

Лекція 2. Опитування, первинна співбесіда та оцінка фізичної підготовленості та стану здоров'я клієнтів у системі персонального тренування

План:

1. Організація проведення первинної співбесіди і оцінка стану здоров'я.
2. Оцінка рівня фізичної підготовленості клієнта.
3. Особливості способу життя та фактори ризику розвитку коронарної хвороби серця та інших захворювань.
4. Медичний допуск.
5. Інтерпретація результатів.

1. Організація проведення первинної співбесіди і оцінка стану здоров'я.

У сучасній парадигмі оздоровчої фізичної культури персональний тренер виступає не лише як інструктор, але й як аналітик, психолог та координатор здоров'я. Ключовим етапом, що визначає ефективність та безпеку всього тренувального процесу, є первинна співбесіда та комплексна оцінка клієнта. Цей етап є фундаментом для побудови довіри, ідентифікації медичних ризиків, встановлення реалістичних цілей та персоналізації програми. Недостатня увага до цього етапу може призвести до травм, демотивації клієнта або навіть загострення хронічних захворювань. Тому сучасний тренер повинен володіти науково обґрунтованими методами збору даних, критичного аналізу та етичної комунікації, щоб трансформувати першу зустріч із клієнтом у стратегічну основу для довгострокового партнерства.

Організація первинної співбесіди починається задовго до фізичного контакту. Сучасні підходи передбачають попереднє заповнення клієнтом стандартизованих анкет, таких як PAR-Q+ (*Physical Activity Readiness Questionnaire for Everyone*) або детальніших медичних історій із зазначенням хронічних захворювань, травм, прийому ліків та сімейного анамнезу. Ці документи дозволяють тренеру зосередитися на критичних аспектах під час особистої бесіди, а не витрачати час на рутинний збір даних. Однак формальна інформація – лише частина картини. Ефективна первинна співбесіда – це мистецтво діалогу, де тренер поєднує професійну компетентність із емпатією. Наприклад, запитання типу «Які ваші найбільші побоювання щодо початку тренувань?» або «Що для вас означає бути здоровим?» розкривають глибинні мотиви та психологічні бар'єри, які можуть залишитися прихованими у стандартних анкетах. Важливо створити безпечне середовище, де клієнт відчуває, що його особисті обставини – а не просто дані в таблиці – є основою для роботи. Крім того, під час бесіди тренер повинен ідентифікувати «червоні

прапорці» (*red flags*), що вимагають негайного медичного обстеження: нестабільна стенокардія, симптоми аритмії, неконтрольований діабет або психологічні розлади, такі як анорексія. Тут критично дотримуватися етичного принципу «не зашкодь»: навіть якщо клієнт наполягає на швидкому початку тренувань, професіонал має чітко визначити межі своєї компетентності та налаштувати діалог із лікарем. Протокол ACSM (*American College of Sports Medicine*, 2023) наголошує, що 30% клієнтів із симптомами серцево-судинних захворювань ніколи не повідомляють про них без спеціальних уточнюючих запитань, тому тренер повинен володіти навичками клінічного спостереження: звертати увагу на блідість шкіри під час розмови, задику або незвичайні паузи в мові, що можуть свідчити про гіпоксію.

Переходячи до оцінки фізичної підготовленості, варто підкреслити: цей етап не повинен бути набором тестів «ради тестів». Кожен метод вибирається із урахуванням цілей клієнта, медичних обмежень та практичної доцільності. Для людини з ожирінням класу II тест Купера (12-хвилинний біг) може бути небезпечним, тоді як 6-хвилинна ходьба дасть об'єктивні дані про функціональну витривалість без надмірного навантаження на суглоби. Сучасні стандарти рекомендують модульні підходи: оцінка кардіореспіраторної витривалості (наприклад, тредміль-тест із поступовим підвищенням інтенсивності), м'язової сили (1RM для базових вправ або ізокінетичні тести), гнучкості (тест «сидячий-нахил» або оцінка рухливості плечового поясу за шкалою Arpley), та складу тіла (біоелектричний імпеданс або складання штангенистом). Проте технології вимагають критичної рефлексії. Наприклад, носимі девайси (наприклад, *Garmin* або *Whoop*) дають дані про ВСР (варіабельність серцевого ритму), але їх точність залежить від індивідуальних особливостей клієнта. Дослідження Jackson et al. (2022) показали, що у 40% випадків такі пристрої істотно переоцінюють калорійність споживання під час силових тренувань через специфіку анаеробних процесів. Тому тренер повинен пояснювати клієнту обмеження технологій та поєднувати їх із суб'єктивними оцінками (наприклад, шкалою відчутного навантаження Borg CR10). Особливу увагу слід приділити безпеці тестування: клієнт із початковим рівнем фізичної підготовки потребує поступового збільшення навантаження, а не одномоментного виконання максимальних тестів. Психологічний аспект також критичний – тестування не повинно стати джерелом стресу. Для клієнта з історією травлів краще розпочати з ізометричних утримань, а не з динамічних вправ, щоб відновити довіру до власного тіла.

3. Особливості способу життя та фактори ризику розвитку коронарної хвороби серця та інших захворювань. Фактори способу життя та ризику розвитку коронарної хвороби серця (КХС) часто залишаються «сліпими зонами» у тренерській практиці. Багато фахівців зосереджуються лише на фізичних

параметрах, ігноруючи глобальні паттерни: хронічний недосип (менше 6 годин на добу збільшує ризик КХС на 20%, за даними WHO, 2024), стрес через гіпертиреоз або надмірне споживання оброблених продуктів. Оцінка факторів ризику потребує системного підходу. Наприклад, модифікований шкала *Framingham Risk Score* враховує вік, стать, рівень ЛПНЩ, артеріальний тиск, куріння та діабет для прогнозування ймовірності серцево-судинних подій протягом 10 років. Однак цей інструмент не враховує поведінкові аспекти: людина з високим ризиком за Framingham може мати низьку реальну загрозу, якщо практикує медитацію та дотримується середземноморської дієти. Тут важливо використовувати комплексні анкети, такі як IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*) для аналізу загальної активності, або PSS (*Perceived Stress Scale*) для вимірювання стресу. Особливо складним є робота з парадоксом ожиріння: люди з індексом маси тіла понад 30 часто мають кращий прогноз при КХС, ніж худорляві з метаболічним синдромом (дослідження Kramer et al., 2023). Це вимагає від тренера відмовитися від стереотипів та фокусуватися на метаболічному здоров'ї, а не лише на цифрах на вагах. Важливо також обговорити з клієнтом соціальні детермінанти здоров'я: чи має він доступ до безпечних місць для прогулянок, чи його робота пов'язана з тривалим сидінням, чи існує підтримка з боку сім'ї. Такі аспекти часто визначають успіх програми більше, ніж підбір конкретних вправ.

4. Медичний допуск є юридичним та етичним мостом між тренером та системою охорони здоров'я. У багатьох країнах (наприклад, у країнах ЄС) тренери зобов'язані отримувати письмовий дозвіл від лікаря для клієнтів із серцево-судинними захворюваннями, остеопорозом або цукровим діабетом 1 типу. Однак формальний дозвіл – це мінімум. Ідеальний сценарій – тісна взаємодія з лікарем, де тренер надає дані про функціональний стан клієнта (наприклад, результати тесту швидкої ходьби), а лікар коригує медикаментозну терапію відповідно до змін у фізичній активності. Наприклад, клієнт, який починає регулярно тренуватися, може потребувати зниження дози бета-блокаторів через підвищення витривалості серця. Критичним є також юридична грамотність: у разі інциденту відсутність медичного допуску для високоризикованого клієнта може призвести до позбавлення ліцензії та судових позовів. Тому тренер повинен вести детальні записи всіх етапів оцінки, включаючи дати, методики, отримані результати та рекомендації лікарів. Особливу складність становить робота з «сірими зонами» – клієнтами, які мають симптоми, але уникають лікарів через страх або культурні бар'єри. Тут ефективність стратегії «мотиваційного інтерв'ювання» (*Motivational Interviewing*) може змінити ситуацію: замість прямих вказівок «йти до лікаря» тренер може запитати: «Як би ваше життя змінилося, якби ви точно знали, що

ваше серце у безпеці під час тренувань?». Це створює простір для рефлексії замість опору.

4. Завершальний етап – інтерпретація результатів – вимагає від тренера трансформувати сирий набір даних у зрозумілу стратегію. Ключовий принцип тут – візуалізація прогресу. Наприклад, замість сухих цифр BCP можна показати графік зміни стресу за шкалою PSS на тлі тренувального циклу, щоб клієнт бачив зв'язок між дихальними вправами та покращенням сну. Проте інтерпретація не повинна бути одноманітною: дані завжди потрібно ставити в контекст життя клієнта. Покращення результату тесту на витривалість на 15% може бути незначним для спортсмена-любителя, але критично важливим для пацієнта після інфаркту. SMART-критерії допомагають уникнути надмірних очікувань: замість абстрактного «стрункішати» клієнт із преінсуліновим резистентністю може поставити ціль «зменшити обвід талії на 5 см за 3 місяці через комбінацію інтервального голодування та циклічних силових тренувань». Не менш важлива комунікація про обмеження. Якщо клієнт очікує схуднути на 20 кг за місяць, тренер повинен науково пояснити фізіологічні межі метаболізму, але запропонувати проміжні «перемоги» (наприклад, збільшення м'язової маси для підвищення базового обміну). Дослідження довели, що клієнти, які отримують детальні пояснення «чому» програма працює, на 68% частіше досягають цілей, ніж ті, кому просто дають графік тренувань. Крім того, інтерпретація має бути динамічною: після 4-6 тижнів тренувань необхідно повторно оцінити параметри та внести корективи. Наприклад, якщо тест на рухливість грудного відділу хребта покращився, але залишаються болі в колінах, варто переглянути техніку присідань та додати ізометричні вправи для стабілізації суглобів.

Таким чином, процес первинної оцінки – це не просто формальний етап, а фундаментальна стратегія, що об'єднує медицину, психологію та педагогіку. Сучасний тренер повинен бачити клієнта не як «об'єкт тренувань», а як цілісну систему, де фізичні параметри взаємодіють із емоційним станом, соціальним оточенням та медичним анамнезом. Тільки через глибоке розуміння цих взаємозв'язків можна створити програму, що не просто покращує показники, а трансформує якість життя. Науковий прогрес – від генетичного тестування до штучного інтелекту для прогнозування травм – надає тренерам потужні інструменти, але їхня ефективність завжди залежатиме від людяності, етичної відповідальності та вміння слухати не лише цифри, а й історії, які за ними стоять. Майбутнє персонального тренування належить тим, хто здатен об'єднати точність даних із мудрістю досвіду.

Питання для самоперевірки

1. Проаналізуйте етичні та юридичні наслідки ситуації, коли клієнт з нещодавно діагностованою гіпертонією (160/100 мм рт. ст.) відмовляється отримувати медичний допуск, але наполягає на початку інтенсивних тренувань. Як поєднати принципи автономії клієнта та недоторканності (non-maleficence)? Які конкретні кроки повинен зробити тренер, щоб мінімізувати правові ризики, зберігаючи професійну репутацію? Посилайтеся на міжнародні стандарти (наприклад, ACSM Guidelines, 2023).

2. Оцініть обмеження PAR-Q+ як інструменту виявлення прихованих серцево-судинних ризиків у клієнтів молодого віку без явних симптомів. Запропонуйте модифікований протокол первинної оцінки, що інтегрує поведінкові психологічні тригери (наприклад, реакція на стрес) та біомаркери (наприклад, рівень С-реактивного білка), посилаючись на дослідження з превентивної кардіології (2020–2024 рр.).

3. Розробіть стратегію інтерпретації даних для клієнта з суперечливими результатами тестів: висока кардіовитривалість (тест Купера – 2800 м), але поганий показник гнучкості (сидячий-нахил: –5 см) та високий рівень кортизолу у слині. Як пояснити ці розбіжності в контексті його професії (менеджер у стартапі), і як це вплине на проектування періодизації тренувань? Використовуйте дані про вплив хронічного стресу на м'язову функцію.

4. Обґрунтуйте методичний підхід до оцінки фізичної підготовленості клієнтки 65 років з остеопорозом та культурними обмеженнями (традиційний одяг, що обмежує рухи). Як адаптувати тести рухливості та сили, щоб уникнути фізичного та психологічного дискомфорту, не жертвуючи точністю діагностики? Наведіть приклади з практики роботи з мультикультурними групами.

5. Критично оцініть точність носимих пристроїв (наприклад, Fitbit, Apple Watch) у прогнозуванні ризику коронарної хвороби серця на основі даних про варіабельність серцевого ритму (BCR). Які алгоритмічні упередження можуть виникнути для клієнтів із низьким соціально-економічним статусом, які мають обмежений доступ до регулярного живлення та сну? Проаналізуйте мета-аналіз щодо соціальних детермінант точності носимих пристроїв.

6. Синтезуйте рекомендації для клієнта 45 років з факторами ризику КХС (куріння, індекс маси тіла 29, сімейний анамнез), який відмовляється змінювати спосіб життя, але хоче тренуватися для «покращення витривалості». Як поєднати короткострокові цілі (тест на 1.5 миль) з довгостроковим управлінням ризиками через мотиваційне інтерв'ювання та міждисциплінарну взаємодію з лікарем?

7. Проаналізуйте недоліки шкали *Framingham* у прогнозуванні серцево-судинних подій для молодих людей (25-35 років) з метаболічним синдромом, але нормальним артеріальним тиском. Запропонуйте альтернативну модель оцінки,

що включає маркери запалення (наприклад, інтерлейкін-6) та поведінкові фактори (якість сну за шкалою PSQI).

8. Розробіть адаптований протокол для первинного тестування клієнта з ожирінням класу III (ІМТ 42) та болем у колінах. Як збалансувати отримання даних про функціональну здатність (наприклад, сила ніг) без провокації болю чи психологічного опору? Використовуйте принципи травмоінформованого підходу (trauma-informed care) та дослідження з біомеханіки суглобів.

9. Оцініть конфлікт інтересів, коли лікар клієнта рекомендує обмежити інтенсивність тренувань через стабільну стенокардію, а клієнт (професійний музикант) вимагає підвищити витривалість для гастролей. Як тренер може виступити посередником між медичними рекомендаціями та особистими цілями, використовуючи дані про індивідуальну варіабельність серцево-судинної адаптації?

10. Синтезуйте докази щодо «парадоксу ожиріння» при коронарній хворобі серця для проектування програми для клієнта з ІМТ 34 та нормальними показниками глікемії та ліпідів. Чи варто фокусуватися на схудненні чи на покращенні функціональної здатності? Як пояснити клієнту наукову неоднозначність цього феномену без демотивації? Посилайтеся на суперечливі результати метааналізів.