

УДК 616.127-005.8-036.11-02:613.84:316.4

В.В. Рудень, Н.Ф. Тімченко

ПАЦІЄНТИ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА [I.21] ПРО КУРІННЯ ТЮТЮНУ ЯК ПРО МОДИФІКОВАНИЙ ПОВЕДІНКОВИЙ ФАКТОР РИЗИКУ В ЗДОРОВ'І ЛЮДИНИ (за результатами соціологічного опитування)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Мета – науково обґрунтувати вплив куріння тютюну як модифікованого поведінкового фактора ризику в людини на виникнення / розвиток гострого інфаркту міокарда [I.21].

Матеріали та методи. Дослідження виконано на вибірковій статистичній сукупності ($n=374$ хворих на гострий інфаркт міокарда [I.21], при $t>2$ та $p<0,05$) з використанням ретроспективного, соціологічного, статистичного, математичного, структурно-логічного аналізу методів з урахуванням принципів системності.

Результати. Встановлено взаємозв'язок між стажем куріння в досліджуваних осіб та захворюваністю на гострий інфаркт міокарда [I.21] ($n=174$, $p<0,05$), що підтверджено коефіцієнтом кореляції Пірсона ($r=+0,58$, при $t>2$), а за допомогою коефіцієнта регресії ($R=0,45$) автентифіковано тенденцію до ймовірності захворіти на гострий інфаркт міокарда [I.21] на 0,45 разу частіше при тривалості активного куріння тютюну протягом року, ніж тоді, коли дана особа не споживала б тютюну.

Висновки. Встановлено схильність людини до куріння тютюну як ризикової поведінки у виникненні/розвитку гострого інфаркту міокарда [I.21] у $92,5\pm 7,3\%$ з причини хибної уяви про цінність власного здоров'я, у $33,9\pm 4,4\%$ – через низьку власну самооцінку та у $58,6\pm 4,1\%$ – власну недостатню мотивацію до зміни даної поведінки, тоді як активна профілактична робота в питанні мінімізації даного ризику має проводитися лікарями первинного рівня медичного забезпечення, з якими найчастіше контактують із пацієнти.

Ключові слова: здоров'я, тютюн, куріння, фактор ризику, інфаркт міокарда, профілактика, лікар, первинний рівень медичного забезпечення.

Вступ

А пріорі на сьогодні в медичній науці встановлено, що на стан здоров'я як населення будь-якої країни, так і кожного конкретного громадянина, за даними ВООЗ, у 50–55% негативно впливає такий фактор ризику, як спосіб життя [1], де однією з найбільш згубних звичок людини у світі вважається куріння [15]. Саме споживання тютюну визнано однією з провідних причин втрати здоров'я і передчасної смертності населення [14], що і є характерною невтішною закономірністю в громадському здоров'ї як для населення економічно розвинених держав світу, так і країн, що розвиваються [162, 126]. Підтвердженням сказаному є те, що в міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) [7] тютюнокуріння класифікується як захворювання [F.17] [3].

Від хвороб, пов'язаних із курінням, щорічно помирає близько 8 млн осіб, а в Україні – близько 200 тис. осіб [8]. Тим часом в Україні курить 64,5% дорослих чоловіків, що в 1,4 разу більше, ніж в Європі, та в 1,6 разу, ніж у світі [11].

Загальне число курців в Україні становить близько 9 млн активних курців, що охоплює третину всього працездатного населення країни, тоді як до числа курців щорічно долучається не менш 100 тис. мешканців країни [6]. Приголомшуючим у цьому є той науковий факт, що в

Україні показник споживання, за даними ВООЗ, викурених тютюнових виробів на рік сягає 1500–1800 штук (4–5 сигарет на день) на кожного громадянина країни, що майже удвічі більше, ніж у середньому у світі (870 штук на рік) [9], а за рівнем поширеності куріння серед дорослих (38,2%) Україна посідає 6-е місце серед 45 країн Європейського регіону ВООЗ та 7-е місце у світі, де її випереджають лише Греція, Науру, Російська Федерація, Австрія, Сербія, Боснія та Герцеговина [4].

У контексті вищевикладеного, де є постулатом те, що споживання тютюну залишається однією з основних передчасних причин смерті від хронічних неінфекційних захворювань, Всесвітня асамблея охорони здоров'я в травні 2013 р. прийняла резолюцію WHA66.10 [5] і схвалила глобальний план дій ВООЗ з профілактики неінфекційних захворювань та боротьби з ними на 2013–2020 рр. Таким чином, цим документом передбачено в якості однієї з дев'яти добровільних глобальних цілей скоротити до 2025 р. поширеність вживання тютюну на 30%, що є одним із чотирьох пріоритетів у скороченні тягаря основних неінфекційних хвороб в Європі, включаючи боротьбу проти нікотину [3], спрямовану на поліпшення здоров'я людей.

Власне, вивчення ролі куріння тютюну у способі життя як згубної модифікованої поведінкової звички в контексті виникнення гострого інфаркту міокарда (ГІМ

[I.21]) робить дане дослідження актуальним у науковому змісті.

Мета роботи – науково обґрунтувати вплив куріння тютюну як модифікованого поведінкового фактора ризику в людини на виникнення / розвиток ГІМ [I.21].

Матеріали та методи

Наукова робота виконана на вибірковій статистичній сукупності серед 374 пацієнтів, хворих на ГІМ (I.21), при $t > 2$, що становить $>95\%$ ($p < 0,05$), за опрацьованою програмою «Медико-соціальна значущість болю та основних чинників ризику у виникненні гострого інфаркту міокарда».

У процесі виконання наукової роботи використаний соціологічний метод – опитування за допомогою інтерв'ю

та вкопіювання і аналізу необхідних даних з Медичної картки стаціонарного хворого (о.ф. № 003/о), а також ретроспективного, соціологічного, статистичного, математичного, структурно-логічного аналізу методів з урахуванням принципів системності. Отримані анкетні дані зведені та опрацьовані автоматизованим способом на персональному комп'ютері з використанням стандартного пакету програми Microsoft Office Excel 2010.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз отриманих статистичних даних переконливо підтвердив, що $46,5 \pm 3,5\%$ ($n=174$) пацієнтів від загальної кількості досліджуваних хворих із ГІМ [I.21] ($n=374$) визнали наявність такої поведінкової пагубної звички, як активне куріння тютюну (рис. 1).

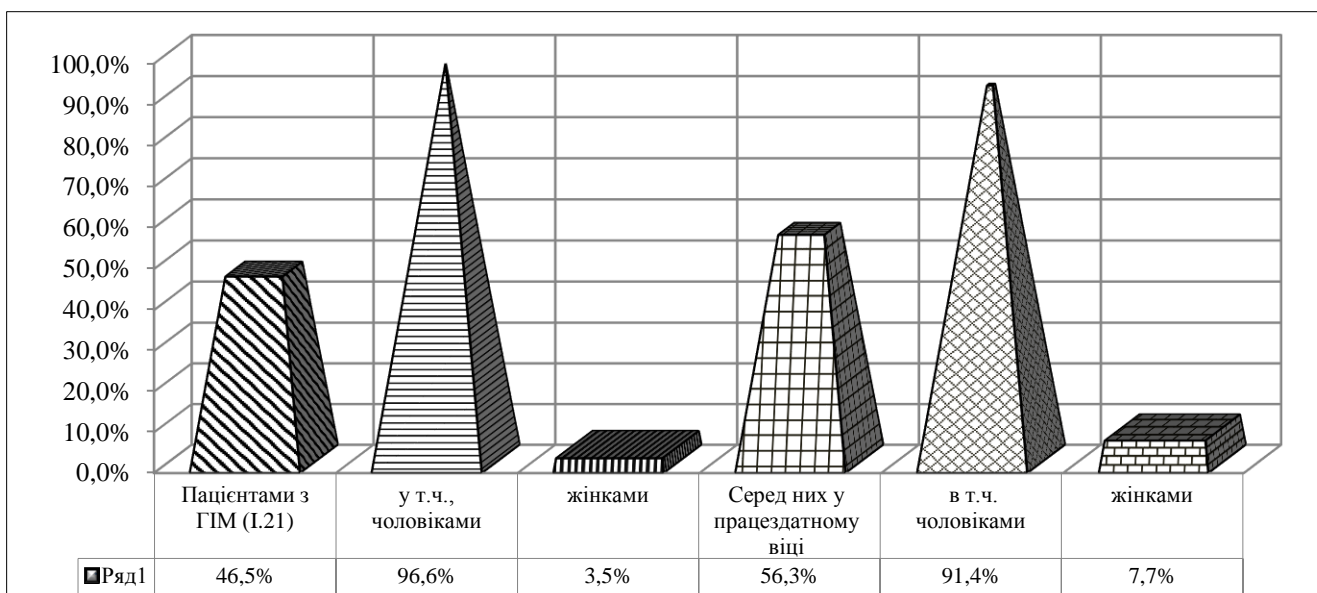


Рис. 1. Показники частки пацієнтів із гострим інфарктом міокарда [I.21] ($n=374$, при $p < 0,05$), які активно споживають тютюн (%), у розрізі статі

При цьому про активне споживання тютюну зазначили $96,6 \pm 7,4\%$ ($n=168$) чоловіків і $3,4 \pm 1,4\%$ ($n=6$) жінок від загальної кількості ($n=174$) курців із ГІМ [I.21], тоді як особи працездатного віку в даному випадку становили $56,3 \pm 5,7\%$ ($n=98$), де в чоловіків із даної когорти ця пагубна звичка мала місце у $91,4 \pm 8,9\%$ ($n=96$) епізодів, а серед жінок таку поведінкову звичку підтвердили лише $7,7 \pm 1,5\%$ ($n=2$). За отриманими даними, ми не мали змоги встановити гендерні особливості в активному споживанні тютюну серед пацієнтів із ГІМ [I.21].

Причини, які слугували початком активного куріння пацієнтів із ГІМ [I.21] ($n=174$), наведені в

таблиці. Лише $7,5 \pm 2,1\%$ ($n=13$) анкетованих зазначили, що коли розпочинали курити, то «в деякій мірі усвідомлювали про шкоду тютюну для власного здоров'я, але певного значення цьому не надали», тоді як $92,5 \pm 7,3\%$ ($n=161$) опитаних вказали, що у «феномен шкоди тютюну для власного здоров'я просто не вірили».

Результати аналізу даних стосовно віку долучення до регулярного куріння досліджуваних осіб засвідчили, що середній вік початку куріння пацієнтами з ГІМ [I.21] становив $17 \pm 1,3$ року, тоді як більшість ($60,9 \pm 5,9\%$, $p < 0,05$) активних споживачів тютюну відмічалася серед респондентів у віці 46–65 років (рис. 2).

Таблиця

Причини, які слугували початком
активного куріння тютюну серед пацієнтів з гострим інфарктом міокарда [I.21]

№ з/п	Пацієнти з ГІМ [I.21] про причини, які слугували початком куріння тютюну	Показник М±m (%)
2.	Відчуття єдності та спільності в оточенні “... Всі курять! Я не хотів виділятися. Я не біла ворона”	12,1±2,6
3.	“Прояв дорослості, бунт проти батьків і взагалі проти тиску суспільства ... Це справжня свобода !!! Я незалежний ні від чийх думок!”	9,8±2,3
4.	Саме курінням “бажали відповідати сучасному стилю життя, підкреслюючи свою індивідуальність. Це був писк моди”	8,6±2,2
5.	Розпочали курити тютюн “з цікавості”	8,0±2,1
6.	Покликалися на “наслідування дорослим”	7,5±2,0
7.	Вказали на “ототожнення паління з уявою про самостійність, силу, сміливість та незалежність”	6,3±1,9
8.	Послалися на “нові відчуття. Я хочу все спробувати!”	5,7±1,8
9.	Відзначили “невміння розслабитися, забути і справлятися зі стресом”	5,2±1,7
10.	Повідомили про “слабку волю”	5,2±1,7
11.	Не змогли на початку куріння відмовитися від цієї пагубної звички, а тепер не можуть кинути курити	4,6±1,6
12.	“Пошук сенсу життя та духовна порожнеча”	4,0±1,5
13.	“Приклад батьків”	4,0±1,5
14.	“Привід для знайомства, засіб для спільного спілкування, основа дружби”	3,5±1,4
15.	“Нервозність, неспокій”	3,5±1,4
16.	“Засіб розслаблення, заспокоєння, відпочинку. Хочу відключитися від проблем, відпочити”	2,9±1,3
17.	“Служба в армії”	2,3±1,1
18.	“Слабо розвинена сила волі”	1,7±0,9
19.	“Невдачі в особистому житті”	1,7±0,9
20.	“Кар’єра, щоб виглядати солідно та більш впевнено”	1,7±0,9
21.	“Непряма пропаганда куріння по телебаченню, кіно, відео”	1,1±0,8
22.	“Курять “авторитети”: вони всіма командували, вони були «крутими» і їх всі боялися, всі хотіли бути схожими на них, бо їм боялися заперечити”	0,6±0,6
	Усього	100

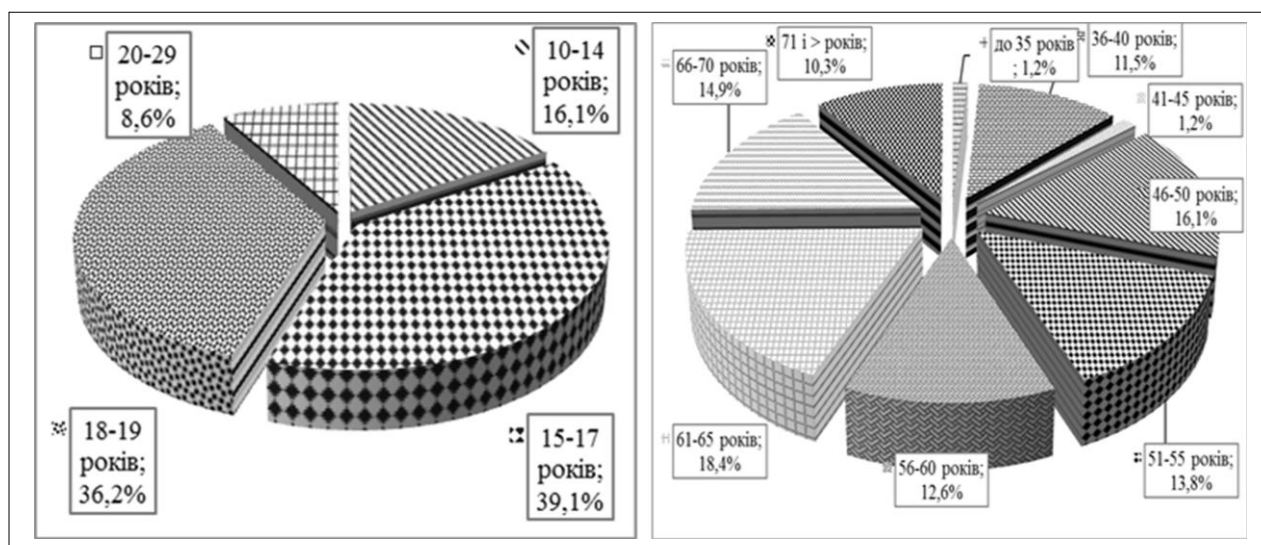


Рис. 2. Вік залучення до практики активного куріння (зліва) та розподіл курців за віком (%) (справа) серед хворих на гострий інфаркт міокарда (I.21) (n=174) (p<0,05)

Середня тривалість тютюнокуріння серед осіб із числа хворих на ГІМ [I.21] (n=174) (рис. 3) становила 41,3±3,1 року, тоді як 75,9±6,6% опитаних вказали на великий стаж куріння (26–50 років), 10,3±2,4% – на дуже великий (51 років і більше) і лише 13,8±2,8% – на

достатній стаж куріння (6–25 років). При цьому показник середнього споживання тютюну протягом доби складав 21 сигарку (особи чоловічої статі викурювали протягом дня $X_{\text{сер}}=31$ сигарету, а жінки – $X_{\text{сер}}=11$ сигарок) [10].

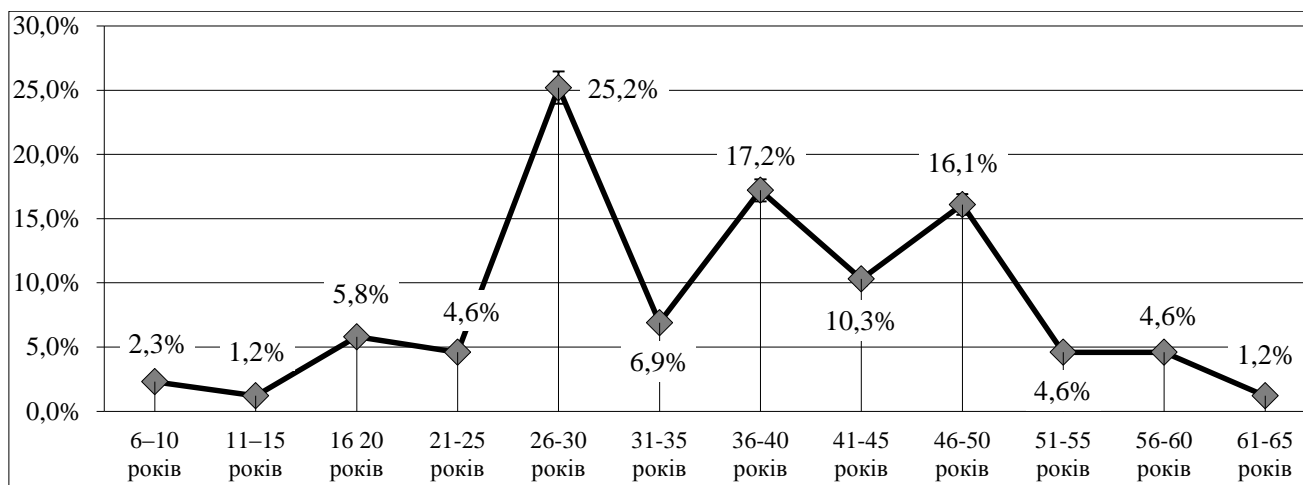


Рис. 3. Показники тривалості (роки, %) тютюнокуріння серед хворих з гострим інфарктом міокарда [I.21] (n=174, p<0,05)

У ході дослідження встановлено взаємозв'язок між стажем куріння у досліджуваних осіб та захворюваністю на ГІМ [I.21] (n=174, p<0,05), де коефіцієнт кореляції Пірсона (r=+0,58, при t>2) вказав на прямий зв'язок середньої сили між статистичними ознаками, що вивчалися.

Крім того, за допомогою коефіцієнта регресії (R=0,45) автентифіковано про тенденцію ймовірності захворіти на ГІМ [I.21] у 0,45 разу частіше при тривалості

активного куріння тютюну протягом року, ніж тоді, коли дана особа не споживала б тютюну.

Межі зростання вірогідності виникнення ГІМ [I.21] серед осіб із поведінковою звичкою куріння махорки в контексті регресійного аналізу між тривалістю куріння у досліджуваних осіб та захворюваністю на цю патологію [I.21] наведені на рис. 4.

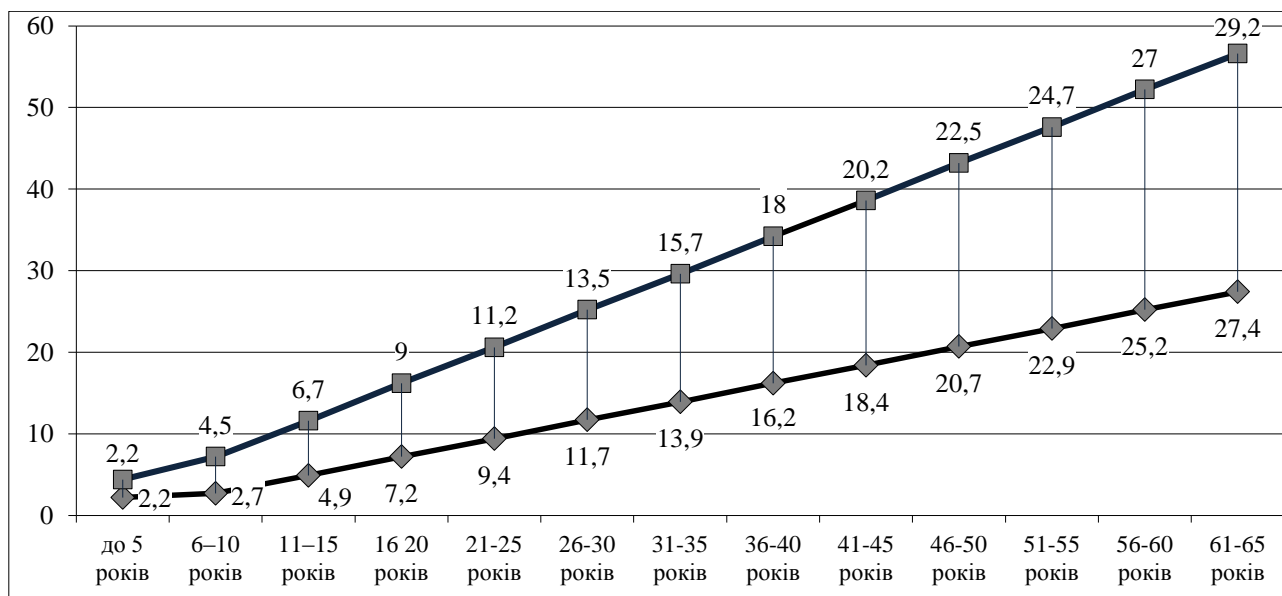


Рис. 4. Межі зростання (рази) вірогідності виникнення гострого інфаркту міокарда [I.21] серед осіб з куріння махорки в контексті регресійного аналізу між тривалістю активного споживання тютюну досліджуваними особами та захворюваністю на цю патологію [I.21] (n=174, p<0,05)

З'ясовано, що $21 \pm 3,2\%$ ($n=42$) респондентів із числа хворих із ГІМ [I.21] ($n=200$), які на момент дослідження не були активними споживачами тютюну, у свій час також курили, але самостійно подолали цю пагубну звичку, де визначальним були: стан власного здоров'я ($40,5 \pm 9,8\%$, $n=17$); поради та прохання членів

сім'ї/рідних/друзів ($28,6 \pm 8,2\%$, $n=12$); не бажання бути «прикованим» до пачки сигарет ($11,9 \pm 5,3\%$, $n=5$); бути зосередженим на житті без сигарети ($9,5 \pm 4,7\%$, $n=4$); порада лікаря-кардіолога ($7,1 \pm 4,1\%$, $n=3$); життя без сигарет – це перемога над собою ($2,4 \pm 2,4\%$, $n=1$), (рис. 5).

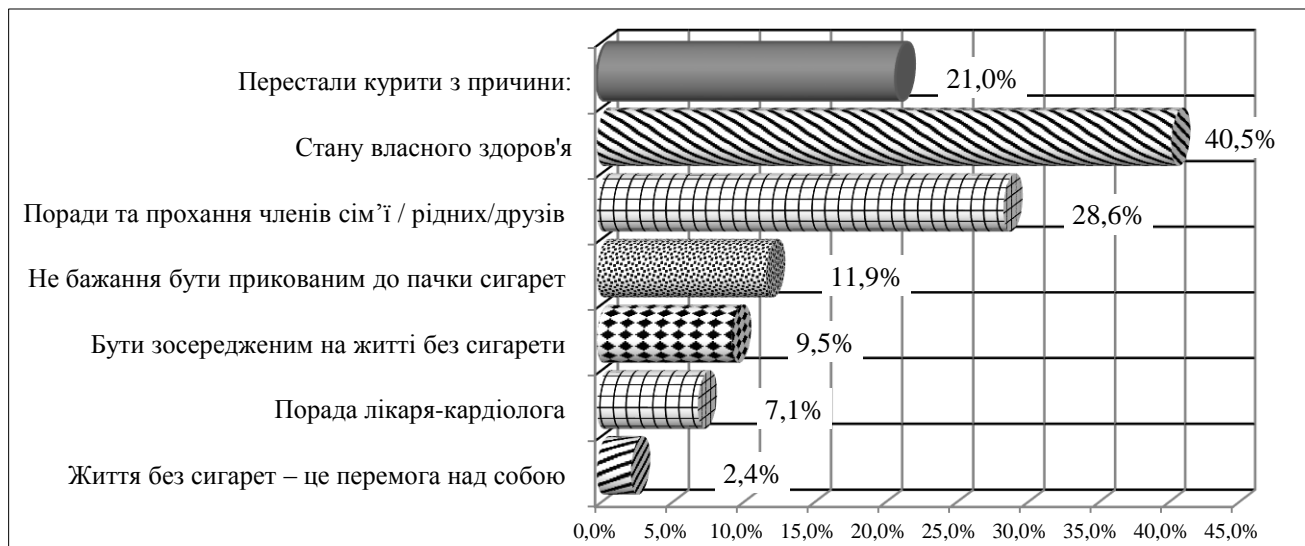


Рис. 5. Пацієнти з гострим інфарктом міокарда [I.21] ($n=42$) про причини (%), які спонукали їх ще до початку даної хвороби [I.21] позбутися куріння тютюну

Доведено, що майже кожен третій ($33,9 \pm 4,4\%$, $n=59$) анкетований із числа пацієнтів хворих на ГІМ [I.21], котрі курять тютюн ($n=174$), на момент дослідження висловив думку, що в його житті вже були безуспішні спроби мінімізувати шкідливу поведінкову звичку – куріння тютюну, шляхом відмови.

Аргументовано, що $21,8 \pm 3,5\%$ ($n=38$) анкетованих від загального числа хворих із ГІМ [I.21] ($n=174$) не

висловили бажання відмовитися від куріння, тоді як $36,8 \pm 4,6\%$ ($n=64$) пацієнтів зазначили, що не готові зараз відмовитись від паління, хоча мають вже такий намір, а $41,4 \pm 4,8\%$ ($n=72$) респондентів заявили про намір відмовитися від куріння тютюну.

Мотиви позбутися поведінкового негативного для власного здоров'я фактора ризику – куріння тютюну, серед респондентів ($n=72$) наведені на рис. 6.

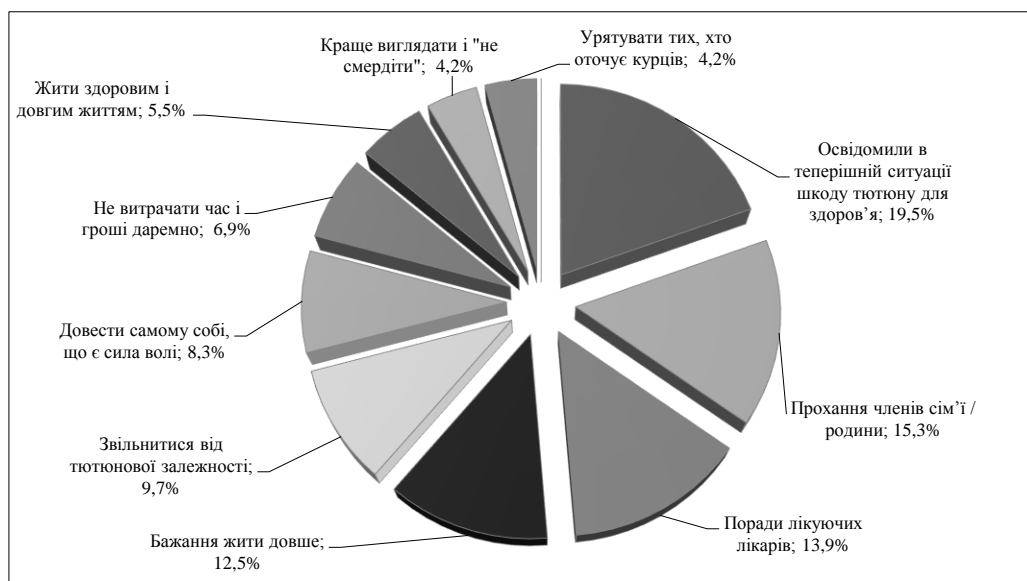


Рис. 6. Респонденти із числа хворих на гострий інфаркт міокарда [I.21] ($n=72$) щодо мотивів (%) позбутися поведінкового негативного для власного здоров'я фактора ризику - куріння тютюну

Досліджувані із числа хворих на ГІМ [I.21] (n=174) у процесі анкетування дали відповіді на такі запитання: «Чи цікавилися взагалі лікарі, у процесі звертання до них, Вашою негативною звичкою – курінням тютюну і чи давали Вам поради, як позбутися цього поведінкового недоліку?».

Лікарі-терапевти дільничні у свій час цікавилися тютюнокурінням у 72,4±6,4% (n=126) опитаних, тоді як поради позбутися цієї шкідливої для здоров'я поведінкової звички отримали 62,7±6,6% (n=89) анкетованих.

Лікарі загальної медицини / сімейні лікарі цікавилися наявністю даної звички у 85,6±7,0% (n=149) респондентів, а інформацію про мінімізацію тютюнокуріння отримало 68,4±6,7% (n=102) опитаних. Тоді як лікарі-кардіологи поліклініки запитували про куріння у 94,2±7,3% (n=164) випадках, де настанови позбавитися куріння отримало 90,8±7,4% (n=149) пацієнтів.

Досліджувані в цьому питанні відмітили лікарів екстреної/швидкої медичної допомоги, які під час виклику карети анамнестували куріння тютюну у 39,1±4,7% (n=68) опитаних і в 55,9±9,1% (n=38) моментів рекомендували досить коротко і чітко та категорично: «кинути / припинити курити».

Стосовно лікарів-кардіологів спеціалізованих стаціонарів респонденти зазначили, що вони у 93,1±7,3% (n=162) в перший день госпіталізації розпитували про споживання тютюну, тоді як у процесі лікування в стаціонарі поверталися до цього питання з повчанням усунути куріння тютюну через його шкоду для здоров'я у 45,1±5,28% (n=73) опитаних.

Висновки

Встановлено схильність людини до куріння тютюну як ризикової поведінки у виникненні / розвитку ГІМ [I.21] у 92,5±7,3% з причини хибної уяви про цінність власного здоров'я, у 33,9±4,4% – через низьку

власну самооцінку, у 58,6±4,1% – через власну недостатню мотивацію до зміни даної поведінки.

Доведено, що тютюнокуріння як модифікований поведінковий фактор ризику у людини є шкідливою поведінковою звичкою для її здоров'я в контексті можливого виникнення / розвитку ГІМ [I.21], що підтверджується отриманими коефіцієнтами кореляції ($r = +0,58$, при $t > 2$) та регресії ($R = 0,45$).

Вмотивовано, що куріння тютюну як фактор ризику в здоров'ї має тривалий та хронічний вплив (роки) на організм людини незначних концентрацій небезпечних хімічних сполук, що може спричинити виникнення / розвитку ГІМ [I.21].

Профілактична робота щодо мінімізації даного ризику в людини має бути скерована лікарями первинного рівня медичного забезпечення, з якими найчастіше контактують пацієнти, а також лікарями-спеціалістами з вторинного й третинного рівнів практичної охорони здоров'я на зміну хибної уяви про цінність власного здоров'я та його важливість для якісного життя, що мало б позитивний вплив на здоров'я та самопочуття і доволі легку відмову від даного шкідливого у здоров'ї ризику – куріння тютюну, без чого неможливо досягти поставленого ВООЗ для всіх країн і України зокрема, завдання у світлі глобальної мети № 5: відносно скорочення на 30% показника поширеності вживання тютюну серед осіб віком від 15 років до 2025 р. [2], що в результаті позитивно вплинуло б на зниження рівнів захворюваності та смертності від неінфекційних захворювань серед населення країни.

Перспективи подальших досліджень

У подальшому вивчатимуться інші поведінкові фактори ризику в людини, що дасть змогу створити оптимізовану та комплексну ризик-орієнтовану модель у медичній профілактиці можливого виникнення / розвитку ГІМ [I.21] на первинному рівні медичного забезпечення.

Література

1. *Действия* общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения : доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г. [Электронный ресурс]. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2005. – С. 24. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/82456/E87325R.pdf. – Название с экрана.
2. *Достижение* девяти глобальных целей по НИЗ, общая ответственность : доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2014 [Электронный ресурс]. – Копенгаген : ВОЗ, 2014. – С. 8. – Режим доступа : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/6/WHO_NMH_NVI_15.1_rus.pdf?ua=1. – Название с экрана.
3. *Европейский доклад* о ситуации в области борьбы против табака, 2014 г. [Электронный ресурс]. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2014. – С. 45. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/248421/European-Tobacco-Control-Status-Report-2014-Rus.pdf?ua=1. – Название с экрана.
4. *Здоровье населения Украины* в глобальном измерении / Н. П. Гребняк, В. И. Агарков, С. В. Грищенко [и др.] // *Медичні перспективи*. – 2012. – Т. XVII, № 1. – С. 4–7.
5. *Здоровье-2020: основы Европейской политики и стратегия для XXI века* [Электронный ресурс]. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2013. – С. 186. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/tu/publications/abstracts/health-2020.-a-europeanpolicy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>. – Название с экрана.
6. *Красовський К. С.* Глобальна тютюнова епідемія і протистояння їй в Україні / К. С. Красовський, Т. Андреева // *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. – 2008. – № 4. – С. 66–70.
7. Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ-10) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://uk.wikipedia.org/wiki>. – Назва з екрана.
8. *Москаленко В. Ф.* Регіональні аспекти куріння студентів вищих медичних навчальних закладів в Україні / В. Ф. Москаленко, О. В. Грузева, П. С. Король // *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. – 2011. – № 1. – С. 165–167.
9. *Ткачук В. В.* Ринок тютюнових виробів в Україні: реалії, проблеми, перспективи розвитку / В. В. Ткачук □// *Товарознавчий вісник*. – 2014. – № 7. – С. 185–192.
10. *Фукс Е. С.* Влияние сигарет на организм [Электронный ресурс] / Е. С. Фукс // *Региональная молодежная научно-практическая школа-конференция, посвященная Всемирному дню охраны окружающей среды : сб. материалов*. – Красноярск : Сибирский федеральный ун-т, 2008. – Режим доступа : http://conf.sfu-kras.ru/conf/eco2008/report?memb_id=580. – Название с экрана.
11. *Changes in Smoking Prevalence in 8 Countries of the Former Soviet Union Between 2001 and 2010* [Electronic resource] / B. Roberts, A. Gilmore, A. Stickley [et al.] // *Am. J. of Public Health*. – 2012. – July, Vol. 102, No. 7. – P. 1320–1328. – Access mode : <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2011.300547>. – Title from screen.
12. *Christopher J. L. Murray* Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study / Christopher J. L. Murray, Alan D. Lopez // *Lancet*. – 1997. – Vol. 349. – P. 1498–1504.
13. *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts)* [Electronic resource] / J. Perk, G. De Backer, H. Gohlke [et al.] // *Eur. Heart. J.* – 2012. – Jul., Vol. 33 (13). – P. 1635–1701. – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22555213>. – Title from screen.
14. *Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data* / A. D. Lopez, C. D. Mathers, M. Ezzati [et al.] // *Lancet*. – 2006. – Vol. 367. – P. 1747–1757.
15. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks* [Electronic resource]. – WHO, 2015. – P. 70. – Access mode : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44203/8/9789244563878_rus.pdf?ua=1. – Title from screen.
16. *WHO. The global burden of disease: 2004 update* [Electronic resource]. – URL. – Access mode : http://www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 14.05.2015 р.

Пациенты с острым инфарктом миокарда [I.21] о курении табака как о модифицированном поведенческом факторе риска в здоровье человека (по результатам социологического опроса)

В.В. Рудень, Н.Ф. Тимченко

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина

Цель – научно обосновать влияние курения табака как модифицированного поведенческого фактора риска у человека на возникновение / развитие острого инфаркта миокарда [I.21].

Материалы и методы. Исследование выполнено на выборочной статистической совокупности (n=374 больных острым инфарктом миокарда [I.21], при $t > 2$ и $p < 0,05$) с использованием ретроспективного, социологического, статистического, математического, структурно-логического анализа методов с учетом принципов системности.

Результаты. Установлена взаимосвязь между стажем курения в исследуемых лиц и заболеваемостью острым инфарктом миокарда [I.21] (n=174, $p < 0,05$), что подтверждается коэффициентом корреляции Пирсона ($r = +0,58$, при $t > 2$), а с помощью коэффициента регрессии ($R = 0,45$) установлена тенденция к вероятности заболеть острым инфарктом миокарда [I.21] на 0,45 раза чаще при продолжительности активного курения табака в течение года, чем тогда, когда данный человек не употреблял бы табак.

Выводы. Установлено склонность человека к курению табака как рискованного поведенческого фактора риска в возникновении / развитии острого инфаркта миокарда [I.21] в $92,5 \pm 7,3\%$ по причине ложного представления о ценности собственного здоровья, в $33,9 \pm 4,4\%$ – из-за низкой собственной самооценки, в $58,6 \pm 4,1\%$ – из-за недостаточной мотивации к изменению данного поведения, тогда как активная профилактическая работа в вопросе минимизации данного риска должна проводиться врачами первичного уровня медицинского обеспечения, с которыми чаще всего контактируют пациенты.

Ключевые слова: здоровье, табак, курение, фактор риска, инфаркт миокарда, профилактика, врач, первичный уровень медицинского обеспечения.

Patients with acute myocardial infarction [I.21] about smoking tobacco – as modified behavioral risk factor in human health (according to results of sociological poll)

V.V. Ruden, N.F. Timchenko

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Purpose – the scientific substantiation of the influence of smoking tobacco as modified behavioral risk factor in Human at occurrence / development AMI [I.21].

Materials and methods: done on the selective statistical aggregate (n=374 patients with AMI [I.21], with $t > 2$ and $p < 0.05$), with the use of retrospective, sociological, statistical, mathematical, structural and logical analysis methods considering the principles of systematicity.

Results. It was established interrelation between smoking experience among the investigated persons and AMI morbidity [I.21] (n=174, $p < 0.05$), as confirmed by Pearson correlation coefficient ($r = +0.58$, with $t > 2$), and using regression coefficient ($R = 0.45$) authenticated tendency to the probability of fall ill with AMI [I.21] on 0.45 times more frequently with duration of active tobacco smoking during the year, than if the person does not be consumed tobacco.

Conclusions. It is established Human propensity to tobacco smoking as risk behavior in occurrence / development AMI [I.21] in $92.5 \pm 7.3\%$ because of false opinion about the value of their own health, in $33.9 \pm 4.4\%$ – due to the low self-esteem and in $58.6 \pm 4.1\%$ – own lack of motivation to change this behavior, while active preventive work in the issue of minimizing this risk should be conducted by doctors of primary level of medical support with whom patients most frequently contact.

Key words: health, tobacco, smoking, risk factor, myocardial infarction, prevention, doctor, primary level of medical support.

Відомості про авторів

Рудень Василь Володимирович – заслужений лікар України, акад. АН ВО України, д.мед.н., проф., зав. кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна.

Тимченко Наталія Федорівна – асистент кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна.