

Міністерство охорони здоров'я України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи

НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО МОДЕРНІЗАЦІЇ СПОСОБУ
ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ, ЩО МАЮТЬ ФАКТОРИ РИЗИКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ
ГІПЕРТЕНЗІЇ
(методичні рекомендації)

Київ – 2016

Міністерство охорони здоров'я України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи

“УЗГОДЖЕНО”

В.о. директора Медичного
департаменту МОЗ України

А.О. Гаврилюк

29 08 2016 р.

**НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО МОДЕРНІЗАЦІЇ СПОСОБУ
ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ, ЩО МАЮТЬ ФАКТОРИ РИЗИКУ
АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ
(методичні рекомендації)
(87.16/193.16)**

Київ – 2016

Установа – розробник: Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України

Укладачі:

д.мед.н., професор Голованова І.А. (0532) 631425

к.мед.н., доцент Лисак В.П.

к.мед.н., заступник директора з наукової роботи ДУ Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи Закрутько Л.І.

аспірант Хорош М.В. 066 147 32 96

Рецензенти:

Завідувач кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я ХМАПО, д.мед.н., професор Сердюк О.І.

Головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності «Організація управління охороною здоров'я» МОЗ України, д.мед.н., професор Лехан В.М.

**Голова проблемної комісії «Соціальна медицина» МОЗ та НАМН України,
д.мед.н., професор Слабкий Г.О.**

ЗМІСТ

Зміст.....	4
Умовні скорочення.....	5
Вступ.....	5
Стан поширеності та захворюваності серцево-судинної патології серед населення міста Полтава.....	8
Основні фактори ризику формування серцево-судинної патології серед населення міста Полтава.....	12
Модель первинної профілактики артеріальної гіпертензії шляхом модернізації способу життя на популяційному, груповому та індивідуальному рівнях.....	21
Висновки.....	37
Перелік рекомендованої літератури	38

УМОВНІ СКРОЧЕННЯ

АГ – артеріальна гіпертензія

АТ – артеріальний тиск

ВООЗ – всесвітня організація охорони здоров'я

ВШ – відношення шансів

ГХ – гіпертонічна хвороба

ДІ – довірчий інтервал

ЗПСМ – загальна практика – сімейна медицина

ІХС – ішемічна хвороба серця

НІЗ – неінфекційні захворювання

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ССЗ – серцево-судинні захворювання

ЦПМСД – центр первинної медико-санітарної допомоги

ВСТУП

Останнім часом Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), що є провідним агентством Організації Об'єднаних Націй (ООН) у сфері охорони здоров'я, все більше значення надає проблемі профілактики та контролю неінфекційних захворювань (НІЗ), до складу яких входить 4 групи хвороб – серцево-судинні хвороби, онкологічні захворювання, хронічні хвороби легенів та цукровий діабет, що є основними причинами смертності у світі. Так, за даними статистики, понад 36 мільйонів осіб щорічно гине внаслідок НІЗ (що складає 63% від усіх випадків смертей в загальносвітовому масштабі).

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є основною причиною інвалідизації та смертності в усьому світі. Згідно даних Всесвітньої організації охорони здоров'я щорічно від інфаркту міокарду та інших захворювань серцево-судинної системи помирає 17 мільйонів осіб.

До 2030 року близько 23,3 мільйонів осіб загине від ССЗ, головним чином від захворювань серця та інсульту, які, за прогнозами, залишаться єдиною основною причиною смертності.

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 підвищений рівень ліпідів.

9,4 мільйони щорічних випадків смерті, або 16,5% усіх випадків смерті, може бути обумовлено підвищенням кров'яного тиску. В це число входять 51% випадків смерті в результаті інсультів та 45% випадків смерті в результаті ішемічної хвороби серця .

У відповідь на цю епідемію країни – члени ВООЗ узгодили між собою перелік цільових показників по зниженню смертності на 25% до 2025 року від чотирьох основних неінфекційних хвороб у осіб у віці 30-70 років.

З кінця 1960-х років смертність від ССЗ в Україні неухильно збільшується: за минуле десятиріччя вона зросла майже на 40% і становить 72% у структурі загальної смертності жінок, в той час як у чоловічого населення цей показник дорівнює 54%. Рівень смертності від серцево-судинних захворювань, займає перше місце серед різних причин всього населення (61,7%), і друге місце серед осіб працездатного віку. Залишається тенденція збільшення смертності (на 20%) від ССЗ серед осіб молодого віку.

За різними даними тільки у 17—25% дорослого населення країни не має ні ішемічної хвороби серця, ні чинників ризику. Решта дорослого населення потребує первинної і/або вторинної профілактики.

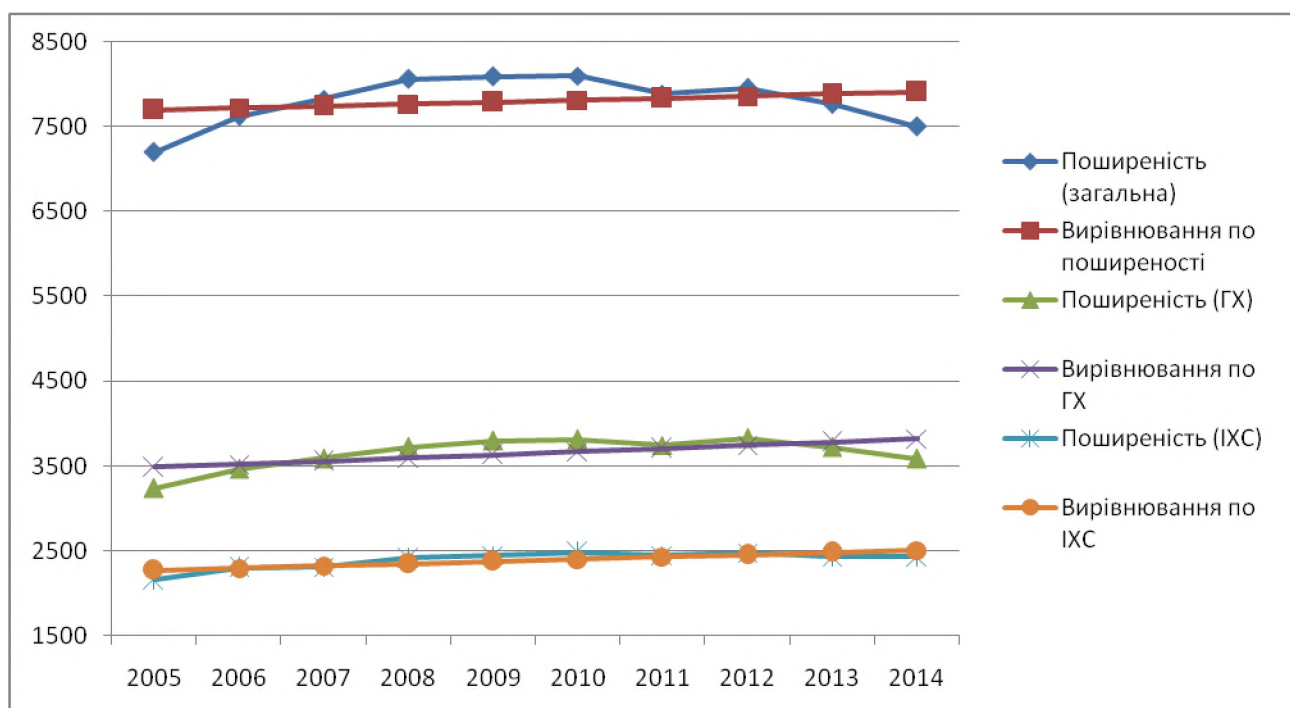
Значення первинної профілактики на рівні центру первинної медико-санітарної допомоги полягає в тому, що лікар загальної практики, як правило, має справу із людиною, яка може не мати скарг з боку серцево-судинної системи, проте піддаватися дії численних факторів ризику. Отже основними завданнями первинної профілактики є своєчасне виявлення наявних факторів ризику серцево-судинних захворювань, проведення роботи із людиною, спрямованої на усунення або обмеження дії цих факторів та модифікацію поведінки людини по відношенню до власного здоров'я, своєчасне виявлення захворювань на ранніх стадіях і надання рекомендацій щодо попередження їх розвитку.

Дані методичні рекомендації підготовані в рамках дисертаційної роботи «Медико-соціальне обґрунтування моделі надання первинної медичної допомоги кардіологічним хворим в умовах реформування системи охорони здоров'я» що є фрагментом НДР «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» (№ Державної реєстрації 0113U004778, термін виконання 2013- 2018 рр.

СТАН ПОШИРЕНOSTI ТА ЗАХВОРЮВАНOSTI СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ МІСТА ПОЛТАВА

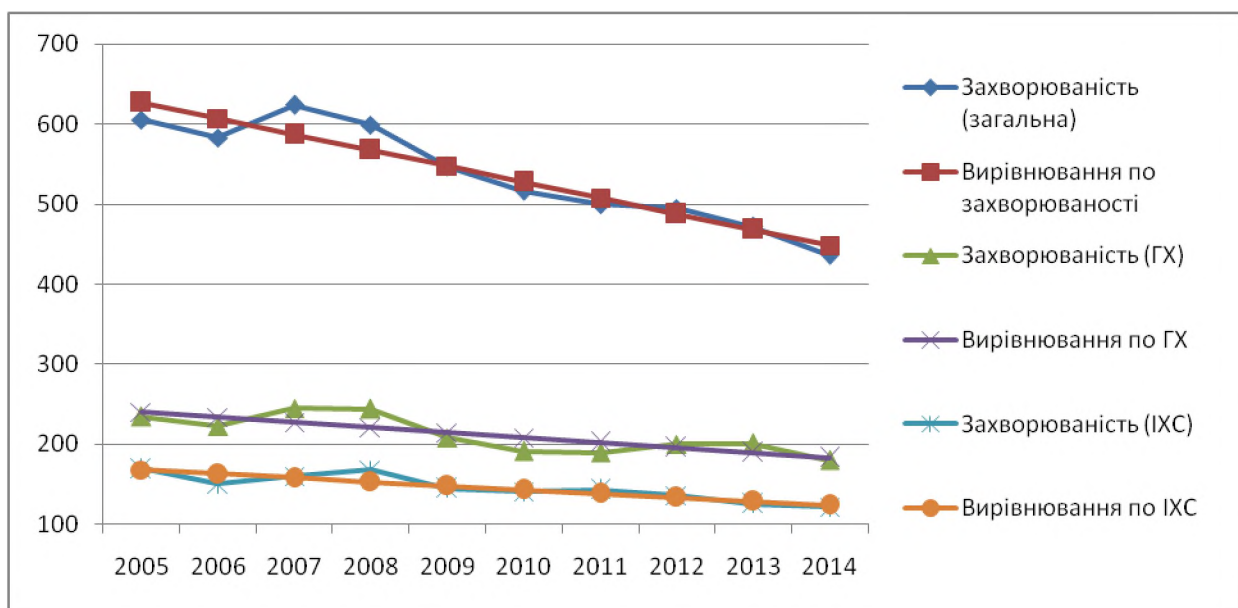
Проблеми серцево-судинної патології посідають перше місце в структурі захворюваності як в Україні в цілому, так і в м. Полтава. Смертність від серцево-судинних хвороб складає 1200,1 на 100 тис. населення.

Проведені дослідження даних щорічних звітів центру статистики виявили, що кількість хвороб системи кровообігу постійно зростає – середній показник зросту складає 0,3 (з 7198,3 на 10 тис. населення в 2005 році до 8098,6 на 10 тис. населення в 2010 році і дещо знижується до 7504,5 на 10 тис. населення в 2014 році). Така ж динаміка показників поширеності спостерігається і для окремих нозологічних одиниць: гіпертонічна хвороба – з 3240,9 на 10 тис. населення в 2005 році до 3584,6 на 10 тис. населення в 2014 році; ішемічна хвороба серця – з 2153,8 на 10 тис. населення в 2005 році до 2428,4 на 10 тис. населення в 2014 році. Середній показник зросту складає 1,01 при ГХ та 1,1 при ІХС (мал. 1).



Мал. 1. Динаміка поширеності ССЗ в Полтавській області за 2005-2014 рр.

В той же час спостерігається зменшення захворюваності: з 605,2 на 10 тис населення – в 2005 році до 436,2 на 10 тис населення в 2014 році. Аналогічна картина спостерігається і по основним нозологічним формам: гіпертонічна хвороба – з 234,7 на 10 тис. населення в 2005 році до 180,4 на 10 тис. населення в 2014 році; ішемічна хвороба серця – з 169,3 на 10 тис. населення в 2005 році до 121,6 на 10 тис. населення в 2014 році (мал. 2). Загальний середній показник зросту складає -3,69 (при ГХ – -3,0, при ІХС – -3,33).



Мал. 2. Динаміка захворюваності ССЗ в Полтавській області за 2005-2014 рр.

Така динаміка поширеності та захворюваності хвороб системи кровообігу очевидно пов'язана з постарінням населення та розвитком мережі первинної ланки надання медичної допомоги, що, в свою чергу, забезпечує доступність медичної допомоги населенню.

Проаналізувавши динамічний ряд поширеності ССЗ в Полтавській області було встановлено, що темп приросту загальної поширеності поступово зменшується як по загальній кількості ССЗ (від 0,305 в 2006 році до 0,298 в 2014 році), так і по окремих нозологічних одиницях: з 1,054 в 2006 році до 0,972 в

2014 році при гіпертонічній хворобі та з 1,150 в 2006 році до 1,053 в 2014 році при ішемічній хворобі серця (табл. 1).

Таблиця 1.

Аналіз динамічного ряду поширеності ССЗ в Полтавській області за 2005-2014 рр.

На 10 тис населення	Поширеність	Темп приросту	Поширеність ГХ	Темп приросту	Поширеність ІХС	Темп приросту
2005	7198,3		3240,9		2153,8	
2006	7622,9	0,305	3469,1	1,054	2300,5	1,150
2007	7830,5	0,304	3590,7	1,043	2309	1,137
2008	8066,1	0,303	3723	1,032	2411,5	1,124
2009	8093,2	0,302	3798,4	1,022	2443,6	1,112
2010	8098,6	0,301	3814,1	1,011	2482,7	1,099
2011	7889,5	0,301	3746	1,001	2447,7	1,087
2012	7958,7	0,300	3826,1	0,991	2473,4	1,076
2013	7768,8	0,299	3722,3	0,982	2431,5	1,064
2014	7504,5	0,298	3584,6	0,972	2428,4	1,053

Проаналізувавши динамічний ряд захворюваності ССЗ в Полтавській області було встановлено, що темп приросту захворюваності за всі проаналізовані роки був від'ємним та продовжував знижуватись як по загальній захворюваності (від -3,269 в 2006 році до -4,427 в 2014 році), так і по окремих нозологічних одиницях: з -2,716 в 2006 році до -3,47 в 2014 році при гіпертонічній хворобі та з -2,985 в 2006 році до -3,922 в 2014 році при ішемічній хворобі серця (табл.2).

Таблиця 2.

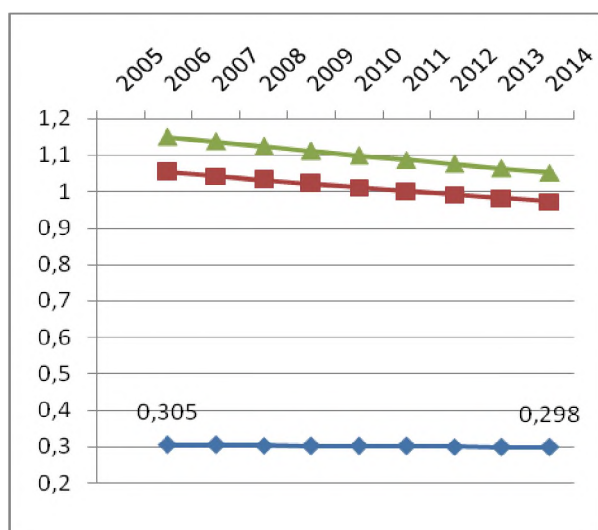
Аналіз динамічного ряду захворюваності ССЗ в Полтавській області за 2005-2014 рр.

На 10 тис нас	Захворюваність	Темп приросту	Захворюваність ГХ	Темп приросту	Захворюваність ІХС	Темп приросту
---------------	----------------	---------------	-------------------	---------------	--------------------	---------------

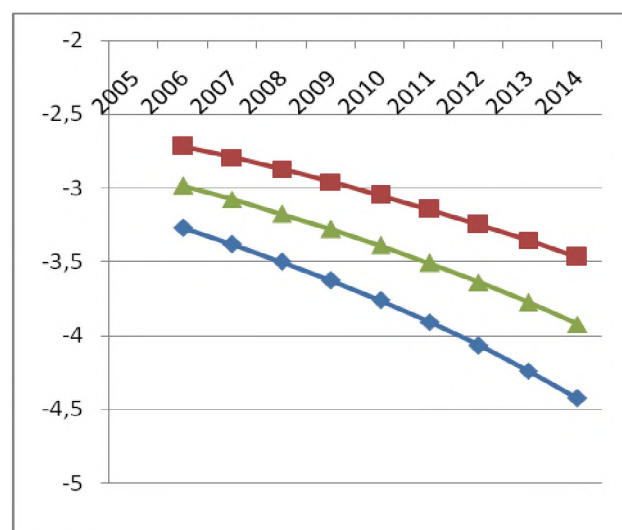
2005	605,2		234,7		169,3	
2006	582,9	-3,269	222,3	-2,716	150,5	-2,985
2007	624	-3,380	244,9	-2,792	159,8	-3,077
2008	598,9	-3,498	244,4	-2,872	168,2	-3,175
2009	546,6	-3,625	208,4	-2,957	144,6	-3,279
2010	516,2	-3,761	191,3	-3,047	140,6	-3,390
2011	499,5	-3,908	189,3	-3,143	142,9	-3,509
2012	495	-4,067	200	-3,245	136,1	-3,637
2013	471,4	-4,240	200,5	-3,354	125,5	-3,774
2014	436,2	-4,427	180,4	-3,470	121,6	-3,922

Проаналізувавши показники поширеності та захворюваності було встановлено що в динаміці поширеності на ССЗ спостерігається неуклісний зріст (як загального рівня, так і по окремих нозологічних одиницях) (мал.3). В той же час спостерігається поступове зниження рівня захворюваності: як загального так і по нозологічних формах (мал.4).

При аналізі темпу росту видно, що спостерігається поступове зниження приросту як поширеності так і захворюваності ССЗ протягом досліджуваного часу. При цьому якщо темп росту поширеності поступово зменшується, то зниження рівня захворюваності - збільшується (мал. 3, 4).

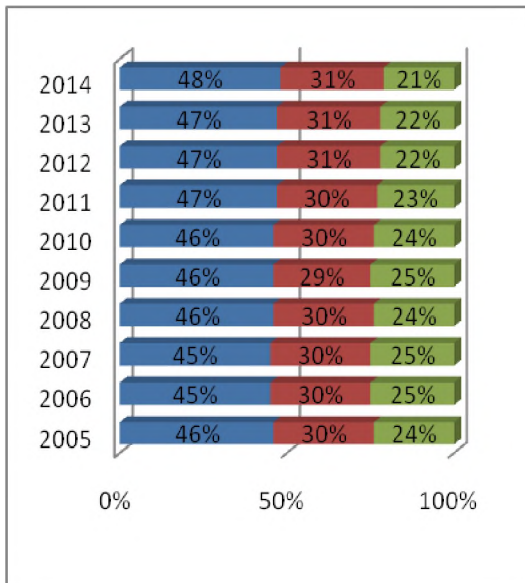


Мал.3. Динаміка темпу росту показників поширеності ССЗ серед населення Полтавської області за 2005-2014 рр.

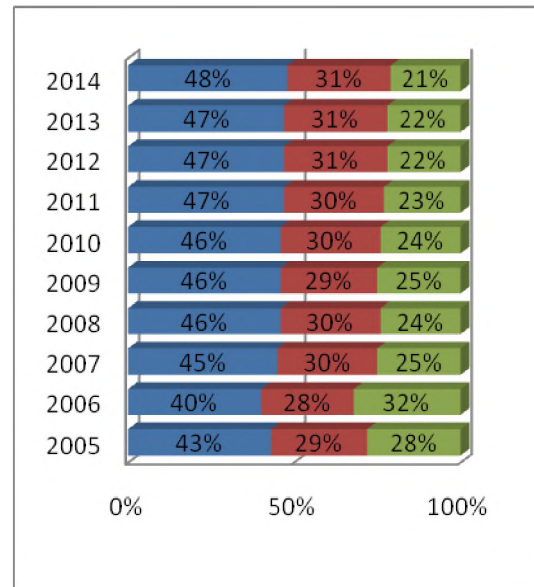


Мал.4. Динаміка темпу росту показників захворюваності населення Полтавської області на ССЗ за 2005-2014 рр.

Аналіз структури захворюваності та поширеності серцево-судинної патології показує, що протягом всього досліджуваного часу нозологічна структура лишається сталою (мал.5, 6).



Мал.5. Структура поширеності ССЗ в Полтавській області за 2005-2014 роки.



Мал.6. Структура захворюваності ССЗ в Полтавській області за 2005-2014 роки

При вивченні структури поширеності ССЗ протягом 10 років встановлено, що найбільшу питому вагу займає гіпертонічна хвороба – в межах –45-48%, в структурі захворюваності – 40-48%. Друге місце займає ішемічна хвороба серця – в структурі поширеності - в межах 29-31%, в структурі захворюваності – 28-31%.

ОСНОВНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ МІСТА ПОЛТАВА

Для дослідження факторів ризику що впливають на розвиток артеріальної гіпертензії у населення міста Полтава було проведено анонімне анкетування 1286 осіб за допомогою спеціально розробленої анкети. Фактори, які асоціюються із артеріальною гіпертензією визначали за допомогою методу логістичної регресії (95% ДІ). (Табл. 3.)

ВПЛИВ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА ФОРМУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ
ГІПЕРТЕНЗІЇ

<i>Фактори ризику</i>	<i>Основна група Підвищений тиск (n=562) n(43,7%)</i>	<i>Група порівняння Нормальний тиск (n=724) n(56,3%)</i>	<i>ВШ (ДЦ)</i>	<i>P</i>
Вік (після 40)	370 (72,4)	141 (27,6)	7,900 (6,132-10,176)	<0.001
Стать (чоловіча)	263 (53,6)	228 (46,4)	1,899 (1,512-2,386)	<0.001
Освіта (середня)	277 (45)	338 (55)	1,100 (0,883-1,372)	0,396
ІМТ (ожиріння)	356 (60,5)	232 (39,5)	3,632 (2,881-4,580)	<0.001
Паління (палить)	223 (59,6)	151 (40,4)	1,918 (1,263-2,913)	0,002
Алкоголь (зловживання)	120 (52,9)	107 (47,1)	1,177 (0,883-1,569)	0,150
Фрукти (зрідка)	59 (39,6)	90 (60,4)	0,822 (0,580-1,165)	0,270
Овочі (зрідка)	13 (31,7)	28 (68,3)	0,586 (0,301-1,142)	0,112
Молоко (зрідка)	185 (51,7)	173 (48,3)	1,553 (1,215-1,985)	<0.001
Риба (зрідка)	371 (42,8)	496 (57,2)	0,880 (0,696-1,113)	0,288
Птиця (зрідка)	214 (41,1)	307 (58,9)	0,829 (0,662-1,038)	0,102
Свинина (часто)	433 (51,3)	411 (48,7)	1,805 (1,422-2,290)	<0.001
Яловичина (зрідка)	418 (52,2)	383 (47,8)	1,547 (1,229-1,949)	0.006
Сало (часто)	431 (44,6)	536 (55,4)	1,133 (0,877-1,464)	0,340
Копченості (часто)	399 (53,2)	351 (46,8)	1,341 (1,070-1,678)	0,006
Солодощі (часто)	326 (51,1)	312 (48,9)	1,510 (1,210-1,884)	<0.001
Нічний сон (неспокійний)	99 (55,9)	78 (44,1)	1,762 (1,279-2,426)	<0.001
Тривалість сну (менше 6 годин)	65 (55,1)	53 (44,9)	1,648 (1,126-2,411)	0,010
Фізична активність (низька)	196 (62,4)	118 (37,6)	2,734 (2,102-3,555)	<0.001
Стосунки вдома (напружені)	38 (79,2)	10 (20,8)	3,072 (1,517-6,221)	0,001
Відчуття стресу (постійно)	384 (51,8)	358 (48,2)	1,537 (1,227-1,926)	<0.001
Характер відпочинку (пасивний)	377 (53,7)	325 (46,3)	2,476 (1,970-3,112)	<0.001

Умови праці (тяжкі)	90 (42,5)	122 (57,5)	0,936 (0,695-1,260)	0,662
ССЗ в родині (наявність у близьких)	426 (53,1)	376 (46,9)	1,397 (1,110-1,758)	0,004
Чи контролюєте АТ (так)	427 (39,0)	669 (61,0)	0,249 (0,177-0,349)	<0.001
Відчуття дискомфорту в ділянці серця (наявне)	382 (56,6)	293 (43,4)	3,090 (2,453-3,893)	<0.001
Звернення за допомогою (самолікування)	411 (64,3)	228 (35,7)	1,942 (1,553-2,428)	<0.001

Як відомо, вік є фактором ризику виникнення серцево-судинних захворювань (ССЗ). При визначенні розподілу виникнення підвищеного артеріального тиску (АТ) залежно від віку було встановлено, що 72,4% опитаних старше 40 років мають підвищений артеріальний тиск. Визначено, що у людей старше 40 років ризик виникнення артеріальної гіпертензії зростає в 7,9 рази (відношення шансів становить 7,900) (95% ДІ 6,132-10,176) ($p < 0.001$).

Наступним важливим фактором ризику серцево-судинної патології виступає чоловіча стать, оскільки, за даними літератури, ризик розвитку серцево-судинної патології у жінок віддаляється на 10 років. При визначенні розподілу підвищеного АТ відносно статі виявлено, що 53,6% чоловіків мають підвищений АТ. Ризик виникнення АГ у чоловіків в 1,899 рази вище ніж у жінок (відношення шансів становить 1,899) (95% ДІ 1,512-2,386) ($p < 0.001$).

За даними літератури рівень освіти відіграє певну роль у розвитку серцево-судинної патології, оскільки від нього залежить здатність адекватного сприйняття тяжкості проблеми і формування відношення до питань лікування та профілактики. Досліджуючи вплив рівня загальної освіти встановлено, що згідно розподілу підвищеного АТ відносно рівня освіти, 45% людей із середньою

освітою мають підвищений рівень АТ, достовірних асоціацій між рівнем освіти та виникненням АГ не виявили ($p=0,396$).

Одним із вагомих факторів ризику серцево-судинної патології є надлишкова вага тіла та ожиріння. Вплив надлишкової ваги на формування артеріальної гіпертензії доведений рядом клінічних та епідеміологічних досліджень. Аналіз 57 проспективних досліджень ($n=900$ тис) показав, що ожиріння знижує потенційну тривалість життя в середньому на 8-10 років і виступає вагомим провісником виникнення інсульту та ішемічних серцевих подій.

Проведене порівняння розподілу високого артеріального тиску відносно надлишкової ваги тіла показав, що 60,5% респондентів що мають надлишкову вагу страждають на підвищений АТ. У людей з надлишковою масою тіла – ІМТ більше 25, ризик виникнення АГ зростає в 3,632 рази (відношення шансів складає 3,632) (95% ДІ 2,881-4,580) ($p<0.001$).

Безумовно одним із великих факторів ризику є наявність шкідливих звичок. Паління вважається одним з провідних модифікованих чинників розвитку серцево-судинної патології. Лише з фактом паління пов'язано близько 10% смертності в світі, і майже половина з них пов'язана із серцево-судинними причинами. Проведене порівняння підвищеного АТ у респондентів, які палили, показує, що 59,6% людей що палять мають стабільне підвищення АТ. Ризик виникнення АГ у людей, які палять збільшується в 1,9 рази (ВШ склад дає 1,918) (95% ДІ 1,263-2,913) ($p=0,002$).

Багатьма дослідниками дискутується питання впливу алкоголю на формування ССЗ. Проведені численні дослідження описують неоднозначний вплив алкоголю на серцево-судинну систему. Проведене нами порівняння високого АТ та зловживання алкоголем в групі опитуваних показує, що 52,9% людей, що вживають алкоголь у надмірних дозах страждають на підвищення АТ. Ризик формування АГ у людей, що зловживають алкоголем збільшується в 1,177 рази (ВШ становить 1,177) (95% ДІ 1,148-2,553) ($p=0,008$).

Важливий вплив на функціонування організму людини відіграє характер харчування, тобто склад продуктів, що переважає в раціоні людини. З метою зниження серцево-судинної смертності в 2004 році Всесвітня організація охорони здоров'я розробила глобальну стратегію по харчуванню, фізичній активності та здоров'ю, де до основних факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань включено і недостатність овочів та фруктів у харчовому раціоні.

Нами було досліджено вплив різних груп продуктів на підвищення АТ. Результати порівняння респондентів з високим АТ відносно вживання тих чи інших продуктів показує:

- При порівнянні групи з високим АТ порівняно із рідким вживанням фруктів встановлено, що 39,6% людей, що нехтують фруктову складову раціону мають підвищений АТ, достовірного зв'язку між вживанням фруктів та АТ не виявлено ($p=0,270$);
- Подібне порівняння високих цифр АТ та малого рівня споживання овочів показує, що 31,7% людей, що споживають невелику кількість овочів страждають на підвищений АТ, достовірність зв'язку між вживанням овочем та рівнем АТ не доведена ($p=0,112$);
- В літературі зустрічаються дані про протективні властивості вживання молока на серцево-судинну систему. Досліджуючи вплив молочних продуктів на цифри АТ нами було проведено порівняння людей з високими цифрами АТ та низьким рівнем вживання молочних продуктів. Отримані результати показують, що 51,7% респондентів, що нехтують вживанням молока та молокопродуктів мають стабільно підвищені цифри АТ. Ризик виникнення АГ у 1,553 рази вище у людей, які не вживають молочні продукти (ВШ складає 1,553) (95% ДІ 1,215-1,985) ($p<0.001$);
- Наступною досліджуваною групою продуктів харчування виступає риба. За даними літератури вживання риби зменшує ризик виникнення серцево-судинної патології, що зумовлене вмістом у рибі великої кількості омега-3-поліненасичених жирних кислот та їх гіпохолестеринемічною дією та

здатністю сповільнювати ріст атеросклеротичної бляшки. Досліджуючи підвищений АТ серед людей, хто зрідка вживає рибу, було встановлено, що в 42,8% випадків відмічається наявність підвищених цифр АТ, проте асоціації між вживанням риби та підвищеним артеріальним тиском не виявлено ($p=0,288$);

- Важливим компонентом харчового раціону є м'ясо птиці. За даними літератури вживання в харчуванні нежирних сортів м'яса (курка, яловичина) виступає як фактор, що призводить до зменшення ризику виникнення артеріальної гіпертензії. Проведене порівняння високих цифр АТ із помірним (не частим) вживанням в харчування м'яса птиці показало, що 41,1% респондентів мають високі цифри АТ. Достовірного зв'язку між вживанням птиці і підвищенням артеріального тиску не знайдено ($p=0,102$);
- Вживання в їжу яловичини, за даними літератури, також є засобом профілактики артеріальної гіпертензії. Досліджуючи взаємозв'язок між вживанням яловичини та артеріальним тиском було встановлено, що 52,2% респондентів, що нехтують вживанням у їжу яловичини мають підвищені цифри артеріального тиску. Ризик виникнення АГ зростає 1,547 рази у людей, які не вживають яловичини в своєму харчуванні, порівняно з тими, хто вживає (ВШ становить 1,547) (95% ДІ 1,229-1,949) ($p=0,006$);
- Одним із найпоширеніших компонентів раціону є свинина. За даними досліджень надмірне споживання свинини створює сприятливий фон для розвитку АГ. Досліджуючи вплив частого вживання свинини на високий рівень АТ встановлено що 51,3% респондентів, тих, хто часто вживають свинину, мають високі цифри АТ. Ризик виникнення АГ зростає у людей з надмірним вживанням свинини в 1,805 рази порівняно з тими, які не зловживають нею (ВШ становить 1,805) (95% ДІ 1,422-2,290) ($p<0.001$);
- Географічно популярною складовою харчового раціону є сало. Досліджуючи вплив частого вживання в їжу сала на рівень АТ встановлено, що 44,6% опитаних, хто часто їсть сало, мають стабільно

підвищені цифри АТ, проте достовірного зв'язку між цими показниками не виявлено ($p=0,340$);

- Досить популярною складовою харчового раціону є ковбаси та копченості, які мають вплив на зріст холестерину. Проведене нами порівняння частого вживання в раціон цієї групи продуктів та високого АТ показало, що 53,2% респондентів, що часто використовують в їжу різноманітні копченості мають стабільно високі цифри АТ. Ризик формування АГ у людей, які часто вживають у своєму раціоні ковбаси та копченості зростає в 1,341 рази порівняно з тими, які вживають помірно (ВШ для цієї групи становить 1,341) (95% ДІ 1,070-1,678) ($p=0,006$);
- Як відомо з літератури, високий рівень вживання цукру є фактором ризику розвитку метаболічних порушень в організмі людини. Надмірне споживання солодощів (продуктів що містять велику кількість легкозасвоюваних вуглеводів) є однією з причин накопичення надмірної ваги та розвитку ожиріння. Досліджуючи групу людей, що часто вживають в їжу продукти з цієї групи відносно підвищення АТ встановлено, що 51,1% людей, що зловживають легкозасвоюваними вуглеводами мають стабільно підвищені цифри АТ. Ризик виникнення АГ у людей, що зловживають легкозасвоюваними вуглеводами в 1,51 рази більше, ніж у людей що уникають продуктів цієї групи (ВШ складає 1,510) (95% ДІ 1,210-1,884) ($p<0.001$).

За даними останніх зарубіжних досліджень одним з факторів що можуть викликати порушення з боку серцево-судинної системи є порушення сну, оскільки порушення циркадіанних ритмів викликає дисбаланс вегетативного та гормонального регулювання функцій організму. Нами було проведено дослідження впливу на АТ двох характеристик нічного сну – якості і тривалості. При порівнянні високого АТ та неспокійного нічного сну встановлено, що високі цифри АТ зустрічаються у 55,9% опитуваних з порушенням характеру сну, а при порівнянні цифр АТ та тривалості сну високий АТ спостерігається в 55,1%

випадків. Ризик виникнення АГ у людей, що мають порушення характеру сну вище в 1,762 рази, а у людей хто має тривалість нічного сну менше 6 годин в 1,648 рази вище проти людей із нормальним характером та тривалістю (для порушення характеру сну ВШ складає 1,762 (95% ДІ 1,279-2,426) ($p < 0.001$), а для порушення тривалості нічного сну ВШ – 1,648 (95% ДІ 1,126-2,411) ($p = 0,010$).

Одним з важливих факторів ризику серцево-судинної патології, за даними численних досліджень, виступає гіподинамія (низька фізична активність, сидячий спосіб життя). Фактори низької фізичної активності поглиблюються протягом останніх 30-40 років, що обумовлено швидким темпом науково-технічного процесу. Проведене нами дослідження включало дві складові фізичної активності – характер повсякденного рухового режиму та характер відпочинку.

При порівнянні артеріального тиску із низькою повсякденною фізичною активністю встановлено, що 62,4% респондентів цієї групи мають високі цифри АТ. Ризик виникнення АГ у людей з низьким рівнем фізичної активності вище в 2,734 рази, ніж у людей з високою фізичною активністю (ВШ становить 2,734) (95% ДІ 2,102-3,555) ($p < 0.001$). Схожа картина спостерігається і при порівнянні АТ відносно пасивного характеру відпочинку. Встановлено що 53,7% респондентів, що віддають перевагу пасивному відпочинку мають стабільно підвищені цифри АТ. Ризик розвитку АГ у людей із пасивним характером відпочинку вище в 2,476 ніж у людей, що віддають перевагу активному відпочинку (відношення шансів становить 2,476) (95% ДІ 1,970-3,112) ($p < 0.001$).

Одним з вагомих чинників, що мають вплив на розвиток порушень з боку серцево-судинної системи, і, насамперед, на підвищення артеріального тиску є нервово-психічне перенавантаження. В літературі підкреслюється роль психоемоційних факторів як предикторів розвитку кардіологічної патології. Ця група чинників складається з двох підгруп: хронічні стресори (сімейний стан, ситуація на роботі, низька соціальна підтримка, низький соціальний статус) та емоційні фактори (депресія, тривожні стани, соматичні розлади обумовлені психічними станами).

У нашому дослідженні ми оцінювали вплив нервово-психічної напруги за двома показниками – наявність стресів та стосунки в родині. Порівнюючи цифри АТ та постійне відчуття стресів було встановлено, що 51,8% респондентів, хто відмічає постійну дію стресу, мають підвищені цифри АТ. Ризик формування АГ у людей із постійними стресами вище в 1,537 рази, проти людей із відсутністю постійних стресів (відношення шансів становить 1,537) (95% ДІ 1,227-1,926) ($p < 0.001$). При порівнянні АТ із напруженими стосунками в родині виявлено, що 79,2% опитаних із напруженою обстановкою вдома мають підвищені цифри АТ. Ризик розвитку АГ збільшується в 3,072 рази порівняно з тими, хто має спокійні стосунки в родині (ВШ становить 3,072) (95% ДІ 1,517-6,221) ($p = 0,002$).

Як відомо з літератури, на розвиток та прогресування АГ окрім генетичних, соматичних, поведінкових, соціально-економічних, екологічних чинників певний вплив мають несприятливі виробничо-професійні фактори (фізичні – вібрація, шум, температурний режим, ергономічні – гіподинамія, фізичне перенапруження тощо). Проведене нами порівняння високого артеріального тиску та важких умов праці виявило, що 42,5% респондентів із тяжкою роботою мають підвищений рівень АТ, проте достовірність цього відношення не підтвердилась ($p = 0,662$).

Генетично обумовлена схильність до артеріальної гіпертензії доведена у численних дослідженнях. Ми провели порівняння залежності високого рівня АТ відносно обтяженого кардіологічного анамнезу, і виявили, що 53,1% респондентів, у кого один чи більше близьких родичів мають доведене серцево-судинне захворювання, мають підвищені цифри артеріального тиску. Ризик виникнення АГ у людей з обтяженим анамнезом стосовно АГ, вище в 1,397 рази порівняно з людьми, хто не має близьких родичів із АГ (відношення шансів становить 1,397) (95% ДІ 1,110-1,758) ($p = 0,004$).

Запорукою своєчасного виявлення та профілактики артеріальної гіпертензії є догляд за станом власного здоров'я. Досліджуючи стан цієї проблеми, ми порівняли високі цифри АТ у респондентів, хто контролює рівень свого артеріального тиску і встановили, що 39% опитаних цієї групи мають високі

цифри артеріального тиску, відношення шансів становить 0,249 (95% ДІ 0,117-0,349) ($p < 0.001$). Таким чином ризик виникнення АГ у людей, які контролюють власний АТ на 75,1% знижується порівняно з тими, хто не контролює свій АТ.

Важливою складовою, що має викликати стурбованість щодо серцево-судинної патології, є наявність скарг з боку серця. Досліджуючи зв'язок між АТ та наявністю скарг з боку серця (неприємні відчуття, перебої в роботі серця, болі в серці тощо) було встановлено, що 56,6% респондентів із наявністю скарг мають високі цифри АТ. Ризик виникнення АГ в 3,09 рази вище у людей, котрі мають скарги з боку серця порівняно із тими, хто таких скарг не виявляє (ВШ становить 3,090) (95% ДІ 2,453-3,893) ($p < 0.001$).

Самолікування виступає як вагомий фактор ризику завдяки проблемі нерегульованості рецептурного відпуску ліків. Виходячи з цього люди, в разі поганого самопочуття, нехтують візитом до лікаря, а купують ліки, спираючись на поради друзів або інформацію, отриману з реклами. Досліджуючи АТ у людей, що віддають перевагу самолікуванню встановлено, що підвищення АТ спостерігається у 64,3% опитаних. Ризик виникнення АГ у людей, що нехтують зверненням до лікаря вище в 1,942 рази порівняно із тими, хто звертається до лікаря (ВШ становить 1,942) (95% ДІ 1,553-2,428) ($p < 0.001$).

МОДЕЛЬ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ШЛЯХОМ МОДЕРНІЗАЦІЇ СПОСОБУ ЖИТТЯ НА ПОПУЛЯЦІЙНОМУ, ГРУПОВОМУ ТА ІНДИВІДУАЛЬНОМУ РІВНЯХ

Проведене нами дослідження дозволило виявити демографічні, поведінкові та медичні фактори ризику виникнення серцево-судинних захворювань. Для цільової модернізації способу життя та первинної профілактики необхідно враховуючи демографічні фактори, сприяти зміні поведінки аби таким чином вплинути на формування у людини здорового способу життя.

Варто враховувати, що дії стосовно зміни поведінки можуть бути націленими на різні рівні людського життя – індивідуальний, родинний, груповий та популяційний рівень. В той же час 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.

Беручи до відома поведінкові фактори, такі, як характер харчової поведінки з перевагою вживання тваринних білків, тривожний сон, що триває менше 6-ти годин, пасивний характер відпочинку, напружені стосунки в родині, нервово-психічну перевтому, паління, зловживання алкоголем та, як наслідок такої поведінки, надмірна вага, необхідно проводити заходи на різних рівнях здоров'я, що сприятиме зменшенню захворюваності на артеріальну гіпертензію. (мал. 7).

Для подолання цих основних факторів ризику, які впливають на розвиток серцево-судинних захворювань і була побудована наша модель первинної профілактики серцево-судинних захворювань шляхом модернізації способу життя на популяційному, груповому та індивідуальному рівнях.

Здоровий спосіб життя – поняття, що включає в себе здорові навички в повсякденному житті, притримуючись яких, зменшиться ризик виникнення серцево-судинних захворювань. Перш за все – це Державні профілактичні програми націлені на його підтримання, загальна доступність медичної допомоги та інших послуг в галузі охорони здоров'я. Політичні фактори – місцеві, регіональні закони, що регулюють та підтримують заходи, спрямовані на профілактику, виявлення або лікування захворювань. Виходячи з отриманих нами даних, програми, які необхідно впроваджувати на місцях повинні бути спрямовані на підтримку наступних факторів (мал. 8):

- Запобігання шкідливому вживанню алкоголю та тютюну.
- Сприяння фізичній активності дітей і молоді та на робочому місці.
- Раціональне харчування.
- Уникнення стресових ситуацій.

Запобігання шкідливому вживанню алкоголю та тютюнопалінню.

Заходи на національному рівні, які повинні сприяти зменшенню споживання алкоголю населенням, потребують скоординованої державної політики – дії уряду, виробників та ключових неурядових організацій, таких, як:

- Перегляд політики з питань ціноутворення для зниження доступності алкоголю та тютюну.
- Перегляд законодавства про ліцензування.
- Обмеження реклами для дітей та підлітків.
- Урегулювання продажу спиртних напоїв та тютюнових виробів.

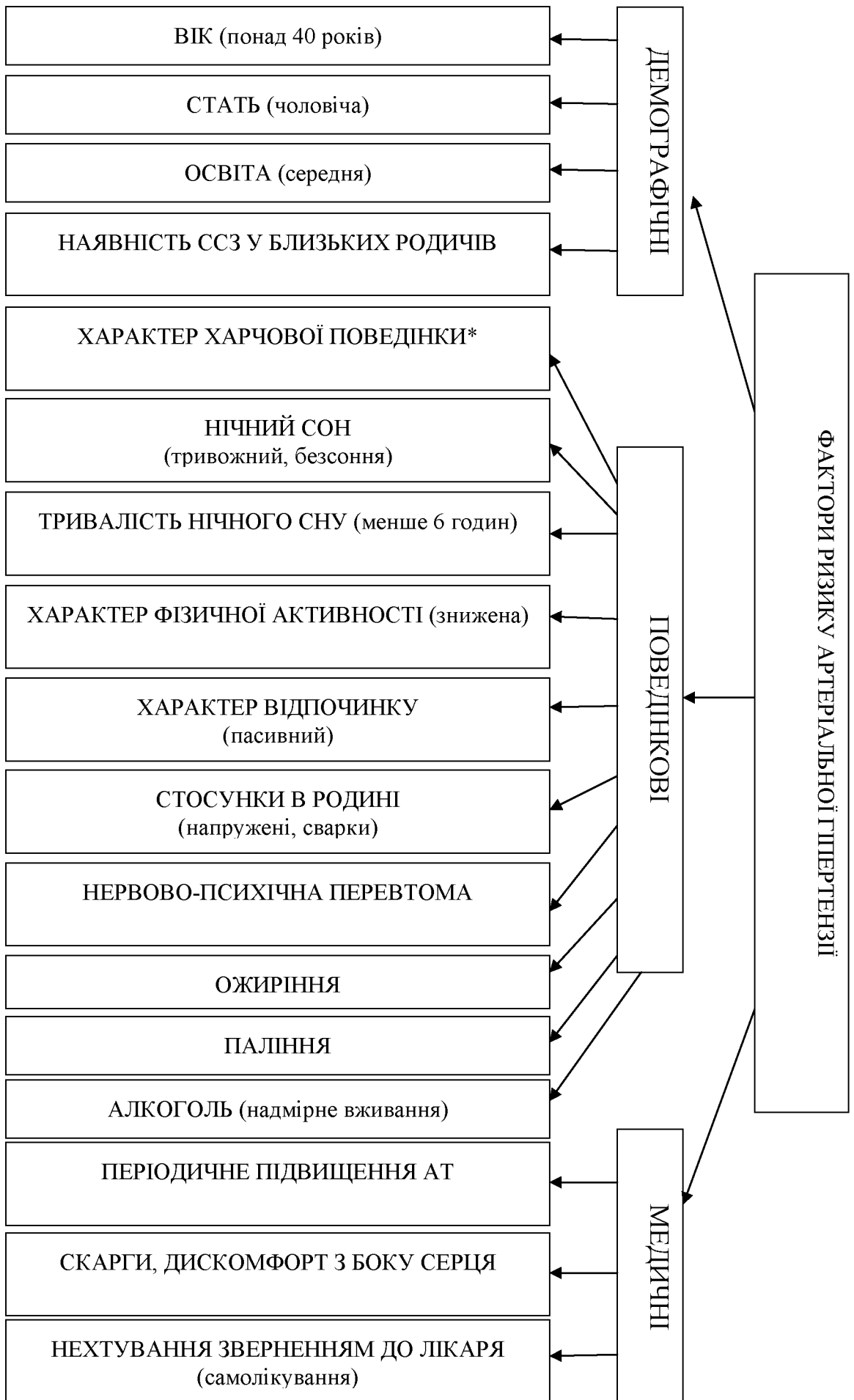
Сприяння фізичній активності. Стосовно політики підвищення рівня фізичної активності можна виділити наступні моменти:

- розробка та запровадження багатокomпонентних програм сприяння фізичній активності, що включають:
 - навчання з метою підвищення обізнаності щодо користі фізичної активності,
 - розвиток мотивації щодо занять фізичними вправами,
 - організація сприятливого середовища для занять,
 - навчання батьків щодо занять фізичною активністю з дитиною,
 - організація громадських заходів, спрямованих на підвищення фізичної активності та виховання здорового способу життя.

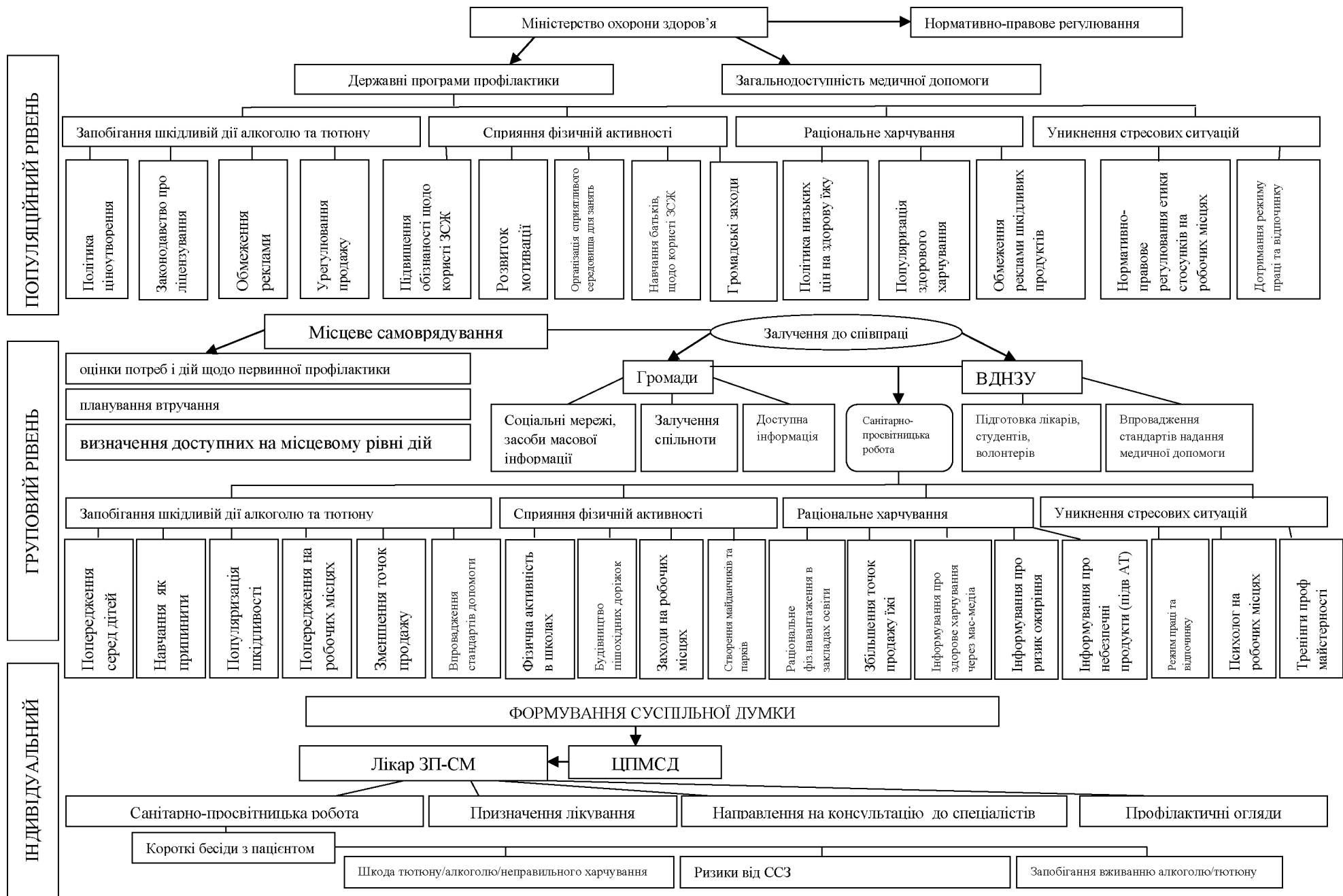
Одним з основних факторів ризику, що має підлягати корекції є харчова поведінка і, як її наслідок надмірна вага тіла та ожиріння.

На державному рівні сприяння **раціональному харчуванню** може реалізовуватись шляхом:

- політика низьких цін для продуктів здорового харчування,
- популяризація здорового харчування через засоби мас-медіа та соціальні мережі,
- обмеження реклами на нездорову їжу.



Малюнок 7. Основні групи факторів ризику артеріальної гіпертензії.



Малюнок 8. Модель первинної профілактики артеріальної гіпертензії шляхом модифікації поведінки на популяційному, груповому та індивідуальному рівнях

Уникнення стресових ситуацій на популяційному рівні досягається шляхом:

- нормативно-правове урегулювання етики стосунків на робочому місці,
- нормативно-правове урегулювання дотримання режиму праці та відпочинку.

На груповому рівні місцеве самоврядування попередньо проводить:

- оцінку потреб і дій, обумовлених демографічною структурою місцевого населення в необхідності проведення первинної профілактики та медичної допомоги;
- планування втручання, щоб воно було якомога простішим для людей;
- визначає доступні на місцевому рівні активи (заклади охорони здоров'я, місцеві громади, волонтерські загони, тощо), що будуть діяти в напрямку поліпшення здоров'я;
- залучає до співпраці ВДНМЗ та активістів місцевих громад і, таким чином, впроваджує національні програми на локальному рівні. Викладачі ВДНМЗУ готують та навчають студентів волонтерів, лікарів щодо проведення санітарно-просвітницької роботи серед громад та індивідуально.

Для реалізації програм державного рівня місцеве самоврядування залучає до співпраці громади за загальною методикою через:

- створення і просування в соціальних мережах інформації та ідей здорового способу життя (з таких питань, як фізична активність, шкідливі звички, стреси, недосипання тощо).
- залучення спільноти якомога на ранніх етапах (проведення навчання на рівні дитячого садка, школи).
- забезпечення громади максимально доступною інформацією (за допомогою місцевих газет чи веб-сайтів спільноти, за допомогою громадських груп або за допомогою громадських заходів в громадських місцях або інших широко доступних місцях, шляхом волонтерської просвітницької роботи).

Заходи ЦПМСД, спрямовані на припинення вживання алкоголю та паління.

- рекомендації щодо стратегії та політики по відношенню до профілактики та припинення паління, вживання алкоголю (засоби масової інформації, загальні навчальні (просвітницькі) програми);
- попередження дитячого паління, вживання алкоголю (нелегальні продажі тютюну та алкоголю в школах; стимулювання людей, що кидають палити);
- навчання як припинити палити, вживати алкоголь (навчання вчителями в школах; волонтерська робота – спираючись на доказові принципи);
- популяризація шкідливості тютюнопаління, зловживання алкоголем.
- попередження і боротьба із палінням та вживанням алкоголю на робочих місцях;
- зменшення точок продажу алкогольних та тютюнових виробів;
- впровадження на рівні ЦПМСД стандартів первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів;
- удосконалення профілактичних, просвітницьких заходів, спрямованих на попередження та зменшення куріння тютюнових виробів чи інших способів їх вживання;
- сприяння лікуванню залежності від тютюну та алкоголю;
- забезпечення інформування населення про ризики та шкідливі наслідки для здоров'я людини внаслідок паління або зловживання алкоголем.

Медичні працівники закладів охорони здоров'я усіх форм власності зобов'язані:

- пропагувати медичні знання з питань профілактики захворювань, спричинених курінням тютюнових виробів чи іншим способом їх вживання, і запобігати їх вживанню серед населення, насамперед серед дітей та молоді;

- надавати практичні поради щодо здорового способу життя та рекомендувати не починати курити чи іншим способом вживати тютюнові вироби або припинити їх вживання;
- роз'яснювати про шкідливі наслідки для здоров'я людини куріння тютюнових виробів чи іншого способу їх вживання, впливу тютюнового диму;
- надавати особам, які бажають позбутися залежності від тютюну (нікотинової залежності), відповідну лікувально-профілактичну допомогу;
- допомога волонтерів людям, що бажають кинути палити.

Сприяння фізичній активності на популяційному рівні повинно відбуватися шляхом:

- підвищення фізичної активності в школах:
 - забезпечення місць для заняття спортом та активним відпочинком,
 - запровадження шкільних подорожей,
 - забезпечення безпечних пішохідних маршрутів,
 - організація навчання дітей безпеці руху,
 - забезпечення занять фізичною активністю.
- будівництво муніципальних установ з забезпеченням велосипедного паркінгу та велосипедних маршрутів, будівництво або реставрація сходів в будівлях так, щоб вони були зручними та спонукали до їх використання
- на робочих місцях мають, за підтримки управління, організовуватись різноманітні заходи, спрямовані на залучення колективу до занять фізичними вправами
- створення майданчиків та парків, для пішохідних прогулянок
- створення велосипедних та пішохідних маршрутів
- з боку закладів освіти (дитячі садки та школи) важливо забезпечення дітей здоровим збалансованим харчуванням, мінімізація сидячої діяльності шляхом збільшення питомої ваги активних фізичних навантажень та

зосередження уваги дітей та підлітків на актуальних проблемах і перевагах здорового способу життя.

Сприяння раціональному харчуванню здійснюється шляхом:

- збільшення точок продажу здорової їжі,
- популяризація серед споживачів, через місцеві газети та інтерактивні заходи, здорової їжі та раціонального харчування,
- доведення до відома населення можливих ризиків, пов'язаних із ожирінням та надмірною вагою,
- звернення уваги на продукти харчування, що можуть призводити до підвищення АТ.

Уникнення стресових ситуацій

- сприяння з боку влади дотриманню режиму праці та відпочинку робітників,
- створення місць відпочинку на робочих місцях,
- можливість роботи психолога на виробництвах та у колективах,
- проведення тренінгів професійної майстерності.

Заходи, які впроваджувались на популяційному та груповому рівні сприяють формуванню у населення суспільної думки щодо важливості ЗСЖ.

Тоді, на індивідуальному рівні, коли стає модно не курити, не пити, займатися фізичною активністю, правильно харчуватися та уникати стресорних ситуацій легше впливати на світогляд людини. Саме на індивідуальному рівні великого, першочергового значення набуває лікар загальної практики сімейної медицини, якому довіряє пацієнт.

Санітарно-просвітницька робота на рівні ЦПМСД, що включає наступні моменти:

- шкода, яку наносить алкоголь, тютюн, неправильне харчування та малорухомий спосіб життя на організм людини;
- ризики, які пов'язані із виникненням серцево-судинних захворювань;
- запобігання вживанню алкоголю, тютюну, шкідливих продуктів.

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 багатокomпонентними (правильне цілеспрямування, залучення близьких пацієнта, розробка індивідуальних дієтичних обмежень з урахуванням смаків пацієнта) та мати постійний, безперервний характер.

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 (мал. 8).

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.

Важливою ланкою профілактики серцево-судинних захворювань виступає модернізація способу життя людини, що має наявний вплив факторів ризику та/або сформоване серцево-судинне захворювання.

Основним моментом слід виділити те, що поради лікаря ЗПСМ щодо змін, які необхідно внести в 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.

Зміна характеру поведінки є одним із ключових моментів, що слід враховувати як при розробці 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.

Треба розуміти, що поведінка людини має багатокomпонентну природу. Тобто формування поведінки обумовлює ряд факторів, до яких відносяться:

- внутрішні особистісні фактори – індивідуальні особистісні характеристики, такі як знання, уявлення тощо;

- міжособистісні фактори – спілкування в малих соціальних групах (родина, друзі) що обумовлюють соціальну підтримку або засудження;

- інституційні фактори – правила, інструкції, політика формальних структур, що сприяють або перешкоджають певним моделям поведінки;

- популяційні фактори – соціальні зв'язки та норми, що діють серед окремих осіб, груп або організацій;

- політичні фактори – місцеві, регіональні та загальнодержавні закони, що регулюють та підтримують заходи, спрямовані на профілактику, виявлення або лікування захворювань.

При плануванні профілактичних заходів необхідно враховувати можливість впливу на якомога більшу кількість факторів.

Здійснення впливу на поведінку має проходити на всіх рівнях: центральному, що охоплює політичні та популяційні фактори, груповому, охоплює популяційні, інституційні та міжособистісні фактори, та індивідуальному рівнях. Проте профілактичний вплив частіше всього здійснюється на індивідуальному (внутрішньо особистісний вплив) та груповому (вплив на міжособистісні та популяційні фактори) рівнях.

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

Торкаючись індивідуального рівня взаємодії слід відмітити, що велике значення слід приділити рівню знань та навичок медичного та/або соціального працівника, який буде здійснювати безпосередній контакт із людиною, чиї поведінкові риси мають підлягати змінам. Необхідними умовами для такого працівника є розуміння різноманітності шляхів впливу на поведінку, здатність адекватного планування необхідних змін та здатність об'єктивної оцінки отриманих результатів, розуміння важливості недискримінаційного характеру взаємодії із пацієнтом та здатність оперувати усім спектром результатів нових досліджень та практичного досвіду. З цього випливає, що однією з ключових задач, що стоїть перед органами центральної адміністрації, є забезпечення навчання медичних та соціальних працівників, які безпосередньо працюють з пацієнтом, що, в свою чергу, сприятиме підвищенню якості та доступності поведінково-направлених втручань.

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.

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.

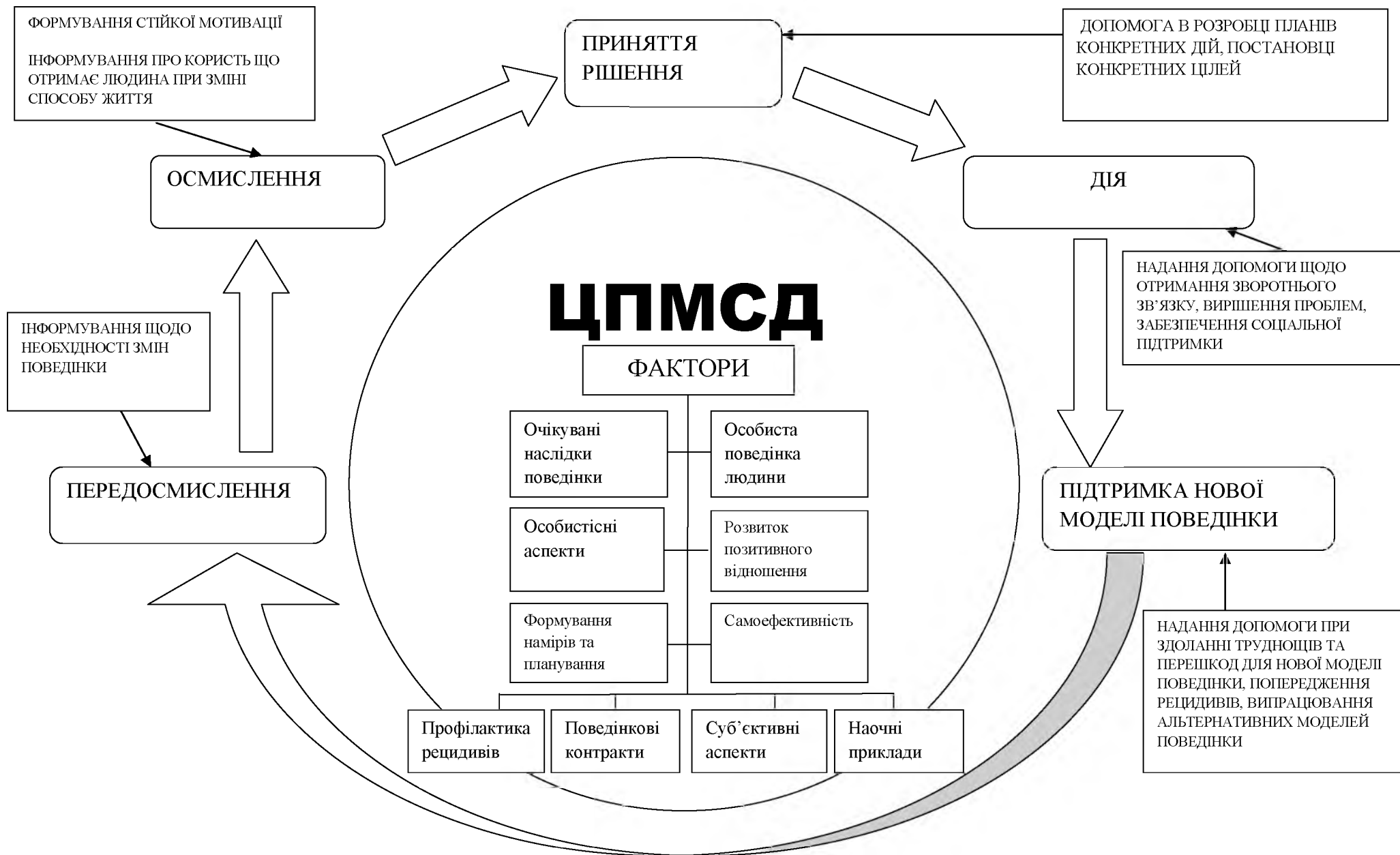
Лікар ЗПСМ, який є довіреною особою людини, має авторитетний вплив серед населення, тому на індивідуальному рівні сприяє модернізації поведінки пацієнта, враховує так звані певні ключові точки життєвого циклу людини, які є сприятливими для втручання на один або декілька рівнів життя.

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 (приклади 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 сформувати мету та плани щодо зміни моделі поведінки, що охоплюватиме тривалий час та максимальну кількість складових здорового способу життя);
- Поведінкові контракти (прохання до людини 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 (мал. 9).



Малюнок 9. Зовнішня допомога на різних етапах процесу моделювання поведінки на рівні ПМСД

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 органів, 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.

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:

1. Шляхом логістичної регресії виявлені фактори ризику виникнення артеріальної гіпертензії серед населення міста Полтави:

- демографічні (вік, стать, освіта, наявність ССЗ у близьких родичів);
- поведінкові (характер харчової поведінки, характер та тривалість нічного сну, характер фізичної активності та відпочинку, стосунки в родині, нервово-психічне навантаження, надмірна вага тіла та ожиріння, зловживання алкоголем, тютюнопаління);
- медичні (періодичне підвищення АТ, наявність скарг, дискомфорту в ділянці серця, нехтування зверненнями до лікаря).

2. Розроблена модель первинної профілактики серцево-судинної патології шляхом модернізації способу життя на популяційному, груповому та індивідуальному рівнях спрямована на первинну профілактику артеріальної гіпертензії шляхом модернізації поведінки містить складові системи охорони здоров'я, а саме первинну ланку.

3. Впровадження запропонованої моделі на засадах ЗПСМ спрямована на підвищення поширеності серед населення ЗСЖ та зменшення захворюваності на серцево-судинну патологію шляхом удосконалення первинної профілактики.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Аналіз захворюваності на хвороби системи кровообігу в Полтавській області за 2003-2012 роки / В.М. Ждан, І.А. Голованова, М.В. Хорош // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – вип. 3. – том 1 (110). – С. 114-119.
2. Аналіз показників інвалідизації працездатного населення Полтавської області внаслідок серцево-судинної патології за 2008-2013 роки / І.А. Голованова, М.В. Хорош, Г.А. Оксак, А.Б. Фошина, М.І. Юхіменко // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – вип. 3. – том 1 (110). – С. 69-73.
3. Арушанян Э.Б. Современные представления о происхождении циркадианных колебаний деятельности сердечно-сосудистой системы в норме и при патологии./ Клиническая медицина. – 2012. - №4. – С.11-17.
4. Барбараш Н.А. Курение и сердечно-сосудистая система/ Н.А.Барбараш, Л.С. Барбараш та співавт.//Кардиосоматика. – 2013. – том 4. - №1. – с.44-47.
5. Барна О.М. Поширеність факторів ризику серцево-судинних захворювань у пацієнтів літнього віку/ О.М.Барна, Н.Г.Гойда, Я.В.Корост // Ліки України. – 2014. - №1 (18). – С.33-34.
6. Березняков І.Г. Соціально-економічний статус і поширеність чинників ризику серцево-судинних захворювань у хворих на цукровий діабет 2-го типу та гіпертонічну хворобу (огляд літератури)/І.Г.Березняков, Ю.В.Левадна та співав. //Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень. – 2014. - №2 (4). – С.405-416.
7. Василькова Т.Н., Баклаєва Т.Б. Роль ожирения в формировании сердечно-сосудистой патологии./ Практическая медицина. – 2011. - №7 (76). – С. 117-122.

8. Горбась І.М. Високий серцево-судинний ризик населення України: вирок чи точка відліку. / Львівський клінічний вісник. – 2013. - №№ (3). – С. 45-48.
9. Громова Е.А. Психосоціальні фактори ризику серцево-судинних захворювань. / Сибірський медичний журнал. – 2012. – Т.27. - №2. – С.22-29.
10. Давидович І.М. Серцево-судинна патологія у чоловіків молодого віку: вплив артеріальної гіпертензії та супутніх факторів ризику. / І.М. Давидович, О.В. Афонсков, В.А. Зубок, Д.В. Ісаков // Consilium medicum. – 2010. – Кардіологія. – Т.12. - №1. – С.19-22.
11. Драпкина О.М. Шепель Р.Н. Омега-3 поліненасичені жирні кислоти та вік-асоційовані захворювання: реальність та перспективи. – Рациональна фармакотерапія в кардіології. – 2015. - №11(3). – С.309-316.
12. Кондюхова Т.Н. Специфіка соціального взаємодія пацієнтів з гіпертонічною хворобою. / Т.Н. Кондюхова, Е.А. Гладышева // Царкосельські читання. – 2014. - №XVIII. – т.ІІІ. – с. 189-193.
13. Корчинський В.С. Кардіореабілітація: сучасний стан та пріоритети розвитку. / Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2015. - №1. – Т.19. – С. 244-247.
14. Лашкул З.В. Визначення знань факторів ризику і смертності від артеріальної гіпертензії у керівників лікувальних закладів первинної ланки. / З.В. Лашкул // Вісник проблем біології та медицини. – 2014. – Вип. 3. – Т.1 (110). – С.197-200.
15. Наказ МОЗ України №601 від 03.08.2012 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів». – [Електронний доступ] - http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120803_601.html

- 16.Нестеров Ю.И. Терапия восстановительного периода инфаркта миокарда. / Земский врач. – 2012. - №2(13). – С. 5-10.
- 17.Николаев Е.Л. Психосоциальные риски и ресурсы при сердечно-сосудистых заболеваниях / Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева // Вестник психиатрии и психологи Чувашии. – 2014. - №10. – С. 109-130.
- 18.Ніженковська І.В. Інформаційна забезпеченість населення щодо самолікування: стан, проблеми та шляхи оптимізації./ І.В. Ніженковська, О.Ю. Лисенко, І.М. Дикуха// Запорізький медичний журнал. – 2013. - №2 (77). – С. 36-38.
- 19.Оганов Р.Г. Гендерные различия кардиоваскулярной патологии. / Р.Г. Оганов, Г.Я.Масленникова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2012. - №11 (4). – С. 101-104.
- 20.Орлов А.В., Ротарь О.П. Особенности питания как фактор риска неинфекционных заболеваний в российской и эстонской популяциях. / Трансляционная медицина. – 2014. - №1. – с.82-92.
- 21.Приходько В.Ю. Артеріальна гіпертензія і вік: поширеність, особливості перебігу та ускладнення. / Мистецтво лікування. – [Електронний доступ] <http://m-l.com.ua/?aid=860>.
- 22.Рекомендації Європейського товариства кардіологів 2012 року щодо профілактики серцево-судинних захворювань у клінічній практиці. / Серце і судини. – 2013. - №2. – с. 16-25.
- 23.Рекомендації Української Асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії: Посібник до Національної програми профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. – К.: ПП ВМБ. – 2008. – 80 с.
- 24.Романцова Т.И. Эпидемия ожирения: очевидные и вероятные причины./ Ожирение и метаболизм. – 2011. - №1. – С.5-19.
- 25.Телкова И.Л. Профессиональные особенности труда и сердечно-сосудистые заболевания: риск развития и проблемы профилактики.

- Клинико-эпидемиологический анализ. / Сибирский медицинский журнал. – 2012. – Т.27. - №1. – С. 17-26.
- 26.Тетерич Н.В. Оцінка ефективності рецептурного відпуску лікарських засобів в Україні. / Н.В. Тетерич, Л.В. Терещенко // Запорізький медичний журнал. – 2013. - №5. – С.99-103.
- 27.Хорош М.В. Серцево-судинна захворюваність як складова неінфекційних захворювань та фактори ризику кардіологічної патології серед населення міста Полтава // Вісник Української медичної стоматологічної академії Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2015. – том 15. – вип 2 (50). – с. 156-164.
- 28.Хорош М.В., Голованова І.А. Состояние сердечно-сосудистой патологии в Полтавской области за 2009-2014 года: заболеваемость, распространенность, смертность. – Life and health of the person through the prism of the development of medicine, food safety policy and preservation of the biodiversity. – Pre-reviewed materials digest (collective monography) published following the results of CVI International Research and Practice Conference and II stage of the Championship in Medicine and Pharmaceutics, Biology, Veterinary Medicine and Agriculture (London, 26-31.08.2015). – IASHE. – London. – 2015. – P.22-36.
- 29.Хорош М.В., Голованова І.А. Модернізація способу життя як спосіб первинної профілактики серцево-судинної патології // Україна. Здоров'я нації. – 2016. - №1-2 (37-38). – С. 212-218.
- 30.Хорош М.В., Голованова І.А. Розподіл факторів ризику серцево-судинної патології серед дорослого населення міста Полтава //Сучасні медичні технології: Український науково-практичний журнал. – 2015. - №4 (27). – С. 88-91.
- 31.Хорош М.В., Голованова І.А. Сучасні погляди на проблеми профілактики серцево-судинних захворювань (за матеріалами Всесвітньої федерації серця) // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2016. - №1 (26). – С. 125-126.

32. Чазова И.Е. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции больных артериальной гипертензией /И.Е.Чазова, Ю.В.Жернакова // Кардиология. – 2014. - №10. – С.4-12.
33. Шилов А.М., Авшалумов А.С. Ожирение и артериальная гипертензия./ Лечащий врач. – 2008. - №2. – С. 8-13.
34. Школа здоровья для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: методические рекомендации. /Чукаева И.И., Орлова Н.В., Кисляк О.А.// М.: ГОУ ВПО РГМУ, 2011. – 149 с.
35. Якушин С., Филиппов В. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: курс на здоровый образ жизни./ Врач. – 2011. - №9. – С.2-7.
36. Drouin-Chartier JP., Gagnon J. Impact of milk consumption on cardiometabolic risk in postmenopausal women with abdominal obesity./ Nutrition Journal. – 2015. [Электронный доступ] - <http://www.nutritionj.com/content/14/1/12>
37. Katsarou A.L., Triposkiadis F., Panagiotacos D. Perceived stress and vascular diseases/ Angiology. – 2013. – vol.64. - №7. – P.529-534.
38. Lu Jt., Creager M. The relationship of cigarette smoking to peripheral arterial diseases. Rev Cardiovascular Med. – 2004. – 5(4). P 187-193.
39. Resolution WHA 57.17. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. In: Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, 17-22 May 2004. Resolutions and decisions, annexes. Geneva, World Health Organization, 2004 [Электронный доступ]. http://www.who.int/gb/.../WHA57/A57_R17-en.pdf.
40. Risk factors for development of hypertension in Poltava region / Maksim V. Khorosh, Maksim O. Harkavenko, Irina A. Holovanova // Wiadomosci Lwkarские. – 2016. – Tom LXIX. - №2. – cz. II. – s. 190-197.
41. Wipfli H, Samet IM. Secondhand smoke's worldwidediseasetoll. Lancet 2011; 377: 101–2.