

Ф.П. Ринда (Київ)

ДЕЯКІ АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В УКРАЇНІ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Проаналізовано стан роботи з формування здорового способу життя (ЗСЖ). Висвітлено невирішені питання щодо ЗСЖ в Україні.
Ключові слова: гігієнічне виховання, ЗМІ, ЗСЖ, міжнародні проекти, населення, популярні видання, центри здоров'я.

У світі відбувається глобалізація нездорового способу життя, а це, своєю чергою, приводить до зростання тягаря хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ). На цьому наголосила Генеральний директор Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) доктор Маргарет Чен на нараді високого рівня

Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй (ООН) із неінфекційних захворювань 19.09.2011 р.

Результати соціологічного опитування домогосподарств (понад 3,3 тис. респондентів), проведеного Українським центром економічних і політичних досліджень імені Разумкова за кошти Світового банку та

Таблиця 1

Поширеність поведінкових і метаболічних факторів ризику серед населення України (%)

Поведінковий фактор	Чоловіки	Жінки	Усього
Недостатня фізична активність (менше 150 хв. фізичної активності помірної інтенсивності на тиждень)	Нерухомий спосіб життя		
	майже 10,0		
	Малорухомий спосіб життя (<60 хв. / тиждень)		
	9,6	11,0	10,3
Випадки споживання значної кількості алкоголю серед дорослих	Недостатня фізична активність (60–149 хв. / тиждень)		
	6,3		
Надмірна маса тіла (ІМТ) понад 25 кг/м ²	Надмірне споживання алкоголю*		
	33,9	7,6	20,0
Ожиріння (ІМТ вище 30 кг/м ²)	31,8	25,9	28,7
	12,0	23,6	18,1

Примітка: * – у дослідженні під цим терміном маються на увазі особи, які повідомили, що споживали понад 5 порцій алкогольних напоїв протягом одного чи більше днів за останні 4 тижні; 1 порція спиртного визначена як банка чи пляшка пива, склянка вина або 50,0 мл горілки чи міцних спиртних напоїв.

Таблиця 2

Розподіл населення віком понад 18 років залежно від величини ІМТ, Україна (2013 р.)

18–18,5 року	18,6–25 років	26–30 років	30–40 років	Понад 40 років
1,3	44,1	38,6	15,3	0,7

Таблиця 3

Частка населення віком 6 років і старшого, яке займається фізичною культурою щонайменше один раз на тиждень (Держстат України, 2013 р.)

Діти віком 6–18 років	Жінки віком 18 років і старші	Чоловіки віком 18 років і старші
98,3	22,5	36,4

Українського медичного союзу (2010 р.), вказали на значну поширеність поведінкових і метаболічних факторів ризику серед населення України (табл. 1) [7].

За даними Держстату України, у 2013 р. майже 55% населення України мали надмірну масу тіла (табл. 2) [8].

Більшість дорослого населення мали недостатню фізичну активність (табл. 3) [8].

Мета роботи – висвітлити нагальні проблеми формування здорового способу життя (ЗСЖ) в Україні.

Методи: інформаційно-аналітичний, соціологічний, порівнянь.

Результати дослідження та їх обговорення

Найбільш масовою ланкою системи гігієнічної освіти населення залишається навчання пацієнтів за медико-оздоровчими показаннями. Щорічно таким навчанням охоплено 5–6 млн осіб. Зокрема, у 2012 р. пройшли гігієнічне навчання 431,2 тис. вагітних, 398,6 тис. породіль, 378,9 тис. матерів дітей першого року життя тощо [6]. Це навчання за браком будь-якого фінансування проводиться в умовах гострого дефіциту наочних, методичних і популярних санітарно-освітніх матеріалів та базується тільки на вербальних методах навчання. Тому візуальні методи навчання практично не застосовуються. Якісне навчання гальмується і через те, що його переважно проводить середній медичний персонал, який не має спеціальної підготовки з формування ЗСЖ, методики гігієнічного виховання населення

тощо. Більш того, ця робота тримається на «голому» ентузіазмі виконавців. Ефективність такого навчання мізерна: за літературними джерелами, рівень засвоєння інформації не перевищує 5%.

Не втрачає своєї значущості система консультування і тестування (КіТ) проти ВІЛ. Протягом 2012 р. в Україні проведено понад 3,4 млн індивідуальних передтестових консультувань (2011 р. – майже 3,0 млн, у т.ч. до 2,8 млн індивідуальних і 205,0 тис. групових) і понад 3,2 млн післятестових консультувань (2011 р. – майже 2,03 млн).

Найбільш масовим і доступним джерелом інформування населення в 2012 р., як і в попередні роки, були засоби масової інформації (ЗМІ). Показники використання ЗМІ в інтересах формування ЗСЖ і профілактики захворювань наведено в таблиці 4 [2–6].

Відсутність соціологічних досліджень щодо ставлення широких верств населення до різноманітних джерел інформації, непроведення контент-аналізу матеріалів, які передає ЗМІ на всіх рівнях, тощо не дають змоги використовувати ці матеріали більш ефективно в інтересах формування ЗСЖ.

Для привернення уваги населення до актуальних проблем охорони здоров'я у 2012 р., як і в попередні роки, по регіонах проводилися пропагандистські акції, присвячені як знаменним датам, так і у зв'язку з епідситуацією. Кількість проведених акцій по регіонах була різною: від 8–10 до 21–30 і навіть більше. Однак вони, майже без винятку, організовувалися без урахування технології проведення PR-кампаній, а гострий дефіцит

Таблиця 4

Інформування населення про здоровий спосіб життя та профілактику захворювань у засобах масової інформації протягом 2008–2012 рр.*

ЗМІ	Кількість заходів (тис.)														
	2008			2009			2010			2011			2012		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Обласні	11,1	11,1	15,2	14,0	9,2	21,2	14,2	11,0	22,3	15,5	10,7	22,9	14,1	9,7	28,3
Міські	13,5	22,0	33,3	18,3	25,1	33,9	18,4	23,8	33,4	16,0	24,6	42,1	17,4	20,4	42,3
Відомчі, багатотиражки	–	40,9	6,4	–	50,5	4,2	–	48,5	3,6	–	46,3	5,3	–	42,1	4,4
Усього	24,6	74,0	54,9	32,3	84,8	59,3	32,6	83,3	59,3	31,5	81,6	70,3	31,5	72,2	75,0

Примітки: * – дані узагальноної ф. № 51-здоров за 2008–2012 рр.; ** 1 – телерадіо, 2 – радіопередачі, 3 – публікації.

коштів приводив до обмеженого арсеналу використаних форм і засобів інформаційного впливу, а також кола їхніх об'єктів. Суттєвий недолік в організації та проведенні таких кампаній полягав у тому, що в деяких регіонах (Кіровоградській, Харківській, Херсонській, Хмельницькій, Черкаській областях, м. Київ) пропагандистським акціям не завжди передувала організація відповідних прес-конференцій: кількість проведених прес-конференцій та брифінгів була меншою за число проведених пропагандистських кампаній. Загалом у більшості вказаних регіонів кількість організованих органами охорони здоров'я прес-конференцій була фактично мізерною: коливалася від 3 до 5–7.

Не втрачає своєї значущості інформаційний супровід діяльності галузі з формування ЗСЖ. Головну роль у цій роботі відіграють центри здоров'я (ЦЗ). Вони фінансуються з місцевих бюджетів: відповідно з обласних і міських залежно від адміністративного підпорядкування. Відсутність будь-яких нормативів фінансування закладів санітарної просвіти спричиняє довільне їх фінансування, що на практиці приводить до нерівномірного розвитку послуг із формування ЗСЖ по регіонах тощо. Це суттєво впливає на обсяг видавничої діяльності ЦЗ, зокрема, на видання для населення популярних матеріалів (буклети, плакати, листівки тощо) з питань ЗСЖ і профілактики захворювань, а також на методичне забезпечення суб'єктів із формування ЗСЖ відповідними матеріалами тощо. У рамках виконаної нами протягом 2012 р. НДР «Наукове забезпечення реалізації Європейської політики ЗДВ-21 в умовах оптимізації системи охорони здоров'я України на 2012–2014 рр.» встановлено, що у 2011 р. в жодному регіоні фінансування обласних ЦЗ (ОЦЗ) з розрахунку на одного жителя не перевищувало 1 грн: до 10 коп. – 2 регіони, 11–30 коп. – 8 регіонів, 31–40 коп. – 1 регіон, 41–50 коп. – 4 регіони, 51–60 коп. – 2 регіони, понад 60 коп. – 2 регіони. Тим самим порушується принцип рівноправності в питаннях охорони здоров'я, доступності та якості санітарної освіти тощо. Як наслідок, – гострий дефіцит будь-яких санітарно-освітніх матеріалів для населення. Водночас, вагомість цього засобу гігієнічного навчання є дуже значною, бо відсутність відповідних популярних матеріалів позначається на ефективності будь-яких інтервенцій із різноманітних питань ЗСЖ, які слід здійснювати в закладах первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), насамперед щодо відмовлення від куріння, зменшення вживання алкоголю, додержання норм раціонального харчування, своєчасного проходження профілактичних обстежень тощо. Значна тематичність при мізерному тиражі одного найменування – характерна риса як методичних, так і популярних санітарно-освітніх матеріалів. Так, у 2012 р. в регіонах видано понад 17,0 тис. найменувань методичної літератури накладом майже 252,0 тис. примірників, тобто обсяг одного наймену-

вання сягав лише 15 примірників (цей показник по регіонах коливався від 4–10 до майже 100). У 2012 р. порівняно з 2011 р. кількість виданих найменувань буклетів, пам'яток, плакатів тощо для населення дещо збільшилася (з 1,9 тис. до майже 2,0 тис.) загальним накладом понад 1,0 млн примірників (2011 р. – понад 1,4 млн примірників), тобто тираж одного найменування у 2012 р. сягав лише 512 примірників (по регіонах цей показник коливався від 34,0–75–100 до 2500) [5]. Такий обсяг популярних санітарно-освітніх матеріалів не дає змоги забезпечити населення будь-якого регіону достатньою кількістю матеріалів навіть з однієї найбільш актуальної регіональної проблеми. Сучасний стан із забезпеченістю на місцях методичними та популярними санітарно-освітніми матеріалами пояснюється відсутністю централізованого видання таких матеріалів, що пов'язано з ліквідацією Українського ЦЗ у 1996 р. Крім того, це унеможливує проведення моніторингу за якістю популярних матеріалів для населення і публікацій у пресі в регіонах.

У 2013 р. нами проведено контент-аналіз 373 видань для населення (пам'яток, санбюлетенів, буклетів тощо) з 21 регіону. Він засвідчив, що у значній кількості популярних видань не додержувалися вимог до їхнього тексту (табл. 5).

Статистичні дані використовувалися лише у 24% видань, причому здебільшого ігнорувалася регіональна статистика (табл. 6).

Водночас, недостатньо уваги у популярних виданнях приділялося окремим дуже важливим рекомендаціям (табл. 7).

ВООЗ ще в ЗДВ-21 поставило завдання: «До 2015 р. слід значно зменшити несприятливий вплив на здоров'я, пов'язаний із вживанням тютюну, алкоголю та психоактивних препаратів». Цього можна досягнути за умови активного залучення закладів ПМСД до роботи з формування ЗСЖ.

На думку ВООЗ, сьогодні при будь-якому контакті пацієнта в закладах ПМСД слід використовувати профілактичні заходи для виявлення факторів ризику, виконувати втручання, направлені на зміну поведінки та способу життя, проводити терапевтичні втручання з приводу таких станів, як артеріальна гіпертензія, діабет тощо. У 2012 р. нами опрацьовано інформацію від 22 управлінь охорони здоров'я облдержадміністрацій щодо застосування стратегії ВООЗ ЗДВ-21 у практичній діяльності органів та закладів охорони здоров'я України. Так, 22 регіони зазначили, що в закладах ПМСД застосовуються короткочасні втручання з питань корекції способу життя. Проте тільки 2 регіони (Запорізька і Чернівецька області) вказали, що ці втручання використовуються в закладах ПМСД для пацієнтів при будь-якому контакті незалежно від стану здоров'я та поведінкових факторів ризику тощо. Решта регіонів повідомили про кілька контингентів

Таблиця 5

Додержання вимог у текстах друкованих видань

Вимоги до тексту	Є/ немає	Абс.	% від загальної кількості
Наявність заголовків і підзаголовків	є	299	80,2
	немає	74	19,8
Виділення окремих речень	є	306	82,0
	немає	67	18,0
Виділення жирним шрифтом окремих слів	є	224	60,0
	немає	149	40,0
Пояснення щодо медичних термінів	немає	108	28,2
Пояснення щодо абревіатур (медичних, хімічних)	немає	20	5,2

Таблиця 6

Використання статистичних даних у виданнях

Статистичні дані (кількість видань)					
немає	є				
	усього	з них			
		світова / європейська	загальноукраїнська	регіональна	з літературних джерел
283	91*	37	33	7	34

Примітка: * – в одному виданні одночасно статистичні дані можуть бути як світові, так і загальноукраїнські тощо.

Таблиця 7

Рекомендації, яким недостатньо приділяли уваги у виданнях

Рекомендації									
пересторога від самолікування		звертання до лікаря при перших ознаках захворювання		систематичне проходження профілактичних медоглядів		додержання правил особистої гігієни		адреси і телефони медзакладів, куди можна звертатися по допомогу	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
36	9,4	112	29,2	33	8,6	43	11,2	48	12,5

пацієнтів, для яких застосовуються короткотермінові інтервенції: 2 контингенти – 1 регіон, 3 контингенти – 2 регіони, 4 контингенти – 5 регіонів, 5 груп пацієнтів – 4 регіони, 6 груп – 8 регіонів. Серед груп пацієнтів, для яких застосовуються короткотермінові інтервенції: хворі на різні ХНІЗ – 19 регіонів, пацієнти з різними поведінковими факторами ризику – 18 регіонів, особи при проходженні диспансеризації та профілактичного огляду – 18 регіонів, особи з числа декретованих груп населення при медичному огляді –

17 регіонів, при будь-якому контакті з лікарем – 11 регіонів. Таке розмаїття відповідей засвідчило, що в переважній більшості регіонів (20) ймовірно немає чітких розмежувань між короткочасними інтервенціями та індивідуальними бесідами на прийомі з приводу тієї чи іншої хвороби, в процесі диспансерного обстеження, профогляду тощо. Тому не дивно, що переважна більшість регіонів переоцінює кількість лікарів, здатних використовувати у практичній діяльності при спілкуванні з пацієнтами такі короткотермінові інтер-

венції. Так, 18 регіонів вказали, що в їхньому регіоні від 50% і більше від загальної кількості лікарів (сімейних лікарів) «здатні використовувати при спілкуванні з пацієнтами короткотермінові інтервенції», тільки 2 регіони (Кіровоградська та Тернопільська області) зазначили, що таких лікарів небагато, а ще 3 регіони (Дніпропетровська і Закарпатська області, м. Київ) обмежилися відповіддю «важко відповісти».

Сьогодні лікарі отримують заробітну плату за діагностично-лікувальний процес, а не за зростання кількості здорових людей. Система соціально-економічного стимулювання медичних працівників залежно від обсягу використаних ними профілактичних технологій відсутня. Тому інтервенції з коригування способу життя пацієнтів у закладах ПМСД не носять масовий характер. Це підтверджують результатами дослідження «Основні причини високого рівня смертності в Україні», підготовленого Світовим банком. Так, вимірювання кров'яного тиску та діагностику ожиріння слід проводити під час кожного відвідування закладу ПМСД, однак встановлено, що серед пацієнтів із гіпертонією лише 14,1% отримали одну медичну консультацію за останні 30 днів, а 4,3% зверталися до медичних установ більше одного разу. Серед пацієнтів, у кого виявлено ожиріння під час цього дослідження, майже чверть зверталася до закладів ПМСД за останні 30 днів. У дослідженні «Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну» майже третина (32,3%) респондентів-курців вказала, що відвідувала заклади ПМСД протягом останніх 12 місяців, однак лише у 41,7% з них лікарі поцікавилися про їхній курильний статус. Тільки 10% усіх курців і 31% курців, які протягом минулого року зверталися до медичних закладів, отримали пораду від лікаря щодо відмови від куріння [1].

Висновки

Формування ЗСЖ в Україні проводиться з використанням усіх трьох форм гігієнічного виховання населення (індивідуальних, групових і масових) і різноманітних його засобів: письмових, письмово-мовних, наочних, наочно-мовних тощо. Основне значення в роботі з формування ЗСЖ мають групові та масові форми навчання, а другорядне – індивідуальні форми. Нова система професійної гігієнічної підготовки декретованих контингентів, впроваджена у 2010 р., показала свою неспроможність, тому її відмінили у 2012 р. Гігієнічне навчання населення за медико-оздоровчими показами не ефективно і потребує суттєвих корективів. Дієвий механізм фінансування роботи з пропаганди ЗСЖ закладів охорони здоров'я відсутній. Це приводить до довільного і мізерного фінансування ЦЗ на місцях (10–40 коп. на 1 жителя), що на практиці зумовлює нерівномірний розвиток послуг із формування ЗСЖ по регіонах тощо. Організація та проведення пропагандистських акцій зі здоров'я охоронної тематики на місцях має ряд невирішених питань.

Перспективи подальших досліджень

У подальшому слід: запровадити систему матеріального заохочення медичних працівників закладів ПМСД з урахуванням обсягу та якості використаних ними профілактичних технологій, спрямованих на формування ЗСЖ у пацієнтів; відновити централізоване методичне забезпечення роботи закладів охорони здоров'я з проблеми формування ЗСЖ; запровадити систему моніторингу за якістю виданих популярних матеріалів для населення.

Список літератури

1. *Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну. Звіт за результатами дослідження. Україна* / Т. І. Андреева, В. Захожа, Н. А. Король [та ін.]. – К., 2010. – 160 с.
2. *Звіт про роботу центру здоров'я і лікувально-профілактичного закладу з питань формування здорового способу життя, гігієнічного виховання населення за формою № 51-здоров за 2008 р. (зведений по Україні) / ДУ «УІСД МОЗ України»*. – К., 2008. – 4 с.
3. *Звіт про роботу центру здоров'я і лікувально-профілактичного закладу з питань формування здорового способу життя, гігієнічного виховання населення за формою № 51-здоров за 2009 р. (зведений по Україні) / ДУ «УІСД МОЗ України»*. – К., 2009. – 4 с.
4. *Звіт про роботу центру здоров'я і лікувально-профілактичного закладу з питань формування здорового способу життя, гігієнічного виховання населення за формою № 51-здоров за 2010 р. (зведений по Україні) / ДУ «УІСД МОЗ України»*. – К., 2010. – 4 с.
5. *Звіт про роботу центру здоров'я і лікувально-профілактичного закладу з питань формування здорового способу життя, гігієнічного виховання населення за формою № 51-здоров за 2011 р. (зведений по Україні) / ДУ «УІСД МОЗ України»*. – К., 2011. – 4 с.
6. *Звіт про роботу центру здоров'я і лікувально-профілактичного закладу з питань формування здорового способу життя, гігієнічного виховання населення за формою № 51-здоров за 2012 р. (зведений по Україні) / ДУ «УІСД МОЗ України»*. – К., 2012. – 4 с.

7. Основні причини високого рівня смертності в Україні. – К. : ВЕРСО-04–2010. – 60 с.
8. Соціально-демографічні характеристики домогосподарств України у 2013 р. (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств України) : стат. зб. / Державна служба статистики України. – К., 2013 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.ua>. – Назва з екрана.

Некоторые актуальные вопросы формирования здорового образа жизни в Украине

Ф.П. Рында (Киев)

Проанализировано состояние работы по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ). Освещены нерешенные вопросы по ЗОЖ в Украине.

Ключевые слова: гигиеническое воспитание, СМИ, ЗОЖ, международные проекты, население, популярные издания, центры здоровья.

Some topical issues of healthy lifestyle formation in Ukraine

F.P. Rynda (Kyiv)

Briefly analyzed condition of work on formation of healthy lifestyle and highlights the unresolved questions of this problem in Ukraine.

Key words: hygiene education, mass media, healthy lifestyle, international projects, population, popular editions, Health Care Centers.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.