

УДК 614.2:616-005-084:004.94

Коваленко А.В., Клименко В.І., Ткалич І.В.

ІНФОРМАЦІЙНО-ОСВІТНЄ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ ПРО ЧИННИКИ РИЗИКУ – ОСНОВА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Інтенсивне вивчення неінфекційних хвороб протягом останніх років виявило спільні фактори ризику, що тісно пов'язані зі способом життя особистості. Метою дослідження стало обґрунтування функціонально-структурної моделі системи профілактики хвороб системи кровообігу на міжсекторальному рівні. За даними соціологічного опитування анкетами закритого типу 100 лікарів первинної та вторинної ланки виявлено провідний недолік у їх профілактичній роботі, яким є недостатній рівень інформованості населення працездатного віку про здоровий спосіб життя та керовані чинники ризику хвороб системи кровообігу, що призводить до хибного уявлення населенням про вплив способу життя на їх стан здоров'я та відсутності мотивації до здорового способу життя. Неefективність інформаційно-освітніх заходів вторинної та третинної профілактики хвороб системи кровообігу серед населення працездатного віку підтверджується тим, що $45,45 \pm 15,01\%$ населення працездатного віку, після перенесеного ускладнення, відвідують лікаря однократно при виписці із стаціонару, а провідними причинами небажання лікуватися є відсутність грошей та боязнь побічних дій препаратів в рівних долях по $33,33 \pm 13,61\%$. Особливістю запропонованої функціонально-структурної моделі системи інформаційно-освітнього забезпечення профілактики хвороб системи кровообігу на міжсекторальному рівні стало розроблення та запровадження регіональної інтегральної цільової програми «Формування здорового способу життя та профілактики хвороб системи кровообігу», в якій повинні бути враховані культурні, етнічні, духовні та ін. особливості регіону, кабінету здорового способу життя на первинному рівні надання медичної допомоги. Впровадження окремих елементів запропонованої моделі позитивно вплинуло на всі етапи формування здорового способу життя: зростання рівня інформованості населення серед населення, що вірує в Бога, на $33,4\%$ (95% CI: 27,4–39,4%); зростання рівня вироблення мотивації в 18,9 разів серед населення (OR=18,88; 95% CI: 8,84–40,31); збільшення кількості тренінгів за рахунок служб у церквах в 10 разів; моніторинг способу життя населення з необхідною корекцією у поведінці особистості під час сповідей та служб за потребою.

Ключові слова: інформаційно-освітнє забезпечення, чинники ризику, хвороби системи кровообігу, профілактика.

Стаття є фрагментом планової науково-дослідної роботи «Оптимізація надання медичної допомоги різним верствам населення великого промислового міста в умовах реформування системи охорони здоров'я», (№ державної реєстрації 0111U005861, терміни виконання 2011-2015 рр).

Вступ

Неінфекційні хвороби є одним із основних викликів ХХІ століття, створюючи загрозу для соціально-економічного добробуту в усьому світі [1]. Їх інтенсивне вивчення протягом останніх років виявило спільні фактори ризику (ФР) розвитку артеріальної гіпертензії (АГ), ішемічної хвороби серця (ІХС), хвороб периферичних артерій, ожиріння, цукрового діабету, психоемоційних розладів, депресії та іншої патології [2-4]. Всі вони тісно пов'язані зі способом життя особистості [14]. На теперішній час у кардіології сформувалися три стратегії профілактики хвороб системи кровообігу (ХСК) – популяційна, високого ризику і вторинної профілактики [13]. Популяційна стратегія включає не тільки масову пропаганду здорового способу життя (ЗСЖ) серед всього населення країни чи регіону, але і створення в державі (регіоні) умов для її реалізації через розробку громадської політики зміцнення здоров'я, створення сприятливого навколишнього середовища, що визначає якість життя, посилення громадської активності, розвиток особистих вмінь і знань всіх контингентів населення і переорієнта-

цію системи охорони здоров'я відповідно до сучасних вимог та завдань [5, 7, 8, 10-12].

Стратегія високого ризику передбачає раннє виявлення і усунення ФР на популяційному рівні для попередження нових випадків ХСК (первинна профілактика). Вторинна профілактика одночасно забезпечує корекцію ФР і лікування з метою запобігання передчасного розвитку ускладнень і передчасної смертності [13].

Поряд з цим існує і третинна профілактика, до завдань органів і установ охорони здоров'я якої відносяться планомірне санітарно-гігієнічне виховання та консультування з питань збереження і зміцнення здоров'я; проведення комплексної диспансеризації інвалідів у зв'язку з ХСК, включаючи диспансерні огляди, спостереження, лікування та їх реабілітацію, а також контроль та виконання індивідуальної програми реабілітації інвалідів.

Про першорядність важливості профілактичних заходів, як основи охорони здоров'я населення, свідчить значне поширення ФР серед населення України. Досвід розвинених країн світу показує, що найбільш ефективними щодо зни-

ження смертності від ХСК є профілактичні заходи первинної профілактики на популяційному рівні та вторинна профілактика. Зниження смертності від ІХС у США за останні 20 років (1980–2000 р.р.) на 44 % зумовлено боротьбою з ЧР і тільки на 5 % – застосуванням сучасних методів реваскуляризації міокарда [9].

Таким чином, враховуючи все вище наведене залишається актуальним питання організації профілактичних заходів щодо ХСК, а провідним методом є формування у населення здорового способу життя (ЗСЖ).

Мета дослідження

Обґрунтування функціонально-структурної моделі системи профілактики хвороб системи кровообігу на міжсекторальному рівні.

Матеріали та методи дослідження

Аналіз нормативно-правової бази організації профілактичних заходів населенню працездатного віку України. Соціологічне опитування 100 лікарів первинної та вторинної ланки, що надають медичну допомогу населенню та хворим на ХСК по анкетах закритого типу. Анонімне медико-соціальне опитування за спеціально розробленою авторською анкетною 525 осіб, формування сукупностей здійснювалось комбінованим методом (когортний та гніздовий) на репрезентативній групі в залежності від віри в Бога.

Обробка отриманих даних потребувала формування комп'ютерної бази даних на основі Microsoft Excel, де результати дослідження групувались за місцем проживання (міські, сільські мешканці), статтю (чоловіки, жінки) та віросповідання. Статистична обробка отриманого матеріалу проводилась шляхом розрахунку частоти поширення чинників на 100 опитаних та похибки ($\pm m$). Оцінка достовірності різниці отриманих даних в різних групах спостереження та перевірка нульової гіпотези здійснювалась шляхом розрахунку критерію відповідності χ^2 -квадрат (χ^2). Оскільки проведене дослідження за дизайном належить до ретроспективних аналітичних, то виявлення чинників, що впливають на інформаційно-освітнє забезпечення населення щодо профілактики ХСК здійснювалось з використанням методики розрахунку показника відношення шансів (OR) та його 95% довірчого інтервалу (95% CI).

Результати дослідження

Анонімне медико-соціальне опитування населення працездатного віку за спеціально розробленою авторською показало, що майже половина респондентів (49,5 \pm 4,97%) вважають, що хвороба – це наслідок неправильного способу життя, а 42,6 \pm 4,92 %, що це закономірний природний стан організму, який виникає незалежно від способу життя, тобто не усвідомлюють про вплив способу життя на їх стан здоров'я. Гендерних відмінностей при відповіді на ці запитання

не встановлено. Поряд з цим нами встановлено показано значну поширеність провідних ФР та недостатню інформованість населення відносно них, а також відсутність мотивації у населення формувати ЗСЖ.

За результатами соціологічного опитування лікарів виявлено суттєві медико-організаційні недоліки, у першу чергу, щодо інформування населення про провідні ФР ХСК. 83,33 \pm 7,61% всіх опитаних нами лікарів терапевтичного профілю незалежно від спеціальності відповіли, що проводять бесіду про ЗСЖ та його корекцію з пацієнтами лише тільки при наявності вільного часу. Спостерігається достовірна різниця між лікарями терапевтичного профілю в залежності від рівня надання медичної допомоги: 100% сімейних лікарів проти 55,56 \pm 16,56% лікарів вузьких спеціальностей ($p < 0,05$), що працюють в стаціонарному секторі, проводять бесіду про ЗСЖ з пацієнтами лише тільки при наявності вільного часу, а 44,44 \pm 16,56 % лікарів вузьких спеціальностей ($p < 0,05$) завжди проводять бесіду з пацієнтами про корекцію способу життя.

Під час проведення аналізу первинної оперативної документації нами встановлено, що в усіх медичних картах стаціонарного хворого (ф.№ 003/о) є в наявності «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення» (ф. № 003-6/о), що співпадає з результатами анкетування лікарів терапевтичного профілю, що працюють у стаціонарному секторі, які у 100% випадків інформують пацієнтів про ЧР АГ та її вплив на їх стан здоров'я. В жодній медичній картці амбулаторного хворого (ф.№ 025/о) не знайдено інформованої добровільної згоди пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення (ф.№ 003-6/о). 13,33 \pm 8,78% сімейних лікарів пов'язують це з браком часу для проведення інформування пацієнтів про ФР АГ.

Нами проведено аналіз щодо інформування населення про провідні керовані ФР ХСК лікарями, до яких воно звертається за медичною допомогою. Про наявність тютюнопаління опитує пацієнтів 83,33 \pm 7,61% лікарів при кожному зверненні до них за медичною допомогою: 100% лікарів, що працюють в стаціонарному секторі, проти 73,33 \pm 11,42% сімейних лікарів ($p < 0,05$), решта 26,67 \pm 11,42% сімейних лікарів роблять це інколи. Про вживання алкоголю кожного разу на прийомі запитують лише 50,0 \pm 10,21% лікарів, 16,67 \pm 7,61% лікарів іноді задають питання пацієнтам щодо прийому алкогольних напоїв, а 33,33 \pm 9,62% взагалі вважають, що це необхідно з'ясувати якщо тільки є підстави для даного питання. Вірогідної різниці стосовно інформування населення про вплив алкоголю на виникнення та ускладнення перебігу ХСК між лікарями первинного та вторинного рівнів не встановлено.

Якщо шкідливій дії тютюнопаління та вживанню алкоголю населенням присвячено дуже

велике значення не тільки медичними працівниками, але і засобами масової інформації, громадськими спілками та навіть є відповідна нормативно-правова база щодо боротьби з ними, то гірший стан з опитуванням про заняття фізичними вправами, аналізом харчування (дотримання режиму, дієти та збалансованого харчування), що ще й вимагає додаткових витрат самого населення. Про рівень фізичної активності у населення постійно питає переважна більшість лікарів терапевтичного профілю - 79,17±8,29%, решта також цікавиться нею, але інколи - 20,83±8,29%. 75,0±8,84% лікарів завжди доводить до свідомості пацієнтів про важливість та доцільність фізичних вправ, 20,83±8,29% - іноді, а 4,17±4,08% - якщо мають час. Поряд з цим 100% лікарів інформують пацієнтів про необхідність дотримання дієти в харчуванні.

Таким чином, лікарі переважно інформують населення про шкідливий вплив ЧР на стан здоров'я, але цього не достатньо для формування ЗСЖ, наступними дуже важливими кроками мають бути вироблення мотивації у населення та навчання (тренінги) його.

При медико-соціальному опитуванні пацієнтів встановлено структуру причин відвідування медичного закладу хворими на АГ: 69,57±4,8% - з метою корекції АТ; 17,39±3,95% - для отримання рецептів на лікарські засоби 17,39±3,95% - для отримання направлення на госпіталізацію, 3,26±1,85% - для отримання путівки на реабілітацію. Достовірної різниці в залежності від соціального статусу не встановлено ($p > 0,05$).

Тобто населення не мотивовано відвідувати медичні заклади з метою профілактики. Для оцінки виконання Наказу МОЗ України від 27.08.2010р. №728 "Про диспансеризацію населення" [6] нами проведено аналіз первинної облікової документації "Контрольна карта диспансерного нагляду" (ф. № 030/о) хворих на АГ, якій належить провідне місце в структурі захворюваності та поширеності ХСК. Встановлено, що 82,35±6,54% респондентів приймають антигіпертензивні препарати, переважно один раз на добу (50,0±8,57%), а регулярно - 55,88±8,52%, тому цільовий рівень АТ досягнуто у 51,3% пацієнтів. Соціальна значущість ХСК пов'язана з тим, що хворіс працездатне населення, а терапія потребує постійного приймання ліків, що є не звичайним для особистості, потребує додаткових фінансових затрат. В той же час всі 100% лікарів терапевтичного напрямку незалежно від рівня надання медичної допомоги відповіли, що пацієнтам призначається постійна медикаментозна терапія, але за спостереженням лікарів систематично приймають ліки тільки 66,67±9,62% пацієнтів. Нами встановлено провідні причини небажання лікуватися серед населення працездатного віку, яке працює: відсутність грошей та бо-

язнь побічних дій препаратів в рівних долях по 33,33±13,61%. В зв'язку з цим 25,0±12,5% хворих на АГ лікуються альтернативними методами. Як наслідок, всього вищезазначеного, у 50,0±8,57% хворих реєструються гіпертонічні кризи один (52,94±12,11%) або два (41,18±11,94%) рази на рік, які, на їх думку, виникають через стреси (46,43±9,42%) або зміну погодних умов (39,29±9,23%) і тільки 3,57±3,51% пов'язують гіпертонічні кризи з нерегулярним прийомом антигіпертензивних препаратів. Спостерігається вірогідна різниця між постійним прийманням ліків і в залежності від того хто їх призначив лікар вузької спеціальності чи сімейний лікар. Так за даними спостереження лікарів вузьких спеціальностей постійно приймають медикаментозну терапію 88,89 ± 10,48% проти даних сімейних лікарів, які вважають, що постійно приймають призначену терапію лише 53,33 ± 12,88% пацієнтів ($p < 0,05$). Підтвердженням не ефективного лікування та відсутності профілактичних дій серед пацієнтів працездатного віку є той факт, що 8,82±4,86% хворих на ГХ перенесли інфаркт міокарду або інсульт протягом року, після встановлення їм діагнозу ГХ. З них 25,0±15,31% мали повторне ускладнення в той же рік, 37,5±17,12% - протягом 2 років, а 37,5±17,12% через 3 роки. Навіть наявність ускладнення не підвищило мотивацію до лікувально-профілактичних заходів: 45,45±15,01% населення працездатного віку відвідало лікаря, після перенесеного ускладнення однократно, після виписки із стаціонару.

Таким чином, доведено, що однією з провідних причин неефективності профілактики з ХСК в Україні є відсутність інформаційно-просвітницької системи навчання населення ЗСЖ на всіх рівнях надання медичної допомоги. Інформаційно-освітнє забезпечення профілактики ХСК організуються та регулюються низкою нормативно-правових документів, аналіз яких вказує на їх недосконалість та неузгодженість стосовно розподілу функцій в залежності від рівня охорони здоров'я.

Нами запропонована функціонально-структурна модель системи інформаційно-освітнього забезпечення профілактики хвороб системи кровообігу на міжсекторальному рівні (рис. 1), яка передбачає визначення мети, видів профілактики, виконавців, соціальних ролей держави та підсистеми медичної допомоги, а також форми її реалізації на регіональному рівні.

Стратегічний напрямок моделі спрямовувався на покращання стану здоров'я населення працездатного віку через реалізацію комплексу інформаційно-освітнього забезпечення первинної, вторинної і третинної профілактики ХСК.

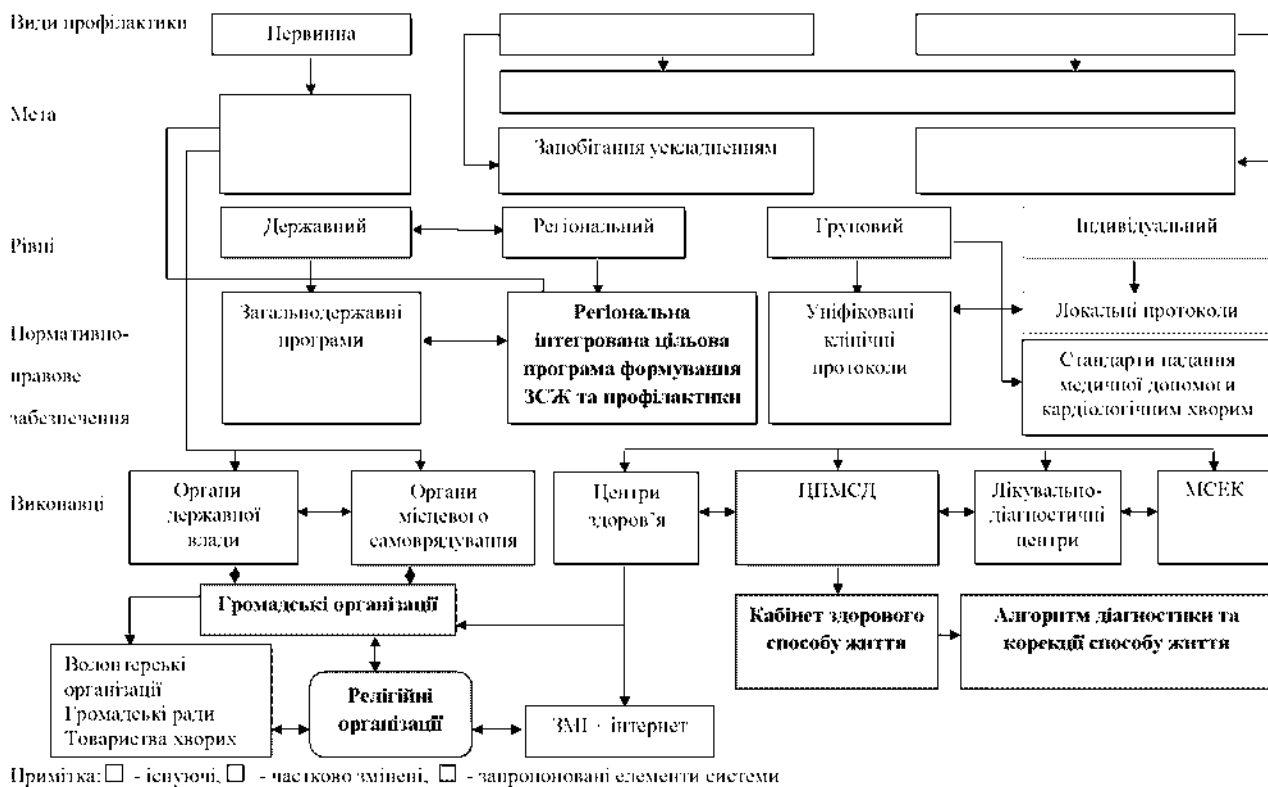


Рис. 1. Функціонально-структурна модель системи інформаційно-освітнього забезпечення профілактики хвороб системи кровообігу на міжсекторальному рівні

Тактичним напрямком моделі стало залучення форм формування ЗСЖ у населення України не тільки медичних працівників, а і суспільства, громади, громадських та релігійних організацій, а також розподіл ролей і функціональних взаємозв'язків між всіма зацікавленими в досягненні інформаційно-освітнього забезпечення формування ЗСЖ для профілактики ХСК населення України на державному, регіональному, груповому та індивідуальному рівнях.

Особливістю структурної побудови моделі стало включення до неї:

- існуючих елементів системи охорони здоров'я;
- їх функціональної оптимізації;
- якісно нових елементів (регіональна інтегральна цільова програма «Формування здорового способу життя та профілактики хвороб систем кровообігу» та «Кабінет здорового способу життя» при центрах первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД)), інтеграція яких з раніше існуючими та функціонально удосконаленими надала моделі, як системі, нових якостей із сприяння досягнення головної мети дослідження.

Таким чином, структурну основу моделі складають існуючі підрозділи та напрямки діяльності медичної служби по профілактиці ХСК, а її впровадження не вимагає особливих додаткових фінансових витрат.

В той же час, на відміну від раніше існуючих

всіх форм профілактики ХСК запропонована модель вперше:

- забезпечує системність та комплексність підходу до вирішення задачі;
- визначає в цьому напрямку роль медичних працівників, суспільства, громади, громадських та релігійних організацій, церков;
- дозволяє усунути диспропорції у наданні інформаційно-освітнього забезпечення профілактики ХСК, виявлені при її аналізі.

Концептуальна орієнтованість запропонованої моделі, зокрема її якісно нового елементу – «Кабінет здорового способу життя» при ЦПМСД, в яких лікарі, досвідчені фахівці, вчені, викладачі навчальних закладів та громадських і релігійних організацій за спеціально розробленими програмами читатимуть лекції та проводитимуть заняття на медичну тематику, приділяючи особливу увагу питаннями профілактики ХСК та раціонального гігієнічного виховання. Провідне місце в «Кабинеті здорового способу життя» належить сімейному лікарю, який в силу ідеології самого поняття, як лікар первинної ланки охорони здоров'я, покликаний якого забезпечити доступну всебічну безперервну цілісну медичну допомогу і стати справжнім координатором та радником у багаточисельних медичних і немедичних проблемах підопічного йому контингенту спостереження.

Тісна співпраця громадських та релігійних ор-

ганізацій з засобами масової інформації, центрами здоров'я, ЦПМСД через кабінет здорового способу життя, а також їх активна участь у регіональній інтегральній цільовій програмі

«Формування здорового способу життя та профілактики хвороб систем кровообігу» дозволять прискорити формування ЗСЖ на всіх його етапах формування (рис.2).

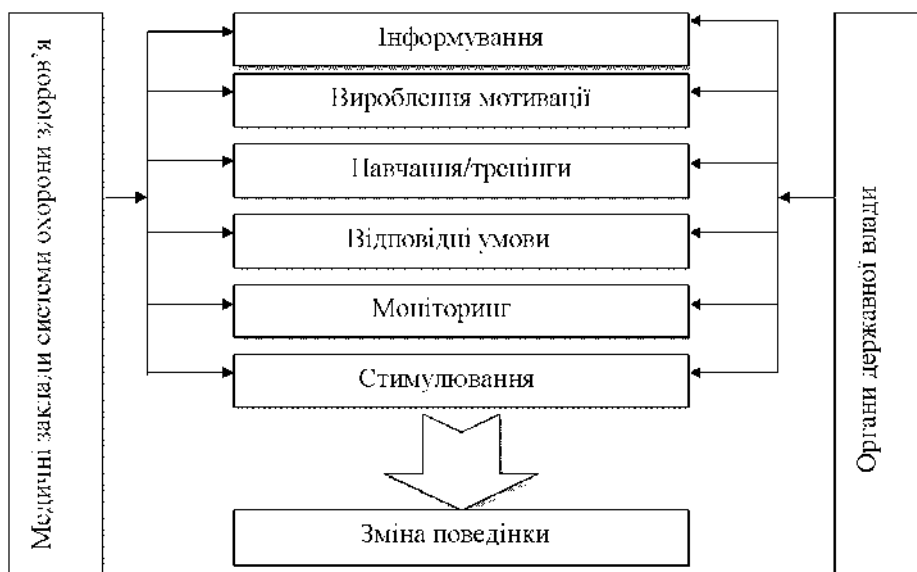


Рис.2. Етапи формування здорового способу життя

Нами було встановлено, що серед тих, хто вірує в Бога, достовірно менше поширені шкідливі звички: 11,3 % палить, а алкогольні напої вживають тільки на великі церковні свята – 73,6±2,32 %, решта взагалі їх не вживає. Відповідно до етапів формування ЗСЖ нами було проведено оцінку ефективності залучення церкви до даного процесу. За даними нашого медико-соціального опитування встановлено зростання рівня інформованості населення про ФР ХСК серед населення, що вірує в Бога, на 33,4% (95% CI: 27,4-39,4%). В 18,9 разів зростає рівень вироблення мотивації серед населення (OR=18,88; 95% CI: 8,84–40,31). Підтвердженням останнього є той факт, що 70,7±1,97 % опитаних відмовилися від шкідливих звичок, після того як усвідомили себе віруючою людиною. Підрахувавши кількість служб, в яких згадується про керовані ЧР ХСК, та знаючи середню кількість відвідування медичного закладу населенням працездатного віку (за даними соціологічного опитування), показано, що населення, яке вірує в Бога та регулярно відвідує церкву, майже в 10 раз частіше навчається поведінці, яка відповідає ЗСЖ. Враховуючи, що православна церква благословляє ЗСЖ, розуміючи під цим не тільки правильне харчування, достатню рухову активність, відсутність шкідливих звичок і загартовування, а й духовно-моральне благополуччя. Тому ЗСЖ - це, перш за все, моральний спосіб життя. Християнство пропонує людству багатий арсенал для збереження духовного і душе-

вного здоров'я: Заповіді Божі, церковні канони і правила, Таїнства, молитву, піст. Православний піст - одна зі складових ЗСЖ населення. Тобто населення вже «попадає» в умови, що відповідають ЗСЖ. Під час сповідей відбувається моніторинг ЗСЖ населення, після чого священнослужитель стимулює чи корегує його поведінку.

Таким чином, залучення громадських та релігійних організацій до формування ЗСЖ є високоєфективними елементами функціонально-структурної моделі системи інформаційно-освітнього забезпечення профілактики ХСК на міжсекторальному рівні.

Висновки

1. Виявлено, що провідними медико-організаційними недоліками профілактичної роботи є недостатній рівень інформованості населення працездатного віку медичними працівниками про здоровий спосіб життя, керовані чинники ризику хвороб системи кровообігу.

2. Встановлено, що низький рівень інформованості населення працездатного віку лікарями про керовані чинники ризику хвороб системи кровообігу призводить до хибного уявлення щодо впливу способу життя на їх стан здоров'я: 42,6±4,92 % респондентів вважають, що хвороба - це закономірний природний стан організму, який виникає незалежно від способу життя та відсутності мотивації до здорового способу життя, що підтверджено структурою причин відвідування медичного закладу хворими на артеріальну гіпертензію: 69,57±4,8% - з метою корекції ар-

теріального тиску; $17,39 \pm 3,95\%$ - для отримання рецептів на лікарські засоби $17,39 \pm 3,95\%$ - для отримання направлення на госпіталізацію, $3,26 \pm 1,85\%$ - для отримання путівки на реабілітацію.

3. Показано неефективність вторинної та третинної профілактики хвороб системи кровообігу серед населення працездатного віку: у $8,82 \pm 4,86\%$ пацієнтів гіпертонічна хвороба ускладнюється протягом року, після верифікації діагнозу, серед яких у кожного четвертого спостерігається повторне ускладнення в той же рік ($25,0 \pm 15,31\%$), а у кожного третього (по $37,5 \pm 17,12\%$) повторне ускладнення протягом 2 чи 3 та більше років. Але навіть наявність ускладнення не підвищує мотивацію до корекції способу життя за допомогою медичних працівників: $45,45 \pm 15,01\%$ населення працездатного віку відвідало лікаря, після перенесеного ускладнення однократно, при виписці із стаціонару, а провідними причинами не бажання лікуватися є відсутність грошей та боязнь побічних дій препаратів в рівних долях по $33,33 \pm 13,61\%$.

4. Особливістю запропонованої функціонально-структурної моделі системи інформаційно-освітнього забезпечення профілактики хвороб системи кровообігу на міжсекторальному рівні стало розроблення та запровадження регіональної інтегральної цільової програми «Формування здорового способу життя та профілактики хвороб системи кровообігу», в якій повинні бути враховані культурні, етнічні, духовні та ін. особливості регіону, кабінету здорового способу життя на первинному рівні надання медичної допомоги.

5. Впровадження окремих елементів запропонованої моделі позитивно вплинуло на всі етапи формування здорового способу життя: зростання рівня інформованості населення серед населення, що вірує в Бога, на $33,4\%$ ($95\% \text{ CI: } 27,4-39,4\%$); зростання рівня вироблення мотивації в $18,9$ разів серед населення ($OR=18,88$; $95\% \text{ CI: } 8,84-40,31$); збільшення кількості тренінгів за рахунок служб у церквах в 10 разів; моніторинг способу життя населення з необхідною корекцією у поведінці особистості під час спвідей та служб за потребою.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у подальшому впровадженні запропонованої моделі та оцінці її ефективності.

Література

1. Горбась І.М. Профілактика хронічних неінфекційних захворювань – реальний шлях поліпшення демографічної ситуації в Україні / І.М. Горбась // Український кардіологічний журнал. – 2009. – № 3. – С. 6-11.
2. Грацианский Н.А. Еще одно подтверждение важности устранения пассивного курения. Уменьшение частоты возникновения инфаркта миокарда, связанное с общественным постановлением о курении, содержащим запрет на курение в общественных местах / Н.А. Грацианский // Кардиология (Kardiologiia). – 2007. – № 1. – С. 72.
3. Грацианский Н.А. Запрет на курение в общественных местах сказался на частоте госпитализаций из-за инфаркта миокарда в области с населением 4 млн человек / Н.А. Грацианский // Кардиология (Kardiologiia). – 2007. – № 1. – С. 72-73.
4. Кобалава Ж.Д. Является ли обучение больных фактором, повышающим эффективность контроля артериальной гипертонии? / Ж.Д. Кобалава, С.В. Виллевальде // Кардиология (Kardiologiia). – 2007. – № 10. – С. 75-82.
5. Мониторинг вторичной профилактики ишемической болезни сердца в России и странах Европы: результаты международного многоцентрового исследования EUROASPIRE III / Г.В. Погосова, Р.Г. Органов, И.Е. Колтунов [и др.] // Кардиология (Kardiologiia). – 2011. – № 1. – С. 34-40.
6. Наказ МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384 27.08.2010р. №728 «Про диспансеризацію населення» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws>
7. Органов Р.Г. Современные стратегии профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний / Р.Г. Органов, Г.В. Погосова // Кардиология (Kardiologiia). – 2007. – № 12. – С. 4-9.
8. Погосова Г.В. Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца – ключевое условие снижения сердечно-сосудистой смертности / Г.В. Погосова, И.Е. Колтунов, А.Н. Рославцева // Кардиология (Kardiologiia). – 2007. – № 3. – С. 79-84.
9. Радченко Г.Д. Визначення лікарями серцево-судинного ризику у пацієнтів з артеріальною гіпертензією: чи можуть лекції допомогти покращити ситуацію / Г.Д. Радченко, І.М. Марцovenko, Ю.М. Сиренко // Український кардіологічний журнал. – 2011. – № 1. – С. 43-48.
10. Радченко Г.Д. Профілактика серцево-судинних захворювань – почни з себе. Результати анонімного опитування лікарів, які лікують пацієнтів з артеріальною гіпертензією / Г.Д. Радченко, І.М. Марцovenko, Ю.М. Сиренко // Український кардіологічний журнал. – 2011. – № 4. – С. 54-58.
11. Органов Р.Г. РЕЛИФ – Регулярное Лечение и профилактика – ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования. Часть 1 / Р.Г. Органов, Г.В. Погосова, И.Е. Колтунов [и др.] // Кардиология (Kardiologiia). – 2007. – № 5. – С. 58-66.
12. Органов Р.Г. РЕЛИФ – Регулярное Лечение и профилактика – ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования. Часть 3 / Р.Г. Органов, Г.В. Погосова, И.Е. Колтунов [и др.] // Кардиология (Kardiologiia). – 2008. – № 4. – С. 46-53.
13. Ford E.S. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980–2000 / E.S. Ford, U.A. Ajani, J.B. Croft [et al.] // New Engl. J. Med. – 2007. – Vol. 356. – P. 2388–2398.
14. World Health Organization. The world health report 2002. – Reducing Risks, Promoting Healthy Life. – Geneva, 2002. – 112 с.

Реферат

ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА О ФАКТОРАХ РИСКА - ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Коваленко А.В., Клименко В.И., Ткалич И.В.

Ключевые слова: информационно-образовательное обеспечение, факторы риска, болезни системы кровообращения, профилактика.

Интенсивное изучение неинфекционных болезней в течение последних лет выявило общие факторы риска, которые тесно связаны с образом жизни самого человека. Целью исследования стало обоснование функционально-структурной модели системы профилактики болезней системы кровообращения на межсекторальном уровне. Данные социологического опроса 100 врачей первичного и вторичного звена по анкетам закрытого типа позволили установить ошибку в их профилактической работе - недостаточный уровень информированности населения трудоспособного возраста о здоро-

вом образе жизни и управляемых факторах риска болезней органов кровообращения, что приводит к ошибочному представлению населением о влиянии образа жизни на их состояние здоровья и отсутствию мотивации к нему. Неэффективность информационно-образовательных мероприятий при проведении вторичной и третичной профилактики болезней органов кровообращения среди населения трудоспособного возраста подтверждается тем, что 45,45±15,01% населения, после перенесенного осложнения, посещают врача однократно при выписке из стационара, а ведущими причинами нежелания лечиться являются отсутствие денег и боязнь побочных действий препаратов в равных долях по 33,33±13,61%. Особенностью предложенной функционально-структурной модели системы информационно-образовательного обеспечения профилактики болезней органов кровообращения на межсекторальном уровне стали разработка и внедрение региональной интегральной целевой программы «Формирование здорового образа жизни и профилактики болезней органов кровообращения», в которой должны быть учтены культурные, этнические, духовные и др. особенности региона, кабинета здорового образа жизни на первичном уровне оказания медицинской помощи. Внедрение отдельных элементов предложенной модели положительно повлияло на все этапы формирования здорового образа жизни: рост уровня информированности населения среди населения, верующего в Бога, на 33,4% (95% CI: 27,4-39,4%); рост уровня выработки мотивации в 18,9 раз среди населения (OR = 18,88, 95% CI: 8,84-40,31); увеличение количества тренингов за счет служб в церквях в 10 раз; мониторинг образа жизни населения с необходимой коррекцией в поведении личности во время исповеди и служб по необходимости.

Summary

INFORMATION AND EDUCATION OF WORKING AGE POPULATION ABOUT RISK FACTORS OF CIRCULATORY DISEASES AS GROUNDS FOR THEIR PREVENTION.

Kovalenko A.V., Klymenko V.I., Tkalych I.V.

Key words: information and education implementation, risk factors, circulatory diseases, prevention.

Intensive study of non-communicable diseases in recent years has revealed common risk factors, closely related with lifestyle of a person. The aim of this research was to study the functional and structural model of the system designed to prevent circulatory diseases at intersectoral level. According to social study of 100 health care professionals of primary and secondary levels by applying closed questionnaire the leading drawback in their preventive activity was revealed. This was the lack of awareness of working age population about healthy lifestyle and controlled risk factors of circulatory diseases that leads to misconceptions about the impact of lifestyle on the health and lack of motivation for healthy lifestyle. Ineffectiveness of information and educational activities of secondary and tertiary prevention of circulatory diseases among the population of working age is confirmed by the fact, that 45.45±15.01% of the working age population having experienced complications consult physicians once at discharge from hospital, and leading causes in their reluctance to get any health care are mainly associated with the lack of money and fear of drug side effects in equal shares by 33.33±13.61%. The feature of the suggested functional and structural model of informational and educational in order to prevent circulatory diseases at intersectoral level is the development and implementation of integrated regional target program "Propagation of healthy lifestyle and prevention of cardiovascular diseases", which take into account cultural, ethnic, religious and other features of the region. Implementation of certain elements of the model suggested had a positive impact on all stages in the development of healthy lifestyle including an increase of the awareness of the population who believes in God, by 33.4% (95% CI: 27,4-39,4%); an increase in the motivation growth level in 18,9 times among the population (OR=18,88; 95% CI: 8,84-40,31); an elevation in the number of training programs provided by services in churches in 10 times; monitoring the lifestyle with necessary correction of individual behaviour during confession and services when necessary.