

*М. В. Хорош, І. А. Голованова, С. С. Касинець*

*ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

## МОДИФІКАЦІЯ СПОСОБУ ЖИТТЯ ЯК КОМПОНЕНТ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ НА ІНДИВІДУАЛЬНОМУ РІВНІ

Серцево-судинні захворювання – основна причина інвалідизації та смертності дорослого населення, тому одним з основних завдань системи охорони здоров'я в Україні є посилення профілактичної політики на первинній ланці охорони здоров'я – на рівні центру первинної медико-соціальної допомоги.

З метою визначення основних механізмів профілактичного втручання лікарем загальної практики-сімейної медицини для проведення модифікації способу життя використовувався бібліосемантичний метод, та на підставі отриманих даних була створена логічна модель зовнішньої допомоги на різних етапах процесу моделювання поведінки на рівні центру первинної медико-санітарної допомоги.

В результаті проведеного дослідження було встановлено що на індивідуальному рівні важливим є всебічний вплив на людину та всебічна підтримка бажання зміни поведінки: роз'яснювальні бесіди з боку працівників охорони здоров'я, сім'ї, близького оточення.

В статті визначені основні етапи взаємодії лікаря загальної практики-сімейної медицини та пацієнта, необхідні для успішної імплементації засад здорового способу життя, особлива увага приділяється діям лікаря загальної практики-сімейної медицини спрямованим на досягнення позитивного впливу на пацієнта.

**Ключові слова:** серцево-судинні захворювання, профілактика, модернізація способу життя.

Стаття є фрагментом науково-дослідницької роботи «Наукове обґрунтування технологій управління і організації різних видів медичної, в тому числі стоматологічної, допомоги дорослому та дитячому населенню в період реформування системи охорони здоров'я», державна реєстрація № 0113U004778.

Серцево-судинні захворювання – це група захворювань серця і судин до якої входять артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, цереброваскулярні захворювання (інсульт), хвороби периферичних судин, серцева недостатність, ревматизм, вроджені вади серця, кардіоміопатії [1].

Медико-соціальний тягар серцево-судинних захворювань полягає в тому, що вони великою мірою знижують тривалість та погіршують якість життя населення, що результується у суттєвих соціально-економічних втратах життєвого потенціалу країни [2].

Одним з першочергових завдань для системи охорони здоров'я в Україні є посилення профілактичної політики по відношенню до серцево-судинних захворювань [3, 4].

Не зважаючи на те, що протягом останніх 10 років, з 2005 року, в Україні спостерігається певна тенденція щодо покращення показників серцево-судинного здоров'я населення, що обумовлено успішним виконанням загальнодержавних проектів в області охорони здоров'я по замовленню Міністерства охорони здоров'я України: «Програма профілактики і лікування

артеріальної гіпертензії в Україні», затверджена Указом Президента України від 4 лютого 1999 р. № 117/99, міжгалузєва програма «Здоров'я нації», підставою для виконання якої була Постанова Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. № 14, «Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки», затверджена Постановою Кабінету Міністрів від 31 травня 2006 р. № 761 [5, 6].

Важливим кроком в покращенні ситуації стосовно кардіологічної патології було затвердження збірки рекомендацій Асоціації кардіологів України та вченої ради ДУ «ННЦ «Інституту кардіології імені академіка М. Д. Стражеска» НАМН України» для фахівців (лікарів ЗПСМ, терапевтів та спеціалістів вузького профілю) охорони здоров'я. Рекомендації є офіційним документом Української Асоціації кардіологів та містять сучасні погляди на етіологію та патогенез серцево-судинної патології, новітні методи діагностики та лікування, що базуються на принципах доказової медицини і актуальних рекомендаціях міжнародних експертних організацій, а також інноваційні технології профілактичної кардіології [8].

Більшість серцево-судинних захворювань можна попередити шляхом застосування заходів по відношенню таких факторів ризику, як вживання тютюнових виробів, нездорове харчування та ожиріння, відсутність фізичної активності, підвищений кров'яний тиск, діабет та підвищені

ний рівень ліпідів [9–12].

Важливим компонентом профілактики серцево-судинних захворювань є модернізація способу життя людини, що має найвпливовіший вплив факторів ризику або діагностоване серцево-судинне захворювання [13, 14].

**Мета дослідження.** Проаналізувати шляхи первинної профілактики та визначити основні механізми профілактичного втручання лікарем ЗПСМ з метою модифікації способу життя.

**Об'єкт і методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети використовувалася бібліосемантичний метод, шляхом якого були визначені основні проблеми первинної профілактики ХСК та основні механізми взаємодії лікаря та пацієнта. На підставі отриманих даних була сформована логічна модель зовнішньої допомоги на різних етапах процесу моделювання поведінки на рівні ПМСД.

### Результати досліджень та їх обговорення

Для покращення рівня первинної профілактики хвороб системи кровообігу не лише лікар первинної ланки (лікар ЗПСМ, терапевт), але і всі працівники охорони здоров'я повинні мати відповідні знання щодо переваг здорового способу життя. Інформація має надаватися як під час співбесід (аудіовізуальна форма) так і шляхом написання рекомендацій (письмова форма). В той же час рекомендації мають носити легко здійснюваний характер – щоденна ходьба, уникнення солоного, жирного тощо. Всі рекомендації стосовно модифікації дієти мають бути багатоконпонентними (правильне цілеспрямовання, залучення близьких пацієнта, розробка індивідуальних дієтичних обмежень з урахуванням смаків пацієнта) та мати постійний, безперервний характер [15].

Рекомендації щодо тютюнопаління та вживання алкоголю проводяться у вигляді короткого мотиваційного інтерв'ю для підвищення бажання допомогти людям вирішити припинити або зменшити кількість вживання алкоголю, паління, збільшити фізичну активність, використовувати корисні продукти. Сесії повинні тривати від 20 до 30 хвилин.

При цьому роз'яснюється які продукти сприяють зменшенню потягу до тютюну або алкоголю (сині баклажани, настоянка женьшеню і тривале жування), що пригнічує потяг до них.

Навчання відносно уникнення стресових ситуацій лікарю ЗПСМ варто надавати у вигляді довірливих бесід, оскільки напружені психологічні стосунки можуть виникати як вдома, так і на роботі.

При плануванні профілактичних заходів слід враховувати, що важливою складовою успіху є зміна як власної поведінки людини стосовно свого здоров'я, так і характеру життя великих угруповань людей.

Зміна характеру поведінки є одним із ключових моментів, що слід враховувати як при роз-

робці профілактичних програм спрямованих на усунення факторів ризику та впровадження засад здорового способу життя, так і при здійсненні розробки плану лікування випадків захворювань серцево-судинної системи.

Слід також враховувати той факт, що поведінка великою мірою залежить не лише від знань людини, а й від сприйняття, мотивації, соціального оточення.

Важливо розуміти, що зміна поведінки це не одномоментна дія, а довготривалий процес, а також те, що різні люди мають різні рівні мотивації та різну ступінь готовності до змін [16].

Процес зміни поведінки передбачає поступове переосмислення стилю свого життя та готовність до дії. Люди, що знаходяться на різних стадіях процесу поведінкових змін потребують різних заходів, що відповідають їх стадії та пристосовані до неї.

Лікар ЗПСМ, який є довіреною особою людини, має авторитетний вплив серед населення, тому на індивідуальному рівні сприяє модернізації поведінки пацієнта, враховує так звані певні ключові точки життєвого циклу людини, які є сприятливими для втручання на один або декілька рівнів життя.

Це зумовлено тим, що в ці, ключові періоди людині притаманна тенденція до переоцінки цінностей, переосмислення власних поведінкових стереотипів. Типовими точками змін є закінчення школи, вихід на роботу, звільнення з роботи, зміна сімейного стану, батьківство, втрата близької людини, тощо.

При здійсненні впливу на людину з метою надання рекомендацій щодо зміни моделі поведінки лікарю ЗПСМ слід враховувати ряд факторів:

- Очікувані наслідки їх поведінки (допомогти людині зрозуміти які наслідки для здоров'я несе її стиль життя);
- Особисту поведінку людини (її відношення до необхідності здорового способу життя);
- Розвиток позитивного відношення (сприяння формуванню позитивного відношення до здорового способу життя);
- Самоефективність (підвищення віри людини в свої можливості щодо зміни моделі поведінки);
- Наочні приклади (приклад позитивних для здоров'я змін у інших людей, що пройшли зміну поведінки щодо здоров'я);
- Суб'єктивні аспекти (зміцнення соціального схвалення позитивної для здоров'я моделі поведінки);
- Особистісні аспекти (сприяння розвитку особистісних та моральних потреб до зміни моделі поведінки);
- Формування намірів та планування (допомога сформуванню мету та плани щодо зміни моделі поведінки, що охоплюватиме тривалий час та максимальну кількість складових здорового способу життя);
- Поведінкові контракти (прохання до люди-

ни ділитися своїми планами з іншими);

– Профілактика рецидивів (допомога розвитку навичок, що дозволятимуть долати труднощі не повертаючись до старої моделі поведінки).

Можна виділити п'ять стадій зміни поведінки: передосмислення, осмислення, прийняття рішення, дія, підтримка та збереження нової форми поведінки (рис. 1).

На *стадії передосмислення*, коли проблема ще усвідомлюється та людина ще не має думок щодо зміни поведінки (відмова від паління, схуднення, нормалізація режиму дня тощо), необхідною є така форма взаємодії сімейного лікаря та пацієнта, як інформування щодо необхідності змін поведінки, індивідуального ризику та користі нової моделі поведінки.

Роз'яснення щодо необхідності змін, які слід внести в повсякденне життя мають бути дані в доступній формі, бажано підкріплені розробленими письмовими або аудіовізуальними матеріалами з метою мотивування пацієнта дотримуватись рекомендованих змін.

На *стадії осмислення*, коли людина починає розмірковувати щодо змін способу життя в недалекому майбутньому, необхідні заходи, що сприятимуть формуванню мотивації, підштовхуватимуть до створення визначених планів.

Досягнення позитивного ефекту, тобто внесення успішних змін до звичайного способу життя можливе за присутності ряду складових: власна мотивація пацієнта та програми керуючих орга-

нів, спрямовані на виявлення та усунення соціальних, економічних та екологічних перешкод, які заважають людям вносити позитивні зміни в спосіб свого життя (рівень бідності, зайнятості, освіти тощо). Підтримка з боку органів управління відіграє важливу роль для досягнення позитивних змін способу життя пацієнтів, перш за все з групи тих, кому важко внести зміни в своє життя або тих, у кого дуже низький рівень мотивації. При здійсненні операцій по втручанню з метою модифікації поведінки необхідно визначити три основні моменти:

– Найбільш повно сформулювати що треба змінити;

– Всебічно висвітлити всі надбання соціо-економічних шляхів впливу на конкретну змінювану рису способу життя;

– Визначити який з механізмів буде мати найбільшу ефективність в цьому питанні.

Важливим компонентом програми поведінкових змін є ступінь власної мотивації пацієнта, оскільки від цього залежить не лише успіх досягнення змін, а й об'єм зусиль, які необхідно прикласти для його досягнення (при низькому рівні мотивації можуть бути необхідні додаткові інформаційні втручання).

На *стадії прийняття рішення* проходить складання плану щодо змін способу життя, поведінки. На даному етапі необхідним є надання допомоги в складанні плану конкретних дій, встановленні конкретних цілей.

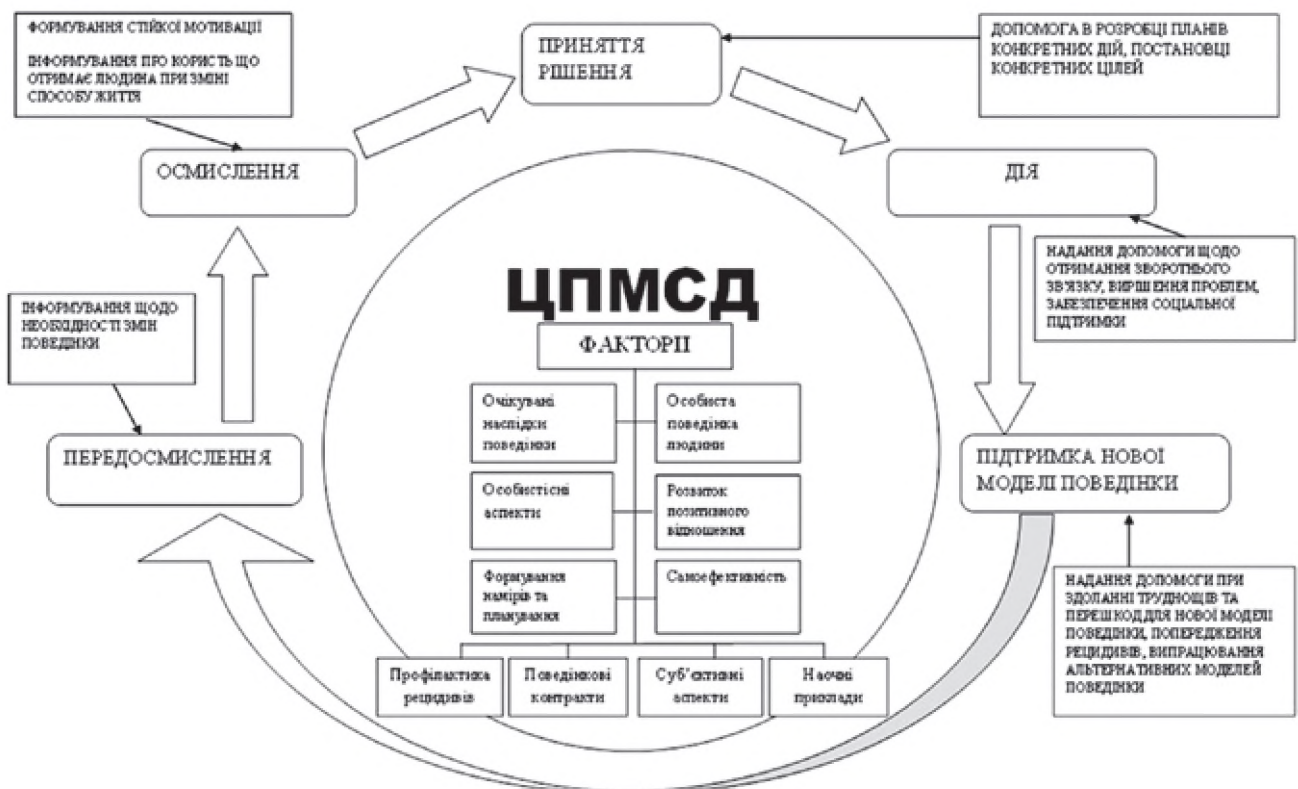


Рис. 1. Логічна модель зовнішньої допомоги на різних етапах процесу моделювання поведінки на рівні ПМСД

На стадії *дії* проходить реалізація плану специфічних дій стосовно внесення змін в спосіб життя. Найбільш адекватними діями на цьому етапі є надання допомоги щодо зворотнього зв'язку, вирішенні проблем, забезпечення соціальної підтримки тощо.

На стадії *підтримки отриманого результату* продовжується виконання дій та заходів рекомендованих на попередніх етапах. Основними діями цього етапу є забезпечення та надання підтримки при здоланні поведінкових труднощів, нагадування про переваги нової моделі поведінки, пошук альтернатив, попередження рецидивів.

Значну роль в процесі моделювання поведінки відіграє контроль якості поведінкових змін. Для цього доцільно використовувати наступні механізми: самоконтроль, моніторинг та оцінку результату. Ефективний самоконтроль полягає в тому, що пацієнт дослухається до своїх відчуттів і в разі виникнення будь-яких пов'язаних із зміною поведінки труднощів звертається до лікаря для корекції/профілактики рецидиву. Моніторинг полягає в регулярних спостереженнях за процесом внесення змін, виявленні можливих труднощів та внесення необхідних коректив. Оцінка результату – віддалена оцінка стану пацієнта, яка передбачає визначення досягнення результату.

### Висновки

Таким чином досягнення позитивного ефекту стосовно модернізації поведінки можливе лише за наявності комплексного підходу та залучення

усіх рівнів впливу – популяційного, групового, індивідуального. В той час як на популяційному і груповому рівнях використовуються механізми нормативно-правового регулювання (обмеження шкідливих звичок, організація медичної допомоги, тощо), депопуляризація шкідливих звичок (соціальна реклама в засобах масової інформації), проводиться виховання навичок здорового способу життя на рівні колективів (дитячі садки, школи), створюються групи соціальної підтримки людей певних груп (спілки анонімних алкоголіків, т. і.), на індивідуальному рівні важливим є всебічний вплив на людину та всебічна підтримка бажання зміни поведінки: роз'яснювальні бесіди з боку працівників охорони здоров'я, сім'ї, близького оточення. Важливо відмітити що безперервна взаємодія пацієнта із лікарем первинної ланки є важливим компонентом досягнення профілактичного ефекту стосовно модифікації способу життя, і як наслідок зменшення впливу поведінкових факторів ризику ХСК на людину.

### Перспективи подальших досліджень

Враховуючи важливість взаємодії лікаря ЗПСМ та пацієнта з метою своєчасного виявлення та усунення дії факторів ризику серцево-судинних захворювань і як наслідок зменшення рівня первинної захворюваності на ХСК та зменшення кількості серцево-судинних подій подальший напрямок роботи полягає в створенні моделі виявлення та первинної профілактики хвороб системи кровообігу як складової надання медичної допомоги на первинному рівні.

### Список літератури

1. Коваленко В. М. Регіональні медико-соціальні проблеми хвороб системи кровообігу. Динаміка та аналіз / В. М. Коваленко, В. М. Корнацький. – Київ, 2013. – 240 с.
2. Дудник С. Серцево-судинні захворювання в Україні / С. Дудник // Всеукраїнська медична газета «Ваше здоров'я». – 2015. – № 1/2. – С. 18–19.
3. Сучасні методи профілактики та лікування тютюнової залежності в практиці сімейного лікаря / Д. Д. Дячук [та ін.] // Главный врач. – 2014. – № 12. – С. 28–31.
4. Хорош М. В. Сучасні погляди на проблеми профілактики серцево-судинних захворювань (за матеріалами Всесвітньої федерації серця) / М. В. Хорош, І. А. Голованова // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2016. – № 1 (26). – С. 125–126.
5. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки. / Постанова КМУ від 10 січня 2002 р. № 14. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-%D0%BF>.
6. Про затвердження Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки. / Постанова КМУ від 31 травня 2006 р. № 761 – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/761-2006-%D0%BF>.
7. Концепція Державної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні на 2011–2020 роки // Артеріальна гіпертензія. – 2011. – № 2 (6). – С. 12–15.
8. Коваленко В. М. Стрес і серцево-судинні захворювання: сучасний стан проблеми / В. М. Коваленко // Український кардіологічний журнал. – 2015. – додаток 1. – С. 4–10.
9. Корнацький В. М. Хвороби системи кровообігу і психічне здоров'я : монографія / В. М. Корнацький, В. І. Клименко. – Київ, 2009. – 115 с.
10. Метаболічний синдром та серцево-судинний ризик: сучасний погляд на проблему / І. М. Гідзинська, Г. З. Мороз, Т. С. Ласиця, М. В. Безугла // Артеріальна гіпертензія. – 2012. – № 2. – С. 111–117.
11. Aboyans V. The cardiologist and smoking cessation / V. Aboyans, D. Thomas, P. Lacroix // Curr Opin Cardiol. – 2010. – Vol. 25. – P. 469–477.
12. Cardiovascular disease risk factors [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.world-heart-federation.org/cardiovascular-health/cardiovascular-disease-risk-factors/> – Назва з екрана.
13. Заремба Є. Х. Роль сімейного лікаря в профілакти-

- ці серцево-судинних захворювань / Є. Х. Заремба, А. С. Беседіна // Сімейна медицина. – 2012. – № 1. – С. 48–50.
14. Зюков О. Л. Попередній досвід вивчення знань, ставлення та навичок медичних працівників первинної ланки з питань профілактики хронічних неінфекційних захворювань / О. Л. Зюков, Т. С. Грузева // Главный врач. – 2014. – № 6. – С. 19–23.
15. The Guide to Clinical Preventive Services 2014 Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>. – Назва з екрану.
16. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) [Електронний ресурс] // European Heart Journal. – 2013. – Vol. 34. – P. 2159–2219. – Режим доступу: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/34/28/2159.full.pdf+html?sid=5dbe9b90-8a6d-4969-b3e0-76d1d905ed05>. – Назва з екрану.

Стаття надійшла до редакції 17.09.2016

**М. В. Хорош, И. А. Голованова, С. С. Касинець**

*ВГУЗ України «Українська медичинська стоматологічна академія», г. Полтава*

## МОДИФИКАЦІЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК КОМПОНЕНТ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ИНДИВИДУАЛЬНОМ УРОВНЕ

Сердечно-сосудистые заболевания – основная причина инвалидизации и смертности взрослого населения, поэтому одной из основных задач системы здравоохранения в Украине является усиление профилактической политики на первичном звене здравоохранения – на уровне центра первичной медико-социальной помощи.

С целью определения основных механизмов профилактического вмешательства врачом общей практики-семейной медицины для проведения модификации образа жизни использовался библиосемантический метод, и на основании полученных данных была создана логическая модель внешней помощи на различных этапах процесса моделирования поведения на уровне центра первичной медико-социальной помощи.

В результате проведенного исследования было установлено, что на индивидуальном уровне важно всестороннее влияние на человека и всесторонняя поддержка желание изменения поведения: разъяснительные беседы со стороны работников здравоохранения, семьи, близкого окружения.

В статье определены основные этапы взаимодействия врача общей практики-семейной медицины и пациента, необходимые для успешной имплементации принципов здорового образа жизни, особое внимание уделяется действиям врача общей практики-семейной медицины, направленным на достижение положительного воздействия на пациента.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистые заболевания, профилактика, модернизация образа жизни.

**M. V. Khorosh, I. A. Golovanova, S. S. Kasynets**

*Higher educational institution of Ukraine "Ukrainian Medical Dental Academy", Poltava*

## MODIFICATION OF LIFESTYLE AS A COMPONENT OF THE PRIMARY PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES AT THE INDIVIDUAL LEVEL

Cardiovascular disease – the main cause of morbidity and adult mortality, so one of the main objectives of the health system in Ukraine is to strengthen preventive policies at primary health care – at the level of primary health and social care center.

In order to determine the basic mechanisms of preventive intervention as a general practitioner-family medicine for lifestyle modifications used bibliosemantic method and on the basis of the data was created logical model of foreign assistance at various stages of the modeling process behavior at the level of primary health and social care center.

As a result of the study it was found that on an individual level it is important to fully impact on humans and the full support of the desire to change the behavior: explanatory conversations with health professionals, family, close environment.

The article identifies the main stages of interaction between the general practitioner-family medicine and patients necessary for successful implementation of the principles of a healthy lifestyle, focusing on the actions of the general practitioner-family medicine, aimed at achieving a positive impact on the patient.

**Keywords:** cardiovascular disease prevention, modernization of lifestyle.