

from 2009 to 2011. Pathology of the cardio-vascular system (hypertensive disease, ischemic heart disease and others) develops in a relatively early age (18-30 years) and job seniority up to 10 years, that is, connected with a negative effect on the organism of industrial noise, vibration, infra- and ultrasound, unfavorable microclimate, psycho-emotional and physical overstrain etc. The similar incidence in the employees of the managerial personnel develops significantly later.

Key words: "noise-dangerous professions", ischemic heart disease, vegetovascular dystonia, professional length of service.

SE "Ukrainian SRI of Transport Medicine" (Odesa)

Рецензент – доц. І.В. Навчук

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 4 (68). – P. 203-206

Надійшла до редакції 16.07.2013 року

© С.В. Балабан, Б.В. Панов, О.О. Свірський, О.Г. Матвєєв, І.В. Савицький, 2013

УДК 616.15-005-036.12-07

А.С. Бідучак

ОЦІНКА ПОІНФОРМОВАНІСТІ НАСЕЛЕННЯ З ПИТАНЬ ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. Вивчено обізнаність дорослого населення Чернівецької області з питань профілактики хронічних неінфекційних захворювань та здорового способу життя. Встановлено, що більшість населення потребує

знань із профілактики хронічних неінфекційних захворювань та здорового способу життя.

Ключові слова: хронічні неінфекційні захворювання, профілактика, здоровий спосіб життя, чинники ризику.

Вступ. У наш час загальноновизнано, що епідемія хронічних неінфекційних захворювань значною мірою пов'язана зі способом життя і виникненням внаслідок цього фізіологічних чинників ризику. Зниження підвищених рівнів ризик-факторів супроводжується спадом захворюваності та смертності населення. На підставі цих взаємозв'язків створено концепцію чинників ризику, суть якої полягає в тому, що, хоча причини розвитку хронічних неінфекційних захворювань остаточно невідомі, проте, за даними експериментальних, клінічних та епідеміологічних досліджень, визначені чинники, пов'язані з довкіллям, способом життя, генетичними особливостями людини, які сприяють розвитку і прогресуванню цих хвороб, що є науковою базою для профілактики [1-3].

Мета дослідження. З'ясувати рівень обізнаності дорослого населення Чернівецької області з питань профілактики хронічних неінфекційних захворювань та здорового способу життя.

Матеріал і методи. Для досягнення мети дослідження нами розроблено оригінальну анкету, яка містить 15 запитань, з приводу проблем здорового способу життя (ЗСЖ). До анкети увійшли питання – «меню», тобто коли респондент може вибрати будь-яке поєднання варіантів відповідей, та питання, що припускають один із двох варіантів відповіді («так» або «ні»). У низці питань передбачалось, що респондент напише те, що вважає за необхідне, у спеціально відведено-

му рядку. Дані про пацієнта, який заповнив анкету, містили питання, що характеризують соціальний статус (вік, стать, сімейний статус, освіта).

Анкетування проводили протягом 2012-2013 років серед осіб, які мешкають у Чернівецькій області. Проведено аналіз результатів опитування 1656 респондентів (840 чоловіків та 816 жінок). Анкета заповнювалася пацієнтами самостійно та була анонімною. Розрахунок результатів вівся у відсотках. Загальна кількість опитаних бралася за 100 %, і методом рівняння розраховувався потрібний відсоток опитаних.

Результати дослідження та їх обговорення. Всього в опитуванні взяло участь 1656 респондентів віком від 18 років і старше; з них: чоловіків 50,7% та 49,3% жінок.

На запитання «Який Ваш сімейний статус?»: одружених – 44,8 % (377) чоловіків, 35,4 % (289) жінок; неодружених – 15,6 % (131) чоловіків, 14,1 % (115) жінок; живуть разом, але не одружені – 15,6 % (131) чоловіків, 16,4 % (134) жінок; розлучені – 19,9 % (167) чоловіків, 22,8 % (186) жінок.

На запитання «Яка у Вас освіта?»: неповну середню освіту мають 6,4 % (54) чоловіків проти 8,1 % (66) жінок; середню спеціальну – 27,1 % (228) чоловіків, 29,4 % (240) жінок; незакінчену вищу освіту – 21,7 % (182) чоловіків, 21,1 % (172) жінок; вищу освіту – 39,5 % (332) чоловіків, 33,8 % (276) жінок; не мають освіти – 5,2 % (44) чоловіків, 8,3 % (68) жінок.

На запитання «Як Ви оцінюєте рівень свого здоров'я?» відповідь виявилася такою: відмінно – 8,8 % (74) чоловіків проти 4,4 % (36) жінок; добре – 46,4 % (390) чоловіків, 40,2 % (328) жінок; задовільно – 39,5 % (332) чоловіків, 58,2 % (475) жінок; погано – 5,2 % (44) чоловіків, 8,3 % (68) жінок; дуже погано – 1,1 % (9) жінок. Отже, більшість респондентів, як чоловіків, так і жінок, почувують себе «задовільно», що може свідчити про наявність у них одного або декілька хронічних захворювань.

На запитання «Яка на Вашу думку причина виникнення хвороб?»: неправильне харчування – 55,1 % (463) чоловіків, 56,5 % (461) жінок; шкідливі звички – 62,0 % (521) чоловіків, 67,4 % (550) жінок; малорухливий спосіб життя – 51,0 % (428) чоловіків, 62,4 % (509) жінок; спадковий фактор – 44,0 % (370) чоловіків, 47,9 % (391) жінок. Наведені дані свідчать, що опитані респонденти усвідомлюють «шкідливість поведінки». Тому медичний працівник (сімейний лікар або медична сестра) серед закріпленого контингенту населення, під час проходження стандартних, періодичних, попередніх профілактичних оглядів та при зверненні за медичною допомогою з будь-якого приводу, повинні проводити моніторинг чинників ризику розвитку хронічних хвороб. Висновок очевидний, що практичній охороні здоров'я необхідно розробити модель роботи медичного працівника з профілактики хронічних хвороб, а також алгоритми дій з усунення того чи іншого чинника ризику (тютюнокуріння, вживання спиртних напоїв, нераціональне харчування, надлишкова маса тіла, низька фізична активність).

На запитання «Ви курите?»: відповіли «так» – 52,0 % (437) чоловіків, 38,2 % (312) жінок; «ні» – 48,0 % (402) чоловіків та 61,8 % (504) жінок. Отже, шкідлива звичка «курити» охоплює більшість чоловічого населення, проте жінки теж призвичаїлися до неї, що в подальшому може призвести до розвитку хронічних захворювань.

На запитання «Як часто Ви вживаєте алкогольні напої?»: рідше одного разу на місяць – 15,2 % (128) чоловіків проти 22,1 % (180) жінок; один раз на місяць – 20,4 % (171) чоловіків, 36,6 % (299) жінок; один раз на тиждень – 36,8 % (309) чоловіків, 19,0 % (155) жінок; майже щодня – 15,0 % (126) чоловіків, 3,7 % (30) жінок; взагалі не вживають – 12,6 % (106) чоловіків, 18,6 % (152) жінок.

Вражає той факт, що людство не навчилося правильно, без шкоди власному здоров'ю, вживати алкогольні напої і в останні роки призвичаїлось до цієї пагубної звички [1]. Покращати таке становище можна через застосування нового підходу до формування здорового способу життя, який би ґрунтувався на сучасному підході збереження здоров'я, тобто враховувати усі його аспекти. Важливо також, щоб вони спиралися на активізацію участі в даному процесі молоді та дітей. Мова йде про те, щоб дорослі ініціювали таку роботу, а самі діти та молодь – її підтримували. Саме від їхньої активності й буде залежати

успішність поширення формули – «здоровим бути модно, стильно і красиво».

На запитання «Ваші захоплення у вільний від роботи час?»: спорт – 29,4 % (247) чоловіків, 15,0 % (122) жінок; література – 26,0 % (218) чоловіків, 45,7 % (373) жінок; музика – 18,7 % (157) чоловіків, 29,8 % (243) жінок; техніка – 43,0 % (361) чоловіків, жінки технікою не захоплюються; комп'ютер – 42,7 % (359) чоловіків, 42,2 % (344) жінок; інше – 22,4 % (188) чоловіків, 28,8 % (235) жінок. Як бачимо, населення в теперішній час надає перевагу комп'ютеру, а це відповідно сидячий та малорухливий спосіб життя, що в подальшому може призвести до надлишкової маси тіла, яка у свою чергу, призведе до розвитку хвороб системи кровообігу та ін. Активний відпочинок у вихідні дні, помірні заняття та регулярні прогулянки протягом 40 хв і більше на день істотно знижують загальну смертність [4].

На запитання «Чи проводить з Вами Ваш сімейний лікар профілактику з питань здорового способу життя?»: «так» – 5,6 % (47) чоловіків, 17,3 % (141) жінок; «ні» – 94,4 % (793) чоловіків, 82,7 % (675) жінок. В умовах вітчизняної медицини пацієнти скаржаться на те, що лікарі їх не вислуховують, поспішають, не дозволяють брати участі в обговоренні лікування, а питання профілактики взагалі не обговорюється. У свою чергу, лікарі вказують на брак часу для подібного спілкування [5]. Надання якісної медичної допомоги має починатися з поліклінік за місцем проживання. І саме від взаємодії з сімейним лікарем, довіри до нього залежить поведінка хворого, прихильність його до профілактичних і лікувальних заходів та можливість контролю стану його здоров'я.

На запитання «Чи потребуєте Ви знань з питань здорового способу життя, профілактики різних захворювань?»: «так» – 87,1 % (732) чоловіків проти 61,5 % (502) жінок; «ні» – 12,9 % (108) чоловіків проти 38,5 % (314) жінок. Більшість респондентів висловлюють бажання одержувати інформацію про здоров'я, засоби його збереження та зміцнення від лікарів, які, на жаль, недостатньо використовують ресурс контакту і спілкування з пацієнтом для проведення детального і повного профілактичного консультування. Але зазначимо, що існує істотний дефіцит знань серед медичних працівників стосовно профілактики хронічних хвороб та ЗСЖ, погана поінформованість не дозволяє очікувати серед населення формування мотивації до їх контролю, ні тим більше усвідомлення зусиль із профілактики захворювань, ведення ЗСЖ та методів корекції чинників ризику, тому необхідно проводити навчання медичних працівників технологіям профілактики хронічних неінфекційних захворювань та ЗСЖ у рамках реалізації освітньої програми підвищення кваліфікації і самопідготовки за наявності джерел інформації (методичні рекомендації, інформаційні листи, підручники тощо). Саме отримана від лікаря інформація користується в

населення найбільшою довірою. Висновок очевидний: необхідні методичні рекомендації, у яких було б викладено теоретичні та практичні основи профілактики та ЗСЖ, і забезпечити ними медичних працівників, студентів-медиків, вчителів загальноосвітніх шкіл.

На запитання «З яких джерел переважно Ви отримуєте інформацію з питань збереження та зміцнення здоров'я?»: засоби масової інформації (телебачення, радіо, преса) – 54,0 % (454) чоловіків проти 47,5 % (388) жінок; індивідуальна бесіда з лікарем – 5,6 % (47) чоловіків проти 17,3 % (141) жінок; лекції – 4,5 % (38) чоловіків проти 21,4 % (175) жінок; Інтернет – 50,2% (422) чоловіків, проти 50,4 % (411) жінок; інші джерела – 40,7 % (342) чоловіків проти 36,9 % (301) жінок. Водночас не можна недооцінювати в цьому роль первинних структур охорони здоров'я. Дуже важливо, щоб «знеособлена» інформація, яка йде до людини через ЗМІ, була підкріплена персонально адресованою і конкретно сформульованою порадою медичного працівника.

На запитання «Які заходи, на Ваш погляд, необхідно розробити системі охорони здоров'я для поліпшення Вашого здоров'я?»: організувати більше шкіл здоров'я – 24,0 % (201) чоловіків проти 20,8 % (170) жінок; збільшити кількість теле- і радіопередач про здоров'я – 45,4 % (381) чоловіків проти 51,2 % (418) жінок; збільшити кількість публікацій в місцевій пресі – 41,1 % (345) чоловіків проти 39,1 % (320) жінок; підвищити доступність отримання інформації щодо профілактики захворювань на прийомах у лікувальних закладах – 58,7 % (493) чоловіків проти 68,1 % (556) жінок; організувати спеціалізовані консультативні прийоми з питань здорового способу життя – 43,2 % (363) чоловіків проти 49,4 % (403) жінок; організувати лекторії – 15,8 % (133) чоловіків проти 20,5 % (167) жінок. На думку респондентів, потрібно підвищити доступність отримання інформації щодо профілактики захворювань на прийомах у лікувальних закладах. Тому, ще раз підкреслюємо, що медичний працівник первинної ланки охорони здоров'я 40 % робочого часу повинен приділяти профілактичному напрямку роботи.

Профілактика не може бути успішною тільки за рахунок сил охорони здоров'я – необхідне тісне співробітництво з іншими секторами суспільства. Партнерство між міністерствами, недержавними і громадськими організаціями, науково-дослідними установами і професійними науковими товариствами за активної участі самого населення дозволило б об'єднати ресурси для проведення спільної профілактичної роботи і впливати

на поведінку населення через різні сектори суспільства. залучення професійних кадрів, технічних і фінансових ресурсів із різних секторів суспільства на етапах планування, реалізації та оцінки ефективності заходів із профілактики хронічних захворювань – невід'ємна складова створення партнерства «лікар і пацієнт разом проти захворювань». Реалізація цих заходів дозволить поліпшити якість і подовжити життя населення, збільшити трудові ресурси та економічний потенціал країни. Для цього необхідні державна підтримка, міжсекторальне співробітництво, діючі законодавчі та нормативно-правові акти, достатні кадрові та фінансові ресурси.

Висновки

1. Встановлено, що більшість населення (87,1 % чоловіків та 61,5 % жінок) потребує знань профілактики різних захворювань. Це свідчить про необхідність активного втручання медичного працівника (сімейний лікар, медична сестра) у процес виявлення та постійного моніторингу й корекції «шкідливої поведінки» серед населення.

2. Для вирішення існуючих складних проблем здоров'я населення необхідно, насамперед, значною мірою зміцнити профілактичний напрямок охорони здоров'я, а саме – 40 % робочого часу медичний працівник повинен витратити на профілактику хвороб.

Перспективи подальших досліджень. Результати проведеного дослідження засвідчують потребу розробки моделі роботи медичного працівника та алгоритмів дій із профілактики хронічних неінфекційних захворювань.

Література

1. Борьба с основными болезнями в Европе – актуальные проблемы и пути их решения / Факты и цифры ЕРБ ВОЗ/03/06. – Копенгаген, 2012. – 7 с.
2. Гурина Н.А. Комплексный подход к оценке долгосрочной эффективности профилактических программ на примере болезней системы кровообращения / А.Н. Гурина, С.Л. Плавинский // Рос. сем. врач. – 2009. – Т. 13, № 3. – С. 13-16.
3. Калинина А.М. Качество профилактического консультирования по факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний в первичном звене здравоохранения / А.М. Калинина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – Т. 7, № 1. – С. 5-10.
4. Методичні рекомендації розробки та застосування основних профілактичних технологій у діяльності профілактичної охорони здоров'я / А.Р. Уваренко, Б.О. Ледошук, О.П. Яворовський, Н.В. Марчук. – К., 2006. – 16 с.
5. Оцінка поширеності та контролю факторів ризику серцево-судинних захворювань серед населення та лікарів / І.М. Горбась, О.М. Барна, В.Ю. Сакалош [та ін.] // Ліки України. – 2010. – № 1. – С. 4-9.

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

А.С. Бидучак

Резюме. Изучено осведомленность взрослого населения Черновицкой области вопросам профилактики хронических неинфекционных заболеваний и здорового образа жизни. Установлено, что большинство населения нуждается в знании профилактики хронических неинфекционных заболеваний и здорового образа жизни.

Ключевые слова: хронические неинфекционные заболевания, профилактика, здоровый образ жизни, факторы риска.

ASSESSMENT OF PUBLIC AWARENESS ON PREVENTION OF CHRONIC NON-INFECTIOUS DISEASES AND HEALTHY LIFESTYLE

A.S. Biduchak

Abstract. The awareness of adults in Chernivtsi region on prevention of chronic non-infectious diseases and healthy lifestyle has been studied. It was established that the majority of the population needs to know how to prevent chronic non-infectious diseases and how to lead a healthy way of life.

Key words: chronic non-infectious diseases, prophylaxis, healthy way of life, risk factors.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – доц. І.Г. Навчук

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 4 (68). – P. 206-209

Надійшла до редакції 18.09.2013 року

© А.С. Бидучак, 2013

УДК 616.853:615.015.46]-036-058:614.1

Л.Б. Мар'єнко, С.С. Пшик, К.М. Мар'єнко

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПАТОМОРФОЗ ЕПІЛЕПСІЇ У ХВОРИХ ІЗ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНИМ ПЕРЕБІГОМ ЗАХВОРЮВАННЯ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Резюме. Проведено дослідження змін, що відбулись у клініці, діагностиці та лікуванні епілепсії за останні 10 років (2003-2013рр.), та їх впливу на соціально-демографічний патоморфоз захворювання. На основі порівняння двох груп хворих на епілепсію із фармакорезистентним перебігом і тривалістю захворювання понад 10 років, зазначено, що особи з активною епілепсією у 2013р., за умови своєчасної діагностики захворювання

та застосування протиепілептичних препаратів нового покоління, мали менш виражені психічні розлади, більш рідкісні епілептичні напади, а відтак, вищий рівень освіти, працевлаштування, кваліфікації, більше число повних сімей та менший ступінь інвалідизації.

Ключові слова: епілепсія, патоморфоз, фармакорезистентність, соціально-демографічний патоморфоз.

Вступ. Хворі на епілепсію (Е), одним із найбільш поширених хронічних неврологічних захворювань, обтяжені великою кількістю не тільки медичних, але і психологічних, соціальних, економічних проблем, вирішення яких набуває нерідко більшого значення, ніж самі епілептичні напади [14]. У зв'язку з цим у 2005 році Міжнародною протиепілептичною лігою змінено концептуальне визначення епілепсії і підкреслено власне соціально-психологічні аспекти хвороби: "Е – це розлад мозку, що характеризується стійкою схильністю до виникнення епілептичних нападів, а також нейробіологічними, когнітивними, психологічними і соціальними наслідками цього стану" [7].

Сплеск досліджень детермінант якості життя хворих на Е припав на минуле десятиліття. В усіх країнах світу, в тому числі й в Україні [2], проходили численні опитування хворих на Е щодо впливу на якість їх життя різних аспектів епілепсії, з яких найбільше значення, як з'ясувалось, мали частота нападів, побічні дії протиепілептичних препаратів (ПЕП), психічна коморбідність, стигматизація і дискримінація в суспільстві [9].

Не вдаючись до обговорення поглядів на сутність Е в минулих століттях, варто зазначити, що в наш час економічної і культурної глобалізації, величезного поступу в інформаційних технологіях, значних досягненнях медичних наук рівень стигматизації хворих на Е, особливо в краї-

© Л.Б. Мар'єнко, С.С. Пшик, К.М. Мар'єнко, 2013