

МОДЕРНІЗАЦІЯ СПОСОБУ ЖИТТЯ ЯК СПОСІБ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Мета – висвітлити питання оптимізації та удосконалення профілактики серцево-судинних захворювань; приділити увагу впровадженню механізмів модифікації поведінки та принципів здорового способу життя.

Матеріали та методи. Дослідження впливу факторів ризику на формування серцево-судинної патології проведено шляхом статистичної обробки даних анонімного анкетування населення м. Полтава (1285 анкет). Роль факторів визначено шляхом логістичної регресії з використанням спеціалізованого програмного забезпечення. Основні напрями впливу на фактори ризику досліджено шляхом аналізу літературних джерел.

Результати. Встановлено, що важливим компонентом боротьби із серцево-судинними захворюваннями є проведення первинної профілактики з приділенням особливої уваги питанням модифікації поведінки людей із наявними факторами ризику і зосередження уваги на засадах здорового способу життя.

Висновки. Доведено необхідність комплексного підходу до питань профілактики серцево-судинних захворювань із використанням методів модифікації поведінки на усіх рівнях – центральному, груповому, індивідуальному. Визначено необхідність позитивної мотивації щодо необхідності здорового способу життя.

Ключові слова: модифікація поведінки, серцево-судинні захворювання, фактори ризику.

Вступ

Протягом останніх десятиліть проблема серцево-судинної патології набуває все більшої актуальності в реаліях сучасного світу. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) посідають провідне місце в структурі всесвітньої епідемії неінфекційних хвороб. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, Всесвітньої федерації серця, а також Центру медичної статистики України, ССЗ займають перші місця в структурі захворюваності, інвалідизації та смертності як в Україні, так і в усьому світі [1, 2].

За даними Всесвітньої федерації серця, проблема кардіологічної патології більш притаманна країнам із низьким та середнім рівнем економічного розвитку, що обумовлено певними складностями функціонування їх систем охорони здоров'я у зв'язку з певними труднощами, спричиненими демографічними, соціально-економічними та політичними особливостями цих країн: низький рівень фінансування систем охорони здоров'я, недостатній рівень доступності та охоплення населення медичною допомогою, низький соціально-економічний рівень життя переважної більшості населення, нерациональний розподіл ресурсів системи охорони здоров'я за рахунок нехтування профілактичною ланкою, низький рівень первинної ланки охорони здоров'я на віддалених ділянках країни, переважне зосередження медичних кадрів у містах, що призводить до низького забезпечення медичною допомогою сільського населення, великий рівень корумпованості медичної галузі, високий ступінь впливу факторів ризику (ФР), поганой інформованості населення тощо [8–12].

Мета роботи – зосередити увагу на питаннях профілактики ССЗ шляхом розробки моделі профілактики, зосередженої на питаннях модифікації поведінки та запровадження принципів здорового способу життя (ЗСЖ).

Матеріали та методи

Визначено основні ФР формування ССЗ та основні механізми модифікації моделі поведінки й виховання засад ЗСЖ.

У дослідженні використано бібліосемантичний та епідеміологічний методи. Основні ФР формування ССЗ визначено шляхом анонімного анкетування 1280 мешканців м. Полтави з наступною статистичною обробкою з використанням спеціального програмного забезпечення, за дизайном дослідження ретроспективне. Основні напрями впливу на ФР досліджено шляхом аналізу літературних джерел.

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті отриманих даних встановлено основні ФР формування ССЗ серед населення м. Полтави: вік понад 40 років, чоловіча стать, наявність ССЗ у родині (у близьких родичів), характер харчування (зложивання свининою, копченостями, солодощами, недостатнє вживання молокопродуктів), порушення характеру нічного сну, недосипання, низька фізична активність, нервово-емоційне перевантаження, ожиріння, паління, зложивання алкоголем, періодичне підвищення артеріального тиску (АТ), наявність скарг із боку серцево-судинної системи, нехтування зверненням до лікаря і перевага самолікування [3].

Як видно з переліку ФР, більшість із них відноситься до категорії поведінкових, тобто нівелювання їх дії переважно досягається вдалою первинною профілактикою, а саме вихованням навичок ЗСЖ і модернізацією поведінки (рис.).

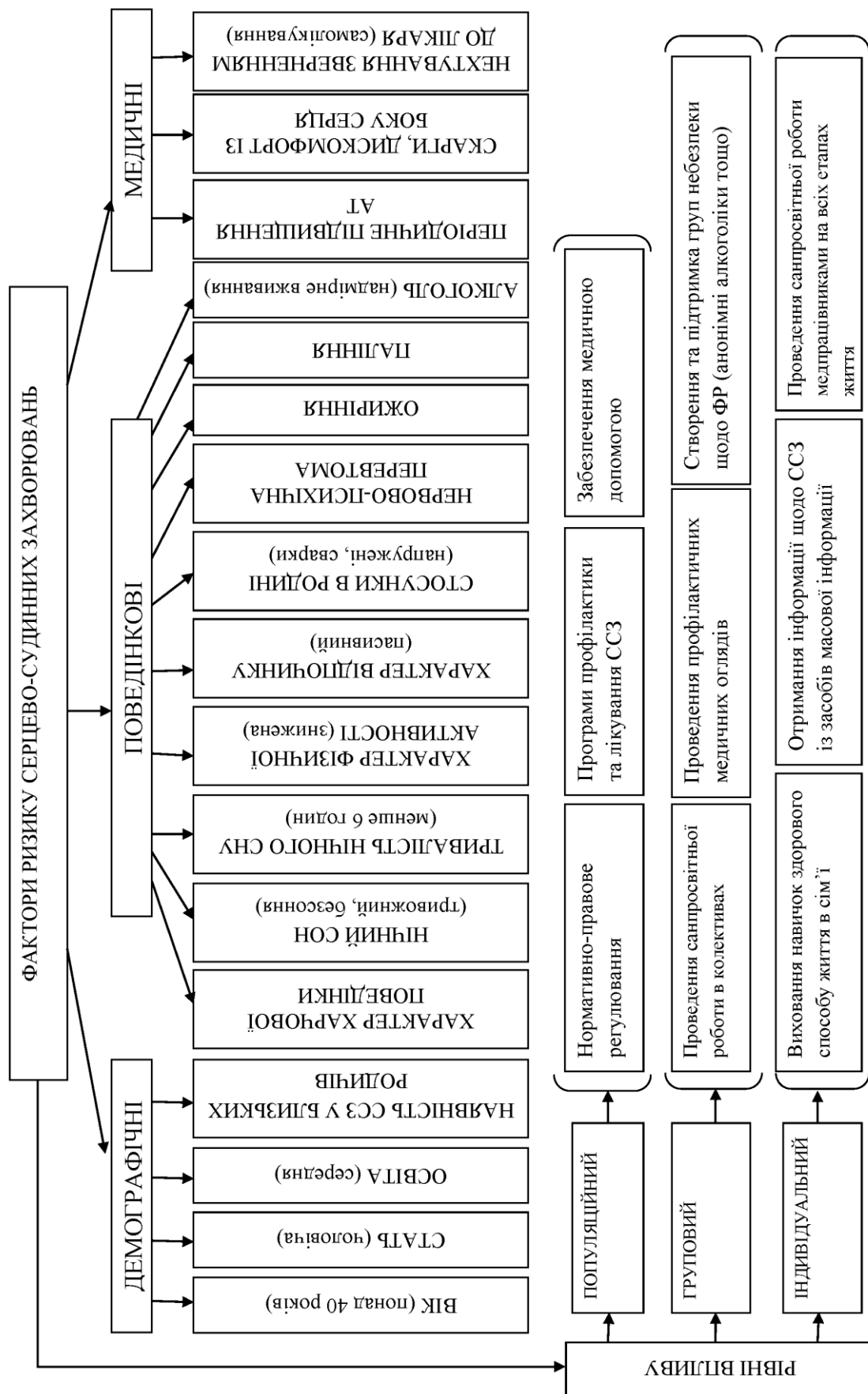


Рис. Компоненти детермінантно орієнтованої оптимізованої моделі первинної профілактики серцево-судинних захворювань

Важливою ланкою профілактики ССЗ є модернізація способу життя людини, яка має вплив факторів ризику та/або сформоване ССЗ.

Досягнення позитивного ефекту, тобто внесення успішних змін до звичайного способу життя, можливе за присутності ряду складових: власна мотивація пацієнта та програми керуючих органів, спрямовані на виявлення й усунення соціальних, економічних та екологічних перешкод, які заважають людям вносити позитивні зміни в спосіб життя (рівень бідності, зайнятості, освіти тощо). Підтримка з боку органів центрального та регіонального управління відіграє важливу роль для досягнення позитивних змін способу життя пацієнтів, передусім із групи тих, кому важко внести зміни у власне життя, або тих, у кого дуже низький рівень мотивації [5].

Основним моментом є те, що поради щодо змін у звичайний порядок життя слід надавати постійно, на всіх етапах спілкування з пацієнтом: під час первинного контакту на первинній ланці охорони здоров'я (звернення до сімейного лікаря), під час проходження обстеження та лікування. Роз'яснення щодо необхідності змін у повсякденне життя мають бути дані в доступній формі, бажано підкріплені розробленими письмовими або аудіовізуальними матеріалами з метою мотивування пацієнта дотримуватись рекомендованих змін.

Необхідно враховувати, що дії стосовно зміни поведінки можуть бути націленими на різні рівні людського життя – індивідуальний, родинний, груповий та популяційний. Водночас, результат прикладених зусиль не обов'язково буде проявлятися на тому ж рівні, де і прикладене зусилля: наприклад, вплив на рівні популяції може давати результати на індивідуальному рівні, а вплив на родинному рівні проявлятиметься на рівні груп населення [4].

Слід враховувати і те, що в життєвому циклі людини існують певні періоди, ключові точки, сприятливі для втручання на один чи 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 слід враховувати ряд факторів:

- очікувані наслідки їх поведінки (допомогти людині зрозуміти, які наслідки для здоров'я має її стиль життя);
- особисту поведінку людини (її ставлення до ЗСЖ);
- розвиток позитивного ставлення (сприяння формуванню позитивного ставлення до ЗСЖ);
- самоефективність (підвищення віри людини у власні можливості щодо зміни моделі поведінки);
- наочні приклади (приклади позитивних для здоров'я змін в 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 і моральних потреб до зміни моделі поведінки);

– формування намірів і планування (допомога сформуванню мету та плани щодо зміни моделі поведінки, що охоплюватиме тривалий час і максимальну кількість складових ЗСЖ);

– поведінкові контракти (прохання до людини ділитися своїми планами з іншими);

– профілактика рецидивів (допомога розвитку навичок, які дозволятимуть справлятися з труднощами, не повертаючись до старої моделі поведінки).

Слід враховувати, що вдала модернізація способу життя має включати не лише виявлення та усунення дії ФР, але й виховання не етапів навчання – в дитячих садках, школах, родині. Важливим компонентом є підтримка з боку керівництва (створення умов на робочому місці), державних структур (проведення програм та акцій) і засобів мас-медіа (запровадження просвітницьких програм і обмеження пропаганди шкідливих звичок).

Необхідно чітко усвідомлювати, що для підвищення ймовірності успішної зміни поведінки необхідно здійснювати вплив на різних рівнях. Як приклад: зниження вживання алкоголю досягатиметься шляхом дії на індивідуальному (бесіда з людиною), груповому (формування суспільної думки, ставлення), місцевому (урегулювання продажу спиртних напоїв), національному (встановлення цін на алкогольні напої, висвітлення кримінальних випадків, пов'язаних з уживанням алкоголю) та інших рівнях [6].

При здійсненні операцій щодо втручання з метою модифікації поведінки необхідно визначити три основні моменти:

– найбільш повно сформулювати, що треба змінити;

– всебічно висвітлити всі надбання соціоекономічних шляхів впливу на конкретну змінювану рису способу життя;

– визначити, який з механізмів буде найбільш ефективним у цьому питанні.

При розробці методики впливу на поведінку слід мати чітку уяву про риси поведінки та обсяг конкретних змін, а також визначити рівень основного впливу – індивідуальний, груповий, популяційний. У процесі підготовки програми втручання необхідно визначити предмет втручання (цільову популяцію, групу чи індивіда), обсяг майбутніх змін (рис поведінки, які мають підлягати змінам), можливі перешкоди для проведення втручання, а також шляхи їх подолання, які додаткові соціальні фактори можуть сприяти втручанням та критерії ефективності втручання.

Важливим компонентом програми поведінкових змін є ступінь власної мотивації пацієнта, оскільки від цього залежить не лише успіх досягнення змін, але й обсяг зусиль, які необхідно прикласти для його

досягнення (при низькому рівні мотивації можуть бути необхідні додаткові інформаційні втручання).

Високоєфективним механізмом впливу на формування моделі поведінки є втручання на популяційному, державному рівні шляхом вирішення соціальних, екологічних, економічних і нормативно-правових проблем. Основними механізмами впливу цього рівня є створення відповідної законодавчої бази, регулювання реклами в засобах масової інформації, створення та підтримка програм соціального захисту та соціальної допомоги, регулювання продажу різних груп товарів і відповідне податкове законодавство [7].

Торкаючись індивідуального рівня взаємодії, слід відмітити, що велике значення потрібно приділяти рівню знань і навичок медичного та/або соціального працівника, який матиме безпосередній контакт із людиною, чії поведінкові риси необхідно змінити. Важливими умовами для такого працівника є розуміння різноманітності шляхів впливу на поведінку, здатність адекватного планування необхідних змін і здатність об'єктивної оцінки отриманих результатів, усвідомлення важливості недискримінаційного характеру взаємодії із пацієнтом і здатність оперувати усім спектром результатів нових досліджень та практичного досвіду. З цього випливає, що одним із ключових завдань, що стоїть перед органами центральної адміністрації, є забезпечення навчання медичних і соціальних працівників, які безпосередньо працюють із пацієнтом, що, своєю чергою, сприятиме підвищенню якості та доступності поведінково-направлених втручань.

Значну роль у процесі моделювання поведінки відіграє контроль якості поведінкових змін. Для цього доцільно використовувати такі 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 зі зміною поведінки труднощів звертається до лікаря для корекції/профілактики рецидиву. Моніторинг полягає в регулярних спостереженнях за процесом внесення змін, виявленні можливих труднощів і внесення необхідних коректив. Оцінка результату – віддалена оцінка стану пацієнта, яка передбачає визначення досягнення результату.

Важливою складовою правильного способу життя є дотримання режиму фізичної активності, раціональне і збалансоване харчування, відмова від шкідливих звичок, уникнення стресових ситуацій, дотримання режиму праці та відпочинку тощо. Таким чином, модернізація стилю поведінки має охоплювати якомога більше аспектів життя.

Одним із основних ФР, що має підлягати корекції, є харчова поведінка і надмірна вага тіла/ожиріння.

Першим кроком боротьби з даною проблемою має бути оцінка бажання людини до внесення змін у характер свого харчування, а також оцінка перешкод на цьому шляху (відсутність знань про принципи правильного харчування, відсутність усвідомлення необхідності дотримання дієти та виконання фізичних вправ, вартість і доступність корисних продуктів харчування, харчові традиції та особисті смаки). Також на цьому етапі

необхідно враховувати особливості індивідуальних фізіологічних (період вагітності та після неї, менопауза, період відмови від паління тощо) і конституційних особливостей людини.

На центральному рівні можливими шляхами вирішення проблеми можуть бути зосередження уваги первинної ланки охорони здоров'я на проблемі лікування та попередження ожиріння й виділення матеріальних ресурсів на проведення програм боротьби з ним. На рівні органів місцевої влади допомога може здійснюватись шляхом організації додаткових безпечних місць для фізичних навантажень: пішохідні та велосипедні маршрути, спеціальні спортивні майданчики, додаткові приміщення для занять спортом тощо.

З боку закладів освіти (дитячі садки та школи) важливо забезпечувати дітей здоровим збалансованим харчуванням, мінімізувати сидячу діяльність шляхом збільшення питомої ваги активних фізичних навантажень і зосередження уваги дітей та підлітків на актуальних проблемах і перевагах ЗСЖ.

На роботі доцільно організувати місця для можливості активного відпочинку, паркінги для велосипедів, а також місця для правильного харчування; забезпечувати співробітників путівками в лікувально-профілактичні санаторії.

Щодо закладів охорони здоров'я, то особлива увага в запровадженні ЗСЖ має здійснюватись шляхом пропаганди такого способу життя на всіх етапах надання медичної допомоги. Велику роль відіграє наявність правильного харчування в лікарнях, забезпечення паркінгу для велосипедів, розміщення проспектів і санітарних бюлетенів, присвячених проблемам ожиріння, неправильному способу життя, низькій фізичній активності тощо.

Усі працівники охорони здоров'я повинні володіти відповідними знаннями щодо профілактики ожиріння і перевагах ЗСЖ. Інформація має надаватись як під час співбесіди (аудіовізуальна форма), так і шляхом написання рекомендацій (письмова форма). Водночас, рекомендації мають носити легко здійснюваний характер – щоденна ходьба, уникнення солоного, жирного тощо. Усі рекомендації стосовно модифікації дієти мають бути багатокomпонентними (правильне цілеспрямування, залучення близьких пацієнта, розробка індивідуальних дієтичних обмежень з урахуванням смаків пацієнта) та мати постійний, безперервний характер.

Модифікація способу життя передбачає зміни харчового раціону, які включають виключення або зменшення вживання продуктів, які можуть викликати підвищення АТ. У разі виявлення підвищеного АТ слід рекомендувати знизити споживання алкоголю, оскільки, як відомо, надмірне споживання алкогольних напоїв веде до підвищення АТ. Також необхідно обмежити вживання кави й продуктів із високим вмістом кофеїну, натрію (солоні продукти).

Вкрай важливою складовою профілактики ССЗ є відмова від паління. З метою припинення паління доцільно використовувати короткі бесіди, тривалістю 5–10 хв., які включають поради, що допоможуть правильно

оцінити необхідність відмови від паління, надання інформації стосовно фармакотерапевтичних / поведінкових шляхів відмови від паління [5–7].

Важливою мотиваційною складовою зміни способу життя є використання принципу групової роботи. Прикладом такого підходу можна вважати створення організацій пацієнтів, які надають підтримку один одному і сприяють дотриманню ЗСЖ (асоціації анонімних алкоголіків, самотніх тощо).

Висновки

У результаті проведених досліджень визначено, що важливим компонентом боротьби із ССЗ є проведення первинної профілактики з приділенням особливої уваги

питанням модифікації поведінки людей із наявними факторами ризику й зосередження уваги на засадах ЗСЖ. Слід особливо відмітити необхідність комплексного підходу до питань профілактики ССЗ із залученням усіх рівнів – центрального, групового, індивідуального.

Перспективи подальших досліджень

Планується розробити комплексну модель із можливістю подальшого її впровадження в практику первинної профілактики ССЗ із зосередженням уваги на питаннях реалізації засад ЗСЖ і основних механізмах модифікації поведінки із залученням усіх ланок впливу – центральної, групової та індивідуальної.

Література

1. *Комплексна оцінка медико-демографічної ситуації як складова методології розробки державних цільових програм в охороні здоров'я* / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузєва, Л. І. Галієнко [та ін.] // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 238–247.
2. *Котівська А. А.* Дослідження соціально-епідеміологічних показників населення України внаслідок хвороб системи кровообігу на державному та регіональному рівнях / А. А. Котівська, І. О. Лобова // Вісник фармації. – 2012. – № 4 (72). – С. 62–65.
3. *Хорош М. В.* Серцево-судинна захворюваність як складова неінфекційних захворювань та фактори ризику кардіологічної патології серед населення міста Полтава / М. В. Хорош // Актуальні проблеми сучасної медицини: вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2015. – № 2 (50). – С. 156–164.
4. *Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification* // National Institute for Health and Care Excellence. – 2014. – 50 p.
5. *Cardiovascular diseases and risk management* / American Diabetes Association // Diabetes Care. – 2015. – Vol. 38 (Suppl. 1). – P. S49–S57.
6. *Community-Wide Cardiovascular Disease Prevention Programs and Health Outcomes in a Rural County, 1970-2010* / N. B. Record, D. K. Onion, R. E. Prior, D. C. Dixon // The Journal of American Heart Association. – 2015. – Vol. 313 (2). – P. 147–155.
7. *Executive summary: Heart Disease and Stroke Statistics – 2015 Update. A Report From the American Heart Association* // Circulation. – 2015. – Vol. 131. – P. 434–441.
8. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020.* – Geneva : WHO, 2013. – 103 p.
9. *Nascimento B.* Глобальне здоров'я та серцево-судинні захворювання / B. Nascimento, L. Brant, D. Moraes // Український кардіологічний журнал. – 2015. – № 4. – С. 123–133.
10. *Townsend N.* Cardiovascular disease in Europe – epidemiological update 2015 / N. Townsend, M. Nickhols, P. Scarborough // European Heart Journal. – 2015. – № 36. – P. 2696–2705.
11. *WHO.* 2014 global progress report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. – Geneva : WHO, 2014. – 118 p.
12. *Yusuf S.* The World Heart Federation's vision for worldwide cardiovascular disease prevention / S. Yusuf, D. Wood // Lancet. – 2015. – Vol. 386. – P. 399–402.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.03.2016 р.

**Модернизация образа жизни
как способ первичной профилактики
сердечно-сосудистой патологии***М.В. Хорош, И.А. Голованова*

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Цель – осветить вопросы оптимизации и усовершенствования профилактики сердечно-сосудистых заболеваний; уделить внимание внедрению механизмов модификации поведения и принципов здорового образа жизни.

Материалы и методы. Исследование влияния факторов риска на формирование сердечно-сосудистой патологии проведено путем статистической обработки данных анонимного анкетирования населения г. Полтава (1285 анкет). Роль факторов определена путем логистической регрессии с использованием специализированного программного обеспечения. Основные направления воздействия на факторы риска исследованы путем анализа литературных источников.

Результаты. Установлено, что важным компонентом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями является проведение первичной профилактики с уделением особого внимания вопросам модификации поведения людей с факторами риска и сосредоточение внимания на принципах здорового образа жизни.

Выводы. Доказана необходимость комплексного подхода к вопросам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний с использованием методов модификации поведения на всех уровнях – центральном, групповом, индивидуальном. Определена необходимость позитивной мотивации относительно необходимости здорового образа жизни.

Ключевые слова: модификация поведения, сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска.

**Modernization of lifestyle
as a way of primary prevention
of cardiovascular diseases***M.V. Khorosh, I.A. Golovanova*HSEIU «Ukrainian Medical Stomatological Academy»,
Poltava, Ukraine

Purpose – focus on optimizing and improving the prevention of cardiovascular diseases; the focus is on the implementation mechanisms of behavior modification principles and healthy lifestyle.

Materials and methods. The influence of risk factors on the formation of cardiovascular disease conducted by statistical data anonymous survey population of Poltava (1285 questionnaires). The role of factors determined by logistic regression using specialized software. The main areas of impact on the risk factors studied by literature analyzing.

Results. The result of the research determined that an essential component of combating cardiovascular diseases are of primary prevention, with particular attention to the behavior modification of existing risk factors and focus on the principles of a healthy lifestyle.

Conclusions. The necessity of a comprehensive approach to the prevention of cardiovascular disease using behavior modification techniques at all levels – central, group, individual. The necessity of positive motivation on the need for a healthy lifestyle.

Key words: modification of behavior, cardiovascular disease, risk factors.

Відомості про авторів

Хорош Максим Вікторович – аспірант очної форми навчання, асистент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»; вул. Шевченко, 23, м. Полтава, 36011, Україна.

Голованова Ірина Анатоліївна – д.мед.н., проф., зав. кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»; вул. Шевченко, 23, м. Полтава, 36011, Україна.