономії пацієнта;
- перетворити загальний намір на конкретну поведінкову SMART-мету;
- разом із пацієнтом передбачити перешкоди, сформувавши план дій і погодити спосіб самоспостереження;
- узгодити термін і формат повторного контакту;
- відрізнити підтримку здорової поведінки від нав'язування, надмірної медикалізації та необґрунтованих обмежень.

III. Компетентності, які забезпечує тема

Загальні компетентності	Спеціальні (фахові) компетентності	Програмні результати навчання
ЗК6. Здатність аналізувати інформацію та приймати обґрунтовані рішення. ЗК8. Здатність до міжпрофесійної взаємодії. ЗК11. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях. ЗК13. Здатність діяти етично, поважати автономію та відповідальність людини.	СК1. Здатність оцінювати стан здоров'я та поведінкові чинники, що впливають на нього. СК8. Здатність проводити коротке профілактичне консультування і підтримувати зміну поведінки. СК11. Здатність формувати спільний план профілактичних дій та організовувати подальше спостереження. СК16. Здатність застосовувати принципи доказовості, безпеки і четвертинної профілактики.	ПРН 4. Збирати релевантну інформацію та визначати пріоритети профілактичної допомоги. ПРН 14. Надавати зрозумілі рекомендації щодо здорової поведінки, погоджувати цілі та план дій. ПРН 21. Здійснювати профілактичну роботу на індивідуальному та первинному рівнях з урахуванням контексту пацієнта.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліна / напрям	Знати	Вміти
Громадське здоров'я	Поняття здоров'я населення, детермінанти здоров'я, профілактичні стратегії.	Відрізнити індивідуальні клінічні поради від популяційних та середовищних профілактичних заходів.
Пропедевтика та внутрішня медицина	Вплив харчування, рухової активності, тютюну, алкоголю, сну і стресу на клінічний стан.	Пов'язувати рекомендації щодо способу життя з конкретною клінічною ситуацією без переходу до профілактики окремих НІЗ.
Медична психологія та комунікація	Автономія, амбівалентність, мотивація, самоефективність, принципи людино-орієнтованої комунікації.	Проводити розмову про поведінку без тиску, оцінювати готовність до змін та підтримувати власні аргументи пацієнта.
Фізична та реабілітаційна медицина	Дозування рухової активності, функціональні обмеження, принцип поступового навантаження.	Адаптувати рекомендації з фізичної активності до функціонального стану та безпеки людини.
Гігієна та нутриціологія	Принципи здорового харчування, безпечність їжі, режим праці та відпочинку.	Формулювати практичні рекомендації без псевдонаукових дієт, необґрунтованих заборон та надмірної деталізації.

V. Зміст теми

1. Профілактика як частина клінічної роботи сімейного лікаря

Профілактика - це система дій, спрямованих на збереження здоров'я, запобігання виникненню хвороб, їх ранньому прогресуванню, ускладненням, втраті функціонування та шкоді від

непотрібних медичних втручань. У сімейній медицині профілактична робота поєднується з лікуванням, реабілітацією, підтримкою самодопомоги та координацією допомоги. Вона не є окремою «профілактичною консультацією», яка відбувається лише у здорової людини.

Для клінічного мислення важливо розрізняти мету профілактики і конкретний інструмент. Один і той самий інструмент може мати різне профілактичне значення залежно від контексту. Наприклад, рекомендація щодо рухової активності може бути спрямована на підтримання здоров'я у людини без захворювання, на відновлення функціонування після хвороби або на зменшення ризику повторних ускладнень. Тому рівень профілактики визначають за метою втручання і станом людини, а не лише за назвою дії.

Профілактичні впливи можуть бути індивідуальними, сімейними, клінічними, громадськими та популяційними. Сімейний лікар безпосередньо працює переважно з індивідуальною і сімейною поведінкою, але має враховувати умови, у яких людина живе. Неможливо коректно радити «більше ходити», не зважаючи на біль, функціональні обмеження, небезпечне середовище, графік роботи або догляд за залежним членом родини. Так само порада «харчуватися правильно» мало корисна без обговорення доступності продуктів, бюджету, кулінарних навичок і культурних звичок.

2. Рівні профілактики

Класично виділяють первинну, вторинну і третинну профілактику. У сучасній сімейній медицині також використовують поняття профілактики до формування факторів ризику та четвертинної профілактики. Окремі автори описують п'ятий рівень, пов'язаний із запобіганням шкоді від медичної дезінформації, але цей термін не є універсально стандартизованим [13-16].

Рівень	Коли застосовується	Основна мета	Приклад без переходу до теми скринінгу
Профілактика до формування факторів ризику	До появи індивідуальних поведінкових або середовищних факторів ризику.	Не допустити формування умов і звичок, що підвищують ризик хвороб.	Доступ до безпечного простору для руху, здорового харчування, середовища без тютюнового диму; підтримка здорових звичок у сім'ї з дитинства.
Первинна	Захворювання ще немає.	Зменшити ймовірність його виникнення.	Підтримка регулярної фізичної активності, відмова від тютюну, вакцинація, безпечна поведінка.
Вторинна	Хвороба або патологічний процес уже могли розпочатися, але ще не спричинили виражених наслідків.	Виявити проблему якомога раніше і своєчасно втрутитися, щоб змінити перебіг.	Рівень визначається метою раннього виявлення і раннього втручання. Методи скринінгу та оцінка скринінгових програм розглядаються в окремій темі.
Третинна	Є встановлене захворювання або його наслідки.	Зменшити ускладнення, повторні події, інвалідизацію, втрату функціонування; підтримати якість життя.	Відновлення рухової активності після загострення, навчання самодогляду, реабілітація, підтримка прихильності до лікування.
Четвертинна	Існує ризик надмірної медикалізації, непотрібних обстежень або втручань.	Захистити людину від шкоди, коли потенційна шкода медичного втручання переважає очікувану користь.	Не призначати «оздоровчі» аналізи, біодобавки або процедури без показань; пояснювати невизначеність і користь спостереження.
П'ятий рівень, додатковий термін	Людина піддається медичній дезінформації або маніпулятивним твердженням про здоров'я.	Зменшити шкоду від хибних переконань і небезпечних рекомендацій, підтримати інформаційну грамотність.	Допомогти перевірити джерело твердження, пояснити якість доказів і ризики відмови від ефективної допомоги.

Четвертинна профілактика особливо важлива у ПМД, де лікар часто має справу з невизначеністю, неспецифічними симптомами та запитом на «перевірити все». Її сутність не у відмові від діагностики, а у пропорційності: обирати втручання, для якого очікувана користь виправдовує можливу шкоду, витрати і наслідки хибнопозитивних знахідок. У сімейній медицині це пов'язано з доказовістю, спільним прийняттям рішень і здатністю безпечно спостерігати, коли негайне втручання не потрібне [13, 14].

П'ятий рівень профілактики наразі поняття яке тільки розвивається в напрямку профілактики. Він описаний у науковій літературі, але не має такого ж усталеного статусу, як первинна, вторинна, третинна і четвертинна профілактика [16]. Для практики корисною є сама ідея: сімейний лікар має

допомагати пацієнтові орієнтуватися у медичній інформації, розпізнавати маніпуляції, рекламні обіцянки та небезпечні поради.

3. Здоровий спосіб життя: зміст поняття

Здоровий спосіб життя - це не ідеальна поведінка і не перелік вимог, однаковий для всіх. У клінічному контексті це сукупність щоденних дій і умов, які підтримують здоров'я, функціонування та здатність людини відновлюватися після навантажень. Здорові рішення мають бути достатньо безпечними, реалістичними, культурно прийнятними та стійкими у конкретному життєвому контексті.

ВООЗ відносить до здорових практик самопомоги повноцінне харчування, фізичну активність, утримання від тютюну, уникнення вживання алкоголю, достатній сон та підтримання соціальних зв'язків [1]. Для сімейного лікаря важливо не лише назвати ці складові, а й оцінити, яка з них найбільше впливає на стан пацієнта зараз і яку зміну пацієнт готовий спробувати.

Складова	Орієнтир для дорослої людини	Що уточнює сімейний лікар
Харчування	Різноманітність, достатність, баланс, помірність і безпечність; перевага мінімально обробленим продуктам, овочам, фруктам, бобовим, цільним зерновим та іншим поживним продуктам [2, 3].	Типовий раціон, доступність їжі, регулярність прийомів, надлишок солі, вільних цукрів і продуктів з високим ступенем обробки, харчові обмеження, бюджет, сімейні звички.
Фізична активність	Щонайменше 150-300 хв помірної або 75-150 хв інтенсивної аеробної активності на тиждень; силові навантаження на основні групи м'язів не менше 2 днів на тиждень; менше тривалого сидіння [4].	Поточний рівень руху, функціональні обмеження, біль, безпека навантаження, транспорт, робота, доступні форми активності, поступовість збільшення.
Сон	Для більшості здорових дорослих регулярний сон тривалістю щонайменше 7 годин; важливі також регулярність, якість і відсутність симптомів розладів сну [7].	Тривалість і регулярність сну, денна сонливість, хропіння або зупинки дихання, нічні зміни, кофеїн, екрани, алкоголь, ліки, що впливають на сон.
Тютюн і нікотин	Не починати; для тих, хто вживає, повна відмова дає користь у будь-якому віці. Коротка порада медичного працівника може підвищувати ймовірність успішної відмови [6].	Форма вживання, частота, залежність, попередні спроби, готовність до відмови, підтримка вдома, вплив пасивного диму.
Алкоголь	Для профілактики шкоди найменший ризик має невживання алкоголю; безпечного рівня щодо онкологічного ризику не встановлено [5].	Частота, кількість, ситуації вживання, епізоди втрати контролю, керування транспортом, взаємодія з ліками, готовність зменшити або припинити вживання.
Керування стресом і відновлення	Регулярні способи відновлення, що не створюють додаткової шкоди: рух, сон, планування навантаження, підтримка, релаксаційні техніки, за потреби професійна допомога.	Джерела навантаження, доступні способи відновлення, вживання речовин як спосіб «зняти стрес», ознаки виснаження, тривоги або депресивних симптомів.
Соціальні зв'язки	Підтримувальні взаємини і відчуття належності є частиною здорового способу життя та можуть сприяти стійкості поведінкових змін [1, 8].	Хто може підтримати зміну, чи є ізоляція, конфлікти, доглядове навантаження, доступ до групових або громадських ресурсів.

4. Харчування: від загальної поради до практичної поведінки

Сучасні рекомендації ВООЗ та ФАО описують здорове харчування через чотири базові принципи: достатність, баланс, помірність і різноманітність; окремо наголошується на безпечності їжі [2, 3]. Для сімейного лікаря це практичніше, ніж жорстка «ідеальна дієта», оскільки дає змогу адаптувати рекомендації до віку, культури, доступності продуктів, бюджету та стану здоров'я.

Консультації варто починати не з переліку заборон, а з одного або двох конкретних змін. Наприклад: додати овочі до одного звичного прийому їжі; замінити частину солодких напоїв водою; частіше обирати цільні крупи замість рафінованих; планувати простий перекус, щоб зменшити випадкове споживання ультраоброблених продуктів. Такі цілі легше зробити вимірюваними і перевірити на наступному контакті.

Не слід автоматично рекомендувати детокс-програми, голодування, виключення великих груп продуктів, добавки або аналізи на «дефіцити» без клінічних показань. Такі рекомендації можуть

підвищувати вартість допомоги, створювати харчові обмеження та формувати медикалізацію звичайного харчування. Це приклад застосування четвертинної профілактики у сфері способу життя.

5. Фізична активність і малорухомість

ВООЗ рекомендує дорослим накопичувати протягом тижня 150-300 хвилин аеробної активності помірної інтенсивності або 75-150 хвилин інтенсивної активності, або еквівалентне поєднання. Додаткову користь дають силові вправи для основних груп м'язів не менше двох днів на тиждень. Будь-яка кількість активності краща за її відсутність, а збільшення навантаження має бути поступовим [4].

Для клінічної практики важливо відокремлювати «спорт» від фізичної активності. Рух може бути транспортним, побутовим, професійним або дозвіллевим. Пацієнтові, який не займається спортом, не обов'язково починати з тренажерного залу. Реалістичною зміною може бути 10-15 хвилин швидкої ходьби після обіду, вихід з транспорту на одну зупинку раніше або короткі перерви від сидіння протягом робочого дня.

Перед значним збільшенням навантаження сімейний лікар враховує симптоми, відомі захворювання, функціональні обмеження та рівень попередньої активності. Водночас надмірне «медичне допускання» до звичайної помірної активності у безсимптомної людини може створювати непотрібний бар'єр. Профілактична порада має одночасно підтримувати рух і залишатися пропорційною клінічному ризику.

6. Сон, відновлення, стрес і соціальні зв'язки

Сон є базовою фізіологічною потребою. Для здорових дорослих консенсус Американської академії медицини сну та Товариства дослідження сну рекомендує регулярний сон тривалістю не менше 7 годин на ніч; якість сну залежить також від його регулярності, часу та відсутності розладів [7]. У практиці сімейного лікаря порада «спати більше» має сенс лише після уточнення причин недостатнього сну: нічні зміни, догляд за дитиною, тривога, біль, пізнє вживання кофеїну, алкоголь, хропіння, підозра на апное сну, несприятливі житлові умови.

Керування стресом не означає усунення всіх стресових подій. Мета полягає у відновленні керованості: визначити джерело навантаження, відділити те, що можна змінити, від того, що неможливо швидко контролювати, та знайти безпечні способи відновлення. Фізична активність, сон, короткі паузи, дихальні та релаксаційні практики, планування навантаження, контакт із близькими та професійна психологічна допомога можуть бути частиною плану залежно від потреб людини.

Соціальні зв'язки мають подвійне значення. Вони самі є складовою благополуччя і водночас можуть підтримувати інші зміни. Пацієнтові інколи простіше почати ходити пішки разом із колегою або готувати здоровішу їжу разом із сім'єю, ніж реалізовувати зміну повністю самостійно. Підтримка повинна бути добровільною; контроль, сором і примус зазвичай погіршують якість взаємодії.

7. Тютюн, нікотин та алкоголь у контексті здорового способу життя

Відмова від тютюну та нікотину є одним із найважливіших поведінкових рішень для здоров'я. ВООЗ наголошує, що навіть коротка порада медичного працівника може підвищувати ймовірність успішної відмови, а системна підтримка має бути інтегрована у первинну допомогу [6]. Під час цієї теми акцент робиться на принципах поведінкової підтримки; фармакотерапія тютюнової залежності та профілактика конкретних хвороб потребують окремого клінічного розгляду.

Щодо алкоголю важливо уникати повідомлень, які створюють враження про «корисну» або «безпечну» дозу. ВООЗ для Європейського регіону підкреслює, що рівня споживання алкоголю без ризику для здоров'я, зокрема онкологічного, не встановлено [5]. Практична мета консультації - дати точну інформацію, оцінити готовність людини змінювати вживання, підтримати зменшення шкоди або повну відмову відповідно до клінічної ситуації.

8. Медицина способу життя

Медицина способу життя - це доказовий клінічний підхід, у якому зміни повсякденної поведінки використовуються як терапевтичні та профілактичні втручання. Американський коледж медицини способу життя описує шість взаємопов'язаних напрямів: переважно цільне рослинне харчування, регулярна фізична активність, відновлювальний сон, керування стресом, позитивні соціальні зв'язки та уникнення ризикових речовин [8]. У навчальному контексті ці напрями доцільно розглядати не як жорсткий стандарт, а як структуровану рамку для оцінки способу життя.

Медицина способу життя не повинна підміняти необхідне лікування. Якщо пацієнтові показана медикаментозна терапія, операція, психотерапія або реабілітація, порада «змінити спосіб життя» не є альтернативою. Так само недоречно пояснювати хворобу лише «неправильними звичками». Генетичні, соціальні, економічні та середовищні чинники можуть суттєво обмежувати можливість людини реалізувати навіть добре обґрунтовані рекомендації.

Роль сімейного лікаря полягає у клінічній інтеграції: визначити, яка поведінка має значення для конкретного пацієнта; перевірити безпеку і доцільність зміни; пояснити очікувану користь простою мовою; узгодити пріоритет; допомогти спланувати дію; залучити медичну сестру, фізичного терапевта, дієтолога, психолога або інші ресурси, якщо це доступно; організувати повторну оцінку.

9. Чому інформації недостатньо для зміни поведінки

Повідомлення «треба більше рухатися», «треба схуднути» або «треба менше нервувати» описують бажаний напрям, але не створюють поведінкового плану. Людина може погоджуватися з користю зміни і водночас не бути готовою до неї. Це називають амбівалентністю: одночасно існують причини змінювати поведінку і причини залишити все як є. Амбівалентність є нормальною частиною прийняття рішень, а не ознакою «некомплаєнтності».

Для зміни поведінки зазвичай потрібні три групи умов. По-перше, людина має бути фізично і психологічно здатною виконати дію та розуміти, як це зробити. По-друге, середовище має давати хоча б мінімальну можливість: час, доступ, гроші, підтримку, безпечне місце. По-третє, потрібна мотивація: зміна має мати особистий сенс, а не бути лише зовнішньою вимогою. Якщо один із цих компонентів відсутній, повторення поради рідко вирішує проблему [11, 12].

10. Мотивація і готовність до зміни

Мотивація не є сталою рисою людини. Вона може змінюватися залежно від ситуації, досвіду, способу розмови з лікарем, появи симптомів, підтримки близьких або попередніх невдалих спроб. Завдання сімейного лікаря - не «змусити захотіти», а створити умови, у яких пацієнт може дослідити власні причини для зміни і обрати наступний реалістичний крок.

Корисно розглядати готовність як континуум. Одна людина ще не розглядає зміну, інша вже бачить проблему, але вагається, третя готується до дії, четверта виконує нову поведінку, п'ята намагається її підтримувати. Перехід між цими станами не є лінійним; повернення до старої поведінки може бути частиною процесу. Тому повторний контакт має зосереджуватися не на покаранні за «зрив», а на аналізі того, що сталося і як змінити план.

Два короткі запитання допомагають оцінити мотиваційний профіль. «Наскільки для Вас важливо змінити це зараз за шкалою від 0 до 10?» і «Наскільки Ви впевнені, що зможете зробити цю зміну за шкалою від 0 до 10?». Низька важливість потребує дослідження цінностей і причин, а низька впевненість - спрощення мети, пошуку ресурсів і попереднього успішного досвіду. Після оцінки доречно запитати: «Чому не менше число?» - це допомагає пацієнтові самому назвати аргументи на користь зміни.

11. Стиль мотиваційної розмови

Мотиваційна розмова базується на партнерстві, повазі до автономії та виявленні власних аргументів людини на користь зміни. Лікар уникає суперечки і не намагається «перемогти» опір. Якщо пацієнт не готовий до дії, клінічно корисніше зрозуміти причину, ніж повторювати ту саму рекомендацію сильнішим тоном [10, 17].

Практичні прийоми: ставити відкриті запитання; уважно відображати почуте; підкреслювати сильні сторони і попередні успіхи; просити дозволу перед наданням поради; пов'язувати рекомендацію з цілями пацієнта; пропонувати вибір, а не один «правильний» варіант; наприкінці коротко підсумовувати, що пацієнт сам вважає важливим. Якщо людина не готова змінювати поведінку, консультація може завершитися інформацією, збереженням контакту і домовленістю повернутися до питання пізніше.

12. П'ять стадій змін за Прохаска та ДіКлименте

Модель стадій змін описує зміну поведінки як процес, у якому готовність людини може поступово змінюватися. Її не слід використовувати як жорстку класифікацію або вимогу послідовно пройти кожний етап. Людина може повертатися до попередніх стадій, знову рухатися вперед або одночасно перебувати на різних стадіях щодо різних поведінкових цілей [18].



Повернення до попередньої поведінки не слід автоматично трактувати як невдачу або окрему «стадію провалу». У клінічній роботі це сигнал повторно оцінити контекст, бар'єри та відповідність плану можливостям пацієнта. Вибір комунікаційної тактики має відповідати поточній готовності: на ранніх стадіях більше дослідження і менше директивних порад, на стадіях підготовки та дії - більше конкретного планування і підтримки виконання.

13. OARS: базові прийоми мотиваційної розмови

OARS - це мнемонічна схема чотирьох базових комунікаційних прийомів мотиваційної розмови. Вона допомагає не просто передати рекомендацію, а дослідити погляд пацієнта, посилити його активну участь і сформувані власні аргументи на користь зміни [17].

O - Open questions - відкриті запитання. Запитання, на які не можна відповісти лише «так» або «ні» і які допомагають пацієнтові описати значення поведінки, очікування, сумніви та можливі варіанти. Наприклад: «Що для Вас було б найважливішою користю від цієї зміни?»

A - Affirmations - підкреслення сильних сторін. Щире визнання зусиль, ресурсів, попередніх успіхів або цінностей людини. Це не загальна похвала, а конкретне відображення того, що підтримує впевненість: «Ви вже знайшли спосіб двічі на тиждень ходити пішки, попри складний графік».

R - Reflective listening - рефлексивне слухання. Лікар своїми словами відображає зміст або значення сказаного, щоб перевірити розуміння і допомогти пацієнтові почути власні аргументи. Наприклад: «Ви хочете більше рухатися, але боїтеся, що після роботи на це не залишиться сил».

S - Summaries - підсумовування. Коротке об'єднання ключових тез розмови, особливо власних аргументів пацієнта, його бар'єрів, ресурсів і домовленостей. Підсумок допомагає перейти від дослідження мотивації до конкретного рішення: «Отже, для Вас важливо краще спати, Ви готові почати з вечірньої прогулянки і хочете перевірити, чи вдасться робити це тричі на тиждень».

OARS не є послідовністю кроків. Ці прийоми комбінують протягом розмови. Особливо важливо уникати перетворення відкритих запитань на допит, підкреслення сильних сторін на формальну похвалу, а рефлексивного слухання на механічне повторення останніх слів пацієнта.

14. Мнемонічна схема 5А для короткого консультування

Для структурування короткої консультації можна використовувати 5А. Це не жорсткий сценарій і не означає, що кожен етап повинен займати однаковий час. Схема допомагає не пропустити оцінку, спільне формування цілі, практичну допомогу і повторний контакт [10].

A - Assess - оцінити. З'ясувати поточну поведінку, контекст, попередні спроби, знання, бар'єри, готовність і впевненість.

A - Advise - порадити. Надати коротку, персоналізовану, доказову рекомендацію і пояснити, чому вона важлива саме для цієї людини.

A - Agree - узгодити. Разом обрати пріоритет і реалістичну мету, яка відповідає готовності пацієнта.

A - Assist - допомогти. Сформувати конкретний план, передбачити перешкоди, знайти підтримку, за потреби надати матеріали або направлення.

A - Arrange - організувати повторний контакт. Погодити, коли і як оцінюватиметься результат, що вважати успіхом і що робити, якщо план не спрацює.

ОЦІНИТИ -> ПОЯСНИТИ -> УЗГОДИТИ -> ДОПОМОГТИ -> ПОВТОРНО ОЦІНИТИ

15. SMART: як перетворити «треба» на поведінкову мету

SMART допомагає сформулювати мету так, щоб її можна було виконати і перевірити. У клінічному консультуванні доцільно формулювати насамперед поведінкову мету, тобто те, що людина робитиме, а не лише віддалений результат. «Схуднути на 10 кг» частково залежить від багатьох чинників; «після вечері ходити швидким кроком 20 хвилин у понеділок, середу, п'ятницю і суботу протягом наступних двох тижнів» описує конкретну поведінку.

S - Specific - конкретна. Зрозуміло, яку саме дію виконувати.

M - Measurable - вимірювана. Є показник виконання: тривалість, частота, кількість або інша спостережувана ознака.

A - Achievable - досяжна. Мета відповідає можливостям людини зараз, а не ідеальному сценарію.

R - Relevant - значуща. Зміна має сенс для пацієнта та пов'язана з його пріоритетами.

T - Time-bound - обмежена в часі. Визначено період виконання і момент перегляду мети.

Типова помилка - зробити SMART-мету формально правильною, але неузгодженою з пацієнтом. Мета, яку лікар сформулював за пацієнта, може бути конкретною і вимірюваною, але не мати внутрішньої значущості. Інша помилка - надмірна складність: одночасно змінити харчування, сон, рух, алкоголь і тютюн. Для більшості людей доцільніше обрати один пріоритет, закріпити перший успіх і лише потім додавати наступну зміну.

16. План дій, перешкоди і самоспостереження

Поведінкова мета працює краще, коли доповнена планом дій. План має відповісти на питання: що саме я роблю, коли, де, як часто, з ким, що мені для цього потрібно, що може завадити і що я зроблю у відповідь. NICE рекомендує поєднувати цілі з плануванням, самоспостереженням, зворотним зв'язком, соціальною підтримкою і планами на випадок повернення до старої поведінки [11].

Корисний прийом - заздалегідь сформулювати умову і дію: «Якщо виникне перешкода X, я зроблю Y». Наприклад: «Якщо ввечері буде дощ, замість прогулянки я виконаю 15 хвилин вправ удома». Це зменшує залежність плану від ідеальних умов. Самоспостереження може бути дуже простим: відмітка у календарі, крокомір, короткий запис сну або кількості сигарет. Воно потрібне для зворотного зв'язку, а не для створення додаткової провини.

17. Повторний контакт і підтримка довготривалої зміни

Одна консультація рідко завершує процес зміни поведінки. Повторний контакт дає можливість оцінити, що спрацювало, які перешкоди виникли, чи потрібно спростити або посилити мету. Сімейна медицина має перевагу безперервності: пацієнт може повернутися до тієї самої теми без необхідності щоразу починати з нуля.

Під час повторного контакту корисно спочатку відзначити будь-який прогрес, потім уточнити складнощі, і лише після цього змінювати план. Якщо мета не виконана, питання «Що завадило?» продуктивніше за «Чому Ви не виконали?». Невдала спроба може дати інформацію про реальний бар'єр. Після цього мету можна зробити меншою, змінити час або середовище, залучити підтримку чи обрати іншу поведінкову ціль.

18. Типові помилки профілактичного консультування

- давати багато рекомендацій одночасно без визначення пріоритету;
- починати з моралізаторства, сорому або залякування;
- припускати, що пацієнт «не мотивований», не з'ясувавши бар'єри і контекст;
- формулювати мету замість пацієнта або вимагати нереалістично великої зміни;
- пояснювати проблему лише силою волі і не враховувати соціальні та середовищні обмеження;
- давати загальні поради без плану дій і повторного контакту;
- оцінювати лише кінцевий результат, а не саму поведінку і прогрес;

- після повернення до старої поведінки трактувати ситуацію як «провал», а не як інформацію для корекції плану;
- пропонувати недоказові дієти, добавки, «детокс», обстеження або процедури як обов'язкову частину здорового способу життя;
- протиставляти зміну способу життя необхідній медикаментозній або іншій доказовій терапії;
- використовувати однакові рекомендації для всіх без урахування віку, функціонування, культури, фінансових можливостей та уподобань;
- вважати, що відсутність готовності сьогодні означає відсутність сенсу повертатися до теми в майбутньому.

19. Інтегрований алгоритм короткого профілактичного консультування

1. УТОЧНИТИ КОНТЕКСТ -> 2. ВИЗНАЧИТИ ОДИН ПРІОРИТЕТ -> 3. ОЦІНИТИ ВАЖЛИВІСТЬ І ВПЕВНЕНІСТЬ -> 4. НАДАТИ ПЕРСОНАЛІЗОВАНУ ПОРАДУ -> 5. УЗГОДИТИ SMART-МЕТУ -> 6. ПЕРЕДБАЧИТИ БАР'ЄРИ -> 7. ДОМОВИТИСЯ ПРО САМОСПОСТЕРЕЖЕННЯ -> 8. ЗАПЛАНУВАТИ ПОВТОРНИЙ КОНТАКТ

Коротка самоперевірка лікаря після консультації: 1) чи зрозумів я, що для пацієнта зараз важливо; 2) чи обрали ми один пріоритет; 3) чи дав я доказову і персоналізовану інформацію; 4) чи була мета сформульована разом; 5) чи є конкретний план виконання; 6) чи враховані бар'єри; 7) чи зрозуміло, як оцінювати прогрес; 8) чи погоджено повторний контакт; 9) чи не створив я непотрібної медикалізації або відчуття провини.

VI. Алгоритм самостійної підготовки до заняття

1. Опрацювати поняття профілактики та вміти визначати мету профілактичного втручання у конкретній клінічній ситуації.
2. Повторити рівні профілактики: профілактика до формування факторів ризику, первинна, вторинна, третинна, четвертинна; розуміти обмежений статус терміна «п'ятий рівень профілактики».
3. Опрацювати сучасні принципи здорового харчування ВООЗ та ФАО: достатність, баланс, помірність, різноманітність і безпечність.
4. Знати рекомендації ВООЗ щодо фізичної активності дорослих та обмеження тривалого сидіння.
5. Повторити роль сну, відмови від тютюну та нікотину, уникнення алкоголю, керування стресом і соціальних зв'язків у підтриманні здоров'я.
6. Опрацювати поняття медицини способу життя та шість її основних напрямів.
7. Вміти пояснити, чому знання про ризик не завжди призводить до зміни поведінки.
8. Навчитися оцінювати важливість зміни і впевненість пацієнта за шкалою 0-10.
9. Опрацювати п'ять стадій змін за Прохаска та ДіКлименте та вміти обирати доречну тактику консультування для кожної стадії.
10. Знати OARS англійською та вміти застосувати відкриті запитання, підкреслення сильних сторін, рефлексивне слухання і підсумовування українською мовою.
11. Знати 5A англійською та вміти пояснити українською зміст кожного етапу.
12. Знати SMART англійською та вміти перетворити загальну пораду на конкретну поведінкову мету.
13. Відпрацювати формулювання трьох відкритих запитань для дослідження мотивації і трьох нейтральних фраз для обговорення бар'єрів.
14. Підготувати два приклади плану «якщо виникне перешкода - тоді я зроблю...».
15. Вміти назвати типові помилки профілактичного консультування та способи їх уникнення.
16. Перевірити себе за теоретичними питаннями і переліком практичних навичок нижче.

VII. Основні теоретичні питання теми

1. Що таке профілактика у клінічній практиці сімейного лікаря?
2. За якою ознакою найкраще визначати рівень профілактики: за назвою втручання чи за його метою?
3. Що означає профілактика до формування факторів ризику?
4. Що є метою первинної профілактики?
5. Що є метою вторинної профілактики і чому її не слід зводити лише до назви конкретного тесту?
6. Що є метою третинної профілактики?

7. Що таке четвертинна профілактика і чому вона особливо важлива у сімейній медицині?
8. Який статус має поняття п'ятого рівня профілактики?
9. Чим індивідуальна профілактична порада відрізняється від популяційного або середовищного профілактичного заходу?
10. Що включає здоровий спосіб життя у сучасному клінічному розумінні?
11. Які принципи ВООЗ та ФАО лежать в основі здорового харчування?
12. Які рекомендації ВООЗ щодо фізичної активності дорослих?
13. Чому необхідно окремо зменшувати тривале сидіння?
14. Які аспекти сну доцільно оцінювати у сімейній медицині?
15. Чому під час обговорення алкоголю недоцільно говорити про «корисну дозу»?
16. Яка роль короткої поради медичного працівника у відмові від тютюну?
17. Що таке медицина способу життя?
18. Які шість напрямів охоплює медицина способу життя?
19. Чому медицина способу життя не повинна протиставлятися медикаментозному лікуванню?
20. Що таке амбівалентність щодо зміни поведінки?
21. Чому мотивацію не слід розглядати як сталу рису людини?
22. Чим відрізняються важливість зміни і впевненість у здатності її здійснити?
23. Як використати шкалу 0-10 для дослідження мотивації?
24. Які комунікаційні прийоми підтримують автономію пацієнта?
25. Які п'ять стадій змін описують Прохаска та ДіКлименте?
26. Чим відрізняється комунікаційна тактика на стадіях передроздуму, роздуму та підготовки?
27. Чому повернення до попередньої поведінки не слід трактувати як «провал»?
28. Що означають чотири компоненти OARS і яку функцію виконує кожен із них?
29. Що означають п'ять компонентів 5A?
30. Чому 5A не є жорстким сценарієм консультації?
31. Що означають п'ять компонентів SMART?
32. Чому поведінкова мета часто корисніша за мету, сформульовану лише як клінічний результат?
33. Які елементи має містити практичний план дій?
34. Для чого потрібне самоспостереження і як уникнути його перетворення на контроль або покарання?
35. Що таке план на випадок перешкоди за принципом «якщо - тоді»?
36. Як діяти, якщо пацієнт не виконав погоджену мету?
37. Які ознаки вказують, що рекомендація стала надмірною або медикалізовальною?
38. Як безперервність допомоги у сімейній медицині підтримує довготривалі зміни поведінки?

VIII. Перелік практичних навичок до заняття

1. За коротким описом клінічної ситуації визначити рівень профілактики і пояснити свій вибір.
2. Провести стислу оцінку способу життя за основними складовими без перетворення консультації на анкетування.
3. Визначити разом із пацієнтом один пріоритет зміни поведінки.
4. Поставити два відкриті запитання, які допомагають дослідити власні аргументи пацієнта на користь зміни.
5. Оцінити важливість зміни та впевненість пацієнта за шкалою 0-10 і правильно інтерпретувати різницю між ними.
6. Надати персоналізовану коротку пораду після отримання дозволу пацієнта.
7. За короткою ситуацією визначити ймовірну стадію зміни за Прохаска та ДіКлименте і запропонувати доречну комунікаційну тактику.
8. У навчальній розмові застосувати щонайменше три компоненти OARS без переходу до директивного переконування.
9. Застосувати 5A у короткій навчальній консультації.
10. Переформулювати загальну рекомендацію «більше рухатися» у SMART-мету.
11. Переформулювати загальну рекомендацію «краще харчуватися» у конкретну поведінкову мету.
12. Разом із пацієнтом назвати щонайменше дві ймовірні перешкоди і сформулювати план їх подолання.
13. Запропонувати простий спосіб самоспостереження, який не створює зайвого навантаження.
14. Організувати повторний контакт і визначити, що саме буде оцінюватися.

15. Під час невдалої спроби зміни провести розбір бар'єрів без осуду та скоригувати мету.
16. Розпізнати недоказову або надмірно медикалізовану рекомендацію щодо «здорового способу життя» і запропонувати безпечну альтернативу.

IX. Рекомендована література та доказові джерела

1. World Health Organization. Self-care for health and well-being. Fact sheet. 2026. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions>
2. Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization. What are healthy diets? Joint statement. 2024. <https://www.who.int/publications/b/76012>
3. World Health Organization. Healthy diet. Fact sheet. 26 January 2026. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
4. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
5. World Health Organization Regional Office for Europe. No level of alcohol consumption is safe for our health. 2023. <https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health>
6. World Health Organization. Quitting tobacco. <https://www.who.int/activities/quitting-tobacco>
7. Watson NF, Badr MS, Belenky G, et al. Recommended amount of sleep for a healthy adult: a joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. J Clin Sleep Med. 2015;11(6):591-592. <https://www.aasm.org/resources/pdf/adultsleepdurationconsensus.pdf>
8. American College of Lifestyle Medicine. Recommendations and standards: six lifestyle medicine pillars. <https://lifestylemedicine.org/about-aclm/research-and-quality/recommendations-standards/>
9. World Health Organization Regional Office for Europe. Integrated brief interventions for noncommunicable disease risk factors in primary care: the BRIEF project manual. 2022. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058551>
10. World Health Organization. HEARTS: Technical package for cardiovascular disease management in primary health care. Healthy-lifestyle counselling. 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NVI-18-1>
11. National Institute for Health and Care Excellence. Behaviour change: individual approaches. Public health guideline PH49. 2014, updated surveillance. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph49>
12. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implement Sci. 2011;6:42. <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-6-42>
13. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. Eur J Gen Pract. 2018;24(1):106-111. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29384397/>
14. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. Int J Health Policy Manag. 2015;4(2):61-64. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25674569/>
15. Strasser T. Reflections on cardiovascular diseases. Interdiscip Sci Rev. 1978;3:225-230. Концепція первинної профілактики до формування факторів ризику.
16. Kalra S, Kumar A. Quinary prevention: defined and conceptualized. J Pak Med Assoc. 2019;69(12):1765-1766. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31853099/>
17. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change and Grow. 4th ed. Guilford Press; 2023.
18. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997;12(1):38-48. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10170434/>