

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кваліфікаційна наукова  
праця на *правах рукопису*

**Власик Любов Йосипівна**

УДК 616.33/.34-002-022.7-02-036-07

**ДИСЕРТАЦІЯ  
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ  
БАГАТОФАКТОРНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ОСНОВНИХ  
НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-  
САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ**

222 – Медицина

(14.02.03 – соціальна медицина)

22 – Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії.

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,  
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне

джерело \_\_\_\_\_ Л.Й. Власик

Наукові керівники:

Рингач Наталія Олександрівна,

доктор наук з державного управління,

кандидат медичних наук, старший науковий співробітник

Ступницька Ганна Ярославівна,

доктор медичних наук, доцент

**Чернівці – 2021**

## АНОТАЦІЯ

Власик Л.Й. Медико-соціальне обґрунтування удосконалення багатофакторної профілактики основних неінфекційних захворювань на рівні первинної медико-санітарної допомоги. - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 – Медицина (14.02.03 – соціальна медицина). – Буковинський державний медичний університет, Чернівці, 2021.

У дисертації вирішено актуальне наукове завдання в галузі соціальної медицини, яке полягає в удосконаленні профілактики основних неінфекційних захворювань (НІЗ) в Україні та розробці пацієнт-орієнтованої моделі багатофакторної профілактики на рівні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) у інтегрованій взаємодії із спеціалізованою медичною допомогою та системою громадського здоров'я (ГЗ). Розробка моделі багатофакторної профілактики на рівні ПМСД, основною метою якої стало зменшення дії факторів ризику (ФР), мінімізація патологічних станів та захворювань, які передують виникненню основних НІЗ, та, як наслідок, зниження їх соціально-економічного тягаря вимагала системного підходу до вирішення завдань, зокрема:

- аналізу зарубіжного та вітчизняного досвіду стосовно профілактики основних НІЗ на рівні ПМСД;
- дослідження епідеміологічної ситуації щодо НІЗ на національному та регіональному рівнях у динаміці та порівняно з європейськими країнами; дослідження частоти поєднання НІЗ;
- визначення поширеності основних ФР серед економічно активного населення (ЕАН) у віці 18-69 років, їх особливостей залежно від віку, статі, рівня освіти, зайнятості;

- характеристики досвіду звернень за медичною допомогою респондентів та впливу на нього стану здоров'я (за самооцінкою), наявності ФР та НІЗ;

- вивчення медичної активності (МА) респондентів, профілактичної активності лікарів первинної ланки стосовно НІЗ, та взаємодії між лікарем і пацієнтом;

- обґрунтування заходів, інструментів прогнозування та розроблення інтегрованих підходів до мінімізації ФР та профілактики основних НІЗ на рівні ПМСД.

Комплексне медико-соціальне дослідження (аналіз національної та регіональної офіційної статистики, низка власних соціологічних досліджень, аналіз міжнародних та національних стратегічних документів, чинної нормативно-правової бази, вивчення та адаптація досвіду з попередження і боротьби з НІЗ, оцінок експертів) дало можливість як обґрунтувати потребу удосконалення багатофакторної профілактики, так і оцінити сучасний стан і тенденції розвитку епідемії НІЗ в Україні та у Чернівецькій області, обізнаність та профілактичну активність населення і лікарів первинної ланки, а також дозволило визначити пріоритети спільних напрямів попередження основних НІЗ, ключові елементи, через які можна вплинути на ситуацію на рівні ПМСД.

Необхідність підвищення пріоритетності профілактики НІЗ, модифікації керованих ФР й впливу на соціальні детермінанти, які лежать у їх основі та покращання загального охоплення медико-санітарною допомогою відображені у Глобальному плані дій з профілактики НІЗ та боротьби з ними (2013 – 2020 рр.) та Цілях Сталого Розвитку до 2030 року. Аналіз міжнародного та вітчизняного досвіду профілактики показав місце та роль основних НІЗ у Глобальному тягарі хвороб, висвітлив потребу багатофакторних втручань, спрямованих на ФР, підкреслив значущість первинного рівня надання медичної допомоги населенню у реалізації профілактичних програм та залучення пацієнтів до організації охорони власного здоров'я. Окреслений у Плані дій базовий принцип чотирьох основних НІЗ та чотирьох основних спільних

поведінкових ФР потребує аналогічного підходу до моделей надання медичної допомоги з орієнтацією на пацієнта. В Україні існує нагальна потреба удосконалення профілактичної допомоги на первинному рівні, зокрема, у царині розширення її форм і спектру, застосування більш ефективних багатофакторних втручань, особливо у групах підвищеного ризику та у випадках (загрозі) мультиморбідності.

Результати аналізу демографічної ситуації в Україні та Чернівецькій області (2013-2018 р.), зокрема, показників здоров'я працездатного населення загалом та щодо основних НІЗ (злоякісні новоутворення; цукровий діабет, серцево-судинні захворювання та хронічні хвороби органів дихання) засвідчили зростання захворюваності на інфаркт міокарду, цереброваскулярні захворювання (у т.ч. інсульти), а також первинного виходу на інвалідність, спричинену хворобами органів дихання. Дослідження частоти поєднаної патології у госпіталізованих хворих (у віці 30-69 років) пульмонологічного відділення показало, що у 47% випадках спостерігалася поєднана патологія (ішемічна хвороба серця (ІХС) та хронічні хвороби нижніх дихальних шляхів), причому шанси такого поєднання виявились у 2,5 рази більшими у курців, ніж у тих, хто не курил [ВШ 2,482 (95% ДІ) 1,653-3,728]. Набули подальшого розвитку рекомендації щодо своєчасного виявлення хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) на рівні первинної медичної допомоги шляхом первинного скринінгу з метою розширення «вікна» для активних профілактичних втручань у інтервалі між виявленням на ранній стадії захворюванням та появою прогнозованої ІХС. Розроблено пропозиції щодо адаптації інструменту STEPS для використання його в Україні.

Вперше виявлено особливості поширеності основних ФР серед економічно активного населення (за самооцінкою) з дезагрегацією за статтю, віковою групою, освітою, зайнятістю; особливості впливу поведінкових ФР та наявності основних НІЗ на самооцінку стану здоров'я, частоту та місце звернень ЕАН за медичною допомогою. Зокрема, більше половини респондентів (54%) не споживали достатньої кількості фруктів, дещо менше половини (42%) – овочів,

абсолютна більшість (78%) рідко вживала рибу та не обмежувала солоні продукти (71%). Лише 42% респондентів займалися певними фізичними вправами, однак брак занять фізичною культурою частково компенсувався додатковими видами щоденної рухової активності. Рівень поширеності тютюнокуріння серед респондентів склав 28% (серед чоловіків – 36%, жінок – 20%). Показано, що зайнятість на ринку не сприяла збереженню здоров'я та впливала на частоту й інтенсивність жіночого куріння більш ймовірно ( $p < 0,01$ ), ніж рівень освіти ( $p < 0,05$ ). Куріння жінок у 4 рази частіше зустрічалось при частому вживанні алкоголю незалежно від місця зайнятості. При цьому зайняті на ринку жінки частіше вживали міцні напої, ніж жінки інших категорій (33% проти 17%,  $p < 0,001$ ) за меншої частоти вживання пива (15% проти 27%,  $p < 0,001$ ) та вина (41% проти 53%,  $p < 0,01$ ). Загалом про вживання алкоголю з частотою від «щодня» до «1-2 рази на тиждень» повідомили 35% чоловіків та 17% жінок усіх категорій.

Проведений аналіз поширеності основних ФР показав, що наявність одного з них спостерігалась у 34%, поєднання двох – у 31%, трьох – у 17%, чотирьох – у 3% респондентів (15% опитаних у себе наявність факторів ризику заперечували). «Куріння» та «часте споживання алкоголю» рідше зустрічалися як поодинокі фактори (по 4%), однак частіше поєднувалися з іншими (24% та 22% відповідно). На основі виявлених поєднань виділено кластери осіб без ФР або з поєднанням 1-2 факторів без куріння (57%) та з поєднанням 3-4 факторів у т.ч. з наявністю куріння (43%), для яких розроблений алгоритм профілактичних втручань при зверненні до лікаря.

Встановлено, що дві третини респондентів мали візит до лікаря первинної ланки (з того чи іншого приводу). Майже половина опитаних відвідували лікаря упродовж року (48%). Проте на медичному обслуговуванні сімейного (дільничного) лікаря перебувало 35%, поза межами ПМСД – 40%, решта (25%) – ні до кого не зверталися. Про наявність основних НІЗ повідомили 36% респондентів. Респонденти, які мали основні НІЗ, частіше обслуговувалися у лікаря первинної ланки (38%), ніж без НІЗ (29%), ( $p < 0,05$ ). Накопичення ФР, а

також поява основних НІЗ та їх поєднання спонукали респондентів звертатися до лікарів декількох фахів та рівнів надання медичної допомоги (56%). За можливості обирати лікаря офіційні звернення респондентів на первинну ланку зросли (70%), але звичні маршрути в медичному обслуговуванні збереглися.

Набуло подальшого розвитку вивчення медичної активності як ключового фактору залучення пацієнта до організації охорони власного здоров'я. Аналіз контролю за харчуванням, фізичної активності (ФА) та загальної МА за самооцінкою респондентів дозволив розробити інструмент для прогнозування та визначення найбільш асоційованих з ними детермінант, які потребують втручання з метою їх підвищення. За самооцінкою респондентів пасивними щодо збереження здоров'я були 20% респондентів, мали нечітко визначену позицію щодо власної МА – 30%, активними вважали себе 50% опитаних. За встановленими предикторами МА методом покрокового логістично-регресійного аналізу («споживання фруктів та овочів, крім картоплі» ( $\chi^2=14$ ;  $p<0,001$ ), «регулярні заняття фізичними вправами від 2-3 до 4-5 разів на тиждень» ( $\chi^2=12$ ;  $p<0,001$ ) та «відвідування лікаря з профілактичною метою» ( $\chi^2=4,4$ ;  $p<0,05$ ) активними щодо збереження свого здоров'я можна вважати лише 6% респондентів. Відмінність між МА за самооцінкою та за відсутністю/наявністю ФР свідчила про неадекватну медичну грамотність, що важливо враховувати лікарю за будь-якого профілактичного втручання. Удосконалено підходи до вибору технологій профілактики НІЗ на рівні первинної ланки (від коротких втручань до елементів коучингу і спільного прийняття рішень) та планування багатофакторного втручання на індивідуальному рівні за рахунок компонування інтервенційних складових ФР. Вперше запропоновано авторський спосіб оцінки ефективності корекції надлишкової маси тіла та визначення ризику ожиріння як профілактичної технології попередження НІЗ.

Вивчення надання профілактичних послуг (індивідуальних, групових) на рівні ПМСД за допомогою опитування лікарів первинної ланки показало, що 80% лікарів проводили індивідуальні консультації з питань чотирьох

основних ФР НІЗ, 69% лікарів повідомили про групові заняття з пацієнтами. Підтверджено нагальну необхідність підвищення ефективності профілактичних консультувань тим, що з половини респондентів (49%), які повідомили про отримання рекомендацій, лише кожний четвертий дотримувався їх (в основному щодо контролю харчування та споживання овочів та фруктів). Встановлено доцільність неформальних форм післядипломної освіти медичних працівників, що підтверджувалося позицією опитаних лікарів.

Результати досліджень стали підґрунтям для заснованої на пацієнт-орієнтованому підході моделі багатофакторної профілактики основних НІЗ на рівні ПМСД, яка відрізняється від відомих спрямувань на модифікацію поодиноких або поєднаних ФР та на мінімізацію патологічних станів й захворювань, що передують за часом виникнення основним НІЗ; враховує контекстні характеристики пацієнта у безперервному нашаруванні заходів профілактики різних рівнів (в т.ч. щодо основного захворювання та супутнього, наявного та прогнозованого), та функціонує в інтегрованій взаємодії із спеціалізованою медичною допомогою та системою громадського здоров'я.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що вони стали підставою для визначення пріоритетних заходів профілактики НІЗ серед ЕАН; розробки та впровадження моделі багатофакторної профілактики НІЗ на рівні ПМД; розробки інструменту для прогнозування недостатньої МА пацієнтів та визначення найбільш асоційованих з нею детермінант, які потребують втручання з метою її підвищення; розробки алгоритму дій медичного працівника щодо виявлення пацієнтів із поєднаними ФР та обґрунтування персоналізованого підбору профілактичних втручань. Результати дисертаційної роботи впроваджено у навчальний процес профільних кафедр вищих медичних закладів України та Республіки Молдова. Аналітичні матеріали, отримані при виконанні дисертації, використані Національним інститутом стратегічних досліджень при підготовці аналітичних довідок і рекомендацій щодо шляхів вирішення загальнодержавних та регіональних проблем суспільного розвитку.

**Ключові слова:** неінфекційні захворювання, багатofакторна профілактика, первинна медико-санітарна допомога, фактори ризику, медична активність.

### **Список публікацій здобувача**

#### **Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації**

1. Власик ЛІ, Власик ЛІЙ. Шляхи реалізації в Україні ініціатив ВООЗ щодо профілактики неінфекційних захворювань обумовлених забрудненням повітря. Актуальні проблеми транспортної медицини: навколишнє середовище; професійне здоров'я; патологія. 2017;1(47):41-51.
2. Рингач НО, Власик ЛІЙ, Власик ЛІ. Інструмент ВООЗ STEPS для епідеміологічного моніторингу факторів ризику неінфекційних захворювань: еволюція основних етапів та підходи до реалізації в Україні. Україна. Здоров'я нації. 2017;3(44):190-5.
3. Власик ЛІЙ, Ступницька ГЯ, Сухолотюк АЛ. Особливості організації надання первинної медико-санітарної допомоги хворим на хронічне обструктивне захворювання легень у поєднанні з ішемічною хворобою серця. Wiadomości Lekarskie. 2017;70(3,cz I):466-9.
4. Власик ЛІЙ. Науково-практична конференція профілактичного спрямування як форма удосконалення у питаннях профілактики основних неінфекційних захворювань. Економіка і право охорони здоров'я. 2018;2(8):5-10.
5. Рингач НО, Власик ЛІЙ. Burden of premature mortality caused by four main non-communicable diseases in Ukraine. Wiadomości Lekarskie. 2018;71(3,cz II): 728-32.
6. Власик ЛІЙ, Сухолотюк АЛ, Христич ТМ. Підвищення дієвості профілактичних втручань з контролю маси тіла у рамках профілактики неінфекційних захворювань. Єдине здоров'я та проблеми харчування України. 2019;1:19-27.



7. Власик ЛЙ. Особливості поведінкових чинників ризику основних неінфекційних захворювань у групах економічно активного населення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019;3(81):12-8.
8. Vlasyk LY, Ryngach NO, Vlasyk LI, Stupnytska NY. Study of the lifestyle of economically active population of the chernivtsi region: the prevalence of risk factors among business entities in the market. Wiadomosci lekarskie. 2019;72(5,cz 1):832–7.
9. Власик ЛЙ. Досвід пацієнта та його роль у медичній активності на прикладі економічно активного населення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020;3(85):89-97.
10. Власик ЛЙ. Медико-соціальне обґрунтування багатофакторної профілактики основних неінфекційних захворювань. Клінічна та експериментальна патологія. 2020; 4(74):15-22.
11. Власик ЛЙ. Медична активність як ключовий аспект у запобіганні неінфекційних захворювань серед економічно активного населення. Колективна монографія за заг. ред. ВМ Ждана та ІА Голованової. Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи. Полтава:ТОВ «Фірма «Техсервіс»; 2020. С.14-23.

### **Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації**

1. Власик ЛЙ. Інтегрована медична допомога та її роль у вирішенні проблем профілактики неінфекційних захворювань. Матеріали 99-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»; 2018 Лют 12, 14, 19; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2018, с.313-14.
2. Власик Л, Рингач Н. Активність з мінімізації дієтарних факторів ризику серед працівників торговельного комплексу “Калинівський ринок”. Матеріали четвертого щорічного регіонального наукового симпозиуму в рамках

концепції «Єдине здоров'я» за підтримки ПЗБЗ в Україні; 2019 Трав 20-24; Київ. Київ; 2019, с.406.

3. Рингач НО, Власик ЛЙ. Глобальна ініціатива «HEARTS» як орієнтир для України. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Превентивна медицина: реалії та перспектива»; 2018 Жовт 18-19; Чернівці. Чернівці; 2018, с.122-4.

4. Власик ЛЙ. Healthy lifestyle counseling for behavioural changes in primary health care. Матеріали 100-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ; 2019 Лют 11, 13, 18; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2019, с.485-86.

5. Рингач НО, Власик ЛЙ. Дістарні ризики: обізнаність і активність з мінімізації. Матеріали VI міжнародної науково-практичної конференції «Гендер. Екологія. Здоров'я»; 2019 Квіт 18-19; Харків. Харків: ХНМУ; 2019. с. 156-8.

6. Сухолотюк АЛ, Власик ЛЙ. Аналіз особистої та соціальної відповідальності щодо зміцнення власного здоров'я за результатами опитування осіб віком до 25 років. Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих учених «Студентське самоврядування в системі академічної культури»; 2019 Бер 14-15; Чернівці. ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». Чернівці: БДМУ; 2019, с.135-6.

7. Рингач НО, Власик ЛЙ, Гаврилук СО. Зниження передчасної смертності в Україні: завдання в світлі досягнення цілей сталого розвитку. Матеріали XVII з'їзду всеукраїнського лікарського товариства; 2019 Лист 14-16; Полтава. Полтава; 2019, с.199.

8. Власик ЛЙ. The behavioral risk factors of major non-communicable diseases among economically active population. Матеріали 101-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого

державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»: 2020 Лют 10, 12, 17; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет. 2020, с. 435-6.

9. Рингач НО, Власик ЛЙ. Принцип залучення громадян: реалізація у сфері громадського здоров'я. «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики сьогодення і перспективи розвитку»: матеріали Другого міжнар. укр.-нім. симп. з громад. здоров'я; 2020 Вер 22–24; Тернопіль. Тернопіль: ТНМУ; 2020, 67 с.

10. Рингач НО, Власик ЛЙ. Профілактика основних чинників ризику неінфекційних захворювань: самооцінка активності лікарів. International scientific and practical conference “Today’s problems in medicine, pharmacy and dentistry”; 2020 Dec 17-18; Arad. Arad; 2020, p.167-8.

11. Vlasyk LY. Major noncommunicable diseases: adaptation of foreign prevention experience to national conditions. Матеріали 102-ї підсумкової науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету; 2021 Лют 8, 10, 15; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2021, с.429-30.

### **Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації**

1. Рингач НО, Власик ЛЙ. Європейська рамкова основа для дій з організації інтегрованого надання послуг охорони здоров'я: зміст, цілі та напрямки. Міжнародний журнал «Реабілітація та паліативна медицина». 2017;1-2(5-6):24-8.

2. Рингач НО, Власик ЛЙ. Сучасні підходи до мінімізації впливу маркетингу нездорових продуктів на дітей. International scientific-practical conference Innovation Management in Marketing: Modern Trends and Strategic Imperatives; 2018 April 12-13; Poznan, Poland. Poznan: WSPiA Publishing; 2018, p.176-9.

3. Чебан ВІ, Власик ЛЙ. Актуальные аспекты усовершенствования профилактики неинфекционных заболеваний на уровне первичного звена оказания медицинской помощи. *Sănătate publică, economie și management în medicină. Revistă științifico-practică*. 2016;3(67):35-8.

4. Рынгач НО, Власык ЛЙ. Осведомленность населения о лечении сердечно-сосудистых заболеваний по результатам социологического исследования. *Sănătate publică, economie și management în medicină*. Chișinău. 2019; 4(82):246-51.

5. Власик ЛЙ, Сухолотюк АЛ, Христич ТМ, винахідники; Буковинський державний медичний університет, патентовласник. Спосіб оцінки ефективності корекції надлишкової маси тіла та визначення ризику ожиріння. Патент України на корисну модель № 120385. МПК А61В 5/103. М. № U 201705272; 2017 Жовт 25.

## SUMMARY

Vlasyk L. Y. Medical and social justification for improving the multi-factor prevention of major non-communicable diseases at the level of primary health care. - Qualification scientific work on the rights of a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 14.02.03 – Social Medicine (222 – Medicine). - Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, 2021.

Bukovinian State Medical University, 2021.

The dissertation solves a topical scientific problem in the field of social medicine, which lies in improving the prevention of major non-communicable diseases (NCD) in Ukraine and developing a patient-oriented model of multi-factor prevention at the level of primary health care (PHC). The development of a multi-factor prevention model, the main goal of which was to reduce the impact of risk factors (RF), minimize pathological conditions and diseases that precede the onset of

the main NCDs, and, as a consequence, reduce the socio-economic burden, required a systematic approach to the following objectives:

- conducting a systematic analysis of information sources, foreign and domestic experience in the prevention of major NCDs at the PHC level;
- study of the nature of the dynamics of morbidity, disability and mortality from the main NCDs at the national and regional levels and the frequency of the combination of pathology on the example of hospitalized patients;
- study of the prevalence of risk factors among the population of the region on the example of the economically active population (EAP);
- study (based on the results of the survey) of the experience of patients seeking medical help depending on the self-assessment of the state of health, the prevalence of the main non-infectious pathology and its RFs;
- analyzing the medical activity (MA) of respondents (EAP and primary care doctors).

Comprehensive medical and social research (analysis of national and regional official statistics, a number of our sociological studies, analysis of international and national strategic documents, the current regulatory framework, study and adaptation of experience in preventing and combating NCDs, experts' assessments) made it possible to justify both the need to improve multi-factor prevention, and assess the current state and trends in the development of the NCD epidemic in Ukraine and the Chernivtsi region, awareness and preventive activity of the population and primary care doctors, as well as determine the general priority areas for preventing the main NCDs and analyzing key elements through which the situation at the level of primary health care (PHC) can be influenced.

It is shown that the need to increase the priority of NCD prevention, modification of managed RFs and impact on the social determinants that underlie them, improving overall health coverage is reflected in the Global Objectives against NCDs and the Sustainable Development Goals by 2030. The analysis of the international and domestic experience of prevention showed the place and role of the main NCDs in the Global Burden of Diseases, highlighted the challenges, control

strategies, the need for multi-factor interventions aimed at RFs, emphasized the importance of the primary level of medical care to the population in the implementation of preventive programs and the involvement of patients in the organization of their health care. The basic principle of the four main NCDs and the four main joint behavioural RFs requires similar patient-centred models of health care. In Ukraine, there is a need to improve preventive care at the primary level, in particular, in the field of expanding its forms and spectrum, using more effective multi-factor interventions, especially in high-risk groups and in cases of (threat) multimorbidity.

The results of the analysis of the demographic situation in Ukraine and Chernivtsi region (2013-2018), health indicators of the working-age population as a whole and concerning the main NCDs (malignant neoplasms; diabetes mellitus, cardiovascular diseases and respiratory diseases) showed an increase in the incidence of myocardial infarction, cerebrovascular diseases, strokes; disability caused by respiratory diseases. Significant gender differentiation of mortality rates in the working-age population was revealed: 4.5 times higher in men than in women ( $p < 0,001$ ). A study of the frequency of combined pathology in hospitalized patients (under 70 years of age) of the pulmonology department showed a combined pathology (coronary heart disease (CHD) and chronic diseases of the lower respiratory tract) in 47% of cases, and the chances of such a combination were 2.5 times higher in smokers than in those who did not smoke. In the course of the study, recommendations for timely detection of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at the PHC level were further developed by primary screening to expand the "window" for active preventive interventions in the interval between the disease detected at an early stage and the appearance of predicted CHD. Proposals have been developed to adapt the STEPS tool for use in Ukraine.

For the first time, the features of the prevalence of major RFs among EAP (according to self-assessment) with disaggregation by gender, age group, education, employment were revealed; features of the influence of behavioural RFs and the presence of major NCDs on self-assessment of health status, the frequency and place

of EAP requests for medical care. In particular, more than half of the respondents did not consume enough fruit (54%), slightly less than half – vegetables (42%), the absolute majority rarely consumed fish (78%) and did not limit salty foods (71%). Only 42% of respondents engaged in certain physical exercises but compensated the lack of physical activity partially for additional types of daily physical activity. The prevalence of tobacco smoking among respondents was 28%, among men – 36%, women – 20%. It was shown that market employment did not contribute to maintaining health and affected the frequency and intensity of female smoking ("market" – 25%, "other categories" – 15% ( $p<0,01$ ); smoker index – 154 and 94, respectively ( $p<0,001$ )). Smoking in women was 4 times more common with frequent alcohol consumption, regardless of the place of employment. At the same time, women employed in the market consumed strong drinks more often than women of other categories (33% vs. 17%,  $p<0,001$ ) with a lower frequency of beer consumption (15% vs. 27%,  $p<0,001$ ) and wine (41% vs. 53%,  $p<0,01$ ). Alcohol consumption with a frequency from "daily" to "1-2 times a week" was reported by 35% of men and 17% of women. Based on the identified combinations, clusters of patients without RFs or with a combination of 1-2 factors without smoking (57%) and patients with a combination of 3-4 factors, including those with the presence of smoking (43%) were identified. Almost half of the respondents went to the doctor within a year (48%). Two-thirds of the respondents visited a primary care doctor (for one reason or another). The presence of major NCDs was reported by 36% of respondents. Respondents who had basic NCDs were more likely to be served by a primary care physician (38%) than those without NCDs (29%), ( $p<0,05$ ). The accumulation of RFs, as well as the onset of the main NCDs and their combination, prompted respondents to go to doctors of several specialties and levels of medical care (55.7%).

The study of MA as a key factor in attracting patients to the organization of their health care has been further developed. Analysis of nutrition control, physical activity (PA), and overall MA by respondents' self-assessment allowed us to develop a tool for predicting insufficient MA and identifying the most associated determinants that require intervention to increase it. The method of step-by-step logistic regression

analysis established the "predictors" of MA: "consumption of fruit and vegetables, except potatoes", "regular exercise from 2-3 to 4-5 times a week" and "visits to the doctor for preventive purposes". There are 3 stages of MA formation according to respondents' self-assessment: stage I, passive, includes those who recognized themselves as inactive (20%); stage II – those who have not decided on their activity (30%); stage III - those who recognized themselves as active (50%). The difference between MA according to self-assessment and the absence/presence of RFs indicates the patient's inadequate medical literacy, which is important for the doctor to consider in any preventive intervention. Approaches to the selection of NCD prevention technologies (from short interventions to elements of coaching and joint decision-making) and planning of multi-factor intervention at the individual level have been improved by arranging the interventional components of RFs. The author's method for evaluating the effectiveness of overweight correction and determining the risk of obesity as a preventive technology for NCD prevention is proposed.

A study of the provision of preventive services (individual, group) at the PHC level using a survey of primary care physicians showed that the majority (80%) of doctors conducted consultations on the 4 main NCD RFs, 69% of doctors reported group classes with patients. The urgent need to improve the effectiveness of preventive consultations is confirmed by the fact that out of half of the respondents (49%) who received recommendations, only one in four followed them (mainly regarding the control of nutrition and consumption of vegetables and fruit). The expediency of informal forms of postgraduate education of medical workers is shown, which was confirmed by the position of the respondents.

The results of the research became the basis for a patient-oriented model of multi-factor prevention of the main NCDs at the PHC level, which differs from the known ones by the direction of modifying individual RFs or their combination and minimizing pathological conditions and diseases that precede the time of onset of the main NCDs; takes into account the contextual characteristics of the patient in a continuous layer of prevention measures at different levels (including the main disease and concomitant, existing and predicted), and functions in integrated



interaction with specialized medical care and public health service. The model has received a positive expert assessment from scientists-organizers of healthcare, doctors and is recommended for implementation at the primary level without additional economic costs and during the reform of the medical industry.

The practical significance of the results obtained lies in the fact that they became the basis for determining priority measures for the NCD prevention among EAP; the development and implementation of a model of multi-factor NCD prevention at the PHC level; the development of a tool for predicting insufficient MA of patients and determining the most associated determinants that require intervention to increase it; the development of an algorithm for a healthcare worker to identify patients with combined RFs and justify the personalized selection of preventive interventions. The results of the dissertation work are implemented in the educational process of specialized departments of higher medical institutions of Ukraine and the Republic of Moldova. The analytical materials obtained during the dissertation were used by the National Institute for Strategic Studies in the preparation of analytical references and recommendations on ways to solve national and regional problems of social development.

**Keywords:** non-communicable diseases, multi-factor prevention, primary health care, risk factors, medical activity.

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	20
ВСТУП	22
РОЗДІЛ 1 ЗАРУБІЖНИЙ ТА ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД З ПИТАНЬ ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	31
1.1 Неінфекційні захворювання: роль у формуванні Глобального тягара хвороб, виклики та стратегії боротьби	31
1.2 Підходи до багатofакторної профілактики основних неінфекційних захворювань у світлі сучасних представлень щодо факторів ризику	38
1.3 Роль первинної медико-санітарної допомоги у реалізації основних цілей боротьби з неінфекційними захворюваннями	49
Висновки до розділу 1	59
РОЗДІЛ 2 ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	62
РОЗДІЛ 3 ТЯГАР НІЗ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ НА ТЛІ УКРАЇНИ ТА ЄВРОПЕЙСЬКИХ КРАЇН	76
3.1. Характеристика демографічної ситуації, смертності населення у працездатному віці та показників передчасної смертності	76
3.2. Аналіз захворюваності на основні неінфекційні захворювання та спричиненої ними первинної інвалідності	84
3.3. Особливості формування поєднаної патології та роль своєчасної діагностики для зменшення тягара НІЗ, на прикладі ХОЗЛ та ІХС	86
Висновки до розділу 3	93
РОЗДІЛ 4 ПОШИРЕНІСТЬ ПОВЕДІНКОВИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НІЗ ТА ДОСВІД ЗВЕРНЕНЬ ЗА МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ЕКОНОМІЧНО АКТИВНОГО НАСЕЛЕННЯ	96
4.1 Характеристика харчування та рухової активності респондентів	96
4.2 Поширеність тютюнокуріння та характеристика вживання алкоголю	102

4.3 Аналіз поєднання поведінкових факторів ризику	107
4.4 Характеристика термінів останнього звернення за медичною допомогою	109
4.5 Вплив наявності факторів ризику та/або власне НІЗ на самооцінку здоров'я та структуру адресності звернень	112
4.6 Аналіз проходження додаткових (у т.ч. скринінгових) обстежень	116
4.7 Оцінка доступності медичної допомоги (фінансової, організаційної та комунікаційної)	119
4.8 Джерела отримання медичної інформації та визначення відповідальності за створення умов із зміцнення здоров'я	121
Висновки до розділу 4	123
<b>РОЗДІЛ 5 АКТИВНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ТА МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ НІЗ</b>	129
5.1 Характеристика медичної активності респондентів за самооцінкою	129
5.2 Предиктори медичної активності	140
5.3 Профілактична активність лікарів первинної ланки	145
Висновки до розділу 5	149
<b>РОЗДІЛ 6 НАУКОВЕ ОБГРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ОСНОВНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА РІВНІ ПМСД ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ</b>	152
<b>ВИСНОВКИ</b>	179
<b>ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ</b>	184
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	186
<b>ДОДАТКИ</b>	232

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- АГ – артеріальна гіпертензія  
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я  
ВДШ – верхні дихальні шляхи  
ВРПЖ – втрачені роки потенційного життя  
ВШ – відношення шансів  
ГЗ – громадське здоров'я  
ГХ – гіпертонічна хвороба  
ДІ – довірчий інтервал  
ЗАК – загальний аналіз крові  
ЗАС – загальний аналіз сечі  
ЗМІ – засоби масової інформації  
ЗОЗ – заклади охорони здоров'я  
ЗСЖ – здоровий спосіб життя  
ІМ – інфаркт міокарду  
ІМТ – індекс маси тіла  
ІХС – ішемічна хвороба серця  
ЕАН – економічно активне населення  
ЕКГ – електрокардіографія  
ЄРБ ВООЗ – європейське регіональне бюро ВООЗ  
ЛПЗ – лікувально-профілактичний заклад  
МА – медична активність  
НДШ – нижні дихальні шляхи  
НІЗ – неінфекційні захворювання  
ОТЖ – очікувана тривалість життя  
ОПО – онкологічний профілактичний огляд  
ПМД – первинна медична допомога  
ПМСД – первинна медико-санітарна допомога  
ССЗ – серцево-судинні захворювання  
ФА – фізична активність

ФР – фактор ризику

ХС – холестерин

ХОЗЛ – хронічне обструктивне захворювання легень

ЦД – цукровий діабет

CI – confidens interval

DALY-disability adjusted life years

LR – likelihood ratio

OR – odds ratio

РАА -Patient Activation Assessment

PAM - Patient Activation Measurement

ROC – Receiver Operating Characteristic

Se – sensitivity

Sp - specificity

## ВСТУП

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) неінфекційні захворювання (НІЗ) визнано основою глобального тягара хвороб. У світі 15 млн. людей помирає щорічно у віці від 30 до 69 років. Майже  $\frac{3}{4}$  усіх смертей від НІЗ і більшість передчасних смертей (85%) припадає на країни з середнім та низьким рівнем доходів [1-4]. Згідно з Глобальним планом дій з профілактики НІЗ і боротьби з ними на 2013-2020 рр. одними із основних цілей є зниження поширеності керованих факторів ризику (ФР), створення умов для зміцнення здоров'я та забезпечення загального охоплення медико-санітарною допомогою [1]. Питання НІЗ з 2015 року включене у глобальні Цілі Сталого Розвитку (ЦСР), зокрема ціль 3.4 передбачає зменшення передчасної смертності від НІЗ на третину [5]. Вагомість проблеми НІЗ з початком пандемії COVID-19 істотно зросла [6-8].

В Україні, як і у світі, є загрозливими масштаби та соціально-економічні наслідки епідемії НІЗ [9-13]. Загальна смертність в Україні зросла на 12,7% з 1991 по 2012 рр. на противагу її зниженню на 6,7% у Європейському Союзі. При цьому чверть від загальної складає смертність у працездатному віці (для чоловіків – третину) [14, 15]. Якщо в таких різних країнах, як Швеція, США та Ізраїль спостерігається поступове зниження показників смертності від хвороб системи кровообігу, натомість в Україні, попри певне покращання ситуації порівняно з кризовими 1995 та 2005 роками, рівень серцево-судинної смертності чоловіків навіть не зміг повернутись до рівня 1991 року. Суттєвий спад профілактичної роботи та значне погіршення показників здоров'я населення спонукали до вивчення різних аспектів проблеми профілактичних заходів щодо НІЗ упродовж останніх 20 років низкою вітчизняних вчених [16-24]. Профілактика залишається одним із основних завдань первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) і потребує наповнення конкретним змістом [25-27]. У документах Європейського регіонального бюро ВООЗ підкреслюється важливість надання індивідуальних послуг пацієнтам з наявними ФР та

хронічними НІЗ на первинному рівні [28-31]. Запровадження сімейної медицини в Україні не компенсувало колишні прогалини в профілактичній та медико-соціальній роботі закладів охорони здоров'я, насамперед через протиріччя оцінки різних профілактичних методів та відсутність єдиних підходів та стандартів у профілактичній роботі [32]. На такому тлі, радикальне реформування системи охорони здоров'я, з одного боку, унеможливило профілактичну роботу первинної ланки у звичному розумінні (руйнація дільничного принципу обслуговування, відміна облікових форм диспансеризації), проте, з іншого – могло б стати відправним пунктом, ефектом «чистого аркуша» для впровадження нових стратегій у взаємодії лікар-пацієнт.

Дослідження останніх років показали, що профілактика та раннє виявлення НІЗ мають застосовуватися у безперервному режимі після детального вивчення місцевої специфіки, статевих, соціальних, культурних та інших особливостей [33-37]. Цільова група з огляду оцінки ефективності боротьби з основними НІЗ включає людей у інтервалі від 30 до 70 років, що входить у межі економічно активного населення (ЕАН). Проте, даній категорії населення через специфіку зайнятості (мале підприємництво, наймані працівники) увага науковців приділялася недостатньо. З іншого боку, оздоровлення робочих місць є одним із ключових пунктів попередження передчасної смертності від НІЗ [33, 38-45].

В Україні є нагальна потреба вивчення реального стану та динаміки поширеності ФР у різних групах населення для впровадження профілактичних програм [46, 47]. Потребують удосконалення підходи до організації комплексних втручань, які сприяли б підвищенню ефективності попередження поєднаної патології [48, 49]. Існує необхідність більш широкого спектра профілактики, особливо у групах підвищеного ризику та при загрозі мультиморбідності [45, 50, 51]. Загальні характеристики НІЗ (етіологія, спільні ФР, поєднання декількох ФР в одного пацієнта) обумовлюють потребу в аналогічних моделях надання медичної допомоги з орієнтацією на пацієнта [38]. Поліпшення координації (охоплення усього процесу на підставі доказів); участь пацієнта (задоволеність, прихильність); пацієнт-орієнтований підхід у

таких моделях вкрай важливі [36]. Подібних наукових досліджень в Україні обмаль, через що проблема потребує додаткового вивчення та узагальнення.

Таким чином, базовий принцип «чотири на чотири», тобто чотирьох основних НІЗ та чотирьох основних спільних поведінкових ФР визначив потребу в обґрунтуванні адекватної ним моделі надання медичної допомоги відповідно до національного (регіонального) контексту з чіткими рекомендаціями в питаннях організації профілактичних багатофакторних втручань щодо ФР та їх поєднання. Завдання загального охоплення медико-санітарною допомогою або послугами вимагало удосконалення в частині не лише лікування, а і попередження НІЗ, що і обумовило тему, мету та завдання дослідження.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Робота є фрагментом планових науково-дослідних робіт кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вищого державного навчального закладу України “Буковинський державний медичний університет” «Вивчення процесів соціально значущої патології та обґрунтування технологій її профілактики» (№ державної реєстрації 0115U002766) та «Обґрунтування та розробка медико-соціальних технологій профілактики основних неінфекційних захворювань» (№ державної реєстрації 0120U102625), в яких авторка є співвиконавицею та відповідальною виконавицею.

Тему дисертації затверджено Вченою Радою Вищого державного навчального закладу України “Буковинський державний медичний університет”, протокол №11 від 24 травня 2017 року.

**Мета дослідження:** Удосконалення системи багатофакторної профілактики основних неінфекційних захворювань на первинному рівні надання медичної допомоги.

**Завдання дослідження:** 1) Провести системний аналіз інформаційних джерел, зарубіжного та вітчизняного досвіду стосовно профілактики основних НІЗ на рівні ПМСД. 2) Дослідити характер динаміки захворюваності, інвалідності та смертності від основних НІЗ на національному та регіональному



рівнях та частоту поєднання патології на прикладі госпіталізованих хворих. 3) Вивчити поширеність факторів ризику серед населення регіону на прикладі економічно активного населення. 4) Охарактеризувати (за результатами опитування) досвід звернень за медичною допомогою респондентів у залежності від самооцінки стану здоров'я, поширеності основної неінфекційної патології та її факторів ризику. 5) Проаналізувати медичну (профілактичну) активність респондентів (економічно активного населення та лікарів первинної ланки). 6) Обґрунтувати та розробити на основі отриманих даних удосконалену модель багатофакторної профілактики основних НІЗ на первинному рівні надання медичної допомоги.

**Об'єкт дослідження.** Здоров'я населення та система багатофакторної профілактики основних НІЗ на первинному рівні надання медичної допомоги.

**Предмет дослідження.** Захворюваність, інвалідність та смертність від основних НІЗ: серцево-судинних, онкологічних, хронічних захворювань органів дихання та цукрового діабету; частота поєднання НІЗ. Поширеність факторів ризику НІЗ та їх комбінація. Медична активність населення. Профілактичні технології в роботі лікаря первинної ланки.

**Методи дослідження.** 1) системного аналізу – для проведення комплексного аналізу профілактики основних НІЗ на рівні первинної медичної допомоги; 2) бібліосемантичний та історичний – для вивчення світового та вітчизняного досвіду з досліджуваних питань; 3) контент-аналіз для вивчення нормативно-правової бази з питань профілактики основних НІЗ; 4) епідеміологічний – для вивчення поширення факторів ризику серед економічно активного населення області; 5) соціологічний – для вивчення джерел інформованості населення про фактори ризику основних НІЗ; обізнаності медичних працівників щодо профілактичних технологій попередження НІЗ та анамнезу госпіталізованих хворих щодо виявлення НІЗ; 6) статистичний – для аналізу основних показників здоров'я, поширеності факторів ризику (збір даних, обчислення та оцінка); 7) концептуального моделювання – для створення та опису удосконаленої моделі профілактики НІЗ; 8) експертних

оцінок – для оцінювання доцільності та прогнозної ефективності удосконаленої системи профілактики НІЗ на первинному рівні.

### **Наукова новизна отриманих результатів.**

#### **Вперше:**

- обґрунтовано засновану на пацієнт-орієнтованому підході модель багатофакторної профілактики основних НІЗ на рівні первинної ланки, яка відрізняється від відомих спрямуванням на модифікацію окремих ФР або їх поєднання та на мінімізацію патологічних станів й захворювань, які передують за часом виникнення основним НІЗ; враховує контекстні характеристики пацієнта у безперервному нашаруванні заходів профілактики різних рівнів (в т.ч. щодо основного захворювання та супутнього, наявного та прогнозованого), та функціонує в інтегрованій взаємодії із спеціалізованою медичною допомогою та системою громадського здоров'я;

- визначено відмінності поширеності ФР та досвіду звернень за медичною допомогою економічно активного населення Буковини (за статтю, віком, освітою, зайнятістю та місцем проживання); особливості впливу поведінкових ФР, наявності основних НІЗ та самооцінки стану здоров'я на частоту та місце звернень ЕАН за медичною допомогою;

- виокремлено «предиктори» медичної активності (за самооцінкою респондентів) та розроблено інструмент для прогнозування недостатньої медичної активності;

- запропоновано авторський спосіб оцінки ефективності корекції надлишкової маси тіла та визначення ризику ожиріння як профілактичної технології попередження НІЗ.

#### **Удосконалено:**

- підходи до вибору технологій профілактики НІЗ (від коротких втручань до елементів коучингу і спільного прийняття рішень) та планування багатофакторного втручання на індивідуальному рівні за рахунок компонування інтервенційних складових ФР.

Набуло подальшого розвитку:

- вивчення медичної активності як ключового фактору залучення пацієнта до організації охорони власного здоров'я;
- рекомендації щодо своєчасного виявлення хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) на рівні ПМД з метою розширення періоду профілактичних втручань для відтермінування прогнозованого приєднання ішемічної хвороби серця (ІХС);
- пропозиції щодо адаптації інструменту STEPS для використання його в Україні.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає в тому, що вони стали підставою для:

- розробки та впровадження моделі багатофакторної профілактики НІЗ на рівні ПМСД;
- визначення пріоритетних заходів профілактики НІЗ серед економічно активного населення;
- розробки інструменту для прогнозування недостатньої медичної активності пацієнтів та визначення найбільш асоційованих детермінант, які потребують втручання з метою її підвищення;
- розробки алгоритму дій медичного працівника щодо виявлення пацієнтів із поєднаними ФР та персоніфікованого підбору профілактичних втручань.

Результати дисертаційної роботи впроваджено у навчальний процес кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я, кафедри сімейної медицини Буковинського державного медичного університету, кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я.Горбачевського, кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету, кафедри соціальної медицини та менеджменту ім. Ніколає Тестеміцану та департаменту превентивної медицини Кишинівського університету медицини і фармації ім. Ніколає Тестеміцану. Аналітичні матеріали, отримані при виконанні дисертації, використані Національним інститутом стратегічних досліджень при підготовці аналітичних

довідок і рекомендацій щодо шляхів вирішення загальнодержавних та регіональних проблем суспільного розвитку у рамках виконання завдань науково-аналітичного супроводження діяльності Президента України та РНБО України, зокрема аналізу стану та національної безпеки у соціальній сфері та здійснення науково-методичного забезпечення проектів Стратегії людського розвитку, Стратегії біобезпеки та біологічного захисту згідно з пунктом 68 Стратегії національної безпеки України «Безпека людини – безпека країни», затвердженої Указом Президента України від 14.09.2020 року №392. Матеріали, отримані при виконанні дисертації, використано при виконанні відомчої НДР “Демографія метрополісів України” (номер державної реєстрації РК 0119U000072) на базі Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В.Птухи. На базі КНП «Міська поліклініка №1» м. Чернівці та ТОВ «МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР ШАРАБІ» апробовано та впроваджено модель багатофакторної профілактики НІЗ з алгоритмом дій медичного працівника при виявленні поєднаних ФР у пацієнта; спосіб оцінки ефективності корекції надлишкової маси тіла та визначення ризику ожиріння (Додатки Є 2-26).

**Особистий внесок здобувача.** Дисертація є самостійним завершеним науковим дослідженням. Визначення теми, мети та завдань здійснено авторкою за підтримки наукових керівників. Особисто розроблено програму дослідження, виконано аналітичний огляд літературних джерел, проведено аналіз вітчизняних та міжнародних нормативних документів. Самостійно проведено збір, вкопіювання та аналіз первинної медичної документації, розроблено алгоритм соціологічного дослідження. Авторкою особисто проведено соціологічне опитування серед вибраних груп спостереження, зібрано і проаналізовано первинний матеріал, проведено статистичну обробку отриманих результатів та їх інтерпретацію. Особисто написано всі розділи дисертації, сформульовано висновки та запропоновано практичні рекомендації. Підготовка матеріалів дисертаційного дослідження до друку здійснювалася самостійно. Особисто зроблено доповіді на наукових форумах в Україні та за кордоном. У наукових працях, опублікованих у співавторстві, представлено

належний авторці фактичний матеріал. Дисертантка не використовувала ідей та розробок співавторів наукових публікацій.

**Апробація матеріалів дисертації.** Основні положення роботи викладено та обговорено на наступних науково-практичних конференціях (НПК): 99, 100, 101, 102 підсумкові НПК професорсько-викладацького персоналу ВДНЗ України «БДМУ» (Чернівці, 2017 – 2020); НПК з міжнародною участю «Превентивна медицина: реалії та перспектива». (Чернівці, 18-19 жовтня 2018 р.); Четвертий щорічний регіональний науковий симпозіум в рамках концепції «Єдине здоров'я» за підтримки ПЗБЗ в Україні (Київ, 20-24 травня 2019 р.); Міжнародна НПК «Гендер. Екологія. Здоров'я» (Харків, 18-19 квітня 2019 р.); I міжнародний україно-німецький симпозіум з громадського здоров'я «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики сьогодення і перспективи розвитку» (Тернопіль, 25-26 вересня 2019 р.); VIII Національний конгрес з міжнародною участю з питань громадського здоров'я та санітарного менеджменту Молдови (Кишинів, 24-25 жовтня 2019 р.); IV міжнародна НПК студентів та молодих учених «Студентське самоврядування в системі академічної культури» (Чернівці, 14-15 березня 2019 р. ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»); XVII з'їзд всеукраїнського лікарського товариства (Полтава, 14-16 листопада 2019 р.); II міжнародний україно-німецький симпозіум з громадського здоров'я «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики сьогодення і перспективи розвитку» (Тернопіль, 22–24 вересня 2020 р.).

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 27 наукових праць, з яких:

8 статей – у наукових фахових виданнях України; 3 в іноземних наукових виданнях, проіндексованих в SCOPUS, 2 у закордонних наукових журналах, 1 патент України на корисну модель, 1 стаття у колективній монографії, 12 тез доповідей у матеріалах науково-практичних конференцій.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертацію викладено на 286 сторінках друкованого тексту (основний обсяг становить 158 сторінки). Робота складається із анотації (українською та англійською мовами), списку

публікацій здобувача, вступу, огляду літератури, опису методів дослідження, 3 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел – 363 (з них 114 – кирилицею; 249 – латиницею), 58 додатків. Дисертація ілюстрована 26 таблицями, 21 рисунками.

**РОЗДІЛ 1**  
**ЗАРУБІЖНИЙ ТА ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД З ПИТАНЬ**  
**ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**  
**(огляд літератури)**

**1.1 Неінфекційні захворювання: роль у формуванні Глобального тягача хвороб, виклики та стратегії боротьби**

Неінфекційні захворювання (НІЗ) формують основну частину (71%) Глобального тягача хвороб, виступаючи перешкодою у досягненні найвищих стандартів здоров'я, благополуччя, соціального та економічного розвитку в усьому світі. Кількість випадків смерті, обумовлених НІЗ зросла від 27 млн. у 1990 році до 38 млн. у 2013 році та до 41 млн. у 2017 році [1-3]. За прогнозами експертів, при збереженні такої тенденції до 2030 року епідемія НІЗ буде щороку забирати життя більше 50 млн. людей, що вже є загрозою не тільки для здоров'я, але й для розвитку та економічного зростання держав. У світі 15 млн. людей помирає щорічно у віці від 30 до 69 років. Майже  $\frac{3}{4}$  усіх смертей від НІЗ і більшість передчасних смертей (85%) приходить на країни з середнім та низьким рівнем доходів, що негативно впливає на макроекономічну ситуацію, продуктивність праці, національне благополуччя, витрати на охорону здоров'я та доходи домогосподарств [4]. На серцево-судинні захворювання (ССЗ)(48%), онкологічні захворювання (21%), хронічні захворювання нижніх дихальних шляхів (НДШ) (12%), цукровий діабет (ЦД) (3,5%) припадає 80% усіх випадків смерті від НІЗ у світовому масштабі [1, 3, 52]. Зазначені чотири основні НІЗ, які пов'язані із чотирма поведінковими факторами ризику (ФР) (вживання тютюну, нездорове харчування, недостатня фізична активність (ФА) та зловживання алкоголем), можуть бути попереджені упровадженням невідкладних заходів на глобальному, регіональному та національних рівнях. У Глобальному плані дій з профілактики НІЗ і боротьбі з ними на 2013-2020 рр. визначені основні завдання (цілі) щодо підвищення пріоритету профілактики НІЗ, зокрема, зниження поширеності керованих ФР НІЗ, створення умов для зміцнення

здоров'я та спрямування системи охорони здоров'я на забезпечення загального охоплення медико-санітарною допомогою. Добровільні глобальні цілі включили наступні зобов'язання щодо первинної та вторинної профілактики: зменшити на 10% зловживання алкоголем та поширеність недостатньої ФА; на 30% – середнє споживання солі та поширеність тютюнокуріння; на 25% – поширеність артеріальної гіпертензії (АГ) та припинити зростання кількості випадків ЦД та ожиріння. В оновленому Додатку 3 до Глобального плану дій представлені варіанти політики та оптимальні за затратами заходи адже, досягненню дев'яти глобальних цілей щодо НІЗ перешкоджають нерівномірність розвитку країн та недостатність прогресу [1,52,53].

Питання НІЗ включене у глобальні Цілі Сталого Розвитку (ЦСР) з 2015 року, зокрема ціль 3 передбачає забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх в будь-якому віці, а ціль 3.4 – зменшення передчасної смертності від НІЗ на третину [5]. Початковим орієнтиром показника було зниження на 2% щорічно (2007 р.) [54], потім, відповідно до Глобальної системи моніторингу НІЗ (2013 р.) як результату першої наради високого рівня Генеральної Асамблеї ООН із профілактики НІЗ і боротьби з ними (2011 р.), було прийняте завдання відоме як «25×25», що означає зменшення загальної смертності від основних НІЗ на 25% до 2025 року у порівнянні з 2010 роком [55, 56]. Європейська програма «Здоров'я-2020» поставила завдання щорічного зниження передчасної смертності від основних НІЗ на 1,5% [57]. Таким чином, рівень передчасної смертності, а саме ймовірність смерті у віці від 30 до 70 років від ССЗ, раку, ЦД або хронічних хвороб НДШ визнано індикатором прогресу щодо боротьби з НІЗ[1].

Диспропорції у ризиках і причинах смерті існували в усьому світі, зокрема Європейський регіон відрізнявся найбільш високими показниками передчасної смертності від НІЗ у порівнянні з рештою регіонів ВООЗ [58, 59]. У ньому поступово збільшувався розрив у показниках здоров'я між країнами, тому увагу рекомендується приділяти питанням соціальної справедливості (гендер, соціально-економічне положення, рівень освіти), зміцненню систем охорони



здоров'я, підвищенню медико-санітарної грамотності та поваги статусу пацієнта як «фахівця» по відношенню до своєї хвороби. Рекомендується посилювати впливи як на популяційному рівні, так і у групах підвищеного ризику, причому перевагу слід надавати комплексній стратегії, яка включає багатофакторні втручання [38]. Для прискорення прогресу країнам СНД та Україні рекомендується зосередити увагу на широкому охопленні населення профілактичними заходами; на зниженні підвищеної смертності першочергово серед чоловіків працездатного віку та смертності від ССЗ [60].

Дані епідеміологічного нагляду за НІЗ у Європейському регіоні у 2015-2017 роках засвідчили проблеми у виконанні наступних цілей Глобального моніторингу – скорочення шкідливого споживання алкоголю, поширеність тютюнокуріння, а також стримування темпів росту ЦД та ожиріння [61].

Знакова 9-та Глобальна конференція (Шанхай, 2016р.), присвячена 30 річчю прийняття Оттавської хартії підкреслила важливість відслідковування і розвитку національних та місцевих стратегій підвищення медичної (санітарної) грамотності з метою контролю громадян за своїм здоров'ям [62]. Це дало, з одного боку, поштовх для розвитку сучасних інформаційних оздоровчих технологій у мережі Інтернет, з іншого – сприяло розвитку стратегій залучення пацієнтів до охорони власного здоров'я. Проте дані стратегії в Україні досі не набули широкого визнання.

Чергова Глобальна конференція ВООЗ у Монтевідео прийняла Дорожню карту на 2018-2030 рр. в області боротьби з НІЗ як пріоритетного завдання сталого розвитку, згідно з якою ефективні дії повинні супроводжувати людину упродовж життя: від раннього виявлення НІЗ до лікування та спостереження за станом здоров'я тих, у кого їх виявили. [33, 37]. Згідно з Мінською Декларацією необхідно діяти якомога раніше, відповідно до перехідних етапів життя та спільно, усіма силами суспільства (від місцевої громади до міжнародного співтовариства) [34, 35]. Боротьба з НІЗ передбачає узгодженість політики між секторами, що не стосуються охорони здоров'я, політичну відданість високого рівня з багатопрофільними, скоординованими та послідовними діями. Це може

бути якщо не співпраця, то проведення червоних ліній за якими наноситься шкода здоров'ю. В той же час, від систем охорони здоров'я вимагається складніший спектр профілактики, лікування та догляду [45, 50, 51].

Зростання тягаря НІЗ завдає значних соціально-економічних збитків країнам. Заходи по відношенню до НІЗ повинні бути ефективними, недорогими і ґрунтуватися на фактичних даних [33, 45, 63]. Накопичені докази свідчать, що додаткові 1,27 дол. США на людину на рік у країнах із низьким та середнім рівнем доходу дозволяють заощадити 8,2 мільйонів життів, домогтися зниження передчасної смертності від НІЗ на 15% і заробити 350 млрд. дол. економічного зростання до 2030 року шляхом здійснення економічно ефективних та впливових заходів [50]. Витрати на охорону здоров'я від НІЗ є великим тягарем щодо національних бюджетів. Соціально незахищені люди зазнають більш високого ризику від шкідливих продуктів і мають обмежений доступ до закладів охорони здоров'я, що потрібно враховувати в т.ч. при виборі профілактичних втручань [3, 45, 64, 65]. Без добре налагодженого моніторингу ФР НІЗ на рівні держави міжгалузеві дії є непростим завданням. Необхідно, щоб кожна країна проводила заходи з профілактики НІЗ з урахуванням своїх конкретних місцевих умов і контексту, спираючись на найкращий наявний досвід. [33, 66-68]. Система епідеміологічного моніторингу основних ФР НІЗ дозволяє удосконалювати процес прийняття стратегічних рішень. Найбільш популярною міжнародною ініціативою є принцип поетапного здійснення моніторингу STEPS, запропонований ВООЗ як інструмент контролю за поширенням НІЗ [46]. Аналіз еволюції змісту та застосування інструменту STEPS свідчить про необхідність його удосконалення та адаптації до умов України [328].

Профілактика та раннє виявлення, як основні стратегії та інтервенції боротьби НІЗ, повинні застосовуватися після детального вивчення регіональних чинників на певних цільових групах. Найефективнішими є широкі підходи, які є безперервними від первинної до третинної профілактики та поєднують декілька втручань і на декількох рівнях, з урахуванням регіональних факторів

та потреб цільових груп [36]. Доведено: двом третинам випадків передчасної смерті від НІЗ, насамперед ССЗ, можна запобігти завдяки первинній профілактиці [69]. Четвертинна профілактика як уникнення надлишкових втручань має відношення до вторинної та третинної і особливо актуальна при поєднанні захворювань з віком. Так, дослідження в одній з високо розвинутих держав показало, що 40% населення (загалом) має принаймні одне захворювання або один стан, а 25% – більше одного [70].

Тягар НІЗ збільшується завдяки мультиморбідності. Вона асоціюється з соціально-економічними труднощами, адже у бідніших регіонах страждають на більшу кількість захворювань одночасно і хворіють на 10-15 років раніше. Мультиморбідність збільшує ймовірність звернень до різних надавачів послуг, збільшення витрат та більш фрагментованої допомоги, Це свідчить про недостатню інтеграцію, комунікацію та координацію як у системі доступу до послуг, так і в системі їх надання. Серед молодого населення частіше поєднуються проблеми фізичного та психічного здоров'я [48]. Європейська рамкова основа для дій із організації інтегрованого надання медичних послуг (2016р.) сприяє інтеграції між ПМСД і спеціалізованими рівнями надання медичної допомоги, що може збільшити ймовірність успіху на різних етапах профілактики НІЗ [49, 71].

Захистом від НІЗ може стати дотримання трудових стандартів для формально і неформально зайнятих (в діапазоні від мікропідприємства до транснаціональних компаній) шляхом забезпечення збалансованого життя робота – дім, доступності медико-санітарних послуг, скорочення негативних наслідків нестійких умов роботи, професійного стресу та нездорового стилю поведінки, адже 68% років за DALY, втрачених від хронічних захворювань, сталися серед осіб працездатного віку [33, 36, 38-45, 72].

Відмічено загрозливі масштаби та соціально-економічні наслідки епідемії НІЗ в Україні [9, 10]. Погіршення медичної та демографічної ситуації в усіх пострадянських країнах було зумовлене у т.ч. зниженням профілактичної направленості в діяльності служб охорони здоров'я [73,74]. На початку XXI

століття у галузі охорони здоров'я виконувалося більше 20 загальнодержавних та державних цільових програм, які належно не фінансувалися та їх ефективність не вивчалася. Рівень поширеності НІЗ становив 60%, неконтрольованими названі розповсюджені серед населення такі основні ФР [11, 12]. Система охорони здоров'я України істотно не впливала на показники здоров'я населення, структура медичних послуг була неефективною та несправедливою у розподілі фінансових ресурсів [13]. Проте, принципи, які проголошувалися у даній Концепції, були характерними і для попередніх програм, тому після чергової зміни керівництва МОЗ та публічного обговорення, у т.ч. в експертному середовищі Концепція була відхилена [75].

У новій Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 роки також засвідчено негативні процеси у популяційному здоров'ї. В Україні у період із 1991 по 2012рр. рівень смертності збільшився на 12,7%, тоді як у Європейському союзі знизився на 6,7%. Одну чверть від загальної складає смертність у працездатному віці (для чоловіків – третину). Одним із ключових чинників є низький економічний розвиток (177,4 млрд. доларів США) та військовий конфлікт з 2014 року. Витрати з державних джерел (4,4% ВВП) охоплювали лише 57% від загального обсягу витрат на охорону здоров'я. Громадяни упродовж багатьох років беруть на себе витрати у разі хвороби, що часто призводить до відмови від медичної допомоги загалом. Заклади первинної ланки надають обмежені послуги за відсутності необхідного оснащення та неналежної якості. Більшість пацієнтів намагаються звертатися за медичною допомогою безпосередньо до фахівців, які надають спеціалізовану допомогу [14]. У вітчизняній галузі не впроваджувалися стандарти організаційних технологій [76]. Гострою соціальною проблемою залишається високий рівень передчасної смертності, особливо чоловіків, що спричиняє на 12-14 років нижчу порівняно з розвиненими країнами ОТЖ. Розрив між тривалістю життя чоловіків та жінок у 10 років перевищує у 2 рази аналогічний показник у розвинутих країнах [77]. Ймовірність смерті від чотирьох основних НІЗ населення віком від 30 до 70

років в Україні становить 28%. Показник у світі варіюється за регіонами, з 15% в регіоні Америки до 25% у Південно-Східної Азії [66]. Масштабний тягар НІЗ, які зумовлюють понад 2/3 загальної захворюваності та близько 91% смертей в Україні визнано однією із перших проблем [78, 79].

Із початком впровадження реформи був прийнятий Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та розпочала роботу Національна служба здоров'я України (НСЗУ) із стратегічних закупівель медичних послуг відповідно до гарантованого державою пакету. З 2018 року вперше у населення появилась можливість вільного вибору сімейного лікаря, терапевта чи педіатра незалежно від місця реєстрації. Станом на липень 2019 року лікаря обрали 28 млн. (66%) громадян України. НСЗУ здійснює оплату закладу первинної ланки за кожного прикріпленого пацієнта. Запроваджені основні заходи Рамкової Конвенції ВООЗ з контролю над тютюном в українське законодавство сприяли зменшенню рівня поширеності куріння серед дорослого населення на 20% [15]. У 2019 році вперше в Україні проводився моніторинг STEPS [80, 81]. Національний план заходів щодо НІЗ для досягнення глобальних ЦСР (2018 р.) зосередив увагу на міжгалузевій взаємодії та широкій роз'яснювальній роботі щодо основних ФР захворювань. Профілактика та раннє виявлення має відбуватися шляхом впровадження оцінки індивідуального ризику основних НІЗ на рівні ПМСД, проведення моніторингу захворювань та їх ФР [47]. Таким чином, в Україні є нагальна потреба вивчення реального стану та динаміки поширеності ФР у різних групах населення для впровадження профілактичних програм щодо НІЗ.

У підсумку за 2019 рік Україна у цілому має прогрес за 15-ма з 17-ти ЦСР. Зберігається надвисока смертність чоловіків працездатного віку, що значною мірою визначається поширенням ризикованих форм поведінки, шкідливих звичок, небажанням звертатися до лікарів, що часто пов'язується з впливом гендерних стереотипів [82, 83, 84].

В умовах розгортання у світі та Україні пандемії Covid-19, перед системами охорони здоров'я постали виклики реагування на епідемію та

надання медичних послуг у нових умовах. Вагомість проблеми НІЗ з початку поширення вірусу SARS-CoV-2 істотно підвищилась. Згідно з опитуванням ВООЗ (155 країн, травень, 2020) послуги з профілактики та лікування НІЗ були серйозно порушені. Більше половини (53%) опитаних країн частково або повністю припинили роботу з лікування АГ; 49% - лікування ЦД та ускладнень, пов'язаних з ним; 42% - лікування раку та 31% - серцево-судинних надзвичайних ситуацій. Відкладення державних програм скринінгу також було широко розповсюдженим, про що повідомляли понад 50% країн [6]. З розвитком ситуації з COVID-19 все більш актуальною стає потреба в чіткому плануванні заходів щодо пом'якшення наслідків пандемії для людей, що живуть з НІЗ (загострення захворювань, інвалідність і передчасна смерть) [7, 8].

## **1.2 Підходи до багатофакторної профілактики основних НІЗ у світлі сучасних представлень щодо факторів ризику**

Наукові дослідження останніх десятиліть показали, що вісім ФР (куріння, надмірне вживання алкоголю, нераціональне харчування, ожиріння, низька ФА, АГ, підвищені рівні холестерину (ХС) та цукру в крові) призводять до виникнення НІЗ та обумовлюють до 75% смертності від них [85]. Вони обумовлюють 61% випадків втрати років здорового життя і 61% випадків смерті від ССЗ. Одночасний вплив таких ФР, як вживання тютюну, недостатнє споживання фруктів і овочів, забруднення атмосферного повітря в містах і забруднення повітря в житлових приміщеннях в результаті використання твердих видів палива в домогосподарствах обумовлює 76% смертей від раку легенів. [86]

Вплив чотирьох основних поведінкових ФР НІЗ посилюється в результаті економічних перетворень, швидких темпів урбанізації та сучасного способу життя. [51]. Вживання тютюну (9% усіх випадків смерті у світі) та недостатня ФА (6%) є поведінковими ФР; АГ (причина 13% всіх випадків смерті в світі), підвищений рівень цукру крові (6%), надлишкова маса тіла (НМТ) і ожиріння (5%) – метаболічними і потребують своєчасного виявлення, тобто знаходяться в зоні відповідальності скринінгових програм. За різними оцінками, недостатнє

споживання фруктів і овочів є причиною близько 14% випадків смерті від раку шлунково-кишкового тракту, 11% випадків смерті від ішемічної хвороби серця (ІХС) і 9% випадків смерті від інсульту. Рівень смертності і показники DALY, пов'язані з недостатнім споживанням фруктів і овочів, є найвищими в європейських країнах. У всьому світі куріння викликає близько 71% випадків раку легенів, 42% випадків хронічних хвороб органів дихання і майже 10% випадків ССЗ. У всьому світі куріння є причиною 12% смертей серед чоловіків і 6% випадків смерті серед жінок. Регіонами з найвищою часткою смертей, обумовлених вживанням алкоголю, стали Східна Європа (більше 1 на кожні 10 випадків смерті). У всьому світі алкоголь надає більш шкідливий вплив на чоловіків (6,0 % смертей, 7,4 % DALY), ніж на жінок (1,1 % всіх випадків смерті, 1,4 % DALY) [86].

Недостатня ФА є четвертим за значенням фактором ризику глобальної смертності та основною причиною 21-25% випадків раку молочної залози і товстої кишки, 27% випадків ЦД і 30% випадків ІХС. Фізична бездіяльність відповідає за 9% передчасної смертності [87, 88]. У всьому світі 44% тягаря ЦД, 23% тягаря ІХС, 7 – 41% тягаря різних онкологічних захворювань обумовлені НМТ або ожирінням. Соціальний градієнт і поширеність ризику варіює залежно від конкретного чинника у різних державах.

Аналіз зарубіжного досвіду практичних підходів та рекомендацій щодо фізичної активності (ФА) показав, що саме вона є генератором здорового способу життя. До того ж описано «сім кращих інвестицій в охорону здоров'я», серед яких рекомендується впровадження пропагування ФА у закладах системи охорони здоров'я [89].

Серед пріоритетних напрямків Стратегії в області ФА для ЄР ВООЗ на 2016-2025рр. названо охоплення усіма формами ФА на всіх етапах життя та міжгалузєва співпраця на різних рівнях у т.ч. із залученням системи ПМСД [29]. Усі медичні працівники повинні діяти інтегровано, розвивати потенціал і можливості пропагування на рівні закладів [90-92]. Досвід багатofакторного

підходу у співпраці ПМСД із асоціаціями різних фахівців був би доречним і в Україні.

У Швейцарії успішно реалізована та широко адаптована програма заохочення до ФА на рівні первинної медичної допомоги (ПМД) PAPERICA (Physical Activity Promotion in Primary Care), центральним елементом якої є короткі консультативні втручання лікарів [93]. У Великобританії з 90-х років стала популярною модель «Вправи за рецептом» («Exercise on Prescription»), за якою пацієнти скеровувалися на структуровану програму навчання до інструкторів у громадських центрах дозвілля [94]. Спираючись на глобальні докази у 2011 році запущено програму «Start Active, Stay Active», яка вносить нові рекомендації щодо поєднання ФА різної інтенсивності, акцентує увагу на повсякденній діяльності (активні подорожі, садівництво, та інші заняття в природному середовищі) й висвітлює ризик надмірної сидячої поведінки, яка існує незалежно від обсягу ФА [95]. Заняття ФА середньої інтенсивності 2,5 год. на тиждень у порівнянні з її відсутністю знижує ризик смерті на 19 % [96]. У Німеччині профілактичний «зелений рецепт» («green prescription») на рівні ПМСД існує ще із 1970 року. Лікарі первинної ланки надають рекомендації для занять у місцевих легко доступних спортивних клубах здоровим, але неактивним пацієнтам під логотипом «Спорт для здоров'я» («Sports Pro Health»). Пацієнти з хронічними захворюваннями мають право на безкоштовні заняття як засіб терапії [97].

У Швеції експертна група професійної асоціації ФА проекту “Sweden on the Move” підтримала ідею ФА за рецептом і розробки довідника для працівників охорони здоров'я, адже прості поради збільшують на 12-50% рівень ФА у короткостроковій перспективі (6 міс.) [98-100]. Вимогами для успішної реалізації стали: підвищення знань та позитивне ставлення лікарів; наявність чіткого і сприятливого управління; наявність центральних допоміжних структур та місцевих координаторів [101]. У Словенії консультування з приводу здорового способу життя (ЗСЖ) проводиться



відповідно до програми первинної профілактики ССЗ, проте поширюється на інші НІЗ і охоплює пацієнтів з 30-річного віку [102].

У країнах СНД традиційно ФА розвивалася як спорт для певної частини населення і як реабілітаційні заходи для хворих на ті чи інші захворювання [103]. Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» (2016р.) визначила метою створення умов для залучення населення до оздоровчої рухової активності та підвищення кваліфікації лікарів для надання консультацій у цих питаннях [84, 104]. Очікуваними результатами визначено збільшення осіб із достатнім рівнем оздоровчої рухової активності на 1% щорічно [105]. Варто зазначити, що в Україні бракує наукових досліджень пропагування ФА як елементу профілактики НІЗ серед різних вікових груп у т.ч. працездатного населення. Враховуючи те, що ФА, крім фізичних вправ (планової структурованої повторюваної активності) включає інші активні рухи, зокрема під час ігор, роботи, відпочинку, важливо вивчати вклад різних видів рухливості у ФА, щоб рекомендації були більш персоніфікованими, особливо, коли заняття на спортивних майданчиках не є доступними. Сучасними технологіями є відстеження та оцінювання ФА з використанням спеціалізованого обладнання, яке вимірює рух [106].

Стимулом для профілактичної активності щодо ФР НІЗ на первинній ланці (проведення «ранніх» втручань, щоб уникнути більш «пізніх», серйозних проблем) слугувала Алма-Атинська конференція (1978) [107]. Короткі профілактичні втручання (рекомендації) первинно досліджені та описані групою вчених із Великобританії, Австралії та Канади (Bien TN Miller WR., 1993; Heather N, 1995; Babor TF, et al. 2001 by cited Cambridge JM, Cunningham JA.) як протиалкогольні. Опубліковані позитивні результати поради «не пити» на рівні ПМСД. Згодом почали застосовувати методіку мотиваційних інтерв'ювань (MI). Проте, незважаючи на систематизацію доказової бази, відсутня ясність щодо змісту та міри ефективності сучасних інтервенцій в Інтернеті [108]. У Шотландії ABIs (Alcohol Brief Interventions) розглядають як

коротку структуровану розмову, засновану на фактах про споживання алкоголю пацієнтом, метою якої є прагнення в неконфронтаційний спосіб мотивувати і підтримати особу, яка думає або планує змінити поведінку [109]. ВООЗ визначила короткі протиалкогольні втручання (Alcohol brief interventions, ABIs); скринінг і короткі втручання; скринінг, короткі втручання і скеровування на лікування як практики спрямовані на виявлення проблеми (реальної або потенційної) та мотивування особи до її вирішення [110]. Короткі втручання різні за тривалістю, структурою, стилем, змістом, доставкою інформації рекомендуються для використання у закладах ПМСД. Виявлення та зменшення поширеності ФР потребують тривалих періодів спостереження, проте будь-які обговорення із лікарем мають кумулятивний ефект [111, 112].

Куріння залишається провідним фактором ризику захворюваності та смертності в усьому світі. Його поєднання з поганим харчуванням, зловживанням алкоголем та фізичною бездіяльністю, описане в літературі як «SNAP» (heavy Smoking, poor Nutrition, Alcohol abuse, Physical inactivity) [113]. Зусилля, зосереджені на вихованні відповідальності населення, потрібно підсилювати вже існуючою низкою перевірених втручань: контролем цін на тютюнові та алкогольні вироби та обмежувальними податковими заходами [45].

У реальних життєвих ситуаціях частіше зустрічається поєднання ФР, що потребує багатофакторних втручань [33]. Визнано важливим для оздоровчих програм наявність певних елементів, заснованих на доказах, і решти гнучких складових, які дозволяють впровадження на індивідуальному рівні, в малих групах, різні налаштування в умовах ПМСД та інтегрування в інші програми, до прикладу громадського здоров'я (ГЗ)[114]. Низка наукових досліджень була присвячена втручанням щодо зменшення впливу ФР у рамках профілактики певних захворювань. [115, 116].

Найбільше рандомізоване дослідження щодо багатофакторної профілактики ІХС проведено в країнах Європи ще у 70-х роках. Крім позитивних результатів щодо зменшення кількості ІХС (на 10,2%), нефатальних

інфарктів (на 14,8%), фатальних випадків ІХС (на 6,9%), зменшилася загальна кількість смертей на 5,3%. Ефективність порад залежала від того, наскільки чоловіки готові були їх прийняти та виконувати [117]. Кращі результати спостерігалися у суб'єктів підвищеного ризику та молодих чоловіків (40-49 років) [118-120,121].

Необхідність комплексного підходу існує не лише у попередженні ССЗ, але й НІЗ загалом, у т.ч. в популяції працюючих [37]. Програми повинні впроваджуватися у рамках оточуючої підтримки, культури, яка дійсно сприяє і заохочує працівників до здоров'я і благополуччя [122-126].

Дослідження контролю за хронічними хворобами нижніх дихальних шляхів (НДШ) у Канаді з використанням письмового плану дій засвідчило, що більша ефективність реабілітаційних заходів спостерігалася у хворих більш молодшого віку при більш вираженій бронхіальній обструкції або при поєднанні ХОЗЛ із серцевою патологією, та у хворих з прихильністю до щеплень проти грипу (як показник МА) [127]. Дослідження проведене у Великобританії ставить під сумнів ефективність рутинного впровадження самоконтролю за захворюванням (ХОЗЛ). Лише 42% хворих із групи втручання навчилися самостійно управляти своїм станом здоров'я. Більшу прихильність до навчання показали більш молоді пацієнти та ті, які проживають не наодинці [128]. Проте більш пізні дослідження із застосуванням коучингу здоров'я показують кращі результати у мотивації пацієнтів з ХОЗЛ бути активними учасниками самоконтролю. У майбутніх програмах рекомендовано детальніше розглянути обізнаність на початковому рівні тобто індивідуальні передумови, які впливають на результат [129]. Важливо звернути увагу і в Україні на інформаційні технології, які можуть застосовуватися на рівні первинної ланки до початку лікування на спеціалізованому рівні надання медичної допомоги.

Багатофакторна профілактика MRFIs (Multiple Risk Factor Interventions) передбачає спільний підхід зацікавлених сторін. ПМСД потребує практичного підходу для ефективного вирішення проблеми впливу будь-якої комбінації ФР на здоров'я [130]. Систематичний огляд (2004-2009 рр.) багатофакторних

поведінкових інтервенцій у рамках первинної профілактики (Prochaska J., Prochaska J.O., 2011) виявив менше 150 досліджень у яких вивчалися множинні зміни поведінки щодо здоров'я МНВС (Multiple Health Behavior Change). Такі втручання проводилися, оскільки такі пацієнти є, хоча вважалося, що застосування МНВС є передчасним, не достатньо дослідженим та потрібна більша доказова база [131]. За результатами систематичного огляду досліджень ризикованої поведінки серед дорослого населення (1990-2016рр.) виділені певні комбінації ризику, кластери: поєднання куріння та зловживання алкоголем; недостатньої ФА та нездорового харчування [132].

Викликами до застосування втручань спрямованих на зміну способу життя залишалися недостатня мотивація, сумніви у доцільності та ефективності наданих послуг, тому втручання мали бути адаптовані до використання лікарями загальної практики [133]. Адже до цього найбільш вивченими були результати консультувань де постачальниками були фахівці (із фізичних вправ та дієтологи). Тому, за результатами систематичного огляду (Fleming P., Godwin M., 2008) консультування способу життя в умовах ПМСД дорослих пацієнтів з низьким серцево-судинним ризиком (первинна профілактика) визнали гранично корисним. [134]. Наступний систематичний огляд публікацій (2010-2016р) був присвячений поведінковим консультуванням саме у рамках первинної профілактики ССЗ на рівні ПМСД або за участі медичних працівників ПМСД або які потенційно могли б використовуватися на рівні первинної ланки. Результати поведінки були позитивними щодо дієтичного споживання (калорійність, зменшення тваринних жирів та солі, споживання фруктів та овочів) та рівня ФА (особливо при низькому вихідному рівні) незалежно від інтенсивності. Покращання у результатах здоров'я могли б зменшити захворюваність ССЗ, якби тривали у часі, що є реальним в умовах ПМСД [135]. Проте лікарі ПМСД відчувають брак часу на профілактику НІЗ та потребують чітких ефективних інструментів. Дослідження BETTER (The Building on Existing Tools to Improve Chronic Disease Prevention and Screening in Primary Care ), яке вивчало використання втручань щодо вживання алкоголю,

дієти, ФА та куріння у 3-х клініках Канади, пропонує для покращання профілактики та скринінгу хронічних захворювань зустрічі пацієнтів 40-65 років з навченими (теоретично та практично) профілактичним технологіям лікарями (медичними сестрами) з метою встановлення пріоритетних цілей щодо 27 можливих дій. Дана практика покращила результати спостереження за пацієнтами на 32,5% [136].

За більш ширшими уявленнями, поведінкові ФР відносяться до способу життя і є головними детермінантами здоров'я разом з факторами навколишнього середовища та соціально-економічними чинниками [137]. Walker (1987) запропонував інструмент оцінки профілю ЗСЖ HPLP (Health-Promoting Lifestyle Profile) [Walker, S.N.; Sechrist, K.R.; Pender, N.J. cited by Galloway]. Інструмент HPLP часто використовується для оцінки способу життя молоді, особливо студентської, адже це є широка область дій із зміцнення здоров'я [138, 139]. В Україні використовуються переважно соціологічні опитування. Так, у двох вищих навчальних закладах виявилось, що понад 80% опитаних студентів були обізнані щодо основних ФР розвитку НІЗ [140]. Потребує вивчення також спосіб життя працюючої молоді з метою розробки оптимальної програми профілактичних втручань у рамках відповідного контексту.

Зміна нездорового способу життя може покращити стан здоров'я. Проте першою проблемою є визначення та вимірювання поведінки, пов'язаної із ЗСЖ, а не лише поведінкових ФР. Інтегрований скринінг та багатофакторні втручання могли б значно допомогти клініцистам та пацієнтам [141-142]. Як приклад інструменту для вимірювання здоров'я важливими є індикатори здоров'я за програмою Healthy People 2020 (всього 26 за 12 групами). [143]. У продовження Healthy People 2020 ВООЗ та Центр з контролю та профілактики захворювань США розробили глобальну ініціативу, що отримала назву HEARTS. У Пакеті технічних заходів для управління ССЗ на рівні ПМСД, зокрема, у першому модулі присвяченому консультуванню пацієнтів на предмет ЗСЖ (H - Healthy-lifestyle counselling) зазначено, що зміна поведінки це

тривалий процес і різні люди проходять етапи змін із різною швидкістю. У лікаря первинної ланки як інструмент консультування пацієнтів (професійне керівництво і підтримка) є короткі втручання (3-20хв.), які покликані виявити проблему, дати інформацію, мотивувати і підтримати. Більш структурованою є технологія мотиваційного інтерв'ювання (МІ), яка використовує інструмент 5 «А»: оцінити, порадити, погодити, допомогти організувати подальші дії (Assess. Advise. Agree. Assist. Arrange-follow up) [144].

Вивченню методики та ефективності різних видів консультувань щодо зміни поведінки, була присвячена низка досліджень адже епідемія НІЗ спонукала використовувати їх у щоденній практиці ПМСД [145, 146]. З концепції МІ, започаткованої В. Міллером, виник термін "коучинг здоров'я" [147, 148]. Методика коучингу (Peterson, 2006) включає чотири фундаментальні припущення, а саме передбачає конкретну дію в майбутньому часі; рекомендує зосереджуватися не лише на поведінці, але й на інших елементах особистості; вчить людей користуватися отриманими знаннями в будь-яких життєвих ситуаціях; разом з цим, враховує, що те, що відбувається на роботі та вдома для людини є більш важливим [149].

Серед сучасних підходів до застосування профілактичних технологій у роботі лікаря ПМСД елементи коучингу як інноваційна структурована програма консультування, орієнтована на пацієнта, згадується все частіше [150, 151]. Тренування здоров'я для дорослих з хронічними захворюваннями проводили тренери-медики, найчастіше медичні сестри, дієтологи, психологи, соціальні працівники, фізіотерапевти, кваліфіковані фахівці у галузі фітнесу. Методи надання послуг були різні: особисті зустрічі, телефон, Інтернет, електронна пошта, поєднані варіанти [152]. Мета-аналіз 150 дослідницьких звітів в області куріння, дієти та ФА показав, що при помірній кількості рекомендацій, при низькому початковому рівні мотивації, при залученні декількох фахівців та при використанні групових форм тренувань спостерігається найвищий рівень змін [153]. Найкращим варіантом є ситуація коли тренер одночасно є терапевтом. Найбільш економічним і таким, що

забезпечує соціальну підтримку є груповий коучинг, але він складніший для координації. Коучинг здоров'я охоплює широкий спектр досліджень [154-162]. Частина достатньо широкого набору методів та підходів коучингу уже знайома сімейним лікарям, хоча не називається методом коучингу [163]. Викликає інтерес розпізнання компонентів втручання, які обіцяють тривалу ефективність [164-166]. Гнучкість, пристосовуваність і простота когнітивних методів зміни поведінки (не лише МІ) надає практикуючим лікарям можливість включати їх до консультувань пацієнтів [167]. Пацієнти з низькою самооцінкою можуть отримати користь від коучингу життя, який зосереджує увагу на благополуччі, а не на патології, проте, оцінюється за впливом на показники здоров'я [168-171]. Позитивний вплив коучингу (у т.ч. телефонного) розглядається у підвищенні активації пацієнта, його прихильності до втручань, незалежно від базової медичної грамотності адже інформація про ризики є частиною втручання [172-174].

Профілактика основних НІЗ часто пов'язується із психічним здоров'ям. Відомо, що люди із наявними НІЗ можуть бути більш чутливими до стресу на робочому місці, ніж здорові [175, 176]. Кумулятивний робочий стрес є фактором ризику виникнення ІХС особливо серед працездатного населення до 50 років. Робочий стрес асоціюється із курінням, споживанням жирної їжі та проблемним вживанням алкоголю [177-179]. Все ж вплив стресу на робочому місці на серцево-судинні події був незначним у порівнянні із стандартними ФР, до прикладу курінням [180]. Жінки вважаються більш стійкими до високо напруженої роботи, проте більше реагують на стреси поза роботою: труднощі із заміжжям; сімейна відповідальність; зобов'язання у різних сферах; відсутність родинної підтримки. Прогностично несприятливим є поєднання у жінок двох видів стресу особливо до 55 років [181]. Вплив на психосоціальні фактори може стати складовою комплексних заходів боротьби із множинними ФР. Одночасно існує необхідність розвивати і доповнювати моделі іншими чинниками та досліджувати їх вплив на працівників у різних сферах зайнятості та серед різних професійних груп [182, 183].

Менш успішною є первинна та вторинна профілактика серед соціально-економічно вразливих груп населення. Детермінантами вразливості виступають освіта, зайнятість, етнічна приналежність, життєва ситуація. Рівень участі в медичних оглядах та подальших візитах достовірно нижчий серед осіб з низьким соціально-економічним статусом [184-186].

Наближенням медичної допомоги до потреби пацієнтів можна розцінювати використання нових технологій отримання інформації про ФР з мережі Інтернет та користування цифровими технологіями, проте це збільшує нерівність у доступі для найстаріших, найбідніших та етнічних меншин [187-189]. Цифрові технології в охороні здоров'я розглядаються як інструменти для покращання взаєморозуміння, спілкування та впливу на ФР, що дозволяє поширити втручання первинної профілактики за межами медичних закладів [190-195].

Проведено порівняння ефективності одночасних та послідовних Інтернет - комп'ютерних втручань для багатofакторних поведінкових способів життя (Web-based tailored intervention on multiple lifestyle behaviors) за рівнем ФА, споживанням фруктів та овочів, вживання алкоголю та куріння. Два типи втручань мали свої переваги і недоліки. Більш масштабніші втручання потребують більшої активності з боку пацієнтів. Пацієнти можуть відчувати менше автономії через отримання множинної інформації під час першого візиту і зразу ж відмовитися. Послідовні втручання вимагають менше когнітивних зусиль, але неодноразові візити. На етапі підготовки до однієї поведінки вони ймовірно готуються змінити іншу [196-197]

Сприяти промоції здоров'я можна за допомогою соціального маркетингу, який заохочує до зміни поведінки цільову аудиторію, а не одну людину за допомогою клієнт-орієнтованого підходу з використанням засобів масової інформації (ЗМІ). ЗМІ відіграють вирішальну роль у заохоченні до здорової поведінки і повинні стати союзниками у боротьбі з НІЗ [45, 198].



### **1.3 Роль первинної медико-санітарної допомоги у реалізації основних цілей боротьби з неінфекційними захворюваннями**

Значення ПМСД у призупиненні росту поширеності ФР НІЗ підкреслюється у документах Європейського регіонального бюро ВООЗ (План дій в області харчових продуктів і харчування на 2015-2020рр. [28]; Стратегія в області ФА 2016-2025рр. [29]), які стали відповіддю на виклики в системі надання профілактичних послуг, а саме, на відсутність чітких клінічних рекомендацій, визначених сфер впливу, застарілі знання та компетентності надавачів послуг [30]. Успіх індивідуальної профілактики залежить від своєчасного виявлення осіб із ФР, їх обізнаності щодо необхідних дій та запровадження профілактичного консультування (швидкого; поглибленого індивідуального та групового) [17-20, 31]. Основні напрями комунікативної діяльності сімейних лікарів повинні бути комплексними залежно від цільових груп та скеровані на зміну поведінки населення [22, 23].

В Україні профілактичний напрям у сфері охорони здоров'я забезпечували мережі центрів здоров'я та ПМД [199-200] Проблемні питання охорони здоров'я в період її реформування негативно впливали на якість медичної допомоги населенню [21, 25, 201]. Прийнятий наказ щодо поновлення диспансеризації населення, (втратив чинність так і без впровадження) був декларативним; проведення профілактичних оглядів у таких масштабах не відповідало кадровому та матеріальному забезпеченню амбулаторно-поліклінічних закладів [202]. Нова система професійної гігієнічної підготовки декретованих контингентів, впроваджена у 2010 році була відмінена через два роки із-за своєї неспроможності. Навчання пацієнтів за медико-оздоровчими показами (щорічно 5-6 млн. осіб) було формальним та не ефективним. Мізерне фінансування центрів здоров'я на місцях зумовило нерівномірність надання послуг з пропаганди ЗСЖ серед регіонів. Профілактична робота трималася на ентузіазмі виконавців, хоч залишалася одним із основних завдань ЦПМСД [26, 27]. Під скринінгом розуміли в т.ч. цільові профілактичні огляди як залишки загальної диспансеризації населення (флюорографія ОГК). При реформуванні

враховували європейський досвід щодо скринінгових програм на концепції доказової профілактики [203,204]. Запровадження сімейної медицини мало б компенсувати прогалини в профілактичній та медико-соціальній роботі закладів охорони здоров'я. Проте, вивчення стану застосування профілактичних методів у роботі закладів ПМСД показало нерівнозначну та часом протилежну думку щодо оцінки профілактичних методів, що говорить про відсутність єдиних підходів та стандартів у профілактичній роботі. Перевага надавалася пасивним стратегіям профілактики (видання матеріалів для пацієнтів із ЗСЖ, веб-сайти з питань охорони здоров'я, використання засобів наочної інформації) [32]. У сформованій структурі приватних закладів надавалися рекомендації ЗСЖ на постійній основі, на той час, обслуговуванням було охоплено 10% населення [23, 205]. Пріоритетне місце в роботі з формування ЗСЖ посідає створення єдиного медичного простору та індивідуальної профілактичної роботи з використанням сучасних технічних рішень, залучення немедичних установ з провідною роллю ПМСД. [206, 207].

Суттєвим недоліком діяльності з формування ЗСЖ стало те, що дотепер недостатня увага приділяється її ефективності. Примірний табель матеріально-технічного оснащення Центру ПМСД [208] не передбачає забезпечення пацієнтів відповідними інформаційними матеріалами з різних аспектів ЗСЖ та профілактики НІЗ та забезпечення освітнього процесу наочними засобами при групових формах навчання. Індивідуальні форми роботи мають другорядне значення [26]. Проте відомими є технології медичної профілактики: організаційні; технології виявлення захворювань, ФР та їх корекції; інформаційні та інформаційно-мотиваційні технології профілактичного консультування [209]. Вітчизняні дослідження профілактичних технологій проводилися щодо проблем із шкідливими звичками (короткотермінові інформаційні втручання, тестування, розширення цільових груп) [210] та хронічними захворюваннями [211, 212, 213]

Медико-технологічні документи зі стандартизації медичної допомоги в частині профілактики ССЗ (найбільш універсальні) широко та детально

описують профілактичні втручання і повинні використовуватися при обслуговуванні кожного пацієнта після 40 років (жінки після 50 років), а також бажано серед осіб молодого віку. Орієнтований план моніторингу пацієнта на рівні ПМСД включає клінічний огляд (включає вимірювання АТ; ІМТ, ОТ; оцінку статусу куріння, рівня ФА, дотримання засад здорового харчування; оцінку обтяженого сімейного анамнезу щодо ССЗ та ЦД (при первинному зверненні)) – 1 раз на рік; ЕКГ, лабораторні дослідження з періодичністю 1 раз на рік, а саме ЗАК, ЗАС, глікемія натще, ХС, креатинін крові та проведення оцінки ризику за шкалою SCORE. Оцінка психосоціальних факторів проводиться за додатковими запитаннями щодо низького соціально-економічного статусу, стресу на роботі та в сім'ї, соціальної ізоляції, депресії, тривоги, дратівливості, ворожості [321]. Первинна профілактика АГ розглядається з позиції загальної профілактики ССЗ [322].

Усім пацієнтам на прийомі має проводитися виявлення та оцінка ФР ЦД 1 раз на рік. Після 45 років – скринінг на виявлення ЦД (1 раз на 3 роки). У ході дослідження відпрацьовано спосіб оцінки ефективності корекції надлишкової маси тіла та ризику розвитку ожиріння, який запропоновано для використання на рівні ПМСД як профілактичної технології щодо цукрового діабету [317].

Первинна профілактика раку включає в себе попередження канцерогенної дії зовнішніх та внутрішніх факторів, нормалізація харчування, здоровий спосіб життя, підвищення стійкості організму до шкідливих факторів. Існують докази щодо вирішального впливу на розвиток раку легень таких факторів ризику як куріння, вплив професійних канцерогенів, вплив радону у помешканнях, сімейний онкологічний анамнез та наявність в анамнезі хронічних захворювань легень (ХОЗЛ, фіброз легень). ХОЗЛ після 40 років або після 35 у активних курців, які мали хронічний кашель може мати безсимптомний перебіг [319, 323]. З 28 квітня 2017 року українським лікарям дозволено використовувати у своїй роботі також міжнародні клінічні протоколи [325]. Нова ініціатива ВООЗ та Центру з контролю і профілактики захворювань США щодо профілактики і

управління ССЗ та реалізації заходів НІЗ на рівні ПМСД є впровадження клінічних протоколів PEN (Package of Essential noncommunicable disease) [267].

Традиційні національні технології санітарно-просвітницької роботи можуть значно оновитися надбаннями зарубіжних колег [214]. Необхідно також враховувати виклики при наданні індивідуальних послуг пацієнтам (комунікативні ресурси, емоційні реакції, почуття безпеки), які також є предметом вивчення у всьому світі. Так, виділяють у сприйнятті пацієнта пасивну та активну протидію, тому лікарю потрібно мати компетентності з відповідного реагування на них [215-218]. Важливою є культура безпеки пацієнта та уникнення ризику надмірної діагностики [219-222].

ПМСД є основою профілактичної медицини, адже здійснює тривалий моніторинг стану здоров'я кожного; вивчає досвід пацієнта шляхом опитування, обговорення, отримання відгуків, що дає розуміння його потреб та цінностей [223]. На сьогоднішній день основними науково визнаними стратегіями взаємодії з пацієнтом, які можуть застосовуватися, у першу чергу, на рівні ПМСД стали: партнерство (patient partnership), розширення прав та можливостей (patient empowerment), залучення до участі в організації та наданні медичної допомоги (patient engagement) та активація пацієнта (patient activation) [224]. Залучення пацієнта до участі в організації та наданні медичної допомоги, у широкому розумінні - пацієнта та його сім'ї (patient and family engagement) та пацієнт-орієнтована допомога (patient-centered care) стали ключовими питаннями передових систем охорони здоров'я, так як зміна ролей учасників сприяє більшій активності, поінформованості та кращим показникам здоров'я, а також підвищує якість і безпеку медичних послуг, не потребуючи значних вкладень [225]. Модель спільного прийняття рішень (shared decision making) є сфокусованим результатом неперервного процесу взаємодії пацієнта та медичного фахівця, вершиною згаданих напрямів, які доповнюють та частково перекривають один одного [226]. Активація пацієнта є умовою залучення його до участі в організації та наданні медичних послуг.

Вимірювання активності пацієнта необхідно проводити в різних умовах та для різних груп населення та пацієнтів [227, 228].

Перед Україною також стоять завдання розвитку системи надання якісних та своєчасних медичних послуг на основі доказовості та пацієнт-орієнтованості на всіх рівнях медичної допомоги [84]. З моменту можливості пацієнта обирати лікаря, особливої актуальності набувають стратегії його залучення в охорону власного здоров'я та моніторинг становлення його МА.

Хоча термін «активація пацієнта» найбільш точно відображає стадійний поступальний розвиток даного явища, ми використовуємо звичний на пострадянському просторі термін «медична активність», вкладаючи в нього активацію, залучення та розширені можливості людини загалом. За Лісіциним (1986) [229] медична активність (МА) включала в себе діяльність окремих осіб, груп, населення в цілому, роботу органів та закладів охорони здоров'я із надання населенню лікувальної та профілактичної допомоги. У продовження науковці відзначали, що МА (діяльність направлена на стабілізацію, покращання або погіршення показників здоров'я людини або її оточення) настільки значима для збереження здоров'я, що при її високому рівні нівелюється негативний вплив інших аспектів способу життя, в т.ч. виробничої зайнятості та психоемоційної діяльності [230-231]. У той же час в соціології розроблялася концепція самозбережувальної поведінки під якою розуміють певний стиль життя (Назарова, 1998 цитовано у Ковальова) [232, 233].

Починаючи з 2004 року, існувала низка поперечних досліджень, які виявили активацію пацієнта пов'язану зі здоровою поведінкою (ФА, частотою вживання фруктів та овочів), зверненнями до закладів охорони здоров'я (регулярність), споживчою поведінкою (вибір лікаря, перелік питань складений перед візитом), самоконтролем хронічного захворювання (ведення щоденнику АТ, менша кількість госпіталізацій). У якійсь мірі активація відображає ступінь власної «відповідальності» за здоров'я. Більш пасивні люди не мають звичного джерела надання послуг, вони легше відмовляються від певних заходів, якщо стикаються з бар'єрами у фінансовому або медичному плані. [234]. Поздовжні

дослідження показали, що активізація пацієнта є прогностичною для майбутніх результатів здоров'я та є змінюваною характеристикою. При зміні активації результати здоров'я змінювалися у тому ж напрямі [235-239].

Підхід щодо розширення можливостей пацієнта вивчений серед хворих з ЦД 2 типу та добре підходить для того, щоб збільшити здатність пацієнтів критично мислити та приймати самостійні, зважені рішення [224, 240]. Проблемою є залучення осіб з групи ризику та завершення розпочатих профілактичних програм. Зайнятість, чоловіча стать, гірший профіль здоров'я (наявність підвищеного АТ), низький рівень споживання овочів в фруктів не сприяють участі у профілактичних ініціативах [241]. Соціальний аспект якості надання профілактичної медичної допомоги полягає у мотивації медичних працівників вибудовувати партнерські відношення із пацієнтами за соціальними детермінантами та у задоволенні очікувань населення [225, 242].

Пацієнти, які отримують підтримку щодо активного ставлення до здоров'я від свого колективу, колег, керівників як правило активізуються і дотримуються більш здорових способів поведінки та вибору [234]. Втручання поза межами закладу ПМСД також підвищують активізацію пацієнта та покращують результати, зокрема, з використанням тренінгів із психічного здоров'я [243-246]. Стратегія спільного прийняття рішень на практиці зустрічає низку викликів, зокрема, поширеною думкою серед пацієнтів є «лікар знає краще». Тактика лікаря повинна включати в себе розуміння, що не підготовленому пацієнту важко взяти на себе відповідальність і надати підтримку за умови, обґрунтованого розуміння цінностей пацієнта [215, 247-249]. Активізація пацієнтів позитивно асоціюється з кращими результатами здоров'я при мультиморбідності [250].

Медична (санітарна) грамотність як складова та обов'язкова умова МА є одночасно засобом для практичних заходів і результатом таких дій. Важливим посередником між лікарем та пацієнтом є надійне джерело інформації про стан здоров'я [251-253]. Все частіше закликають проводити оцінку медичної грамотності та зберігати про це інформацію в електронному обліку здоров'я

для використання колективом медичних працівників, а саме вказувати неадекватну, граничну та належну медичну грамотність [254].

Втручання, спрямовані на формування потенціалу пацієнта брати участь у догляді під час госпіталізації із додаванням нових елементів соціальних та / або фізичних детермінант навколишнього середовища були найбільш ідентифікованими як інструменти зміни поведінки. [255]. Доведено важливість допомоги у перехідний період (після виписки або між закладами) задля безперервного медичного супроводу та залучення до участі самого пацієнта [256].

Вимірювання активації пацієнта PAM (Patient Activation Measurement) (Hibbard et al., 2007) та оцінка активації пацієнта PAA (Patient Activation Assessment) (Coleman, 2018) - це два інструменти, які дозволяють оцінити її рівень. "Чотири стовпи" служать основою для PAA та включають: самоменеджмент медикаментів, динамічний запис, орієнтований на пацієнта, призначення подальшого спостереження та «червоні прапорці». PAM – це ліцензований кількісний інструмент із 13 запитань, розроблений для вимірювання знань, вміння та впевненості пацієнта для самостійного управління. Лікар, який веде хворого, може не визначати рівень активації пацієнта в конкретних умовах. Однак знання рівня активації та реакції пацієнта на освітнє втручання є важливими [257].

Традиційно, оптимальною моделлю ПМСД вважають гнучку профілактичну допомогу, яка надається усім пацієнтам з цілеспрямованими профілактичними оглядами на певних етапах життя та для осіб підвищеного ризику[258]. Апробовано розширені моделі щодо можливості надання медичної допомоги кардіологічним хворим [259, 288]. Розглядається модель безперервного залучення пацієнта до організації власної медичної допомоги на багатовимірній основі з багатьма чинниками, які на нього впливають. Шлях до справжнього охоплення передбачає співпрацю з пацієнтами та їхніми сім'ями [225].

Поведінкова модель користування медичними послугами за Андерсоном (2000) містить наступну категоризацію: сприятливі чинники; ті, які надають можливість отримання; наявність потреби у послугах. Чинники представлені у контекстних та індивідуальних характеристиках [260]. Регіональні відмінності у наданні послуг повинні оцінюватися за показниками стану здоров'я [261]. Рівень інформованості пацієнта про стан здоров'я і використання ним медичного обслуговування сприймається як предиктор здорової поведінки. На рівень активації впливає також якість взаємовідносин між лікарем та пацієнтом [262, 263]. З метою збільшення залучення пацієнта потрібно спочатку оцінити фактори, які можуть вплинути на те, чи прийме пацієнт активну роль і чи це не буде сприйматися як виклик професіоналізму лікаря [264]. Найбільшими досягненнями оздоровчих програм були підвищення грамотності та зміна поведінки [265]. Біопсихосоціальна модель зміни поведінки (BPS) (G.Engel, 1970 cited by SmithRC) додала психологічні та соціальні проблеми до здоров'я пацієнтів та значно зміцнилася за допомогою двох методів пацієнт-орієнтованого опитування: 1) з детальним описом збору даних та управління емоціями на початку інтерв'ю; 2) з представленням деталей на закінчення співбесіди; можливі поєднані варіанти. Більшості лікарів потрібно не більше трьох-п'яти хвилин для отримання важливої компоненти орієнтованої на пацієнта [266].

Концепція медицини, заснована на ціннісних для пацієнта характеристиках (у психологічній та економічній перспективі), представлена спільним прийняттям рішень та розширенням можливостей, не має загальноприйнятого визначення тому пошуки унікальної моделі допомоги в системі охорони здоров'я тривають. Описана медицина п'яти «Р», яка вдосконалює 1) прогнозованість (predictive), 2) персоніфікований підхід (personalized), 3) профілактику (preventive), 4) залучення пацієнта до участі (participatory) 5) психокогнітивна модель супроводу (psycho-cognitive model). Саме такі характеристики описують пацієнт-орієнтовану систему охорони здоров'я (patient-centered system) [268, 269].



Центральну роль ПМСД у ГЗ реалізувати більшості систем охорони здоров'я не просто. Спільні завдання ПМСД та служб ГЗ очевидні, проте використати синергію спільних програм у повну силу не вдається [270]. В Україні розпочато розмежування повноважень у сфері ГЗ між зацікавленими сторонами та формуванню програм ГЗ [271].

Стратегія зміцнення здоров'я ГЗ використовувала в першу чергу інструмент щодо спостереження та попередження спалахів інфекційних захворювань COMBI (communication for behavioural impact), який став основою для планування та методом реалізації соціальних та поведінкових втручань. [272]. Модель планування PRECEDE-PROCEED передбачає активну участь виконавців задіяних у програмі [273]. Описана міжсекторальна соціоекологічна модель зміцнення здоров'я, де провідна роль громади поєднується балансом між роботою та життям. Модель позитивного здоров'я (салютогенна) зосереджує увагу на здатності людей створювати здоров'я. Таким чином, існує необхідність оптимізувати співпрацю ПМСД та служб ГЗ, та місця для обговорення особистих ситуацій та навчання приймати рішення [274, 275].

Організаторам охорони здоров'я слід використовувати також інтервенційне картування ІМ (Intervention Mapping), поетапну систему планування ефективного втручання, яке компонується з впливу на кожний з елементів, який визначає детермінанту на індивідуальному, міжособистісному, організаційному та громадському рівнях, для розробки продуманих теоретичних та науково обґрунтованих програм зміцнення здоров'я у популяціях та установах [276, 277]. Для об'єднання різнобічних наукових розробок та практичних інструментів у певні загальні рамки запропонована модель зміни поведінки, а саме Дизайн орієнтований на поведінку (Behaviour Centered Design) (BCD), який передбачає цілеспрямованість на поведінку у її фізичному, соціальному, біологічному та часовому контексті [278].

Для удосконалення проектів медичних послуг розроблена інноваційна методологія RE-AIM (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance) для оцінки проміжного прогресу, для керівництва оцінками та

адаптацією проектів у середині циклу у певних вимірах [279]. Зміцнення здоров'я передбачає поєднання освіти та екологічну підтримку, щоб були створені умови для здорової поведінки [280, 281].

Висококваліфіковані кадри є важливим компонентом систем охорони здоров'я і соціального захисту [1, 33]. Компетенції працівників ПМСД повинні бути значно розширеними [282, 283]. В Україні існує потреба пошуку нових форм неформальної та колективної самоосвіти, зокрема щодо профілактики НІЗ, співпраці із суб'єктами системи громадського здоров'я та з вирішення психологічних (P) та соціальних (Z) проблем (Українська Міжнародна Класифікація ПМД-2-ICPC-2) [284]. Переформатування післядипломної освіти потребує удосконалення як за формами, так і за змістом, важливо враховувати особливості мотивації лікарів-практиків до засвоєння знань [285, 286]. На додаток до формальної освіти можуть застосовуватися неформальні підходи, зокрема, регіональні форуми або наради, щоб професіонали різних організацій могли пізнати один одного та поділитися своїм досвідом. Пропонується вирішувати проблеми хронічних хворих однією командою, інтегруючи допомогу навколо пацієнта [70]. Існує нагальна потреба в удосконаленні системи профілактичних медичних оглядів дорослого населення [287]

У багатьох країнах накопичений досвід тематичного удосконалення медичних кадрів щодо основ пропагування здоров'я та профілактики НІЗ на рівні ПМД як для лікарів, так і для медичних сестер. Навчальна програма спрямована на обізнаність надавачів послуг щодо власного способу життя підвищує готовність брати участь у дискусії про зміну поведінки із пацієнтами [288-292]. Однак, впровадження методів, орієнтованих на зміну поведінки, часто триває довше, ніж нових лікувальних технологій. Перспективним є використання он-лайн інструментів для залучення пацієнтів до програм модифікації способу життя із розробкою механізму контролю надавачами послуг успіхів пацієнта [293-297]. Лікарі первинної ланки можуть передавати свої знання іншим колегам, з якими співпрацюють за територією [298]. В умовах розгортання у світі та Україні пандемії Covid-19, перед медичною

системою в Україні постали виклики реагування на епідемію НІЗ та надання медичних послуг у нових умовах. У даній ситуації мобільність профілактичних втручань (щодо форм та засобів) відповідно до епідеміологічної ситуації та активність пацієнта щодо збереження власного здоров'я вкрай важливі.

#### Висновки до розділу 1.

1. Соціально-економічний тягар НІЗ у всьому світі, детермінував принципи підвищення пріоритету профілактики НІЗ, впливу на керовані чинники ризику та соціальні детермінанти, які лежать в їх основі; зміцнення систем охорони здоров'я та загальне охоплення медичним обслуговуванням, що лягли в основу 9 глобальних цілей боротьби з НІЗ та цілі 3 ЦСР. Долучитися до ініціатив Україні перешкоджає низка соціальних, політичних та економічних проблем, брак політичної волі та недосконалість міжсекторальної взаємодії.

2. Базовий принцип чотирьох основних НІЗ та чотирьох основних спільних поведінкових ФР залишається у центрі зусиль та потребує аналогічних моделей надання медичної допомоги з орієнтацією на пацієнта. Існує необхідність у складнішому спектрі профілактики із застосуванням багатофакторних втручань, особливо у групах підвищеного ризику та при загрозі мультиморбідності. Модель профілактичної допомоги на національному рівні для ПМСД потребує додаткового вивчення та узагальнення.

3. Профілактика та раннє виявлення як одна із основних стратегій боротьби з хронічними захворюваннями повинна застосовуватися у безперервному режимі (від первинної до третинної профілактики) після детального вивчення місцевих чинників на цільових групах. Цільова група щодо основних НІЗ включає людей віком від 30 до 70 років, що входить у межі економічно-активного населення. Проте, даній категорії населення відповідно до зайнятості (мале підприємництво, наймані працівники) увага не приділялася.

4. Проаналізовані результати досліджень свідчать про зростання ефективності починаючи від втручань спрямованих на один чинник через

впливи на поєднані чинники (ФА та харчування як профілактика НМТ та ожиріння) до багатофакторних втручань, причому такі заходи рекомендовано застосовувати як у рамках первинної профілактики, вторинної профілактики – у групах підвищеного ризику та третинної профілактики за наявних основних НІЗ з метою попередження мультиморбідності та фатальних ускладнень.

5. У рамках боротьби з НІЗ найбільшої актуальності набувають стратегії охорони здоров'я орієнтовані на пацієнта та на залучення його до організації охорони власного здоров'я. Найбільш ефективними вважаються багатофакторні втручання із залученням ПМСД, зокрема, на індивідуальному рівні із застосуванням коротких порад, консультувань, мотиваційних інтерв'ювань, елементів коучингу, враховуючи когнітивні теорії зміни поведінки та сучасні засоби комунікації; на груповому рівні – у групах підвищеного ризику, у робочих колективах; на рівні громади – у рамках оздоровчих програм з врахуванням місцевого контексту спільно з системою громадського здоров'я.

Матеріали розділу висвітлені у наступних наукових працях:

1. Рингач НО, Власик Л.Й. Європейська рамкова основа для дій з організації інтегрованого надання послуг охорони здоров'я: зміст, цілі та напрямки. Міжнародний журнал «Реабілітація та паліативна медицина». 2017;1-2(5-6):24-8. [299].

2. Власик Л.Й. Інтегрована медична допомога та її роль у вирішенні проблем профілактики неінфекційних захворювань. Матеріали 99 –ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет». 2018 Лютий 12,14,19; Чернівці: Медуніверситет. 2017, с.313-14. [300].

3. Рингач НО, Власик Л.Й. Сучасні підходи до мінімізації впливу маркетингу нездорових продуктів на дітей. International scientific-practical conference Innovation Management in Marketing: Modern Trends and Strategic

Imperatives: Conference Proceedings, April 12-13, 2018. Poznan, Poland: WSPiA Publishing. P.176-179. [301] .

4. Рингач НО, Власик ЛЙ. Глобальна ініціатива «hearts» як орієнтир для України. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Превентивна медицина: реалії та перспектива». 2018 Жовтень 18-19; Чернівці. с.122-4. [302].

5. Власик ЛЙ. Healthy lifestyle counseling for behavioural changes in primary health care. Матеріали 100-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ. 2019 Лютий 11,13,18; Чернівці: Медуніверситет; с.485-6.[303].

6. Рингач НО, Власик ЛЙ. Діетарні ризики: обізнаність і активність з мінімізації. Матеріали VI міжнародної науково-практичної конференції «Гендер. Екологія. Здоров'я». 2019 Квітень 18-19; Харків: ХНМУ; с.156-8. [304].

7. Рингач НО, Власик ЛЙ, Гаврилюк СО. Зниження передчасної смертності в Україні: завдання в світлі досягнення цілей сталого розвитку. Матеріали XVII з'їзду всеукраїнського лікарського товариства. 2019 Листопад 14-16; Полтава. с. 199.[305].

## РОЗДІЛ 2

### ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В обґрунтуванні удосконалення багатофакторної профілактики ми передбачили визначення спільних пріоритетних напрямів у попередженні основних НІЗ та аналіз ключових елементів, через які можна вплинути на проблему на рівні ПМСД. Дизайн дослідження передбачав пошук шляхів зниження поширеності ФР, своєчасної діагностики НІЗ серед дорослого населення (18-69 років) та забезпечення охоплення його медико-санітарною допомогою саме у частині профілактичних послуг. Основою для цього став аналіз показників тягаря НІЗ, поширеності ФР та поєднаної неінфекційної патології, досвіду звернень за медичною допомогою пацієнтів та підготовленість до профілактичної роботи щодо НІЗ лікарів первинної ланки.

Враховуючи, що складні дослідження приймають більш просту перспективу, якщо "розпакувати" їх за складовими частинами та досліджувати вплив окремих "компонентів", ми зосередилися на результатах індивідуального рівня (проста перспектива), проте додали контекстних характеристик цільової групи респондентів за видом зайнятості, а для обґрунтування актуальності, моделювання та впровадження результатів дослідження використали більш складну перспективу (інтегрований підхід) [307].

Для досягнення мети дослідження та реалізації поставлених завдань з використанням методу системного підходу розроблено спеціальну програму (табл.2.1).

Робота виконувалася у 7 організаційних етапів узгоджених із завданнями дослідження.

Перший етап був присвячений системно-історичному аналізу викликів та міжнародного досвіду боротьби з НІЗ, існуючих стратегій та підходів до багатофакторної профілактики різних рівнів основних чотирьох ФР, моделей зміни поведінки та профілактичних технологій, які можуть бути використані для удосконалення профілактичної роботи на рівні ПМСД.

Таблиця 2.1 – Етапи дослідження

<b>I етап</b>	<b>Вивчення міжнародного досвіду з питань організації профілактики основних неінфекційних захворювань на рівні первинної медико-санітарної допомоги</b>			
<i>Аналіз наукових праць, нормативно-правових актів, міжнародних стратегічних документів, статистично-довідкових матеріалів: всього 363 джерела, з них 249 іноземних авторів.</i>				
<b>II етап</b>	<b>Вибір напрямку дослідження, формування мети, завдань, програми, обґрунтування методів та обсягу дослідження</b>			
<i>Аналіз порядку надання профілактичної допомоги населенню щодо основних неінфекційних захворювань та існуючих методів дослідження, наукова та методична література.</i>				
<b>III етап</b>	<b>Аналіз стану тягаря основних НІЗ в Україні та в Чернівецькій області</b>			
<i>Звітність Ф.№ 12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу» за 2013 – 2017роки-10 шт. Звітність Ф. №20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу за 2013 - 2017роки» 10 шт. Звіт про хворих на злоякісні захворювання ф.35-здоров за 2013-2018 роки – 6 шт. Таблиці РН-3 «Середньорічна чисельність населення за статтю і віком» - 6 шт; С-8 «Розподіл померлих за статтю, віковими групами та причинами смерті»-6 шт; ТС2 «Коефіцієнти смертності за статтю, віковими групами та причинами смерті»; ТС4 «Коефіцієнти смертності за статтю та причинами смерті за європейським стандартом -6 шт</i>				
<b>IV етап</b>	<b>Характеристика поєднаної патології основних НІЗ та їх своєчасного виявлення</b>			
<i>Карта хворого, який вибув із стаціонару (ф.066/о) - 1038</i>	<i>Медична карта стаціонарного хворого ф.003/о - 2170.</i>	<i>Опитування стаціонарних хворих - 57</i>	<i>Опитування амбулаторних пацієнтів на первинний скринінг ХОЗЛ -241</i>	
<b>V етап</b>	<b>Вивчення:</b> - поширеності основних чинників ризику НІЗ серед економічно активного населення - досвіду звернень за медичною допомогою; - медичної активності та асоційованих з нею характеристик за самооцінкою респондентів.			
<i>Опитування дорослого населення, зайнятого на ринку - 650</i>		<i>Опитування відвідувачів ярмарку 1,2 - 555</i>	<i>Опитування державних службовців - 90</i>	<i>Всього 1295</i>
<i>Опитування пацієнтів міської поліклініки - 217</i>		<i>Опитування відвідувачів ярмарку3- 65</i>		
<b>VI етап</b>	<b>Аналіз стану надання профілактичних послуг (індивідуальних, групових) щодо НІЗ медичними працівниками ПМСД</b>			
<i>Опитування сімейних лікарів-65</i>	<i>Опитування дільничних терапевтів-40</i>	<i>Матеріали «Школи здоров'я»-36</i>	<i>Матеріали конференцій-53</i>	
<b>VII етап</b>	<b>Розробка моделі багатофакторної профілактики основних НІЗ на рівні ПМСД Апробація та визначення ефективності</b>			
Методи дослідження	Етапи дослідження	Методи дослідження	Етапи дослідження	
Системного аналізу	I, II, VII	Соціологічний	V, VI	
Бібліосемантичний, історичний	I, VII	Статистичний	IV-VI	
Контент-аналіз	III	Концептуального моделювання	VII	
Епідеміологічний	V,	Експертних оцінок	VII	
<b>Впровадження</b>				
<i>На національному рівні: Інформаційно-аналітичні матеріали для підготовки аналітичних довідок і рекомендацій в рамках наукового супроводу діяльності Президента України та РНБО</i>		<i>На регіональному рівні: Акти впровадження у практичну охорону здоров'я, у навчальний процес на кафедрах соціальної медицини -13</i>	<i>9 доповідей на симпозиумах (3) та науково-практичних конференціях (6); 8 статей у наукових фахових виданнях, 3 в іноземних наукових виданнях проіндексованих в SCOPUS, 2 у закордонних наукових журналах, 1 стаття в колективній монографії, 1 патент на корисну модель; 12 тез.</i>	

Використані інформаційні ресурси Web of Science, Scopus, PubMed, EBSCO (344 наукових джерел).

На другому етапі сформульовано мету, визначені завдання, предмет та об'єкт дослідження, одиниці спостереження, джерела отримання інформації та методи дослідження. Основне епідеміологічне кроссекційне дослідження з використанням вибіркового методу (2017-2018 роки) було доповнене соціологічними опитуваннями пацієнтів і лікарів (Табл.2.1). Проведено вкопіювання даних з медичної документації госпіталізованих хворих спеціалізованого відділення щодо поєднання НІЗ.

На третьому етапі проведено аналіз демографічної ситуації (народжуваність, смертність, природний приріст, очікувана тривалість життя (ОТЖ) та показників популяційного здоров'я дорослого населення щодо НІЗ (первинна захворюваність; поширеність; первинний вихід на інвалідність; смертність від окремих причин) у розрізі чотирьох основних класів: новоутворення (МКХ-10; *C00-C97*); хвороби ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин та імунітету (*E00-E90*); хвороби системи кровообігу (*I00-I99*); хвороби органів дихання (*J00-J99*).

Статистичній обробці, аналізу та оцінці підлягали інтенсивні показники (на 100 тис. дорослого/працездатного населення) за захворюваннями: цукровий діабет (ЦД) (*E10-E14*), ішемічна хвороба серця (ІХС) (*I20-I25*), інфаркт міокарду (*I21-I22*), інсульт (*I60-69*), хронічні бронхіти (*J40-J42*), хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) (*J44*), бронхіальна астма (БА) (*J45*). Шляхом побудови динамічних рядів за 5 років визначено середній темп приросту/зниження рівнів захворюваності. Проаналізовані стандартизовані показники смертності по Україні та Чернівецькій області за 2018 у порівнянні з 2013 роком за нозологіями та класами основних НІЗ. Додатково аналізувалися розлади психіки та поведінки внаслідок споживання алкоголю з метою оцінки поширеності одного з основних чинників ризику НІЗ - зловживання алкоголем. Використані дані державної офіційної статистики Державної служби статистики України (Держстату України), дані World Health Statistics [311].



Розраховані показники смертності для працездатного населення Чернівецькій області за період 2013 – 2018 років. Для розрахунку інтенсивного показника використана абсолютна кількість померлих працездатного віку та середньорічна кількість населення відповідного віку за роками аналізу. Розраховані показники наочності за укрупненими інтервалами динамічних рядів: 2016-2018 роки у порівнянні з 2013-2015 роками. Для визначення особливостей рівнів смертності серед міських та сільських мешканців, серед чоловічого та жіночого населення та за окремими нозологіями та класами з метою збільшення одиниць спостереження проаналізовані середні показники смертності за 2013-2018 роки за абсолютними даними. Показники інвалідності розраховані на працездатне населення за даними Головного управління статистики у Чернівецькій області. Розраховано також екстенсивні показники для визначення структури причин інвалідності та смертності.

Інформаційною базою слугували результати викопіювання із «Звітів про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають в районі обслуговування закладу» (ф.№12) з 2013 по 2017 рік (з 2018 року відмінена первинна облікова документація) [308]; «Звітів про хворих на злоякісні новоутворення» з 2013 по 2018 рік (ф.35-здоров). Також використано дані про середньорічну кількість населення з 2013 по 2018 рік; розподіл за окремими причинами смерті та територіями за 2016 рік (ф.С-14) Головного управління статистики у Чернівецькій області та статистично-довідкові матеріали Чернівецького обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики [309, 310].

Для населення Чернівецької області розрахований показник ймовірності дожити до 70 років за відповідною методикою [312]. Розраховано ризик смерті у віці від 30 до 70 років за 5-річними інтервалами (у віці 30-34, ..., 65-69) від чотирьох основних причин, коди МКХ-10: серцево-судинні захворювання I00-I99, онкологічні C00-C97, цукровий діабет E10-E14 та хронічні респіраторні захворювання: J30-J98. Розрахунок вікової смертності для кожної п'ятирічної вікової групи:

$$M_x = \frac{\text{Total deaths from four NCD causes between exact age } x \text{ and exact age } x+5}{\text{Total population between exact age } x \text{ and exact age } x+5} \quad (2.1)$$

Потім 5-річний рівень смертності переведено на ймовірність смерті в кожному 5-річному віковому діапазоні:  $q_x = \frac{M_x \times 5}{1 + M_x \times 2.5}$ ; ймовірність смерті у 30-70 років визначено за формулою:

$$q_{30} = 1 - \prod_{x=30}^{65} (1 - q_x). \quad (2.2)$$

На четвертому етапі аналіз тягаря за показниками популяційного здоров'я доповнено аналізом поєднаної патології НІЗ на прикладі госпіталізованих хворих пульмонологічного відділення «ОКУ Чернівецька обласна клінічна лікарня» за період 2013-2015 років. Викопіювання інформації з 2170 медичних карт стаціонарного хворого (ф.003/о) та 1038 карт хворого, який вибув із стаціонару (ф.066/о), дозволило сформувати вибірку з медичної документації 1747 хворих (з них 1543 віком до 70 років) для аналізу поєднаної патології та 955 (з них 813 віком до 70 років) хворих, у медичних картах яких була наявна інформація про статус куріння. Проведена медико-соціальна характеристика госпіталізованих хворих за статтю, зайнятістю, місцем проживання. Визначений середній вік хворих для різних варіантів поєднаної патології, зокрема ІХС та хронічних хвороб нижніх дихальних шляхів (БА, ХОЗЛ). Проведено розрахунок відношення шансів (ВШ (OR)) бути курцем (у т.ч. в минулому) серед хворих з ІХС на тлі хронічних захворювань НДШ та без ІХС у 95% довірчому інтервалі. Зважаючи на важливість проблеми хронічної респіраторної патології апробований варіант своєчасної діагностики з використанням первинного скринінгу ХОЗЛ для осіб старше 40 років: «Ви курите? Вас турбує кашель зранку? Відкашлюється мокрота? Вас турбує задишка?» [313]. Проведене опитування пацієнтів комунальної медичної установи «Міська поліклініка №1» (n=241) та визначено ВШ (OR) бути курцем серед тих, у кого спостерігався позитивний результат первинного скринінгу на ХОЗЛ (наявні скарги на кашель, мокроту, задишку одночасно). За даними

опитування стаціонарних хворих (n=57) проаналізовано зміну поведінки пацієнтів після виявленого у них хоча б одного з основних НІЗ (додаток Б-1).

На п'ятому етапі проведене вивчення поширеності основних поведінкових ФР серед ЕАН; досвіду пацієнтів з медичного обслуговування та МА респондентів До ЕАН згідно з визначенням Міжнародної організації праці відносяться особи віком від 15 до 70 років, які упродовж певного періоду часу забезпечують пропозицію робочої сили на ринку праці [314].

Відповідно до мети та завдань наукового дослідження була розроблена анкета (затверджена на засіданні кафедри 15.06.2017р., протокол №26), яка містила 8 блоків запитань (додаток Б-2). Забезпечені: зовнішня валідність – оціночні питання щодо ФР в своїй основі відповідали рекомендованим інструментам ВООЗ; змістовна валідність – зібрані дані методом самооцінки респондентів дали бачення реальної картини; надійність – стабільність, проведення однаковими методами на декількох етапах.

Визначаючи розмір вибірки, вибрано довірчий рівень 95%. Використані соціологічні (анкетування, інтерв'ювання, спостереження) та статистичні методи (визначення відносних та середніх величин, тест- $\chi^2$  для порівняння відносних величин, відношення шансів). Розрахована необхідна кількість респондентів для обстеження за формулою:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times (1-P)}{\alpha^2}$$
 де n – потрібний розмір вибірки; Z=1,96 для 95% довірчого інтервалу; P=0,33 очікувана поширеність ФР (для розрахунку взята частота 33%); критерій  $\alpha$  – межа похибки 0,05.

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,3 \times (1-0,33)}{0,05^2} = 309; 309 \times 4 = 1235 \quad (2.3)$$

Збір статистичних даних проводився у декілька кроків. Першим кроком проведене анкетування випадково відібраних відвідувачів ярмарку (Петрівський традиційний щорічний ярмарок, 2017р. м. Чернівці), та відібрано для аналізу 275 анкет респондентів молодше 70 річного віку, що склало групу «Ярмарок1» (6 анкет було забраковано (не вказані дані: вік, стать) (додаток Б-3). На другому кроці 2017-2018р. проведене анкетування 650 суб'єктів

господарювання на території комунального підприємства міський торговельний комплекс «Калинівський ринок» та прилеглого до нього ринку «Добробут» м. Чернівці – відібрано 633 анкети для аналізу групи «Ринок». Сукупність складалася із самостійних та найманих працівників на усій території вказаних ринків рівномірно відповідно до наявного розподілу за секторами, які включають торгівлю непродовольчими товарами. Сектори було використано у якості кластерів. Випадковий вибір елементів аналізованої сукупності проводився всередині кожного кластера (обирався кожний 3-5-й контейнер в залежності від розміру сектора). На перших двох кроках (n=908) зібрано дані для вивчення питань харчування, проведення вільного часу; досвіду звернення за медичною допомогою, отримання рекомендацій із ЗСЖ та їх виконання. Для групи «ринок» деталізовано харчування в питаннях обмеження солодкого, смаженого та «фаст-фуду». Разом із групою «службовці» (n=90) (третій крок, 2018 рік) отримана кількість анкет n=998 (додаток Б-4).

На четвертому кроці збору статистичних даних проведено анкетування 260 відвідувачів ярмарку (Петрівський ярмарок 2018р. м. Чернівці), відібрано 254 анкети для групи «Ярмарок2». Питання анкетування фокусувалися на активності та медичній грамотності респондентів за їх самооцінкою. Питання щодо ФА деталізовані за рахунок з'ясування перешкод до занять фізичними навантаженнями; деталізовано також скринінгові обстеження. Враховуючи початок реформування первинної ланки системи охорони здоров'я, до запитання щодо приводу візитів до лікаря був доданий варіант відповіді «підпис декларації» та додатковим стало запитання щодо очікувань від змін в медичному обслуговуванні (додаток Б-5). За спільними питаннями респонденти 1, 3, 4 кроків об'єднані у групу «інші категорії» (n=619) на протипагу групі «ринок» (табл. 2.2).

Таблиця 2.2 – Покроковий збір матеріалу для статистичного дослідження

Кроки	Час і місце проведення	Всього анкет	Відібрано для аналізу	Поєднана кількість			Ринок / інші
1	Ярмарок, 2017 рік	295	275 Ярмарок1	908	998		Інші категорії
2	Ринок, 2017-січень 2018 року	650	633 Ринок				633 Ринок
3	Державні службовці (ДС), 2018р	90	90 Службовці	-			619 Інші категорії
4	Ярмарок, 2018 рік	260	254 Ярмарок2				
Всього	Економічно активне населення	1295	1252	1252			1252 ЕАН

До початку опитування респонденти були поінформовані щодо наукового характеру дослідження, тривалості заповнення анкети (до 10 хв.) та відсутності у ній персоніфікованих даних, на що давалася згода. Для зручності заповнення в умовах роботи на ринку (обмеженість часу поза обслуговуванням покупців) структуроване опитування складалося із трьох форм запитань (закриті, альтернативні та із варіантами відповідей), анкети передбачали самостійне заповнення, розраховане в середньому на 6-10 хвилин, з гарантуванням правдивості свідчень анонімністю опитувальника [315]. Проте у третині випадків за бажанням респондента анкети заповнювалися спільно, в присутності дослідника, з елементами інтерв'ювання та з певними коментарями, що подовжувало опитування до 20 хв., але сприяло досягненню вищої довірливості у розмові.

Однорідність вибірок усіх етапів збору статистичного матеріалу за статевим, віковим складом, за освітою та місцем проживання дала можливість проаналізувати результати анкетування ЕАН загалом (N=1252). Створена база даних Excel, для зведення та розрахунку відносних величин використана таблиця PIVOT. Для порівняння частоти ФР та інших характеристик досвіду

пацієнта у групах дослідження використовували тест  $\chi^2$ , різницю вважали достовірною при  $p < 0,05$ . Репрезентативність вибірки підтверджувалася розподілом респондентів за віковими групами, який відповідав такому ЕАН області (відмінності статистично не значимі) (табл.2.3.). Віковий розподіл був проведений відповідно до класифікації ВООЗ, яким визначено молодий (25-44 роки), середній (45-59 років) та літній вік (60 і старше) (додаток Б-6,7,8). Для поглибленого аналізу розглядалися п'ятирічні вікові інтервали.

Розподіл за статтю як серед ЕАН, так і в групах «ринок» та «інші категорії» був подібним, з незначним переважанням жінок (табл. 2.4). Середній вік ( $M \pm SD$ ) респондентів склав  $40,49 \pm 13,22$  (табл. 2.5).

Таблиця 2.3 – Розподіл за віковими групами економічно активного населення області та респондентів дослідження, 2017 р.

ЕАН	Усього	Частка (у відсотках) за окремими віковими групами				
		До 30	30-39	40-49	50-59	60-70
Усього	Область	19,3	26,9	24,3	18,0	11,5
	Дослідження	23,81	26,04	21,81	18,85	9,50
Чоловіки	Область	22,0	29,4	22,5	16,9	9,2
	Дослідження	26,23	27,69	20,85	16,78	8,47
Жінки	Область	16,3	24,1	26,4	19,2	14,0
	Дослідження	21,47	24,45	22,73	20,85	10,50

Джерело: дані Головного управління статистики у Чернівецькій області, 2017р.

Таблиця 2.4 – Розподіл за статтю досліджуваних груп респондентів

Категорії	Чоловіки (абс. ч. та %)	Жінки (%) (абс. ч. та %)	Обидві статі (абс. ч.)
Зайняті на ринку	313 (49,45)	320 (50,55)	633
Інші категорії	301 (48,63)	318 (51,37)	619
Разом ЕАН	614 (49,04)	638 (50,96)	1252

Таблиця 2.5 - Середній вік респондентів за групами та статтю

Категорії	Чоловіки	Жінки	Обидві статі
Зайняті на ринку	38,53±12,02	42,66±12,62	40,62±12,50
Інші категорії	40,49±13,81	40,23±14,02	40,36±13,92
Разом ЕАН	39,49±12,97	41,45±13,39	40,49±13,22

Респонденти представляли усі (колишні) райони міста та області, а саме, міські мешканці 912 (72,84%) осіб, з них із Шевченківського району – 461 (50,55%), з Першотравневого - 314 (34,43%), з Садгирського – 137 (15,02%) (відповідно до реального розподілу населення у цих районах); мешканці районів області – 277 (22,12%) осіб, сусідніх областей – 63 (5,03%) особи.

Більше половини усіх респондентів 688 (54,95%) мали вищу освіту, 249 (19,89%) – середню, та 315 (25,16%) – середню спеціальну. Частка жінок із середньою спеціальною освітою групи «ринок» (33,75%) зростала із віком та була у два рази більшою, ніж серед жінок групи «інші категорії» (17,30%) ( $p < 0,001$ ). Відповідно частка жінок з вищою освітою була меншою – 41,88% проти 66,98%. Загалом, розподіл респондентів-жінок за освітою відповідав такому серед респондентів-чоловіків ЕАН. Працюючими назвали себе 1085 (86,66%) респондентів, разом з тим, у молодому віці 94,29%, після 60-ти років – 57,14%. Із вказаних респондентами ( $n=346$ ) спеціальностей серед відвідувачів ярмарок 2017, 2018 років найчастіше зустрічалися економісти, бухгалтери, юристи (19,08%); представники робітничих спеціальностей – електрики, муляри, столяри, тощо (15,03%); педагоги (12,14%); медики (10,12%); кухарі, швачки, перукарі (7,51%); інженери (6,36%); представники культури (3,47%); державні службовці (2,89%). Серед працюючих на ринку ( $n=307$ ) спектр професій також доволі строкатий, в минулому це представники економічних та юридичних спеціальностей (31,92%), педагоги (11,73%), інженери (11,73%), медики (8,14%), представники робітничих професій (8,47%), представники культури (3,91%), кухарі, швачки, перукарі – 2,93%. У загальній кількості респондентів ( $n=1252$ ) державні службовці склали 7,99%.

Аналіз результативних відповідей (n=720) щодо сімейного стану показав, що 66,43% респондентів перебувають у шлюбі, частіше серед працюючих на ринку (70,18%), ніж серед інших категорій ЕАН (60,56%) ( $p < 0,01$ ). Розлучені становлять 5,97%, більше серед респондентів-жінок (8,93%), ніж чоловіків (3,22%) ( $p < 0,01$ ). Виявлено значно більшу частку вдів серед респондентів-жінок (6,67%), ніж чоловіків (1,16%) ( $p < 0,001$ ), у середньому віці (45-59) 10,84% проти 3,23%, ( $p < 0,05$ ), у літньому віці (60-69) 36,36% проти 4,35%, ( $p < 0,01$ ).

На п'ятому етапі щодо поширеності поведінкових ФР вивчено додатково рівень припинення куріння (частота тих, хто припинив курити серед колишніх та теперішніх курців); рівень пасивного куріння (пасивне куріння серед усіх, хто зазнавав впливу). Інтенсивність куріння проаналізована серед респондентів-курців (теперішніх та колишніх), які повідомили про кількість сигарет та тривалість шкідливої звички (n=418) за наступними показниками: індекс курця (середня кількість щоденно викурених сигарет  $\times$  12); частка тих, хто викурював більше 20 сигарет на день та показник пачко-роки (тобто середня кількість щоденно викурених сигарет  $\times$  тривалість куріння у роках / 20). Індекс курця, що дорівнює або більший за 200, свідчив про високу залежність.

Медичний досвід респондентів проаналізовано за термінами останнього звернення до сімейного лікаря (дільничного терапевта), категорією лікарів за місцем отримання медичної допомоги, фінансовою доступністю візитів до лікаря, тощо. Аналіз проведено з дезагрегацією за статтю, рівнем освіти, самооцінкою стану здоров'я, наявністю або відсутністю основних поведінкових ФР та основних НІЗ. Проаналізовано частоту отримання пацієнтами рекомендацій щодо чотирьох основних ФР та їх дотримання, що опосередковано свідчило про активність лікарів (загальну та за напрямками) та ефективність профілактичних втручань.

Для в'яснення організаційної та комунікаційної доступності у період реформування первинної ланки у липні 2019 року проведено опитування групи «ярмарок3» (n=65), середній вік респондентів становив  $45,82 \pm 1,44$  (додаток Б-9).



Поширеність ФР, обізнаність щодо них та досвід звернень за медичною допомогою вивчено шляхом опитування амбулаторних пацієнтів міської поліклініки (n=217), відібрано 213 анкет респондентів віком до 70 років, з них до 25 років - 16,90%; 25-44 роки – 39,44%; 45 – 59 років – 32,86%; 60 – 69 років – 10,80%. З вищою освітою - 47,42% респондентів (додаток Б-10).

МА респондентів проаналізовано за напрямками контролю харчування (групи «ринок», «ярмарок1») та фізичної активності (групи «ринок», «ярмарок1», «службовці»). Здійснено пошук найбільш інформативних показників для визначення МА загалом («ярмарок2»), залежно від поведінкових характеристик та медичного досвіду респондентів. Оцінка впливу ФР або певної характеристики на активність/не активність визначена за допомогою тесту  $\chi^2$  та підтверджена відношенням шансів (ВШ (OR)). Розглянуто також кожний ФР як діагностичний тест для прогнозування недостатньої МА (табл. 2.6).

Таблиця 2.6 – Розрахунок чутливості та специфічності ФР для прогнозування недостатньої МА

Наявність ФР	Недостатня активність	Достатня активність	Прогностична цінність
ФР (+)	ТР Істинний позитивний результат	FP Хибно позитивний результат	PPV=TP/TP+FP Позитивна прогностична цінність
ФР (-)	FN Хибно негативний результат	TN Істинно негативний результат	NPV=TN/TN+FN Негативна прогностична цінність
Властивість ФР	Se=TP/TP+FN Чутливість	Sp=TN/TN+FP Специфічність	LR+= Se/1-Sp -

Таким чином, визначено чутливість (sensitivity) (Se.) та специфічність (specificity) (Sp.) кожного ФР або негативної характеристики на виявлення (прогнозування) недостатньої (відсутньої) МА пацієнта, позитивну та негативну прогностичну цінність тестів (PPV, NPV) [316].

Порівняння частоти ФР серед активних та неактивних респондентів (за самооцінкою) з допомогою визначення  $\chi^2$  дало можливість виявити найбільш

асоційовані характеристики, тобто поєднання, які зустрічаються найчастіше або супроводжують одна одну. Для уникнення суб'єктивності в судженнях респондентів щодо своєї активності, враховуючи високу спряженість з нею більш об'єктивних характеристик, таких як заняття фізичними навантаженнями або щоденне виконання фізичної зарядки (їх частоту досліджено в усій генеральній сукупності), проведено визначення найбільш асоційованих характеристик саме з ними (як аналогом активності). Це дало можливість розширити перелік чинників, через які можна впливати на збільшення активності, враховуючи особливості за статтю і віком.

З метою визначення потенційно змішаних внесків (номінальних, дихотомічних) до певного результату (активність) застосований метод покрокової логістичної регресії з використанням SPSS. Логістична регресія використовується для аналізу шансів на результат у дослідженнях випадок-контроль та визначення ймовірності (P) очікуваного результату.

На шостому етапі щодо стану надання профілактичних послуг опитано лікарів первинної ланки (n=105), з них сімейних лікарів 62,14% (n=64), дільничних терапевтів 37,86% (n=39), з'ясовано, якими профілактичними технологіями вони володіли та з якими труднощами стикалися (додаток Б 11). Проаналізовано форми неформальної освіти лікарів первинної ланки. Використані матеріали конференцій профілактичного спрямування на базі комунальної медичної установи «Міська поліклініка №1», м. Чернівці, а саме протоколи, фото-звіти, додаткові матеріали 53 конференцій, проведених упродовж 2005 – 2016 років.

Проаналізовано матеріали групових форм освітньої роботи медичних працівників для пацієнтів у рамках 36 занять проекту «Школа здоров'я» (2012-2015pp), організованих відділенням профілактики міської поліклініки №1, м. Чернівці. Розроблена схема оцінки проведення таких заходів. Відпрацьована методика оцінки ефективності корекції надлишкової маси тіла та ризику розвитку ожиріння для попередження розвитку діабету.

На сьомому етапі на підставі аналізу та узагальнення отриманих результатів з використанням системного аналізу існуючих поведінкових, оздоровчих, психокогнітивних моделей впливу на поведінку, з урахуванням нинішнього періоду реформування розроблено удосконалену модель багатофакторної профілактики НІЗ та запропоновано алгоритм профілактичних втручань лікаря ПМСД відповідно до наявності у пацієнта поведінкових ФР та належності до групи здоров'я щодо НІЗ (здорові, практично здорові, хворі). Проведено визначення ефективності запропонованої моделі (здійснена 24 експертами) та узагальнені результати дослідження (додаток Б-12, 13).

Матеріали розділу висвітлені у науковій праці:

1.Власик ЛЙ, Сухолотюк АЛ, Христич ТМ, винахідники; Буковинський державний медичний університет, патентовласник. Спосіб оцінки ефективності корекції надлишкової маси тіла та визначення ризику ожиріння. Патент України на корисну модель № 120385. МПК А61В 5/103. М. № U 201705272; 2017 Жовт 25.[317]

## РОЗДІЛ 3

### ТЯГАР НІЗ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ НА ТЛІ УКРАЇНИ ТА ЄВРОПЕЙСЬКИХ КРАЇН

#### **3.1 Характеристика демографічної ситуації, показників смертності населення у працездатному віці та показників передчасної смертності**

Чернівецька область є одним з найменш чисельних регіонів країни. Кількість населення у Чернівецькій області станом на 1 січня 2020 року становила 901,6 тис. осіб (станом на 1 січня 2014 року 908,5 тис. осіб), що становило 2,2% (у 2013 році - 2,0%) всього населення України. У міських поселеннях проживало 390,6 тис. (43,3%) (по Україні 69,5%), у сільській місцевості - 511,1 тис. (56,7%) (по Україні 30,5%). Станом на 1 січня 2014 року 388,2 тис. (42,7%) міського та 520,3 тис. (57,3%) сільського (зменшення міського населення за рахунок наближених до міста поселень). Із загальної чисельності постійного населення 423,4 тис. (47,1%) чоловіків та 475,2 тис. (52,9%) жінок. На 1000 чоловіків припадає 1123 жінки (по Україні -1157) [343].

На тлі масштабної депопуляції в Україні Чернівецька область, як і в цілому Західний регіон, характеризується відносно вищими показниками народжуваності (2019р.) – 9,2 на 1000 населення (Україна – 8,1) та нижчими показниками загальної смертності – 12,3 на 1000 населення (в Україні – 14,7), як для міського - 10,7 (13,4); так і для сільського – 13,4 (17,2) [343]. Проте у порівнянні з 2013 роком відбулося зниження народжуваності (з 12,6) на 37,0%, в той час коли смертність (з 12,7) знизилася лише на 3,3%, відповідно природній приріст з (-0,1) став (-3,1). Хоча показник є кращим, ніж загальнонаціональний (-6,6), проте свідчить про погіршення демографічної ситуації в області. Область характеризується і дещо нижчим рівнем постаріння населення, проте частка осіб старше 60-ти років становить 20,5% (в Україні – 23,9%), коли у 2013 році була 19,05% [309].

За особливостями структурних характеристик очікуваної тривалості життя (ОТЖ) Чернівецька область разом із іншими західними областями входить у

групу відносно позитивної динаміки. Так, ОТЖ при народженні у 2019 році у Чернівецькій області для чоловіків становила – 69,52 роки (у 2013р. - 68,62; приріст +0,9), по Україні 66,92 (у 2013р. - 66,11; приріст +0,81); для жінок у Чернівецькій області – 78,39 роки (у 2013р. - 77,59 приріст (+0,8)), по Україні 76,98 ( у 2013р. - 76,20; приріст +0,78) [343]. Слід відмітити відставання ОТЖ для чоловіків області у порівнянні з жінками у 8,87 роки, в той час, коли по Україні – 10,06 років.

Значне відставання ОТЖ від Європейських країн (до прикладу від Швеції, де ОТЖ чоловіків 80,9; жінок – 84,3) обумовлене переважно високою смертністю від хвороб системи кровообігу [318]. Однак розрив між рівнями смертності між ними і наступною за значущістю складовою – новоутвореннями становить близько 4,5 раза, тоді як у Польщі він не досягає півтора, а у Швеції показники майже ідентичні (табл. 3.1).

Таблиця 3.1 – Смертність від 4-х основних неінфекційних захворювань, обидві статі, стандартизований показник смертності на 100000

Причини смерті	Україна	Швеція*	Польща
Серцево-судинні захворювання	506,4	115	216,4
Новоутворення	120,3	107, 4	149,0
Хронічні хвороби нижніх дихальних шляхів	10,3	11,2	8,6
Цукровий діабет	2,9	8	9,2

Джерело: WHO Mortality Database Last Access: 28.03.2017  
<http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/> \*data 2015

Як величина, так і динаміка рівня смертності від ССЗ в Україні різко відрізняються від таких у розвинених країнах світу, особливо чоловіків. Так, якщо в таких різних країнах, як Швеція, США та Ізраїль спостерігається поступове зниження стандартизованих показників, натомість в Україні, попри певне покращання ситуації порівняно з кризовими 1995 та 2005 роками, рівень чоловічої кардіоваскулярної смертності навіть не зміг повернутись до рівня

1991 року. Подібна картина у сусідній Молдові, тоді як Польщі вдалося повернути лінію тренду подібно до західноєвропейських країн (рис.3.1).

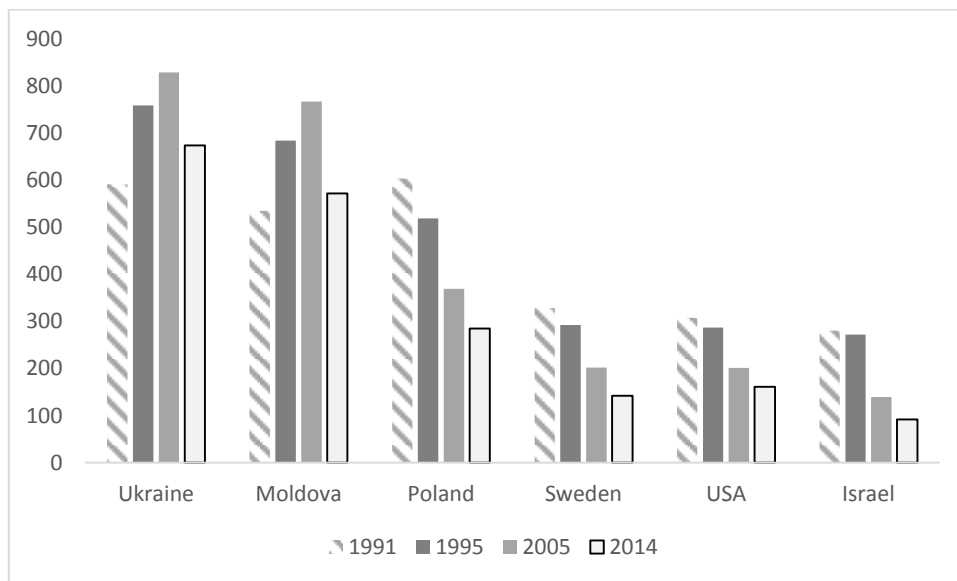


Рис.3.1 Віковий спеціальний показник смертності на 100000 світової стандартизованої популяції, серцево-судинні захворювання 1991, 1995, 2005, 2014, чоловіки, кількість смертей на 100 000

Джерело: *WHO Mortality Database Last Access: 28.03.2017*  
<http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/>

Відповідно розрив у рівнях смертності чоловіків в Україні і Швеції зріс, досягнувши у 2014 р. більше ніж 4,5 раза (для жінок диференціація менш помітна).

Смертність є найбільш достовірним і об'єктивним показником, що характеризує епідеміологічну ситуацію стосовно НІЗ. Впродовж років незалежності Буковина характеризується відносно нижчими за загальноукраїнські рівнями загальної смертності. Було здійснено порівняльний аналіз з національними показниками (стандартизованими за європейським стандартом). У структурі смертності із основних НІЗ на першому місці перебували хвороби системи кровообігу (69,10%), (по Україні 63,01% ), на другому – новоутворення (15,04%), (по Україні 14,49%), (табл. 3.2). Стандартизований рівень смертності населення у Чернівецькій області на 10,09% був нижчим, ніж по Україні, проте переважав загальноукраїнський показник за причиною ЦД у 2013-2018рр. (хоча неухильно знижувався),

розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю (табл. 3.3) та у 2019 році – хвороб органів дихання.

Таблиця 3.2 – Смертність за основними причинами смерті в Україні та Чернівецькій області, стандартизований за євростандартом коефіцієнт на 100 тис. нас., обидві статі, 2019 р.

	Всі причини	Новоутворення	Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	З них від цукрового діабету	Хвороби системи кровообігу	Хвороби органів дихання
2019						
Україна	1055,8	153,0	4,7	4,0	665,3	25,7
Чернівецька область	949,3	142,8	4,4	3,8	656,0	27,0

*Джерело: дані Держстату України*

Таблиця 3.3 – Стандартизовані показники смертності населення України та Чернівецької області 2013, 2018 рр., на 100 тис. населення

Причина смерті	Україна		Чернівецька область		Зміни за 2013/2018, %	
	2013	2018	2013	2018	Україна	область
Всі причини	1076,3	1071,6	1003,1	967,2	-0,44	-3,58
Новоутворення	161,3	155,6	157,5	143,6	-3,53	-8,83
Цукровий діабет	3,7	4,1	4,6	4,4	+10,81	-4,35
Хвороби системи кровообігу, в т. ч.:	666,2	673,5	686,6	666,8	+1,10	-2,88
ІХС	448,9	463,0	628,4	606,9	+3,14	-3,42
Цереброваскулярні захворювання	142,8	123,3	47,7	48,6	-13,87	+1,89
Хвороби органів дихання	28,4	26,6	23,4	20,1	-6,34	-14,10
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	2,0	2,3	3,5	5,7	+15,00	+62,86

*Джерело: дані Держстату України*

Міські мешканці у порівнянні із сільськими частіше помирали від новоутворень – по області 158,3 проти 135,2; цукрового діабету – 5,1 проти 4,0.

Сільські мешканці частіше помирали від хвороб системи кровообігу – 718,5 проти 587,1 (чоловіки - 943,7 проти 793,1) та розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю – 7,3 проти 3,5; (чоловіки 7,3 проти 6,9).

Якщо розглянути окремо основну причину смерті – хвороби системи кровообігу, то видно, що при практично однаковому з загальноукраїнським рівнем спостерігається різний внесок двох основних причин – ІХС та ЦВХ. В Чернівецькій області значно нижча частка смертей, причина яких зареєстрована як цереброваскулярні захворювання і відповідно вища – внаслідок ІХС.

Смертність населення працездатного віку є основною причиною низького рівня ОТЖ, що вимагає фокусування основної частини аналізу на показниках здоров'я саме цієї вікової групи. Смертність населення Чернівецької області у працездатному віці за період 2013-2018 років становила 341,06 на 100 тис. працездатного населення. Серед мешканців сільської місцевості загальна смертність (370,28) була на 21,66% більшою, ніж серед проживаючих у містах (304,36), ( $\chi^2 = 100,787$ ;  $p < 0,001$ ). Серед чоловічого населення рівень смертності (544,28) був у 4,5 разів вищий, ніж серед жіночого (121,70), ( $\chi^2 = 4190,337$ ;  $p < 0,001$ ), зокрема, з причин хвороб системи кровообігу у 7,35 рази, з хвороб органів дихання у 4,66 рази, з онкологічних та ендокринних захворювань більше, ніж у 2 рази.

У структурі причин смертності 57,76% займали основні НІЗ (коливання від 57% до 59% у різні роки), а саме хвороби системи кровообігу - 31,39% (30% - 33%); онкологічні захворювання – 21,40% (20% - 23%); хвороби органів дихання – 3,82% (3% - 5%) та хвороби ендокринної системи – 1,15% (коливання близько 1%). Для порівняння, зовнішні причини у структурі причин смертності займали 22,05% (21% - 23%), тобто конкурували з новоутвореннями. (табл. 3.4) ілюструє зміни показників смертності внаслідок всіх причин та основних НІЗ.

Серед причин смертності чоловічого працездатного населення основні НІЗ займали 56,46% із них на 1-му місці були хвороби системи кровообігу (33,65%), далі - онкологічні захворювання (17,99%), хвороби органів дихання (3,84%) та



ендокринні захворювання (0,97%). Травми та зовнішні причини смерті у структурі 23,98% переважали онкологічні захворювання та були на 2-му місці.

Таблиця 3.4 – Смертність населення працездатного віку Чернівецької області за окремими причинами, обидві статі, 2013, 2018 рр., на 100 тис. населення

Причина смерті	2013	2018	Зміни за 2013/2018, %
Всі причини	347,80	329,69	-5,21
Новоутворення	79,49	71,48	-10,08
Цукровий діабет	3,5	3,2	-8,57
Хвороби системи кровообігу, в т. ч.:	109,14	99,77	-8,59
ІХС	83,9	74,2	-11,56
Цереброваскулярні захворювання	16,7	16,8	+0,60
Хвороби органів дихання	12,41	11,47	-7,57
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	5,4	8,2	+51,85

*Джерело: дані Головного управління статистики у Чернівецькій області*

Серед причин смертності жіночого населення працездатного віку основні НІЗ займали 64,01%, на 1-й позиції були онкологічні захворювання (37,86%), далі - хвороби системи кровообігу (20,48%); хвороби органів дихання (3,69%) та ендокринні захворювання (1,98%). Травми та зовнішні причини займали 3-тю позицію - 12,73%. Рівень смертності жіночого населення працездатного віку статистично не змінювався із місцем проживання. Проте, найбільш відчутною була різниця між рівнями смертності сільського і міського чоловічого населення, зокрема від хвороб системи кровообігу (199,90 проти 161,19;  $\chi^2 = 33,348$ ;  $p < 0,001$ ), від травм та зовнішніх причин (146,92 проти 109,00;  $\chi^2 = 44,908$ ;  $p < 0,001$ ) та онкологічних захворювань (109,66 проти 82,48;  $\chi^2 = 30,741$ ;  $p < 0,001$ ). Рівні смертності з причин хвороб органів дихання та хвороб ендокринної системи за місцем проживання статистично не відрізнялися.

При порівнянні показників смертності за період 2016-2018 років із періодом 2013-2015 років, слід відмітити зменшення загального показника смертності у працездатному віці на 5,00% ( $\chi^2 = 7,175$ ;  $p = 0,008$ ), серед чоловіків на 3,79% ( $\chi^2 = 3,385$ ;  $p = 0,066$ ), серед жінок на 12,91% ( $\chi^2 = 8,897$ ;  $p = 0,003$ ).

Смертність від хвороб органів дихання збільшилася серед міських мешканців на 28,56% ( $\chi^2 = 2,768$ ;  $p=0,097$ ), серед чоловіків на 31,33%.

Смертність чоловічого населення у працездатному віці за період 2013-2018рр. значно переважала аналогічний показник серед жінок (табл. 3.5).

Таблиця 3.5 – Смертність населення працездатного віку Чернівецької області, чоловіки і жінки, 2013, 2018 рр., на 100 тис. населення

Причина смерті	2013		2018		Зміни за 2013/ 2018, %	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Всі причини	557,64	124,05	528,23	113,09	-5,27	-8,84
Новоутворення	110,59	46,33	94,52	46,35	-14,53	+0,04
Цукровий діабет	5,7	1,1	4,4	2,0	-22,81	+81,82
Хвороби системи кровообігу, в т. ч.:	185,64	27,57	176,21	16,38	-5,08	-40,59
ІХС	144,0	19,9	133,3	9,6	-7,43	-51,76
Цереброваскулярні захворювання	27,6	5,0	28,2	4,4	+2,17	-12,0
Хвороби органів дихання	19,75	4,59	20,15	2,0	+2,03	-56,43
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	9,7	0,8	15,0	0,8	+54,64	0

*Джерело: дані Головного управління статистики у Чернівецькій області*

Серед сільського працездатного населення статистично значимо зменшилася смертність серед жінок від хвороб системи кровообігу (на 28,44%;  $\chi^2=6,18$ ;  $p=0,013$ ). Проте, серед причин смертності у 2,35 рази зросли ендокринні захворювання з 1,65 до 3,87 на 100 тис. ( $\chi^2=3,735$ ;  $p=0,054$ ).

У структурі смертності чоловіків лідирували хвороби системи кровообігу, травми та зовнішні причини, новоутворення. Серед причин смертності серед жінок працездатного віку переважали новоутворення. Статистичних відмінностей між рівнями та у структурі причин смертності між жінками за місцем проживання не виявлено. Проте, упродовж 2016-2017р. у порівнянні з 2013-2015 роками спостерігалось статистично достовірне зниження смертності

від основних НІЗ серед міських жінок, за рахунок новоутворень, менше - хвороб системи кровообігу; серед жінок, мешканців села достовірно зменшилася лише смертність від хвороб системи кровообігу, а від ендокринних захворювань зросла.

При порівнянні ймовірності померти у віці 30-69 років від чотирьох основних НІЗ в країнах світу виявляється, що в Україні цей показник є одним з найгірших у Європейському регіоні. В Україні ймовірність смерті від чотирьох основних неінфекційних захворювань населення віком від 30 до 70 років становить 28,3%, тобто ймовірність цього зростає до майже кожного третього. Румунія – 22,6. В Чернівецькій області 27,5%.

За нашими розрахунками, в результаті смерті від чотирьох основних НІЗ у інтервалі 30-69 років в Україні було втрачено 1572, 793 тис. людино-років, що склало майже 56% від втрат внаслідок всіх причин смерті у аналогічному віці (2 809,123 тис. людино-років). На кожен випадок смерті у інтервалі 30-69 років втрачається у середньому 10,3 року потенційного життя.

Як показали розрахунки, що базувалися на офіційній статистиці, лівова частина втрат зумовлена ССЗ та новоутвореннями, на дві інші патології припадала незначна частина (менше, ніж 1,5% ВПРЖ). Так, частки смертей від хронічних хвороб НДШ становили лише 2% смертей чоловіків та 0,8% смертей жінок у сумарній кількості всіх смертей внаслідок чотирьох основних НІЗ, а ЦД ще менше – 1,2% серед жінок та 0,6% у чоловіків. На нашу думку, це ілюструє не кращу ситуацію щодо цих хвороб, а скоріше рутинну практику визначення причиною смерті ССЗ, що і зумовлює разючу відмінність структури смертності в Україні порівняно з іншими країнами.

### **3.2 Характеристика захворюваності на основні неінфекційні захворювання та спричиненої ними первинної інвалідності**

За період 2013-2017 рр. рівні поширеності та захворюваності дорослого населення (18 років і старше) в Україні мали тенденцію до зниження. Так, у 2017 році показник поширеності захворювань (170634,5 на 100 тис. нас.) був нижчим на 7,41% у порівнянні з 2013 роком (зокрема, таких хвороб як новоутворення – на 2,66%; ендокринні хвороби - 0,39%; хвороби системи кровообігу – 8,98%; хвороби органів дихання - 4,5%). За той же період показник захворюваності (48212,2 на 100 тис.) – знизився на 9,35% (зокрема, на новоутворення – на 10,83%; ендокринні хвороби – 12,84%; хвороби системи кровообігу - 14,87%; хвороби органів дихання – 3,49%).

У Чернівецькій області також спостерігалось поступове зниження поширеності захворювань: поширеність усіх хвороб упродовж п'яти років (2013-2017 рр.) зменшилася на 2,29% і досягла 182226,2 на 100 тис. населення. В середньому темп зниження становив 0,60% на рік. Стосовно основних НІЗ зниження більшою мірою торкнулося поширеності хвороб органів дихання на 8,37% (середньорічне зменшення - 2,13%), рівень же хвороб системи кровообігу майже не змінився (-0,13%). Натомість поширеність злоякісних новоутворень зросла на 5,68% (+1,40%), хвороб ендокринної системи – на 13,19% (+3,15%).

Захворюваність на всі хвороби у 2017 році у порівнянні з 2013 роком знизилася на 8,46% (48829,5) (темп зниження у середньому на 2,15% щороку), зокрема за класами злоякісних новоутворень на 11,28% (-2,93%), хвороб ендокринної системи на 10,81% (-2,68%), хвороб системи кровообігу на 15,70% (-4,05%), хвороб органів дихання на 9,90% (-2,55%). Відмічено зниження рівнів захворюваності на гіпертонічну хворобу на 14,98% (-3,65%) та ішемічну хворобу серця на 15,40% (-3,98%); захворюваність на цукровий діабет була практично стабільною, середньорічне коливання становило (+0,18%). Одночасно спостерігалось збільшення рівня цереброваскулярних захворювань на 5,41% (+1,38%), захворюваності на інфаркт міокарду на 14,61% (+3,6%) та

інсульти на 32,89% (+7,68%). Виявлення злоякісних новоутворень при профілактичних оглядах зменшилося за період 2013-2018 рр. з 22,33% до 16,00%, середній темп зменшення 4,28% щороку.

Поширеність усіх хвороб серед працездатного населення Чернівецької області (166708,04 на 100 тис. відповідного населення) за період 2013-2017 рр. практично не змінилась (зменшилася на 0,54%, в середньому темп зниження становив 0,13% на рік). Проте, із 3-х класів основних НІЗ зниження торкнулося лише хвороб органів дихання – на 8,39% (-2,15%). Поширеність хвороб ендокринної системи (+4,05%) та хвороб системи кровообігу (+0,675%) рівномірно зростала, відповідно на 16,92% та 2,78%.

Захворюваність на всі хвороби працездатного населення (51106,39) за 2013-2017 рр. знизилася на 8,75% (темп зниження у середньому 2,25% щороку), зокрема, за класами хвороб ендокринної системи на 14,78% (-3,58%), хвороб системи кровообігу на 20,45% (-5,35%), хвороб органів дихання на 9,93% (-2,55%). Для працездатного населення було також характерне зниження захворюваності на ЦД на 3,61% (-0,60%), гіпертонічну хворобу на 21,32% (-5,48%), ІХС на 19,29% (-5,15%). У той час, коли захворюваність на цереброваскулярні захворювання зросла на 11,71% (+3,63%), на інфаркт міокарда – на 12,89% (+4,25%), на інсульти – на 30,41% (+23,43%).

Госпітальна захворюваність по Чернівецькій області була у 2017 році дещо більшою, ніж по Україні 22,47 проти 19,65 на 100 мешканців. У 2018 році відбулося зниження госпіталізованої захворюваності від хвороб по області на 25,5% до 17,06 на 100 мешканців: новоутворення з 1,41 до 1,11; ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин з 0,58 до 0,48; хвороби системи кровообігу з 5,62 до 4,06 та хвороби органів дихання з 2,07 до 1,59. Проте частка 4 основних класів НІЗ у загальному показнику залишилася стабільною – більше 42%.

Встановлено, що частка хвороб органів дихання у структурі первинної інвалідності у працездатному віці становить 3,75%, а його частка серед причин смертності – 3,48%. Водночас, хвороби системи кровообігу серед причин

первинного виходу на інвалідність та у смертності в працездатному віці становлять 25,03% та 30,26%, відповідно. Первинний вихід на інвалідність за причиною хвороб органів дихання зріс на 60% упродовж п'яти років (табл. 3.6). Отже, зважаючи на ці дані, актуальною є необхідність покращання виявлення основних НІЗ (у т.ч. поєднання хвороби органів дихання та хвороби системи кровообігу) серед населення

Таблиця 3.6 – Первинна інвалідність населення Чернівецької області за окремими причинами, обидві статі, 2013, 2018 рр., на 10 тис. населення

Причина смерті	2013	2018	Зміни за 2013/ 2018, %
Всі причини	41,2	42,8	+3,88
Новоутворення	6,1	7,4	+21,31
Цукровий діабет	2,0	1,7	-15,0
Хвороби системи кровообігу, в т. ч.:	10,3	10,5	+1,94
ІХС	4,8	5,7	+18,75
Цереброваскулярні Захворювання	3,3	2,9	-12,12
Хвороби органів дихання	1,0	1,6	+60,00

*Джерело: дані Головного управління статистики у Чернівецькій області*

### **3.3 Особливості формування поєднаної патології та роль своєчасної діагностики для зменшення тягаря НІЗ на прикладі ХОЗЛ та ІХС**

У більшості хворих ХОЗЛ асоціюється з суттєвими супутніми хронічними захворюваннями, що підвищує рівень смертності. На точність даних впливає гіподіагностика ХОЗЛ. Не зважаючи на те, що ХОЗЛ часто є причиною смерті, його нерідко вказують як додаткову причину, або взагалі не згадують [319].

Для виявлення особливостей поширення поєднаної патології та обґрунтування шляхів її попередження нами проведена характеристика медичної документації на 1747 хворих, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у пульмонологічному відділенні обласної клінічної лікарні у період 2013-2015 років. Відібрано матеріали на 1543 особи віком 18-69 років (середній вік  $46,13 \pm 10,64$  роки), а саме 53,14% чоловіків ( $45,06 \pm 11,94$ ) та 46,86% жінок

(47,34±9,06) (табл. 3.7). З діагнозом ХОЗЛ було 79,85%; з діагнозом БА – 20,16% від загальної кількості хворих з хронічними хворобами нижніх дихальних шляхів (НДШ).

Серед госпіталізованих переважали жителі районів області (80,62%). Кількість працюючих склала (22,55±1,06)%; непрацюючих (39,27±1,24)%; інвалідів (19,96±1,02)%; пенсіонерів (14,78±0,90)%; учнів та студентів (3,76±0,48)%. Із поєднанням захворювань, збільшувалася частота інвалідності. Так, серед хворих на БА з інвалідністю було (10,29±1,72) %; серед хворих на ХОЗЛ – (14,44±1,29) %; при ХОЗЛ+БА – (34,71±2,16) % ( $\chi^2=59,974$ ;  $p<0,001$ ).

Таблиця 3.7 – Розподіл госпіталізованих хворих за статтю, нозологіями та віком

Вікові групи	Чоловіки			Жінки		
	ХОЗЛ	БА	Всього	ХОЗЛ	БА	Всього
До 44	191	145	336	171	72	243
45-59	313	34	347	334	43	377
60-69	128	9	137	95	8	103
Всього	632	188	820	600	123	723

Серед працюючих чоловіків переважали робочі професії, пов'язані з пилом різного генезу (53%) та офісним пилом (16%). Медичні працівники склали 10%. Жінки у 15,2% випадків працювали з офісним та паперовим пилом (бухгалтери, бібліотекарі, працівники кадрів, листоноші і т. і.), 17,6% жінок були вчителями та 19,1% – медичними працівниками.

Частота поєднання хронічних хвороб НДШ з ІХС серед пацієнтів 30-69 років склала (47,13±1,37)%, від (29,38±3,42)%, серед хворих на БА до (57,12±1,84)% – на ХОЗЛ. Поширеність ІХС серед хворих на ХОЗЛ більша ніж серед хворих на БА ( $\chi^2=43,830$ ;  $p<0,001$ ), адже страждають на астму більш молоді люди. Хворі з хронічними хворобами НДШ із супутніх ССЗ найперше за віком мали АГ (n=86), середній вік 51 роки, ніж ІХС із АГ (n=306) – 53 роки

( $t=2,55$ ,  $p=0,011$ ); ІХС без АГ ( $n=319$ ) у більш старшому віці (55 років), ніж на тлі АГ ( $t=3,51$ ,  $p<0,001$ ) (табл.3.8).

За даними медичної документації хворі на БА та ХОЗЛ мали середній вік 44 роки, тоді коли середній вік хворих на ХОЗЛ був 52 роки ( $t=15,95$ ,  $p<0,001$ ). Середній вік супутніх хронічних хвороб верхніх дихальних шляхів (ВДШ) – 43 роки. Несвоєчасна діагностика ХОЗЛ звужує «вікно» для попередження ІХС від 10 до 3-х років (рис.3.2).

Таблиця 3.8 – Середній вік стаціонарних хворих за наявності основних НІЗ

Захворювання	Середній вік		
	Обидві статі	Чоловіки	Жінки
БА	35,19±12,69	31,94±12,45	40,17±11,24
БА+ХОЗЛ	44,03±8,95	41,23±10,21	45,88±7,55
ХОЗЛ	52,04±7,86*** <sup>1)</sup>	52,37±7,64	51,58±8,21
Хронічні ВДШ	42,56±12,07	40,81±13,20	44,89±10,13
АГ	51,29± 7,05	51,34± 7,48	51,24±6,60
АГ+ІХС	53,42±6,14*	53,30±6,55	53,55±5,70
ІХС	55,18±6,39***	55,99±6,40	54,26±6,22

\*АГ+ІХС у порівнянні з АГ ( $p<0,05$ ); \*\*\*ІХС у порівнянні з АГ+ІХС, ( $p<0,001$ );  
\*\*\*<sup>1)</sup>ХОЗЛ у порівнянні з БА+ХОЗЛ, ( $p<0,001$ ).

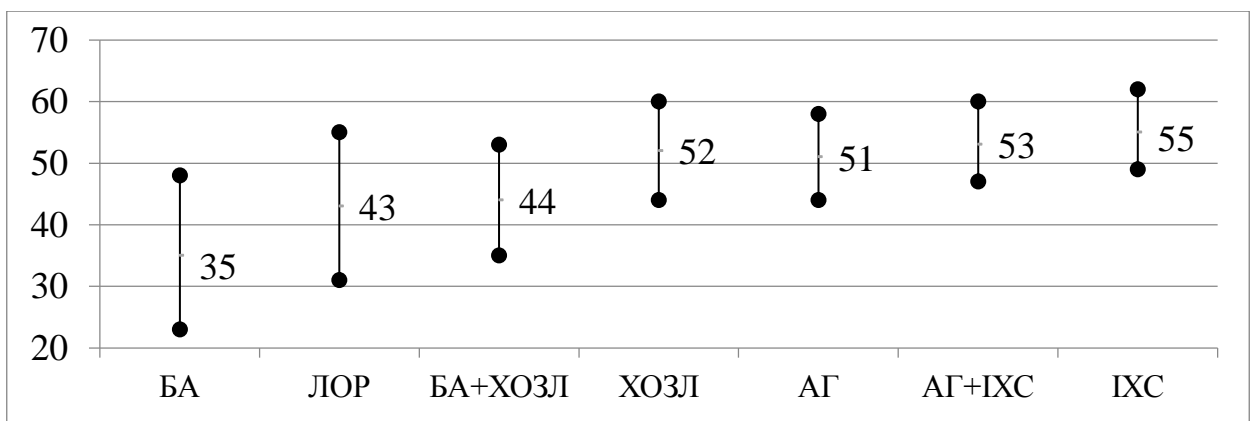


Рис. 3.2 Середній вік хворих на НІЗ та поєднані стани

Для визначення впливу куріння на виявлення поєднаної патології проведений аналіз медичної документації з вказаним статусом куріння ( $n=813$ ).



Всього серед госпіталізованих чоловіків було  $24,69 \pm 2,13\%$  курців, ще  $15,16 \pm 1,77\%$  госпіталізованих курили раніше, тобто 40% і більше (в основному середнього віку) в анамнезі захворювання мали шкідливий вплив. Жінки із захворюваннями (за повідомленнями у медичній документації) курили значно рідше, всього  $3,22 \pm 0,88\%$ , в анамнезі – до 5%.

Частота ІХС у групі 30-44 роки була  $15,96 \pm 2,51\%$ , у 45-59 років це вже  $56,02 \pm 2,46\%$  ( $\chi^2=91,948$ ;  $p<0,001$ ), а у 60-69 років –  $71,68 \pm 4,24\%$  ( $\chi^2=8,997$ ;  $p=0,003$ ). Серед хворих чоловіків на хронічні хвороби НДШ з поєднаною ІХС ймовірність бути курцем (у т.ч. колишнім) у 2,5 разів була вищою, ніж не курцем [OR 2,482 ( 95% CI) 1,653-3,728], при чому у молодому віці – у 3,3 рази [OR 3,310 ( 95% CI) 1,177-9,313], далі вплив куріння на приєднання ІХС зменшувався на тлі вікового фактору. Середній вік курців хворих на ХОЗЛ ( $52,86 \pm 7,16$  р.) і не курців ( $51,80 \pm 8,04$  р.) не відрізнявся ( $t=1,24$ ,  $p>0,05$ ), як і середній вік поєднання хронічних хвороб НДШ з ІХС у курців ( $55,03 \pm 5,97$  р.) і не курців ( $54,12 \pm 6,21$  р.).

Серед стаціонарних хворих на хронічні хвороби НДШ (чоловіків, незалежно від віку), які лікувалися у спеціалізованому відділенні, достовірно більше виявлено курців серед хворих на ХОЗЛ ( $29,83 \pm 3,40\%$ ), ніж у групі хворих на БА (10%) та БА+ХОЗЛ ( $13,08 \pm 3,26\%$ ), ( $\chi^2=10,461$ ;  $p=0,002$ ). Проте, серед осіб, які раніше курили достовірних відмінностей між групами захворювань не встановлено ( $14,93 \pm 2,10\%$ ).

Проведено опитування пацієнтів-чоловіків старше 40 років із застосуванням опитувальника для первинного скринінгу ХОЗЛ [313] в амбулаторних умовах. Рівень поширеності куріння ( $n=241$ ) склав ( $40,25 \pm 3,16\%$ ). Проте, перші діагностичні ознаки ХОЗЛ (скарги на кашель з виділенням мокротиння та задишку) у їх поєднанні виявлені після 45 років. Серед курців відсоток таких хворих ( $43,75 \pm 5,55\%$ ) був достовірно більшим ( $\chi^2=28,513$ ;  $p<0,001$ ), ніж у тих, хто не курил ( $10,83 \pm 2,84\%$ ). Серед чоловіків після 45 років ймовірність бути курцем при виникненні симптомів ХОЗЛ (табл. 3.9) була більш ніж у 6 разів вищою у порівнянні з такою для не курців [OR

6,402 (95% CI) 3,099-13,226]. Ізольовані скарги на кашель без виділення мокротиння або задишку достовірних відмінностей серед курців і тих, які не вживають тютюнових виробів не мали.

Таблиця 3.9 – Результати первинного скринінгу діагностичних ознак ХОЗЛ серед чоловіків старше 45 років з в залежності від статусу куріння

Групи пацієнтів старше 45 років	Є діагностичні ознаки ХОЗЛ	Нема	Всього
Курять	35	45	80
Не курять	13	107	120
Всього	48	152	200

Отже, при формуванні групи ризику щодо ХОЗЛ на рівні ПМСД необхідно враховувати вік пацієнтів та результати первинного скринінгу. Індикатором якості роботи зі своєчасної діагностики ХОЗЛ міг би стати відсоток пацієнтів з групи ризику старше 45 років (або молодшого віку за умови позитивного первинного скринінгу), яким було проведене спірометричне дослідження. Профілактичними заходами щодо ХОЗЛ є допомога в припиненні куріння [320]. Епідеміологічні дослідження свідчать про те, що на ХОЗЛ можуть хворіти люди, які не курять і ніколи не курили, а вік відображати сумарне накопичення впливу інших факторів упродовж життя людини. Побутові та професійні шкідливості, включаючи органічний та неорганічний пил, хімічні агенти та дим також є недооціненими факторами ризику ХОЗЛ [319, 327].

Згідно з існуючими стандартами надання ПМСД, такі пацієнти повинні виявлятися на первинній ланці та спостерігатися як групи підвищеного ризику щодо розвитку ХОЗЛ. Одночасно необхідно проводити визначення ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) шкала SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation), особливо у чоловіків старших за 40 років та у жінок старших за 50 років [321].

З метою вивчення зміни поведінки після виявленого НІЗ опитано 57 стаціонарних хворих, 40 (70,18%) чоловіків та 17 (29,82%) жінок, середній вік  $58,91 \pm 12,64$  роки; з вищою освітою – 17,54%; середньою та середньою спеціальною – 71,93%; неповною середньою – 10,53%. Після виявлення захворювання продовжували працювати 26,32% (з них 20,0% були з інвалідністю). Всього серед опитаних було 49,12% людей з інвалідністю (з них 89,29% III групи). Респонденти мали основні діагнози: ІХС (1,75%); хронічний бронхіт (3,51%); БА+ХОЗЛ (5,26%) та ХОЗЛ (89,47%). Супутню ІХС мали 63,16% хворих з них 55,56% ІХС з АГ. Середній вік хворих на ІХС складав  $65,17 \pm 11,28$  р.; без ІХС –  $48,19 \pm 7,34$  років. Цукровий діабет був у  $12,28 \pm 4,35\%$  хворих, середній вік  $58 \pm 7,14$  років; ожиріння -  $12,28 \pm 4,35\%$  хворих, з них більше 40% без діабету, середній вік  $56 \pm 12$ . Хворіли респонденти в середньому по  $13,70 \pm 8,28$  років. Основне захворювання ХОЗЛ виявлене у віці  $45,37 \pm 10,9$  років (з 34 до 56 років); у віці  $37,62 \pm 6,59$  років без ІХС та  $49,89 \pm 11,60$  з ІХС. Виявлені захворювання в основному при зверненні за медичною допомогою з хронічними скаргами – 63,16% або з приводу гострого захворювання (28,07%), лише одиничний випадок (1,75%) при профілактичному огляді.

Після виявлення захворювання лише 14,03% респондентів намагалися звертатися до лікаря з приводу контролю за станом здоров'я; основним приводом для візиту було погіршення самопочуття (75,44%), ще 21,05% зверталися, щоб отримати направлення на стаціонарне лікування. Кожний четвертий респондент (24,56%) користувався також послугами денного стаціонару. Перешкоди для звернень в медичний заклад відчували 42,11% хворих, в абсолютній більшості (95,83%) вони стосувалися фінансових витрат на лікування; 5,26% відмітили віддаленість медичного закладу, ще 1,75% незадоволеність лікарем за місцем проживання.

На думку респондентів, виникненню ХОЗЛ сприяло куріння: курили 47,37% опитаних (чоловіки – 62,50%), в середньому упродовж  $30,25 \pm 10,5$  по  $25,33 \pm 12,16$  сигарет на день, ще 7,02% піддавалися впливу вторинного тютюнового диму. Професійні шкідливі фактори відмітили 29,82% хворих (до

того ж більше третини з них курили (35,29%)); побутові – 12,28%. Часті простудні захворювання турбували третину (33,33%) опитаних, ще 26,32% хворих мали сімейний анамнез ХОЗЛ. На момент опитування оцінювали свій стан здоров'я як добрий 10,53% респондентів; посередній – 59,65%; поганий – 29,82%. Звернення до лікаря залежало від самопочуття. Цілком задоволеними стаціонарною допомогою були 71,93% хворих, роботою сімейного (дільничного) лікаря – 24,56%; задоволені в основному – 26,32% та 61,45% відповідно; незадоволеним в обслуговуванні на первинній ланці був один пацієнт (1,75%).

Джерелами отримання знань про охорону здоров'я були бесіди лікаря, про що повідомили 59,65% респондентів (42,5% відповідей); Інтернет – 33,33% (23,75%); статті в періодичних виданнях – 24,56% (17,5%); телепередачі 21,05% (15,0%); радіопередачі 1,75% (1,25%). Із 57 опитаних 66,67% хворих отримали рекомендації з корекції наявних ФР, ще 19,30% корегували ФР самостійно (за підтримки сім'ї), решта (14,04%) не займалися змінами способу життя.

Із тих, хто самостійно прийняв рішення щодо зміни поведінки (хоча вважали бесіди лікарів джерелом знань – 27,27% з них), усі курці (54,55%) кинули курити після появи захворювання, до того ж кожний третій з них покращив харчування, уникнув професійних ФР, дехто почав займатися фізичними вправами; із не курців на більш здорове харчування перейшли 40,00%, уникнули професійних ФР та зайнялися ФА – 20,00%; проте 40,00% не досягли успіху.

Із 38 респондентів, які отримали рекомендації з корекції способу життя, нічого у ньому не змінили близько 30% респондентів, 90,91% з них були консультовані одним медичним працівником. Найбільше змін у способі життя після виникнення захворювання виявилось у хворих, які отримували рекомендації від сімейного лікаря, терапевта та лікаря стаціонару. Так, із тих, хто успішно подолав шкідливу звичку або зменшив кількість сигарет, 38,89% були консультовані лікарем первинної ланки (сімейним або терапевтом) та лікарем ОКЛ; 33,33% самостійно прийняли рішення (кожний 3й за підтримки

сім'ї); 22,22% отримали консультацію лише лікаря ОКЛ та 11,11% лікаря-терапевта. Загалом із 25 чоловіків-курців 64,00% кинули курити; 12,00% зменшили кількість сигарет на день; 28,00% нічого у способі життя не змінили. Таким чином успішними були профілактичні втручання на первинному та спеціалізованому рівнях надання медичної допомоги за участі самого пацієнта та підтримки його сім'ї, а приводом такої зміни стало виявлене захворювання.

### Висновки до розділу 3.

1. За результатами аналізу слід відмітити погіршення демографічної ситуації в області, про що свідчить значне зниження народжуваності (на 37,0%) у порівнянні з смертністю (на 3,3%) упродовж 2013-2018 років, зростання від'ємного природного приросту від (-0,1) до (-3,1) та поступове зростання частки осіб старше 60-ти річного віку (на 1,5%).

2. Стандартизований рівень смертності населення Чернівецької області загалом був нижчим на 10% (949,23 на 100 тис.; 2019р.), ніж по Україні (1055,8 на 100 тис.), проте перевищив загальноукраїнський за причиною розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю – 5,7 (по Україні 2,3; 2018р.) та хвороб органів дихання - 27,0 (по Україні 25,7; 2019р.).

3. Виявлено, що у період 2013-2018 рр. серед чоловіків показник смертності був у 4,5 рази вищим, ніж серед жінок ( $p < 0,001$ ). зокрема, від хвороб системи кровообігу – у 7 разів; хвороб органів дихання – майже у 5 разів, онкологічних та ендокринних захворювань – більше, ніж вдвічі).

4. При порівнянні показників смертності за два укрупнених інтервали слід відмітити зменшення загального показника смертності у працездатному віці на 5,00%, зокрема, серед чоловіків на 3,8%, серед жінок на 12,9%. Проте смертність від хвороб органів дихання серед міських мешканців збільшилася на 28,6%, серед чоловіків на 31,3%.

5. У Чернівецькій області як і в Україні, упродовж п'яти років (2013-2017рр.), спостерігалось зниження первинної захворюваності на 8,5% (-2,2% щороку) та поширеності захворювань на 2,5% (-0,6%). Серед працездатного

населення (із 4-х класів основних НІЗ) зниження поширеності торкнулося лише хвороб органів дихання – на 8,4% (-2,2%); тоді як зниження захворюваності характерне для цукрового діабету на 3,6% (-0,6%), гіпертонічної хвороби на 21,3% (-5,5%), ішемічної хвороби серця на 19,3% (-5,3%). У той же час, коли захворюваність на інфаркт міокарда зросла на 12,9% (+4,3%), на інсульти – на 30,4% (+23,4%) при меншому зростанні на цереброваскулярні захворювання - 11,7% (+3,6%), що засвідчує пізню діагностику ССЗ.

6. В результаті аналізу виявлено значне зростання первинного виходу на інвалідність з причин хвороб органів дихання (на 60%) та зростання смертності серед міських мешканців працездатного віку майже на третину, що свідчить про необхідність детального аналізу даного класу захворювань. Зростання супроводжувалося збільшенням частоти виявлення хронічних бронхітів на 12% (+4,87%), ХОЗЛ - на 26,25% (+6,93%), бронхіальної астми – на 78,6% (+18,68%). Проте зменшення захворюваності хворобами ВДШ підтверджує той факт, що зменшилася частота звернень за медичною допомогою. До того ж зниження захворюваності на злоякісні новоутворення на 11,3% (-2,9%) та їх виявлення при профілактичних оглядах з 22,3% до 16,0%, (- 4,3%) за період 2013-2018 рр. підтверджує зменшення охоплення населення скринінговими методами обстеження.

7. Рівень поширеності ІХС на тлі хронічних хвороб НДШ серед пацієнтів 30-69 років склав 47,1%, від 29,4% серед хворих на БА до 57,1% - ХОЗЛ. Несвоєчасна діагностика ХОЗЛ звужує «вікно» для попередження ІХС від 10 до 3-х років. Третина хворих на ХОЗЛ чоловіків та більше 10% на БА продовжували курити після встановлення діагнозу, що сприяє поєднаному перебігу та перешкоджає встановленню контролю над захворюваннями.

8. При формуванні групи ризику щодо ХОЗЛ на рівні ПМСД необхідно враховувати вік пацієнтів та результати первинного скринінгу. Індикатором якості роботи зі своєчасної діагностики ХОЗЛ міг би стати відсоток пацієнтів з групи ризику старше 45 років (або молодшого віку за умови позитивного первинного скринінгу), яким було проведене спірометричне дослідження.

Встановлено високу поширеність захворювань ВДШ (42,6%) (особливо з алергічними проявами), які супроводжували БА та ХОЗЛ, що також важливо враховувати для своєчасної діагностики.

9. Несвоєчасна діагностика ХОЗЛ звужує «вікно» для попередження ІХС від 10 до 3-х років. Рання діагностика ХОЗЛ сприяє розширенню цього періоду для профілактичних втручань щодо можливого супутнього захворювання та мотивує пацієнта до поведінкових змін.

Матеріали розділу висвітлені у наступних наукових працях:

1. Власик ЛЙ, Ступницька ГЯ, Сухолотюк АЛ. Особливості організації надання первинної медико-санітарної допомоги хворим на хронічне обструктивне захворювання легень у поєднанні з ішемічною хворобою серця. *Wiadomosci Lekarskie*. 2017;70(3, cz I):466-9. [326].

2. Власик ЛІ, Власик ЛЙ. Шляхи реалізації в Україні ініціатив ВООЗ щодо профілактики неінфекційних захворювань обумовлених забрудненням повітря. Актуальні проблеми транспортної медицини: навколишнє середовище; професійне здоров'я; патологія. 2017;1(47):41-51.[327]

3. Рингач НО, Власик ЛЙ, Власик ЛІ. Інструмент ВООЗ STEPS для епідеміологічного моніторингу факторів ризику неінфекційних захворювань: еволюція основних етапів та підходи до реалізації в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2017;3(44):190-5.[328]

4. Рингач Н.О., Власик Л.Й. Burden of premature mortality caused by four main non-communicable diseases in Ukraine. *Wiadomości Lekarskie*. 2018;71(3,cz II): 728-32.[329].

5. Власик ЛЙ, Сухолотюк АЛ, Христич ТМ. Підвищення дієвості профілактичних втручань з контролю маси тіла у рамках профілактики неінфекційних захворювань. Єдине здоров'я та проблеми харчування України. 2019;1:19-27. [330].

## РОЗДІЛ 4

### ПОШИРЕНІСТЬ ПОВЕДІНКОВИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НІЗ ТА ДОСВІД ЗВЕРНЕНЬ ЗА МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ЕКОНОМІЧНО АКТИВНОГО НАСЕЛЕННЯ

До основних поведінкових факторів ризику (ФР) НІЗ, за визначенням ВООЗ, відносяться нездорове харчування, недостатня фізична активність (ФА), куріння та зловживання алкоголем. Нами вивчена поширеність недостатнього споживання фруктів та овочів, риби, нежирних сортів м'яса, не обмеження солоного, солодкого та жирів у продуктах харчування; а також не виконання щоденної фізичної зарядки, відсутність регулярних занять фізичними вправами, наявність додаткових видів рухової активності; статус куріння та споживання алкоголю. Для вивчення медичного досвіду з'ясовано, упродовж якого терміну респонденти останній раз відвідували сімейного лікаря (дільничного терапевта). Детальний аналіз звернень за медичною допомогою (рівень, місце отримання лікувально-профілактичної допомоги, фах лікаря, фінансова доступність) проведено на основі повідомлень у групах «ринок» та «ярмарок1» (n=908) за статтю, рівнем освіти, самооцінкою самопочуття респондентів, а також наявністю або відсутністю основних поведінкових ФР та основних НІЗ.

#### **4.1 Характеристика харчування та рухової активності респондентів**

Аналіз суб'єктивної оцінки харчування показав, що серед ЕАН не споживали достатню кількість фруктів ( $53,79 \pm 1,46$ )% осіб, частіше чоловіки, ніж жінки ( $p < 0,001$ ) (рис.4.1); достатню кількість овочів (крім картоплі) ( $41,82 \pm 1,45$ )% респондентів, частіше чоловіки ( $47,10 \pm 2,06$ )%, ніж жінки ( $36,46 \pm 2,01$ )% ( $\chi^2 = 13,517$ ;  $p < 0,001$ ); частіше зайняті на ринку ( $46,29 \pm 1,98$ )%, ніж у групі «ярмарок» ( $36,48 \pm 2,09$ )% ( $\chi^2 = 11,383$ ;  $p < 0,001$ ).

Серед усіх респондентів ( $71,00 \pm 1,33$ )% не обмежували солоні та копчені продукти, частіше чоловіки ( $76,11 \pm 1,76$ )%, ніж жінки ( $65,80 \pm 1,98$ )% ( $\chi^2 = 14,997$ ;  $p < 0,001$ ) (рис. 4.2).



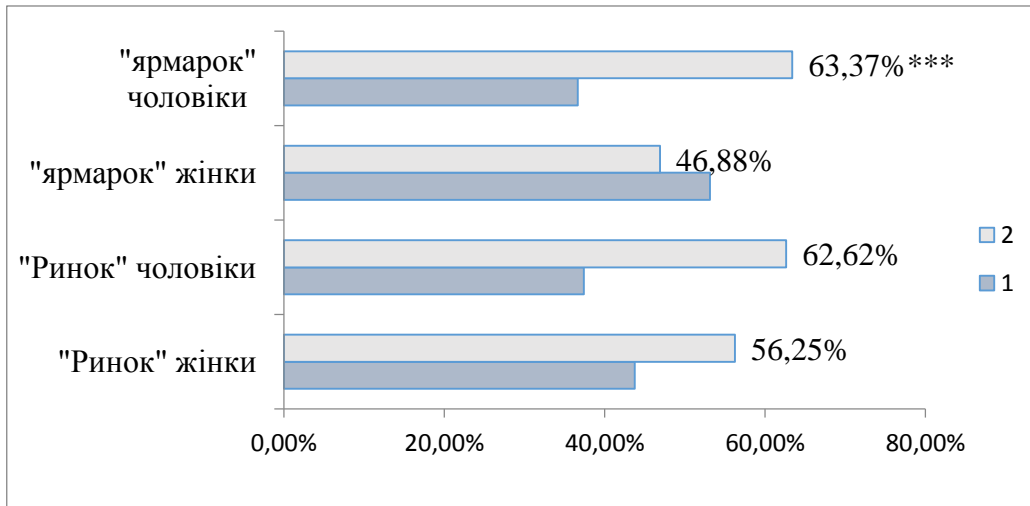


Рис. 4.1 Частота відповідей щодо споживання недостатньої кількості фруктів (2) у групах дослідження за статтю

\*\*\* чоловіки «ярмарок» у порівнянні жінки «ярмарок» ( $\chi^2=14,547$ ;  $p<0,001$ ).

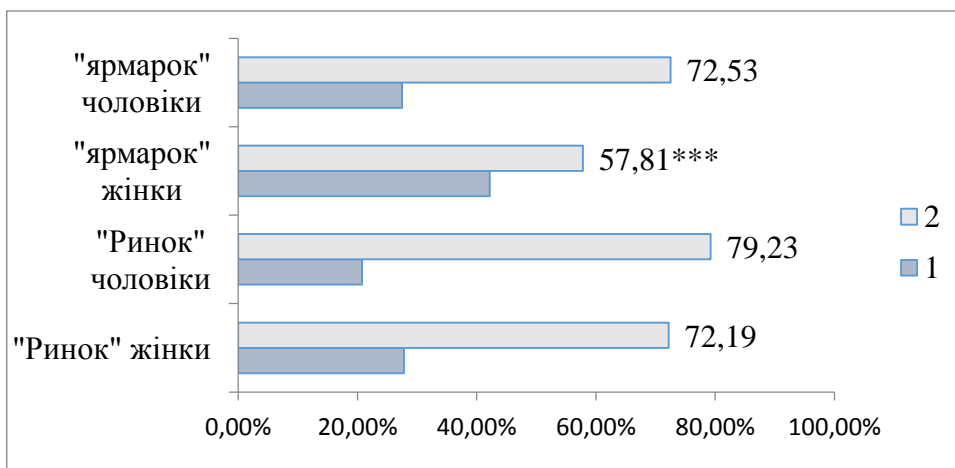


Рис. 4.2 Частота відповідей щодо відсутності обмежень солі та солоних продуктів харчування (2) у групах дослідження за статтю (%)

\*\*\* жінки групи «ярмарок» у порівнянні чоловіки «ярмарок» ( $\chi^2=12,643$ ;  $p<0,001$ ) та жінки «ринок» ( $\chi^2=13,059$ ;  $p<0,001$ ).

Деталізація характеру харчування за складом продуктів на перших двох етапах (досліджувані групи «ринок» та «ярмарок1») показала, що ( $77,97\pm 1,38$ )% респондентів недостатньо споживали рибу. Серед чоловіків «ярмарок1» частка тих, хто про це повідомляв, була найбільшою (рис.4.3).

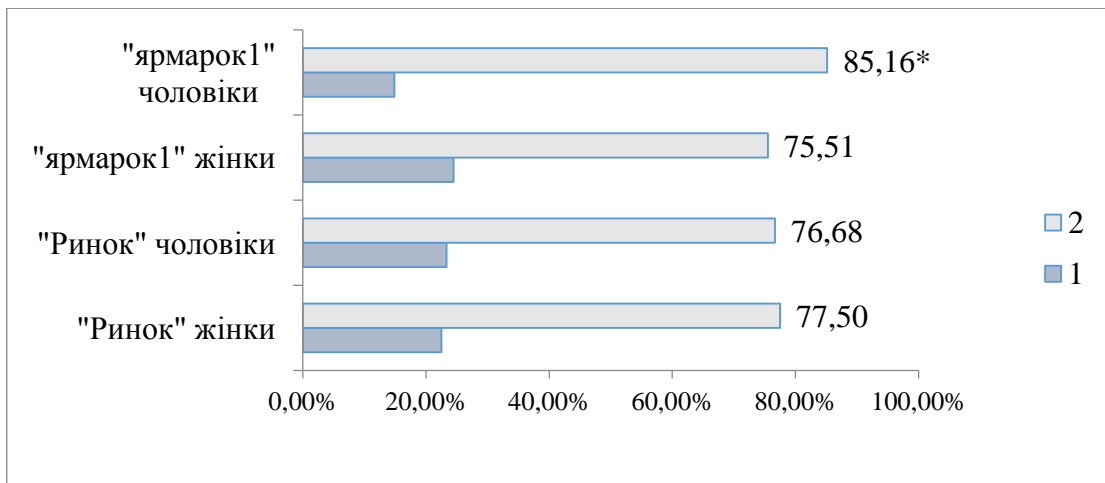


Рис. 4.3 Частота відповідей щодо споживання недостатньої кількості риби (2) у групах дослідження за статтю (%)

\*чоловіки «ярмарок1» у порівнянні чоловіки групи «ринок» ( $\chi^2=3,956$ ;  $p=0,047$ ) та жінки «ярмарок1» ( $\chi^2=3,979$ ;  $p=0,047$ ).

Споживання недостатньої кількості нежирних сортів м'яса відмітили (65,82±2,86)% респондентів «ярмарок1» та (57,03±1,97)% групи «ринок», проте останні у 71,32% випадків не обмежували тваринні жири. Загалом, не використовували достатньо рослинної олії у приготуванні страв та не обмежували тваринні жири (75,88±1,42)% респондентів (рис.4.4).

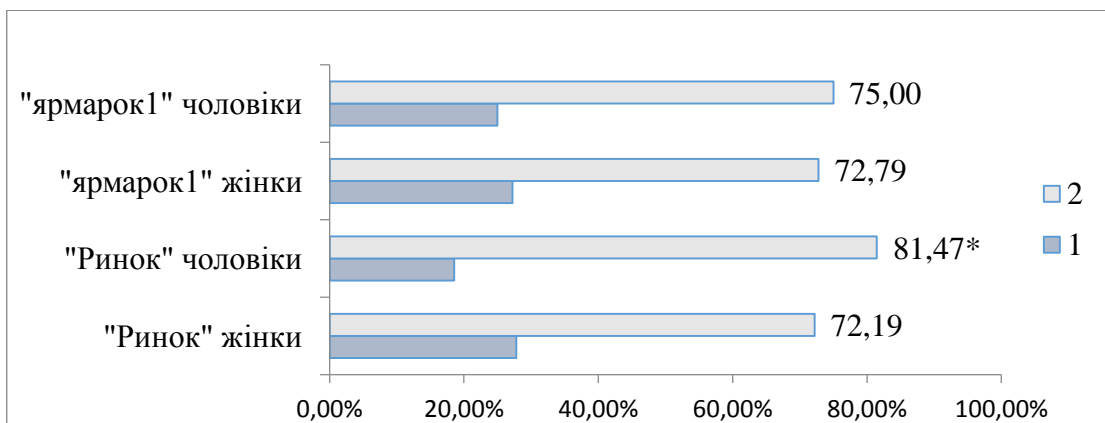


Рис. 4.4 Частота відповідей щодо не обмеження тваринних жирів (2) у продуктах харчування у групах дослідження за статтю (%)

\*\*чоловіки «ринок» у порівнянні з жінки «ринок»  $\chi^2=7,646$ ;  $p=0,006$ ).

За результатами опитування (15,30±1,58)% респондентів дотримувалися в харчуванні посту. Дві третини із зайнятих на ринку не обмежували смажене –

(70,57±1,84)%, проте, фаст-фуд вживали лише (17,24±1,52)% респондентів. Зайняті на ринку, незалежно від статі, значно частіше не обмежували солодкі продукти (80,34±3,67)%, ніж респонденти «ярмарок2» (59,06±3,09)%, ( $\chi^2=16,122$ ;  $p<0,001$ ). Не обмеження солі зменшувалося з віком: (74,33±1,84)% у молодому віці та (68,01±2,50)% у середньому віці ( $\chi^2=4,240$ ;  $p=0,040$ ). Відмінності між харчовими звичками чоловіків та жінок серед зайнятих на ринку виявлені лише в обмеженні тваринних жирів; серед відвідувачів ярмарки – у споживанні фруктів, овочів, риби та в обмеженні солоного та солодкого.

Щоденну фізичну зарядку не виконували (84,98±1,01)% респондентів, частіше у групі «ринок» (88,15±1,28)%, ніж у групі «інші категорії» (81,74±1,55)%, ( $\chi^2=10,067$ ;  $p=0,002$ ) (рис.4.5). Регулярними фізичними вправами 4-5 разів на тиждень тривалістю не менше 30 хвилин займалися лише (10,86±0,88)% респондентів, (12,87±1,35)% чоловіків та (8,93±1,13)% жінок, ( $\chi^2=4,997$ ;  $p=0,026$ ).

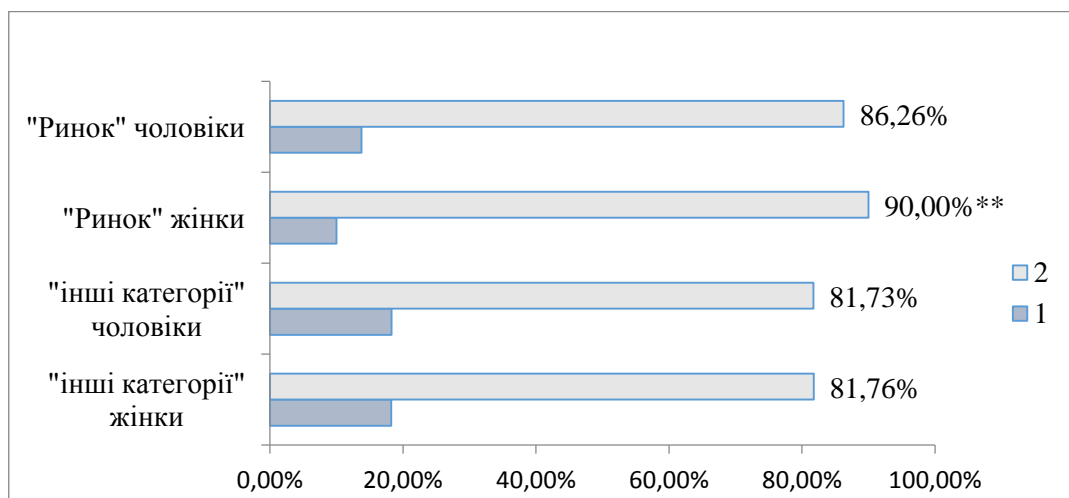


Рис. 4.5 Частота відповідей про не виконання щоденної фізичної зарядки (2) у групах дослідження, за статтю (%)

\*\*Жінки, зайняті на ринку, до жінки «інших категорій» ( $\chi^2=8,936$ ;  $p=0,003$ ).

Заняття фізичними вправами 2-3 рази на тиждень мали (12,94±0,95)% опитаних, без достовірної різниці за статтю, проте, із значними відмінностями між групами, зокрема, у групі «ринок» (8,69±1,12)%, «інші категорії»

(17,29±1,52)%, ( $\chi^2=20,534$ ;  $p<0,001$ ). Заняття 1-2 рази на тиждень відвідували (10,46±0,86)% респондентів, у групі «ринок» (7,58±1,05)%, у групі «інші категорії» (13,41±1,37)%, ( $\chi^2=11,338$ ;  $p<0,001$ ).

Респонденти віком молодше 25 років більше уваги приділяли заняттям 4-5 разів на тиждень (18,24±3,17)%, ніж віком від 25 до 45 років (11,58±1,29)% ( $\chi^2=4,714$ ;  $p=0,030$ ), що загалом становило (12,88±1,21)%, і переважало показник серед осіб старших 45 років – (7,74±1,21)%, ( $\chi^2=8,138$ ;  $p=0,005$ ). Відмінність частоти занять 2-3 рази на тиждень серед осіб різного віку була менше вираженою, а саме (14,59±1,28)% (до 44 років) та (10,39±1,38)% після 45 років ( $\chi^2=4,671$ ;  $p=0,031$ ). Найбільша відмінність спостерігалася щодо виконання щоденної фізичної зарядки: серед осіб до 44 років – (10,78±1,12)%; у віковій групі старше 45 років – (21,59±1,86)%, ( $\chi^2=27,346$ ;  $p<0,001$ ). Особи віком 25-44 роки, зайняті на ринку, значно рідше робили фізичну зарядку ( $p<0,01$ ), рідше займалися фізичними вправами 2-3 рази на тиждень ( $p<0,001$ ) та 1-2 рази на тиждень ( $p<0,05$ ), ніж їхні однолітки, не зайняті на ринку.

Свою професійну діяльність пов'язували з фізичним навантаженням (31,17±1,54)% респондентів, більше у групі «ринок» (35,55±1,90)%, ніж «ярмарок1» (21,09±2,46)%, ( $\chi^2=18,670$ ;  $p<0,001$ ). Для чоловіків групи «ринок» фізична робота була більш звичною (39,94±2,77)%, ніж для жінок «ринок» (31,25±2,59)%, ( $\chi^2=5,211$ ;  $p=0,023$ ) та респондентів групи «ярмарок1» ( $\chi^2=14,280$ ;  $p<0,001$ ).

Про професійну діяльність з фізичним навантаженням повідомило значно більше молодих чоловіків групи «ринок» (44,75±3,70)%, ніж групи «ярмарок1» (19,30±5,23)%, ( $\chi^2=11,843$ ;  $p<0,001$ ). Чоловіки групи «ярмарок1» та «службовці» у середньому віці частіше практикували достатню ходьбу пішки, ніж зайняті на ринку (58,33% проти 35,00%), ( $\chi^2=5,540$ ;  $p=0,019$ ).

Загалом, про достатню ходьбу пішки, повідомили (44,99±1,57)% респондентів, менше із групи «ринок» (42,02±1,96)%, ніж із групи «ярмарок1»+«службовці» (50,14±2,62)%, ( $\chi^2=6,160$ ;  $p=0,014$ ), без різниці за статтю. Працювали сезонно на присадибних ділянках (30,96±1,46)%

респондентів, чоловіки рідше ( $27,08 \pm 2,05$ )%, ніж жінки ( $34,40 \pm 2,07$ )%, ( $\chi^2=6,241$ ;  $p=0,013$ ), зокрема, у групі «ярмарок1» та «службовці» ( $32,54\%$  проти  $21,79\%$ ), ( $\chi^2=5,118$ ;  $p=0,024$ ).

Вільний час на свіжому повітрі проводили ( $52,20 \pm 1,66$ )% респондентів, а саме, у групі «ринок» - ( $47,08 \pm 1,98$ )%, у групі «ярмарок1» - ( $64,00 \pm 2,89$ )%, ( $\chi^2=22,003$ ;  $p<0,001$ ). Найменше у вихідні відпочивали жінки, зайняті на ринку ( $43,13\%$ ) у порівнянні з чоловіками «ринок» ( $51,12\%$ ), ( $\chi^2=4,058$ ;  $p=0,044$ ) та жінками з інших категорій ( $67,35\%$ ), ( $\chi^2=23,644$ ;  $p<0,001$ ).

Багато часу поза основною діяльністю займала робота по господарству (в т.ч. «хатня»), про що відмітили ( $47,47 \pm 1,66$ )% респондентів: із групи «ринок» - ( $51,82 \pm 1,99$ )%, із групи «ярмарок1» - ( $37,45 \pm 2,92$ )% ( $\chi^2=15,859$ ;  $p<0,001$ ); загалом, ( $34,92 \pm 2,27$ )% чоловіків та ( $59,31 \pm 2,27$ )% жінок ( $\chi^2=54,127$ ;  $p<0,001$ ). Основна відмінність за статтю спостерігалася у групі «ринок» ( $\chi^2=56,361$ ;  $p<0,001$ ) та жінками групи «ринок» ( $66,56\%$ ) та «ярмарок1» ( $43,54\%$ ) ( $\chi^2=22,129$ ;  $p<0,001$ ). Чоловіки, які проживали в районах області та були зайняті на ринку, частіше повідомляли про роботу по господарству ( $50,82 \pm 6,40$ )%, ніж міські мешканці ( $33,33 \pm 2,97$ )%, ( $\chi^2=6,461$ ;  $p=0,012$ ), проте, рідше, ніж жінки з сільської місцевості ( $68,85 \pm 5,93$ )%, ( $\chi^2=4,127$ ;  $p=0,043$ ).

Серед жінок у віці 25-44 р. знайдені певні відмінності щодо проведення вільного часу, зокрема на свіжому повітрі відпочивали частіше респондентки групи «ярмарок1»  $72,73\%$ , ніж групи ринок  $39,72\%$ , ( $\chi^2=17,254$ ;  $p<0,001$ ). Серед респонденток віком 45-59 р. зберігалася ця відмінність ( $63,41\%$  проти  $41,18\%$ ), ( $\chi^2=6,056$ ;  $p<0,05$ ) та прослідковувалася більша частота роботи по господарству у вихідні дні жінок групи «ринок», ніж групи «ярмарок1» ( $68,91\%$  проти  $41,46\%$ ), ( $\chi^2=9,736$ ;  $p=0,002$ ).

У вихідні дні респонденти працювали за комп'ютером, про що повідомило ( $14,21 \pm 1,16$ )%, з них ( $20,41 \pm 1,92$ )% чоловіків та значно менше жінок ( $8,35 \pm 1,28$ )% ( $\chi^2=27,52$ ;  $p<0,001$ ). Знайдені відмінності в цілому між групами «ринок» ( $11,53 \pm 1,27$ )% та «ярмарок1» ( $20,36 \pm 2,43$ )%, ( $\chi^2=12,267$ ;  $p<0,001$ ).

Просто «сиділи» в мережі Інтернет (26,21±1,46)% респондентів, більше чоловіків (31,29±2,21)%, ніж жінок (21,41±1,90)%, ( $\chi^2=11,446$ ;  $p<0,001$ ).

Переглядали у вільний час телепередачі (27,20±1,48)% респондентів, частіше у групі «ринок» (30,65±1,83)%, ніж у групі «ярмарок1» (19,27±2,38)%, ( $\chi^2=12,526$ ;  $p<0,001$ ). Читали книги (18,94±1,30)% респондентів, (15,87±1,74)% чоловіків та (21,84±1,91)% жінок ( $\chi^2=5,262$ ;  $p=0,022$ ). Просто відсипалися на вихідних (18,06±1,28)% респондентів, (21,54±1,96)% чоловіків та (14,78±1,64)% жінок ( $\chi^2=7,018$ ;  $p=0,009$ ).

#### **4.2 Поширеність тютюнокуріння серед економічно активного населення та характеристика вживання алкоголю**

На основі отриманих у дослідженні даних розраховано показник поширеності тютюнокуріння серед респондентів (куріння у теперішній час, щоденно або рідше, ніж щодня), який склав (27,88±1,27)%, зокрема, (35,99±1,94)% серед чоловіків та (20,06±1,59)% серед жінок ( $\chi^2=39,496$ ;  $p<0,001$ ). Рівень поширеності куріння серед жінок групи «ринок» був загалом вищим (25,00±2,42)%, ніж серед жінок «інші категорії» (15,09±2,01)% (рис.4.6). Статистично достовірні відмінності виявлено за рівнем освіти, а саме, жінки з середньою та середньо-спеціальною освітою курили частіше (23,71±2,49)%, ніж із вищою освітою (17,00±2,02)%, ( $\chi^2=4,441$ ;  $p=0,036$ ). До того ж, жінки, зайняті на ринку, із сільської місцевості, рідше мали шкідливу звичку (13,11±4,32)%, ніж жінки, які мешкали у місті (27,73±2,80)%, ( $\chi^2=3,841$ ;  $p=0,018$ ). Раніше курили (17,81±1,08)% респондентів, (24,43±1,73)% чоловіків та (11,44±1,2)% жінок ( $\chi^2=36,054$ ;  $p<0,001$ ); більше у групі «ринок» (20,06±1,59)%, ніж у групі «інші категорії» (15,51±1,46)%, ( $\chi^2=4,731$ ;  $p=0,030$ ). Рівень припинення куріння (частота тих, хто припинив курити серед колишніх та теперішніх курців) склав (38,99±2,04)%; серед чоловіків – (40,43±2,55)%, серед жінок – (36,32±3,39)%. Найвищий відсоток припинення куріння був серед чоловіків, зайнятих на ринку (46,1%), найменший у жінок «ринок» (32,8%), ( $\chi^2=36,835$ ;  $p<0,001$ ).

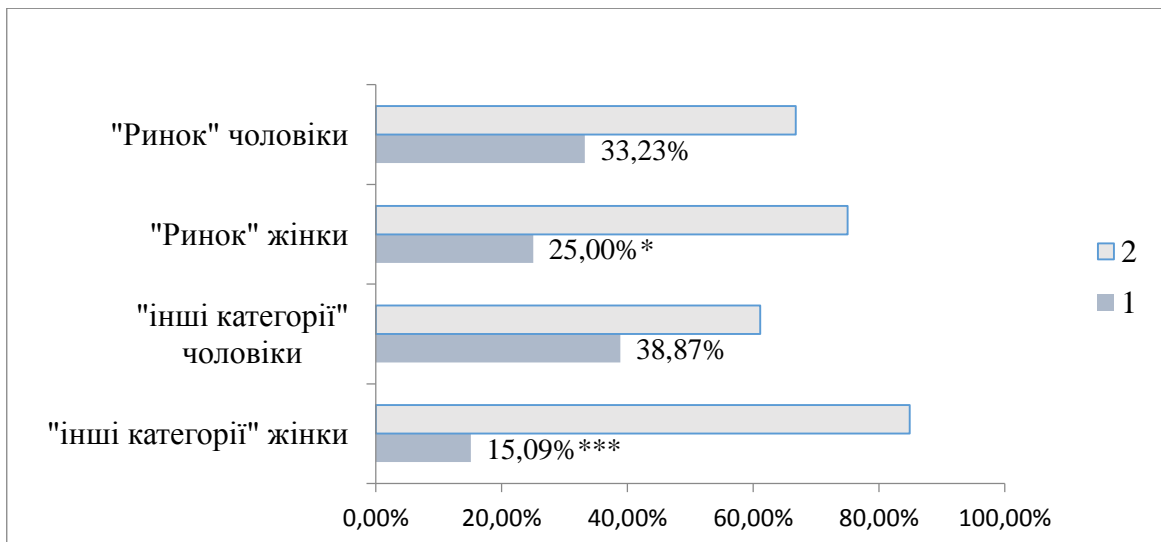


Рис. 4.6 Поширеність куріння серед респондентів у групах дослідження за статтю (%)

\*жінки, зайняті на ринку у порівнянні чоловіки «ринок» ( $\chi^2=5,194$ ;  $p=0,023$ );

\*\*\*жінки «інші категорії» у порівнянні чоловіки «інші категорії» ( $\chi^2=44,712$ ;  $p<0,001$ ) та жінки «ринок» ( $\chi^2=9,759$ ;  $p=0,002$ ).

Зазнавали пасивного куріння (із тих, хто сам не курил) ( $30,75\pm 1,30$ )% респондентів, ( $27,04\pm 1,79$ )% чоловіків та ( $34,33\pm 1,88$ )% жінок ( $\chi^2=7,809$   $p=0,006$ ). Перебували під впливом тютюнового диму загалом (разом з активними курцями) ( $58,63\pm 1,39$ )% респондентів, ( $63,03\pm 1,95$ )% чоловіків та ( $54,39\pm 1,97$ )% жінок ( $\chi^2=9,631$ ;  $p=0,002$ ); жінок, зайнятих на ринку, - ( $65,63\pm 2,66$ )%, із групи «інші категорії» - ( $43,08\pm 2,78$ )% ( $\chi^2=32,674$ ;  $p<0,001$ ). Рівень пасивного куріння (пасивне куріння серед усіх, хто зазнавав впливу) склав ( $52,45\pm 1,84$ )%; серед чоловіків – ( $42,89\pm 2,52$ )%, серед жінок – ( $63,11\pm 2,59$ )% ( $\chi^2=29,988$ ;  $p<0,001$ ). Серед зайнятих на ринку рівень пасивного куріння був вищим ( $55,34\pm 2,45$ )%, ніж у групі «інші категорії» ( $48,76\pm 2,79$ )% з ймовірністю похибки 7,7% ( $\chi^2=3,140$ ;  $p=0,077$ ).

Респонденти, які курили самі, і ще хтось курил поряд (тобто курили в компанії) становили ( $61,32\pm 2,61$ )% усіх активних курців, різниця за статтю (із ймовірністю похибки дещо більше 5%): чоловіки-курці – ( $57,47\pm 3,33$ )%, жінки-курці – ( $67,97\pm 4,12$ )% ( $\chi^2=3,769$ ;  $p=0,053$ ). Курили в гурті частіше зайняті на ринку ( $66,30\pm 3,48$ )%, ніж у групі «інші категорії» ( $55,76\pm 3,87$ )% ( $\chi^2=4,080$ ;  $p=0,044$ ) (рис.4.23). Жінки, загалом, надавали перевагу курінню у компанії

(67,97±4,12)%, серед чоловіків такі переважали серед зайнятих на ринку (64,42±4,69)%.

Інтенсивність куріння проаналізована серед респондентів-курців (теперішніх та колишніх), які повідомили про кількість сигарет та тривалість шкідливої звички (n=418). Індекс курця рівний або більший 200 був у (39,00±2,39)% курців; (48,18±3,02)% серед чоловіків та (21,53±3,43)% серед жінок. Індекс курця у середньому становив 173,34±5,55; серед чоловіків-курців – 195,94±7,05; серед жінок – 130,33±7,78 (t=4,16; p<0,001). Жінки з вищою освітою мали у середньому дещо менший індекс курця (115,00±11,25), ніж жінки без вищої освіти (145,67±10,44), (t=2,00; p=0,048), а жінки «інші категорії» (93,9±10,4), ніж жінки «ринок» (154,2±10,1), (t=4,16; p<0,001).

Відсоток тих, хто викурював 20 і більше сигарет на день, становив (37,56±2,37)%; серед чоловіків – (46,35±3,0)%; серед жінок – (20,83±3,38)% ( $\chi^2=26,207$ ; p<0,001). Серед чоловіків-курців без вищої освіти таких було (50,39±4,40)% проти (41,74±4,60)% серед осіб з вищою освітою ( $\chi^2=13,500$ ; p<0,001). Середній показник пачко-років для тих, хто викурював 20 і більше сигарет на день становив 22,01±1,14, без статистично достовірної різниці за статтю. Загалом (13,16±1,65)% респондентів-курців можна було віднести до групи високого ризику на захворювання раком легень (11,24±1,54% за показником пачко-років 30) та 1,91±0,67% - за 20 пачко-років + вік).

Розподіл чоловіків та жінок за статусом куріння та місцем зайнятості представлений у додатку В-1 – В-4. Аналіз показників за віковою структурою показав, що серед молодих респондентів (25-44 роки) (n=605) курили (31,57±1,89)%; серед чоловіків – (38,41±2,74)%, серед жінок, зайнятих на ринку – (31,21±3,90)%, зайнятих на інших об'єктах – (17,45±3,11)% (додаток В-5; В-6). Статистично достовірної різниці між чоловічим (37,02±3,59)% та жіночим курінням (31,21±3,90)% серед молодих на ринку не виявлено. Серед чоловіків групи «ринок» 45-59 років (починаючи із 40 річного віку) рідше зустрічалися курці (26,25±4,92)%, ніж серед чоловіків інших категорій (42,53±5,30)% ( $\chi^2=4,872$ ; p=0,028) та в 2 рази частіше зустрічалися ті, хто курило раніше:



(40,00±5,48)% проти (19,54±4,25)% ( $\chi^2=8,415$ ;  $p=0,004$ ). Ймовірність жіночого куріння серед тих, хто часто вживав алкоголь, була вищою у 4 рази (ВШ (OR) 3,717 95%ДІ (CI) [2,369-5,829]).

За результатами порівняння відповідей респондентів-курців та респондентів, які курили раніше щодо середньої кількості сигарет, які вони викурюють (викурювали), то між першими (15,93±0,64 для чоловіків, 10,59±0,67 для жінок) та другими (17,46±1,31 для чоловіків, 11,90±1,84 для жінок) статистично достовірних відмінностей не виявлено, проте стаж куріння відрізнявся, а саме, чоловіки припинили курити при середній тривалості 12,80±1,10 років проти стажу нинішніх курців у 15,22±0,70 років ( $t=1,86$   $p=0,064$ ); жінки - 10,22±1,27 проти 13,84±0,96 років нинішнього статусу ( $t=2,27$ ,  $p=0,024$ ).

На питання «Що могло б допомогти (допомогло) позбутися шкідливої звички?» найчастішою стала відповідь «сила волі» (73,01±2,95)%. Наступні позиції посідали «сім'я» (23,45±2,82)% та «хвороба» (16,81±2,49)%. Значно рідше зустрічалися відповіді «прийом медикаментів» (4,87±1,43)%, «підтримка друзів» (4,42±1,37)%, «вартість тютюнових виробів» (3,98±1,30)% та «поради лікаря» (2,65±1,07)%. Із 226 респондентів групи «ринок», які відповіли на запитання, 56,64% були активними курцями та 43,36% – тими, хто курил раніше (додаток В-7). Чоловіки більшого значення надавали сім'ї (28,47±3,74)%, ніж жінки (14,63±3,90)% ( $\chi^2=5,573$ ;  $p<0,001$ ). Однак, саме сім'я допомогла у припиненні шкідливої звички кожній п'ятій жінці, яка повідомляла, що кинула курити. Разом з тим, для жінок-курців жодного значення не мала висока вартість сигарет, також вони не розглядали поради лікаря як вагомий варіант допомоги у припиненні куріння.

Повідомили, що вживали алкогольні напої (79,15±1,15)% респондентів; (81,43±1,57)% чоловіків та (76,96±1,67)% жінок. Серед зайнятих на ринку вживали алкоголь (82,94±1,50)%, серед інших категорій – (75,28±1,73)% ( $\chi^2=11,116$ ;  $p<0,001$ ); серед чоловіків – (84,98±2,02)% проти (77,74±2,40)% ( $\chi^2=5,324$ ;  $p=0,022$ ); серед жінок – (80,94±2,20)% проти (72,96±2,49)% ( $\chi^2=5,730$ ;

$p=0,017$ ). Проте, якщо брати до уваги вживання з частотою від «щодня» до «1-2 рази на тиждень», частка була значно меншою –  $(35,34\pm 1,93)\%$  чоловіків та  $(16,77\pm 1,48)\%$  жінок ( $\chi^2=56,255$ ;  $p<0,001$ ). Чоловіки, зайняті на ринку, частіше повідомляли про вживання алкогольних напоїв упродовж тижня  $(39,30\pm 2,76)\%$ , ніж чоловіки інших категорій  $(31,23\pm 2,67)\%$  ( $\chi^2=4,371$ ;  $p=0,037$ ), в основному за рахунок групи середнього віку (45-59 р.)  $(46,25\%$  проти  $29,89\%$ ), ( $\chi^2=4,751$ ;  $p=0,030$ ). Серед жінок статистично достовірних відмінностей не виявлено.

Виявлено взаємозв'язок вживання алкоголю і тютюнокуріння серед респонденток: незалежно від виду зайнятості, жінки, які курили, частіше вживали алкогольні напої –  $(34,38\pm 4,20)\%$  проти  $(12,35\pm 1,46)\%$  ( $\chi^2=35,550$ ;  $p<0,001$ ). Статус куріння чоловіків, зайнятих на ринку, на вживання алкоголю не впливав. Серед чоловіків інших категорій, які не курили, рідше зустрічалися повідомлення про вживання алкоголю,  $(26,63\pm 3,26)\%$  проти  $(38,46\pm 4,50)\%$  серед курців ( $\chi^2=4,661$ ;  $p=0,031$ ). При деталізації типу напоїв ( $n=998$ ) з'ясовано, що горілку частіше вживали чоловіки  $(40,09\pm 2,26)\%$ , ніж жінки  $(21,17\pm 1,78)\%$  ( $\chi^2=42,298$ ;  $p<0,001$ ); бренді, крім горілки, однаково чоловіки та жінки, загалом  $(10,89\pm 1,18)\%$ . Зайняті на ринку жінки частіше вживали міцні напої, ніж жінки інших категорій  $(32,50\pm 2,62)\%$  проти  $(16,98\pm 2,11)\%$  ( $\chi^2=20,617$ ;  $p<0,001$ ). Вино як напій переважав серед жінок  $(45,75\pm 2,17)\%$ , його частіше вживали незайняті на ринку –  $(53,11\pm 3,45)\%$  проти  $(40,94\pm 2,75)\%$  ( $\chi^2=7,548$ ;  $p=0,007$ ). Серед жінок «інші категорії» частіше зустрічалися ті, хто вживав пиво  $(26,79\pm 3,06)\%$ , ніж серед групи «ринок»  $(15,00\pm 2,00)\%$  ( $\chi^2=11,135$ ;  $p<0,001$ ), зокрема, у молодому віці (25-44 роки) –  $(34,41\pm 4,93)\%$  проти  $(17,02\pm 3,16)\%$  ( $\chi^2=9,306$ ;  $p=0,003$ ). Примітно, що у  $(22,54\pm 3,18)\%$  випадків надавали перевагу пиву, не вживаючи міцних напоїв, на відміну від жінок «ринок», серед яких таких випадків було менше  $(8,61\pm 1,80)\%$  ( $\chi^2=15,962$ ;  $p<0,001$ ). Пиво споживали чоловіки однаково часто, всього  $(38,81\pm 2,25)\%$ . Таким чином, зайнятість на ринку, потребує особливої уваги як група ризику щодо куріння та частого вживання алкоголю.

### 4.3 Аналіз поєднання поведінкових факторів ризику

Був проведений також аналіз поєднання ФР серед респондентів, зокрема, недостатнього споживання фруктів, недостатньої фізичної активності, куріння та частого споживання алкоголю (від 1 разу на тиждень до щодня). Наявність одного із перерахованих факторів відмітили у себе ( $33,95 \pm 1,34$ )%, поєднання двох – ( $30,99 \pm 1,31$ )%, трьох – ( $16,77 \pm 1,06$ )%, чотирьох – ( $2,88 \pm 0,47$ )% респондентів. Заперечили у себе наявність вказаних ФР ( $15,42 \pm 1,02$ )% респондентів (рис. 4.7).

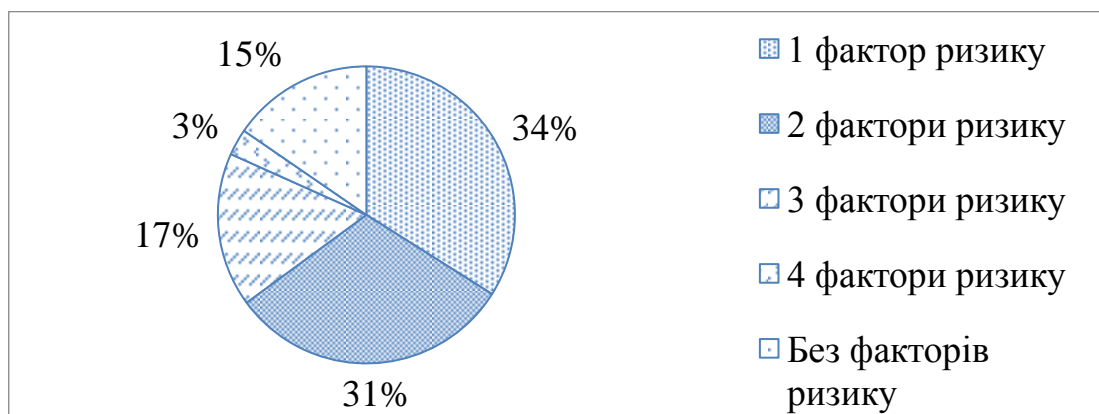


Рис. 4.7 Розподіл серед респондентів поєднаних ФР (%)

Найчастіше, окремо від інших, зустрічалося «недостатнє споживання фруктів» (рис 4.8).

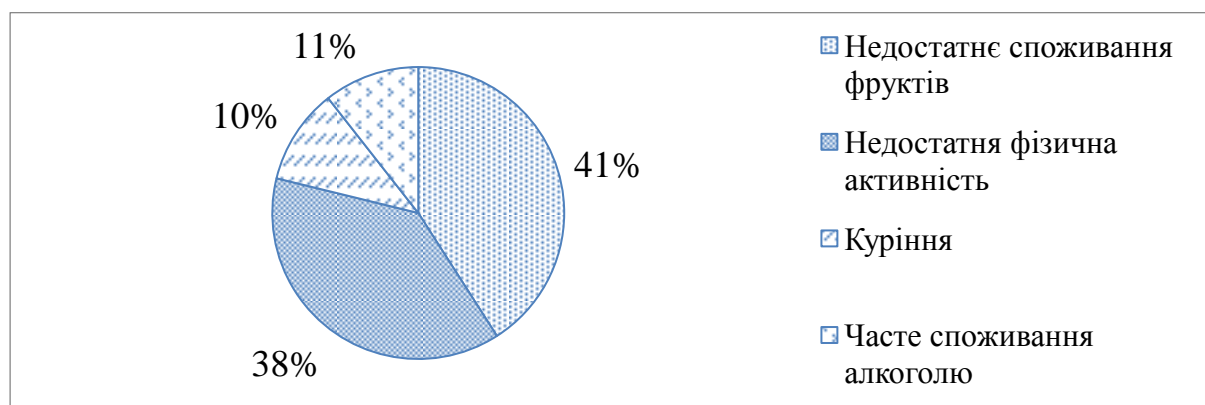


Рис. 4.8 Структура поодиноких ФР серед респондентів (%)

При аналізі поєднання двох ФР лідирували «недостатнє споживання фруктів» та «недостатня фізична активність» (15% загальної кількості респондентів). При поєднанні 2-х ФР, «недостатнє споживання фруктів»

згадувалося у 74% випадків, недостатня фізична активність – 67%, куріння – 32%, часте споживання алкоголю – 27% (рис.4.9).

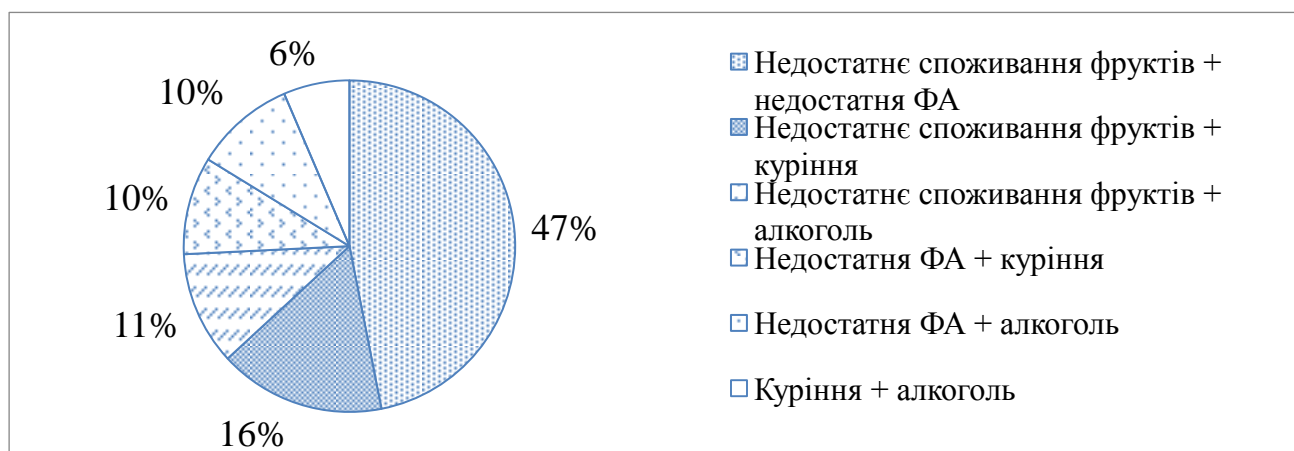


Рис. 4.9 Структура попарного поєднання ФР серед респондентів

При оцінці поєднання трьох факторів ризику із 4-х основних лідирували «недостатнє споживання фруктів», «недостатня фізична активність» та «куріння» (6% загальної кількості респондентів). Загалом, при поєднанні 3-х факторів, «недостатнє споживання фруктів» згадувалося у 89% випадків, недостатня фізична активність – у 80%, куріння – 68%, часте споживання алкоголю – у 63% (рис.4.10). Знайдено статистично достовірні відмінності за статтю щодо поодиноких ФР та їх поєднання (додаток В-8; 9; 10; 11).

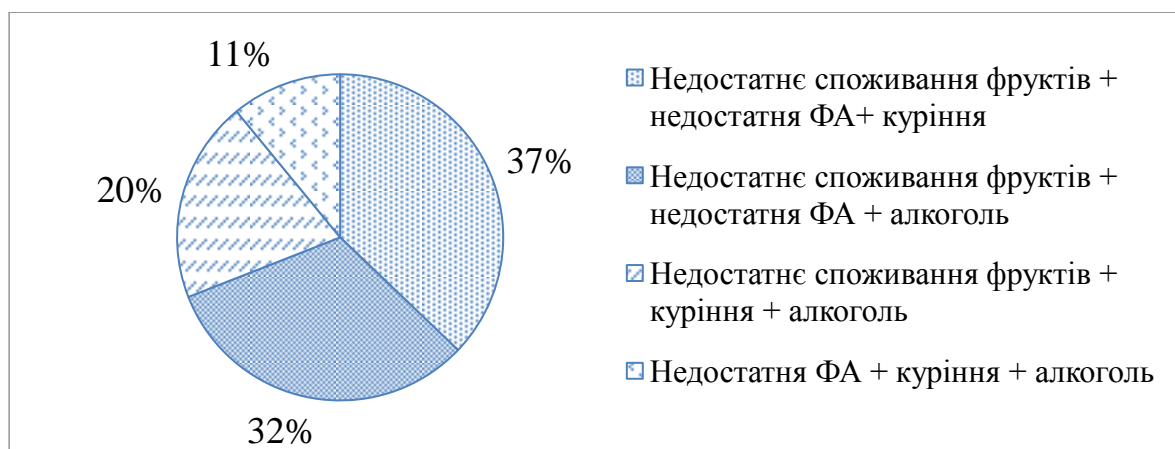


Рис. 4.10 Структура потрійного поєднання ФР серед респондентів

Про наявність 4-х ФР повідомили 3% респондентів, рідше жінки у порівнянні з респондентами-чоловіками ( $p < 0,05$ ). Не відмітили ФР 15% респондентів (частіше жінки (21%), ніж чоловіки (10 %), ( $p < 0,001$ ).

Виявлено статистично достовірну відмінність за рівнем освіти при поєднанні усіх 4-х основних ФР та їх відсутності. Так, повідомили про наявність 4-х факторів серед осіб з вищою освітою ( $2,03 \pm 0,54$ )% респондентів, серед осіб без вищої освіти – ( $3,90 \pm 0,82$ )% ( $\chi^2 = 3,863$ ;  $p = 0,050$ ); без ФР – ( $17,30 \pm 1,44$ )% проти ( $13,12 \pm 1,42$ )% ( $\chi^2 = 4,145$ ;  $p = 0,042$ ).

На основі виявлених поєднань виділено кластери осіб без ФР або поєднанням 1-2 факторів без куріння (57%) та з поєднанням 3-4 факторів у т.ч. з наявністю куріння (43%), що важливо при виборі профілактичних втручань.

#### **4.4 Характеристика термінів останнього звернення до лікаря первинної ланки та звичного маршруту медичного обслуговування.**

Встановлено, що майже половина респондентів мала візит до лікаря упродовж останнього року ( $48,40 \pm 1,41$ )%. Рідше відвідували сімейного лікаря упродовж року чоловіки ( $41,53 \pm 1,99$ )% у порівнянні з жінками ( $55,02 \pm 1,97$ )%, ( $\chi^2 = 22,78$ ;  $p < 0,001$ ), третина з них зовсім не зверталася – ( $30,94 \pm 1,87$ )% проти ( $21,00 \pm 1,61$ )% жінок ( $\chi^2 = 16,121$ ;  $p < 0,001$ ). Серед зайнятих на ринку упродовж останнього року були у сімейного лікаря ( $39,49 \pm 1,94$ )%, а серед респондентів групи «інші категорії» – ( $57,51 \pm 1,99$ )% ( $\chi^2 = 40,681$ ;  $p < 0,001$ ). Чоловіки групи «ринок» рідше зверталися до лікаря упродовж року, ніж чоловіки групи «інші категорії» – ( $32,27 \pm 2,6$ )% проти ( $51,16 \pm 2,88$ )% ( $\chi^2 = 22,559$ ;  $p < 0,001$ ); рідше були у лікаря «більше, ніж рік тому» – ( $23,64 \pm 2,40$ )% проти ( $31,56 \pm 2,68$ )% ( $\chi^2 = 4,824$ ;  $p = 0,029$ ); частіше не зверталися – ( $44,09 \pm 2,81$ )% проти ( $17,28 \pm 2,18$ )% ( $\chi^2 = 51,627$ ;  $p < 0,001$ ). Також жінки групи «ринок», рідше зверталися до лікаря упродовж року, ніж жінки групи «інші категорії» – ( $46,56 \pm 2,79$ )% проти ( $63,52 \pm 2,70$ )% ( $\chi^2 = 18,537$ ;  $p < 0,001$ ) та частіше не зверталися – ( $29,69 \pm 2,55$ )% проти – ( $12,26 \pm 1,84$ )% ( $\chi^2 = 29,183$ ;  $p < 0,001$ ). Загалом, не зверталися до сімейного лікаря ( $36,81 \pm 1,92$ )% респондентів групи «ринок» проти

(14,70±1,42)% респондентів групи «інші категорії» ( $\chi^2=79,743$ ;  $p<0,001$ ) (табл. 4.1).

Таблиця 4.1 – Розподіл відповідей щодо терміну останнього звернення до лікаря у групах дослідження (%)

Термін останнього звернення	Усі	Група «ринок»	Група «інші категорії»
Упродовж року	48,40±1,41	39,49±1,94	57,51±1,99
Більше, ніж рік тому	25,72±1,24	23,70±1,29	27,79±1,80
Не зверталися	25,88±1,24	36,81±1,92	14,70±1,42

Про звичний маршрут медичного обслуговування у лікарів первинної ланки повідомили (35,00±1,58)% респондентів: (24,78±1,43)% зверталися лише до сімейних (дільничних) лікарів, ще (10,24±1,01)% зверталися також до фахівців інших установ (вузьких фахівців поліклінік, стаціонарів, лікарів приватних закладів, інших).

Про звернення до медичних працівників поза межами ПМСД повідомили (39,98±1,63)% (рис.4.11).

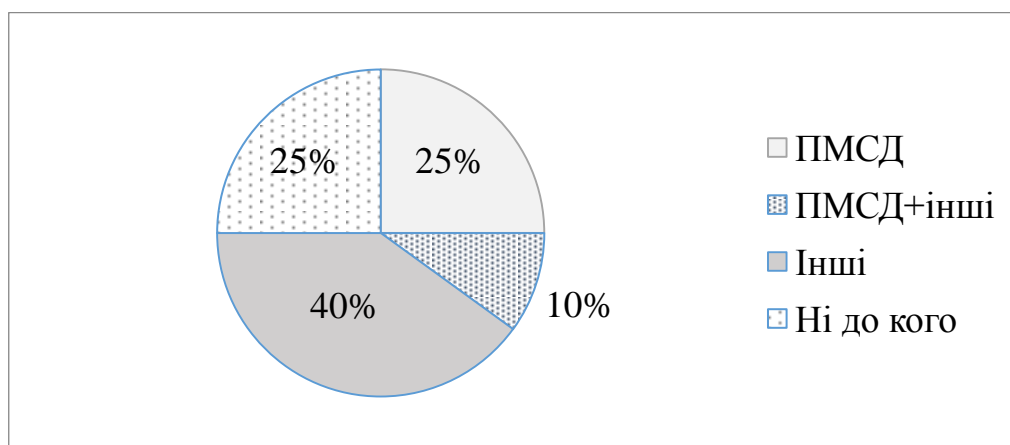


Рис.4.11 Розподіл респондентів за місцем звернення за медичною допомогою.

Чоловіки частіше повідомляли, що ні до кого не зверталися (31,75±2,22)%, ніж жінки (18,63±1,80)%, ( $\chi^2=20,811$ ;  $p<0,001$ ); аналогічно, жінки з середньою або середньо-спеціальною освітою (21,07±2,62)% у порівнянні з жінками з вищою освітою (16,00±2,44)% ( $\chi^2=12,965$ ;  $p<0,001$ ). У решти характеристик (серед респондентів, які зверталися у заклади охорони здоров'я) відмінностей за статтю у зверненнях до того або іншого лікаря-фахівця на різних рівнях надання медичної допомоги не виявлено (додаток В-12).

Лікарі первинної ланки залишалися медичними працівниками, до яких зверталися найчастіше. Респонденти групи «ринок», зверталися до них рідше (31,60±1,85)%, ніж у групі «ярмарок1» (42,9±2,98) %, ( $\chi^2=10,783$ ;  $p=0,002$ ), а частіше до інших фахівців – (42,50±1,96)% проти (34,18±2,86)% ( $\chi^2=5,523$ ;  $p=0,019$ ), відповідно. Респонденти «ярмарок1» поєднували звернення до інших фахівців із обслуговуванням у лікаря первинної ланки частіше (15,64±2,19)%, ніж зайняті на «ринку» (7,90±1,07)%, ( $\chi^2=12,484$   $p<0,001$ ). Вказані закономірності стосувалися в першу чергу чоловіків з вищою освітою, які рідше зверталися лише до лікаря первинної ланки (18,52±2,49)%, ніж чоловіки з нижчим рівнем освіти (27,78±3,18)% ( $\chi^2=5,335$ ;  $p=0,021$ ), а надавали перевагу паралельним зверненням до фахівців – (11,11±2,02)% проти (5,56±1,63)% ( $\chi^2=4,276$ ;  $p=0,039$ ). Суттєвих відмінностей медичного досвіду в залежності від рівня освіти серед респондентів, зайнятих на ринку не знайдено. Серед осіб групи «ярмарок1», як і загалом серед респондентів обох груп, підтвердився той факт, що особи з вищою освітою рідше зверталися до лікарів первинної ланки (21,79±1,91)%, ніж без вищої освіти (27,95±2,14)%, ( $\chi^2=4,616$ ;  $p=0,032$ ). Щодо звернень до інших фахівців слід відмітити, що респонденти з вищою освітою рідше користувалися послугами лікарів стаціонару (6,41±1,13)%, ніж особи з середньою та середньо-спеціальною освітою (10,45±1,46)%, ( $\chi^2=4,837$ ;  $p=0,028$ ), для обслуговування вони частіше обирали «знайомих» лікарів – (30,56±2,13)% проти (21,8±1,97)% ( $\chi^2=8,927$ ;  $p=0,003$ ).

В середньому на кожних двох опитаних, незалежно від їх статі та рівня освіти, припадало щонайменше три лікаря, про звернення до яких вони

повідомили. А загалом (з урахуванням тих, хто ні до кого не звертався) це співвідношення дорівнювало одиниці.

Респонденти, які, як правило, зверталися до лікаря первинної ланки у (71,38±2,53)% випадків були у нього упродовж року; (38,57±2,55)% респондентів, які повідомили, що обслуговувалися поза межами первинної ланки та (11,89±2,15)% тих, хто, зазвичай, ні до кого не звертався теж були у сімейного лікаря упродовж року. Загалом було (66,19±1,57)% респондентів, які зверталися на первинну ланку, що підтверджує роль сімейного лікаря в охопленні населення медичною допомогою.

#### 4.5 Вплив наявності факторів ризику та/або власне НІЗ на самооцінку здоров'я, привід та структуру звернень за маршрутами.

Аналіз повідомлень щодо наявних захворювань дозволив виділити основні НІЗ (ССЗ, у т.ч. з АГ, ЦД та хронічні захворювання органів дихання) за самооцінкою респондентів (табл.4.2).

Поширеність основних НІЗ за самооцінкою респондентів становила (35,46±1,59)% та була нижчою серед зайнятих на ринку (33,02±1,87)%, ніж серед відвідувачів ярмарку (41,09±2,97)% ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 4.2 – Наявність основних НІЗ у респондентів за самооцінкою

Групи спостереження	Кількість та частота					
	Серцево-судинні захворювання	У т.ч. артеріальна гіпертензія	Діабет	Хвороби органів дихання	Всього основні НІЗ	Поєднання основних НІЗ
Група «ринок»	154 (24,3%)	97 (15,3%)	18 (2,8%)	31 (4,9%)	209 (33,0%)*	44 (7,0%)
Група «ярмарок1»	91 (33,1%)	57 (20,7%)	16 (5,8%)	25 (9,1%)	113 (41,1%)	32 (11,6%)
Загалом	245 (27,0%)	154 (17,0%)	34 (3,7%)	56 (6,2%)	322 (35,5%)	76 (8,4%)

\*група «ринок» у порівнянні з групою «ярмарок1» ( $\chi^2=5,460$   $p=0,020$ ).



Встановлено, що нижчий рівень поширеності НІЗ спостерігався саме серед чоловіків групи «ринок» ( $27,16 \pm 2,51$ )%, ніж серед жінок ( $38,75 \pm 2,72$ )% ( $\chi^2=9,616$ ;  $p=0,002$ ). Цікавим виявився той факт, що жінки, зайняті на ринку, частіше повідомляли про наявність хвороб органів дихання, ніж чоловіки: ( $7,81 \pm 1,50$ )% проти ( $1,92 \pm 0,78$ )%, що потребує подальшого вивчення. Серед жінок обох груп більш характерним було поєднання основних НІЗ між собою, ніж серед чоловіків:  $28,12\%$  проти  $17,52\%$  у структурі захворювань, або ( $11,14 \pm 1,46$ )% проти ( $5,44 \pm 1,08$ )% за поширеністю ( $\chi^2=9,584$   $p=0,002$ ). Таким чином, незалежно від місця зайнятості, чоловіки рідше, ніж жінки повідомляли про супутні захворювання. Наявність основних НІЗ суттєво впливала на привід звернення до лікаря. Так, респонденти, які (за самооцінкою) мали НІЗ, частіше відвідували лікаря з приводу гострого або загострення хронічного захворювання ( $44,98 \pm 3,44$ )%, ніж особи без НІЗ ( $25,47 \pm 2,12$ )% ( $\chi^2=24,510$   $p<0,001$ ) та частіше були на прийомі з метою контролю за захворюванням – ( $20,57 \pm 2,80$ )% проти ( $11,79 \pm 1,57$ )% ( $\chi^2=8,614$ ;  $p=0,004$ ). У той же час, респонденти без НІЗ частіше зверталися з метою профілактичного огляду ( $38,44 \pm 2,36$ )%, ніж без НІЗ ( $29,67 \pm 3,16$ )% ( $\chi^2=4,709$   $p=0,031$ ) та отримання довідки – ( $12,26 \pm 1,59$ )% проти ( $2,39 \pm 1,06$ )% ( $\chi^2=16,650$ ;  $p<0,001$ ), відповідно. Вказані закономірності зберігалися незалежно від статі та рівня

Респонденти, які мали ССЗ у т.ч. АГ, ЦД та хронічні хвороби органів дихання, частіше обслуговувалися у лікаря первинної ланки ( $37,80 \pm 3,35$ )%, ніж особи, які не повідомили про наявність захворювання ( $28,54 \pm 2,19$ )% ( $\chi^2=6,490$   $p=0,011$ ), крім того частіше консультувалися у вузьких фахівців – ( $11,96 \pm 2,24$ )% проти ( $5,90 \pm 1,14$ )% ( $\chi^2=7,080$   $p=0,008$ ). Серед осіб із вищезгаданими НІЗ менше було людей, які ні до кого не зверталися ( $15,79 \pm 2,52$ )%, ніж серед респондентів без НІЗ ( $30,90 \pm 2,24$ )% ( $\chi^2=16,643$   $p<0,001$ ).

Серед частих проблем із здоров'ям респонденти відмічали стрес та перевтому ( $34,27 \pm 1,50$ )%, жінки – ( $42,72 \pm 2,15$ )%, чоловіки – ( $24,73 \pm 1,99$ )%. Найбільше підпадали стресам респонденти з групи «інші категорії»

(42,19±2,58)% у порівнянні з групою «ринок» (29,70±1,82)%, ( $\chi^2=45,83$ ;  $p<0,001$ ). Депресію відмітили (11,72±1,02)% респондентів, жінки – (15,12±1,56)%, чоловіки – (7,89±1,24)%, найменше державні службовці – (3,33±1,89)%.

Респонденти без поведінкових ФР частіше зверталися до лікаря первинної ланки (38,30±4,09)%, також серед них менше було тих, хто ні до кого не звертався (18,44±3,27)% на відміну від респондентів з наявними 3-ма ФР, які були на обслуговуванні у сімейного лікаря рідше (22,86±3,55)% ( $\chi^2=7,886$ ;  $p=0,005$ ) та частіше зовсім не зверталися (33,86±3,97)% ( $\chi^2=7,662$ ;  $p=0,006$ ).

Частіше ні до кого не зверталися респонденти-курці (35,19±3,75)% (за виключенням поєднання куріння з недостатньою фізичною активністю та частим споживанням алкоголю) та респонденти з наявними чотирма ФР (15,15±4,41)% ( $\chi^2=9,070$ ;  $p=0,003$ ). За меншої кількості чинників (один-два) опитані частіше обслуговувалися у сімейних (дільничних) лікарів, включаючи консультації фахівців (49,89±2,36)%, рідше – у приватних, знайомих, інших поєднаних варіантах (35,19±2,25)%, ніж особи з 3-4 ФР – (34,18±4,39)% ( $\chi^2=9,193$ ;  $p=0,003$ ) та (52,14±4,62)% ( $\chi^2=11,238$   $p<0,001$ ) відповідно.

Поширеність основних ФР серед респондентів зберігалася на тому ж рівні за наявності або відсутності захворювань. Винятком було куріння. Курили (32,08±1,93)% серед необтяжених основними НІЗ та (21,43±2,29)% серед осіб, які повідомили про захворювання ( $\chi^2=11,622$ ;  $p<0,001$ ) Ймовірність знайти курця серед хворих була меншою, ніж серед здорових (ВШ (OR) 0,577 95% ДІ (CI) [0,42-0,793]). Проте, той факт, що виявлене захворювання було стимулом до припинення куріння не підтвердився часткою тих, хто кутив раніше. Лише серед чоловіків спостерігалась більша частота тих, хто кутив раніше (29,93±3,91)% серед хворих, ніж серед здорових (23,36±2,43)%, проте ймовірність помилки достатньо велика 14,3%.

Респонденти оцінювали стан свого здоров'я за чотирма позиціями: «добре», «задовільно», «погіршується» та «погано». Враховуючи, що

опитування проводилося серед ЕАН, в основному зайнятого, більше 80% почували себе добре та задовільно (рис.4.12).

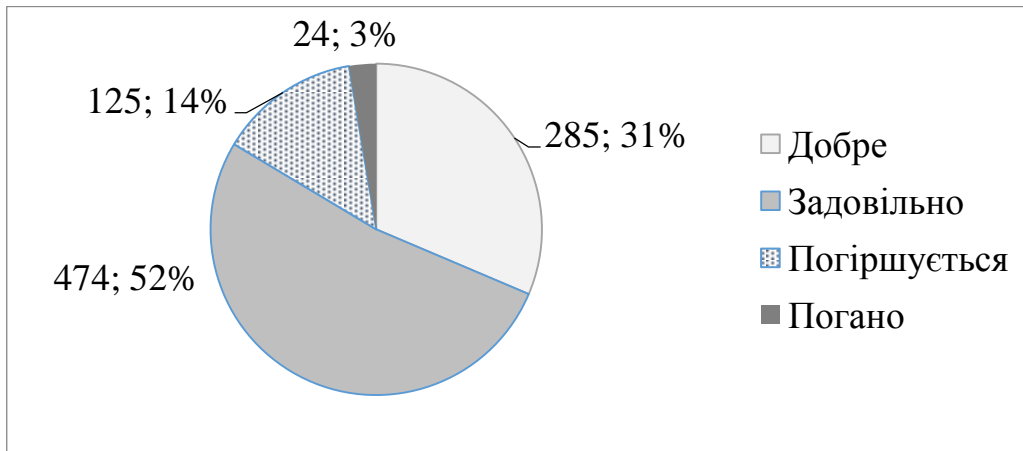


Рис. 4.12 Самооцінка стану здоров'я респондентами

Чоловіки частіше оцінювали власне здоров'я як «добре» та «задовільне» ( $89,34 \pm 1,47$ )%, ніж жінки ( $78,16 \pm 1,91$ )% ( $\chi^2=20,683$   $p<0,001$ ) і відповідно рідше відмічали погіршення або поганий стан: ( $10,66 \pm 1,47$ )% проти ( $21,84 \pm 1,91$ )% ( $\chi^2=20,683$   $p<0,001$ ). Аналогічно особи з вищою освітою частіше оцінювали стан як добрий та задовільний ( $88,89 \pm 1,45$ )%, ніж особи з середньою та середньо-спеціальною освітою ( $77,95 \pm 1,98$ )% ( $\chi^2=19,767$ ;  $p<0,001$ ) і відповідно рідше відмічали погіршення стану або погане здоров'я: ( $11,11 \pm 1,45$ )% проти ( $22,05 \pm 1,98$ )% ( $\chi^2=19,767$   $p<0,001$ ). Респонденти з самооцінкою стану здоров'я «задовільно» становили більше половини опитаних ( $52,20 \pm 1,66$ )%. Частка респондентів, які повідомили про погане здоров'я була близькою до 3-х відсотків ( $2,64 \pm 0,53$ )%.

За наявності 3-4 поведінкових чинників ризику добре самопочуття статистично достовірно знижувалося ( $24,85 \pm 3,32$ )% у порівнянні з респондентами без чинників ризику ( $39,01 \pm 4,11$ )%, ( $\chi^2=7,164$ ;  $p=0,008$ ). Наявність одного захворювання викликала зниження доброго стану здоров'я з ( $41,47 \pm 2,04$ )% (без НІЗ) до ( $15,04 \pm 2,28$ )% ( $\chi^2=54,194$ ;  $p<0,001$ ), а поєднана патологія ще до 2,38% ( $\chi^2=5,020$ ;  $p=0,026$ ). Одночасно збільшувалася частка осіб з оцінкою стану здоров'я «погіршується», з ( $6,83 \pm 1,04$ )% (без НІЗ) до

(23,17±2,69)% при одному захворюванні ( $\chi^2=44,942$ ;  $p<0,001$ ) і ще до (42,86±7,64)% при декількох ( $\chi^2=7,219$ ;  $p=0,008$ ).

Вивчення впливу стану здоров'я (за самооцінкою) на терміни останнього звернення до лікаря показало що серед тих, хто звертався упродовж року, було менше осіб, які почували себе добре (26,90±2,23)%, ніж серед тих, хто звертався більше року назад або зовсім не звертався (34,82±2,10)% ( $\chi^2=6,498$ ;  $p=0,011$ ) і більше тих, у кого стан погіршувався або був поганим: (21,07±2,05)% проти (12,84±1,48)% ( $\chi^2=10,018$ ;  $p=0,002$ ), відповідно. Привід звернення до лікаря також змінювався залежно від самопочуття пацієнтів (табл. 4.3).

Респонденти, які ні до кого не зверталися, вважали свій стан здоров'я добрим (43,61±3,29)%, серед пацієнтів, які зверталися до одного з лікарів (незалежно від рівня надання медичної допомоги) частка осіб з добрим самопочуттям була меншою (29,21±2,05)% ( $\chi^2=14,422$ ;  $p<0,001$ ).

Серед пацієнтів, хто звертався до лікарів декількох фахів або рівнів, зростає частка осіб, стан здоров'я яких погіршувався або був поганим (29,05±3,73)% у порівнянні з пацієнтами одного лікаря (13,79±1,55)%, ( $\chi^2=18,515$ ;  $p<0,001$ ).

Таблиця 4.3 – Самооцінка стану здоров'я та привід звернення до лікаря

Стан самопочуття	Профілактичний огляд	Гостре, загострення	Контроль захворювання	Отримання довідки, інше
Добре	(50,20±3,13%)*	(24,71±2,70%)**	(10,59±1,93%) ***	(21,18±2,56%) ****
Задовільно	(44,22±2,36%)	(37,64±2,31%)	(16,78±1,78%)	(10,43±1,46%)
Погіршується/ Погане	(32,39±3,93%)	(50,0±4,20%)	(19,72±3,34%)	(5,63±1,93%)
Загалом	(44,03±1,71%)	(35,80±1,66%)	(15,39±1,25%)	(12,89±1,16%)

\*«добре» у порівнянні «погіршується / погане» ( $\chi^2=11,741$ ;  $p<0,001$ );

\*\* ( $\chi^2=26,097$ ;  $p<0,001$ ); \*\*\* ( $\chi^2=6,371$ ;  $p=0,012$ ); \*\*\*\*( $\chi^2=16,720$ ;  $p<0,001$ ).

#### 4.6 Аналіз проходження додаткових (у т.ч. скринінгових) обстежень

Обстежувалися на вміст цукру в крові упродовж року та знають свій результат (31,83±1,51)% респондентів (n=955), частіше серед групи «інші категорії» (36,26±2,60) %, ніж серед групи «ринок» (29,36±1,84) %, ( $\chi^2=4,807$ ,

$p=0,029$ ); серед чоловіків –  $(26,21\pm 2,01)\%$ , серед жінок –  $(37,45\pm 2,21)\%$ , ( $\chi^2=13,906$ ,  $p<0,001$ ). Респонденти, які повідомили про обстеження на вміст цукру у крові достовірно частіше відвідували лікаря первинної ланки упродовж року, ніж необстежені –  $(63,49\pm 2,76)\%$  проти  $(39,02\pm 1,91)\%$  ( $\chi^2=49,837$ ,  $p<0,001$ ).

Обстежувалися на вміст ХС в крові та знають свій рівень  $(18,01\pm 1,24)\%$  респондентів,  $(15,09\pm 1,64)\%$  чоловіків та  $(20,92\pm 1,86)\%$  жінок ( $\chi^2=5,488$ ;  $p=0,020$ ). Обстежені на вміст ХС в крові достовірно частіше мали візит до лікаря упродовж року  $(62,21\pm 3,70)\%$ , ніж необстежені  $(43,42\pm 1,77)\%$  ( $\chi^2=19,990$ ,  $p<0,001$ ). Більш чітко ця відповідність була виражена серед чоловіків –  $(61,11\pm 5,45)\%$  проти  $(39,76\pm 2,40)\%$  ( $\chi^2=15,010$ ;  $p<0,001$ ), ніж серед жінок –  $(63,00\pm 4,83)\%$  проти  $(50,53\pm 2,57)\%$  ( $\chi^2=4,939$ ;  $p=0,027$ ). Серед групи «інші категорії» про обстеження на ХС повідомили  $(32,65\pm 6,70)\%$  жінок з середньою та середньо-спеціальною освітою на відміну від жінок з вищою освітою –  $(15,70\pm 3,3)1\%$  ( $\chi^2=6,129$ ;  $p=0,014$ ), серед останніх (з вищою) більше було тих, хто відвідував сімейного лікаря упродовж року –  $(89,47\pm 7,04)\%$  проти  $(60,78\pm 4,83)\%$ .

Вимірювали та знали значення свого артеріального тиску  $(64,71\pm 1,62)\%$  респондентів ( $n=867$ ) із значними відмінностями між групами дослідження та за статтю, «ринок» –  $(73,90\pm 1,77)\%$ , «ярмарок2» –  $(42,52\pm 3,10)\%$  ( $\chi^2=77,43$ ;  $p<0,001$ ); чоловіки –  $(54,67\pm 2,35)\%$ , жінки –  $(75,54\pm 2,10)\%$  ( $\chi^2=41,290$ ;  $p<0,001$ ); жінки «ярмарок2» -  $86,36\%$ , жінки «ринок» -  $44,95\%$  ( $\chi^2=74,714$ ,  $p<0,001$ ).  $(44,72\pm 3,17)\%$  респондентів, які знали свій АТ були у лікаря упродовж року, а серед тих, хто не знав, таких було  $(31,37\pm 3,25)\%$  ( $\chi^2=8,372$ ;  $p=0,004$ ). Серед жінок, така відповідність була статистично не значима (ймовірність похибки  $10\%$ ).

Про проходження профілактичного онкологічного огляду (консультації гінеколога) повідомили  $(75,30\pm 2,38)\%$  жінок ( $n=328$ ),  $(85,71\pm 2,38)\%$  групи «ринок» та  $(54,95\pm 4,72)\%$  групи «ярмарок2» ( $\chi^2=37,362$ ;  $p<0,001$ ). Жінки групи «ринок» ( $n=200$ ) вказали частоту, з якою вони зазвичай оглядалися лікарем.

З віком частота проходження онкологічного профілактичного огляду знижувалася. Так,  $(22,50 \pm 3,81)\%$  молодих жінок (до 44 років включно) групи «риннок» повідомили, що відвідували лікаря-гінеколога декілька разів на рік, що відрізнялося від повідомлень жінок середнього та старшого віку (45 років і старші) –  $(7,50 \pm 2,94)\%$  ( $\chi^2=7,839$ ;  $p=0,006$ ). Навпаки, жінки після 45 років частіше мали консультацію гінеколога «рідше 1-го разу на рік» –  $(37,50 \pm 5,41)\%$  проти  $(24,17 \pm 3,91)\%$  молодих жінок ( $\chi^2=4,103$ ;  $p=0,043$ ).

Серед респондентів-жінок, зайнятих на ринку, спостерігалася відповідність частоти проходження огляду гінеколога частоті відвідування сімейного лікаря упродовж року, незалежно від приводу звернення. Так,  $(47,85 \pm 3,66)\%$  оглянутих були у сімейного лікаря, а серед не оглянутих – лише  $(25,81 \pm 7,86)\%$  ( $\chi^2=5,223$ ;  $p=0,023$ ). Серед жінок групи «ярмарок2» відповідність швидше була із відвідуванням лікаря з профілактичною метою. Так,  $(34,43 \pm 6,08)\%$  оглянутих були у лікаря з профілактичною метою, а серед не оглянутих – лише  $(18,00 \pm 5,43)\%$  ( $\chi^2=3,759$ ;  $p=0,053$ ). З іншого боку, серед жінок, які, як правило, не зверталися до лікарів,  $(72,34 \pm 4,61)\%$  були у гінеколога.

Встановлено, що серед пацієнтів, які повідомили, що зазвичай ні до кого не зверталися за медичною допомогою кожний третій чоловік  $(32,65 \pm 6,70)\%$  та кожна п'ята жінка  $(18,42 \pm 6,29)\%$  відвідували стоматолога. Також додатковим приводом звернення до лікаря таких пацієнтів був профілактичний огляд –  $(39,19 \pm 5,67)\%$ . Ще 10% мали травму у дорослому віці, так що мали візит до травматолога. Таким чином, медичні працівники усіх рівнів могли мотивувати своїх пацієнтів до спостереження на первинній ланці.

Деталізація проходження додаткових методів дослідження з метою цільових профілактичних оглядів була здійснена серед респондентів групи «ярмарок2». Про проходження електрокардіографічного обстеження повідомили  $(36,61 \pm 3,02)\%$  респондентів, без суттєвих відмінностей за рівнем освіти та за статтю. Серед обстежених  $(81,72 \pm 4,01)\%$  респондентів були у сімейного лікаря упродовж року, а серед необстежених –  $(49,07 \pm 3,94)\%$  ( $\chi^2=26,424$ ;  $p<0,001$ ). Про проходження флюорографічного обстеження

повідомили ( $56,30 \pm 3,11$ )% респондентів, без суттєвих відмінностей за рівнем освіти та статтю. Серед обстежених ( $74,83 \pm 3,63$ )% респондентів були у сімейного лікаря упродовж року, а серед необстежених – ( $43,24 \pm 4,70$ )% ( $\chi^2=26,206$ ;  $p<0,001$ ).

#### **4.7 Оцінка доступності медичної допомоги (фінансової, організаційної та комунікаційної)**

На запитання, чи відкладали візит до лікаря за браком коштів, ствердно відповіли ( $39,8 \pm 1,65$ )% респондентів, решта ( $60,20 \pm 1,65$ )% не мали фінансових перешкод щодо медичного обслуговування. Не знайдено будь-яких статистично підтверджених особливостей фінансової доступності за місцем обслуговування респондентів (ПМСД або заклади інших рівнів). Проте, значні відмінності у відповідях спостерігалися за статтю та рівнем освіти: ( $28,84 \pm 2,18$ )% чоловіків та ( $50,22 \pm 2,35$ )% жінок ( $\chi^2=42,058$ ;  $p<0,001$ ); ( $31,96 \pm 2,17$ )% осіб з вищою та ( $48,34 \pm 2,43$ )% без вищої освіти ( $\chi^2=24,661$ ;  $p<0,001$ ) мали епізоди браку коштів для відвідування лікаря. Навіть респонденти, які, зазвичай, ні до кого не зверталися, мали аналогічний досвід з такими ж закономірностями.

Відповіді на запитання щодо доступності обстеження у приватних закладах стосувалося також фінансової спроможності респондентів. Третина респондентів ( $30,10 \pm 1,55$ )% не мали можливості обстежуватися, кожний п'ятий ( $21,21 \pm 1,38$ )% – лише у випадку крайньої необхідності. Майже половина респондентів ( $48,69 \pm 1,69$ )% вважали обстеження у приватних закладах доступним. Статистичних відмінностей у відповідях респондентів груп «ринок» та «ярмарок1» не виявлено. Проте, спостерігалися відмінності щодо можливості обстеження у приватних закладах (подібно доступності відвідувань до лікаря) серед осіб з різним рівнем освіти та за статтю. Так, не могли собі дозволити обстеження ( $36,26 \pm 2,34$ )% людей з середньою та середньо-спеціальною освітою проти ( $24,40 \pm 2,01$ )% з вищою освітою ( $\chi^2=14,637$ ;  $p<0,001$ ), разом з тим, респонденти із вищою освітою вважали обстеження доступним у ( $57,36 \pm 2,32$ )% випадків проти ( $39,34 \pm 2,38$ )% відповідей осіб без

вищої освіти ( $\chi^2=28,477$ ;  $p<0,001$ ). Можливість обстежуватися мали (53,74±2,41)% чоловіків проти (43,88±2,34)% жінок ( $\chi^2=8,532$ ;  $p=0,004$ ), проте відмінність згладжувалася за рахунок обстежень «в разі крайньої необхідності». Найбільше труднощів виникало у респондентів, які обслуговувалися на рівні ПМСД (спроможність 45,83±3,39)% та тих, хто, зазвичай, ні до кого не звертався (42,99±3,33)%, у порівнянні з особами, які зверталися до лікарів поліклінік, стаціонарів, приватних закладів та інших фахівців (53,69±2,66)% ( $\chi^2=11,363$ ;  $p<0,001$ ). Навіть з урахуванням осіб, які в разі необхідності погодилися б на обстеження, різниця у спроможності зберігалася – (66,20±3,22)% для пацієнтів ПМСД та (77,27±2,33)% для тих, хто звертався на спеціалізовані рівні надання медичної допомоги.

Основним дослідженням (2017-2018р.) було встановлено, що до сімейних лікарів упродовж року зверталися 48% респондентів. Опитуванням респондентів «ярмарок3» (n=65), у липні 2019 року встановлено, що, на той час, обрали сімейного лікаря (70,77±5,64)% респондентів, проте на прийомі упродовж року з них були (73,91±6,47)%. Подібно, як у попередньому обстеженні, 70% відвідували лікаря упродовж року, з тих хто у нього обслуговувався (35%). Обслуговування у сімейного лікаря зросло у 2 рази, але частка тих, хто, крім сімейного лікаря звертався до інших фахівців зросла майже в 3 рази. Таким чином, до звичного маршруту звернень для певної частини респондентів добавилося офіційне обслуговування у сімейного лікаря за рахунок тих, хто обслуговувався поза межами ПМСД, але мав привід звернутися до лікаря упродовж року (39%), аналогічно за рахунок тих, хто зазвичай ні до кого не звертався (12%). Організаційно ПМСД була доступною.

При вирішенні питання, до кого з лікарів звертатися, 2/3 респондентів 66,15% основною умовою назвали професійну кваліфікацію лікаря; 1/2 респондентів 50,77% мали бути впевнені, що уникнуть надлишкових обстежень або лікування; для 1/3 осіб 32,31% важливою була безпека щодо інфекційних захворювань, ще 1/3 опитаних 30,77% хотіли бачити знайомого лікаря, який знав би усю історію захворювання (хоча б за попередніми записами), тобто



пацієнти хотіли почуватися безпечно. Більше половини респондентів 53,85% хотіли б мати можливість запитувати лікаря під час прийому та отримувати вичерпні відповіді, трохи менше половини 46,15% наголосили на уважності з боку лікаря та бажанні, щоб їх почули. Обрання тактики оздоровлення спільно з лікарем цінувало 40,0% респондентів: кожний четвертий чоловік та кожна друга жінка. Для 38,46% осіб важливо було мати зворотній зв'язок із лікарем. Про фінансову доступність прийому зауважили 44,62% респондентів.

Таким чином, крім фінансової доступності пацієнти виокремлюють доступність комунікаційну, якій приділяє увагу більше половини респондентів.

#### **4.8 Джерела отримання медичної інформації та визначення відповідальності за створення умов із зміцнення здоров'я**

Повідомили про отримання рекомендацій зі ЗСЖ (тематичні та загальні)  $(51,76 \pm 1,66)\%$  респондентів ( $n=908$ ), без відмінностей за рівнем освіти, за статтю загалом та в середині груп дослідження. Основна відмінність стосувалася різниці у повідомленнях між групами «ринок» та «ярмарок1» –  $(47,08 \pm 1,98)\%$  проти  $(62,55 \pm 2,92)\%$  ( $\chi^2=18,371$ ;  $p<0,001$ ).

Респонденти, які повідомили про наявність НІЗ, частіше отримували рекомендації із ЗСЖ, ніж респонденти без НІЗ –  $(61,49 \pm 2,71)\%$  проти  $(46,42 \pm 2,06)\%$  ( $\chi^2=18,912$ ;  $p<0,001$ ). Дотримувалися отриманих рекомендацій  $(24,04 \pm 1,97)\%$  респондентів. Респонденти без НІЗ у групі «ярмарок1» частіше дотримувалися рекомендацій, ніж з НІЗ,  $(34,34 \pm 4,77)\%$  проти  $(20,55 \pm 4,73)\%$ , ( $\chi^2=3,925$ ;  $p=0,048$ ) Респонденти усіх груп, які повідомили про наявність НІЗ, частіше не мали умов для дотримання того, що порадив лікар (додаток В-13).

Повідомили про тематичні консультації  $(48,57 \pm 1,66)\%$  респондентів, з них кожний другий частково враховував поради лікаря, майже кожний четвертий дотримувався їх (додаток В-14), проте відчутний результат спостерігався лише у питаннях харчування, зокрема у збільшенні частоти контролю та у споживанні достатньої кількості фруктів та овочів.

Теми консультацій відповідно до тематики: харчування (69,16±2,20)%, фізична активність (44,22±2,36)%, припинення куріння (20,63±1,93)%, надмірне вживання алкоголю (13,15±1,61)% надлишкова маса тіла (19,50±1,89)%. Загалом, (79,73±1,48)% рекомендацій стосувалися харчування та фізичної активності (додаток В-15).

Відповідальність за створення умов для зміцнення здоров'я готові взяти на себе 74,75±1,38% респондентів (з них 10,59±1,13% поділяли її з іншими). Особисту відповідальність відчували респонденти до 25 років значно частіше (79,53±3,58)%, ніж люди у 60-69 років (57,61±5,15)%, ( $\chi^2=12,281$ ;  $p<0,001$ ).

Причому, відповідальність на державу покладали навпаки, частіше люди 60-69 років (40,22±5,11)%, ніж молоді (26,77±3,93)% ( $\chi^2=4,402$ ;  $p=0,036$ ), загалом (31,16±1,47)%. Сім'я згадувалася у відповідях (16,23±1,17)% респондентів; медицина – (18,34±1,23)%; громада – 8,42%. Усі інституції згадували (15,33±1,14)% респондентів.

Аналіз поширеності ФР та досвіду пацієнта серед ЕАН доповнено опитуванням амбулаторних пацієнтів. Знали, що таке ЗСЖ 77,93% пацієнтів. Те, що правильне харчування є складовою ЗСЖ відповіли 78,40% респондентів. Щодо решти складових були відмінності між відповідями тих, хто знає що таке ЗСЖ та тих, хто не відповів на це запитання: фізична активність - 78,31% проти 46,81%; активний відпочинок - 46,99% проти 14,89%; відсутність шкідливих звичок 71,08% проти 36,17% ( $p<0,001$ ).

Займалися фізичними вправами більше 60% респондентів, третина (33,80%) займалися щоденно або 3-5 разів на тиждень. Серед тих, хто займався регулярно фізичними вправами було більше осіб з вищою освітою (69,39%). Мотивами до занять були: збереження здоров'я (64,62%); підтримка фігури/осанки (34,62%); зменшення маси тіла (27,69%); активне дозвілля (27,69%); розвиток фізичних можливостей (23,08%). Жінки частіше опікувалися фігурою ( $\chi^2 =7,595$ ;  $p=0,006$ ), а чоловіки активним дозвіллям ( $\chi^2 =4,5085$ ;  $p= 0,034$ ) та розвитком фізичних можливостей ( $\chi^2 =4,082$ ;  $p=0,044$ ).

Респонденти дотримувалися режиму харчування майже у 40% випадків (37,56%), частіше ті, хто займався фізичними вправами: 44,62% проти 26,51% ( $\chi^2 = 7,084$ ;  $p = 0,008$ ). Овочі та фрукти були достатньо присутні у більше половини опитаних (44,68% чоловіків та 61,34% жінок ( $\chi^2 = 5,870$ ;  $p = 0,016$ )).

Курили 23,47% респондентів (36,17% чоловіків та 13,45% жінок).

Чоловіки курили рідше, якщо займалися фізичними вправами – 28,30% проти 46,34% (ймовірність похибки 7,2%) та дотримувалися режиму харчування – 21,21% проти 44,26% ( $\chi^2 = 4,928$ ;  $p = 0,027$ ). Упродовж 15 років частота куріння серед чоловіків зменшилася з 49,50% до 36,17% (ймовірність похибки 6,7%).

Зросло розуміння серед чоловіків, які курять, що ЗСЖ виключає шкідливі звички (з 38,0% до 55,88%), проте навіть серед них близько половини зберігає позитивне відношення до куріння. Кожний другий чоловік та кожна третя жінка вважали, що куріння заспокоює нервову систему; кожний десятий – що допомагає схуднути. Вживають часто спиртні напої (від 1 раз в тиждень до щодня) 20,19% респондентів – 32,98% чоловіків та 12,61% жінок, не залежно від куріння.

Жінки частіше зверталися до лікаря з профілактичною метою для перевірки стану здоров'я (52,94%), ніж чоловіки (36,17%), ( $\chi^2 = 5,956$ ;  $p = 0,015$ ); 15,96% респондентів зверталися за порадою. Кожний десятий намагався до лікаря не звертатися, особливо чоловіки які курили (26,47%) у порівнянні з тими, хто не курил (3,33%), ( $\chi^2 = 11,244$ ;  $p < 0,001$ ). Хоча 74,65% респондентів розуміли, що візити з профілактичною метою потрібні. Про охорону здоров'я 27,70% респондентів узнавали з бесід лікаря; 50,23% - з Інтернету.

#### Висновки до розділу 4.

1. Нездорове харчування як ФР основних НІЗ є поширеним явищем серед усіх категорій ЕАН: за самооцінкою, більше половини респондентів (54%) не споживали достатньої кількості фруктів дещо менше половини (42%) – овочів, абсолютна більшість (78%) рідко вживала рибу та не обмежувала сіль (71%).

Чоловіки інших категорій частіше повідомляли про недостатнє споживання фруктів (63%), овочів (43%), та риби (85%), рідше – про обмеження солі (28%) порівняно з більш активними щодо здорового харчування жінками. Харчові звички зайнятих на ринку виявилися схожими.

2. Виявлено недостатню ФА: лише 42% респондентів займалися певними фізичними вправами, проте більше третини (36%) зайнятих на ринку та кожний п'ятий з інших категорій (21%) повідомили про роботу із фізичним навантаженням; третина сезонно працювала на присадибних ділянках (31%); майже половина респондентів вихідні проводили за роботою по господарству найчастіше жінки, зайняті на ринку (67%); 45% респондентів достатньо ходили пішки (у середньому віці від 58% у групі «інші категорії» до 35% у групі «ринок»). Про активний відпочинок у вихідні дні повідомили більше половини респондентів (від 64% у групі «ярмарок» до 47% «ринок»).

3. Доведено, що респонденти із групи «ринок» менше займалися фізичними вправами ( $p < 0,001$ ), рідше ходили пішки ( $p < 0,05$ ), але частіше були зайняті роботою з фізичним навантаженням ( $p < 0,05$ ), більше працювали по господарству ( $p < 0,001$ ), менше відпочивали на свіжому повітрі ( $p < 0,01$ ), менше у вихідні сиділи за комп'ютером ( $p < 0,001$ ), але більше проводили часу біля екранів телевізорів ( $p < 0,001$ ) порівняно з іншими категоріями опитаних.

4. Поширеність тютюнокуріння серед ЕАН склала 28%, серед чоловіків – 36%, серед жінок – 20% ( $p < 0,001$ ). Доведено залежність поширеності тютюнокуріння жінок від рівня освіти: серед осіб з вищою освітою – 17%, без вищої – 24% ( $p < 0,05$ ); та від місця роботи: у групі «ринок» – 25% проти 15% «інші категорії» ( $p < 0,01$ ). Серед зайнятих на ринку респондентів у віці 25-44 роки статистично достовірної різниці між поширеністю чоловічого (37%) та жіночого (31%) куріння не виявлено. Загалом 13% усіх курців (за показником пачко-років) можна було віднести до групи високого ризику на захворювання раком легень.

5. Серед зайнятих на ринку жінок спостерігався найменший рівень припинення куріння (33%), відповідно більша частка (дві третини) опитаних

жінок перебувала під впливом тютюнового диму (з врахуванням пасивного куріння), тоді як у групі «інші категорії» – 43% ( $p < 0,001$ ). Статус куріння чоловіків, зайнятих на ринку, на вживання алкоголю не впливав. Встановлено низьку роль друзів як мотивуючого чинника до відмови від куріння (4%), порівняно з «силою волі» (73%) впливом «сім'ї» (24%) та «виникненням хвороби» (17%).

6. Про вживання алкоголю з частотою від «щодня» до «1-2 рази на тиждень» повідомили 35% чоловіків та 17% жінок ( $p < 0,001$ ); при цьому зайняті на ринку чоловіки вживали алкогольні напої частіше (39%), ніж «інші категорії» (31%) ( $p < 0,05$ ), що відбувалось в основному за рахунок групи середнього віку (46% проти 30%) ( $p < 0,05$ ).

7. Проведений аналіз поширеності основних ФР показав, що наявність одного з них спостерігалась у 34%, поєднання двох – у 31%, трьох – у 17%, чотирьох – у 3% респондентів (15% опитаних у себе наявність факторів ризику заперечували). «Куріння» та «часте споживання алкоголю» рідше зустрічалися як поодинокі фактори (по 4%), однак частіше поєднувалися з іншими (24% та 22% відповідно).

8. Майже половина респондентів зверталися до лікаря упродовж року (48%), кожний четвертий – або «більше року тому», або не звертався (по 26%).

9. Кожний четвертий респондент (25%) звертався за медичною допомогою лише до сімейного лікаря, кожний десятий (10%), крім сімейного лікаря, був консультований іншим фахівцем, 40% обслуговувалися поза межами первинної ланки. Переважна частина тих, хто обслуговувався у сімейного лікаря (більш як 70%), мали візит до нього упродовж останнього року. Загалом дві третини респондентів (незалежно від вибраного ними звичного місця обслуговування) зверталися до лікаря первинної ланки з того чи іншого приводу.

10. Респонденти, які повідомили про наявність НІЗ, частіше обслуговувалися у лікаря первинної ланки (38%) та мали консультації вузьких фахівців (12%) серед них було менше тих, хто ні до кого не звертався 16%. Загалом, 82% респондентів, які зверталися за лікувально-профілактичною

допомогою, надавали перевагу лікарям первинної ланки або «знайомим» лікарям серед інших фахівців, що говорить про важливість почуття безпеки при відвідуванні лікаря.

11. Наявність основних НІЗ, про яку повідомили 36% респондентів, суттєво впливала на привід звернення до лікаря, а саме частішими були відвідування з приводу гострого або загострення хронічного захворювання (45%) та контролю за захворюванням (21%). У той же час решта респондентів (без НІЗ) частіше зверталися з метою профілактичного огляду (38%) та отримання довідки (12%).

12. Аналіз впливу поведінкових чинників ризику та наявності НІЗ на формування медичного досвіду показав, що респонденти, які не мали чинників ризику та хто мав чотири або три (недостатня фізична активність, куріння та часте споживання алкоголю) були більш схильні звертатися за лікувально-профілактичною допомогою упродовж року (53%), ніж ті, хто мав 1-2 або 3 інші варіанти поєднань ФР (41%).

13. Досвід звернень за медичною допомогою респондентів у більшості випадків визначався станом здоров'я. Більше 80% респондентів оцінили його на «добре» або «задовільно». Краще почували себе чоловіки (36%), ніж жінки (27%); особи з вищою освітою (37%), ніж з нижчим рівнем освіти (26%); особи без ФР (39%), ніж за наявності 3-4 ФР (25%); особи без НІЗ (42%), ніж за наявності одного (15%) або декількох захворювань (2%).

14. Повідомили, що не мали фінансових перешкод до відвідування лікаря 60,2% респондентів, проте 39,8% були змушені відкласти візит до лікаря за браком коштів. Майже половина (49%) вважала обстеження у приватних закладах доступним, ще 21% - можливим у разі крайньої необхідності (загалом 70%).

15. Проходження додаткових обстежень частіше супроводжувалося візитом до лікаря упродовж року, зокрема, при охопленні складнішими обстеженнями та менше при рутинних вимірюваннях.

16. Половина респондентів отримувала від лікаря рекомендації із ЗСЖ, проте дотримувався кожний четвертий. Частіше отримували при наявності НІЗ (62% проти 46% без НІЗ), хоча саме респонденти із захворюваннями не мали умов їх дотримуватися (19%).

17. Встановлено, що відповідальність за створення умов для зміцнення здоров'я готові взяти на себе 75% респондентів (до 25 років 80%; у 60-69 років 58% ( $p < 0,001$ )).

18. Низка особливостей у поширенні ФР та досвіду пацієнта була підтверджена при опитуванні амбулаторних пацієнтів, зокрема дотримання режиму харчування та ФА не сприяло курінню (частота якого відповідала частоті «інших категорій» основного дослідження), а куріння – візиту до лікаря. У доповнення виявлено, що половина курців-чоловіків зберігали позитивне відношення до шкідливої звички.

Матеріали розділу висвітлені у наступних наукових працях:

1. Власик ЛЙ. Особливості поведінкових чинників ризику основних неінфекційних захворювань у групах економічно активного населення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019;3(81):12-8.[331]

2. Vlasyk LY, Ryngach NO, Vlasyk LI, Stupnytska NY. Study of the lifestyle of economically active population of the chernivtsi region: the prevalence of risk factors among business entities in the market. Wiadomosci lekarskie. 2019;72(5, cz 1):832–7. [332].

3. Власик ЛЙ. The behavioral risk factors of major non-communicable diseases among economically active population. Матеріали 101-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет». 2020 Лютий 10,12,17; Чернівці: Медуніверситет. 2020. с. 435-6. [333].

4. Власик ЛЙ, Рингач НО. Активність з мінімізації дієтарних факторів ризику серед працівників торговельного комплексу «Калинівський ринок». Матеріали четвертого щорічного регіонального наукового симпозиуму в рамках концепції «Єдине здоров'я» за підтримки ПЗБЗ в Україні. 2019 Травень 20-24; Київ. с.406. [334]

5. Сухолотюк АЛ, Власик ЛЙ. Аналіз особистої та соціальної відповідальності щодо зміцнення власного здоров'я за результатами опитування осіб віком до 25 років. Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих учених «Студентське самоврядування в системі академічної культури»; 2019 Березень 14-15; Чернівці: БДМУ; 2019, с.135-6. [335].

6. Рингач НО, Власик ЛЙ. Осведомленность населения о лечении сердечно-сосудистых заболеваний по результатам социологического исследования. *Sănătate publică, economie și management în medicină*. Chișinău. 2019;4(82):246-51. [336].

7. Власик ЛЙ. Досвід пацієнта та його роль у медичній активності на прикладі економічно активного населення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020;(85):89-97. [337].



## РОЗДІЛ 5

### АКТИВНІСТЬ РЕСПОНДЕНТІВ ЩОДО ЗМІЦНЕННЯ СВОГО ЗДОРОВ'Я

Медичну активність (МА) респондентів за окремими напрямками (контроль харчування, фізична активність) та загалом проаналізовано на відповідність ( $\chi^2$ ) наявним поведінковим ФР та характеристикам досвіду звернень за медичною допомогою. Сила зв'язку вимірювалася також впливом ФР на шанс бути неактивним або залишатися в цьому стані (ВШ (OR)). З метою визначення потенційно змішаних внесків до певного результату (активність) застосовано покроковий множинний логістичний регресійний аналіз. Окремо визначено чутливість, специфічність, діагностичну прогностичну цінність кожного чинника для недостатньої МА. Додатково вивчено думку респондентів щодо потреби в підвищенні медичної грамотності; перешкоди до занять фізичними навантаженнями; відсоток підписаних декларацій з лікарями на обслуговування та очікування від реформи охорони здоров'я.

#### 5.1 Характеристика медичної активності респондентів за їх оцінкою

Проаналізовано суб'єктивну оцінку контролю харчування респондентами та дано характеристику споживання продуктів та певних обмежень у відповідності до цієї оцінки. Контролювали своє харчування ( $44,10 \pm 1,91$ )% респондентів ( $n=678$ ), не контролювали – ( $39,82 \pm 1,88$ )%, зокрема, ( $44,81 \pm 2,71$ )% чоловіків ( $n=337$ ) та ( $34,90 \pm 2,58$ )% жінок ( $n=341$ ), ( $\chi^2=6,946$ ;  $p=0,009$ ). Не визначилися щодо контролю за харчуванням ( $16,08 \pm 1,41$ )% респондентів. Недостатнє споживання корисних для здоров'я продуктів та відсутність обмежень шкідливих свідчило про недостатній або відсутній контроль харчування (додаток Г-1). Проаналізовано відповідність недостатнього контролю за харчуванням іншим поведінковим ФР. Недостатній контроль за харчуванням частіше поєднувався з недостатньою ФА та курінням (в основному серед жінок) (табл.5.1).

Таблиця 5.1 – Порівняльна характеристика поведінкових ФР та контролю за харчуванням (%)

Групи респондентів та статистичні тести	Недостатня фізична активність	Куріння	Часте споживання алкоголю
Контролю не було	60,74±2,97	38,15±2,96	31,11±2,82
Контроль був	27,76±2,59	22,07±2,40	23,41±2,45
- $\chi$ -square	62,83	17,56	4,26
- p	<0,001	<0,001	0,039
- Se	61	38	31
- Sp	72	78	77
- PPV	66	61	55
- NPV	67	58	55
OR 95%CI	4,026 [2,832-5,724]	2,177 [1,508-3,144]	1,477 [1,019-2,142]

Спостерігалися відмінності поширеності ФР та досвіду звернень також щодо відсутності візиту до лікаря з профілактичною метою, нерозуміння потреби у профілактичних візитах до лікаря. Половина респондентів, які контролювали харчування, не були у сімейного лікаря упродовж року, тому дещо більша їх частка серед тих, хто не слідкував за харчуванням, втрачала у прогностичній цінності. (додаток Г-2). Не знайдено відповідності між контролем за харчуванням та проходженням скринінгових обстежень або почуттям відповідальності за створення умов для зміцнення здоров'я. Проте, відсутність контролю за харчуванням частіше спостерігалась одночасно з відсутністю рекомендацій лікаря щодо способу життя (особливо з питань здорового харчування) та невиконанню їх, у разі отримання (додаток Г-3). Для чоловіків дані чинники були більш значущими. Таким чином, результати аналізу повідомлень про контроль за харчуванням не давали достатніх підстав щодо оцінки МА респондентів загалом, а лиш висвітлювали певні її аспекти.

Фізичну активність (ФА) респондентів було проаналізовано у групах «ринок», «ярмарок1» та «службовці» (n=998). Визнали себе активними (53,71±1,58)% респондентів без статистично значущої різниці за статтю.

Частота занять фізичними вправами значно відрізнялася між групами фізично активних та не активних ( $p < 0,001$ ).

Повідомлення про відсутність фізичних занять або рухливої діяльності підтверджували самооцінку респондентів щодо недостатньої ФА (додаток Г-4). Недостатня ФА асоціювалася з відсутністю занять фізичними вправами, відсутністю додаткових джерел рухової активності та активного відпочинку на свіжому повітрі. Недостатня ФА відповідала деяким іншим ФР, зокрема, відсутності контролю за харчуванням, недостатньому споживанню фруктів, курінню, як показано в таблиці 5.2.

Таблиця 5.2 – Порівняльна характеристика поведінкових чинників ризику респондентів залежно від ФА (%)

Групи респондентів та статистичні тести	Не контролювали харчування	Не споживали достатньо фруктів	Курили	Часто споживали алкоголь
Фізично неактивні	68,70±4,05	75,43±3,25	35,35±3,40	28,28±3,20
Фізично активні	37,63±2,46	52,03±2,31	27,43±1,93	24,63±1,86
- $\chi$ -square	38,14	28,73	4,36	1,01
- p	<0,001	<0,001	0,037	0,314
- Se	69	75	35	28
- Sp	62	48	73	75
- PPV	38	35	32	30
- NPV	86	84	75	74
OR 95%CI	3,638 [2,385-5,552]	2,831 [1,919-4,176]	1,447 [1,022-2,049]	1,207 [0,837-1,741]

Проте не виявлено статистично достовірних відмінностей у візитах до сімейного лікаря упродовж року та візитах з профілактичною метою залежно від ФА. Відсутність контролю за харчуванням, куріння та відсутність візитів до стоматолога (ймовірність похибки 5,6%) супроводжували низьку ФА серед чоловіків. Серед фізично активних жінок (як і серед чоловіків) не були поширеними скринінгові обстеження. Так, фізично неактивні жінки обстежувалися частіше на вміст цукру крові – (43,18±5,25)%, ніж активні

(30,36±3,55)%, ( $\chi^2=4,188$ ;  $p=0,041$ ). На ФА респондентів не мали впливу отримані рекомендації лікаря із фізичної рухливості та їх дотримання. Відмінність серед фізично неактивних та активних чоловіків в недотриманні рекомендацій щодо фізичної активності, зокрема, (88,89±7,41)% проти (70,59±6,38)%, не була статистично значимою ( $\chi^2=2,40$ ;  $p>0,05$ ), отримували такі рекомендації лише кожний п'ятий респондент (20,37±2,24)%. Аналогічно серед жінок, отримували рекомендації лиш чверть фізично активних жінок (25,00±2,94)% та кожна п'ята неактивна жінка (16,85±3,97)%, не дотримувалося більше 70% (71,23±5,30)%. Таким чином, повідомлення про ФА як і контроль за харчуванням не асоціювалися із медичною активністю респондентів загалом, але доповнювали її.

Респондентам групи «ярмарок2» (n=254), серед яких 57,09% чоловіків та 42,91% жінок було запропоноване пряме запитання щодо їхньої активності щодо збереження здоров'я. Вважали себе активними 128 (50,39±3,14)% респондентів, не активними – 45 (17,72±2,40)%, решта, 81 (31,89±3,14)% не змогли визначитися із відповіддю. Респонденти, які визнали себе активними у збереженні здоров'я, споживали достатню кількість фруктів та овочів у половині випадків, або у 2,5 рази частіше, ніж неактивні. Фізичну зарядку активні респонденти виконували у 2 рази частіше, ніж ті, хто не визначився. Однаковою виявилася частота відповідей щодо занять фізичними вправами 1-2 рази на тиждень. Статистично не виявлено відмінностей у заняттях 4-5 разів на тиждень – (12,99±2,11)%, проте активні щодо свого здоров'я чоловіки частіше, ніж жінки позитивно відповідали на запитання: (22,97±4,89)% проти (9,26±3,94)% ( $p<0,05$ ). Щодо занять 2-3 рази на тиждень, лідирували активні щодо свого здоров'я респонденти: (26,56±3,90)% проти (13,49±3,04)% ( $p<0,01$ ).

У результаті дослідження встановлено, що куріння та часте вживання алкоголю розцінювалося респондентами як звичайний спосіб життя і не приймалося до уваги при визначенні активності щодо збереження здоров'я. Більше того, жінки, які вважали себе достатньо активними у питаннях зміцнення здоров'я, курили частіше (20,37±5,48)%, ніж неактивні (5,26±5,12)%

( $p < 0,05$ ), що потребує додаткового дослідження. У підсумку, сприйняття респондентами себе активними щодо збереження здоров'я ґрунтувалося на заняттях фізичними вправами щонайменше 2-3 рази на тиждень; обмеженні цукру та споживанні достатньої кількості фруктів (табл. 5.3).

Таблиця 5.3 – Порівняльна характеристика поведінкових ФР серед неактивних та активних щодо збереження свого здоров'я респондентів (%)

Групи респондентів та статистичні тести	Брак/відсутність				
	достатнього споживання фруктів	обмеження цукру	обмеження солі	щоденної зарядки	занять 2-3р. / на тиждень
Неактивні,	77,78±6,20	77,78±6,20	71,11±6,76	86,67±5,07	88,89±4,68
Активні	45,31±4,40	52,34±4,41	55,47±4,39	74,22±3,87	73,44±3,90
- $\chi$ -square	14,12	8,90	3,38	2,96	4,55
- p	<0,001	0,029	0,066	0,086	0,033
- Se	78	66	71	87	89
- Sp	55	48	45	26	27
- PPV	38	34	31	29	30
- NPV	88	86	81	85	87
OR 95% CI	4,224 [1,928-9,254]	3,187 [1,455-6,977]	1,976 [0,950-4,112]	2,258 [0,876-5,817]	2,894 [1,055-7,937]

Щодо медичного досвіду та скринінгових обстежень достовірну відмінність виявлено лише в обстеженні на вміст ХС крові між активними (21,09±3,61)% та неактивними респондентами (4,44±3,07)%, ( $\chi^2=6,615$ ;  $p=0,011$ ); всього (17,32±2,37)%. Шанси бути неактивними були у 6 разів більшими у необстежених на ХС (ВШ (OR) 5,748 95%ДІ (СІ) [1,308-25,249]). Відносно часто повідомляли про обстеження ті, хто не визначився з активністю (18,52±4,32)%, але показник обстеження на вміст ХС був єдиним, який наближав їх до активних респондентів.

Тому, задля збільшення потужності дослідження та на основі детальної характеристики показників респондентів виділено дві групи – «неактивні/не визначилися» та «активні». До того ж логічним було об'єднання повідомлень про заняття фізичними вправами 2-3 та 4-5 разів на тиждень (табл. 5.4).

Таблиця 5.4 – Порівняльна характеристика поведінкових ФР респондентів залежно від МА (%)

Групи респондентів та статистичні тести	Брак/відсутність				
	достатнього споживання фруктів	обмеження цукру	обмеження солі	щоденної зарядки	занять фізичними навантаженнями
Неактивні/ не визначилися	68,25±4,15	65,87±4,22	66,67±4,20	87,30±2,97	76,98±3,75
Активні	45,31±4,40	52,34±4,41	55,47±4,39	74,22±3,87	56,25±4,38
- $\chi^2$ -square	13,61	4,81	3,35	6,98	12,26
- p	<0,001	0,029	0,068	0,009	<0,001
- Se	68	66	67	87	77
- Sp	55	48	45	26	44
- PPV	60	55	54	54	57
- NPV	64	59	58	67	66
OR 95% CI	2,595 [1,556-4,328]	1,757 [1,060-2,915]	1,606 [0,965-2,670]	2,388 [1,238-4,608]	2,602 [1,513-4,474]

Як видно з таблиці 5.4 поєднання МА із виконанням фізичної зарядки було статистично достовірним; поєднання з обмеженням у харчуванні солі залишилося на рівні похибки близько 7%, тому показник рекомендований для респондентів середнього віку та чоловіків. Адже частота обмеження солі відрізняла групи чоловіків з медичною активністю та без неї – (41,89±5,74)% проти (19,72±4,72)% ( $\chi^2=8,32$ ;  $p=0,004$ ); (ВШ (OR) 2,935 95%ДІ (СІ) [1,393-6,183]).

Про активність щодо збереження свого здоров'я повідомили як респонденти без чинників ризику (73,33±8,07)%, так і респонденти з 3-4 чинниками ризику – (40,00±6,08)% ( $\chi^2=9,124$ ;  $p=0,003$ ). Відповідність між недостатньою медичною активністю і ФР більш чітко прослідковувалася серед чоловіків.

За результатами дослідження дещо більше половини респондентів групи «ярмарок2» (52,76±3,13)% зверталися до сімейного лікаря (дільничного терапевта) упродовж року. Кожний четвертий респондент (24,80±2,71)% звертався до лікаря з приводу профілактичного огляду. Не зверталися з

профілактичною метою ( $80,95 \pm 3,50$ )% неактивних та ( $69,53 \pm 4,07$ )% активних ( $\chi^2=4,441$ ;  $p=0,036$ ); Se 81%; Sp 31%; (ВШ (OR) 1,862 95% ДІ (CI) [1,040-3,335]). Серед респондентів, які зверталися упродовж року візитів з профілактичною метою було більше ( $38,81 \pm 4,21$ )% ( $p < 0,01$ ). З приводу підпису декларацій щодо обслуговування до сімейного лікаря звернулося ( $30,83 \pm 2,90$ )% респондентів, менша кількість була серед чоловіків, які не вважали себе активними щодо збереження здоров'я ( $18,57 \pm 4,65$ )%. До лікаря первинної ланки зверталися також з іншим членом сім'ї (з дитиною) ( $7,51 \pm 1,66$ )% респондентів.

За результатами опитування групи «ярмарок2» щодо перешкод до відвідування занять фізичною культурою виявилось, що майже половина респондентів ( $35,94 \pm 4,24$ )% активних та ( $61,60 \pm 4,35$ )% неактивних) потерпали від нестачі часу. Вартість занять була перешкодою для ( $6,50 \pm 2,22$ )%, наявність захворювання для ( $7,32 \pm 2,35$ )% респондентів, в основному для жінок. Кожний четвертий ( $26,02 \pm 3,96$ )% респондент просто не мав мети займатися фізичними навантаженнями, причому кожний п'ятий, вважав себе активним ( $17,39 \pm 5,59$ )%. За наявності перешкод відвідування спортивного залу слід вважати характеристикою активності.

Таким чином, на основі найбільш характерних для респондентів ФР сформовано алгоритм прогнозування недостатньої МА, враховуючи чутливість та специфічність перерахованих факторів, їх поширеність та вікові особливості респондентів (табл. 5.5).

При визначенні прогностичної цінності ФР, PPV була менше 63%, адже залежала від поширеності недостатньої МА, а цей показник суб'єктивно був занижений. Проте, коли аналогом активності були вибрані заняття фізичними навантаженням 2-5 разів на тиждень PPV зросла до 89%.

Важливо, що серед неактивних переважали респонденти з вищою освітою ( $66,67 \pm 7,03$ )% проти ( $49,28 \pm 3,46$ )% решти респондентів, ( $\chi^2=4,486$ ;  $p=0,035$ ), що може свідчити про більш критичну оцінку власної активності щодо збереження здоров'я.

Таблиця 5.5 – Оцінка ФР для прогнозування недостатньої МА респондентів

Чинники	Статистичні тести				
	$\chi^2$	p	Se (%)	Sp (%)	OR 95%CI
Не споживали достатньо фруктів та овочів, крім картоплі	13,61	<0,001	68	55	2,595 [1,556-4,328]
Відсутність занять 2-3 рази (або 4-5) на тиждень**	12,26	<0,001	<b>77</b>	44	2,602 [1,513-4,474]
Відсутність щоденної зарядки*	6,98	0,009	87	26	2,388 [1,238-4,608]
Не обмежували сіль* (чоловіки)	8,32	0,004	80	42	2,935 [1,393-6,183]
Не обмежували цукор	4,81	0,029	66	48	1,757 [1,060-2,915]
Не обстежувалися на вміст ХС в крові	6,62	0,011	96	21	5,748 [1,308-25,249]
Не зверталися до лікаря з профілактичною метою	4,44	0,036	81	31	1,862 [1,040-3,335]

\*переважно для середнього віку; \*\*переважно для молодого віку

Із рівнем освіти та активністю не була пов'язана потреба в медичних знаннях, про яку повідомили (46,46±3,13)% респондентів без статистичної різниці за статтю, разом з тим, (29,53±2,86)% осіб вважали, що таких знань не потребували (у більшості не цікавилися), а (24,02±2,68)% респондентів не змогли визначитися.

На запитання, чого очікують від реформи охорони здоров'я, (44,95±4,76)% респондентів відповіли про покращання ситуації. Це відмітила більша половина неактивних жінок та майже третина чоловіків (30,56±3,84)%. У цілому, 40% очікували покращання, частки тих, хто не очікував змін, або передбачав погіршення, або ж не цікавився питаннями охорони здоров'я виявились однаковими (по 20%).

Проведений аналіз важливих для респондентів характеристик способу життя та медичного досвіду, якими вони керувалися для визначення власної МА, дав можливість подальшого пошуку асоціацій між чинниками, які сприяли або стримували МА. Враховуючи чітку визначеність показників щодо занять фізичними вправами (не менше 30хв. від 2-3 і більше разів на тиждень) та показника виконання щоденної фізичної зарядки (особливо для середнього і



старшого віку), їх високу спряженість із загальною активністю, контролем за харчуванням та ФА, проведений детальний аналіз поєднання характеристик респондентів за даними ознаками.

Група респондентів, які повідомили про регулярні заняття фізичними вправами (2-3 і більше разів на тиждень тривалістю не менше 30 хв.), склала 291 осіб (середній вік  $37,83 \pm 0,73$ ), з них 53,95% чоловіків та 46,05% жінок. Серед респондентів, які займалися фізичними вправами, було більше осіб з вищою освітою ( $61,86 \pm 2,85$ )%, ніж серед тих, хто про заняття не повідомляли ( $52,86 \pm 1,61$ )%, ( $p=0,007$ ). Фактично усі ФР, які можна було використовувати для оцінки загальної МА, знайшли підтвердження у відповідності до занять фізичними вправами. Перелік показників розширився за рахунок охоплення не лише групи «ярмарок2», але усієї сукупності респондентів («ринок», «ярмарок1», «службовці»), тому перекликався з показниками, які асоціювалися з контролем за харчуванням та фізичною активністю (додатки Г-5, 6).

За результатами повідомлень респондентів-чоловіків, які займалися фізичними вправами, перелік статистично значимих позицій був ширшим за рахунок візитів до лікаря, у т.ч. з профілактичною метою («ринок» та «ярмарок2»), відсутності куріння, обстеження на вміст ХС та цукру ( $p=0,056$ ) в крові. Чоловіки, які не займалися регулярними вправами, не обмежували цукор у раціоні частіше ( $74,68 \pm 3,50$ )%, ніж респонденти, які займалися ( $58,18 \pm 6,65$ )%, ( $\chi^2=5,284$ ;  $p=0,022$ ), (додаток Г-7).

Для респондентів-жінок, які регулярно займалися фізичними вправами, характерними була більша частота доброго стану здоров'я ( $p<0,001$ ) та почуття власної відповідальності ( $p<0,01$ ). Жінки, які не займалися фізичними вправами, відповідальність за створення умов для збереження здоров'я зазвичай покладали на державу, медицину, громаду ( $p<0,01$ ), (додаток Г-8).

Фізична активність у вигляді регулярних занять фізичним вправами сприяла зменшенню поширеності основних ФР НІЗ та їх поєднанню. У чоловіків, які не займалися регулярними фізичними вправами, частіше були наявні ФР (від одного до чотирьох), ніж у тих, які займалися – ( $95,40 \pm 0,98$ )%

проти  $(75,16 \pm 3,45)\%$  ( $\chi^2=54,32$ ;  $p<0,001$ ), відмінностей у поширеності 1-2 ФР не виявлено. Серед жінок, які не займалися фізичними вправами, мали ФР  $(85,52 \pm 1,57)\%$  проти  $(55,22 \pm 4,30)\%$  респонденток, які займалися ( $\chi^2=58,867$ ;  $p<0,001$ ), причому відмінність спостерігалася навіть на рівні поширеності 1-2 чинників –  $(70,83 \pm 2,020)\%$  проти  $(50,75 \pm 4,32)\%$  ( $\chi^2=19,205$ ;  $p<0,001$ ).

Інформація від лікаря була джерелом знань про охорону здоров'я для третини респондентів  $(31,56 \pm 1,47)\%$ . Проте, половина респондентів (незалежно від регулярних занять фізичними вправами) повідомила, що не отримала конкретних рекомендацій із ЗСЖ. Щодо консультацій лікаря із ФА, респонденти, які не займалися фізичними навантаженнями, статистично достовірно отримали таких послуг менше. Важливо, що ті, хто отримував поради лікаря, частіше їх не дотримувалися (додаток Г-9).

У результаті порівняння відповідей респондентів залежно від занять фізичними вправами сформовано оціночну таблицю чинників, які можна використовувати для прогнозування недостатньої МА (табл. 5.6).

Для респондентів середнього віку  $(44,97 \pm 1,01)$  доступнішим було виконувати щоденну фізичну зарядку, тому проаналізовано поєднання ФР саме з даною характеристикою як аналогом медичної активності (додатки Г-10, 11). Виконання фізичної зарядки було інформативним показником як серед чоловіків, так і серед жінок. Чоловіки, які не виконували зарядку, частіше повідомляли, що не проходили ЕКГ  $(68,64 \pm 4,27)\%$ , ніж ті, хто її виконував  $(48,15 \pm 9,62)\%$  ( $\chi^2 = 4,048$ ;  $p=0,045$ ), (ВШ (OR) 2,358 95%ДІ (СІ) [1,008-5,512]); аналогічно щодо відсутності обстеження на вміст цукру в крові –  $(76,37 \pm 2,12)\%$  проти  $(60,00 \pm 5,66)\%$ , ( $\chi^2 = 8,757$ ;  $p=0,004$ ), (ВШ (OR) 2,154 95%ДІ (СІ)[1,286-3,610]).

Жінки, які не виконували щоденну фізичну зарядку, частіше не обмежували споживання цукру  $(65,44 \pm 4,08)\%$ , ніж ті хто виконував  $(30,77 \pm 9,05)\%$ , ( $\chi^2 = 10,922$ ;  $p<0,001$ ), (OR 4,261 (95%СІ)[1,724-10,529]), а обстеження на вміст цукру в крові не залежало від виконання фізичної зарядки.

Таблиця 5.6 – Оцінка ФР для прогнозування недостатньої МА респондентів (за відсутністю регулярних занять фізичними вправами)

Чинники	Скринінгові тести				
	$\chi^2$	p	Se (%)	Sp (%)	OR 95%CI
Не контролювали харчування	42,247	<0,001	56	76	4,138 [2,638-6,489]
Не споживали фруктів та овочів, крім картоплі	41,43	<0,001	59	59	2,375 [1,818-3,103]
Не обмежували сіль	28,201	<0,001	75	42	2,141 [1,611-2,846]
Не обмежували цукор*	7,711	0,006	70	45	1,927 [1,209-3,073]
Не обмежували жир	18,81	<0,001	79	36	2,135 [1,509-3,022]
Курили*	5,81	0,016	39	72	1,623 [1,093-2,412]
Не відвідували лікаря*	4,11	0,043	61	48	1,457 [1,012-2,099]
Не розуміли потреби профілактичних візитів	6,175	0,013	52	64	1,987 [1,151-3,430]
Не мали візитів до лікаря з профілактичною метою	27,452	<0,001	69	51	2,340 [1,695-3,231]
Не були у стоматолога	10,05	0,002	79	42	2,695 [1,437-5,053]
Не обстежувалися на ХС*	7,07	0,008	87	23	2,064 [1,200-3,548]
Не мали доброго стану здоров'я**	21,934	<0,001	72	46	2,910 [1,843-4,597]
Не відчували особистої відповідальності**	8,31	0,004	27	83	2,431 [1,330-4,444]
Знали про громадську відповідальність**	4,33	0,038	85	11	0,351 [0,164-0,752]
Не користувалися Інтернетом	10,82	<0,001	41	71	1,743 [1,249-2,433]

\*для чоловіків; \*\*для жінок

Інформація від лікаря не вважалася джерелом знань про охорону здоров'я серед жінок, які не виконували фізичну зарядку ( $69,85 \pm 2,14$ )% на відміну від тих, хто виконував ( $52,94 \pm 6,05$ )% ( $\chi^2 = 7,74$ ;  $p = 0,006$ ), (OR 2,059, (95% CI)[1,229-3,450]). Асоціація з тютюнокурінням не знаходила підтвердження за статтю. Для чоловіків невиконання фізичної зарядки асоціювалося в першу чергу з недотриманням рекомендацій з ФА – ( $81,58 \pm 4,45$ )% проти ( $60,87 \pm 10,18$ )% ( $\chi^2 = 4,246$ ;  $p = 0,040$ ). Отже, невиконання щоденної фізичної зарядки з високою

ймовірністю свідчило про недостатню МА (табл.5.7). Важливо, що стан здоров'я не мав значення для виконання щоденної фізичної зарядки, на відміну від занять регулярними фізичними навантаженнями.

Таблиця 5.7 – Оцінка ФР для прогнозування недостатньої МА респондентів (за відсутністю виконання щоденної фізичної зарядки)

Чинники	Статистичні тести				
	$\chi^2$	p	Se (%)	Sp (%)	OR 95%CI
Не споживали фруктів	38,15	<0,001	59	66	2,716 [1,962-3,760]
Не обмежували сіль	40,32	<0,001	75	49	2,807 [2,024-3,893]
Не обмежували цукор**	9,20	0,003	69	50	2,258 [1,323-3,853]
Не обмежували жир	19,53	<0,001	78	40	2,378 [1,607-3,520]
Курили	4,05	0,045	29	78	1,461 [1,008-2,116]
Не відвідували лікаря*	11,06	<0,001	54	60	1,700 [1,241-2,331]
Не обстежувалися на вміст цукру в крові*	6,46	0,012	70	41	1,623 [1,114-2,363]
Не обстежувалися на ХС	11,67	<0,001	84	29	2,054 [1,350-3,123]
Не вважали інформацію від лікаря джерелом знань **	3,97	0,047	70	39	1,456 [1,005-2,109]

\*для чоловіків \*\*для жінок

## 5.2 Предиктори медичної активності

Аналіз впливу чинників ризику на самооцінку МА респондентами (загальної та за напрямками) та оцінки асоціації даних чинників із відомими критеріями МА дозволив сформулювати перелік показників для прогнозування недостатньої МА пацієнтів (табл. 5.8).

За допомогою методу логістичного регресійного аналізу встановлено, предиктори загальної активності, а саме, «споживання фруктів та овочів, крім картоплі», «регулярні заняття фізичними вправами від 2-3 до 4-5 разів на тиждень не менше 30 хв.» та «відвідування лікаря з профілактичною метою»:

$$z = -4,518 + 0,998a + 0,877b + 0,839c, \quad (5.1)$$

де  $a$  – споживання фруктів та овочів, крім картоплі  $b$  – регулярні заняття фізичними вправами  $c$  - відвідування лікаря з профілактичною метою.

Таблиця 5.8 – Зведена оцінка ФР для прогнозування недостатньої МА (за повідомленнями респондентів)

№	Чинники	Статистичні тести		
		$\chi^2$	Se (%)	Sp (%)
1.	Не контролювали харчування	45	60	71
2.	Не споживали багато фруктів/овочів	28	62	60
3.	Не обмежували сіль	25	77	43
4.	Не обмежували жир	19	79	38
5.	Не обмежували цукор	7	68	48
6.	Не були фізично активними	61	61	72
7.	Не займалися вправами	12	77	44
8.	Не робили зарядку	7	87	26
9.	Курили	6	33	75
10.	Часто споживали алкоголь	2	35	72
11.	Не відвідували лікаря упродовж року	7	58	54
12.	Не користувалися інформацією лікаря	7	72	36
13.	Не були на профілактичному огляді	7	67	43
14.	Не були у стоматолога	6	79	39
15.	Не обстежувалися на ХС	6	85	23
16.	Не дотримувалися рекомендацій лікаря	5	79	35
17.	Не користувалися Інтернетом для пошуку медичної інформації	5	43	66
18.	Не обстежувалися на цукор крові	4	73	33
19.	Не розуміли потреби п/о	3	51	62
20.	Не відчували відповідальності	3	26	78

Встановлені предиктори (окремо один від одного) не мали достатньої точності у прогнозуванні загальної активності (рис.5.1).

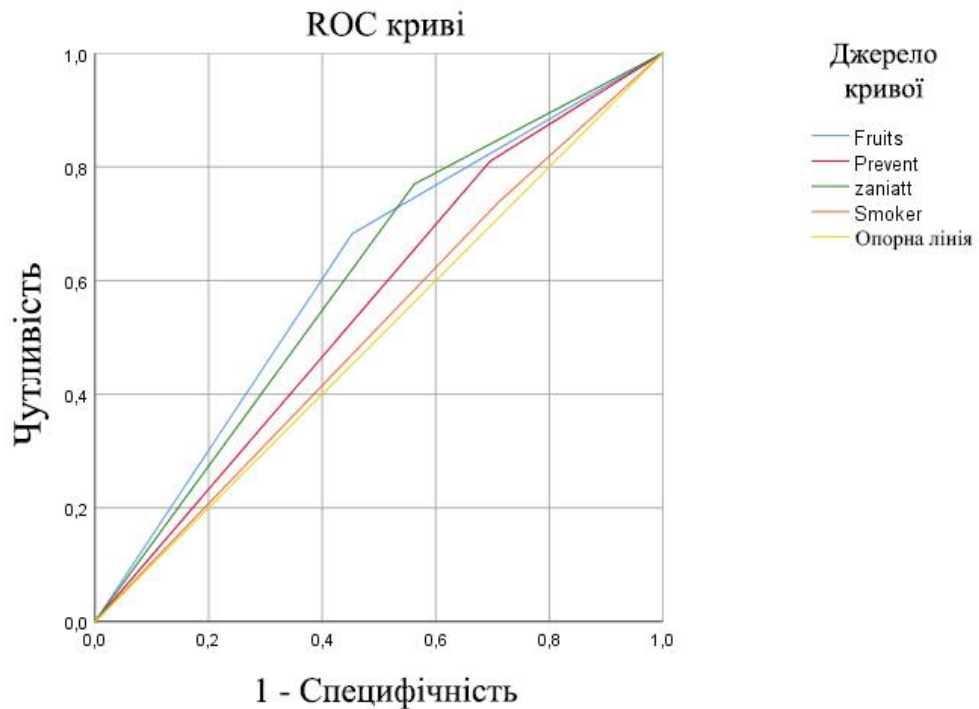


Рис.5.1 ROC крива статистичних тестів (Se, Sp) для прогнозування МА

Ймовірність (P) бути (залишатися) курцем (P=0,88) асоціювалася у чоловіків з відсутністю занять фізичною культурою (спортом), не дотриманням рекомендацій лікаря та з відсутністю відповідальності за власне здоров'я:

$$z = -0,16 - 0,74a - 0,88b - 0,56c, \quad (5.2)$$

де  $a$  – відповідальність за власне здоров'я;  $b$  – дотримання рекомендацій лікаря;  $c$  – регулярні заняття фізичною культурою.

Серед жінок ймовірність куріння (P=0,58) зберігалася при частому вживанні алкоголю, відсутності хронічних захворювань, наявності стресу, безвідповідальності за власне здоров'я та при «сприятливих» умовах на робочому місці (ринок):

$$z = -1,486 + 1,34a - 0,64b + 0,51c - 0,77d + 0,73e, \quad (5.4)$$

де  $a$  – часте вживання алкоголю;  $b$  – відсутність НІЗ;  $c$  – наявність стресу;  $d$  – відсутність відповідальності за власне здоров'я;  $e$  – «сприятливі» умови за місцем зайнятості.

Більше характеристик з ймовірністю  $P=0,75$  асоціюється з курінням серед респондентів без НІЗ:

$$z=-0,754-0,79a+0,54b-0,83c-0,55d-0,47e+0,66f-0,38g, \quad (5.5)$$

де  $a$  – відповідальність за власне здоров'я;  $b$  – часте вживання алкоголю;  $c$  – дотримання рекомендацій лікаря;  $d$  – відвідування лікаря упродовж року;  $e$  – жіноча стать;  $f$  – депресія;  $g$  – користування Інтернетом як джерелом інформації про охорону здоров'я.

Для чоловіків без НІЗ ( $P=0,88$ ):

$$z=-0,113-0,88a+0,67b-1,17c-0,61d, \quad (5.6)$$

де  $a$  – відповідальність за власне здоров'я;  $b$  – регулярні заняття фізичною культурою;  $c$  – дотримання рекомендацій лікаря;  $d$  – отримання рекомендацій.

Для жінок без НІЗ ( $P=0,49$ ):

$$z=-0,718-0,79a+0,54b, \quad (5.7)$$

де  $a$  – часте вживання алкоголю;  $b$  – відповідальність за власне здоров'я.

За наявності НІЗ ймовірність залишатися курцем асоціюється у чоловіків, не зважаючи на погіршення самопочуття, з відсутністю успішної роботи, частим вживанням алкоголю, не дотриманням рекомендацій лікаря та не виконанням фізичної зарядки ( $P=0,81$  – для молодих;  $P=0,94$  – для середнього віку) (5.8). У жінок ( $P=0,42$ ) залишатися курцем сприяє робота на ринку (на відміну від чоловіків), часте споживання алкоголю та не відвідування лікаря упродовж року (5.9). Для чоловіків з НІЗ:

$$z=-2,544+1,52a-1,78b+1,37c+3,396(1)d-1,92e-1,5f, \quad (5.8)$$

де  $a$  – погіршення самопочуття;  $b$  – зайнятість на ринку;  $c$  – часте споживання алкоголю;  $d$  – вікова категорія (1-молоді);  $e$  – дотримання рекомендацій лікаря;  $f$  – виконання фізичної зарядки.

Для жінок з НІЗ:

$$z=-3,354+1,36a+1,07b+1,26c, \quad (5.9)$$

де  $a$  – зайнятість на ринку;  $b$  – часте вживання алкоголю;  $c$  – не відвідування лікаря упродовж року.

Ймовірність частого споживання алкоголю у чоловіків асоціювалася з надлишковою масою тіла (ожирінням) та з не обмеженням споживання жирів ( $P=0,62$ ); у жінок ( $P=0,88$ ) асоціюється з курінням, відсутністю занять фізичною культурою, хорошим самопочуттям, надлишковою масою тіла (ожирінням), фінансовими труднощами щодо медичного обстеження у приватних закладах. Загалом, споживанню алкоголю, при наявності НІЗ, сприяє зайнятість на ринку.

Ймовірність споживання фруктів тісно асоціюється з іншими характеристиками контролю за харчуванням та фізичної активності, тому важливо дотримання рекомендацій лікаря (чоловіки,  $P=0,46$ ). Загалом, достатнє вживання м'яса, риби, обмеження солі, виконання фізичної зарядки, відпочинок на свіжому повітрі та хороше самопочуття (жінки,  $P=0,48$ ) (для чоловіків + обмеження жирів) асоціюється з споживанням достатньої кількості фруктів. Аналогічно заняття фізичною зарядкою та регулярні заняття фізичною культурою асоціюються із здоровим харчуванням та дотриманням рекомендацій лікаря.

За аналогією інструменту РАМ виокремлено 4 стадії становлення МА серед респондентів але за самооцінкою та за наявними поведінковими ФР: 1 стадія – визнають себе неактивними (20%) / мають 3-4 поведінкових ФР (20%), не дотримуються ЗСЖ; 2 стадія – не визначилися із власною активністю (30%) / мають 1-2 ФР (65%), частково дотримуються ЗСЖ; 3 стадія – визнають себе активними (50%), не мають ФР (15%), дотримуються правил ЗСЖ; 4 стадія – відповідає третій, проте додається вміння дотримуватися здорової поведінки у нестандартних умовах (карантин, тощо). За встановленими предиктори МА: «споживання фруктів та овочів, крім картоплі» ( $p<0,001$ ), «регулярні заняття фізичними вправами від 2-3 до 4-5 разів на тиждень» ( $p<0,001$ ) та «відвідування лікаря з профілактичною метою» ( $p<0,05$ ) активними щодо збереження свого здоров'я можна вважати лише 6% респондентів, яких міг би віднести лікар за активністю до 4 стадії. Розподіл за стадіями МА підтверджувався дотриманням



респондентами рекомендацій від лікаря лише щодо перших двох стадій, а саме, перша стадія -  $(12,24 \pm 3,31)\%$ , друга –  $(26,42 \pm 2,55)\%$  ( $\chi^2=8,396$ ;  $p=0,004$ ). Відмінність між сприйнятою МА (та/або станом здоров'я) за самооцінкою та визначеною лікарем за результатами опитування/обстеження додатково свідчила про медичну грамотність пацієнта.

### **5.3 Профілактична активність лікарів первинної ланки**

Проведене опитування лікарів первинної медичної допомоги (ПМД) у кількості 105 осіб, відібрано 103 анкети для аналізу. Із 103 респондентів було 64 сімейних лікарів (62,14%) та 39 дільничних терапевтів міської поліклініки (37,86%). Надавали консультації пацієнтам з питань харчування 84 (81,55%), з питань фізичної активності – 87 (84,47%), із шкідливості тютюнокуріння – 86 (83,50%), щодо зловживання алкоголем – 81 – (78,64%). Загалом, 80% лікарів проводили консультивання з питань 4-х основних ФР НІЗ.

Проводили диспансерне спостереження за здоровими 39 (37,86%); за особами з груп ризику 77 (74,46%); та хронічними хворими 86 (83,50%). Були задіяні у профілактичних оглядах працівників певних організацій 49 (47,57%), причому, серед сімейних лікарів – 41 (39,81%), серед дільничних терапевтів – 8 (7,77%) ( $\chi^2=18,427$ ,  $p<0,001$ ). В індивідуальних профілактичних оглядах були задіяні 70 (67,96%) лікарів.

Щодо форм профілактичної роботи, індивідуальні профілактичні консультивання застосовували 96 (93,20%) лікарів; групові – частіше сімейні лікарі 44 (68,75%) проти 17 (43,59%) дільничних терапевтів ( $\chi^2=6,352$ ,  $p=0,012$ ); аналогічно ЗМІ – 40 (62,50%) проти 15 (38,46%) ( $\chi^2=5,627$ ,  $p=0,018$ ).

Користувалися профілактичними технологіями щодо визначення ІМТ 91 (88,35%) лікарів; анкетною для виявлення ЦД 86 (83,50%); анкетною щодо виявлення ХОЗЛ 61 (59,22%); визначення індексу курця – частіше дільничні терапевти 29 (74,36%) проти 30 (46,88%) сімейних лікарів ( $\chi^2=7,481$ ,  $p=0,007$ ); аналогічно SCOOR – 34 (87,18%) проти 41 (64,06%) ( $\chi^2=6,542$ ,  $p=0,011$ ).

Лікарі, які працювали в обласному центрі мали можливість обстежити хворих на цукор та ХС у своєму закладі на 100%, сімейні лікарі – 58 (90,63%) на цукор ( $\chi^2=3,882$   $p=0,049$ ) та 18 (28,13%) на ХС ( $\chi^2=50,653$ ,  $p<0,001$ ), сімейні лікарі у сільській місцевості – 2,94%.

Формували серед пацієнтів групи ризику на серцево-судинні захворювання 96 (93,20%) лікарів, цукрового діабету 92 (89,32%), ХОЗЛ- 86 (83,50%), рак легень – 78 (75,73%), у сільській місцевості 22 (64,71%). Направляли на консультацію до вузьких фахівців з метою профілактичного огляду 38 (36,89%); з метою діагностичного результату 95 (92,23%) та призначення лікування 96 (93,29%) лікарів.

Відчували проблеми у проведенні профілактичної роботи: недостатню кількість розроблених пам'яток 67 (65,05%), технічних засобів 63 (61,17%); недостатнє забезпечення папером 65 (63,11%); транспортом 66 (64,08%); недостатньо робочого часу 46 (44,66%): у сімейних лікарів 33 (51,56%), у сільській місцевості 18 (52,94%) у дільничних терапевтів, які працюють у місті – 13 (33,33%) ( $\chi^2=4,281$ ,  $p=0,039$ );

9 лікарів (8,74%) вважали, що не доцільно проводити роз'яснювальну роботу; 38 (36,89%) відмічали низьку прихильність пацієнтів до профілактичних втручань, у сільській місцевості до 50%.

Сімейні лікарі (мали досвід) частіше взаємодіяли з органами місцевого самоврядування, ніж дільничні терапевти - 51 (79,69%) проти 14 (35,90%) ( $\chi^2=19,959$ ,  $p<0,001$ ); аналогічно з лабораторними центрами - 19 (29,69%) проти 2 (5,13%) ( $\chi^2=9,005$ ,  $p=0,003$ ). З громадськими, релігійними організаціями співпрацювали однаково часто 22 (21,36%).

Для вивчення потреби та організації різнопланових регіональних освітніх проектів з профілактики НІЗ можна запропонувати роль відповідального координатора на рівні обласних (міських) центрів здоров'я або регіональних представництв Центру громадського здоров'я у рамках впровадження заходів Національного плану боротьби з НІЗ. Проведений нами аналіз засвідчив, що науково-практичні конференції профілактичного спрямування можуть

слугувати платформою для обговорення проблемних питань, адже мають низку відмінностей від традиційних академічних.

План конференцій узгоджувався на рік, дати зібрань підбиралися напередодні визначних оздоровчих дат з інформуванням лікарів щодо тематики питань, які виносяться для обговорення. Встановлено, що з 53 конференцій профілактичного спрямування, які відбулися упродовж 12 років на базі міської поліклініки (4-5 конференцій щорічно) 40 (75,5%) були присвячені тим чи іншим питанням профілактики НІЗ, з них 70% безпосередньо питанням серцево-судинних захворювань, діабету, онкологічних захворювань, хронічного обструктивного захворювання легень та бронхіальної астми. Решта – 30% стосувалися репродуктивного здоров'я, здорової старості та дотичних соціальних питань. Активну участь в організації заходів приймали співробітники 13 кафедр 17 науковців (у т.ч. 9 професорів, 6 доцентів) Буковинського державного медичного університету. Для виступів були запрошені також організатори охорони здоров'я: головні лікарі обласного центру здоров'я, завідувач жіночої консультації міського клінічного пологового будинку №1; лікарі-епідеміологи тодішньої міської санітарної - епідеміологічної станції (СЕС); фахівці обласних, міських закладів та поліклініки. На конференціях із соціальних питань були присутні директор міського центру «Турбота»; директор міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді; виконавчий директор Благодійного фонду «Нова сім'я» та представник обласної громадської організації «Сучасник». Організатором усіх науково-практичних конференцій профілактичного спрямування за підтримки адміністрації було відділення профілактики поліклініки. Для зворотного зв'язку із лікарями та медичними сестрами використовувався метод бліц-опитувань. Прикладом ефективності можна визнати зміни у проведенні роботи з припинення пацієнтами тютюнокурінні. Так, за матеріалами однієї з конференцій (30.05.2007 рік) щодо тютюнокуріння як визначального показника оцінки способу життя, позитивно відповіли 100% (18) присутніх. Проте наступного року (29.05.2008 рік) лише 14,8% (4) опитаних повідомили, що

проводять достатньо активну роботу з пацієнтами-курцями щодо припинення шкідливої звички. У той же час, інші не проводили активну індивідуальну роботу з таких причин: не вірили у результат 44,4% (12); не знали даної технології, не вистачало часу та не було звітності з даного питання – по 7,4% (2); самі не були прикладом ЗСЖ – 11,1% (3); відсутність заохочення – 14,8% (4). Через 5 років на подібне запитання щодо надання порад відмови від куріння позитивно відповіли 78,3% (18) медичних працівників. Разом з тим п'ятеро (21,7%) відмітили незацікавленість пацієнтів у змінах способу життя, а 2 (8,7%), що пацієнти у відмові від куріння не потребують допомоги лікаря.

При паралельному опитуванні пацієнтів закладу спостерігалось збільшення кількості тих, хто отримує інформацію про збереження здоров'я від медичних працівників, переважно, це були жінки, які курять.

Таким чином, науково-практичні конференції профілактичного спрямування можуть бути ефективними неформальними формами післядипломної освіти для медичних працівників ПМСД, площадками для обговорення та взаємодії з системою громадського здоров'я щодо впровадження профілактичних програм на рівні громади.

Встановлено, що групові методи просвітницької роботи для пацієнтів у межах медичного закладу поєднують засвоєння загальної (тематичної) інформації на рівні групи і одночасно створюють сприятливу атмосферу для живого спілкування, соціальної адаптації та бажання покращити свій стан здоров'я. Перспективним та апробованим на рівні міської поліклініки став проект «Школа здоров'я», де навчають і проводять нескладні профілактичні обстеження, визначають ризики, аналізують динаміку показників. Проведений нами аналіз дозволив виділити основні моменти, які необхідно враховувати при впровадженні такого методу санітарної освіти, це: наявність групи лікарів-консультантів, однодумців; наявність і облаштування зручного просторого залу; організація системи запрошень населення; обладнання для мультимедійних презентацій, медичне обладнання для простих профілактичних вимірювань; забезпечення можливості індивідуальних консультацій;

оформлення виставок наочних засобів санітарної освіти; підтримка зворотного зв'язку для вивчення думки самих пацієнтів. За даними опитування 40% слухачів шкіл цікавляться переважно проблемою, яка торкнулася їх особисто. Друга група відвідувачів школи здоров'я (60%) опитаних, цікавляться всіма можливими питаннями збереження здоров'я та попередження захворювань, вони активні, охоче діляться інформацією зі знайомими, готові до волонтерської діяльності. Робота лікарів первинної ланки в цьому питанні безпосередньо залежить від їх особистої мотивації і налагодження взаєморозуміння в питаннях збереження здоров'я з населенням, яке вони обслуговують. Запропоновано критерії для оцінки якості організації школи здоров'я, які можна використовувати для аналізу проведених заходів та вдосконалення майстерності (додаток Г-12).

#### Висновки до розділу 5.

1. Задекларована у відповідях наявність контролю за харчуванням не відображала загальну МА респондентів, адже, «контролюючи» харчування, 40% з них не споживали щодня багато фруктів та овочів, більше 60% – не обмежували сіль та жир, більше 70%– не споживали достатньо риби, майже 30% – не були ФА, більше 30% чоловіків та майже 15% жінок курили та більше 20% часто споживали алкоголь.

2. Визнання себе ФА не відображало загальну МА респондентів, адже, такі респонденти часто не контролювали харчування (майже 40%), недостатньо споживали фрукти та овочі (більше 50%), курили (35% чоловіків), не відвідували лікаря з профілактичною метою (60%) та не користувалися отриманою від лікаря інформацією (більше 60%).

3. Кожний п'ятий респондент, який вважав себе активним, мав 3 або 4 поєднаних ФР; серед неактивних та тих, хто не визначився – кожний третій. Наявність основних ФР (від одного до чотирьох поєднаних між собою) мало велику чутливість для визначення низької МА (94%), але надто низьку

прогностичну цінність (53%), адже висока їх поширеність спостерігалася і серед заявлених активними (83%).

4. Повідомлення про заняття фізичними вправами від 2-3 до 4-5 разів на тиждень (як аналог загальної МА) асоціювалися з візитами до сімейного лікаря упродовж року, проходженням профілактичних оглядів, обстеженнях на вміст цукру та ХС крові серед чоловіків; у доброму самопочутті, у відчуттях особистої та розумінні громадської відповідальності за створення умов для збереження здоров'я серед жінок.

5. Респонденти, які повідомили про щоденне виконання фізичної зарядки, частіше: контролювали своє харчування; відвідували лікаря упродовж року; користувалися інформацією про охорону здоров'я від лікаря (особливо жінки); були менше схильні курити (не підтверджується за статтю); обстежувалися на рівень цукру та ХС крові; проходили ЕКГ (в основному чоловіки) у порівнянні з тими, хто не виконував. Повідомлення про виконання щоденної фізичної зарядки також асоціювалося із зниженням частоти (починаючи з 3-4-х) поєднаних чинників ризику серед респондентів.

6. Встановлено предиктори МА: «споживання фруктів та овочів, крім картоплі», «регулярні заняття фізичними вправами від 2-3 до 4-5 разів на тиждень» та «відвідування лікаря з профілактичною метою». «Завищені» показники активності респондентів за самооцінкою (50 %) можна розцінювати як бажання бути активними у питаннях збереження здоров'я.

7. Встановлено відмінності за статтю у характеристиках, які сприяють бути (залишатися) курцем та часто споживати алкоголь, в т.ч. за наявності НІЗ. Споживання фруктів тісно асоціювалося з іншими характеристиками контролю за харчування, фізичної активності та дотриманням рекомендацій лікаря.

Матеріали розділу висвітлені у наступних наукових працях:

1. Чебан ВІ, Власик ЛІЙ. Актуальные аспекты усовершенствования профилактики неинфекционных заболеваний на уровне первичного звена

оказания медицинской помощи. Sănătate publică, economie și management în medicină. Revistă științifico-practică. 2016;3(67):35-8.[338].

2. Власик ЛЙ. Науково-практична конференція профілактичного спрямування як форма удосконалення у питаннях профілактики основних неінфекційних захворювань. Економіка і право охорони здоров'я. 2018;2(8):5-10.[339].

3. Власик ЛЙ. Медична активність як ключовий аспект у запобіганні неінфекційних захворювань серед економічно активного населення. Колективна монографія за заг. ред. ВМ Ждана та ІА Голованової. Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи. Полтава:ТОВ «Фірма «Техсервіс»; 2020. с.14-23. [340].

4. Рингач НО, Власик ЛЙ. Принцип залучення громадян: реалізація у сфері громадського здоров'я. «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики сьогодення і перспективи розвитку»: матеріали Другого міжнар. укр.-нім. симп. з громад. здоров'я; 2020 Вересень 22–24; Тернопіль: ТНМУ; 2020, 67 с. [341].

5. Рингач НО, Власик ЛЙ. Профілактика основних чинників ризику неінфекційних захворювань: самооцінка активності лікарів. International scientific and practical conference “Today’s problems in medicine, pharmacy and dentistry”; 2020 Dec 17-18; Arad; 2020, p.167-8. [342].

## РОЗДІЛ 6

# НАУКОВЕ ОБГРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ УДОСКОНАЛЕННЯ БАГАТОФАКТОРНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА РІВНІ ПМСД ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

НІЗ названо неприйнятною сліпою плямою на колективному шляху до сталого розвитку, спричиняючи набагато більше смертей та інвалідності, ніж будь-яка інша група захворювань [50]. Нинішня пандемія COVID-19 загострила увагу на НІЗ як супутніх захворюваннях, які значно погіршують перебіг та тривалість хвороби [80]. Ми сконцентрували наше дослідження навколо двох завдань, поставлених у Глобальному плані дій з профілактики НІЗ на 2013-2020 роки, а саме проблемі поширеності ФР (запропонованих для моніторингу) та викликам, які перешкоджають загальному охопленню населення медико-санітарною допомогою, в першу чергу, охоплення населення профілактичними заходами у рамках попередження та своєчасного виявлення основних НІЗ. При тому, ми не обійшли увагою соціальні детермінанти та медико-соціальне обґрунтування заснованих на фактичних даних стратегій, які мають лягти в основу заходів із зміцнення здоров'я.

Найбільш соціально значущою проблемою НІЗ є мультиморбідність [1]. Так, ХОЗЛ та ішемічна хвороба серця (ІХС) часто поєднуються, спричиняючи часту і тривалу госпіталізацію та інвалідність [344-346]. Причиною пізньої діагностики ХОЗЛ є низька поінформованість населення, недостатня настороженість лікарів первинної ланки щодо пацієнтів з ранніми їх симптомами і наявними ФР [321, 347]. Результати нашого дослідження на прикладі амбулаторних пацієнтів та госпіталізованих хворих, присвяченого саме проблемі поєднаної патології, дозволили з'ясувати, що період активного попередження (або раннього виявлення) ХОЗЛ можна розширити прицільною увагою і оздоровленням хворих із захворюваннями верхніх дихальних шляхів (ВДШ), особливо з алергічними проявами, які часто передують хронічним хворобам. Встановлено, що ширше застосування первинного скринінгу ХОЗЛ



серед чоловіків-курців дозволяє більш чітко виділити групу ризику осіб, які мали б підлягати спірографічному обстеженню. Позитивний первинний скринінг ХОЗЛ може сприяти розширенню «вікна» між захворюваннями для профілактичних втручань з використанням оцінки ризику фатальних ускладнень серцево-судинних захворювань (ССЗ) за шкалою SCORE (рис.6.1). Актуальність питання підкреслюється надто низьким рівнем поширеності хвороб органів дихання визначеним методом самооцінки серед чоловіків, зайнятих на ринку (2%, за поширеності куріння 33 %).

Для аналізу поширеності ФР НІЗ серед населення і розробки заходів з її зменшення рекомендовано використовувати систему епідеміологічного моніторингу, зокрема, інструмент STEPS [46]. За результатами дослідження ми можемо запропонувати розширення певних модулів STEPS для застосування в Україні. Зокрема, враховуючи високу поширеність куріння серед осіб молодого та середнього віку та низьку наявність (за самооцінкою) захворювань органів дихання (особливо серед чоловіків), доцільно висвітлити історію розвитку хронічних хвороб органів дихання. Актуальним для осіб старше 40 років після розділу «Вживання тютюну» буде додавання запитань первинного скринінгу ХОЗЛ (куріння, наявність кашлю, виділення мокротиння та задуха). Також, розглядаючи ЕАН як цільову групу для профілактики НІЗ та достатньо вагому частку професій, для яких передбачено проходження профілактичних оглядів (попередніх, періодичних), пропонуємо включення запитання щодо участі в програмах скринінгу (окрім вказаного скринінгу раку шийки матки) та профілактичних оглядах, що може характеризувати медичну активність (МА). Також, на нашу думку, розділ «Раціон харчування» доцільно було б доповнити питаннями щодо споживання м'яса нежирних сортів, риби та морепродуктів; а розділ «Фізична активність» запитаннями щодо доступності місць занять спортом та проведення вільного часу. Названі розділи важливі для спостереження за надлишковою масою тіла (НМТ) та розвитком ожиріння, які найчастіше призводять до ЦД 2 типу, що прискорює приєднання та погіршує перебіг ССЗ.

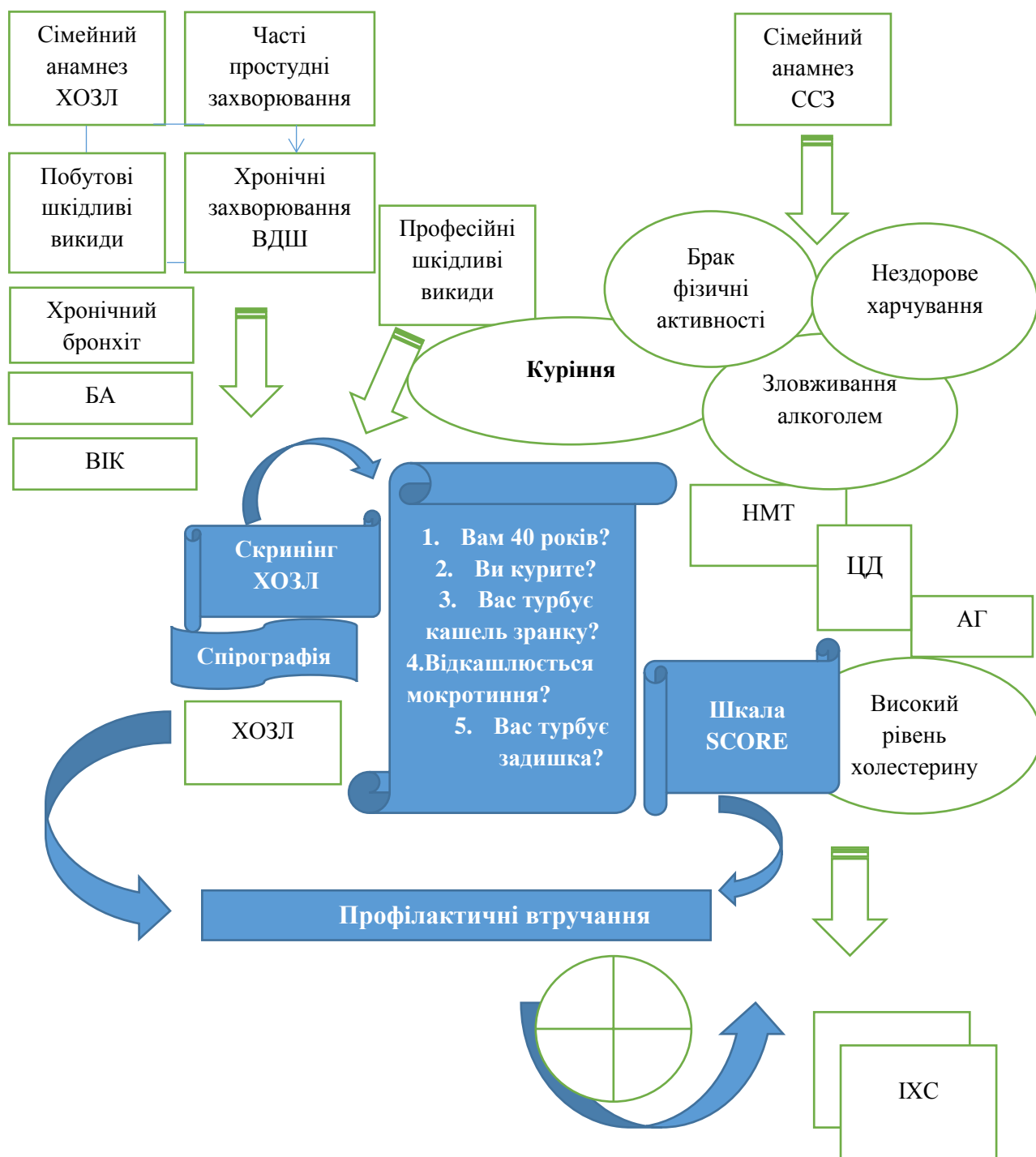


Рис. 6.1 Дії лікаря ПМСД із формування групи ризику та своєчасного виявлення ХОЗЛ (скринінг-опитування) та ІХС (шкала SCORE)

Нами запропонований метод оцінки ефективності корекції НМТ та оцінки ризику розвитку ожиріння, який можна використовувати на рівні первинної ланки. Таким чином, сфера інтересів медичних працівників ПМСД окреслюється впливом на поведінкові ФР, патологічні стани та захворювання, які найчастіше за віком передують основним НІЗ та створення умов для зміцнення здоров'я шляхом співпраці із зацікавленими секторами (рис.6.2).

Основним завданням нашого дослідження було проаналізувати бачення та ставлення до збереження здоров'я саме населення (колишніх та потенційних пацієнтів) як безпосередніх учасників медичного обслуговування. Метод самооцінки передбачав помилку згадування, тому ми враховували долю упередженості при трактуванні результатів [289]. Слід зазначити, що чоловіки з низьким рівнем грамотності були менш прихильні до заповнення анкет (з їхніх слів «ніколи нічого не заповнювали»), у кращому випадку погоджувалися на опитування («ну-питайте»). Саме цим можна пояснити однакову частку чоловіків із вищою освітою серед респондентів досліджуваних груп. Жінок із вищою освітою серед зайнятих на ринку було менше (41,88%) і, відповідно, більше осіб із середньою спеціальною - 29,86% (ярмарок 18,55%). Абсолютна більшість респондентів були одружені, на ринку нерідко працювали сім'ями. У середньому та старшому віці зростала частка вдів серед жінок: 45-59 років – 10,77% та 60-69 років – 40,0%. Можна припустити, що відносно менше порівняно з віковим розподілом зайнятого населення представництво чоловіків 45-59 та 60-69 років на ринку зумовлено станом здоров'я. Доведено, що хоча вплив стресу на робочому місці на серцево-судинні події (або смерті від неї) вважається незначним у порівнянні із основними/головними ФР (наприклад, куріння), проте є докази того, що на доклінічних стадіях ІХС працівник підсвідомо скорочує робочий день, зменшуючи робоче навантаження [180]. З іншого боку, у високорозвинутих країнах за наявного НІЗ (цукрового діабету) шанси працевлаштування чоловіків зменшуються [64].

У нашому дослідженні спостерігались випадки, коли більш фінансово успішні чоловіки середнього та старшого віку з огляду стану здоров'я могли

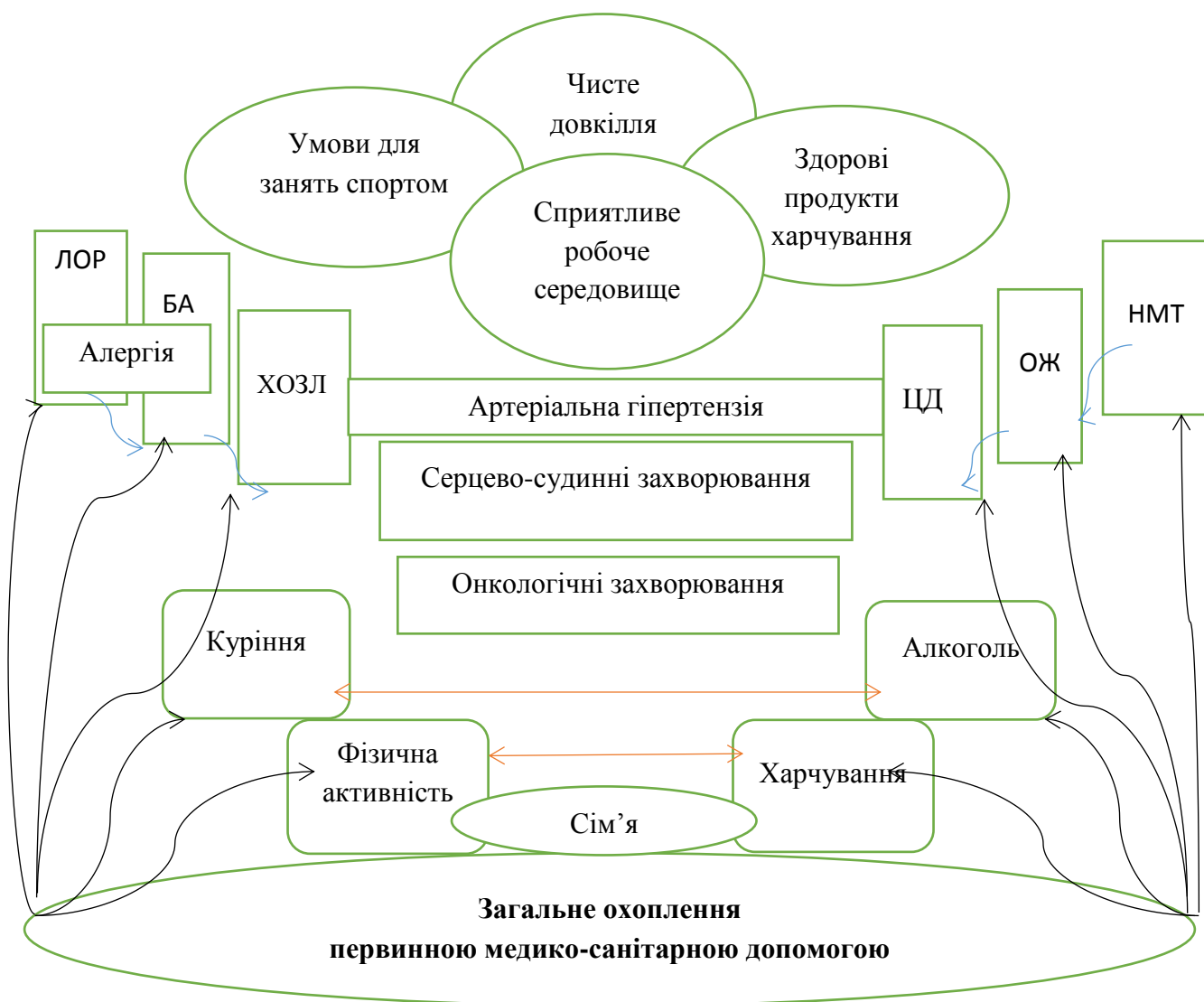


Рис. 6.2 Сфера інтересів ПМСД в питаннях боротьби з НІЗ (за результатами дослідження)

користуватися послугами найманих працівників. Також ми враховували застереження що крос-секційні дослідження робочих колективів можуть не охопити тимчасово відсутніх через хворобу [209]. Робота у сфері торгівлі суб'єктів господарювання пов'язана з непередбачуваними ситуаціями та ризиком. Додатковими факторами можна було вважати соціальну незахищеність, нестабільність і невпевненість щодо зайнятості у майбутньому. Специфічне поєднання чинників доповнює моделі стресу для різних сфер зайнятості та може бути врахованим у багатофакторній профілактиці НІЗ [183].

Ми не ставили перед собою завдання тестувати нульову гіпотезу, щодо відсутності відмінностей (за низкою питань, які вивчалися) між зайнятими на ринку та іншими категоріями ЕАН, проте, за результатами дослідження, могли б її відхилити, показавши низку статистично достовірних особливостей.

При розробці анкети, у частині вивчення поширеності ФР, ми керувалися інструментом STEPS в адаптованому варіанті. Проте низка досліджень засвідчила, що поряд з ФР варто вивчати поведінку пацієнтів щодо їх взаємодії з надавачами послуг [141; 143]. До прикладу, STEPS включає скринінгові обстеження респондентів. Задля широкого та детального висвітлення проблеми основних НІЗ ми використали покроковий збір статистичних даних, на кожному з яких деталізували окремі питання ФР та досвіду звернень за медичною допомогою у т.ч. питання скринінгу. Уся генеральна сукупність респондентів отримала запитання щодо основних ФР та відвідувань лікаря упродовж року.

За даними STEPS по Україні у 2019 році 66,4% респондентів споживали недостатню кількість фруктів та овочів (менше 5 порцій щодня) [80]. У нашому дослідженні не споживали достатньо фруктів та овочів, крім картоплі 58% респондентів, що свідчить про доступність даних продуктів для зайнятого населення. Кожний 3-й респондент середнього віку та кожний четвертий молодого віку намагався обмежувати солоні продукти. За даними STEPS лише 13% споживали солі менше 5 г. на день. Контроль за харчуванням мали 55% чоловіків та 65% жінок у групі «ярмарок1», по 34%. у групі «ринок». Не

визначилися щодо контролю за харчуванням 16% респондентів, проте їхні характеристики наближалися до тих, хто контролював харчування, що враховано у наших рекомендаціях. Серед респондентів ринку виділялися вікові групи, які найменше контролювали своє харчування, це молоді чоловіки та жінки середнього та літнього віку, які були зайняті на ринку тривалий період (до 30 років). У групі «ярмарок» увага респондентів-чоловіків до складу харчування поступово зростала з віком, на відміну від жінок, близько 65% яких слідували за своїм харчуванням незалежно від віку. Низький та рівний контроль за харчуванням чоловіків та жінок, зайнятих на ринку, пов'язаний із однаковими умовами праці. З іншого боку, усі необхідні продукти харчування для них були доступнішими, тому корисні продукти вони споживали частіше, ніж решта представників ЕАН, проте обмежували тваринні жири, солоні продукти рідше (особливо чоловіки), тому що це потребувало певних зусиль та контролю. Доступність та великий вибір продуктів розширював можливості рекомендацій щодо здорового харчування.

Недостатність споживання фруктів, овочів, риби та необмеження в продуктах солі та жирів у 5-9 разів зменшувало ймовірність контролю за харчуванням. Проте, такі характеристики були достатньо поширеними і серед контролюючих, що знижувало їх прогностичну цінність. Вищий показник позитивної прогностичної цінності ФР спостерігався серед респондентів, де недостатній контроль за харчуванням був більш поширеним (група «ринок» РРV до 72%). Найбільш інформативним показником недостатнього контролю харчової поведінки було недостатнє споживання фруктів, яке фактично перекликалося з недостатнім споживанням овочів (крім картоплі). Останнім показником можна керуватися, якщо споживання великої кількості фруктів не рекомендоване за станом здоров'я. Часте споживання алкоголю та куріння не були чутливими тестами недостатнього контролю за харчуванням (Se 31%-38%), проте, за їх відсутності, ймовірність активності респондентів у питаннях вибору корисних або обмеження шкідливих продуктів для споживання зростала

(Sp 77%-78%). Респонденти, які не контролювали харчування, були в 4 рази більш схильними і до недостатньої фізичної активності.

У результаті аналізу рухової активності респондентів виявлено, що менше половини з них мали активні заняття, а саме виконували щоденну фізичну зарядку (15%) та (або) займалися спеціальними фізичними навантаженнями (вправами середньої інтенсивності) тривалістю не менше 30 хвилин 1-2 рази на тиждень (10%), 2-3 або 4-5 разів на тиждень (23%). Щодо складових рухової активності, спостерігалася різниця між фізично активними та неактивними ( $p < 0,001$ ). Не мали джерел для додаткової рухової активності 16% респондентів. За даними STEPS (2019), лише 10% населення не дотримувалися рекомендацій ВООЗ (150 хв. ФА середньої інтенсивності на тиждень). За результатами нашого дослідження ФА мала активну (зарядка, заняття, спорт, активний відпочинок), пасивну (вимушена рухливість: робота з навантаженням, робота по господарству, робота на присадибній ділянці, віддаленість роботи, незручний маршрут транспорту) та змішану складові (ходьба пішки, яка дає вибір). Саме за рахунок пасивної складової отримані такі високі показники ФА серед населення України. До того ж це є однією з причин, чому рекомендації лікаря мали обмежений вплив на її рівень та чому ФА не асоціювалася з досвідом звернень пацієнтів та рівнем освіти. Проте заняття фізичними вправами 3-5 разів на тиждень асоціювалися із зменшенням частоти куріння, турботою за стоматологічне здоров'я, обстеженням на цукор та ХС серед чоловіків.

Відмінність між частотою занять та виконанням фізичної зарядки серед осіб молодого, середнього та старшого віку була суттєвою, тому відсутність регулярних фізичних занять від 2-3 разів до 4-5 разів на тиждень була нами рекомендована для виявлення недостатньої МА у молодому віці, а не виконання фізичної зарядки – у середньому та старшому віці. Дані показники знайшли підтвердження інших чинників, характерних для окремих вікових груп респондентів. Хоча застосування певного чинника для оцінки активності пацієнта з нетипової вікової групи збільшує його специфічність, тобто заняття

фізичними вправами збільшує ймовірність активності у середньому та старшому віці, а виконання фізичної зарядки – у молодому.

На визнання себе фізично активними (на відміну від контролю за харчуванням) не впливали статус споживання алкоголю, візити до лікаря упродовж року, використання медичної інформації з Інтернету. Несподіваним виявився результат частоти обстеження на вміст цукру крові серед жінок, фізично активні – 30% проти 43% фізично неактивних, ( $p < 0,05$ ). Така ситуація могла бути виправданою, якщо перешкодою ФА був стан здоров'я. Проте, з іншого боку, скринінгові обстеження асоціювалися із візитами до лікаря упродовж року, а це з ФА не асоціювалося. Більше того, отримували рекомендації з ФА лиш чверть фізично активних жінок та кожна п'ята неактивна жінка, не дотримувалася більше 70%. Відмінність серед фізично неактивних та активних чоловіків в недотриманні рекомендацій щодо ФА – 89% проти 71%, не була статистично значимою ( $p > 0,05$ ), отримував такі рекомендації лише кожний п'ятий респондент. Таким чином, можна зробити висновок про втрачений контроль над ФА пацієнтів з боку сімейних лікарів.

Щодо перешкод до відвідування занять фізичними навантаженнями виявилось, що майже половина респондентів потерпали від нестачі часу. За наявності перешкод відвідування спортивного залу було характеристикою МА. Отримані дані кореспондуються з висновками, що перед профілактичним втручанням необхідно оцінити ступінь медичної (санітарної) грамотності пацієнта (неадекватна, гранична, належна) [254] та застосувати освітні технології. Пацієнт-орієнтований підхід у консультуванні допоможе виробити тактику та підібрати технологію зміни поведінки. При наданні порад щодо контролю за харчуванням рекомендуємо додавати «доступне» до вже традиційних для людини продуктів харчування та працювати над обмеженням шкідливого. У рекомендаціях щодо ФА, персоналізованим підходом буде додавання «можливого» до «наявного», адже зайнятість пацієнта є визначальною (рис.6.3). За таких умов елементи коучингу, на певному етапі взаємодії лікаря і пацієнта, нададуть можливість визначитися з конкретними



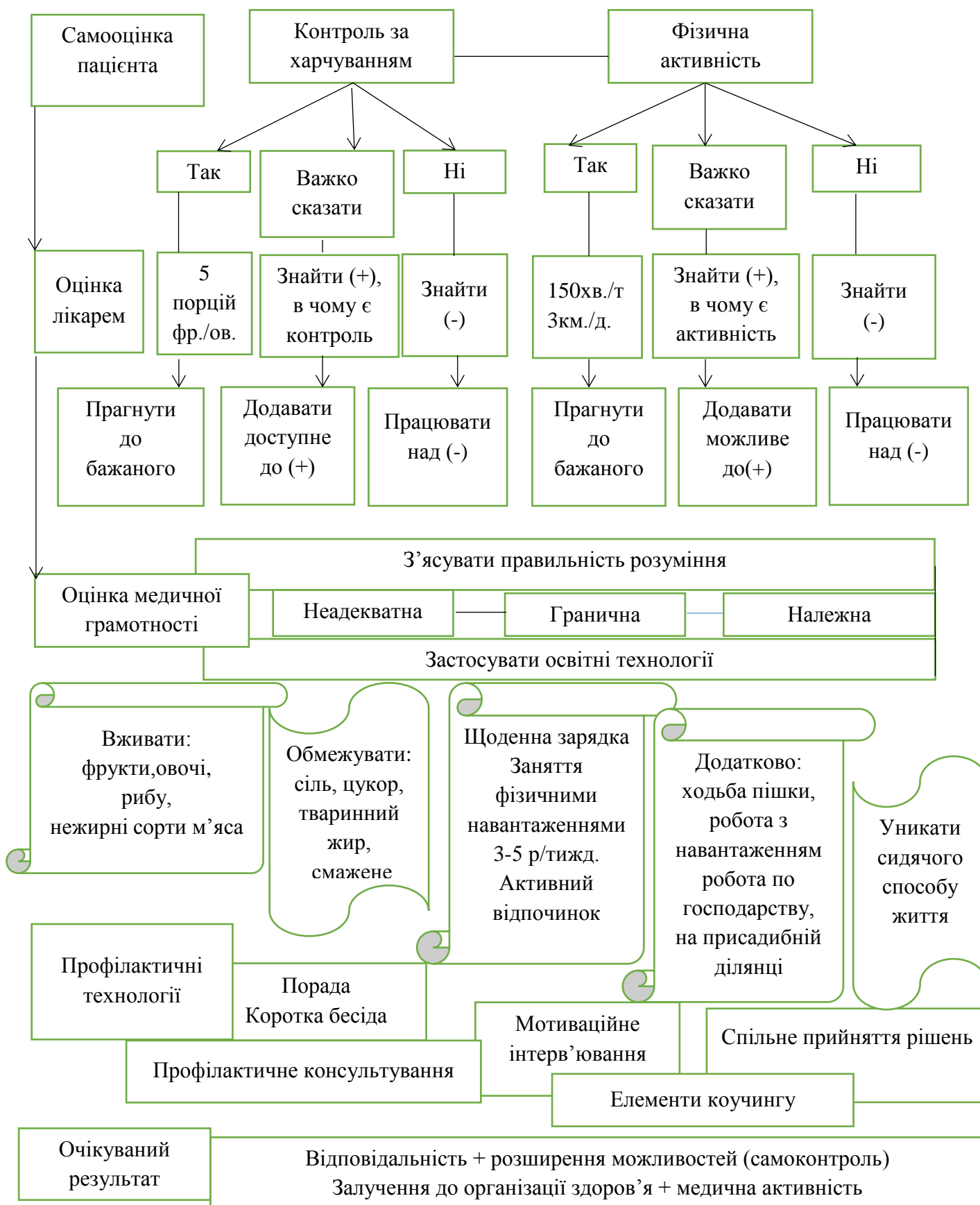


Рис. 6.3. Алгоритм дій лікаря ПМСД для підвищення контролю за харчуванням та фізичної активності пацієнтів

профілактичними кроками, які реально здійснити в певних умовах. «Що конкретно Ви могли б змінити прямо зараз? Що заважає Вам зробити це вже сьогодні?», – такі запитання потрібно ставити обізнаним та підготовленим пацієнтам. Звідси висновок, що будь-які (короткі, поглиблені, індивідуальні, групові) інформаційно-мотиваційні технології, які проводяться на різних рівнях надання медичної допомоги, мають кумулятивний ефект і допомагають лікарю первинної ланки психологічно підготувати залучення пацієнта до організації власної охорони здоров'я. Більше того, поінформовані пацієнти краще відгукуються на профілактичні втручання, які надаються на спеціалізованому рівні медичної допомоги [129].

Важливим результатом стало виявлення того факту, що куріння та часте споживання алкоголю не бралось до уваги респондентами при оцінці власної активності щодо створення умов для збереження здоров'я. Лише для жінок, які повідомили про контроль за харчуванням та чоловіків, які вважали себе фізично активними та мали регулярні заняття з фізичним навантаженням знайдено асоціацію з відсутністю куріння. Часте споживання алкоголю респондентами асоціювалося лише з контролем за харчуванням.

Дослідження виявило, що поширеність тютюнокуріння серед респондентів (куріння у теперішній час, щоденно або рідше, ніж щодня) склала 28%, зокрема, 36% серед чоловіків та 20% серед жінок ( $p < 0,001$ ). У порівнянні з результатами Національного опитування рівень поширеності куріння у нашому дослідженні був на рівні GATS 2010 року (28%) [348]. Серед економічно активних чоловіків, не зайнятих на ринку, частота куріння відповідала GATS 2017 (40%) [349], серед зайнятих на ринку була меншою (33%), що могло пояснюватися з одного боку успішністю, яка не сприяла шкідливій звичці, з іншого – меншою схильністю до участі в опитуванні чоловіків з низьким рівнем освіти, що могло вплинути на рівень поширеності куріння. Частота жіночого куріння була більшою (15%), ніж за даними GATS 2017 - 9% і більше відповідала даним STEPS (2019) згідно з яким курили 16,7%. Причому частота куріння серед жінок у віці 18-29 років становила 20,5% (група «ринок» - 20,7%,

«ярмарок» - 24,14%), у віці 30-44 років – 24,3% (групи «ринок» та «ярмарок» - 24,87%). STEPS (2019), визначив вищим рівень поширеності куріння серед чоловіків - 50,3% з максимальним значенням у віці 45-59 років – 55,3%, що більше відповідало частці куріння серед респондентів групи «ярмарок» – 43,04%.

Статистично достовірні відмінності куріння спостерігались залежно від рівня освіти, а саме, жінки з середньою та середньо-спеціальною освітою частіше курили (24%), ніж із вищою освітою (17%) ( $p < 0,05$ ). До того ж, міські жінки, зайняті на ринку, частіше за сільських мали цю шкідливу звичку (28% проти 13%) ( $p < 0,05$ ). Повідомили про досвід тютюнокуріння 25% чоловіків та 11% жінок (у GATS 2017 – 17% чоловіків та 4% жінок), про припинення куріння – 41% чоловіків та 36% жінок (відповідно у GATS 2017 – 37% чоловіків, 47% жінок). У нашому дослідженні ЕАН показник припинення куріння серед жінок також був вищим, ніж серед чоловіків, за винятком зайнятих на ринку. Можна висловити гіпотезу, що саме специфіка зайнятості сприяла підтриманню шкідливої звички. Серед респондентів-курців 39% мали високу залежність, зокрема, 48% серед чоловіків та 22% серед жінок. До групи високого ризику захворювання на рак легень можна було віднести 13% респондентів-курців.

Серед чоловіків групи «ринок» 45-59 років (починаючи із 40 річного віку) рідше зустрічалися курці (26%), ніж серед чоловіків інших категорій (43%), та в 2 рази частіше зустрічалися ті, хто кував раніше (40%) проти (20%). Проте зменшення частоти куріння супроводжувалося збільшенням частоти споживання алкоголю. За стажу куріння 10 років та наближення кількості до пачки сигарет на день, респонденти-курці були більш схильними до припинення куріння. Можна вважати, що люди у ювілейні 40 або 50 років, особливо чоловіки (успішні або ті, хто хоче такими бути) найбільш мотивовані до позитивних змін. Аналіз розуміння респондентами шляхів подолання шкідливої звички (куріння) показав, що 2/3 відповідей були «сила волі», кожний четвертий відповів «сім'я», майже кожний п'ятий – «хвороба». Значно

рідше зустрічалися відповіді «прийом медикаментів», «підтримка друзів», «вартість тютюнових виробів» та «поради лікаря». З одного боку, жінки практично не повідомляли, що користувалися порадами лікаря, з іншого – аналіз наданих лікарями рекомендацій показав, що жінки у порівнянні з чоловіками-курцями значно рідше їх отримували. Разом з тим, для ЕАН, особливо для жінок-курців, жодного значення не мала вартість сигарет. До того ж, жіноче куріння характеризувалося низьким рівнем медичної (санітарної) грамотності (не сприймалося як чинник, протилежний МА), більшою частотою та інтенсивністю за нижчого рівня освіти, зменшенням ролі сім'ї у порівнянні з чоловіками та низьким рівнем припинення шкідливої звички, підтримання споживанням алкоголю та компанією. Тому перед сімейним лікарем постає завдання: незалежно від приводу звернення та статі пацієнта визначати статус курця, використовувати усі мотивуючі чинники та враховувати періоди їхнього життя для втручання з метою припинення шкідливих звичок. Раннє виявлення захворювань і патологічних станів може стати реальним приводом позбутися шкідливих звичок. Необхідно використовувати потенціал індивідуальних профілактичних консультувань, результатів стандартних обстежень у рамках того чи іншого профілактичного огляду (декретовані контингенти, державні службовці), при цьому ґрунтовно пояснювати можливий вплив наявних ФР на стан здоров'я та мотивувати до змін, залучаючи до участі і підтримки членів сім'ї, колег та неформальних лідерів (особливо тих, які успішно подолали шкідливу звичку).

Таким чином, важливо використовувати основні відмінності у поширеності чинників ризику серед ЕАН за статтю, за місцем зайнятості, місцем проживання та за рівнем освіти. Вважаємо доцільним поєднувати інформаційні заходи проти куріння та алкоголю, особливо серед жінок, які обділені цією тематикою при спілкуванні з медичними працівниками.

Вживали алкогольні напої 80% респондентів, без суттєвої різниці за статтю. Проте, якщо брати до уваги вживання з частотою від «щодня» до «1-2 рази на тиждень», частка була значно меншою - 35 % чоловіків та 17 % жінок.

За даними STEPS 2/3 чоловіків та майже ½ жінок вживали алкоголь упродовж місяця.

Виявлено, що жінки, які курили (не залежно від виду зайнятості), частіше вживали алкогольні напої, ніж ті, хто не курил (34% проти 12 %,  $p < 0,001$ ). Чоловіки, зайняті на ринку, частіше повідомляли про вживання алкогольних напоїв упродовж тижня, ніж чоловіки інших категорій, в основному за рахунок групи 45-59 років (46% проти 30%). Нашим завданням не було передбачено визначення кількості спожитого алкоголю, щоб не викликати настороженість респондентів. Відомо, що у холодну пору року споживання алкогольних напоїв зростало, декілька разів можна було почути: «Спитали б ви нас зимою...». Чоловіки «інших категорій», які не курили, споживали алкоголь рідше, 27% проти 38 % серед курців ( $p < 0,05$ ). Примітно, що серед жінок групи «інші категорії» частіше зустрічалися ті, хто вживав пиво, проте у 23% випадків вони при цьому не вживали міцних напоїв, на відміну від жінок «ринок», серед яких таких було лише 9% ( $p < 0,001$ ). Таким чином, зайняті на ринку потребували особливої уваги як група ризику щодо куріння та частого вживання алкоголю, адже середовище не сприяло здоровій поведінці (рис. 6.4).

За результатами опитування 85% респондентів мали хоча б один із чотирьох основних ФР НІЗ. Дві третини респондентів мали 1-2 ФР (за даними STEPS 60%), майже кожний п'ятий (STEPS кожний третій) – три ФР; чотири ФР – лише 3%. Найчастіше зустрічалися «недостатнє споживання фруктів» (14%) та «недостатня фізична активність» (13%), поєднано між собою – 15%. «Куріння» та «часте споживання алкоголю» рідше зустрічалися як поодинокі чинники (по 4%) і частіше поєднувалися з іншими (24% та 22% відповідно) та підтримували їх. Куріння можна вважати індикатором способу життя, так як визначає низку особливостей у поведінці пацієнта і вимагає певну тактику лікаря.

Із ФР харчування найлегше піддавалося корекції (вживання фруктів, овочів) та асоціювалося із візитом до лікаря упродовж року. ФА, навпаки, визначалася рівнем зайнятості та індивідуальними умовами (за виключенням

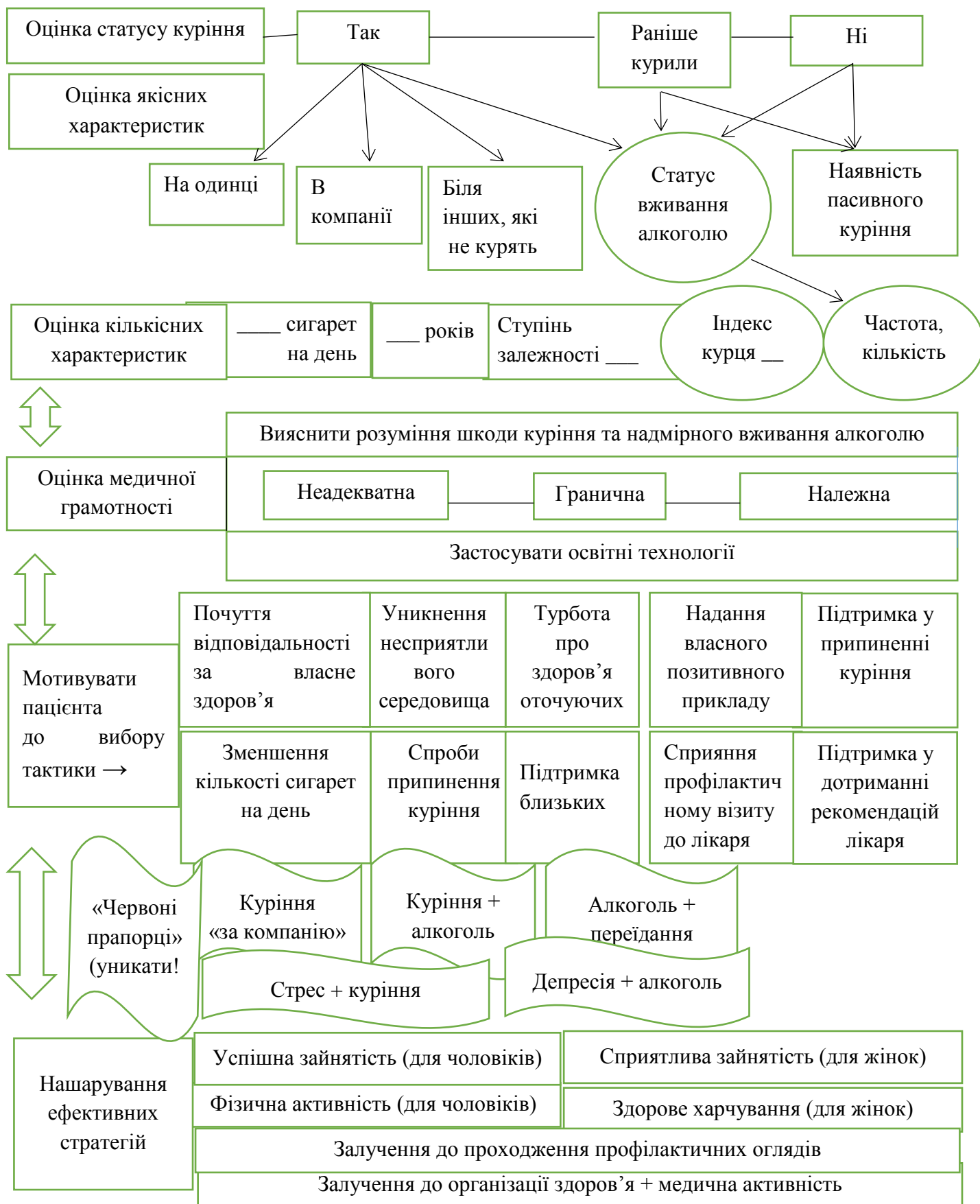


Рис. 6.4 Алгоритм дій лікаря при визначенні статусу куріння та вживання алкоголю у пацієнтів

фізичної зарядки) суттєво впливала на самооцінку стану здоров'я пацієнта та залежала від нього та МА. Так, респонденти-курці частіше, ніж інші повідомляли, що ні до кого не зверталися за медичною допомогою (35%), проте, якщо куріння та часте вживання алкоголю поєднувалося з недостатньою ФА, стан здоров'я погіршувався і цей показник зменшувався більш як на половину (15%). Розуміння ролі ФА для здоров'я було однією із характеристик медичної (санітарної) грамотності, що ми спостерігали при опитуванні амбулаторних пацієнтів. З іншого боку, ефективність профілактичних консультувань лікаря можна оцінювати за дотриманням рекомендацій щодо ФА пацієнтами.

В історії звернень респондентів за медичною допомогою встановлено, що на первинну ланку зверталися більше третини респондентів (35%), з них були у сімейного лікаря упродовж року 70% («ринок» – 66%; «ярмарок1» – 81%). Серед респондентів, які обслуговувалися поза межами первинної ланки та ті хто, зазвичай, ні до кого не зверталися все ж були у сімейного лікаря упродовж року – близько 40% та 12%, відповідно. Саме вони поповнили пацієнтів, які обрали сімейного лікаря у наступному році (дослідження 2019 року). Таким чином, 2/3 респондентів періодично зверталися до лікаря первинної ланки, що підтверджувало роль сімейного лікаря в охопленні населення медичною допомогою.

Проведений аналіз відповідей респондентів, які зверталися до лікарів за межами первинної ланки, показав, що серед перелічених фахівців інших закладів у більш як половині випадків зустрічалися «знайомі» лікарі, у чверті випадків – вузькі фахівці поліклінік; у кожному п'ятому випадку – лікарі приватних закладів, трохи менше лікарі стаціонару. Поєднані варіанти були представлені у 15% випадків, серед них «знайомі» лікарі згадувалися у 80%. Той факт, що значна частина респондентів зверталася до «знайомих» лікарів говорить про те, що відчуття безпеки було затребуваним, навіть при первинному зверненні і «знайомство» було одним із елементів почуття довіри

до лікаря. Звернення до лікарів стаціонару, зазвичай, підтримувалося періодичною госпіталізацією з приводу хронічних захворювань.

Рівень поширеності основних НІЗ (за самооцінкою респондентів) становив 36% та був нижчим серед зайнятих на ринку (33%), ніж серед відвідувачів ярмарку (41%), ( $p < 0,05$ ). Робота на ринку вимагала певного рівня здоров'я та працездатності, з іншого боку, несвоєчасному обстеженню та виявленню захворювань могла сприяти зайнятість та менша частота звернень до лікаря. Незалежно від місця зайнятості, серед чоловіків рідше, ніж серед жінок діагностувалися супутні захворювання. Серед частих проблем із здоров'ям респонденти відмічали стрес та перевтому (34,3 %); жінки – 42,7 %, чоловіки – 24,7 %. Депресію відмітили 11,7% осіб (у STEPS – 12,4%); жінки 15,1%, чоловіки 7,9 %, найменше державні службовці – 3,3%, при враженості стресовими ситуаціями та перевтомі 47,8%.

Респонденти, які мали ССЗ у т.ч. АГ, ЦД та хвороби органів дихання частіше (38%) обслуговувалися у лікаря первинної ланки ніж люди, які не мали захворювання (29%), ( $p < 0,01$ ). Серед осіб із вищезгаданими НІЗ менше було осіб, які ні до кого не зверталися 16% проти 31% без НІЗ, ( $p < 0,001$ ).

Подібно з хворими на НІЗ респонденти без поведінкових ФР, частіше зверталися до лікаря первинної ланки 38%, серед них менше було тих, хто ні до кого не звертався (18%). Респонденти без основних ФР за умови періодичного звернення до лікаря підтверджували свою МА або пасивно проходили періодичні профілактичні медичні огляди за видом зайнятості (до прикладу, майже 40% тих, хто зазвичай до лікаря не звертався, проходили профілактичні огляди). Частота звернень до лікаря респондентів без ФР відповідала частоті за наявності НІЗ, серед яких привід звернення також міг бути двояким: контроль за захворюванням (ознака МА) або погіршення самопочуття (активність за певних обставин). Із зростання кількості ФР (від 0-3), зростала частка респондентів, які ні до кого не зверталися та зменшувалася частота звернень до лікаря первинної ланки, що наближало їх за структурою звернень до респондентів без основних НІЗ.



За результатами опитування, 80% респондентів назвали свій стан здоров'я добрим або задовільним. За наявності 3-4 поведінкових ФР частота оцінки свого самопочуття як «добре» статистично достовірно знижувалась у порівнянні з респондентами без ФР ( $p < 0,01$ ). Серед респондентів, які почували себе добре, кожний 2-й відвідував лікаря з метою профілактичного огляду, кожний 4-й – при гострому стані, кожний 5-й – за довідкою або з іншої причини і кожний 10-й – з приводу контролю за захворюванням. А серед осіб, які відмітили, що стан здоров'я погіршується або поганий – кожний 2-й звертався з приводу загострення, кожний 3-й проходив профілактичні огляди, кожний 5-й контролював захворювання та лише кожний 18-й турбував лікаря задля отримання довідки або з іншої причини. Респонденти із «задовільним» станом здоров'я займали проміжне становище.

Не знайдено будь-яких статистично підтверджених особливостей щодо браку коштів для відвідування лікаря за місцем обслуговування респондентів. Щодо доступності обстеження у приватних закладах найбільше труднощів виникало у респондентів, які обслуговувалися на рівні ПМСД (спроможність 46%) та тих, хто, зазвичай, ні до кого не звертався 43%. Нами також вивчена організаційна доступність (вибір лікаря) та комунікаційна (певні очікування від візиту до лікаря).

Наступним кроком для опосередкованого визначення МА респондентів стало дослідження частоти проходження скринінгових обстежень. Обслуговування у лікаря первинної ланки та візит до нього упродовж року збільшувало ймовірність їх призначення та виконання. Про проходження онкологічного профілактичного огляду (ОПО) повідомили 75% жінок (за даними STEPS (2019) – 53%). Висока обізнаність щодо показника АТ серед жінок (65%), особливо групи «ринок» (74%) обумовлена простотою та доступністю даного вимірювання, зокрема у робочих колективах. Дана обставина засвідчила, що атмосфера колективу, може бути сприятливою для збереження здоров'я, на що потрібно звертати увагу лікарю. Пацієнти, активні

щодо збереження власного здоров'я, особливо за умови лідерства, могли позитивно впливати на весь колектив, у якому працювали.

Аналіз повідомлень респондентів показав, що контроль харчування та ФА як окремі напрями були недостатні для відображення загальної МА. Наявність основних ФР (від одного до чотирьох поєднаних між собою) мало велику чутливість для визначення низької МА (94%), але надто низьку прогностичну цінність (53%), адже висока їх поширеність спостерігалася і серед заявлених активними (83%).

Респонденти, які займалися регулярно фізичними вправами, частіше мали вищу освіту, ніж ті, хто не займався ( $p=0,007$ ) (на відміну від твердження щодо власної активності). Низкою відомих досліджень показано, що позитивні зміни у стані здоров'я спостерігалися в першу чергу в осіб з вищою освітою та зі збільшенням доступу до медичної інформації [350]. Незнання величин маси тіла та зросту свідчить про те, що заняття фізичними вправами проходили без належного контролю за станом здоров'я, тим більше, що використання інформації від лікаря також не знайшло статистичного підтвердження (надалі це впливало лише на виконання фізичної зарядки). Проте, за результатами відповідей респондентів-чоловіків, які займалися фізичними вправами, візити до лікаря, відсутність куріння та обстеження на ХС крові були статистично значимими, а для чоловіків зайнятих на ринку – візити із профілактичною метою.

Важливо, що саме індивідуальний підхід до зміцнення здоров'я сприятиме зменшенню тягаря НІЗ [352]. Врахування виявлених нами особливостей асоціації різних характеристик є корисним у боротьбі із шкідливими звичками. Так, для курців-чоловіків акцент повинен ставитися на фізичну активність (заняття фізичною культурою, спортом), а курців-жінок на здатність реагувати на стреси, боротися з депресією, не зловживати алкоголем. За наявності НІЗ важливо наполегливо інформувати про регулярне (принаймні раз на рік) відвідування лікаря. При консультуванні слід наголошувати на виявленні факту того, що часте споживання алкоголю асоціюється з наявністю НМТ або

ожирінням. Дослідження виявило цікаву гендерну розбіжність у сприйнятті впливу такої соціальної детермінанти здоров'я як зайнятість. Для чоловіків ринок асоціювався з успішною роботою, а для жінок – це місце, несприятливе для підтримання здорового способу життя.

За допомогою методу логістичного регресійного аналізу вдалося встановити, предиктори активності. Проте, аналіз поширеності чинників ризику та медичного досвіду підтвердив той факт, що самооцінка активності респондентів була завищеною (50%). Позитивним було те, що активність має психологічні та емоційні складові, тому, можна вважати, що респонденти виразили свою готовність активуватися. Власну відповідальність за створення умов для зміцнення здоров'я відчували лише 75% респондентів, що свідчить про проблему із медичною (санітарною) грамотністю. Подібне дослідження соціально-економічних та демографічних особливостей відповідальності населення за власне здоров'я показало 84,7% позитивних результатів [351].

Встановлено, що стать, вікова група, сімейний стан, рівень освіти, рівень доходу, діагноз хронічної хвороби, сприйнятий стан здоров'я пов'язані із поведінкою та впливають на здоров'я. Дані детермінанти слід враховувати при розробці оздоровчих програм [352]. Особи з нижчим рівнем грамотності частіше мали кращі показники з харчування, тоді як з вищою освітою – фізичної активності. Люди з хронічними захворюваннями мали більшу відповідальність за здоров'я та кращі показники щодо харчування, здорові – щодо занять спортом і ФА. Вищий економічний статус заохочує застосовувати поведінку, яка сприяє ЗСЖ [352]. За нашими даними, незалежно від рівня освіти існувала потреба у поглибленні знань і навичок респондентів зі збереження здоров'я, зростала їх вимогливість до отриманих послуг. Тому визначення МА пацієнта для розуміння початкового рівня та прогнозування подальшого розвитку подій щодо здоров'я сприятиме їх попередженню (Додаток Д).

На першому рівні люди, як правило, пасивні і не відчувають впевненості для активної ролі у збереженні свого здоров'я; на другому – дається взнаки

відсутність базових знань та впевненості; на третьому – вживають певні дії, але не можуть підтримувати певні форми поведінки; на четвертому, найвищому – намагаються підтримувати своє здоров'я за різних ситуацій [234]. У нашому дослідженні до першого рівня активації можна віднести респондентів, які у більшості визначених характеристик мали негативні відповіді і визнавали себе неактивними. До другого рівня - людей, які у більшості дотримувалися ЗСЖ але не були впевнені в своїй активності. Або хто стверджував про активність, але в більшості не дотримувався рекомендованих характеристик. До третього рівня – людей, які дотримувалися майже усіх позитивних характеристик та визначали себе активними з певною долею відповідальності за своє здоров'я. До четвертого рівня теоретично можна віднести осіб третього рівня активності, які засвідчили уміння дотримуватися здорових засад способу життя та рекомендацій лікаря у нестандартних ситуаціях. ПМД має можливість ідентифікувати людей з низьким рівнем грамотності та покращити стан їхнього здоров'я, адже пацієнти, які розпочинали із найнижчих рівнів активації, досягали кращих результатів [353,354] .

За результатами нашого дослідження розроблено алгоритм вибору профілактичних технологій для пацієнта, при візиті його до лікаря ПМСД. Пацієнт попередньо відноситься до певного кластера (за наявністю ФР) та групи здоров'я щодо НІЗ: 1) здорові без поведінкових ФР / 1-2 ФР (без куріння) та здорові з 3-4 поведінковими ФР, в т.ч. куріння; 2) практично здорові без ФР / 1-2 ФР (без куріння) / з метаболічними ФР / донозологічними станами та практично здорові з 3-4 поведінковими ФР, в т.ч. куріння з метаболічними ФР / донозологічними станами; 3) хворі з основними НІЗ без поведінкових ФР / 1-2 ФР (без куріння) та хворі з основними НІЗ з 3-4 поведінковими ФР, в т.ч. куріння (рис. 6.5).

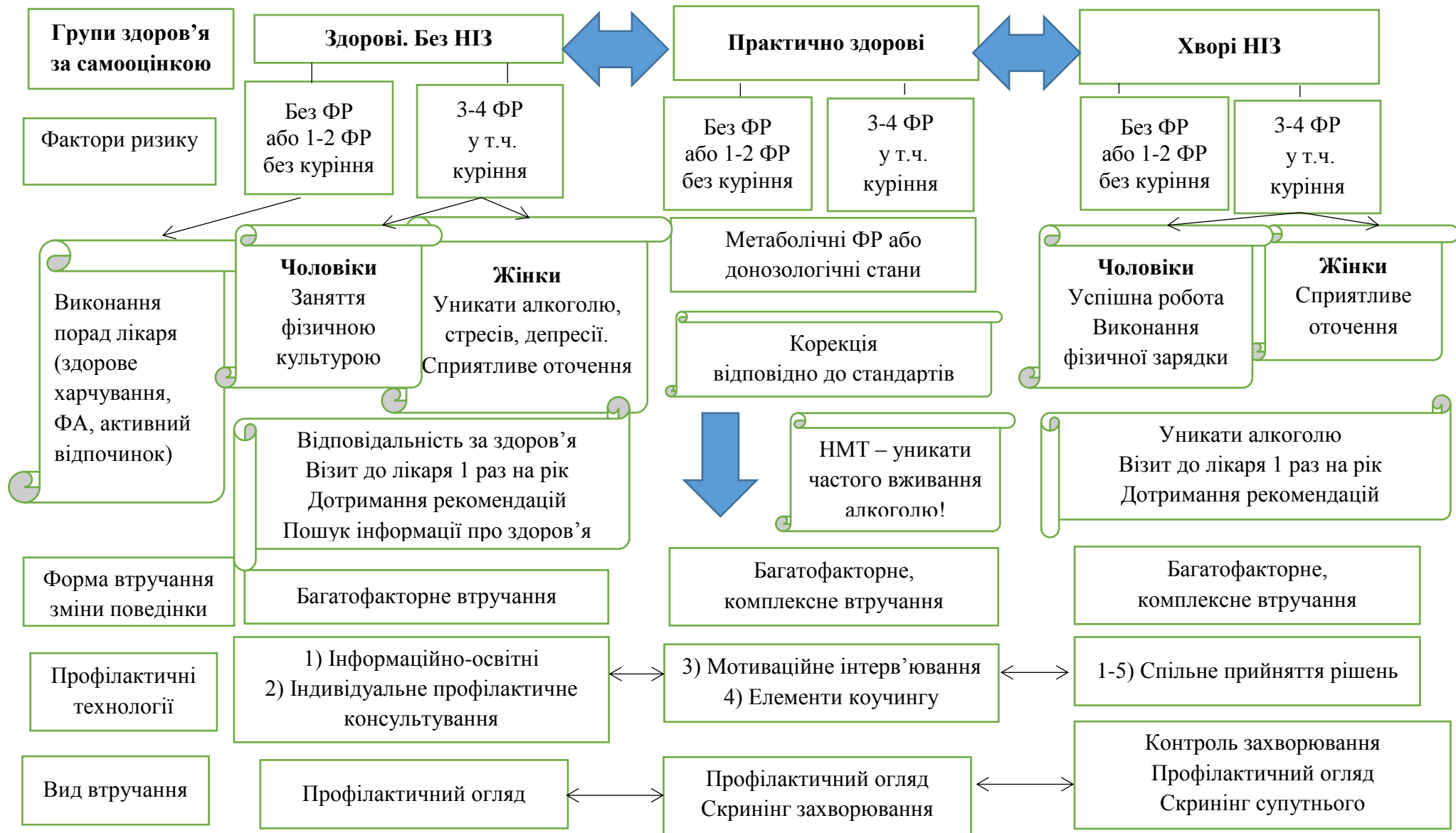


Рис. 6.5 Профілактичні втручання на рівні ПМСД у групах пацієнтів за наявності у них певних ФР та НІЗ

Ефективність профілактики НІЗ залежить від участі людей в охороні власного здоров'я та ступеня впровадження пацієнт-орієнтованої моделі надання лікувально-профілактичної допомоги. Усвідомлення хвороби («я хворий») як пусковий момент включено у модель залучення до здоров'я (Graffigna et al., 2017) [262]. Думка щодо того, що вилікуватися від існуючої хвороби набагато важливіше, ніж її попередити, панувала як серед опитаного ЕАН, так і інших категорій населення [261]. Наше дослідження також засвідчило, що наявність захворювання призводила до підвищення МА у вигляді частіших звернень за медичною допомогою. Важливою перешкодою називали зайнятість (нестача часу), адже дослідження охоплювало ЕАН (в основному зайняте). З іншого боку, порядок і частота наступних звернень могли визначатися незадоволеністю попередньо отриманою медичною допомогою, адже досвід, особливо негативний, пацієнта та його оточення здатний накопичуватися, обговорюватися, поширюватися та впливати на учасників динамічного процесу медичного обслуговування [218, 263]. Серед наших респондентів можна було спостерігати всі форми реакції на негативний досвід – від відмови від звернень до пошуку «захисту» (іншої думки чи місця) у інших/знайомих фахівців. Таким чином, якість взаємодії лікар-пацієнт визначає подальші залучення пацієнта до організації власного медичного обслуговування, розширення його прав та можливостей, офіційного приєднання до джерела медичних послуг та, як кінцевий результат, активацію у збереженні здоров'я. Важливим посередником між лікарем та пацієнтом є надійне джерело інформації [252]. Вважається, що медична (санітарна) грамотність є початком мотивації та веде до відповідальності за своє здоров'я [253]. Разом з тим, вона є результатом партнерської взаємодії учасників медичного обслуговування [262].

Вивчення застосування профілактичних методів у роботі закладів ПМСД за даними обласних управлінь ОЗ регіонів засвідчило певні об'єктивні труднощі із забезпечення інформаційними матеріалами; проведення шкіл здоров'я (лише для хворих на АГ та ЦД); нерівномірний доступ до

профілактичних послуг. Ілюстрацією того, що частина пацієнтів не охоплюється профілактикою на рівні ПМСД, є ситуація, коли майже третина (29,5%) пацієнтів зверталися самостійно до лікарів-спеціалістів (до стаціонарів – 16,9%) [24, 355].

Необхідність комплексного врахування соціальних, екологічних та економічних детермінант здоров'я, нерозривність громадського здоров'я (public health) і власне охорони здоров'я (health care) зумовлює те, що більшість оздоровчих програм є прикладом інтеграції ПМСД та системи громадського здоров'я [270]. Посилення взаємодії між первинною і вторинною та третинною ланками при зростанні числа НІЗ і випадків поєднаної патології є надзвичайно важливим в умовах фрагментації медичної допомоги навколо окремих захворювань. Принцип інтегрованого підходу та комплексність втручань забезпечується нашаруванням усіх видів профілактики основного та супутніх захворювань, які надаються ПМСД у взаємодії із спеціалізованою медичною допомогою та системою громадського здоров'я. Як показало наше дослідження, пацієнти хочуть звертатися до лікаря, якому довіряють та впевнені, що він знає їх історію життя та хвороби. Безумовно важливим є професійність, комунікації. Так, коли поширеність певного патологічного стану незначна, а PPV чутливого тесту низька, саме спостереження і довіра пацієнта дозволяє відкласти проведення тесту та позбавляє від каскаду необов'язкових досліджень [356]. Особи з вищою освітою, особливо чоловіки, рідше зверталися до сімейного лікаря, проте ретельніше дотримувалися рекомендацій (особливо з віком), ніж жінки. Зменшення частоти звернень пацієнта, на нашу думку, має компенсуватися підвищенням професійності та ефективності кожного прийому/консультування, що визначає високі вимоги до проведення профілактичних оглядів. На індивідуальному профілактичному консультуванні замикаються питання ФР та результатів скринінгових обстежень, тому майстерність лікаря обґрунтувати отриманими даними вплив ФР на стан здоров'я визначає мотивацію до змін у поведінці конкретного пацієнта. Причому, зважаючи, що пацієнти звертаються, як правило, до «знайомих»

лікарів, потрібно ними стати, тобто консультування має бути максимально емоційно налаштованим та пацієнт-орієнтованим. Неотримання рекомендацій щодо ЗСЖ у третині (35%) візитів упродовж року до лікаря свідчить про недостатню МА в т.ч. респондентів. Адже такий же відсоток лікарів вважають, що пацієнти не зацікавлені в отриманні рекомендацій. Нами показано, що ефективність медичної пропаганди визначалася не кількістю проведених бесід, а виконанням лікарських рекомендацій, коли інформація лікаря була джерелом підвищення медичної (санітарної) грамотності під час прийому. Ми поділяємо думку авторів, які вважають, що підготовленість лікарів включає знання показників популяційного здоров'я в районі обслуговування пацієнтів; показники результативності медичної діяльності; знання міжнародних програм та нормативних документів з профілактичних оглядів, ФР та своєчасної діагностики основних НІЗ [230, 232, 357, 358].

За даними опитування лікарів первинної ланки, індивідуальні профілактичні консультування вони проводили, хоча 37% (у сільській місцевості до 50%) відмічали низьку прихильність пацієнтів до змін у способі життя. Пацієнти розцінюють індивідуальні втручання, зокрема тренінги, як турботу про них, а поліпшення доступу до медичних послуг, становлення грамотності та спілкування з лікарем розглядаються як попередники зміни поведінки [359]. Нами показано, що 21% людей з НІЗ зверталися до лікаря з приводу контролю за захворюванням, що є реальним підходом, тобто є перспектива реального розширення можливостей. Освітні програми визнаються не лише частиною вторинної профілактики, але і способом зменшення тягаря хронічних хвороб на людей та громаду [360, 361].

Люди демонструють упередженість у питаннях власної нездорової поведінки: вони менше схильні виявити її в собі, ніж в інших (Pronin, 2007, cited by Scopelliti). «Сліпа пляма» пов'язана із самооцінкою, самовдосконаленням та самопрезентацією, несиметричним врахуванням доказів при оцінці себе та інших людей. Для зменшення упередженості пацієнти мають отримувати критичний зворотній зв'язок та навчання [362].



Таким чином, на підставі виявлених особливостей поширеності та поєднання ФР та НІЗ, досвіду звернень за медичною допомогою цільової групи населення з урахуванням зарубіжного та вітчизняного досвіду і рекомендованих поведінкових моделей розроблена власна модель багатофакторної профілактики основних НІЗ на рівні ПМСД (рис. 6.6). Модель пройшла експертну оцінку у грудні 2020 року. Експертами виступили науковці-організатори охорони здоров'я (стаж  $21,5 \pm 5,14$  років, 66,67% вищої та першої кваліфікаційної категорії) та лікарі первинної ланки (стаж  $20,88 \pm 12,70$  років, 70,59% вищої та першої кваліфікаційної категорії).

Найвищі бали (з 5-ти можливих) серед науковців-організаторів отримали наступні положення: впровадження моделі здатне покращити ефективність профілактичних втручань на рівні первинної ланки (4,86 балів); пацієнт-орієнтованість моделі, яка концентрує увагу на пацієнтові, його сім'ї та близькому оточенні (4,71); врахування моделлю заходів первинної, вторинної, третинної профілактики основного захворювання та нашаровування первинної, вторинної профілактики можливих супутніх захворювань, а також четвертинної профілактики для уникнення надлишкових втручань (4,71). Лікарі первинної ланки, терапевти високо оцінили пацієнт-орієнтований підхід та положення, що акцент на поєднаних поведінкових ФР та виділення груп пацієнтів відповідно до цього є інноваційним (по 4,88) та погодилися, що використання лікарем нових профілактичних технологій (мотиваційні інтерв'ювання, елементи коучингу) потребує відповідної професійної післядипломної підготовки, зокрема неформальних її форм (науково-практичних конференцій профілактичного спрямування) (4,88) (додаток Б-13).

Матеріали розділу висвітлені у наступній науковій праці:

1. Власик ЛЙ. Медико-соціальне обґрунтування багатофакторної профілактики основних неінфекційних захворювань. Клінічна та експериментальна патологія. 2020; 4(74):15-22.

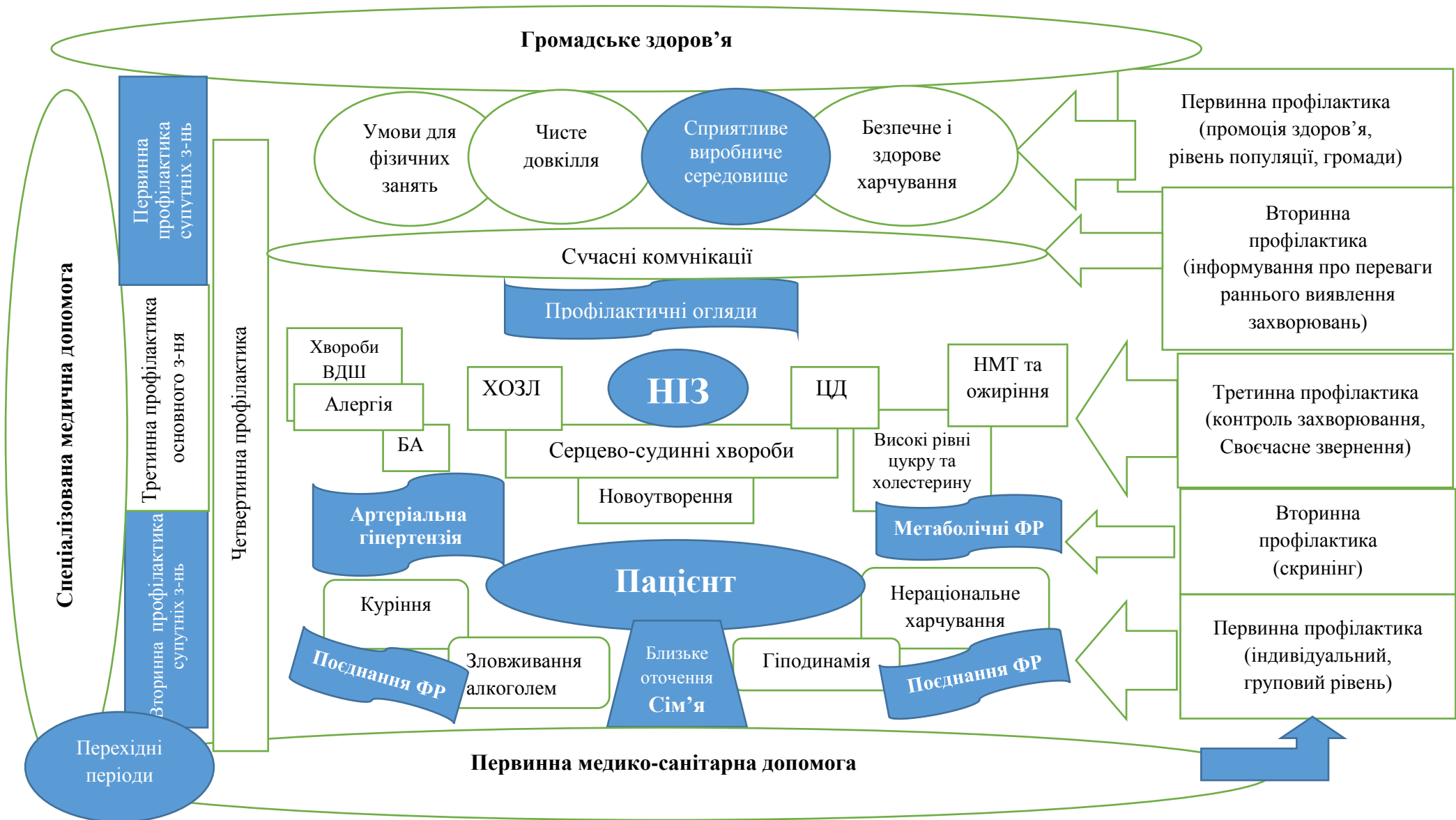


Рис. 6.6 Модель багатofакторної профілактики основних НІЗ на рівні ПМСД

## ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням вирішено актуальне наукове завдання в галузі соціальної медицини, яке полягає в удосконаленні профілактики основних НІЗ в Україні та розробці пацієнт-орієнтованої моделі багатофакторної профілактики на рівні ПМСД, спрямованої на мінімізацію ФР, патологічних станів та захворювань, які передують виникненню основних НІЗ у інтегрований взаємодії із спеціалізованою медичною допомогою та системою громадського здоров'я.

1. На основі системного аналізу зарубіжних і вітчизняних наукових джерел, міжнародних і національних стратегічних та нормативно-правових документів показано зумовлену значним соціально-економічним тягарем потребу підвищення пріоритетності профілактики основних НІЗ, впливу на керовані ФР та соціальні детермінанти, які лежать в їх основі; загального охоплення медико-санітарною допомогою, що відображено у Глобальних цілях боротьби з НІЗ та Цілі 3 Сталого Розвитку. В Україні, як і в усьому світі, базовий принцип чотирьох основних НІЗ та чотирьох основних спільних поведінкових ФР потребує аналогічних моделей надання медичної допомоги з орієнтацією на пацієнта, зокрема, щодо удосконалення профілактики на первинному рівні, розширенні її форм і спектру, застосування більш ефективних багатофакторних втручань, особливо у групах підвищеного ризику та у випадках загрози мультиморбідності.

2. Доведено значущість НІЗ як найвагомшої причини передчасних втрат життя в Україні та у Чернівецькій області. Так, у структурі загальної смертності у працездатному віці (2013-2018 рр.) 58% займали основні НІЗ (57% смертей чоловіків, 64% – жінок); ймовірність померти у віці 30-69 років від чотирьох основних НІЗ в області становила 27,5%, в Україні – 28,3%, що є одним з найгірших показників у Європейському регіоні ВООЗ. Виявлено істотну статеву диференціацію рівнів смертності населення працездатного віку: серед чоловічого населення рівень загальної смертності був у 4,5 разів вищий, ніж серед жіночого ( $p < 0,001$ ), з причин хвороб системи кровообігу у 7 разів, з

хвороб органів дихання у 5 разів, з онкологічних та ендокринних захворювань більше, ніж у 2 рази. Пізню діагностику ССЗ та хвороб органів дихання засвідчило зростання захворюваності на інфаркт міокарду (+4,3% - середній темп приросту; 2013-2018 рр.), інсульти (+23,4%), на тлі зниження виявлення ГХ (-5,5%) та ІХС (-5,3%); зростання первинного виходу на інвалідність з причин хвороб органів дихання (на 60%) та смертності від них серед міських жителів (на +29%).

3. Показано, що частота поєднаної патології, зокрема, ІХС на тлі хронічних хвороб нижніх дихальних шляхів серед госпіталізованих хворих віком 30-69 років складала від 29% (БА) до 57% (ХОЗЛ). У курців з ХОЗЛ старше 40 років ризик захворіти на ІХС у працездатному віці зростав у 2,5 рази. Несвоєчасна діагностика ХОЗЛ звужувала «вікно» профілактичних втручань для попередження прогнозованого ІХС від 10 до 3-х років, в той же час скринінг-опитування на предмет ХОЗЛ у групах ризику розширювало коло осіб, які потребували спірографічного дообстеження (44%). Примітно, що виявлення хронічного захворювання мотивувало пацієнтів до поведінкових змін, що підтверджувалося успішним припиненням куріння (64%), особливо за умови цілеспрямованих рекомендацій лікарів, до яких вони зверталися на різних рівнях надання медичної допомоги.

4. Виявлено, що нездорове харчування та недостатня ФА як ФР основних НІЗ були найбільш поширеними серед усіх категорій ЕАН. Більше половини респондентів не споживали достатньої кількості фруктів (від 42% у групі, які повідомили, що контролювали харчування до 86%, які його не контролювали); дещо менше половини овочів (від 38% до 80%); абсолютна більшість рідко вживали рибу (від 72% до 93%); не обмежували сіль (від 62% до 92%) та тваринний жир (від 67% до 94%), ( $p < 0,001$ ). Виявлено недостатність «власне активної» складової ФА респондентів, яка реалізувалася через виконання щоденної фізичної зарядки (15%), заняття фізичними вправами середньої інтенсивності 4-5 разів на тиждень (11%) та 2-3 рази на тиждень (13%). Брак занять фізичними вправами частково компенсували додаткові види щоденної

рухової активності пов'язані із зайнятістю та умовами проживання («пасивна» складова). Перехідне становище займали ходьба пішки (45%) та активний відпочинок (52%).

5. Показано, що зайнятість на ринку впливала на частоту й інтенсивність жіночого куріння (група «ринок» 25%, «інші категорії» 15% ( $p < 0,01$ ); індекс курця 154 та 94 відповідно ( $p < 0,001$ )), а спільними характеристиками було переважання куріння у компанії (68%) та зростання у 4 рази ймовірності куріння серед тих, хто вживав алкоголь (ВШ 3,717 (95%ДІ) [2,369-5,829]). При цьому зайняті на ринку жінки частіше вживали міцні напої, ніж жінки інших категорій (33% проти 17% ( $p < 0,001$ )) за меншої частоти вживання пива (15% проти 27% ( $p < 0,001$ )) та вина (41% проти 53% ( $p < 0,01$ )). Встановлено, що на інтенсивність куріння респондентів-чоловіків (36%) впливав рівень освіти: 20 і більше сигарет на день викурювали 50% чоловіків без вищої та 42% з вищою освітою ( $p < 0,001$ ). Чоловіки, зайняті на ринку, частіше вживали алкогольні напої (39%), ніж інші категорії (31%), ( $p < 0,05$ ), в основному за рахунок групи середнього віку (46% проти 30% ( $p < 0,05$ )), серед яких рівень припинення куріння був у 2 рази вищим, ніж в однолітків, незайнятих на ринку.

6. Аналіз поширеності основних ФР показав, що про наявність одного з них повідомили 34% респондентів (з них по 40% факторів були пов'язані з харчуванням або недостатньою ФА, та по 10% з курінням або зловживанням алкоголем), про поєднання двох ФР – 31% респондентів (з них майже половину займало поєднання факторів харчування та недостатньої ФА); трьох ФР – у 17% (з них у 37% випадків до основного поєднання факторів приєднувалося куріння, у 32% - алкоголь, у решти – в основі було куріння та зловживання алкоголем); чотирьох ФР – у 3% респондентів. На основі виявлених поєднань ФР та аналізу їх впливу на інші характеристики поведінки виділено кластери пацієнтів без ФР або з поєднанням 1-2 факторів без куріння (57%) та пацієнтів з поєднанням 3-4 факторів у т.ч. з наявністю куріння (43%). При опитуванні амбулаторних пацієнтів підтверджено, що ФА та дотримання режиму

харчування не сприяли курінню ( $p < 0,05$ ), а куріння – візиту до лікаря ( $p < 0,001$ ), що вимагало певної тактики у профілактичних втручаннях.

7. Виявлено особливості досвіду респондентів як пацієнтів медичних закладів: 1) за зверненням – до сімейного лікаря – близько 50% зверталися упродовж року, по 25% – більше року тому або не зверталися; 2) за місцем обслуговування - кожний четвертий респондент (25%) звертався лише на первинну ланку, кожний десятий (10%), крім сімейного лікаря, був консультованим іншим фахівцем, 40% обслуговувалися поза межами первинної ланки; 3) за рівнем освіти - особи з вищою освітою (в основному чоловіки) рідше обслуговувалися лише на первинній ланці (22,0%), ніж без вищої освіти (28%), ( $p < 0,05$ ); 4) за наявності НІЗ - респонденти, які мали основні НІЗ частіше обслуговувалися у лікаря первинної ланки (38%), ніж без НІЗ (29%), ( $p < 0,05$ ); поєднання НІЗ спонукало респондентів звертатися до лікарів декількох фахів та рівнів надання медичної допомоги (56%); 5) за наявності ФР – із зростанням кількості чинників збільшувалася частка осіб, які ні до кого не зверталися (34%) та рідше були у сімейного лікаря (23%), ( $p < 0,01$ ); 6) за станом здоров'я – серед тих, хто звертався упродовж року, було менше осіб з добрим самопочуттям (27%), ніж серед тих, хто не звертався (35%), ( $p < 0,05$ ); 7) за приводом звернення – близько половини респондентів з НІЗ зверталися з приводу гострого захворювання або загострення хронічного; кожний п'ятий – для контролю за захворюванням; кожний третій – на профілактичний огляд; 8) за можливості обирати лікаря – офіційні звернення на первинну ланку зросли (70%), але звичні маршрути в медичному обслуговуванні збереглися. Скринінгові обстеження були тісно пов'язані із відвідуванням лікаря первинної ланки упродовж року: від онкологічного профілактичного огляду жінок ( $\chi^2=5$ ;  $p < 0,05$ ) до обстеження на вміст цукру в крові ( $\chi^2=50$ ,  $p < 0,001$ ).

8. Встановлено предиктори МА: «споживання фруктів та овочів, крім картоплі» ( $p < 0,001$ ), «регулярні заняття фізичними вправами від 2-3 до 4-5 разів на тиждень» ( $p < 0,001$ ) та «відвідування лікаря з профілактичною метою» ( $p < 0,05$ ), за якими активними щодо збереження свого здоров'я можна вважати

лише 6% респондентів. З іншого боку, за самооцінкою респондентів власної медичної активності (МА) виділялися пасивні (20%); ті, хто не мав чітко визначеної позиції (30%) та ті, хто визнав себе активними (50%). За очікуваними наслідками МА, зокрема за відсутніми/наявними поведінковими ФР пасивними щодо збереження здоров'я можна було вважати осіб з наявними 3-4 поведінковими ФР (20%); проміжне становище займали особи з наявними 1-2 ФР (65%); активними – тих, у кого були відсутні ФР (15%). Відмінність між МА за самооцінкою та відсутністю/наявністю ФР свідчила про неадекватну медичну грамотність, що важливо враховувати лікарю за будь-якого профілактичного втручання.

9. Встановлено, що незважаючи на підтвердження профілактичної активності щодо основних НІЗ з боку лікарів первинної ланки (80%) (проведення індивідуальних профілактичних консультувань (93%) та групових занять (59%)), половина респондентів-чоловіків та кожна третя жінка, які курили, зберігали позитивне ставлення до шкідливої звички та не враховували її при визначенні власної активності щодо збереження здоров'я. Підтверджено нагальну необхідність підвищення ефективності профілактичних консультувань тим, що з половини респондентів (49%), які отримували рекомендації, лише кожний четвертий дотримувався їх (в основному щодо контролю харчування та споживання овочів та фруктів). Показано, що просвітницьке налаштування, фаховість та інтегрований підхід до організації неформальних форм післядипломної освіти здатні забезпечити засвоєння лікарями компетенцій з профілактики НІЗ та зростання ефективності профілактичної втручання, які вони застосовують у щоденній практиці.

10. Запропоновано модель багатофакторної профілактики основних НІЗ на основі пацієнт-орієнтованого підходу з урахуванням регіональних особливостей поширеності ФР, досвіду пацієнтів із звернень за медичною допомогою та оцінки готовності лікарів первинної ланки до удосконалення профілактичних втручання. Модель відрізняється від інших спрямуванням на модифікацію поодиноких або поєднаних поведінкових і метаболічних ФР, а

також на мінімізацію патологічних станів та захворювань, які передують за часом виникнення основним НІЗ; враховує контекстні характеристики пацієнта у безперервному нашаруванні заходів профілактики різних рівнів (по відношенню до основного захворювання та прогнозованого супутнього) та функціонує в інтегрованій взаємодії із спеціалізованою медичною допомогою та системою громадського здоров'я загалом. Модель, яка отримала схвальну експертну оцінку науковців-організаторів охорони здоров'я і лікарів, рекомендована до впровадження на рівні ПМСД в період реформування медичної галузі без додаткових економічних витрат.

## **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

Отримані результати наукового дослідження дозволяють рекомендувати:

Міністерству охорони здоров'я України:

- сприяти впровадженню моделі багатофакторної профілактики основних НІЗ на основі пацієнт-орієнтованого підходу з урахуванням регіональних особливостей поширеності ФР, досвіду пацієнтів із звернень за медичною допомогою та оцінки готовності лікарів ПМСД до удосконалення профілактичних втручань;

- враховувати особливості поширення ФР при розробці підходів до організації міжсекторальної співпраці з профілактики основних НІЗ;

- включити запропонований варіант структури основних етапів національного інструменту STEPS з контролю за поширенням НІЗ, зокрема, щодо участі в інших (окрім скринінгу раку шийки матки) програмах і профілактичних оглядах; «історією ХОЗЛ» та питаннями стосовно раціону харчування та рухової активності.

Національному інституту стратегічних досліджень:

- аналітичні матеріали, отримані при виконанні дисертації, використати при підготовці аналітичних довідок і рекомендацій щодо шляхів вирішення загальнодержавних та регіональних проблем суспільного розвитку.



Департаментам охорони здоров'я, обласним центрам здоров'я (центрам громадського здоров'я):

застосовувати результати комплексного вивчення поширеності ФР та досвіду звернень за медичною допомогою економічно активного населення для цільового маркетингу (у царині надання профілактичних послуг, вибору локації і контенту при проведенні просвітницьких акцій та впровадженні оздоровчих програм; удосконалення міжсекторального співробітництва тощо) залежно від зайнятості, статі і віку для підвищення соціальної, медичної та економічної ефективності діяльності.

Вищим медичним навчальним закладам України:

- використовувати у навчальних програмах дані з питань розповсюдженості ФР серед економічно активного населення та становлення його медичної активності.

- запровадити цикли ТУ для лікарів ПМСД з питань багатofакторних профілактичних втручань щодо основних НІЗ.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. WHO. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. WHO; 2014 [cited 2020 Dec 24]. 107p. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1).
2. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015 Jan 10;385(9963):117-71. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61682-2.
3. WHO. Noncommunicable diseases [online fact sheet]. [Internet]. WHO; 2018 [cited 2020 Dec 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
4. WHO. Time to Deliver: Third UN High-level Meeting on non-Communicable Diseases. [Internet]. WHO; 2018 [cited 2020 Dec 24]. 16 p. Available from: <http://www.who.int/ncds/governance/third-un-meeting/brochure.pdf>.
5. UN. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. [Internet]. UN; 2015 [cited 2020 Dec 24]. Available from : <https://undocs.org/en/A/RES/70/1>
6. WHO. COVID-19 significantly impacts health services for noncommunicable diseases. [Internet]. WHO; 2020 [cited 2020 Dec 24]. Available from: <https://www.who.int/news/item/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>.
7. WHO. Delivering NCD services in a time of COVID-19 – stories from the field. [Internet]. WHO; 2020. [cited 2020 Dec 24]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2020/6/delivering-ncd-services-in-a-time-of-covid-19-stories-from-the-field>.

8. WHO. Spotlight on care for noncommunicable diseases and COVID-19. [Internet]. WHO; 2020 [cited 2020 Dec 24]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/spotlight-on-care-for-noncommunicable-diseases-and-covid-19>.

9. Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020». Указ Президента України від 12 січня 2015 року №5/2015. 2015 [цитовано 2020 Груд 24]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015#Text>.

10. Грузєва ТС, Галієнко ЛІ, Дуфинець ВА, Замкевич ВБ, Іншакова ГВ. Медико-соціальні аспекти проблеми неінфекційних захворювань у дзеркалі світової, європейської та національної статистики. Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2016;1(26):15-22.

11. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік. МОЗ України: ДУ «УІСД МОЗ України»; 2015, 460с.

12. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік. МОЗ України: ДУ «УІСД МОЗ України»; 2014. 438с.

13. Лехан ВМ, Крячкова ЛВ. Інтегральна оцінка результатів діяльності системи охорони здоров'я України. Україна. Здоров'я нації. 2010;2:53-65.

14. МОЗ. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років. МОЗ; 2015 [цитовано 2020 Груд 24], Доступно: <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>.

15. МОЗ України: Що було, є і буде. Перехідні настанови. МОЗ; 2019 [цитовано 2020 Груд 24]. 68 с. Доступно: [https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition\\_book\\_healthcare.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf).

16. Грузєва ТС, Пузанова ОГ. Інформаційне забезпечення фахівців первинної ланки охорони здоров'я з питань доказової профілактики. Україна. Здоров'я нації. 2015;2(34):91-5.

17. Рогач ІМ, Погоріляк РЮ, Шип ДЯ. Щодо рівня забезпеченості інформаційними технологіями ланки ПМСД Закарпатської області. Україна. Здоров'я нації. 2017;3:203-7.

18. Матюха ЛФ, Медведовська НВ. Підходи до оцінки ефективності лікарської практики з надання первинної медичної допомоги. Україна. Здоров'я нації. 2017;2:140-2.

19. Лашкул ЗВ. Концептуальні підходи до профілактики артеріальної гіпертензії в умовах реформування охорони здоров'я. Укр.мед.часопис. 2014;6:149-51.

20. Плужнікова ТВ. Моніторинг артеріального тиску і аналізу звичок населення та порівняння їх з такими у 2014 році. Медичний форум. 2016;7:148-50.

21. Слабкий ГО, Зозуля ІС, Зозуля АІ. Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Семейная медицина. 2014;3(53):25-7.

22. Знаменська МА. Комунікації в практиці сімейного лікаря. Україна. Здоров'я нації. 2015;1(33):122-5.

23. Гільдіна ЄМ, Теренда НО. Роль лікувально-профілактичних закладів всіх форм власності у профілактиці неепідемічних захворювань в Україні. Медсестринство. 2017;1:44-6.

24. Лехан ВМ, Слабкий ГО, Шевченко МВ. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Україна. Здоров'я нації. 2010;1(13):5-23.

25. Горачук ВВ, Орлова НМ. Підходи до проблеми управління якістю профілактичної допомоги. Укр. мед. Часопис. 2010;5(79):45-7.

26. Ринда ФП. Деякі актуальні питання формування здорового способу життя в Україні. Україна. Здоров'я нації. 2013;4:35-40.

27. Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи. [Інтернет]. Наказ МОЗ України від 29.07.2016. 2016 [цитовано 2020 Груд 26]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16#Text>.

28. WHO. European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. [Internet]. WHO Reg. Of. for Europe; 2014 [cited 2020 Dec 24]. 19 p. Available from: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/253727/64wd14e\\_FoodNutAP\\_140426.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf).

29. WHO. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025. [Internet]. Copenhagen: WHO Reg. Office for Europe; 2016 [cited 2020 Dec 24]. 28p. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/312762/Physical-activity-strategy-2016-2025-ru.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/312762/Physical-activity-strategy-2016-2025-ru.pdf?ua=1).

30. WHO. Integrating diet, physical activity and weight management services into primary care (2016). [Internet]. WHO Reg Of for Europe; 2016 [cited 2020 Dec 24]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/324304/Integrating-diet-physical-activity-weight-management-services-primary-care.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/324304/Integrating-diet-physical-activity-weight-management-services-primary-care.pdf?ua=1).

31. Піщиков ВА, Кондратюк НЮ, Торжевська ОМ, Шестак НВ. Систематизація та аналіз існуючих методологічних підходів до превентивного консультування пацієнтів працівниками первинної медичної допомоги (аналітичний огляд літератури). Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2014;3(61):63-8.

32. Ринда ФП. Стан застосування профілактичних методів у практичній діяльності лікарів загальної практики – сімейних лікарів. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2016;1:14-23.

33. Montevideo Roadmap 2018-2030 on NCDs as a Sustainable Development Priority . WHO Global Conference on Noncommunicable Diseases. Pursuing policy coherence to achieve SDG target 3.4 on NCDs (Montevideo, 18-20 October 2017). [Internet]. 2017. [cited 2020 Dec 24]. 16 p. Available from: <http://www.who.int/conferences/global-ncd-conference/Roadmap.pdf?ua=1> .

34. WHO. The Minsk Declaration. The Life-course approach in the context of Health 2020. [Internet]. WHO; 2015 [cited 2020 Dec 24]. Available from: [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0009/289962/The-Minsk-Declaration-EN-rev1.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/289962/The-Minsk-Declaration-EN-rev1.pdf).

35. Рингач НО, Лукіна ТО. Освіта як детермінанта здоров'я в політиці України: орієнтири на шляху досягнення цілей сталого розвитку у світлі Мінської декларації. [Інтернет]. Державне управління: теорія та практика. 2016; [цитовано 2020 Груд 24]; 1:158-71. Доступно: [http://e-ratp.academy.gov.ua/2016\\_1/16.pdf](http://e-ratp.academy.gov.ua/2016_1/16.pdf).

36. Busse R, Blumel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. [Internet]. WHO. Observatory Studies Series. 2010 [cited 2020 Dec 24]. 20.127p. Available from: [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/96632/E93736.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf).

37. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren WM, et al. European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): the fifth joint task force of the European society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Int J Behav Med*. 2012 Dec;19(4):403-88. doi: 10.1007/s12529-012-9242-5.

38. WHO. Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region. Regional Committee for Europe. EUR/RC66/1166th session; 2016 [cited 2020 Dec 24]. Available from: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/315398/66wd11e\\_NCDActionPlan\\_160522.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/315398/66wd11e_NCDActionPlan_160522.pdf).

39. WHO. Good Practice in Occupational Health Services A Contribution to Workplace Health. [Internet]. WHO Regional Office for Europe; 2002 [cited 2020 Dec 24]. p. 92. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/115486/E77650.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/115486/E77650.pdf).

40. WHO. Protecting workers' health. Fact sheet. [Internet]. WHO; 2017 [cited 2020 Dec 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers'-health>.

41. Кундієв ЮІ, Трахтенберг ІМ, Чернюк ВІ, Нагорна АМ. Медицина праці на сучасному етапі. Науковий журнал МОЗ України. 2014;1(5):47-55.

42. Международное сотрудничество в области медицины труда. Охрана труда. Информационный ресурс. [Интернет] 2020 [цитовано 2020 Груд 24]. Доступно:[http://ohrana-bgd.ru/med/med1\\_01.html](http://ohrana-bgd.ru/med/med1_01.html).

43. ВОЗ. Профилактика неинфекционных болезней на рабочих местах с помощью рациона питания и физической активности. [Интернет]. ВОЗ; 2008. [цитовано 2020 Груд 24]. Доступно: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/WHOWEF\\_report\\_JAN2008\\_ru.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/WHOWEF_report_JAN2008_ru.pdf).

44. ВОЗ. Здоровье работающих: глобальный план действий. [Интернет]. ВОЗ; 2007. [цитовано 2020 Груд 24]. Доступно:[http://www.who.int/occupational\\_health/WHO\\_health\\_assembly\\_ru\\_web.pdf](http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_ru_web.pdf).

45. WHO. Noncommunicable diseases: what heads of state and government need to know. [Internet]. WHO/UN Development Programme; 2016 [cited 2020 Dec 24]. 6 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250226/WHO-NMH-NMA-16.92-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

46. WHO. STEPwise approach to surveillance (STEPS). [Internet]. WHO; 2019.[cited 2020 Dec 24]. Available from: <http://www.who.int/chp/steps/en/>.

47. Національний план заходів щодо НІЗ для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. Розпорядження КМУ від 26.07.2018р №530-р. [Ітернет]. [цитовано 2020 Груд 24]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/530-2018-%D1%80#Text>.

48. WHO. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. [Internet]. WHO; 2016 [cited 2020 Dec 24]. 28 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252275/9789241511650-eng.pdf?sequence=1>.

49. WHO. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. [Internet]. WHO:Regional committee for Europe. EUR/RC66/15; 2016 [cited 2020 Dec 24].

43p. Available from: [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0004/315787/66wd15e\\_FFA\\_IHSD\\_160535.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf).

50. WHO. The General Meeting of the WHO Global Coordination Mechanism on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 5-6 November 2018. [Internet]. WHO; 2018. [cited 2020 Dec 24]. Available from: <https://www.who.int/global-coordination-mechanism/events/2018-general-meeting-booklet.pdf?ua=1>.

51. Donaldson L. editor. Healthier, fairer, safer: the global health journey 2007–2017. Geneva: WHO; 2017. 72 p.

52. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. [Internet]. WHO; 2010 [cited 2020 Dec 24]. 176 p. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458\\_eng.pdf;jsessionid=744E438E4BAB6F698C59F20883E63DA9?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458_eng.pdf;jsessionid=744E438E4BAB6F698C59F20883E63DA9?sequence=1).

53. WHO. Updated appendix 3 to the global action plan for prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. [Internet]. WHO; 2017 [cited 2020 Dec 24]. Available from: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA70-REC1/A70\\_2017\\_REC1-en.pdf#page=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70-REC1/A70_2017_REC1-en.pdf#page=1).

54. WHO. Prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy. Resolutions and decisions. Document WHASS1/2006–WHA60/2007/REC/1. [Internet]. WHO; 2007 [cited 2020 Dec 24]. p.87-90. Available from: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHASSA\\_WHA60-Rec1/E/WHASS1\\_WHA60REC1-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/E/WHASS1_WHA60REC1-en.pdf).

55. UN. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Resolution adopted by the General Assembly on 19 September 2011. UN; 2011 [cited 2020 Dec 24]. Available from: <https://undocs.org/A/RES/66/2>.

56. WHO. Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework. WHO; 2013 [cited 2020 Dec 24]. Available from: [http://www.who.int/nmh/global\\_monitoring\\_framework/en/](http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en/).



57. WHO. Targets and indicators for Health 2020. Version 3. WHO Regional Office for Europe; 2016 [cited 2020 Dec 24]. Available from: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/317936/Targets-indicators-Health-2020-version3.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/317936/Targets-indicators-Health-2020-version3.pdf).

58. Mathers CD, Boerma T, Ma Fat D. Global and regional causes of death. *Br Med Bull*. 2009; 92(1):7-32. doi:10.1093/bmb/ldp028.

59. Lloyd-Sherlock P, Ebrahim S, Martinez R, McKee M, Ordunez P. Reducing the cardiovascular disease burden for people of all ages in the Americas region: analysis of mortality data, 2000-15. *Lancet Glob Health*. 2019 May;7(5):e604-e612. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30069-5.

60. WHO. Towards a Europe free of avoidable noncommunicable diseases. The future course of premature mortality in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe; 2017 [cited 2020 Dec 24]. Available from: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/340865/Report-1-2.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/340865/Report-1-2.pdf).

61. WHO. Monitoring noncommunicable disease commitments in Europe. Theme in focus: progress monitor indicators (2017). WHO Regional Office for Europe; 2017 [cited 2020 Dec 24]. Available from: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/351518/Monitoring-NCD.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/351518/Monitoring-NCD.pdf).

62. WHO. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. WHO; 2017 [cited 2020 Dec 24]. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghaideclaration.pdf?ua=1>.

63. WHO. Ashgabat Declaration on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. WHO European Ministerial Conference on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. WHO; 2013 [cited 2020 Dec 24]. Available from: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/236188/Ashgabat-Declaration-4-December-2013-Eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/236188/Ashgabat-Declaration-4-December-2013-Eng.pdf).

64. Seuring T, Archangelidi O, Suhrcke M. The Economic Costs of Type 2 Diabetes: A Global Systematic Review. *Pharmacoeconomics*. 2015;33(8):811–31. doi: 10.1007/s40273-015-0268-9.

65. Carbonell-Baeza A, Soriano-Maldonado A, Gallo FJ, López del Amo MP, Ruiz-Cabello P, Andrade A, et al. Cost-effectiveness of an exercise intervention program in perimenopausal women: the Fitness League Against MENopause COst (FLAMENCO) randomized controlled trial *BMC Public Health*. 2015; 15:555. doi: 10.1186/s12889-015-1868-1

66. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014. WHO; 2014 [cited 2020 Dec 24]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

67. WHO. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. WHO; 2020 [cited 2020 Dec 24]. 116 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331452/9789240002319-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

68. Stepurko T, Semigina T, Barska Y. Індекс здоров'я. Україна–2017: Результати загальнонаціонального дослідження. [Інтернет]; Київ. 2018 [цитовано 2020 Груд 27]; 211с. Доступно: [https://www.researchgate.net/publication/330216292\\_Indeks\\_zdorov'a\\_Ukraina-2017\\_Rezultati\\_zagalnonacionalnogo\\_doslidzenna](https://www.researchgate.net/publication/330216292_Indeks_zdorov'a_Ukraina-2017_Rezultati_zagalnonacionalnogo_doslidzenna) doi: [10.13140/RG.2.2.23904.74241](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.23904.74241)

69. Mendis S, Puska P, Norrving B, editors. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control 2011. WHO; 2013. 163 p.

70. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37–43. doi:10.1016/S0140-6736(12)60240-2.

71. Ali A, Katz DL. Disease Prevention and Health Promotion: How Integrative Medicine Fits. *Am. J. Prev. Med.* 2015;49(5,Suppl.3):230–240. doi:<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.07.019>

72. ВОЗ. Ликвидировать разрыв в течении жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. ВОЗ; 2008 [цитовано 2020 Груд 26].

40с. Доступно: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69832/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_rus.pdf?sequence=6](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69832/WHO_IER_CSDH_08.1_rus.pdf?sequence=6).

73. Величковский БТ. Стратегия медицины в охране здоровья населения на пороге XXI века. Вестник РАМН. 2000;9:51-5.

74. Соболева НП, Михайлова ЮВ. Стратегическое направление развития системы профилактики. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2000;5:3-6.

75. Про схвалення концепції Загальнодержавної програми “Здоров’я -2020:український вимір”. Розпорядження КМУ від 31 жовтня 2011р. N1164-р. [Інтернет]. 2011 [цитовано 2020 Груд 26]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80#Text>.

76. Вороненко ЮВ, Горачук ВВ. Методичні підходи до впровадження стандартизації організаційних технологій у систему управління якістю медичної допомоги. Укр. мед. часопис. 2012;5(91):108-10.

77. Цілі Сталого Розвитку: Україна. Національна доповідь. 2017. Міністерство економічного розвитку і торгівлі України; [Інтернет]. 2017 [цитовано 2020 Груд 26]. Доступно: [http://un.org.ua/images/SDGs\\_NationalReportUA\\_Web\\_1.pdf](http://un.org.ua/images/SDGs_NationalReportUA_Web_1.pdf).

78. WHO. Ukraine: NCD country profile. WHO; 2018 [cited 2020 Dec 24]. Available from: [https://www.who.int/nmh/countries/ukr\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/nmh/countries/ukr_en.pdf?ua=1).

79. Середньостроковий план пріоритетних дій Уряду до 2020 року. Розпорядження КМУ від 3.04.2017 р. №275-р. 2017 [цитовано 2020 Груд 24]. Доступно: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249935442>.

80. WHO. STEPS: Noncommunicable Disease Risk Factor Survey. Data Book for Ukraine. WHO; 2020 [cited 2020 Dec 24]. Available from: <https://cloud.phc.org.ua/index.php/apps/onlyoffice/s/C3TJqJcDn8gsD2i?fileId=493579>.

81. WHO. STEPS: prevalence of noncommunicable disease risk factors in Ukraine 2019. WHO Regional Office for Europe; 2020 [cited 2020 Dec 24]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/publications/steps-prevalence-of-noncommunicable-disease-risk-factors-in-ukraine-2019-2020>.

82. WHO. Підтримка ВООЗ у сфері розвитку системи охорони здоров'я в Україні 2016–2019. WHO; 2020 [cited 2020 Dec 24]. Available from: [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0011/429698/WHO\\_support\\_Ukraine\\_2016-19\\_UA\\_028.pdf?ua=1](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/429698/WHO_support_Ukraine_2016-19_UA_028.pdf?ua=1).

83. Цілі сталого розвитку Україна. Моніторинговий звіт. [Інтернет]. 2019; [цитовано 2020 Груд 24]. 92 с. Доступно: [http://www.ukrstat.gov.ua/csr\\_prezent/ukr/st\\_rozv/publ/SDGs-Monitoring Report v08\\_24.09.2019.pdf](http://www.ukrstat.gov.ua/csr_prezent/ukr/st_rozv/publ/SDGs-Monitoring Report v08_24.09.2019.pdf).

84. Цілі сталого розвитку Україна. Добровільний національний огляд. 2020; 117с.

85. ВОЗ. Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними: ответные меры во исполнение конкретных задач в порядке подготовки к третьему Совещанию высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике НИЗ и борьбе с ними в 2018 г. Доклад Генерального директора / 69 Сессия Всемирной Ассамблеи здравоохранения. ВОЗ; 2016 [цитовано 2020 Груд 24]. Доступно: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_10-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_10-ru.pdf).

86. WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO; 2015 [cited 2020 Dec 24]. 70 p. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789241563871\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789241563871_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

87. WHO. Global Recommendations on Physical Activity for Health. WHO; 2010 [cited 2020 Dec 24]. 60 p. Available from: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf>.

88. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk P, et al. Impact of Physical Inactivity on the World's Major Non-Communicable Diseases. *Lancet*. 2012;380(9838):219–29. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61031-9.

89. Blanchard C, Shilton T, Bull F. Global Advocacy for Physical Activity (GAPA): global leadership towards a raised profile. *Global Health Promotion*. 2013;20(Supp. 4):113-21. doi: 10.1177/1757975913500681.

90. Martin B. Editorial. Health-enhancing physical activity in Europe and in Switzerland: the health care setting and beyond. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*. 2014;62(2):4-5.

91. Lobelo F, Stoutenberg M, Hutber A. The Exercise is Medicine Global Health Initiative: a 2014 update. *Br J Sports Med*. 2014;48(22):1627-33. doi: 10.1136/bjsports-2013-093080.

92. Nunan D, Mahtani KR, Roberts N, Heneghan C. Physical activity for the prevention and treatment of major chronic disease: an overview of systematic reviews. *Syst Rev*. 2013 Jul 10;2:56. doi: 10.1186/2046-4053-2-56.

93. Martin B, Padlina O, Martin-Diener E, Bize R, Cornuz J, Kahlmeier S. Physical activity promotion in the health care setting in Switzerland. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*. 2014;62(2):19-22.

94. Ward M. Experiences in physical activity promotion in health care settings for primary prevention in the UK. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*. 2014;62(2):26-8.

95. Start active, stay active: a report on physical activity from the four home countries' chief medical officers. Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Protection. [Internet]. 2011 [cited 2020 Dec 24]. 62 p. Available from:[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/830943/withdrawn\\_dh\\_128210.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/830943/withdrawn_dh_128210.pdf).

96. Woodcock J, Franco OH, Orsini N, Roberts I. Non-vigorous physical activity and all-cause mortality: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Int J Epidemiol*. 2011;40(1):121-38. doi: 10.1093/ije/dyq104.

97. Fuzeki E, Banzer W. Exercise Referral in Germany. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*. 2014;62(2):29-31. doi:10.34045/SSEM/2014/12.

98. Raustorp A, Sundberg CJ. The Evolution of Physical Activity on Prescription (FaR) in Sweden. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*. 2014;62(2):23-5. doi:10.34045/SSEM/2014/10.

99. Physical activity in the prevention and treatment of disease. Swedish National Institute of Public Health Professional Associations for physical activity. [Internet]. 2010 [cited 2020 Dec 24]. 623 p. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/5de033c2c75a494a99cbba2407594c22/physical-activity-prevention-treatment-disease-webb.pdf>.

100. Methods of Promoting Physical Activity: A Systematic Review (Summary and conclusions) [Internet]. Stockholm: Swedish Council on Health Technology Assessment (SBU). SBU Yellow Report; 2007 [cited 2020 Dec 24]. 181 p. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447978/>.

101. Gustavsson C, Nordqvist M, Bröms K, Jerdén L, LV, Wallin L. What is required to facilitate implementation of Swedish physical activity on prescription? – interview study with primary healthcare staff and management. *BMC Health Services Research*. 2018;18:196. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3021-1>

102. Djomba J, Vrbovšek S, Cuš B. Physical activity promotion in primary health care in Slovenia. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*. 2014;62(2):32-4.

103. Potemkina R, Boytsov S. Exercise in Medicine in Russia. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*. 2014;62(2):35-7.

104. Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність - здоровий спосіб життя - здорова нація». Указ Президента України від 9 лютого 2016 року №42/2016. [Інтернет]. 2016 [цитовано 2020 Груд 24]. Доступно:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/42/2016#n14>.

105. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року “Рухова активність — здоровий спосіб життя — здорова нація” на 2020 рік. Розпорядження КМУ від 21 серпня 2019 р. № 666-р.[Інтернет]. 2019 [цитовано 2020 Груд 24]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/666-2019-%D1%80#Text>.

106. Villalobos-Zúñiga G, Cherubini M. Activity Self-Tracking with Smart Phones: How to Approach Odd Measurements? arXiv:1804.04855v [cs.HC]. [Internet]. 2018[cited 2020 Dec 24]. Available from: <https://arxiv.org/pdf/1804.04855.pdf>.

107. ВОЗ. Глобальная конференция по первичной медико-санитарной помощи (Алма-Ата, 1978г.). ВОЗ; [Интернет]. 1978 [цитовано 2020 Груд 24]. Доступно: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/113875/E93944R.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.pdf).

108. Cambridge JM, Cunningham JA. The early history of ideas on brief interventions for alcohol. *Addiction*. 2014;109(4):538-46. doi: 10.1111/add.12458.

109. Local Delivery Plan Standard: Alcohol Brief Interventions. National Guidance 2015–2016. [Internet]. Scottish Government; 2015 [cited 2020 Dec 24]. 22 p. Available from: <https://www.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/06/Alcohol-Brief-Interventions-ABI-National-Guidance-2015-16.pdf>.

110. WHO. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care. [Internet]. WHO; 2001 [cited 2020 Dec 24]. 53 p. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/67210>.

111. Sanci L, Chondros P, Sawyer S, Pirkis J, Ozer E, Hegarty K, et al. Responding to Young People's Health Risks in Primary Care: A Cluster Randomised Trial of Training Clinicians in Screening and Motivational Interviewing. *PLoS One*. 2015 Sep 30;10(9):e0137581. doi: 10.1371/journal.pone.0137581.

112. Stead M, Parkes T, Nicoll A, Wilson S, Burgess C, Eadie D, et al. Delivery of alcohol brief interventions in community-based youth work settings: exploring feasibility and acceptability in a qualitative study. *BMC Public Health*. 2017 Apr 24;17(1):357. doi 10.1186/s12889-017-4256-1.

113. Jin X, Kinner SA, Hopkins R, Stockings E, Courtney RJ, Shakeshaft A, et al. Brief intervention on Smoking, Nutrition, Alcohol and Physical (SNAP) inactivity for smoking relapse prevention after release from smoke-free prisons: a study protocol for a multicentre, investigator-blinded, randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2018 Oct 18;8(10):e021326. doi:10.1136/bmjopen-2017-021326.

114. Gill DP, Blunt W, Bartol C, Pulford RW, De Cruz A, Simmavong PK, et al. HealtheSteps™ Study Protocol: a pragmatic randomized controlled trial promoting active living and healthy lifestyles in at-risk Canadian adults delivered in primary care and community-based clinics. *BMC Public Health*. 2017 Feb 7;17(1):173. doi: 10.1186/s12889-017-4047-8.

115. Lin JS, O'Connor E, Whitlock EP, Beil TL. Behavioral Counseling to Promote Physical Activity and a Healthful Diet to Prevent Cardiovascular Disease in Adults: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task/ Force. *Annals of Internal Medicine*. 2010;153(11):736-50. doi: 10.7326/0003-4819-153-11-201012070-00007.

116. Kvaavik E, Batty GD, Ursin G, Huxley R, Gale CR. Influence of individual and combined health behaviors on total and cause-specific mortality in men and women: the United Kingdom health and lifestyle survey. *Arch Intern Med*. 2010 Apr 26;170(8):711-8. doi: 10.1001/archinternmed.2010.76.

117. WHO European Collaborative Group. An international controlled trial in the multifactorial prevention of coronary heart disease. *Int. J. Epid*. 1974;3:219–224. Doi:<https://doi.org/10.1093/ije/3.3.219>.

118. Multifactorial trial in the prevention of coronary heart disease: 3. Incidence and mortality results. *Eur Heart J*. 1983 Mar;4(3):141-7.

119. Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Jan 19;(1):CD001561. doi:10.1002/14651858.CD001561. pub3.

120. Sisti LG, Dajko M, Campanella P, Shkurti E, Ricciardi W, de Waure C. The effect of multifactorial lifestyle interventions on cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis of trials conducted in the general population and high risk groups. *Prev Med*. 2018 Apr;109:82-97. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.12.027.

121. Jeemon P, Harikrishnan S, Sanjay G, Sivasubramonian S, Lekha TR, Padmanabhan S, et al. A PROgramme of Lifestyle Intervention in Families for Cardiovascular risk reduction (PROLIFIC Study): design and rationale of a family



based randomized controlled trial in individuals with family history of premature coronary heart disease. *BMC Public Health*. 2017 Jan 5;17(1):10. doi: 10.1186/s12889-016-3928-6. PMID: 28056897.

122. Kramer M, Molenaar D, Arena V. Improving Employee Health: Evaluation of a Worksite Lifestyle Change Program to Decrease Risk Factors for Diabetes and Cardiovascular Disease. *J Occup Environ Med*. 2015;57(3):284–91. doi:10.1097/JOM.0000000000000350.

123. Hafez D, Fedewa A, Moran M, O'Brien M, Ackermann R, Kullgren JT. Workplace Interventions to Prevent Type 2 Diabetes Mellitus: a Narrative Review. *Curr Diab Rep*. 2017 Feb;17(2):9. doi: 10.1007/s11892-017-0840-0.

124. DeJoy DM, Padilla HM, Wilson MG, Vandenberg RJ, Davis MA. Worksite translation of the Diabetes Prevention Program: formative research and pilot study results from FUEL Your Life. *Health Promot Pract*. 2013 Jul;14(4):506-13. doi: 10.1177/1524839912461014.

125. Dunkley AJ, Bodicoat DH, Greaves CJ, Russell C, Yates T, Davies MJ, Khunti K. Diabetes prevention in the real world: effectiveness of pragmatic lifestyle interventions for the prevention of type 2 diabetes and of the impact of adherence to guideline recommendations: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2014 Apr;37(4):922-33. doi: 10.2337/dc13-2195.

126. Gilis-Januszevska A, Lindstrom J, Tuomilehto J, Piwonska-Solska B, Topor-Madry R, Szybinski Z et al. Sustained diabetes risk reduction after real life and primary health care setting implementation of the diabetes in Europe prevention using lifestyle, physical activity and nutritional intervention (DE-PLAN) project. *BMC Public Health*. 2017 Feb 15;17:198. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4104-3>.

127. Bischoff EW, Hamd DH, Sedeno M, Benedetti A, Schermer TRJ, Bernard S. Effects of written action plan adherence on COPD exacerbation recovery. *Thorax*. 2011;66(1):26-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/thx.2009.127621>.

128. Bucknall CE, Miller G, Lloyd S M, Cleland J, McCluskey S, Cotton M et al. Glasgow supported self-management trial (GSuST) for patients with moderate to

severe COPD: randomised controlled trial *BMJ* 2012; 344 :e1060. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.e1060>.

129. Wang L, Mårtensson J, Zhao Y, Nygårdh A. Experiences of a health coaching self-management program in patients with COPD: a qualitative content analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2018 May 11;13:1527-1536. doi: 10.2147/COPD.S161410.

130. Pronk NP, Peek CJ, Goldstein MG. Addressing multiple behavioral risk factors in primary care. A synthesis of current knowledge and stakeholder dialogue sessions. *Am J Prev Med*. 2004 Aug;27(2 Suppl):4-17. doi: 10.1016/j.amepre.2004.04.024.

131. Prochaska JJ, Prochaska JO. A Review of Multiple Health Behavior Change Interventions for Primary Prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2011;5(3):208-21. doi: 10.1177/1559827610391883.

132. Meader N, King K, Moe-Byrne T, Wright K, Graham H, Petticrew M, et al. A systematic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviours. *BMC Public Health*. 2016 Jul 29;16:657. doi: 10.1186/s12889-016-3373-6.

133. Eisner D, Zoller M, Rosemann T, Huber CA, Badertscher N, Tandjung R. Screening and prevention in Swiss primary care: a systematic review. *Int J Gen Med*. 2011;4:853-70. doi: 10.2147/ijgm.s26562.

134. Fleming P, Godwin M. Lifestyle interventions in primary care: systematic review of randomized controlled trials. *Can Fam Physician*. 2008 Dec;54(12):1706-13.

135. Patnode CD, Evans CV, Senger CA, Redmond N, Lin JS. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Known Cardiovascular Disease Risk Factors: Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2017 Jul. Report No.: 15-05222-EF-1. [cited 2020 Dec 25]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29364620/>.

136. Aubrey-Bassler K, Fernandes C, Penney C, Cullen R, Meaney C, Sopcak N, et al. The effectiveness of a proven chronic disease prevention and screening intervention in diverse and remote primary care settings: an implementation study on the BETTER 2 Program. *BJGP Open*. 2019 Oct 29;3(3):bjgpopen19X101656. doi: 10.3399/bjgpopen19X101656.

137. WHO. The European Health Report 2002. [Internet] WHO. European Series; 2002 [cited 2020 Dec 25]. №97. 165 p. Available from: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/98296/E76907.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98296/E76907.pdf).

138. Alzahrani SH, Malik AA, Bashawri J, Shaheen SA, Shaheen MM, Alsaib AA, et al. Health-promoting lifestyle profile and associated factors among medical students in a Saudi university. *SAGE Open Med*. 2019 Mar 25;7:2050312119838426. doi: 10.1177/2050312119838426.

139. Musavian AS, Pasha A, Rahebi SM, Atrkar Roushan Z, Ghanbari A. Health promoting Behaviors Among Adolescents: A Cross-sectional Study. *Nurs Midwifery Stud*. 2014 Apr;3(1):e14560. doi: 10.17795/nmsjournal14560.

140. Сердюк АМ, Гуліч МП, Петренко ОД, Любрська ЛС, Коблянська АВ. Обізнаність та усвідомлення студентською молоддю загрози для здоров'я факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань – сучасний стан проблеми. *Медичні перспективи*. 2019; 24(1):4-14. doi:10/26641/2307-0404.2019.1.162168.

141. Ping W, Cao W, Tan H, Guo C, Dou Z, Yang J. Health protective behavior scale: Development and psychometric evaluation. *PLoS One*. 2018 Jan 8;13(1):e0190390. doi: 10.1371/journal.pone.0190390.

142. Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J. Planning Committee of the Addressing Multiple Behavioral Risk Factors in Primary Care Project. Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. *Am J Prev Med*. 2004 Aug;27(2 Suppl):61-79. doi: 10.1016/j.amepre.2004.04.023.

143. Healthy People 2020. Clinical preventive services. [Internet]. CDC: NCHS; 2014 [cited 2020 Dec 26]. Available from: [https://www.cdc.gov/nchs/healthy\\_people/hp2020/hp2020\\_indicators.htm](https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2020/hp2020_indicators.htm).

144. WHO. Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: healthy-lifestyle counselling. [Internet]. WHO; 2018 [cited 2020 Dec 26]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260422>.

145. Malan Z, Mash B, Everett-Murphy K. Development of a training programme for primary care providers to counsel patients with risky lifestyle behaviours in South Africa. *Afr J Prm Health Care Fam Med*. 2015; 7(1):a819. DOI:10.4102/phcfm.v7i1.819.

146. Codern-Bové N, Pujol-Ribera E, Pla M, Gonzalez- Bonilla J, Granollers S, Ballve JL, et al. Motivational interviewing interactions and the primary health care challenges presented by smokers with low motivation to stop smoking: a conversation analysis. *BMC Public Health*. 2014;14:1225. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1225>.

147. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford-Press; 1991. Pp.xvii+348. doi: <https://doi.org/10.1002/casp.2450020410>.

148. Berger JG. Adult development theory and executive coaching practice. In: Stober DR, Grant AM, editors. *Evidence based coaching. Handbook*. [Internet]. New Jersey: Wiley & Song; 2006 [cited 2020 Dec 26]. p.77-102. Available from: <http://perform.com.au/wp-content/uploads/2015/11/garvey-berger-developmental-coaching.pdf>.

149. Peterson D. People are complex and the world is messy: a behaviour-based approach to executive coaching. In: *Evidence based coaching*. Edited by Stober DR, Grant AM. [Internet]. New Jersey: Wiley & Song; 2006 [cited 2020 Dec 26]. p.51-77. Available from: <http://perform.com.au/wp-content/uploads/2015/11/garvey-berger-developmental-coaching.pdf>.

150. Neuner-Jehle S, Schmid M, Grüninger U. The “Health Coaching” programme: a new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care. *BMC Family Practice*. 2013;14(1):100. DOI: 10.1186/1471-2296-14-100.

151. Wolever RQ, Simmons LA, Sforzo GA, Dill D, Kaye M, Bechard EM, et al. Systematic Review of the Literature on Health and Wellness Coaching: Defining a Key Behavioral intervention in Healthcare. *Glob Adv Health Med*. 2013 Jul;2(4):38-57. doi: 10.7453/gahmj.2013.042.

152. Kivela K, Elo S, Kynga H, Kääriäinen M. The effects of health coaching on adult patients with chronic diseases: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2014;97:147-57. doi: 10.1016/j.pec.2014.07.026.

153. Wilson K, Senay I, Durantini M, Sánchez F, Hennessy M, Spring B, et al. When it comes to lifestyle recommendations, more is sometimes less: a meta-analysis of theoretical assumptions underlying the effectiveness of interventions promoting multiple behavior domain change. *Psychol Bull*. 2015 Mar;141(2):474-509. doi: 10.1037/a0038295.

154. Hassan Y, Head V, Jacob D, Bachmann MO, Diu S, Ford J. Lifestyle interventions for weight loss in adults with severe obesity: a systematic review. *Clin Obes*. 2016 Dec;6(6):395-403. doi: 10.1111/cob.12161.

155. van Rinsum C, Gerards S, Rutten G, Philippens N, Janssen E, Winkens B, et al. The Coaching on Lifestyle (Cool) Intervention for Overweight and Obesity: A Longitudinal Study into Participants' Lifestyle Changes. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Apr 4;15(4):680. doi: 10.3390/ijerph15040680.

156. Schmidt MI, Duncan BB, Castilhos C, Wendland EM, Hallal PC, Schaan BD, et al. Lifestyle INtervention for Diabetes prevention After pregnancy (LINDA-Brasil): study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Mar 30;16:68. doi: 10.1186/s12884-016-0851-x.

157. Venditti EM, Wylie-Rosett J, Delahanty LM, Mele L, Hoskin MA, Edelstein SL; Diabetes Prevention Program Research Group. Short and long-term lifestyle coaching approaches used to address diverse participant barriers to weight loss and physical activity adherence. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014 Feb 12;11:16. doi: 10.1186/1479-5868-11-16.

158. Muñoz Obino KF., Aguiar Pereira C, Caron-Lienert R.S. Coaching and barriers to weight loss: an integrative review. *Diabetes, Metabolic Syndrome and*

Obesity: Targets and Therapy. 2016;10:1-11.  
doi: <https://doi.org/10.2147/DMSO.S113874>.

159. Wolever RQ, Caldwell KL, Wakefield JP, Little KJ, Gresko J, Shaw A, et al. Integrative health coaching: an organizational case study. *Explore (NY)*. 2011 Jan-Feb;7(1):30-6. doi: 10.1016/j.explore.2010.10.003.

160. Vale MJ, Jelinek MV, Best JD, Dart AM, Grigg LE, Hare DL, et al; COACH Study Group. Coaching patients On Achieving Cardiovascular Health (COACH): a multicenter randomized trial in patients with coronary heart disease. *Arch Intern Med*. 2003 Dec 8-22;163(22):2775-83. doi: 10.1001/archinte.163.22.2775.

161. Butterworth S, Linden A, McClay W, Leo MC. Effect of motivational interviewing-based health coaching on employees' physical and mental health status. *J Occup Health Psychol*. 2006 Oct;11(4):358-65. doi: 10.1037/1076-8998.11.4.358.

162. Mistridis P, Mata J, Neuner-Jehle S, Annoni JM, Biedermann A, Bopp-Kistler I, et al. Use it or lose it! Cognitive activity as a protective factor for cognitive decline associated with Alzheimer's disease. *Swiss Med Wkly*. 2017 Mar 1;147:w14407. doi: 10.4414/smw.2017.14407.

163. Niebuhr F., Wilfling D., Hahn K., Steinhäuser J. Coaching from the perspective of family medicine. A systematic review. *Prevention und gesundheitsforderung*. 2018;13(2):91-96. doi: 10.1007/s11553-017-0636-8.

164. Dejonghe LAL, Becker J, Froboese I, Schaller A. Long-term effectiveness of health coaching in rehabilitation and prevention: A systematic review. *Patient Educ Counc*. 2017 Sept;100:1643-1653. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.04.012>.

165. van Rinsum CE, Gerards SMPL, Rutten GM, van de Goor IAM, Kremers SPJ. The coaching on lifestyle (CooL) intervention for obesity, a study protocol for an action-oriented mixed-methods study. *BMC Public Health*. 2018 Jan 8;18(1):117. doi: 10.1186/s12889-017-5010-4.

166. Berendsen BA, Kremers SP, Savelberg HH, Schaper NC, Hendriks MR. The implementation and sustainability of a combined lifestyle intervention in primary

care: mixed method process evaluation. *BMC Fam Pract.* 2015 Mar 17;16:37. doi: 10.1186/s12875-015-0254-5.

167. Easthall C, Song F, Bhattacharya D. A meta-analysis of cognitive-based behaviour change techniques as interventions to improve medication adherence. *BMJ Open.* 2013 Aug 9;3(8):e002749. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002749.

168. Kimsey-House H, Kimsey-House K, Sandahl P. Co-active coaching: changing business, transforming lives. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. 2011. 228 p.

169. Williams P, Davis DC. *Therapist as Life Coach: Transforming Your Practice.* W.W. Norton & Company; 2007. 216p.

170. Ammentorp J, Uhrenfeldt L, Angel F, Ehrensverd M, Carlsen EB, Kofoed PE. Can life coaching improve health outcomes?-A systematic review of intervention studies. *BMC Health Serv Res.* 2013 Oct 22;13:428. doi: 10.1186/1472-6963-13-428.

171. Stewart DE, Yuen T. A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics.* 2011;52(3):199-209. doi: 10.1016/j.psych.2011.01.036.

172. Hibbard JH, Greene J, Tusler M. Improving the outcomes of disease management by tailoring care to the patient's level of activation. *Am J Manag Care.* 2009;15(6):353-60.

173. Oddone EZ, Gierisch JM, Sanders LL, Fagerlin A, Sparks J, McCant F, et al. A Coaching by Telephone Intervention on Engaging Patients to Address Modifiable Cardiovascular Risk Factors: a Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med.* 2018 Sep;33(9):1487-1494. doi: 10.1007/s11606-018-4398-6.

174. Nouri SS, Damschroder LJ, Olsen MK, Gierisch JM, Fagerlin A, Sanders LL, et al. Health Coaching Has Differential Effects on Veterans with Limited Health Literacy and Numeracy: a Secondary Analysis of ACTIVATE. *J Gen Intern Med.* 2019 Apr;34(4):552-558. doi: 10.1007/s11606-019-04861-7.

175. WHO. Enhancing mental health pre-service training with the mhGAP intervention guide: experiences and lessons learned. [Internet]. WHO; 2020 [cited

2020 Dec 27]; p.32. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240007666>.

176. Frese M., Zapf D. Methodological issues in the study of work stress: Objective vs subjective measurement of work stress and the question of longitudinal studies. In C. L. Cooper & R. Payne, editors. Wiley series on studies in occupational stress. Causes, coping and consequences of stress at work. Oxford, England: John Wiley & Sons. 1994. p.375-411.

177. Hellerstedt W.L, Jeffery R.W. The association of job strain and health behaviours in men and women. *Int J Epidemiol.* 1997 Jun;26(3):575-83. doi: 10.1093/ije/26.3.575.

178. Oliver G, Wardle J, Gibson EL. Stress and food choice: a laboratory study. *Psychosom Med.* 2000;62(6):853-65. doi: 10.1097/00006842-200011000-00016.

179. Chandola T, Britton A, Brunner E, Hemingway H, Malik M, Kumari M, et al. Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? *Eur Heart J.* 2008 Mar;29(5):640-8. doi: 10.1093/eurheartj/ehm584.

180. Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD, Fransson EI, Heikkilä K, Alfredsson L, et al. IPD-Work Consortium. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet.* 2012 Oct 27;380(9852):1491-7. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60994-5.

181. Backé EM, Seidler A, Latza U, Rossnagel K, Schumann B. The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health.* 2012 Jan;85(1):67-79. doi: 10.1007/s00420-011-0643-6.

182. WHO. Pikhart H, Pikhartova J. The relationship between psychosocial risk factors and health outcomes of chronic diseases: a review of the evidence for cancer and cardiovascular diseases. [Internet]. WHO Regional Office for Europe; 2015 [cited 2020 Dec 24]. 40 p. Available from: [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0011/273737/OMS-EURO-HEN-PsychologicalFactorsReport-A5-20150320-v5-FINAL.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/273737/OMS-EURO-HEN-PsychologicalFactorsReport-A5-20150320-v5-FINAL.pdf).



183. Fishta A, Backé EM. Psychosocial stress at work and cardiovascular diseases: an overview of systematic reviews. *Int Arch Occup Environ Health*. 2015 Nov;88(8):997-1014. doi: 10.1007/s00420-015-1019-0.

184. Waller M, Blomstrand A, Högberg T, Ariai N, Thorn J, Hange D, et al. A primary care lifestyle programme suitable for socioeconomically vulnerable groups - an observational study. *Scand J Prim Health Care*. 2016 Dec;34(4):352-359. doi: 10.1080/02813432.2016.

185. Bender AM, Jørgensen T, Helbeck B, Linneberg A, Pisinger C. Socioeconomic position and participation in baseline and follow-up visits: the Inter99 study. *Eur J Prev Cardiol*. 2014 Jul;21(7):899-905. doi: 10.1177/2047487312472076.

186. Floud S, Balkwill A, Canoy D, Wright FL, Reeves GK, Green J, et al. Marital status and ischemic heart disease incidence and mortality in women: a large prospective study. *BMC Med*. 2014;12:42. doi: 10.1186/1741-7015-12-42 .

187. Bonn SE, Alexandrou C, Hjörleifsdóttir Steiner K, Wiklander K, Östenson CG, Löf M, et al. App-technology to increase physical activity among patients with diabetes type 2 - the DiaCert-study, a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2018 Jan 10;18(1):119. doi: 10.1186/s12889-018-5026-4.

188. Clarke CS, Round J, Morris S, Kharicha K, Ford J, Manthorpe J, et al. Exploring the relationship between frequent internet use and health and social care resource use in a community-based cohort of older adults: an observational study in primary care. *BMJ Open*. 2017 Jul 21;7(7):e015839. doi: 10.1136/bmjopen-2017-015839.

189. Walters K, Kharicha K, Goodman C, Handley M, Manthorpe J, Cattan M, et al. Promoting independence, health and well-being for older people: a feasibility study of computer-aided health and social risk appraisal system in primary care. *BMC Fam Pract*. 2017 Mar 24;18(1):47. doi: 10.1186/s12875-017-0620-6.

190. Pagoto S., Bennett G.G. How behavioral science can advance digital health. *Transl Behav Med*. 2013 Sep;3(3):271-76. doi: 10.1007/s13142-013-0234-z.

191. Gore MO, Krantz MJ, Albright K, Beaty B, Coronel-Mockler S, Bull S, et al. A controlled trial of mobile short message service among participants in a rural

cardiovascular disease prevention program. *Prev Med Rep.* 2018 Nov 30;13:126-131. doi: 10.1016/j.pmedr.2018.11.021.

192. Silina V, Tessma MK, Senkane S, Krievina G, Bahs G. Text messaging (SMS) as a tool to facilitate weight loss and prevent metabolic deterioration in clinically healthy overweight and obese subjects: a randomised controlled trial. *Scand J Prim Health Care.* 2017 Sep;35(3):262-270. doi: 10.1080/02813432.2017.1358435.

193. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Apr 10;4(4):CD006611. doi: 10.1002/14651858.CD006611.pub4.

194. Linke S, McCambridge J, Khadjesari Z, Wallace P, Murray E. Development of a psychologically enhanced interactive online intervention for hazardous drinking. *Alcohol Alcohol.* 2008 Nov-Dec;43(6):669-74. doi: 10.1093/alcalc/agn066.

195. Wallace P, Murray E, McCambridge J, Khadjesari Z, White IR, Thompson SG, et al. On-line randomized controlled trial of an internet based psychologically enhanced intervention for people with hazardous alcohol consumption. *PLoS One.* 2011 Mar 9;6(3):e14740. doi: 10.1371/journal.pone.0014740.

196. Schulz DN, Kremers SP, Vandelanotte C, van Adrichem MJ, Schneider F, Candel MJ, et al. Effects of a web-based tailored multiple-lifestyle intervention for adults: a two-year randomized controlled trial comparing sequential and simultaneous delivery modes. *J Med Internet Res.* 2014 Jan 27;16(1):e26. doi: 10.2196/jmir.3094.

197. Vries HD, Kremers S, Smeets T, Reubsat A. Clustering of diet, physical activity and smoking and a general willingness to change. *Psychology & Health.* 2008 Apr;23(3):265–278. doi: 10.1080/14768320701349107.

198. Liao CH. Evaluating the Social Marketing Success Criteria in Health Promotion: A F-DEMATEL Approach. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Aug 31;17(17):6317. doi: 10.3390/ijerph17176317.

199. Примірне положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги. [Інтернет]. Наказ МОЗ України від 23.02.2012 р. №131.

2012 [цитовано 2020 Груд 26]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0131282-12#Text>.

200. Про поліпшення діяльності органів і закладів охорони здоров'я з питань формування здорового способу життя, гігієнічного виховання населення. [Інтернет]. Наказ МОЗ України від 05.01.1999 р. №1. 1999 [цитовано 2020 Груд 26]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0001282-99#Text>.

201. Berwick DM. A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. Health Aff (Millwood). 2002 May-Jun;21(3):80-90. doi: 10.1377/hlthaff.21.3.80.

202. Про диспансеризацію населення. [Інтернет]. Наказ МОЗ України від 27.02.10 р. №728. Наказ втратив чинність на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я N 504 ( z0348-18 ) від 19.03.2018. [цитовано 2020 Груд 26]. Доступно:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1396-10#Text>.

203. Лехан ВМ, Крячкова ЛВ, Максименко ОП, Заярський МІ, Бродська ЕВ. Порівняльний аналіз підходів до профілактики в Європі та Україні. Україна. Здоров'я нації. 2017;3:159-65.

204. Пузанова ОГ. Доказове обґрунтування скринінгів у первинній ланці охорони здоров'я. Мистецтво лікування. 2015;7-8:43-52.

205. Дудка ВВ. Переваги приватної медицини та вигоди держави у підтримці розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я України (до проблеми державного регулювання здравоохоронної сфери). Державне управління: удосконалення та розвиток. [Інтернет]. 2012 [цитовано 2020 Груд 25]. № 1. Доступно:[http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur\\_2012\\_1\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2012_1_4).

206. Ященко ЮБ. Пріоритетні підходи до профілактики хронічних неінфекційних захворювань. Україна. Здоров'я нації. 2014;1:45-4.

207. Клименко В. І, Кремсарь ІМ, Коваленко АВ. Ресурсне забезпечення центрів первинної медико-санітарної допомоги та профілактика хвороб системи кровообігу. Україна. Здоров'я нації. 2017;4:56-62.

208. Про затвердження Примірною табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів. [Інтернет]. Наказ МОЗ України від 27.12.2013р. №1150. 2013

[цитовано 2020 Груд 24]. Доступно:  
<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1150282-13#Text>.

209. Оганов РГ, Хальфин РА, редактори. Руководство по медицинской профилактике. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007. 464 с.

210. Карпинець ІМ. Роль сімейного лікаря у своєчасному виявленні проблем, пов'язаних зі вживанням алкоголю. Україна. Здоров'я нації. 2015;1(33):130-4.

211. Децик ОЗ, Соломчак ДБ. Повнота дотримання профілактичних технологій у хворих на сечокам'яну хворобу. Україна здоров'я нації. 2016;1-2:68-73.

212. Теренда НО, Панчишин НЯ, Литвинова ОН, Петрашик ЮМ. Фактори ризику в розвитку інфаркту міокарда та шляхи їх корекції. Україна. Здоров'я нації. 2017;3(44):266-8.

213. Хорош МВ, Голованова ІА. Модернізація способу життя як спосіб первинної профілактики серцево-судинної патології. Україна. Здоров'я нації. 2016;1-2(37-38):212-17.

214. Вороненко ЮВ, Гульчій ОП, Захарова НМ, Хоменко ІМ, Балашов КВ, Туряниця СМ, та ін. Комунікаційна компетенція як складова навчання фахівців громадського здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2017;3(44):309-10.

215. Hultberga J, Rudebeckb CE. Patient participation in decision-making about cardiovascular preventive drugs – resistance as agency. Scand J Prim Health Care. 2017 Sep;35(3):231–9. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/02813432.2017.1288814>.

216. Guassora AD, Nielsen SB, Reventlow S. Deciding if lifestyle is a problem: GP risk assessments or patient evaluations? A conversation analytic study of preventive consultations in general practice. Scand J Prim Health Care. 2015;33(3):191-8. doi: [10.3109/02813432.2015.1078564](https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1078564).

217. Koenig CJ. Patient resistance as agency in treatment decisions. Soc Sci Med. 2011 Apr;72(7):1105-14. doi: [10.1016/j.socscimed.2011.02.010](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.010).

218. Elder NC, Jacobson CJ, Zink T, Hasse L. How experiencing preventable medical problems changed patients' interactions with primary health care. *Ann Fam Med*. 2005 Nov-Dec;3(6):537-44. doi: 10.1370/afm.346.

219. Ricci-Cabello I, Saletti-Cuesta L, Slight SP, Valderas JM. Identifying patient-centred recommendations for improving patient safety in General Practices in England: a qualitative content analysis of free-text responses using the Patient Reported Experiences and Outcomes of Safety in Primary Care (PREOS-PC) questionnaire. *Health Expect*. 2017 Oct;20(5):961-72. doi: 10.1111/hex.12537.

220. Mira JJ, Nebot C, Lorenzo S, Pérez-Jover V. Patient report on information given, consultation time and safety in primary care. *Qual Saf Health Care*. 2010 Oct;19(5):e33. doi: 10.1136/qshc.2009.037978.

221. Tudor CL, Papachristou N, Bull A, Majeed A, Gallagher J, El-Khatib M, et al. Clinician-identified problems and solutions for delayed diagnosis in primary care: a PRIORITIZE study. *BMC Fam Pract*. 2016 Sep 9;17(1):131. doi: 10.1186/s12875-016-0530-z.

222. Mira JJ, Carrillo I, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Nebot C, Olivera G, et al. Drivers and strategies for avoiding overuse. A cross-sectional study to explore the experience of Spanish primary care providers handling uncertainty and patients' requests. *BMJ Open*. 2018 Jun 15;8(6):e021339. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021339.

223. WHO. Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2020 Dec 26]. 26 p. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. P.22. Available from:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252269/9789241511629-eng.pdf;jsessionid=CA6E89B7FDE942D25C3D532C91B9CD7C?sequence=1>

224. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Educ Couns*. 2010 Jun;79(3):277-82. doi: 10.1016/j.pec.2009.07.025.

225. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and

developing interventions and policies. *Health Aff (Millwood)*. 2013 Feb;32(2):223-31. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1133.

226. Elwyn G, Edwards A, editors. *Shared Decision Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice*. Thompson: Oxford University Press; 2016. 368p. doi:10.1093/acprof:oso/9780198723448.001.0001.

227. Grando M, Rozenblum R, Bates DW. *Information technology for patient empowerment in healthcare*. Walter de Gruyter GmbH, 2015. 260 p. doi:<https://doi.org/10.1515/9781614514343>

228. Greene J, Hibbard JH. Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *J Gen Intern Med*. 2012 May;27(5):520-6. doi: 10.1007/s11606-011-1931-2.

229. Лисицын ЮП, редактор. *Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство*. М., 1999. 698 с.

230. Нестеренко ЕИ, Полунина НВ, Васкес Абанто ХЭ. Формирование здорового образа жизни – важная компонента интерактивного лечения. *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья*. 2000;5:18-22.

231. Усачев Н.С. К уточнению понятия «медицинская активность». *Советская медицина*. 1990;8:41-4.

232. Ковалева А.А. Самосохранительное поведение в системе факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья. *Журнал социологии и социальной антропологии*. 2008;XI(2):179-91.

233. Нечушкіна О. Життєві практики, пов'язані із здоров'ям: спроба класифікації. *Соціальні виміри суспільства*. 2007;10:370-9.

234. Hibbard JH, Cunningham PJ. How engaged are consumers in their health and health care, and why does it matter? *Res Brief*. 2008 Oct;(8):1-9.

235. Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M. Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health Serv Res*. 2007 Aug;42(4):1443-63. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00669.x.

236. Mosen DM, Schmittiel J, Hibbard J, Sobel D, Remmers C, Bellows J. Is patient activation associated with outcomes of care for adults with chronic

conditions? *J Ambul Care Manage.* 2007 Jan-Mar;30(1):21-9. doi: 10.1097/00004479-200701000-00005.

237. Greene J, Hibbard JH, Sacks R, Overton V, Parrotta CD. When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too. *Health Aff (Millwood)*. 2015 Mar;34(3):431-7. doi: 10.1377/hlthaff.2014.0452.

238. Hibbard JH, Greene J, Shi Y, Mittler J, Scanlon D. Taking the long view: how well do patient activation scores predict outcomes four years later? *Med Care Res Rev.* 2015 Jun;72(3):324-37. doi: 10.1177/1077558715573871.

239. Lindsay A, Hibbard JH, Boothroyd DB, Glaseroff A, Asch SM. Patient Activation Changes as a Potential Signal for Changes in Health Care Costs: Cohort Study of US High-Cost Patients. *J Gen Intern Med.* 2018 Dec;33(12):2106-2112. doi: 10.1007/s11606-018-4657-6.

240. McGowan P, Lynch S, Hensen F. The Role and Effectiveness of Telephone Peer Coaching for Adult Patients With Type 2 Diabetes. *Can J Diabetes.* 2019 Aug;43(6):399-405. doi: 10.1016/j.jcjd.2019.03.006.

241. Gilis-Januszczyńska A, Lindström J, Barengo NC, Tuomilehto J, Schwarz PE, Wójtowicz E, et al. Predictors of completing a primary health care diabetes prevention intervention programme in people at high risk of type 2 diabetes: Experiences of the DE-PLAN project. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Feb;97(5):e9790. doi: 10.1097/MD.00000000000009790.

242. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Mar 3;2015(3):CD010523. doi: 10.1002/14651858.CD010523.pub2.

243. Alegría M, Polo A, Gao S, Santana L, Rothstein D, Jimenez A, et al. Evaluation of a patient activation and empowerment intervention in mental health care. *Med Care.* 2008 Mar;46(3):247-56. doi: 10.1097/MLR.0b013e318158af52.

244. Aygar H, Zencirci SA, Emiral GO, Alaiye M, Soysal A, Onsuz MF, et al. Assessment of health-promoting lifestyle behaviors of adults living in the semi-rural area. *North Clin Istanb.* 2019 Feb 19;6(1):13-20. doi: 10.14744/nci.2017.19327.

245. Frosch DL, Rincon D, Ochoa S, Mangione CM. Activating seniors to improve chronic disease care: results from a pilot intervention study. *J Am Geriatr Soc*. 2010 Aug;58(8):1496-503. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02980.x.

246. Deen D, Lu WH, Rothstein D, Santana L, Gold MR. Asking questions: the effect of a brief intervention in community health centers on patient activation. *Patient Educ Couns*. 2011 Aug;84(2):257-60. doi: 10.1016/j.pec.2010.07.026.

247. Alegria M, Nakash O, Johnson K, Ault-Brutus A, Carson N, Fillbrunn M, et al. Effectiveness of the DECIDE Interventions on Shared Decision Making and Perceived Quality of Care in Behavioral Health With Multicultural Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2018 Apr 1;75(4):325-335. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4585.

248. Sherlock R, Wood F, Joseph-Williams N, Williams D, Hyam J, Sweetland H, et al. What would you recommend doctor? - Discourse analysis of a moment of dissonance when sharing decisions in clinical consultations. *Health Expect*. 2019 Mar;22(3):547-54. doi: 10.1111/hex.12881.

249. Selby K, Auer R, Cornuz J. Shared decision making in preventive care in Switzerland: From theory to action. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2017 Jun;123-124:91-94. doi: 10.1016/j.zefq.2017.05.008.

250. Case K, Guo Y, Nixon SJ, Muller K, Huo T, Prather R, et al. Exploring the Role of Executive Functioning Capacity in Patient Activation and Health Outcomes Among Medicaid Members With Multiple Comorbidities. *Med Care Res Rev*. 2019 Aug;76(4):444-461. doi: 10.1177/1077558717709419.

251. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, editors. Health literacy. The solid facts. [Internet], WHO; 2013 [cited 2020 Dec 26]. 86p. Available from: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf).

252. Рингач НО, Огай МЮ, Гаврилова ВВ. Статистична оцінка вподобань, критеріїв вибору та ступеня довіри населення до джерел інформації щодо здорового способу життя, профілактики і лікування серцево-судинних захворювань. *Статистика України*. 2017;4:70–8.



253. Рингач НО. Грамотність з питань здоров'я і досягнення Цілей сталого розвитку в Україні. Демографія та соціальна економіка. 2020;2(40):71-88.
254. Wetta RE, Severin RD, Gruhler H, Lewis N. Capturing health literacy assessment in the electronic health record through evidence-based concept creation: A review of the literature and recommendations for action. *Health Informatics J*. 2019 Sep;25(3):1025-1037. doi: 10.1177/1460458217739341.
255. Goodridge D, McDonald M, New L, Scharf M, Harrison E, Rotter T, et al. Building patient capacity to participate in care during hospitalisation: a scoping review. *BMJ Open*. 2019 July;9:e026551. doi:10.1136/bmjopen-2018-026551.
256. Coleman EA, Smith JD, Frank JC, Eilertsen TB, Thiare JN, Kramer AM. Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. *Int J Integr Care*. 2002;2:e02. doi: 10.5334/ijic.60.
257. Davis MM. Case Managers a Catalyst for Patient Activation. *Prof Case Manag*. 2019 May/Jun;24(3):155-157. doi: 10.1097/NCM.0000000000000362.
258. Harris M, Lloyd J. The role of Australian primary health care in the prevention of chronic disease. [Internet]. Australian Government. Australian National Preventive Health Agency; 2012 [cited 2020 Dec 26]. 27 p. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.510.13&rep=rep1&type=pdf>.
259. Pollard L, Rogers S, Shribman J, Sprigings D, Sinfield P. A study of role expansion: a new GP role in cardiology care. *BMC Health Serv Res*. 2014 May 6;14:205. doi: 10.1186/1472-6963-14-205.
260. Andersen RM, Davidson PL. Improving access to care in America. Individual and contextual indicators. [Internet]. 2000 [cited 2020 Dec 26]. 30 p. Available from: [https://media.johnwiley.com.au/product\\_data/excerpt/44/07879852/0787985244.pdf](https://media.johnwiley.com.au/product_data/excerpt/44/07879852/0787985244.pdf)
261. Pong RW, DesMeules M, Heng D, Lagacé C, Guernsey JR, Kazanjian A, et al. Patterns of health services utilization in rural Canada. *Chronic Dis Inj Can*. 2011 Fall;31 Suppl 1:1-36.
262. Graffigna G, Barelllo S, Bonanomi A, Riva G. Factors affecting patients' online health information-seeking behaviours: The role of the Patient Health

Engagement (PHE) Model. *Patient Educ Couns*. 2017 Oct;100(10):1918-1927. doi: 10.1016/j.pec.2017.05.033.

263. Graffigna G, Barelo S, Bonanomi A. The role of Patient Health Engagement Model (PHE-model) in affecting patient activation and medication adherence: A structural equation model. *PLoS One*. 2017 Jun 27;12(6):e0179865. doi: 10.1371/journal.pone.0179865.

264. Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N, Vincent CA. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expect*. 2007 Sep;10(3):259-67. doi: 10.1111/j.1369-7625.2007.00450.x.

265. Galloway RD. Health promotion: causes, beliefs and measurements. *Clin Med Res*. 2003 Jul;1(3):249-58. doi: 10.3121/cmr.1.3.249.

266. Smith RC, Fortin AH, Dwamena F, Frankel RM. An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. *Patient Educ Couns*. 2013 Jun;91(3):265-70. doi: 10.1016/j.pec.2012.12.010.

267. WHO. Workshop on implementation of a package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in eastern Europe and central Asia republics. [Internet]. WHO Reg Of for Europe; 2017 [cited 2020 Dec 26]. 35 p. Available from: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/355790/PEN-report-2017-Finland\\_ENG.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/355790/PEN-report-2017-Finland_ENG.pdf).

268. Marzorati C, Pravettoni G. Value as the key concept in the health care system: how it has influenced medical practice and clinical decision-making processes. *J Multidiscip Healthc*. 2017 Mar 21;10:101-106. doi: 10.2147/JMDH.S122383.

269. Baldt B. The influence of values in shared (medical) decision making. *Ethik Med*. 2020;32:37–47. Doi:<https://doi.org/10.1007/s00481-019-00549-y>.

270. WHO. Ensuring collaboration between primary health care and public health services. [Internet]. WHO Reg Of for Europe; 2018 [cited 2020 Dec 26]. 40 p.

Available from: [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0009/389844/Designed-report-2.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/389844/Designed-report-2.pdf).

271. Запорожан ЛП, Кравець НО, Вакуленко ДВ. Формування інноваційної основи системи соціальних програм у громадському здоров'ї. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. 2020 Грудень 23;(3):114-8.

272. WHO. Communication for behavioural impact (COMBI). A toolkit for behavioural and social communication in outbreak response. [Internet]. WHO; 2012 [cited 2020 Dec 27]. 126 p. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75170/WHO\\_HSE\\_GCR\\_2012.13\\_eng.pdf;jsessionid=4C300FC6C7E96233DE5437874EFDDCA0?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75170/WHO_HSE_GCR_2012.13_eng.pdf;jsessionid=4C300FC6C7E96233DE5437874EFDDCA0?sequence=1).

273. Lusk SL. Health promotion planning: An educational and environmental approach: Lawrence W. Green and Marshall W. Kreuter Mayfield Publishing, Mountain View, California, 2nd edn. Patient Education and Counseling. 1992;19(3):298. doi:10.1016/0738-3991(92)90152-9.

274. WHO. Reducing risks, promoting healthy life. [Internet]. WHO; 2002 [cited 2020 Dec 27]. 230 p. Available from: [https://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1).

275. Berenguera A, Pons-Vigués M, Moreno-Peral P, March S, Ripoll J, Rubio-Valera M, et al. Beyond the consultation room: Proposals to approach health promotion in primary care according to health-care users, key community informants and primary care centre workers. Health Expect. 2017 Oct;20(5):896-910. doi: 10.1111/hex.12530.

276. Kok G, Gottlieb NH, Peters GJ, Mullen PD, Parcel GS, Ruiter RA, et al. A taxonomy of behaviour change methods: an Intervention Mapping approach. Health Psychol Rev. 2016 Sep;10(3):297-312. doi: 10.1080/17437199.2015.1077155.

277. Fernandez ME, Ruiter RAC, Markham CM, Kok G. Intervention Mapping: Theory- and Evidence-Based Health Promotion Program Planning: Perspective and Examples. Front Public Health. 2019 Aug 14;7:209. doi: 10.3389/fpubh.2019.00209.

278. Aunger R, Curtis V. Behaviour Centred Design: towards an applied science of behaviour change. *Health Psychol Rev.* 2016 Dec;10(4):425-446. doi: 10.1080/17437199.2016.1219673.

279. Glasgow RE, Battaglia C, McCreight M, Ayele RA, Rabin BA. Making Implementation Science More Rapid: Use of the RE-AIM Framework for Mid-Course Adaptations Across Five Health Services Research Projects in the Veterans Health Administration. *Front Public Health.* 2020 May 27;8:194. doi: 10.3389/fpubh.2020.00194.

280. Бідучак АС. Хвороби системи кровообігу як світова проблема. *Український терапевтичний журнал.* 2014;1:95-100.

281. Green L, Kreuter M. *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*; Mayfield Publishing: Mountain View, CA, USA; 2004. 600p.

282. Truglio J, Graziano M, Vedanthan R, Hahn S, Rios C, Hendel-Paterson B, et al. Global health and primary care: increasing burden of chronic diseases and need for integrated training. *Mt Sinai J Med.* 2012 Jul-Aug;79(4):464-74. doi: 10.1002/msj.21327.

283. Rao JK, Anderson LA, Inui TS, Frankel RM. Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: a systematic review of the evidence. *Med Care.* 2007 Apr;45(4):340-9. doi: 10.1097/01.mlr.0000254516.04961.d5.

284. ІСРС-2–Українська Міжнародна Класифікація ПМД. [Інтернет]. 2018 [цитовано 2020 Груд 27]. Доступно: [http://moz.gov.ua/uploads/0/2955-dn\\_20180104\\_13\\_dod\\_icpc.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/0/2955-dn_20180104_13_dod_icpc.pdf).

285. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я. [Інтернет]. Постанова КМУ від 28.03.2018р. №302; 2018 [цитовано 2020 Груд 27]. Доступно: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-%D0%BF>.

286. Кошова С, Горачук В, Піщиків В. Психологічні особливості мотиваційної складової у навчанні лікарів в післядипломній освіті. *Wiadomosci Lekarskie.* 2018;LXXI(3 cz II):723-27.

287. Гандзюк ВА, Кондратюк НЮ. Організація та проведення профілактичних заходів, як складова функції посади сімейного лікаря: модель удосконалення системи профілактичних медичних оглядів дорослого населення. Україна. Здоров'я нації. 2018; 2(49):21–4.

288. Quanjel TCC, Spreeuwenberg MD, Struijs JN, Baan CA, Ruwaard D. Evaluating a Dutch cardiology primary care plus intervention on the Triple Aim outcomes: study design of a practice-based quantitative and qualitative research. *BMC Health Serv Res*. 2017 Sep 6;17(1):628. doi: 10.1186/s12913-017-2580-x.

289. Tai-Seale M, Elwyn G, Wilson CJ, Stults C, Dillon EC, Li M, et al. Enhancing Shared Decision Making Through Carefully Designed Interventions That Target Patient And Provider Behavior. *Health Aff (Millwood)*. 2016 Apr;35(4):605-12. doi: 10.1377/hlthaff.2015.1398.

290. Hatfield TG, Withers TM, Greaves CJ. Systematic review of the effect of training interventions on the skills of health professionals in promoting health behaviour, with meta-analysis of subsequent effects on patient health behaviours. *BMC Health Serv Res*. 2020 Apr;20(1):593. doi: 10.1186/s12913-020-05420-1.

291. Gyamfi J, Plange-Rhule J, Iwelunmor J, Lee D, Blackstone SR, Mitchell A, et al. Training nurses in task-shifting strategies for the management and control of hypertension in Ghana: a mixed-methods study. *BMC Health Serv Res*. 2017 Feb 2;17(1):104. doi: 10.1186/s12913-017-2026-5.

292. Ben-Arye E, Lear A, Hermoni D, Margalit RS. Promoting lifestyle self-awareness among the medical team by the use of an integrated teaching approach: a primary care experience. *J Altern Complement Med*. 2007 May;13(4):461-9. doi: 10.1089/acm.2007.6313.

293. Puigdomènech E, Trujillo-Gómez JM, Martín-Cantera C, Díaz-Gete L, Manzano-Montero M, Sánchez-Fondevila J, et al. Information and communication technologies for approaching smokers: a descriptive study in primary healthcare. *BMC Public Health*. 2015 Feb 13;15:2. doi: 10.1186/1471-2458-15-2. PMID: 25971903

294. Mishuris RG, Yoder J, Wilson D, Mann D. Integrating data from an online diabetes prevention program into an electronic health record and clinical workflow, a design phase usability study. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2016 Jul 11;16:88. doi: 10.1186/s12911-016-0328-x.

295. Polak R, Shani M, Dacey M, Tzuk-Onn A, Dagan I, Malatskey L. Family physicians prescribing lifestyle medicine: feasibility of a national training programme. *Postgrad Med J.* 2016 Jun;92(1088):312-7. doi: 10.1136/postgradmedj-2015-133586.

296. Zhang Z, Zhan X, Li Y, Hu R, Yan W. Web-based training for primary healthcare workers in rural China: a qualitative exploration of stakeholders' perceptions. *PLoS One.* 2015 May 11;10(5):e0125975. doi: 10.1371/journal.pone.0125975.

297. Duperly J, Collazos VN, Páez C, Donado C, Pratt, M, Lobelo F. “Exercise is Medicine” in Latin America: training health care professionals in physical activity prescription. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie.* 2014;62(2):38-41. doi:10.34045/ssem/2014/15.

298. Lobelo F, Steinacker JM, Duperly J, Hutber A. Physical Activity Promotion in Health Care Settings: the “Exercise is Medicine” Global Health Initiative Perspective. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie.* 2014;62(2):42-5. Doi:<https://doi.org/10.34045/SSEM/2014/16>.

299. Рингач НО, Власик Л.Й. Європейська рамкова основа для дій з організації інтегрованого надання послуг охорони здоров'я: зміст, цілі та напрямки. *Міжнародний журнал «Реабілітація та паліативна медицина».* 2017;1-2(5-6):24-8.

300. Власик Л.Й. Інтегрована медична допомога та її роль у вирішенні проблем профілактики неінфекційних захворювань. Матеріали 99-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»; 2018 Лют 12,14,19; Чернівці:Медуніверситет. 2018. с. 313-14.

301. Рингач НО, Власик ЛЙ. Сучасні підходи до мінімізації впливу маркетингу нездорових продуктів на дітей. International scientific-practical conference Innovation Management in Marketing: Modern Trends and Strategic Imperatives: Conference Proceedings; 2018 April 12-13; Poznan, Poland: WSPiA Publishing. p.176-9.

302. Рингач НО, Власик ЛЙ. Глобальна ініціатива «HEARTS» як орієнтир для України. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Превентивна медицина: реалії та перспектива»; 2018 Жовт 18-19; Чернівці. с. 122-4.

303. Власик ЛЙ. Healthy lifestyle counseling for behavioural changes in primary health care. Матеріали 100-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ; 2019 Лют 11,13,18; Чернівці. с.485-6.

304. Рингач НО, Власик ЛЙ. Діетарні ризики: обізнаність і активність з мінімізації. Матеріали VI міжнародної науково-практичної конференції «Гендер. Екологія. Здоров'я»; 2019 Квіт 18-19; Харків: ХНМУ. с. 156-8.

305. Рингач НО, Власик ЛЙ, Гаврилюк СО. Зниження передчасної смертності в Україні: завдання в світлі досягнення цілей сталого розвитку. Матеріали XVII з'їзду всеукраїнського лікарського товариства; 2019 Лист 14-16; Полтава. с. 199.

306. Vlasyk LY. Major noncommunicable diseases: adaptation of foreign prevention experience to national conditions. Матеріали 102-ї підсумкової науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету; 2021 Лют 8, 10, 15; Чернівці. с.429-30.

307. Petticrew M. When are complex interventions 'complex'? When are simple interventions 'simple'? Eur J Public Health. 2011 Aug;21(4):397-8. doi: 10.1093/eurpub/ckr084.

308. Про внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України. [Інтернет]. Наказ МОЗ України №157 від 26.01.2018. 2018 [цитовано 2020 Груд 27]. Доступно:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0182-18#Text>

309. Статистичний щорічник Чернівецької області за 2018 рік. Державна служба статистики України: Головне управління статистики в Чернівецькій області; 2019. 499 с.

310. Довідник показників здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я Чернівецької області за 2018 рік. МОЗ України. Департамент охорони здоров'я Чернівецької ОДА: Чернівецький обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики, інженерно-технічного та фармацевтичного супроводу діяльності закладів охорони здоров'я області; 2018. 207 с.

311. WHO. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. [Internet]. WHO; 2016 [cited 2020 Dec 27]. Available from:<https://apps.who.int/iris/handle/10665/206498>.

312. WHO. Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework: Indicator Definitions and Specifications. [Internet]. 2014 [cited 2020 Dec 27]. 42 p. Available from: [https://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF\\_Indicator\\_Definitions\\_Version\\_NOV2014.pdf](https://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF_Indicator_Definitions_Version_NOV2014.pdf).

313. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2014 г.). Пер. С англ. Под ред. Белевского А.С.; М:Российское респираторное общество; 2014. 92 с.

314. Методологічні положення щодо класифікації та аналізу економічної активності населення. Наказ Державного комітету статистики України №12 від 19.01.2011р. [Інтернет]. 2011 [цитовано 2020 Груд 27]. Доступно:[https://ukrstat.org/uk/metod\\_polog/metod\\_doc/2011/12/metod.htm](https://ukrstat.org/uk/metod_polog/metod_doc/2011/12/metod.htm) .

315. Морра Імас ЛД, Піст РК. Шлях до результатів: планування та проведення ефективних оцінювань розвитку. К:МБФ"Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні", друк "Huss"; 2015. 580 с.



316. Glaser AN. High-yield biostatistics, epidemiology, and public health. [Internet]. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business; 2014 [cited 2020 Dec 27]. 122 p. Available from: <https://vdocuments.mx/high-yield-biostatistics-epidemiology-public-health-4th-ed-56815e70f016e.html>.

317. Власик ЛЙ, Сухолотюк АЛ, Христич ТМ, винахідники; Буковинський державний медичний університет, патентовласник. Спосіб оцінки ефективності корекції надлишкової маси тіла та визначення ризику ожиріння. Патент України на корисну модель № 120385. МПК А61В 5/103. М. № U 201705272; 2017 Жовт 25.

318. WHO. European Health for All database (HFA-DB). [Internet]. WHO. 2020 [cited 2020 Dec 27]. Available from: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>.

319. Хронічне обструктивне захворювання легені. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. [Інтернет]. Київ: НАМНУ; 2020 [цитовано 2020 Груд 27]. 70 с. Доступно: [http://www.ifp.kiev.ua/ftp1/metoddoc/nastanova\\_hozl\\_2020.pdf](http://www.ifp.kiev.ua/ftp1/metoddoc/nastanova_hozl_2020.pdf).

320. Стандарти первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів. [Інтернет]. Наказ МОЗ України від 03.08.2012р. № 601; 2012 [цитовано 2020 Груд 27]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0601282-12#Text>.

321. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в частині профілактики серцево-судинних захворювань. [Інтернет]. Наказ МОЗ України від 13.06.2016 №564; 2016 [цитовано 2020 Груд 27]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#Text>.

322. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії. [Інтернет]. Наказ МОЗ України від 24.05.2012 р. №384; 2012 [цитовано 2020 Груд 27]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0384282-12#Text>.

323. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Хронічне обструктивне захворювання легень. [Інтернет]. Наказ МОЗ України від 27.06.2013р. №555; 2013 [цитовано 2020 Груд 27]. Доступно:<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0555282-13#n22>.

324. Про затвердження Методичних рекомендацій для лікарів загальної практики-сімейної медицини з приводу консультування пацієнтів щодо основних засад здорового харчування. [Інтернет]. Наказ МОЗ України від 14.01.2013 №16; 2013 [цитовано 2020 Груд 27]. Доступно :<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0016282-13#Text>.

325. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року №751. [Інтернет]. Наказ МОЗ України від 29.12.2016 №1422; 2016 [цитовано 2020 Груд 27]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17#Text>.

326. Власик ЛЙ, Ступницька ГЯ, Сухолотюк АЛ. Особливості організації надання первинної медико-санітарної допомоги хворим на хронічне обструктивне захворювання легень у поєднанні з ішемічною хворобою серця. *Wiadomosci Lekarskie*. 2017;70(3, cz I):466-9.

327. Власик ЛІ, Власик ЛЙ. Шляхи реалізації в Україні ініціатив ВООЗ щодо профілактики неінфекційних захворювань обумовлених забрудненням повітря. Актуальні проблеми транспортної медицини: навколишнє середовище; професійне здоров'я; патологія. 2017;1(47):41-51.

328. Рингач НО, Власик ЛЙ, Власик ЛІ. Інструмент ВООЗ STEPS для епідеміологічного моніторингу факторів ризику неінфекційних захворювань: еволюція основних етапів та підходи до реалізації в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2017;3(44):190-5.

329. Рингач НО, Власик ЛЙ. Burden of premature mortality caused by four main non-communicable diseases in Ukraine. *Wiadomości Lekarskie*. 2018;71(3,cz. II): 728-32.

330. Власик ЛЙ, Сухолотюк АЛ, Христич ТМ. Підвищення дієвості профілактичних втручань з контролю маси тіла у рамках профілактики неінфекційних захворювань. Єдине здоров'я та проблеми харчування України. 2019;1:19-27.

331. Власик ЛЙ. Особливості поведінкових чинників ризику основних неінфекційних захворювань у групах економічно активного населення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019;3(81):12-8.

332. Vlasyk LY, Ryngach NO, Vlasyk LI, Stupnytska NY. Study of the lifestyle of economically active population of the chernivtsi region: the prevalence of risk factors among business entities in the market. *Wiadomosci lekarskie*. 2019;72(5, cz.1):832-7.

333. Власик ЛЙ. The behavioral risk factors of major non-communicable diseases among economically active population. Матеріали 101-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»; 2020 Лют 10,12,17; Чернівці; 2020, с.435-6.

334. Власик ЛЙ, Рингач НО. Активність з мінімізації діетарних факторів ризику серед працівників торговельного комплексу «Калинівський ринок». Матеріали четвертого щорічного регіонального наукового симпозиуму в рамках концепції «Єдине здоров'я» за підтримки ПЗБЗ в Україні; 2019 Трав 20-24; Київ, с.406.

335. Сухолотюк АЛ, Власик ЛЙ. Аналіз особистої та соціальної відповідальності щодо зміцнення власного здоров'я за результатами опитування осіб віком до 25 років. Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих учених «Студентське самоврядування в системі академічної культури»; 2019 Бер 14-15; Чернівці. с.135-6.

336. Рингач НО, Власик ЛЙ. Осведомленность населения о лечении сердечно-сосудистых заболеваний по результатам социологического исследования. *Sănătate publică, economie și management în medicină*. Chișinău. 2019;4(82):246-51.

337. Власик ЛЙ. Досвід пацієнта та його роль у медичній активності на прикладі економічно активного населення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020;3(85):89-97.

338. Чебан ВІ, Власик ЛЙ. Актуальные аспекты усовершенствования профилактики неинфекционных заболеваний на уровне первичного звена оказания медицинской помощи. *Sănătate publică, economie și management în medicină*. *Revista științifico-practică*. 2016;3(67):35-8.

339. Власик ЛЙ. Науково-практична конференція профілактичного спрямування як форма удосконалення у питаннях профілактики основних неінфекційних захворювань. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2018;2(8):5-10.

340. Власик ЛЙ. Медична активність як ключовий аспект у запобіганні неінфекційних захворювань серед економічно активного населення. Колективна монографія за заг. ред. ВМ Ждана та ІА Голованової. *Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи*. Полтава:ТОВ «Фірма «Техсервіс»; 2020. с.14-23.

341. Рингач НО, Власик ЛЙ. Принцип залучення громадян: реалізація у сфері громадського здоров'я. «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики сьогодення і перспективи розвитку»: матеріали Другого міжнар. укр.-нім. симп. з громад. здоров'я; 2020 Вер 22–24; Тернопіль: ТНМУ; 2020, 67 с.

342. Рингач НО, Власик ЛЙ. Профілактика основних чинників ризику неінфекційних захворювань: самооцінка активності лікарів. *International scientific and practical conference “Today’s problems in medicine, pharmacy and dentistry”*; 2020 Dec 17-18; Arad; 2020, p.167-8.

343. Населення України за 2019 рік: Демографічний щорічник. [Інтернет]. Київ: Державна служба статистики України; 2020 [цитовано 2020 Груд 27]. 181 с. Доступно: URL: [http://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2020/zb/10/zb\\_nas\\_2019.pdf](http://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2020/zb/10/zb_nas_2019.pdf).

344. Müllerova H, Agusti A, Erqou S, Mapel DW. Cardiovascular comorbidity in COPD: systematic literature review. *Chest*. 2013 Oct;144(4):1163-1178. doi: 10.1378/chest.12-2847.

345. Chen W, Thomas J, Sadatsafavi M, FitzGerald JM. Risk of cardiovascular comorbidity in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Respir Med*. 2015 Aug;3(8):631-9. doi: 10.1016/S2213-2600(15)00241-6.

346. Керс Б, Урожаева Ю, Хенер Ш. Лечение пациентов с множественными хроническими заболеваниями. *Вестник McKinsey Теория и практика управления*. 2015;32:17-31.

347. Шмелев ЕИ. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания. *Пульмонология*. 2007;2:5-9.

348. WHO. Global Adult Tobacco Survey (GATS) Ukraine 2010. [Internet]. 2010 [cited 2020 Dec 27]. 173 p. Available from: [https://www.who.int/tobacco/surveillance/en\\_tfi\\_gats\\_ukraine\\_report\\_2010.pdf](https://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_gats_ukraine_report_2010.pdf).

349. Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну (Global Adult Tobacco Survey – GATS) (англ. мова). [Інтернет]. Київ; 2017 [цитовано 2020 Груд 27]. 240 с. Доступно: [https://kiis.com.ua/materials/pr/20180214\\_GATS/Full%20Report%20GATS%20Ukraine%202017%20ENG.pdf](https://kiis.com.ua/materials/pr/20180214_GATS/Full%20Report%20GATS%20Ukraine%202017%20ENG.pdf).

350. Gordon N, Lin T. The Kaiser Permanente Northern California Adult Member Health Survey. *Perm J*. 2016 Fall;20(4):15-225. doi: 10.7812/TPP/15-225.

351. Шушпанов ДГ, Шушпанова НВ. Особиста відповідальність населення за стан власного здоров'я: соціально-економічні та демографічні особливості. *Україна. Здоров'я нації*. 2017;3(44):298-300.

352. Aygar H, Akbulut Zencirci S, Ozturk Emiral G, Alaiye M, Soysal A, Onsuz MF, et al. Assessment of health-promoting lifestyle behaviors of adults living in the semi-rural area. *North Clin Istanb* 2019;6(1):13-20. doi:10.14744/nci.2017.19327.

353. Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Aff (Millwood)*, 2013;32(2):207-14. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1061.

354. Joshi C, Jayasinghe UW, Parker S, Del Mar CB, Russell GM, Lloyd J et al. Does health literacy affect patients' receipt of preventative primary care? A multilevel analysis. *BMC Family Practice*. 2014;15(171):1-10. Doi:<https://doi.org/10.1186/s12875-014-0171-z>.

355. Ринда ФП. До питання застосування профілактичних методів у практичній діяльності лікарів загальної практики-сімейних лікарів. Україна. *Здоров'я нації*. 2017;4(45):68-70.

356. Irving G, Holden J. The time-efficiency principle: time as the key diagnostic strategy in primary care. *Fam Pract*. 2013 Aug;30(4):386-9. doi: 10.1093/fampra/cmt007.

357. Васильев МД, Трофимов ВВ, Мушников ДЛ, Ратманов МА, Глембицкая ТВ. Гностическая готовность потребителей и производителей медицинских услуг к вторичной профилактике важнейших неинфекционных заболеваний. *Экология человека*. 2007;02:52-5.

358. Бойцов СА, Вылежанин СВ. Профилактика неинфекционных заболеваний в практике участкового терапевта: содержание, проблемы, пути решения и перспективы. *Терапевтический архив*. 2005;1:4-9.

359. Liddy C, Johnston S, Irving H, Nash K, Ward N. Improving awareness, accountability, and access through health coaching: qualitative study of patients' perspectives. *Can Fam Physician*. 2015 Mar;61(3):e158-64.

360. Park YH, Chang H. Effect of a health coaching self-management program for older adults with multimorbidity in nursing homes. *Patient Prefer Adherence*. 2014 Jul 4;8:959-70. doi: 10.2147/PPA.S62411.

361. Scopelliti I, Morewedge CK, McCormick E, Min L, LeBrecht S, Kassam K. Bias Blind Spot: Structure, Measurement, and Consequences. *Management Science*. 2015 Apr 24;61(10):2468-2486. doi: 10.1287/mnsc.2014.2096.

362. Власик ЛЙ, Багрій ВМ, Власик ЛІ, Колодніцька ТЛ. Комплексний підхід в організації гігієнічного виховання населення та пропаганди здорового способу життя в умовах міської поліклініки. Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій»; 2012; Херсон:ПАТ «Херсонська міська друкарня»; 2012, 200 с.

363. Власик ЛЙ. Медико-соціальне обґрунтування багатофакторної профілактики основних неінфекційних захворювань. Клінічна та експериментальна патологія. 2020; 4(74):15-22.

### Список публікацій здобувача

#### Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Власик ЛІ, Власик ЛЙ. Шляхи реалізації в Україні ініціатив ВООЗ щодо профілактики неінфекційних захворювань обумовлених забрудненням повітря. Актуальні проблеми транспортної медицини: навколишнє середовище; професійне здоров'я; патологія. 2017;1(47):41-51. *Здобувач провела аналіз наукових джерел, системний аналіз підходів щодо зменшення тягаря НІЗ під впливом забруднення повітря, підготувала статтю до друку.*
2. Рингач НО, Власик ЛЙ, Власик ЛІ. Інструмент ВООЗ STEPS для епідеміологічного моніторингу факторів ризику неінфекційних захворювань: еволюція основних етапів та підходи до реалізації в Україні. Україна. Здоров'я нації. 2017;3(44):190-5. *Здобувач провела системно-історичний аналіз становлення інструменту STEPS та запропонувала доповнення до модулів у рамках його адаптації в Україні, підготувала статтю до друку.*
3. Власик ЛЙ, Ступницька ГЯ, Сухолотюк АЛ. Особливості організації надання первинної медико-санітарної допомоги хворим на хронічне обструктивне захворювання легень у поєднанні з ішемічною хворобою серця. Wiadomości Lekarskie. 2017;70(3,cz I):466-9. *Здобувач провела викопіювання даних, скринінг-опитування, статистичну обробку, аналіз одержаних результатів та підготувала статтю до друку.*
4. Власик ЛЙ. Науково-практична конференція профілактичного спрямування як форма удосконалення у питаннях профілактики основних неінфекційних захворювань. Економіка і право охорони здоров'я. 2018;2(8):5-10.
5. Рингач НО, Власик ЛЙ. Burden of premature mortality caused by four main non-communicable diseases in Ukraine. Wiadomości Lekarskie. 2018;71(3,cz II): 728-32. *Здобувач провела аналіз наукових джерел, статистичну обробку, аналіз одержаних результатів, підготувала статтю до друку.*



6. Власик ЛЙ, Сухолотюк АЛ, Христич ТМ. Підвищення дієвості профілактичних втручань з контролю маси тіла у рамках профілактики неінфекційних захворювань. Єдине здоров'я та проблеми харчування України. 2019;1:19-27. *Здобувач провела аналіз наукових джерел, статистичну обробку, аналіз одержаних результатів, підготувала статтю до друку.*

7. Власик ЛЙ. Особливості поведінкових чинників ризику основних неінфекційних захворювань у групах економічно активного населення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019;3(81):12-8.

8. Vlasyk LY, Ryngach NO, Vlasyk LI, Stupnytska NY. Study of the lifestyle of economically active population of the chernivtsi region: the prevalence of risk factors among business entities in the market. *Wiadomosci lekarskie*. 2019;72(5,cz 1):832–7.

*Здобувач провела дослідження, статистичну обробку, аналіз одержаних результатів, підготувала статтю до друку.*

9. Власик ЛЙ. Досвід пацієнта та його роль у медичній активності на прикладі економічно активного населення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020;3(85):89-97.

10. Власик ЛЙ. Медико-соціальне обґрунтування багатофакторної профілактики основних неінфекційних захворювань. Клінічна та експериментальна патологія. 2020; 4 (74) 15-22

11. Власик ЛЙ. Медична активність як ключовий аспект у запобіганні неінфекційних захворювань серед економічно активного населення. Колективна монографія за заг. ред. ВМ Ждана та ІА Голованової. Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи. Полтава:ТОВ «Фірма «Техсервіс»; 2020. С.14-23.

### **Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації**

1. Власик ЛЙ. Інтегрована медична допомога та її роль у вирішенні проблем профілактики неінфекційних захворювань. Матеріали 99-ї підсумкової

наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»; 2018 Лют 12, 14, 19; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2018, с.313-14. *Форма участі – доповідь і публікація тез.*

2. Власик Л, Рингач Н. Активність з мінімізації дієтарних факторів ризику серед працівників торговельного комплексу “Калинівський ринок”. Матеріали четвертого щорічного регіонального наукового симпозиуму в рамках концепції «Єдине здоров’я» за підтримки ПЗБЗ в Україні; 2019 Трав 20-24; Київ. Київ; 2019, с.406. *Форма участі – стендова доповідь і публікація тез.*

3. Рингач НО, Власик ЛЙ. Глобальна ініціатива «HEARTS» як орієнтир для України. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Превентивна медицина: реалії та перспектива»; 2018 Жовт 18-19; Чернівці. Чернівці; 2018, с.122-4. *Форма участі – доповідь і публікація тез.*

4. Власик ЛЙ. Healthy lifestyle counseling for behavioural changes in primary health care. Матеріали 100-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ; 2019 Лют 11, 13, 18; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2019, с.485-86. *Доповідь. Форма участі – доповідь і публікація тез.*

5. Рингач НО, Власик ЛЙ. Дієтарні ризики: обізнаність і активність з мінімізації. Матеріали VI міжнародної науково-практичної конференції «Гендер. Екологія. Здоров’я»; 2019 Квіт 18-19; Харків. Харків: ХНМУ; 2019. с. 156-8. *Форма участі – публікація тез.*

6. Сухолотюк АЛ, Власик ЛЙ. Аналіз особистої та соціальної відповідальності щодо зміцнення власного здоров’я за результатами опитування осіб віком до 25 років. Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих учених «Студентське самоврядування в системі академічної культури»; 2019 Бер 14-15; Чернівці.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет». Чернівці: БДМУ; 2019, с.135-6. *Форма участі – публікація тез.*

7. Рингач НО, Власик ЛЙ, Гаврилук СО. Зниження передчасної смертності в Україні: завдання в світлі досягнення цілей сталого розвитку. Матеріали XVII з'їзду всеукраїнського лікарського товариства; 2019 Лист 14-16; Полтава. Полтава; 2019, с.199. *Форма участі – публікація тез.*

8. Власик ЛЙ. The behavioral risk factors of major non-communicable diseases among economically active population. Матеріали 101-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»: 2020 Лют 10, 12, 17; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет. 2020, с. 435-6. *Форма участі – доповідь і публікація тез.*

9. Рингач НО, Власик ЛЙ. Принцип залучення громадян: реалізація у сфері громадського здоров'я. «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики сьогодення і перспективи розвитку»: матеріали Другого міжнар. укр.-нім. симп. з громад. здоров'я; 2020 Вер 22–24; Тернопіль.Тернопіль: ТНМУ; 2020, 67 с.

*Форма участі – доповідь і публікація тез.*

10. Рингач НО, Власик ЛЙ. Профілактика основних чинників ризику неінфекційних захворювань: самооцінка активності лікарів. International scientific and practical conference “Today’s problems in medicine, pharmacy and dentistry”; 2020 Dec 17-18; Arad. Arad; 2020, p.167-8.

*Форма участі – публікація тез.*

11. Vlasyk LY. Major noncommunicable diseases: adaptation of foreign prevention experience to national conditions. Матеріали 102-ї підсумкової науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету; 2021 Лют 8, 10, 15; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2021, с.429-30.

*Форма участі – доповідь і публікація тез.*

## **Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації**

1. Рингач НО, Власик ЛЙ. Європейська рамкова основа для дій з організації інтегрованого надання послуг охорони здоров'я: зміст, цілі та напрямки. Міжнародний журнал «Реабілітація та паліативна медицина». 2017;1-2(5-6):24-8.
2. Рингач НО, Власик ЛЙ. Сучасні підходи до мінімізації впливу маркетингу нездорових продуктів на дітей. International scientific-practical conference Innovation Management in Marketing: Modern Trends and Strategic Imperatives; 2018 April 12-13; Poznan, Poland. Poznan: WSPiA Publishing; 2018, p.176-9.
3. Чебан ВІ, Власик ЛЙ. Актуальные аспекты усовершенствования профилактики неинфекционных заболеваний на уровне первичного звена оказания медицинской помощи. Sănătate publică, economie și management în medicină. Revistă științifico-practică. 2016;3(67):35-8.
4. Рынгач НО, Власык ЛЙ. Осведомленность населения о лечении сердечно-сосудистых заболеваний по результатам социологического исследования. Sănătate publică, economie și management în medicină. Chișinău. 2019; 4(82):246-51.
5. Власик ЛЙ, Сухолотюк АЛ, Христич ТМ, винахідники; Буковинський державний медичний університет, патентовласник. Спосіб оцінки ефективності корекції надлишкової маси тіла та визначення ризику ожиріння. Патент України на корисну модель № 120385. МПК А61В 5/103. М. № U 201705272; 2017 Жовт 25.

## Анкета для стаціонарних хворих

Просимо Вас дати відповіді на запитання:

1. Ваше основне захворювання \_\_\_\_\_ (ІХС, ГХ, ХОЗЛ, ЦД) .
2. Скільки років хворієте \_\_\_\_\_ .
3. За яких умов було виявлене захворювання? При зверненні до медичного закладу зі скаргами \_\_\_\_\_ (1); при зверненні для контролю за іншим хронічним захворюванням \_\_\_\_\_ (2); при зверненні з приводу гострого захворювання \_\_\_\_\_ (3); під час профілактичного огляду (4); при зверненні за довідкою (5); під час виклику «швидкої» (6); інше \_\_\_\_\_ (7).
4. До кого звертаєтеся за медичною допомогою після виявлення захворювання:  
сімейного лікаря (1); терапевта (2); вузького фахівця поліклініки (кардіолога, пульмонолога, гастроентеролога, ендокринолога, іншого) (3); спеціаліста стаціонару (ЦРЛ, міська) (4); спеціаліста стаціонару (ЛШМД, обласна, диспансер ) (5); не звертаєтеся (6).
5. Якщо звертаєтеся, то з якою метою? Для контролю за станом здоров'я (1); лише при загостренні, погіршенні самопочуття (2); для вирішення питання направлення у стаціонар (3); госпіталізації (4); інше (5) .
6. Чи є перешкоди звертатися у медичний заклад? Так (1). Ні (2).
7. Якщо є, то які? Брак фінансів на обстеження (1); брак фінансів на лікування (2); далеко або нема чим їхати (3); нема потрібного фахівця за місцем проживання (4); не можете самі дістатися через погане самопочуття (5); не довіряєте лікарям за місцем проживання (6); інше (7)\_\_\_\_\_.
8. Чи є у Вас інші захворювання? Так (1). Ні (2).
9. Якщо так, то які і скільки років: Ішемічна хвороба серця (1) \_\_\_\_\_; Гіпертонічна хвороба(2) \_\_\_\_\_; Цукровий діабет (3) \_\_\_\_\_; ХОЗЛ (4)\_\_\_\_\_; Хвороби шлунково-кишкового тракту (5)\_\_\_\_\_; Хвороби хребта (6) \_\_\_\_\_. Хвороби ЛОР - органів (7) \_\_\_\_\_ Інші (8)\_\_\_\_\_.
10. Хто (у якому закладі) виявив у Вас супутнє захворювання:  
\_\_\_\_\_
11. У якому стаціонарі лікуєтеся найчастіше  
- Терапевтичне відділення ЦРЛ (1); Пульмонологічне ОКЛ (2);  
- Кардіологічне відділення ОКД (3); Ендокринологічне ОЕД (4). Інший (4)\_\_\_\_\_.
12. Як часто? \_\_\_\_\_ разів на рік

13. Чи вплинула інвалідність на частоту госпіталізацій: Так. Необхідність для пересвідчення (1); Потребую за станом здоров'я (2); Ні (3).
14. Чи користуєтеся послугами денного стаціонару? Так (1). Ні (2).
15. Що на Вашу думку сприяло виникненню захворювань:  
Тютюнокуріння(1) (курив)\_\_\_\_\_ років \_\_\_\_\_ сигарет в день;  
Пасивне тютюнокуріння(2) \_\_\_\_ років. Професійні шкідливі фактори у повітрі (пил, аерозолі)(3) ; побутові шкідливі фактори (продукти згорання (опалення і приготування їжі на дровах, вугіллі, торфі, гасі тощо)(4) ; Часті простудні захворювання в дитинстві(5);Сімейний анамнез (хворів на таке захворювання хтось у родині)(6); Нездорове харчування (7); Надлишкова маса тіла (8); Зловживання алкоголем (9); Недостатня фізична активність (10). Інше \_\_\_\_\_(11)
16. Хто давав рекомендації з корекції цих факторів ризику (з яких саме):  
Сімейний лікар(1)\_\_\_\_\_; терапевт (2)\_\_\_\_\_; спеціаліст поліклініки (3) \_\_\_\_\_; лікар стаціонару ( ЦРЛ, міська) (4)\_\_\_\_\_; лікар стаціонару (ЛШМД, обласна) (5) \_\_\_\_\_. Самостійно корегували (6)\_\_\_\_\_.
17. Якщо Ви виключили/обмежили дію окремих факторів, вкажіть як саме:  
Кинули курити \_\_\_\_\_ років (1); Зменшили кількість сигарет до \_\_\_\_\_ в день (2); Виключили перебування у зоні тютюнового диму (3). Не працюєте з професійними шкідливими факторами (4). Не стикаєтеся з побутовими шкідливими фактори (продуктами згорання) (5). Перейшли на більш здорове харчування (6). Вживаєте багато фруктів (7), овочів (8), риби (9), м'яса (10), обмежуєте жири (11), сіль (12), смажене (13). Зменшили надлишкову масу тіла (14). Збільшили недостатню (15). Перестали зловживати алкоголем (16). Стали більше рухатися (17): займаєтеся 30хв. \_\_р/на тиждень (18); ходите пішки \_\_\_\_\_(19); НІЧОГО у способі життя не змінили (20).
18. Як Ви оцінили б свій стан здоров'я:  
- Добре (1), посереднє (2), погане (3), дуже погане (4).
19. Чи задоволені Ви стаціонарною допомогою:  
- так, цілком (1); в основному так (2), швидше ні (3), ні (4).
20. Чи задоволені роботою сімейного лікаря чи дільничного терапевта:  
так, цілком (1); в основному так (2), швидше ні (3), ні (4).
21. Скільки грошей витратили на ліки (призначені лікарем або придбані самостійно упродовж останніх 30 днів грн \_\_\_\_\_
22. З яких джерел Ви зазвичай отримуєте знання про охорону здоров'я?  
Науково-популярні книги(1). Листівки. Пам'ятки(2). Статті в пресі (3). Телепередачі(4). Радіопередачі (5). Лекції, бесіди лікаря(6). Інтернет(7).
- ДЯКУЄМО!**

### Основні блоки запитань анкети для ЕАН

1. Поширеність 4-х основних факторів ризику (нездорове харчування, недостатня фізична активність (ФА), куріння, зловживання алкоголем); здійснення самоконтролю за споживанням певних продуктів харчування та виконанням певних видів ФА; перешкоди до занять фізичними навантаженнями; проведення вільного часу.

2. Досвід звернень до медичних закладів, зокрема, до кого зазвичай зверталися; останній термін візиту до сімейного (дільничного) лікаря, з якого приводу. Отримання рекомендацій щодо здорового способу життя (ЗСЖ), їх тематика та дотримання.

3. Самооцінка стану здоров'я, наявність основних НІЗ (серцево-судинних, діабету, хвороб органів дихання) та їх поєднання; наявність надлишкової маси тіла (НМТ), ожиріння, стресів, депресії та переживань у часи складної соціально-економічної ситуації.

4. Проходження упродовж останнього року скринінгових обстежень та знання рівнів свого артеріального тиску (АТ), цукру, холестерину в крові; величини зросту та маси тіла. Додатково: проходження електрокардіографічного обстеження (ЕКГ) та флюорографічного обстеження органів грудної клітки (ФОГК); для жінок – проходження і частота огляду гінеколога (онкологічного профілактичного огляду).

5. Фінансова доступність візитів до лікаря та обстежень у приватних закладах.

6. Джерела отримання інформації з питань здоров'я. Розуміння того, хто має створити умови для зміцнення здоров'я. Особиста відповідальність.

7. Медична активність зі збереження здоров'я. Потреба у підвищенні медичної грамотності. Очікування від реформування системи охорони здоров'я.

8. Демографічні характеристики: вік, стать, освіта, спеціальність, сімейний стан, район проживання.

*Просимо Вас анонімно відповісти на запитання.*

### **Що Ви робите щоб бути здоровими?**

1. Слідкуєте за своїм харчуванням? Так (1). Ні (2). *Якщо так, то як саме:*

- вживаєте щоденно багато фруктів та овочів (крім картоплі) (1),
- їсте достатньо риби та рибних продуктів (2),
- вживаєте достатньо м'яса нежирних сортів (3),
- вживаєте рослинні олії (3);
- обмежуєте вживання солі та копченостей (4),
- дотримуєтеся постів (5),
- інше (6).

2. Намагаєтеся бути фізично активними? Так (1). Ні (2). *Якщо так, то як саме:*

- робите ранкову гімнастику (1),
- займаєтеся спеціальними вправами упродовж 30 хв. 4-5 разів на тиждень (2)
- 30хв. 2-3 рази на тиждень (3),
- 30хв. 1-2 рази на тиждень (4),
- Ваша робота пов'язана з інтенсивним фізичним навантаженням (5);
- працюєте сезонно на городі, присадибній ділянці (6),
- ходите пішки (7).

3. Активно проводите свій вільний час? Так (1). Ні (2) Не завжди (3) *Як найчастіше*

- на відкритому повітрі (1),
- вдома дивитися телевізор (2),
- працюєте за комп'ютером (3),
- сидите в мережі Інтернет (4),
- читаєте книги (5),
- займаєтеся хатніми справами (6),
- просто відсипаєтеся (6),
- інше (7).

4. **Ви курите?** Так (1). Ні (2).

7. Скільки років курите (ли) \_\_\_\_\_

5. У минулому курили? Так (1). Ні (2).

8. Хтось курить поряд з Вами на роботі або

6. Скільки сигарет в день \_\_\_\_\_

вдома? Так (1). Ні (2).

9. **Що вживаєте із спиртного?** Горілку (1), коньяк (2), вино (3), пиво (4), нічого (5).

10. Якщо вживаєте, то як часто?

- Щоденно (1),
- 5-6 днів у тиждень (2),
- 3-4 дні у тиждень (3),
- 1-2 дні у тиждень (4),
- 1-3 дні у місяць (5),
- менше 1 разу в місяць (6).

11. Як у загальному можете оцінити стан свого здоров'я?

Добре (1) Задовільне (2) Останнім часом погіршується (3) Погане (4)

12. До кого з медичних працівників Ви, зазвичай, звертаєтеся?

- До сімейного лікаря (1),
- до дільничного терапевта (2);
- до вузького спеціаліста поліклініки (3);
- до лікаря стаціонару (4),
- до приватного лікаря (5),
- до знайомого лікаря (6),
- до лікаря на профілактичному огляді або під час акції (7)
- ні до кого (8).

13. Коли останній раз були у сімейного лікаря (дільничного терапевта)?

Нещодавно (1), упродовж року (2); більше року (3); не звертався (лася) (4).

13. Ви можете телефонувати своєму лікарю при необхідності? Так (1). Ні (2).

14. На Вашу думку, з якого приводу слід відвідувати лікаря?



- З профілактичною метою (1);
  - при гострому захворюванні (2);
  - при загостренні хронічного (3);
  - просто, щоб хвороба була під контролем (4);
  - отримання довідки (5);
  - отримання лікарняного (6),
  - інше (7).
15. Чи давав Вам лікар конкретні рекомендації щодо способу життя? Так (1). Ні (1).
16. Якщо так, то чого саме вони стосувалися:
- харчування (1),
  - фізичної активності (2),
  - припинення куріння (3),
  - не зловживання алкоголем (4)
  - надлишкової маси тіла (5)
  - Інше \_\_\_\_\_ (6).
17. Як отримана інформація вплинула на Вас:
- дотримуєтеся (1);
  - враховуєте (2);
  - не вважаєте доцільною (3);
  - немає відповідних умов, щоб дотримуватися (3);
  - не берете до уваги (4).
18. Чи є у Вас (або періодично з'являються) наступні проблеми із здоров'ям :
- серцево-судинні захворювання (1а);
  - гіпертонія (1б)
  - цукровий діабет (2),
  - хвороби органів дихання (3),
  - хвороби органів травлення (4);
  - були травми (5),
  - надлишкова маса тіла (6)
  - стрес і перевтома (7)
  - депресія (8)
  - високий холестерин (9)
  - нічого не турбує (10).
19. Чи відкладали візит у медичний заклад із-за браку коштів? Так (1). Ні (2).
20. Чи можете дозволити собі обстеження у приватній лабораторії? Так (1). Ні (2). Так, у випадку крайньої необхідності (3)
21. З яких джерел отримуєте знання про охорону здоров'я:  
науково-популярні видання, книги (1); статті в пресі (2); телепередачі (3); радіопередачі (4); від знайомих (5); бесіди лікаря (6); Інтернет(7).
22. Хто мав би створити умови для зміцнення Вашого здоров'я:  
особисто Ви (1), Ваша сім'я (2); медичні працівники (3); територіальна громада (4); держава (5); усі перераховані (6).

Ви працюєте: Так (1). Ні (2).

Ваша спеціальність \_\_\_\_\_.

Освіта: вища (1), середня (2), середня-спеціальна (3).

Проживаєте у районі міста (Першотравневий (1), Шевченківський (2), Садгирський (3), у \_\_\_\_\_ районі області (4), в ін. області (5).

Ваш вік \_\_\_\_\_. Стать: чоловік (1), жінка (2).

*Ваші відповіді будуть використані для наукового дослідження. Дякуємо!*

*Просимо Вас анонімно відповісти на запитання.*

1. Ви дотримуетесь правил здорового харчування? Так. Ні. Не завжди.
2. Ви фізично активні? Так. Ні.
  - Займаєтесь спеціальними вправами упродовж 30 хв. 4-5 разів на тиждень;
  - 30хв. 2-3 рази на тиждень;
  - 30хв. 1-2 рази на тиждень;
  - Працюєте сезонно на городі, присадибній ділянці;
  - Ходите пішки до 3 км. на день;
  - Робите ранкову гімнастику.
3. Ви курите? Так. Ні. Зрідка.
4. У минулому курили? Так. Ні.
5. Скільки сигарет в день \_\_\_\_\_
6. Скільки років курите(ли) \_\_\_\_\_
7. Хтось курить поряд з Вами на роботі або вдома? Так. Ні.
8. Що вживаєте із спиртного? Горілку, коньяк, вино, пиво, нічого. Як часто?
  - 5-6 днів у тиждень,
  - 3-4 дні у тиждень,
  - 1-2 дні у тиждень,
  - 1-3 дні у місяць,
  - менше 1 разу в місяць.
9. Як у загальному можете оцінити стан свого здоров'я?  
Добрий. Задовільний. Останнім часом погіршується. Поганий.
10. Коли останній раз були у сімейного лікаря (дільничного терапевта)?  
Нещодавно, упродовж року; більше року; не звертався (лася).
11. Чи є у Вас (або періодично з'являються) наступні проблеми із здоров'ям :
  - серцево-судинні;
  - гіпертонічна хвороба;
  - цукровий діабет;
  - хвороби дихання;
  - хвороби травлення;
  - були травми, надлишкова маса тіла;
  - інше;
  - нічого не турбує.
  - стрес і перевтома;
  - депресія;
  - остеохондроз;
  - високий холестерин;
12. Чи відкладали візит у медичний заклад із-за браку коштів? Так. Ні.
13. Чи можете дозволити собі обстеження у приватному закладі? Так. Так, у випадку крайньої необхідності. Ні.
14. Чи знаєте свій цукор крові Так. Ні. Холестерин Так. Ні.
15. З яких джерел отримуєте знання про охорону здоров'я?
  - Книги; статті в пресі; телепередачі; радіопередачі; від знайомих;
  - бесіди лікаря; Інтернет.
16. Хто мав би створити умови для зміцнення Вашого здоров'я: 1) особисто Ви, 2) Ваша сім'я; 3) медичні працівники; 4) територіальна громада; 5) держава; 6) усі перераховані.

Ваш сімейний стан: одружені, неодружені, громадянський шлюб, розведені.

Проживаєте у районі міста (колишній розподіл)

Першотравневий, Шевченківський, Садгірський, у районі області \_\_\_\_\_.

Ваш вік \_\_\_\_\_. Стать: чоловік, жінка.

*Ваші відповіді будуть використані для наукового дослідження.*

*Дякуємо!*

*Просимо Вас анонімно відповісти на запитання.*

**Що Ви робите щоб бути здоровими?**

1. Споживаєте щоденно багато фруктів та овочів (крім картоплі)?  
(*потрібне підкреслити*) Так. Ні. Не завжди.
2. Обмежуєте вживання солі та копченостей? Так. Ні. Не завжди.
3. Обмежуєте вживання цукру та солодоців? Так. Ні. Не завжди.
4. Робите ранкову гімнастику? Так. Ні. Не завжди.
5. Займаєтеся спеціальними фізичними вправами.? Так. Ні.
6. *Якщо так*, займаєтеся не менше 30 хв.  
4-5 разів на тиждень; 2-3 рази на тиждень; 1-2 рази на тиждень?
7. *Якщо ні*, що заважає займатися?  
Відсутність часу для занять; висока вартість абонементу в зал (басейн); наявність захворювання; не ставили собі таке за мету; інше.
8. Ви курите? Так. Ні.
9. У минулому курили? Так. Ні.
10. *Скільки сигарет в день* \_\_\_\_\_
11. *Скільки років курите (ли)* \_\_\_\_\_
12. Хтось курить поряд з Вами на роботі, вдома? Так. Ні.
13. Як часто вживаєте спиртне? Щоденно; 5-6 днів у тиждень; 3-4 дні у тиждень; 1-2 дні у тиждень; 1-3 дні у місяць; менше 1 разу в місяць; **не вживаю**.
14. Чи були у сімейного лікаря (дільничного) упродовж року? Так. Ні.
15. З якого приводу?  
З приводу профілактичного огляду; гострого захворювання; загострення хронічного; для консультації; за довідкою; були з членом сім'ї (дитиною); **підписати декларацію з лікарем**.
16. Які обстеження проходили упродовж року (*підкреслити*)? Артеріальний тиск. Холестерин. Цукор крові. Електрокардіограма. Флюорографія. Зріст. Вага. Гінеколог (для жінок)
17. Вважаєте себе достатньо активними щодо збереження власного здоров'я?  
Так. Ні. Не впевнений.
18. Чи відчуваєте потребу у підвищенні грамотності у медичних питаннях?  
Так. Ні. Можливо.

19. Що очікуєте від медичної реформи? Покращання надання медичної допомоги. Без змін. Погіршення. Не цікавлюся реформою.

Ваші побажання \_\_\_\_\_

*Ви працюєте:* Так. Ні.

*Ваша спеціальність* \_\_\_\_\_.

*Освіта:* вища, середня, середня - спеціальна. *Одружені. Не одружені. Розведені. Вдові.*

*Проживаєте у районі міста Першотравневий, Шевченківський, Садгирський, у районі області \_\_\_\_\_, в ін. області \_\_\_\_\_.*

*Ваш вік* \_\_\_\_\_. *Стать:* чоловік, жінка.

*Ваші відповіді будуть використані для наукового дослідження. Дякуємо!*

## Розподіл за віком та статтю респондентів

Вікові групи	Чоловіки		Жінки		Обидві статі	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
До 25 років	75	12,12	73	11,44	148	11,82
25-44	320	52,12	293	45,92*	613	48,96
45-59	167	27,20	205	32,13	372	29,71
60-69	52	8,47	67	10,50	119	9,50
Всього	614		638		1252	

\*«жінки» у порівнянні з «чоловіки»  $\chi^2=4,801$ ;  $p=0,029$ .

## Додаток Б-7

## Розподіл за віком та статтю респондентів, зайнятих на ринку

Вікові групи	Чоловіки		Жінки		Обидві статі	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
До 25 років	34	10,86	28	8,75	62	9,79
25-44	181	57,83	141	44,06***	322	50,87
45-59	80	25,56	119	37,19**	199	31,44
60-69	18	5,75	32	10,00	50	7,90
Всього	313		320		633	

\*\* «жінки» у порівнянні з «чоловіки»  $\chi^2=9,926$ ;  $p=0,002$ .

\*\*\*«жінки» у порівнянні з «чоловіки»  $\chi^2=11,996$ ;  $p<0,001$ .

## Додаток Б-8

## Розподіл за віком та статтю респондентів інших категорій

Вікові групи	Чоловіки		Жінки		Обидві статі	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
До 25 років	41	13,62	45	14,15	86	13,89
25-44	139	46,18	152	47,80	291	47,01
45-59	87	28,90	86	27,04	173	27,95
60-69	34	11,30	35	11,01	69	11,15
Всього	301		318		619	

Просимо Вас анонімно відповісти на запитання (потрібно підкреслити):

**1. Що Ви найбільше цінуєте на прийомі у лікаря?**

(оберіть декілька найголовніших питань та пронумеруйте в порядку значимості)

- Відчуття, що Вас уважно слухають і чують
- Можливість запитувати і отримувати вичерпні відповіді
- Безпечність щодо зараження інфекцією
- Знання лікаря Вашої історії захворювання, хоча б за попередніми записами
- Кваліфікація лікаря
- Впевненість, що Вам не призначать нічого надлишкового
- Можливість обирати тактику оздоровлення спільно з лікарем
- Обговорення шляху зворотного зв'язку – Ви можете зв'язатися з лікарем за потреби

- Цінова доступність

**2. Ви обрали свого лікаря? Так. Ні.**

**3. Ви були у нього на прийомі упродовж року? Так. Ні.**

**4. Прийом лікаря відповідає Вашим сподіванням? Так. Ні. Частково. \_\_\_\_\_**

**5. Про наявність яких захворювань у себе Ви знаєте?**

- Ішемічна хвороба серця
- Гіпертонічна хвороба (або ВСД з підвищеним артеріальним тиском)
- Цукровий діабет
- Хвороби органів дихання, простудні захворювання
- Хвороби органів травлення
- Інші  Немає захворювань

**6. Ви курите? Так. Ні. Раніше курили. Хтось курить біля Вас.**

**7. До кого з лікарів зазвичай звертаєтесь?**

- До сімейного лікаря;
- До дільничного терапевта;
- До лікаря стаціонару;
- До приватного лікаря;
- До знайомого лікаря.

**8. З якою метою?** Профілактичного огляду; для контролю за захворюванням; при гострому захворюванні; при загостренні хронічного, для отримання довідки, супроводжуєте когось із сім'ї.

**9. Ви готові прийти до лікаря на індивідуальне профілактичне консультування?**

З питань харчування, фізичної активності, надлишкової маси тіла, інше \_\_\_\_\_

Так. Ні. Не знаю.

Ваш вік \_\_\_\_\_. Стать чол./жін. Освіта: незакінчена вища, середня спеціальна; середня.

Ви проживаєте у м. Чернівці (колишні райони Першотравневий, Шевченківський, Садгірський); в одному з районів Чернівецької області \_\_\_\_\_; в іншій області \_\_\_\_\_.

Дякуємо за відверті відповіді!

<b>Просимо Вас відповісти на запитання «Що Ви робите, щоб бути здоровими?»:</b>			
<b>Скільки Вам років?</b>			
<b>Стать</b>	Чоловіча	Жіноча	
<b>Освіта</b>			
Вища	Середня	Середня спеціальна	
<b>Ваше сімейне положення?</b>			
Неодружений (а)		Одружений (а)	
Є діти	Нема дітей	<i>Середня кількість дітей у сім'ї</i>	
<b>Чи знаєте Ви основні принципи ЗСЖ?</b>	Так	Ні	
<b>Що, на Вашу думку, входить в здоровий спосіб життя?</b>			
Рациональне харчування			
Фізична активність			
Відсутність шкідливих звичок			
Режим			
Дотримання основ гігієни			
Активне дозвілля			
Не знаю			
<b>Чи займаєтеся фізичними вправами?</b>			
Так		Ні	
<b>Якщо так, як часто?</b>			
Щодня	3-5 разів на тиждень	Нерегулярно	Не займаюся
<b>Які мотиви занять?</b>			
Здоров'я			
Зменшення ваги			
Фігура/ правильна постава			
Розвивати фізичні можливості			
Активне проведення вільного часу, гарне дозвілля			
Не відповіли			
<b>Чи дотримуетесь режиму харчування?</b>	Так	Ні	
<b>Скільки разів на добу, зазвичай, харчуєтеся?</b>			
1	2	3	4
5 Більше			
<b>Якій їжі надасте перевагу?</b>			
М'ясні страви			
Перші страви на основі бульйону			
Каші			
Мучні вироби			
Овочі (крім картоплі), фрукти			
Картопля			
Молочні			
Кондитерські			
<b>Чи їсте Ви ситно на ніч?</b>	Так	Ні	
<b>За скільки годин до сну вечеряєте?</b>	1	2	3
<b>Скільки годин в день дивитися ТВ?</b>	1	2	3
<b>Як Ви ставитесь до паління?</b>			
Позитивно			
Негативно			
Байдуже			

Затрудняюсь відповісти		
<b>Ви палите?</b>	<b>Так</b>	<b>Ні</b>
<b>Як на Вашу думку впливає паління на організм людини?</b>		
Діє шкідливо на весь організм		
Сприяє стрункій фігурі, схудненню		
Шкідливо на нервову систему		
Заспокоює нервову систему		
Погіршує працездатність		
Сприяє онкологічним захворюванням		
<b>Чи вживаєте Ви спиртні напої?</b>	<b>Так</b>	<b>Ні</b>
<b>Які алкогольні напої Ви вживаєте?</b>		
Горілка, віскі		
Коньяк		
Лікер		
Вино		
Пиво		
<b>Як часто вживаєте?</b>		
Щоденно		
2-3 рази на тиждень		
1 раз на тиждень		
1 раз на місяць		
На свята		
<b>З якою метою відвідуєте лікаря?</b>		
Перевірити стан здоров'я, для профілактики		
У випадку хвороби		
Отримати пораду		
Отримати л/лист чи довідку		
Стараюсь не звертатися		
Не звертаюсь принципово		
<b>У яких випадках, на Вашу думку, слід звертатися до лікаря</b>		
Перевірити здоров'я		
У випадку хвороби		
Отримати пораду		
Отримати л/л		
Зовсім не треба звертатися		
Не відповіли		
<b>З яких джерел Ви отримуєте знання про охорону здоров'я?</b>		
Науково-популярні видання		
Листівки, пам'ятки		
Статті в пресі		
Телепередачі		
Радіопередачі		
Лекції, бесіди лікаря		
Інтернет		
<b>ДЯКУЄМО ЗА ЩИРІ ВІДПОВІДІ!</b>		

**Шановні лікарі! Просимо Вас (анонімно) відповісти на наші запитання:**

1.	<b>Ви працюєте сімейним лікарем?</b>		1.1.	Так	
			1.2.	Ні	
2.	<b>До цього Ви працювали дільничним терапевтом?</b>		2.1.	Так	
			2.2.	Ні	
3.	<b>Ваш лікарський стаж</b>	3.0.	___ років		
4.	<b>Ваша дільниця</b>		4.1.	в обласному центрі	
			4.2.	у районному центрі, селищі міського типу	
			4.3.	у сільській місцевості?	
5.	<b>Скільки років працюєте на даній дільниці?</b>	5.0.	___ років		
6.	<b>Ви обслуговуєте дитяче населення?</b>		6.1.	Так	
			6.2.	Ні	
7.	<b>Ви проживаєте на дільниці свого обслуговування?</b>		7.1.	Так	
			7.2.	Ні	
8.	<b>Які взаємовідношення з колегами-сімейними лікарями у вашому закладі?</b>		8.1.	Доброзичливі	
			8.2.	Стримані	
			8.3.	Конкурентні	
9.	<b>Які заходи серед дорослих щодо профілактики хронічних неінфекційних захворювань Ви проводите на дільниці:</b>				
9.1	Гігієнічне виховання та формування здорового способу життя, щодо		9.1.1	харчування	
			9.1.2.	фізичної активності	
			9.1.3.	тютюнокуріння	
			9.1.4	зловживання алкоголем	
9.2	Диспансеризацію – динамічне спостереження за		9.2.1	здоровими	
			9.2.2.	особами з чинниками ризику	
			9.2.3	хворими	
9.3	Профілактичні огляди	9.3.1.	організовані колективи організацій розміщених на території дільниці		
		9.3.2.	індивідуальні звернення щодо перевірки стану здоров'я		
10.	<b>Чи використовуєте в роботі такі форми навчання пацієнтів як:</b>				
10.1	Індивідуальні профілактичні консультування з модифікації способу життя		10.1.1.	Так	
			10.1.2.	Ні	
10.2	Групові форми – школи здоров'я, школи пацієнтів		10.2.1	Так	
			10.2.2	Ні	
10.3	Масові - виступи, публікації в ЗМІ		10.3.1	Так	
			10.3.2	Ні	
11.	<b>Які профілактичні технології Ви застосовуєте на практиці?</b>				
11.1.	Визначаєте індекс маси тіла		11.1.1	Так	
			11.1.2	Ні	
11.2.	Визначаєте статус куріння (індекс курця, пачко/роки)		11.2.1	Так	
			11.2.2	Ні	
11.3.	Визначаєте ризик серцево-судинних подій за шкалою SCORE		11.3.1.	Так	
			11.3.2.	Ні	



11.4.	Проводите первинний скринінг ХОЗЛ (анкета)		11.4.1.	Так			
			11.4.2.	Ні			
11.5.	Визначаєте ризик виникнення цукрового діабету (анкета)		11.5.1.	Так			
			11.5.2.	Ні			
12.	<b>Маєте можливість у межах свого закладу провести лабораторне обстеження?</b>						
12.1.	На цукор крові		12.1.1.	Так			
			12.1.2.	Ні			
12.2.	На холестерин		12.2.1.	Так			
			12.2.2.	Ні			
13.	<b>Чи формуєте групи ризику основних неінфекційних захворювань (списки) для проведення профілактичних заходів?</b>						
13.1.	Група ризику із серцево-судинних захворювань		13.1.1.	Так			
			13.1.2.	Ні			
13.2.	Група ризику на цукровий діабет		13.2.1.	Так			
			13.2.2.	Ні			
13.3.	Група ризику ХОЗЛ		13.3.1.	Так			
			13.3.2.	Ні			
13.4.	Група ризику на рак легень		13.4.1.	Так			
			13.4.2.	Ні			
14.	<b>Чи направляєте пацієнтів до вузьких фахівців вторинного рівня надання медичної допомоги</b>	14.1.	З метою профілактики		14.1.1.	Так	
			14.1.2.	Ні			
		14.2.	З метою діагностики		14.2.1.	Так	
			14.2.2.	Ні			
		14.3.	З метою лікування		14.3.1.	Так	
			14.3.2.	Ні			
15.	<b>З якими проблемами зустрічаєтеся у профілактичній роботі</b>						
15.1.	Недостатність матеріалів-пам'яток для роздачі пацієнтам						
15.2.	Відсутність комп'ютерної та розмножувальної техніки						
15.3.	Відсутність достатньої кількості паперу						
15.4.	Відсутність транспорту для активних викликів, патронажів						
15.5.	Недостатність робочого часу для проведення роз'яснювальної роботи						
15.6.	Не вважаєте доцільним проведення роз'яснювальної роботи						
15.7.	Відчуваєте несприйняття пацієнтами профілактичної інформації щодо зміни способу життя						
16.	<b>Чи обговорювали шляхи покращання здоров'я населення із представниками:</b>						
	- органів місцевого самоврядування		16.1.				
	- підрозділів центру громадського здоров'я (колишня СЕС)		16.2.				
	- громадських, релігійних організацій		16.3.				

Дякуємо за відверті відповіді!

## КАРТА

експертної оцінки багатофакторної моделі профілактики основних неінфекційних захворювань з урахуванням інтегрованої медичної допомоги

Буковинський державний медичний університет  
Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

Шановний експерте!

Висловіть, будь-ласка, свою думку щодо доцільності впровадження багатофакторної моделі профілактики основних неінфекційних захворювань (серцево-судинні, онкологічні, цукровий діабет, хронічне обструктивне захворювання легень) на рівні ПМСД та алгоритму дій медичного працівника при виявленні поєднаних факторів ризику у пацієнта.

Дякуємо за співпрацю!

Прізвище, ініціали експерта \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_

Місце роботи \_\_\_\_\_

Посада \_\_\_\_\_

Спеціальність \_\_\_\_\_

Стаж роботи в медицині \_\_\_\_\_, в т.ч. по теперішній спеціальності \_\_\_\_\_

Кваліфікаційна категорія \_\_\_\_\_

Науковий ступінь \_\_\_\_\_

Почесні звання \_\_\_\_\_

Ваші зауваження та пропозиції до запропонованої моделі

---

---

---

Модель оцінюється за 5-ти бальною шкалою:

1. Запропонована модель дає цілісне сприйняття завдань щодо профілактики неінфекційних захворювань, які перебувають в компетенції лікаря первинної ланки (сімейного лікаря, дільничного терапевта).

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Запропонована модель багатофакторної профілактики є доступною для впровадження у практику ПМСД.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Запропонована модель багатофакторної профілактики є пацієнт-орієнтованою, концентрує увагу на пацієнтові, його сім'ї та близькому оточенні.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Запропонована модель багатофакторної профілактики на рівні ПМСД враховує співпрацю з спеціалізованою допомогою, підтримку пацієнта на перехідних етапах (до та після госпіталізації) та з системою громадського здоров'я для забезпечення профілактичних заходів на рівні громади.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Запропонована модель багатофакторної профілактики враховує заходи первинної, вторинної, третинної профілактики основного захворювання та нашаровування первинної, вторинної профілактики можливих супутніх захворювань, а також четвертинну профілактику для попередження надлишкових втручань.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Запропонований автором акцент на поєднаних поведінкових факторах ризику та виділення груп пацієнтів відповідно до цього є інноваційним.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. Використання лікарем нових профілактичних технологій (мотиваційні інтерв'ювання, елементи коучингу) потребує відповідної професійної післядипломної підготовки, зокрема неформальних її форм (науково-практичних конференцій профілактичного спрямування).

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

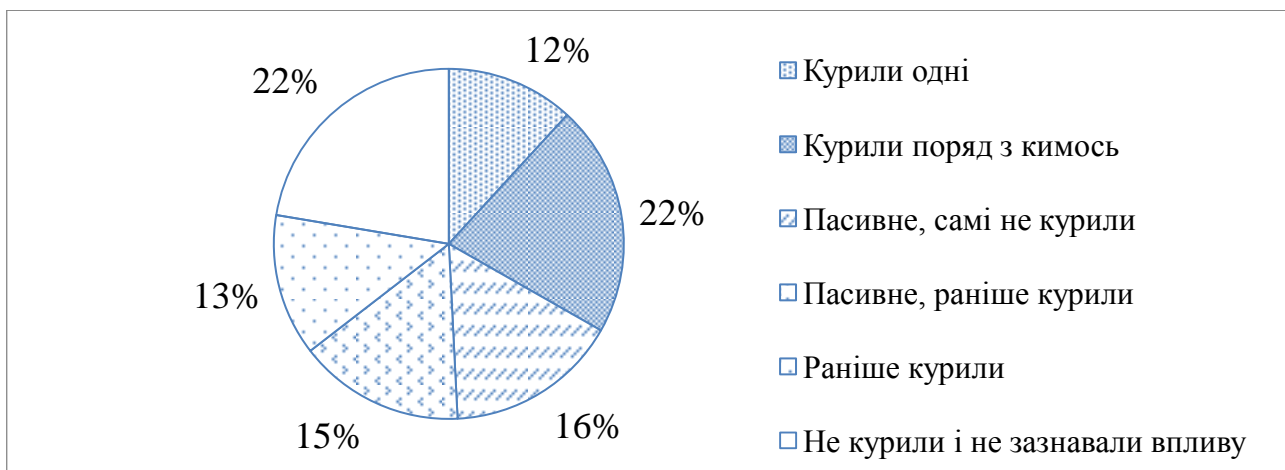
8. Впровадження моделі багатофакторної профілактики здатне покращити ефективність профілактичних втручань на рівні первинної ланки.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

## Результати експертної оцінки

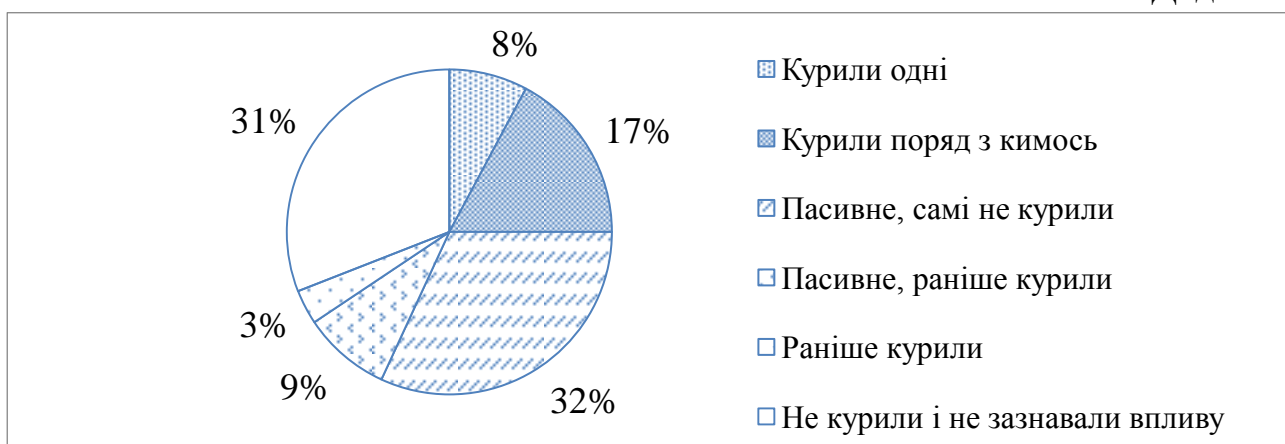
№ з/п	Зміст експертної оцінки	Спеціальність		
		ООЗ	Лікарська справа	Всього
1.	Запропонована модель дає цілісне сприйняття завдань щодо профілактики неінфекційних захворювань, які перебувають в компетенції лікаря первинної ланки (сімейного лікаря, дільничного терапевта).	4,29	4,71	4,58
2.	Запропонована модель багатофакторної профілактики є доступною для впровадження у практику ПМСД.	4,57	4,82	4,75
3.	Запропонована модель багатофакторної профілактики є пацієнт-орієнтованою, концентрує увагу на пацієнтові, його сім'ї та близькому оточенні.	4,71	4,88	4,83
4.	Запропонована модель багатофакторної профілактики на рівні ПМСД враховує співпрацю з спеціалізованою допомогою, підтримку пацієнта на перехідних етапах (до та після госпіталізації) та з системою громадського здоров'я для забезпечення профілактичних заходів на рівні громади.	4,57	4,65	4,63
5.	Запропонована модель багатофакторної профілактики враховує заходи первинної, вторинної, третинної профілактики основного захворювання та нашаровування первинної, вторинної профілактики можливих супутніх захворювань, а також четвертинну профілактику для попередження надлишкових втручань.	4,71	4,82	4,79
6.	Запропонований автором акцент на поєднаних поведінкових факторах ризику та виділення груп пацієнтів відповідно до цього є інноваційним.	4,43	4,88	4,75
7.	Використання лікарем нових профілактичних технологій (мотиваційні інтерв'ювання, елементи коучингу) потребує відповідної професійної післядипломної підготовки, зокрема неформальних її форм (науково-практичних конференцій профілактичного спрямування).	4,57	4,88	4,79
8.	Впровадження моделі багатофакторної профілактики здатне покращити ефективність профілактичних втручань на рівні первинної ланки.	4,86	4,71	4,75
9.	Загальні бали	4,56± 0,57	4,79± 0,33	4,73± 0,4

## Додаток В-1



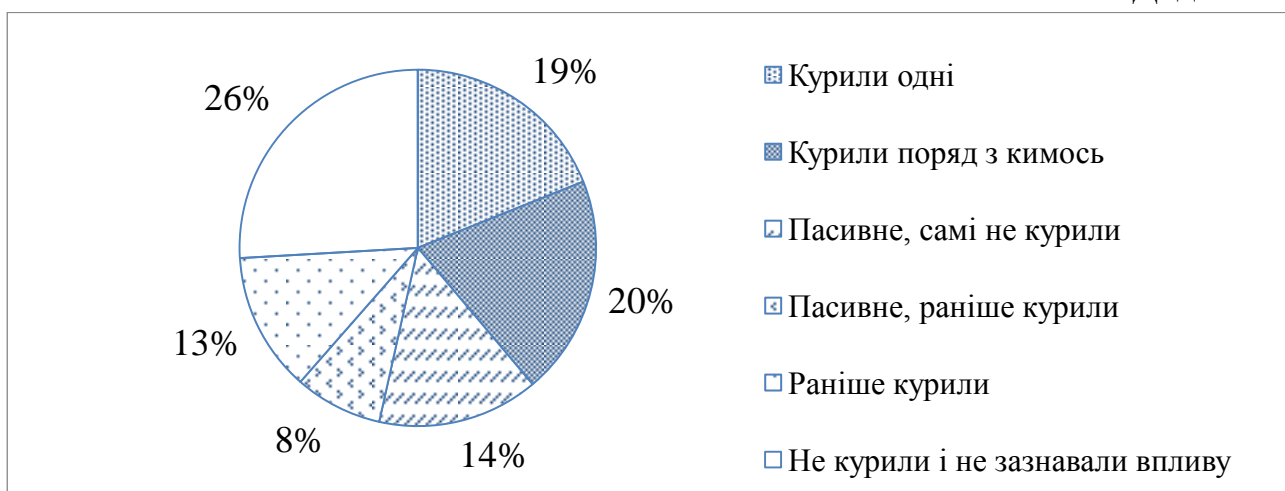
Розподіл респондентів-чоловіків групи «ринок» за статусом куріння

## Додаток В-2

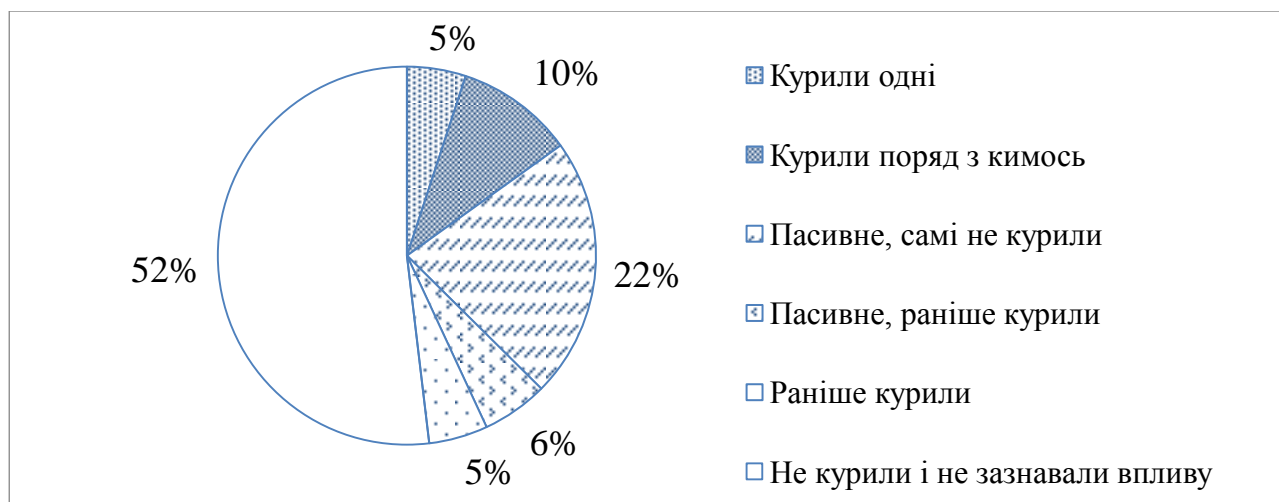


Розподіл респондентів-жінок групи «ринок» за статусом куріння (%).

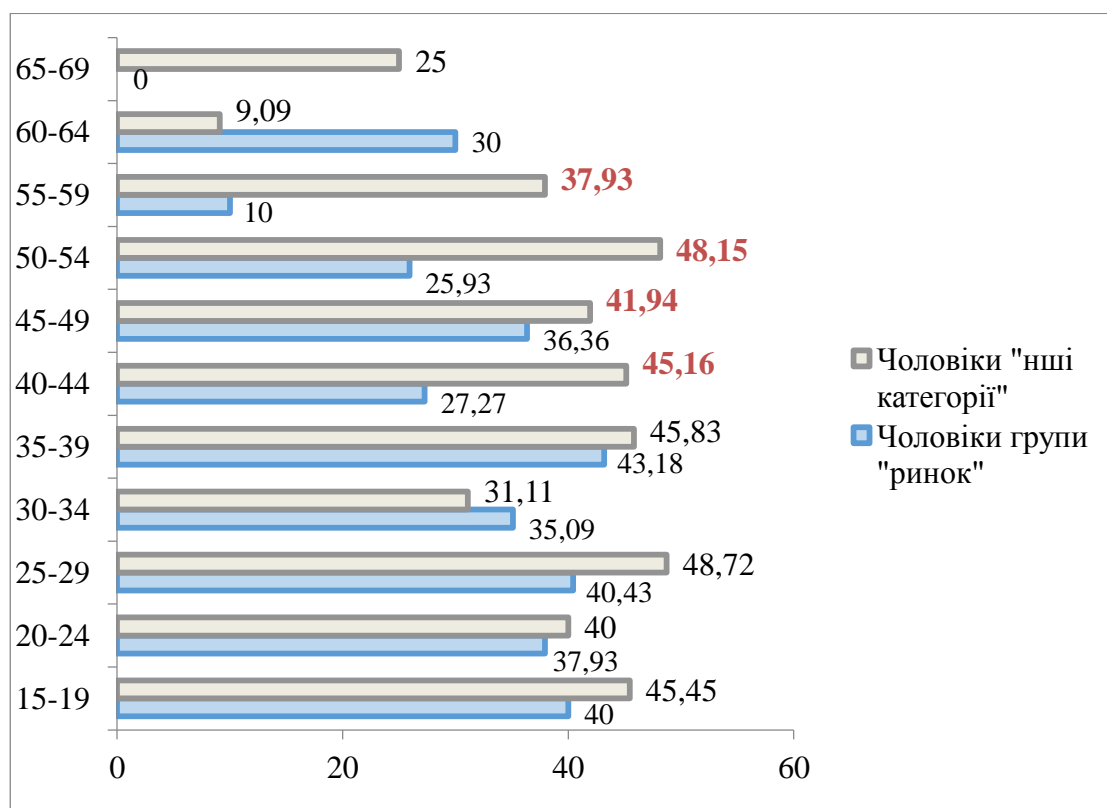
## Додаток В-3



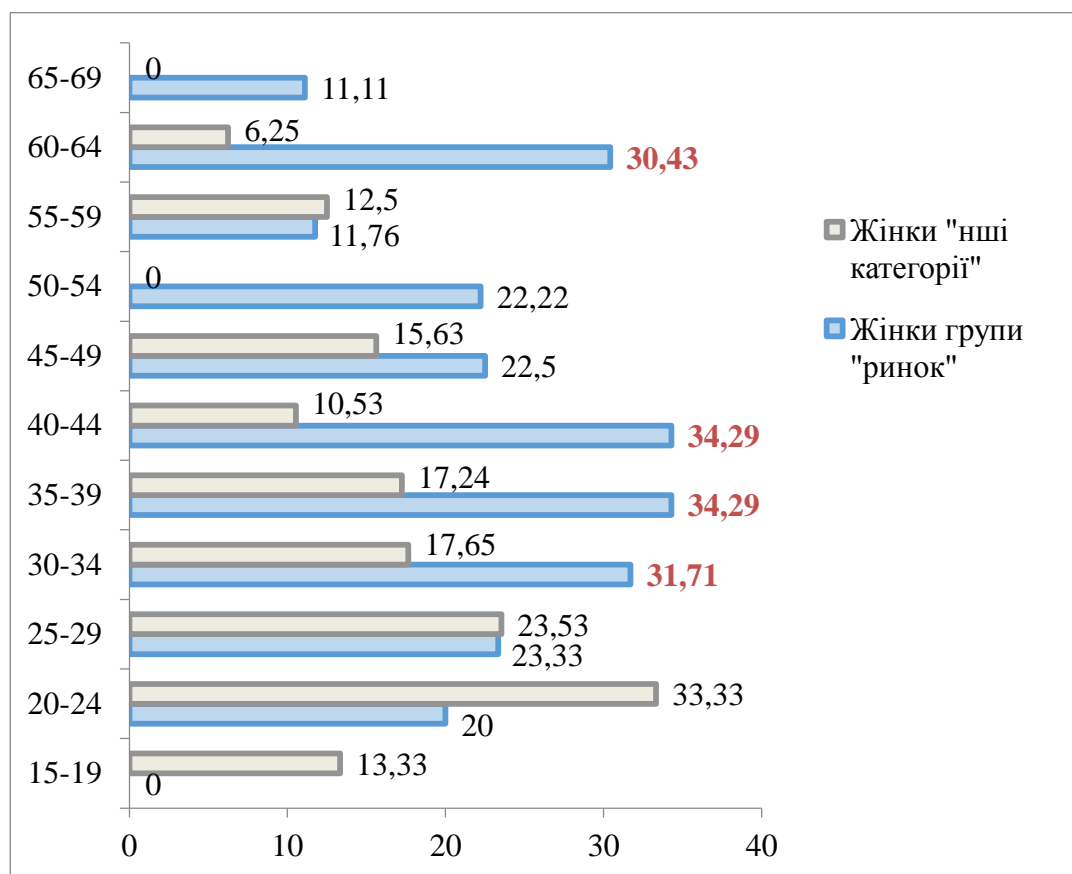
Розподіл респондентів-чоловіків групи «інші категорії» за статусом куріння (%)



Розподіл респондентів-жінок групи «інші категорії» за статусом куріння (%).



Частота куріння за вибраними віковими інтервалами серед чоловіків групи «ринок» та групи «інші категорії» (%).



Частота куріння за вибраними віковими інтервалами серед жінок групи «ринок» та групи «інші категорії» (%)

## Додаток В-7

## Частота відповідей щодо варіантів допомоги у припиненні куріння (%)

Варіанти відповідей	Обидві статі		Чоловіки		Жінки	
	Курять зараз	Раніше курили	Курять зараз	Раніше курили	Курять зараз	Раніше курили
Сила волі	67,19± 4,15	80,61± 3,99*	70,67± 5,26	84,06± 4,41	62,26± 6,66	72,41± 8,30
Хвороба	24,22± 3,79	7,14± 2,60***	24,00± 4,93	5,80± 2,81**	24,53± 5,91	10,34± 5,65
Вартість тютюнових виробів	6,25± 2,14	1,02± 1,01	8,00± 3,13	1,95± 1,44	3,77± 2,62	-
Друзі	4,69± 1,87	4,08± 2,00	5,33± 2,59	2,90± 2,02	3,77± 2,62	3,45± 3,39
Ліки	7,03± 2,26	2,04± 1,43	9,33± 3,36	1,45± 1,44	3,77± 2,62	3,45± 3,39
Лікарі	2,34± 1,34	3,06± 1,74	4,00± 2,26	4,35± 2,46	-	-
Сім'я	21,88± 3,65	25,51± 4,40	29,33± 5,26	27,54± 5,38	11,32± 4,35	20,69± 7,52

\*раніше курили у порівнянні усі курять ( $\chi^2=5,076$ ;  $p<0,001$ );

\*\* раніше курили у порівнянні усі курять ( $\chi^2=9,200$ ;  $p=0,003$ );

\*\*\* раніше курили у порівнянні чоловіки курять ( $\chi^2=11,571$ ;  $p<0,001$ ).

## Додаток В-8

## Кількість та частота (%) поодиноких поведінкових ФР

Поведінкові фактори ризику	Чоловіки	Жінки	Обидві статі
Недостатнє споживання (НС) фруктів	13,52±1,38	14,26±1,38	13,90±0,98
Недостатня фізична активність (ФА)	9,45±1,18	16,14±1,46***	12,86±0,95
Куріння	4,72±0,86	2,51±0,62*	3,59±0,53
Часте споживання алкоголю	4,23±0,81	2,98±0,67	3,59±0,53
Всього	31,92±1,88	35,89±1,90	33,95±1,34

\*жінки у порівнянні чоловіки ( $\chi^2=4,431$ ;  $p=0,036$ ); \*\*\* ( $\chi^2=12,526$ ;  $p<0,001$ ).



## Додаток В-9

## Кількість та частота (%) поєднання двох поведінкових ФР

Поведінкові фактори ризику	Чоловіки	Жінки	Обидві статі
НС фруктів + недостатня ФА	10,26±1,22	18,65±1,54 ***	14,54±1,00
НС фруктів + куріння	6,35±0,98	3,76±0,75 *	5,03±0,62
НС фруктів + алкоголь	5,37±0,91	1,57±0,49 **	3,43±0,51
Недостатня ФА+ куріння	3,09±0,70	2,82±0,66	2,96±0,48
Недостатня ФА + алкоголь	3,75±0,77	2,35±0,60	3,04±0,49
Куріння + алкоголь	2,44±0,62	1,57±0,49	2,00±0,40
Всього	31,27±1,87	30,72±1,83	30,99±1,31

\*жінки у порівнянні чоловіки ( $\chi^2=4,392$ ;  $p=0,037$ ); \*\*( $\chi^2=13,674$ ;  $p<0,001$ ); \*\*\* ( $\chi^2=17,734$ ;  $p<0,001$ ).

## Додаток В-10

## Кількість та частота (%) потрійного поєднання ФР

Поведінкові фактори ризику	Чоловіки	Жінки	Обидві статі
Недостатнє споживання фруктів + недостатня ФА + куріння	8,31±1,11	4,23±0,80**	6,23±0,68
Недостатнє споживання фруктів + недостатня ФА+ алкоголь	7,65±1,07	3,13±0,69 ***	5,35±0,64
Недостатнє споживання фруктів + куріння + алкоголь	4,89±0,87	1,88±0,54*	3,35±0,51
Недостатня ФА + куріння + алкоголь	2,12±0,58	1,57±0,49	1,84±0,38
Всього	22,96±1,70	10,82±1,23 ****	16,77±1,06

\*жінки у порівнянні чоловіки ( $\chi^2=8,715$ ;  $p=0,004$ ); \*\* ( $\chi^2=8,890$ ;  $p=0,003$ );

\*\*\* ( $\chi^2=12,620$ ;  $p<0,001$ ); \*\*\*\* ( $\chi^2=33,082$ ;  $p<0,001$ )

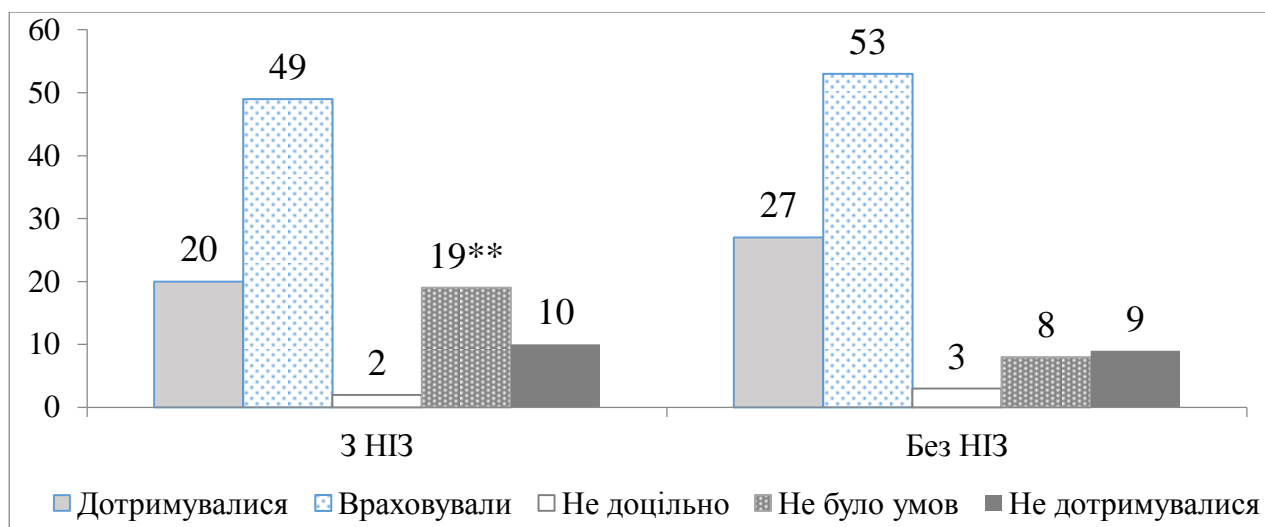
Кількість та частота (%) поєднання 4-х поведінкових ФР та відсутність факторів ризику за повідомленнями респондентів

Фактори ризику	Чоловіки	Жінки	Обидві статі
Поєднання 4-х факторів ризику	4,07±0,80	1,72±0,51 *	2,88±0,47
Відсутність факторів ризику	9,77±1,20	20,85±1,61***	15,42±1,02

\* жінки у порівнянні чоловіки ( $\chi^2=6,174$ ;  $p=0,013$ ); \*\*\* ( $\chi^2=29,429$ ;  $p<0,001$ ).

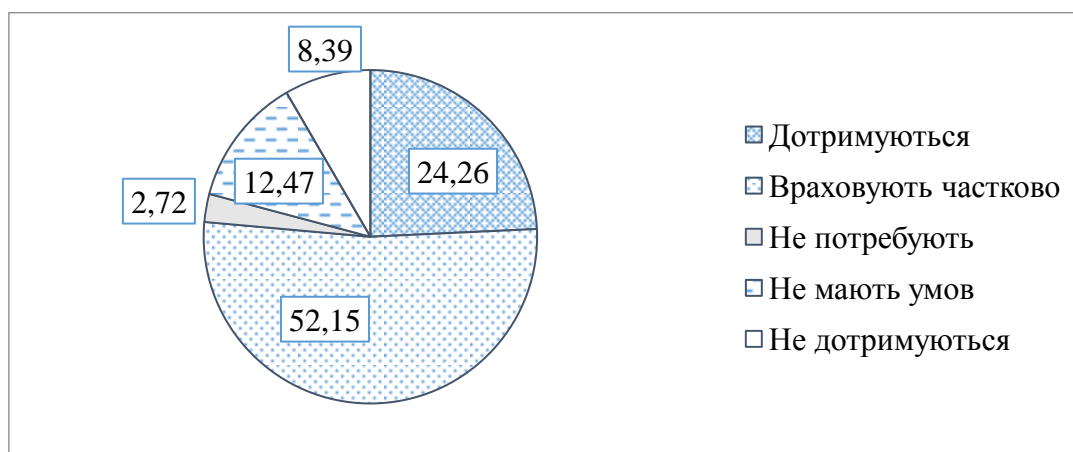
Розподіл респондентів за зверненнями до лікарів лікувально-профілактичних закладів

Категорія лікарів за місцем надання медичної допомоги	Кількість та частка звернень				
	за межами первинної ланки, n= 363	у т.ч. суми варіантів за межами первинної ланки, n= 363	у т.ч. суми варіантів за межами та в межах первинної ланки, n=456	серед тих, хто звертався до лікарів n=681	всього n=908
Лікарі первинної ланки	-	-	93 (20,4%)	318 (46,7%)	318 (35,0%)
Фахівці поліклінік	64 (17,6%)	86 (23,7%)	132 (29,0%)	132 (19,4%)	132 (14,5%)
Фахівці стаціонару	40 (11,0%)	62 (17,1%)	76 (16,7%)	76 (11,2%)	76 (8,4%)
Лікарі приватних закладів	50 (13,8%)	73 (20,1%)	92 (20,2%)	92 (13,5%)	92 (10,1%)
«Знайомі» лікарі	154 (42,4%)	198 (54,5%)	239 (52,4%)	239 (35,1%)	239 (26,3%)
Змішані варіанти	55 (15,2%)	55 (15,2%)	148 (32,5%)	148 (21,7%)	148 (16,3%)

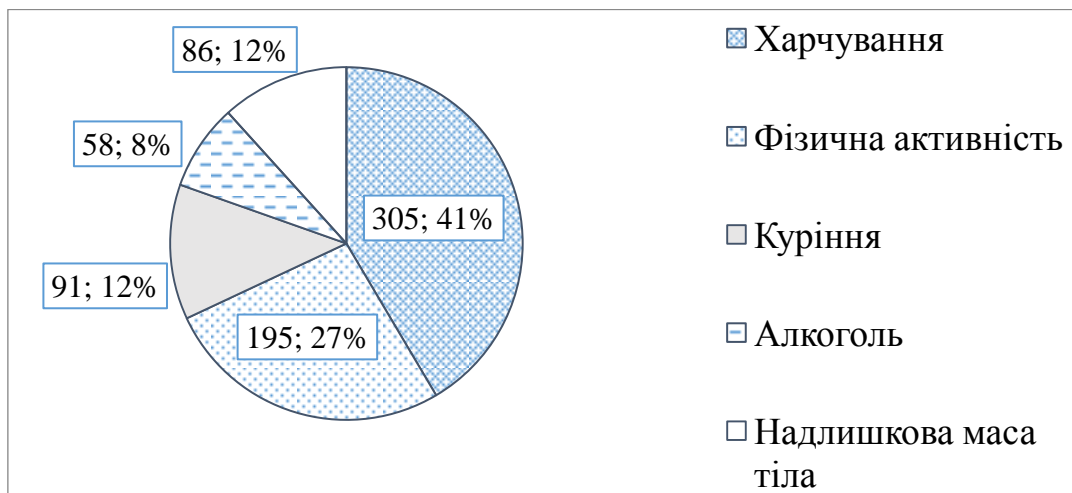


Варіанти дотримання рекомендацій щодо здорового способу життя серед респондентів залежно від наявності НІЗ (%)

\*\*респонденти з НІЗ у порівнянні з респондентами без НІЗ, ( $\chi^2=10,770$ ;  $p=0,002$ ).



Дотримання рекомендацій лікаря щодо здорового способу життя респондентами (%)



Структура отриманих пацієнтами рекомендацій за тематикою

Порівняльна характеристика ФР харчової поведінки респондентів залежно від контролю за харчуванням (%)

Групи респондентів та статистичні тести	Брак/відсутність				
	достатнього споживання фруктів	достатнього споживання овочів	обмеження солі	обмеження жиру	достатнього споживання риби
Контролю не було	85,93±2,12	80,00±2,43	92,22±1,63	94,44±1,39	92,96±1,56
Контроль був	41,81±2,85	37,79±2,80	61,54±2,81	66,89±2,72	72,24±2,59
- $\chi^2$ -square	118,1	103,64	73,44	67,24	41,41
- p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
- Se	86	80	92	94	93
- Sp	58	62	39	33	28
- PPV	65	66	58	56	54
- NPV	82	80	85	87	81
OR 95%CI	8,499 [5,624-12,843]	6,584 [4,507-9,617]	7,411 [4,483-2,250]	8,415 [4,741-14,936]	5,076 [2,986-8,630]

Порівняльна характеристика медичного досвіду респондентів залежно від контролю за харчуванням (%)

Групи респондентів та статистичні тести	Брак/відсутність				
	візитів до лікаря упродовж року	візитів до лікаря з профілактичною метою*	переконань, що потрібні профілактичні візити **	інформації від лікаря як джерела знань про здоров'я	інформації з Інтернету про здоров'я
Контролю не було	66,67±2,87	75,51±3,07	59,46±5,71	77,04±2,56	49,63±3,04
Контроль був	50,50±2,89	52,21±4,28	41,72±3,86	62,21±2,80	36,79±2,79
- $\chi^2$ -square	15,24	19,42	6,43	14,65	9,55
- p	<0,001	<0,001	0,012	<0,001	<0,001
- Se	67	76	60	77	50
- Sp	50	48	58	38	63
- PPV	57	68	39	53	55
- NPV	62	58	76	65	58
OR 95%CI	1,960 [1,396-2,753]	2,823 [1,767-4,508]	2,049 [1,172-3,583]	2,038 [1,411-2,943]	1,693 [1,211-2,366]

\*стосується групи «ринок»; \*\*стосується групи «ярмарок1»

Порівняльна характеристика отримання та виконання рекомендацій від лікаря респондентами залежно від контролю за харчуванням (%)

Групи респондентів та статистичні тести	Не отримували		Не дотримувалися	
	рекомендацій із здорового способу життя	рекомендацій із здорового харчування	рекомендацій із здорового способу життя	рекомендацій із здорового харчування
Контролю не було	53,70±3,03	74,81±2,64	88,80±2,82	83,82±4,47
Контроль був	43,14±2,86	61,54±2,81	68,24±3,57	66,09±4,41
- $\chi$ -square	6,34	11,46	17,18	6,77
- p	0,012	<0,001	<0,001	0,010
- Se	54	75	89	84
- Sp	57	38	32	34
- PPV	53	52	49	43
- NPV	58	63	79	78
OR 95%CI	1,529 [1,098-2,129]	1,857 [1,295-2,662]	3,691 [1,941-7,020]	2,659 [1,253-5,641]

Порівняльна характеристика видів рухливості респондентів залежно від ФА

Групи респондентів та статистичні тести	Брак/відсутність (%)						
	щоденної зарядки	заняць 4-5 р./на тиждень	заняць 2-3р. /на тиждень	роботи з фізичним навантаженням	роботи присадибній ділянці	ходьби пішки	відпочинок на свіжому повітрі
Фізично неактивні	98,48±0,87	98,99±0,87	98,48±0,87	82,29±2,89	81,31±2,77	78,28±2,93	65,14±3,60
Фізично активні	82,09±1,66	85,07±1,54	84,70±1,55	67,16±2,17	69,59±1,99	48,51±2,16	39,87±2,26
- $\chi$ -square	33,31	28,21	26,83	14,23	10,03	52,17	32,69
- p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	<0,001
- Se	99	99	99	82	81	78	65
- Sp	18	15	15	33	30	52	60
- PPV	31	30	30	31	30	37	38
- NPV	97	98	96	83	82	87	82
OR 95%CI	14,182 [4,439-45,305]	17,193 [4,185-70,640]	11,740 [3,665-37,611]	2,271 [1,472-3,503]	1,902 [1,272-2,842]	3,826 [2,622-5,584]	2,818 [1,963-4,046]

Порівняльна характеристика ФР респондентів, пов'язаних із харчуванням  
залежно від занять фізичними вправами (%)

Групи респондентів та статистичні тести	Брак/відсутність				
	контролю харчування	достатнього споживання фруктів	обмеження цукру	обмеження солі	обмеження жиру
Заняття -	56,07±2,15	63,16±1,56	70,04±2,80	74,92±1,45	79,03±1,52
Заняття +	23,58±3,83	41,92±2,89	54,81±4,88	58,24±2,98	63,83±3,50
- $\chi$ -square	42,247	41,425	7,711	28,201	18,81
- p	<0,001	<0,001	0,006	<0,001	<0,001
- Se	56	63	70	75	79
- Sp	76	58	45	42	36
- PPV	91	83	77	81	83
- NPV	29	30	37	34	31
OR 95%CI	4,138 [2,638-6,489]	2,375 [1,818-3,103]	1,927 [1,209-3,073]	2,141 [1,611-2,846]	2,135 [1,509-3,022]

Порівняльна характеристика ФР та відношення до профілактичних оглядів  
респондентів залежно від занять фізичними вправами (%)

Групи респондентів та статистичні тести	Курили	Часто споживали алкоголь	Брак/відсутність		
			візитів до лікаря з профілактичною метою	переконань, що потрібні профілактичні візити	візитів до стоматолога
Заняття -	29,24±1,47	26,74±1,43	68,99±1,76	52,26±3,54	78,82±2,41
Заняття +	23,37±4,01	21,31±2,40	48,73±3,56	35,53±5,49	58,00±6,98
- $\chi$ -square	3,832	3,478	27,452	6,175	10,050
- p	0,051	0,063	<0,001	0,013	0,002
- Se	29	27	69	52	79
- Sp	77	79	51	64	42
- PPV	81	81	80	79	89
- NPV	25	25	26	34	26
OR 95%CI	1,355 [0,999-1,839]	1,348 [0,984-1,847]	2,340 [1,695-3,231]	1,987 [1,151-3,430]	2,695 [1,437-5,053]

Додаткова характеристика частоти куріння та медичного досвіду  
респондентів-чоловіків залежно від занять фізичними вправами (%)

Групи респондентів та статистичні тести	Курили	Відсутність		Не обстежувалися	
		візитів до лікаря упродовж року	візитів до лікаря з профілактичною метою	на вміст холестерину в крові	на вміст цукру в крові
Заняття -	38,73±2,28	60,86±2,28	66,14±2,97	87,26±1,74	75,88±2,23
Заняття +	28,03±3,58	51,59±3,99	50,85±6,51	76,85±4,06	66,67±4,54
- $\chi$ -square	5,81	4,11	4,82	7,07	3,67
- p	0,016	0,043	0,029	0,008	0,056
- Se	39	61	66	87	76
- Sp	72	48	49	23	33
- PPV	80	77	85	80	80
- NPV	29	30	25	35	29
OR 95%CI	1,623 [1,093-2,412]	1,457 [1,012-2,099]	1,888 [1,065-3,348]	2,064 [1,200-3,548]	1,573 [0,987-2,506]

Додаткова характеристика стану здоров'я та відповідальності за створення для  
нього умов респондентів-жінок залежно від занять фізичними вправами (%)

Групи респондентів та статистичні тести	Брак/відсутність		
	доброго стану здоров'я	особистої відповідальності	розуміння громадської відповідальності
Заняття -	75,98±2,05	29,33±2,19	79,45±1,94
Заняття +	52,08±5,10	14,58±3,60	91,67±2,82
- $\chi$ -square	22,091	8,741	7,837
- p	<0,001	0,004	0,005
- Se	76	29	80
- Sp	48	85	8
- PPV	87	90	80
- NPV	31	21	8
OR 95%CI	2,910 [1,843-4,597]	2,431 [1,330-4,444]	0,351 [0,164-0,752]



Порівняльна характеристика отримання та виконання рекомендацій від лікаря респондентами залежно від занять фізичними вправами (%)

Групи респондентів та статистичні тести	Не отримували		Не дотримувалися	
	рекомендацій із здорового способу життя	рекомендацій із ФА	рекомендацій із здорового способу життя	рекомендацій із ФА
Заняття -	48,19±1,86	80,00±1,49	78,28±2,14	81,25±3,25
Заняття +	50,00±3,65	72,87±3,24	62,77±4,99	62,75±6,77
- $\chi$ -square	0,195	4,491	9,684	7,155
- p	0,660	0,035	0,002	0,008
- Se	48	80	78	81
- Sp	50	27	37	37
- PPV	79	81	83	79
- NPV	20	26	30	41
OR 95%CI	0,930 [0,675-1,283]	1,489 [1,029-2,155]	2,139 [1,316-3,474]	2,573 [1,271-5,208]

Порівняльна характеристика ФР респондентів, пов'язаних із харчуванням залежно від виконання щоденної фізичної зарядки (%)

Групи респондентів та статистичні тести	Брак/відсутність				
	контролю харчування	достатнього споживання фруктів	обмеження цукру	обмеження солі	обмеження жиру
Зарядка -	53,86±2,09	58,36±1,51	74,59±1,39	69,31±2,65	78,43±1,47
Зарядка +	25,00±4,62	34,04±3,46	51,12±3,75	50,00±6,06	60,47±4,30
- $\chi$ -square	25,40	38,15	40,32	9,20	19,53
- p	<0,001	<0,001	<0,001	0,003	<0,001
- Se	54	59	75	69	78
- Sp	75	66	49	50	40
- PPV	93	91	89	86	89
- NPV	20	22	26	27	23
OR 95%CI	3,502 [2,103-5,831]	2,716 [1,962-3,760]	2,807 [2,024-3,893]	2,258 [1,323-3,853]	2,378 [1,607-3,520]

Порівняльна характеристика статусу куріння, ознак медичного досвіду та джерела знань про охорону здоров'я респондентів залежно від виконання щоденної фізичної зарядки (%)

Групи респондентів та статистичні тести	Курили	Відсутність візитів до лікаря упродовж року	Не обстежувалися		Інформацію від лікаря не вважали джерелом знань
			на вміст цукру в крові	на вміст холестерину в крові	
Зарядка -	28,95±1,39	53,57±1,53	69,71±1,60	83,70±1,29	69,62±1,57
Зарядка +	21,81±3,01	40,43±3,58	58,65±4,27	71,43±3,92	61,15±4,13
- $\chi$ -square	4,05	11,06	6,46	11,67	3,97
- p	0,045	<0,001	0,012	<0,001	0,047
- Se	29	54	70	84	70
- Sp	78	60	41	29	39
- PPV	88	88	88	88	88
- NPV	16	18	18	22	17
OR 95%CI	1,461 [1,008-2,116]	1,700 [1,241-2,331]	1,623 [1,114-2,363]	2,054 [1,350-3,123]	1,456 [1,005-2,109]

## Оцінювання організації школи здоров'я

№ п/п	Критерії оцінки	Бали	Примітка
1.	Школа відбулася, у програмі декілька виступів по 10-15хв., 8-10 слухачів	10	
2.	Тематика приурочена до визначних оздоровчих дат, акцій	2	
3.	Кількість присутніх 11-20 осіб	2	
4.	Тематика відповідає контингенту населення	2	
5.	Зацікавленість присутніх (запитання, відгуки)	2	
6.	Робота лектора з аудиторією, змістовність та доступність викладення	2	
7.	Використання технічних засобів (мультимедійний проектор)	2	
8.	Опитування, анкетування, вікторина	2	
9.	Пам'ятки для населення, листівки, брошури	2	
10.	Оформлення залу (виставка тематичних плакатів, санітарних бюлетенів, малюнків, інше)	2	
11.	Проведення антропометричних вимірювань, артеріального тиску, цукру крові, т.і.	2	
12.	Всього	30	

## Історія основних факторів ризику та неінфекційних захворювань Додаток Д

Дата \_\_\_\_\_ Пацієнт \_\_\_\_\_

Група ризику/ діагноз \_\_\_\_\_

<b>Контроль харчування</b>							<b>50</b>
Достатньо		Обмеження					Дотримуються посту
фруктів	овочів	солі	цукру	жиру	смаженого	фаст-фуду	
7	7	7	7	7	5	5	5
<b>Фізична активність</b>							<b>50</b>
Спорт	Вправи	Зарядка	Ходьба 3 км в день	Активний відпочинок	Робота з навантаженням	По господарству	На городі
7	7	7	7	7	5	5	5
<b>Куріння</b>							<b>30</b>
Курять	20 і > сигарет на день	10 і > років	В компанії	Джерело пасивного	Раніше курили	Не курять	
-7	-7	-7	-3	-3	-3	<b>30</b>	
<b>Вживання алкоголю</b>							<b>20</b>
Небезпечна частота	Небезпечна кількість	Впливає на відносини у сім'ї		Впливає на відносини в колективі		Не вживають	
-5	-5	-5		-5		<b>20</b>	
<b>Медична грамотність: неадекватна (-); гранична (+-); належна (+)</b>							
Харчування	ФА	Куріння		Алкоголь		НІЗ	

<b>Візит 1</b>		<b>Призначення</b>	
Зріст/маса тіла, ІМТ		Флюорографія ОГК	SCORE
Вимірювання АТ		ЕКГ	Анкета на ХОЗЛ
Аналіз крові на цукор		Огляд гінеколога	Анкета на виявлення ЦД
Аналіз крові (ЗХС)		Огляд стоматолога	Онкопрофогляд

<b>Візит 2</b>		<b>Оцінювання</b>			
Візит з профілактичною метою	<b>5</b>	Освітня програма	<b>5</b>	Консультація	<b>5</b>
Підготовлені запитання до візиту	<b>5</b>				
Скринінг в повному об'ємі	<b>5</b>				
Дотримання рекомендацій	<b>5</b>				
Контроль ФР	<b>5</b>				
Контроль захворювання	<b>5</b>				

<b>Група здоров'я (сприйнята=оцінена=10 балів)</b>						<b>10</b>
+ поведінкові фактори ризику (ФР)+ метаболічні (МР)(Гл.↑; ХС↑; АГ; НМТ)						
Здорові		Практично здорові		Хворі НІЗ		
з 1-2 ФР без куріння	з 3-4 ФР в т.ч. куріння	+ 1-2 ФР +МР	+ 3-4 ФР +МР	+ 1-2 ФР Без куріння	+ 1-2 ФР в т.ч. куріння	
<b>Медична активність: кількість балів (макс.200)</b>						
<b>Динаміка: позитивна, без змін, негативна</b>						



(11) 120385

(19) UA

(51) МПК  
A61B 5/103 (2006.01)

- |  |   |
|--|---|
| <p>(21) Номер заявки: <b>u 2017 05272</b></p> <p>(22) Дата подання заявки: <b>29.05.2017</b></p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>25.10.2017</b></p> <p>(46) Дата публікації відомостей про видачу патенту та номер бюлетеня: <b>25.10.2017, Бюл. № 20</b></p> | <p>(72) Винахідники:<br/><b>Власик Любов Йосипівна, UA,<br/>Сухолотюк Анастасія Леонідівна, UA,<br/>Христинч Тамара Миколаївна, UA</b></p> <p>(73) Власник:<br/><b>ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ "БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ" МОЗ УКРАЇНИ,<br/>пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58002, UA</b></p> |
|--|---|

(54) Назва корисної моделі:

**СПОСІБ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ КОРЕКЦІЇ НАДЛИШКОВОЇ МАСИ ТІЛА ТА ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ ОЖИРІННЯ**

(57) Формула корисної моделі:

Спосіб оцінки ефективності корекції надлишкової маси тіла та визначення ризику ожиріння, що включає визначення індексу маси тіла, який **відрізняється** тим, що додатково проводять через 3 та 6 місяців біоімпедансний аналіз; визначають вміст жирової маси (%), рівень вісцерального жиру (%) та фізичний тип, які оцінюють у балах за формулою Кількість балів=(F-N)\*k, де F - фактичне значення показника (при F>N), N - норма, k - відповідний коефіцієнт: для ІМТ та вісцерального жиру 2,00; для вмісту жирової маси чоловіків віком 18-39 р. та >60 р. 1,70, віком 40-59 р. 1,43, жінок 1,43; кількість балів для фізичного типу 5-0 балів, для типів 1, 2, 3 - 10 балів; за сумою балів оцінюють ефективність корекції надлишкової маси тіла: після 3-місячної корекції - <20 балів ефективна корекція, 20-30 балів - недостатня корекція, >30 балів - неефективна корекція; після 6-місячної корекції - <10 балів - ефективна корекція, 10-20 балів - недостатня корекція, >20 балів - неефективна корекція; та визначають ризик ожиріння: 25-40 балів - високий ризик, 10-24 балів - помірний ризик, 0-9 балів - низький ризик.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Перший проректор Івано-Франківського  
національного медичного університету  
д. біол. н., професор

Грещенюк Т. М.  
« 01 » \_\_\_\_\_ 2020 р.



### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих у дисертаційному дослідженні, в навчальний процес

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Інформаційно-аналітичні матеріали стосовно поширеності поведінкових чинників ризику основних неінфекційних захворювань серед економічно активного населення.
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці 58000, Театральна площа, 2. **Автор:** Власик Л. Й.
3. **Джерела інформації:**  
Власик Л.Й. Особливості поведінкових чинників ризику основних неінфекційних захворювань у групах економічно активного населення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019; 3(81): 12-18.  
Lyubov Y. Vlasyk . Natalia O. Rynkach, Leonid I. Vlasyk , Hanna Y. Stupnytska. Study of the lifestyle of economically active population of the Chernivtsi region: the prevalence of risk factors among business entities in the market. Wiadomosci Lekarskie TOM LXXII, 2019, Nr 5 cz I, maj P 832- 836
4. **Установа, в якій здійснено впровадження:** Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра соціальної медицини та громадського здоров'я.
5. **Термін впровадження:** лютий-вересень 2020 р.
6. **Форма впровадження** у навчальний процес на до- та післядипломному рівні освіти (студенти, слухачі циклів спеціалізації і стажування з організації та управління охороною здоров'я).
7. **Ефективність впровадження:** підвищення якості підготовки майбутніх лікарів та організаторів охорони здоров'я з актуальних питань організації профілактики неінфекційних захворювань.
8. **Зауваження і пропозиції:** Зауважень немає. Пропонується впровадити запропоновану розробку в освітній процес на кафедрах соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та управління охороною здоров'я закладів вищої медичної освіти.

#### Відповідальний за впровадження

Зав. кафедри соціальної медицини  
та громадського здоров'я,  
доктор медичних наук, професор

О. З. Децик



НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ  
СТРАТЕГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

вул. Пирогова, 7-а, м. Київ, 01030, Україна  
тел. (044) 234-50-07, факс (044) 234-41-03

NATIONAL INSTITUTE  
FOR STRATEGIC STUDIES

7 A Pyrohova St., Kyiv 01030, Ukraine  
tel. (044) 234-50-07, fax (044) 234-41-03

19.11.2020 № 298/1096

### ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
**«Медико-соціальне обґрунтування удосконалення багатофакторної  
профілактики основних неінфекційних захворювань на рівні  
первинної медико-санітарної допомоги»**

Власик Любові Йосипівни

на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук  
за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина

Інформаційно-аналітичні матеріали стосовно поширеності поведінкових чинників ризику основних неінфекційних захворювань серед економічно активного населення, підготовлені асистентом кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Буковинського державного медичного університету Власик Л.Й. в рамках виконання дисертаційного дослідження та головним науковим співробітником Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАНУ Рингач Н.О., оприлюднені у наукових працях, зокрема:

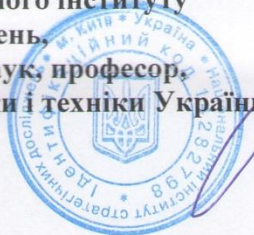
Власик Л.Й. Особливості поведінкових чинників ризику основних неінфекційних захворювань у групах економічно активного населення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019; 3(81): 12-18;

Lyubov Y. Vlasyk, Natalia O. Ryngach, Leonid I. Vlasyk, Hanna Y. Stupnytska. Study of the lifestyle of economically active population of the Chernivtsi region: the prevalence of risk factors among business entities in the market. Wiadomosci Lekarskie TOM LXXII, 2019, Nr 5 cz I, maj P 832- 836,




використовуються у Національному інституті стратегічних досліджень при підготовці аналітичних довідок і рекомендацій щодо шляхів вирішення загальнодержавних та регіональних проблем суспільного розвитку у рамках виконання завдань науково-аналітичного супроводження діяльності Президента України, Ради національної безпеки і оборони України, зокрема аналізу стану національної безпеки у соціальній сфері та здійснення науково-методичного забезпечення підготовки проектів Стратегії людського розвитку, Стратегії біобезпеки та біологічного захисту згідно з пунктом 68 Стратегії національної безпеки України «Безпека людини – безпека країни», затвердженої Указом Президента України від 14 вересня 2020 року № 392.

**Директор Національного інституту  
стратегічних досліджень,  
доктор політичних наук, професор,  
заслужений діяч науки і техніки України**



**О. ЛИТВИНЕНКО**

	<b>Public Institution</b> <b>Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy of the Republic of Moldova</b> <b>National Institute of Research in Medicine and Health</b>	Pag. 1 / 1
<b>APROB</b>		
Проректор по научно-исследовательской деятельности, ГМФУ им. Николая Тестемицану Республики Молдова, академик АН РМ, профессор, др. мед. наук  Станислав Гроппа 2020		
<b>АКТ ВНЕДРЕНИЯ № _____</b> <b>результатов диссертационной работы в учебный процесс</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Наименование предложение для внедрения:</b> Информационно-аналитические материалы по распространенности поведенческих факторов риска основных неинфекционных заболеваний среди экономически активного населения.</li> <li>2. <b>Учреждение-разработчик:</b> Буковинский государственный медицинский университет. <b>Авторы:</b> Власик Л.И., ассистент кафедры социальной медицины и организации здравоохранения, Рынгач Н.А., главный научный сотрудник Института демографии и социальных исследований имени М.В. Птухи НАН Украины.</li> <li>3. <b>Источники информации:</b> Власик Л.И. Особливості поведінкових чинників ризику основних неінфекційних захворювань у групах економічно активного населення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019; 3(81): 12-18. Vlasyk L. Y. Osobnosti povedencheskikh faktorov riska osnovnykh neinfektsionnykh zabolevaniy v gruppakh ekonomicheski aktivnogo naseleniya. Vestnik sotsial'noy gigiyeny i organizatsii zdravookhraneniya Ukrainy. 2019; 3 (81): 12-18.          Lyubov Y. Vlasyk, Natalia O. Ryngach, Leonid I. Vlasyk, Hanna Y. Stupnytska. Study of the lifestyle of economically active population of the Chernivtsi region: the prevalence of risk factors among business entities in the market. Wiadomosci Lekarskie. Tom LXXII, 2019, Nr 5 cz I, maj P 832- 836.</li> <li>4. <b>Базовое учреждение, которое проводит внедрение:</b> Кафедра социальной медицины и менеджмента им. Николая Тестемицану, ГМФУ им. Николая Тестемицану Республики Молдова.</li> <li>5. <b>Сроки внедрения:</b> 01.10.2020 - 01.12.2020 гг.</li> <li>6. <b>Вид применения:</b> в учебный процесс на до- и последипломном этапе обучения (студенты, слушатели циклов специализации в резидентуре).</li> <li>7. <b>Эффективность применения:</b> улучшение подготовки студентов и резидентов по актуальным вопросам профилактики неинфекционных заболеваний.</li> <li>8. <b>Замечания и рекомендации:</b> нет.</li> </ol>		
Зав. Кафедры социальной медицины и менеджмента им. Николая Тестемицану, доцент, др. мед. наук, зав. Департамента Научных Исследований		Е.М.Раевская
Зав. Научно-Исследовательского Центра в области Здоровья и Биомедицины, др. мед. наук, профессор		М.П.Тодиращ

Утверждаю

Зав.Департаментом Превентивной Медицины

Кишиневского Университета Медицины и Фармации

имени Николая Тестемицану, д.м.н., доцент

Сергей Чебану

30 ноября 2020

### АКТ ВНЕДРЕНИЯ

результатов диссертационной работы в учебный процесс

1. Наименование предложение для внедрения: Информационно-аналитические материалы по распространенности поведенческих факторов риска основных неинфекционных заболеваний среди экономически активного населения

2. Учреждение-разработчик: Буковинский государственный медицинский университет.  
Автор: ассистент Власик Л.И.

3. Источники информации: Власик Л.И. Особливості поведінкових чинників ризику основних неінфекційних захворювань у групах економічно активного населення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019; 3(81): 12-18. Vlasyk L.Y. Osobennosti povedencheskikh faktorov riska osnovnykh neinfektsionnykh zabolevaniy v gruppakh ekonomicheski aktivnogo naseleniya. Vestnik sotsial'noy gigiyeny i organizatsii zdravookhraneniya Ukrainy. 2019; 3 (81): 12-18.

Lyubov Y. Vlasyk , Natalia O. Ryngach, Leonid I. Vlasyk , Hanna Y. Stupnytska. Study of the lifestyle of economically active population of the Chernivtsi region: the prevalence of risk factors among business entities in the market. Wiadomosci Lekarskie TOM LXXII, 2019, Nr 5 cz I, maj P 832- 836ю

4. Базовое учреждение, которое проводит внедрение: Дисциплина Гигиена Департамента Превентивной Медицины Кишиневского Университета Медицины и Фармации имени Николая Тестемицану

5. Сроки внедрения: 01.11.2019-01.02.2020 гг.

6. Вид применения: в учебный процесс на этапе университетского обучения (студенты, резиденты)ю

7. Эффективность применения: улучшение подготовки студентов и организаторов здравоохранения по актуальным вопросам профилактики неинфекционных заболеваний.

8. Замечания и рекомендации: нет.

Ответственный за внедрение

Зав. Дисциплиной Гигиена Департамента Превентивной  
Медицины Кишиневского Университета Медицины и  
Фармации имени Николая Тестемицану, д.н.м.н., профессор



*Ион Бахнарел*

Ион Бахнарел

«ЗАТВЕРДЖЕНО»



Проректор Української  
 медичної стоматологічної академії  
 професор В.М.Дворник  
 2020 року

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Інформаційно-аналітичні матеріали стосовно поширеності поведінкових чинників ризику основних неінфекційних захворювань серед економічно активного населення».
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці 58000, Театральна площа, 2. **Автор:** асистент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Власик Л.Й.
3. **Джерело інформації:**
  - Власик Л.Й. Особливості поведінкових чинників ризику основних неінфекційних захворювань у групах економічно активного населення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019; 3(81): 12-18.
  - Власик Л.Й. Медична активність як ключовий аспект у запобіганні неінфекційних захворювань серед економічно активного населення. Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи. Колективна монографія за загальною редакцією проф. Ждана В.М. та проф. Голованової І.А. Полтава 2020 С 14-22
  - Lyubov Y. Vlasyk , Natalia O. Ryngach, Leonid I. Vlasyk , Hanna Y. Stupnytska. Study of the lifestyle of economically active population of the Chernivtsi region: the prevalence of risk factors among business entities in the market. Wiadomosci Lekarskie TOM LXXII, 2019, Nr 5 cz I, maj P 832- 836.
4. **Ким та коли впроваджено:** кафедрою соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою Української медичної стоматологічної академії.
5. **Терміни впровадження:** 01.02.2020-01.09.2020 рр.
6. **Форма впровадження:** впровадження в навчальний процес інформаційно-аналітичних матеріалів стосовно поширеності поведінкових чинників ризику основних неінфекційних захворювань серед економічно активного населення підвищило обізнаність студентів 4 та 6 курсів медичного факультету навчальних циклів «Громадське здоров'я» та «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я» з проблем поширеності поведінкових чинників ризику основних неінфекційних захворювань в Україні.
7. **Ефективність впровадження:** підвищення рівня знань майбутніх фахівців з питань поширеності поведінкових чинників ризику основних неінфекційних захворювань.
8. **Зауваження та пропозиції:** інформаційно-аналітичні матеріали стосовно поширеності поведінкових чинників ризику основних неінфекційних захворювань серед економічно активного населення рекомендується до впровадження в курс викладання питань організації та надання перинатальної допомоги в циклі навчальних дисциплін «Громадське здоров'я» та «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я».

Результати впровадження пропозиції в навчальний процес підготовки спеціалістів в курсі викладання навчальної дисципліни «Громадське здоров'я» та «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я» було обговорено і схвалено на засіданні кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою від 02.09.2020 р., протокол №2.

#### Відповідальний за впровадження:

Завідувачка кафедри соціальної медицини,  
 громадського здоров'я, організації та економіки охорони  
 здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою,  
 д.мед.н., професор

I.A. Голованова

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи  
Тернопільського національного  
медичного університету ім. І.Я. Горбачевського  
д.мед.н. професор

А.Г. Шульгай

« 30 » 12 2020 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ****результатів дисертаційної роботи в навчальний процес**

1. Найменування пропозиції для впровадження: Становлення медичної активності як ключовий аспект у запобіганні неінфекційних захворювань серед дорослого населення.

2. Установа-розробник: Буковинський державний медичний університет. Автор: асистент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Власик Л.Й.

3. Джерела інформації:  
Vlasyk, L. Y. (2020). Досвід пацієнта та його роль у медичній активності на прикладі економічно активного населення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, (3), 89–96. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.3.11628>

Власик Л.Й.(2020) Медична активність як ключовий аспект у запобіганні неінфекційних захворювань серед економічно активного населення. Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи. Колективна монографія за загальною редакцією проф. Ждана В.М. та проф. Голованової І.А. Полтава. С. 14-22.

4. Базова установа, що проводить впровадження: Тернопільський національний медичний університет, кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я

5. Терміни впровадження: 01.12.2020-30.12.2020 рр.

6. Форма впровадження: у навчальний процес на до дипломному та післядипломному рівнях освіти.

7. Ефективність впровадження: підвищення якості підготовки майбутніх лікарів та організаторів охорони здоров'я із актуальних питань організації профілактики неінфекційних захворювань.

8. Зауваження та рекомендації: немає.

Відповідальний за впровадження:  
Зав. кафедри громадського здоров'я  
та управління охороною здоров'я  
д-р мед. наук, професор

Сатурська Г.С.



ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи  
 Буковинського державного  
 медичного університету  
 доцент \_\_\_\_\_ Ігор Геруш

\_\_\_\_\_ 2021 р.

### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих у дисертаційному дослідженні, в навчальний процес

1. Найменування пропозиції для впровадження: Інформаційно-аналітичні матеріали стосовно поширеності поведінкових факторів ризику основних неінфекційних захворювань серед економічно активного населення.

2. Установа-розробник: Буковинський державний медичний університет. Автор: асистент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Власик Л.Й.

3. Джерела інформації:  
 Власик Л.Й. Особливості поведінкових чинників ризику основних неінфекційних захворювань у групах економічно активного населення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019; 3(81): 12-18.

Lyubov Y. Vlasyk , Natalia O. Rynghach, Leonid I. Vlasyk , Hanna Y. Stupnytska. Study of the lifestyle of economically active population of the Chernivtsi region: the prevalence of risk factors among business entities in the market. Wiadomosci Lekarskie TOM LXXII, 2019, Nr 5 cz I, maj P 832- 836

4. Базова установа, у якій здійснено впровадження: Буковинський державний медичний університет, кафедра сімейної медицини.

5. Терміни впровадження: 01.09.2020-24.12.2020 рр.

6. Форма впровадження: у навчальний процес на дипломному та післядипломному рівні освіти.

7. Ефективність впровадження: підвищення якості підготовки сімейних лікарів із актуальних питань організації профілактики неінфекційних захворювань.

8. Зауваження та рекомендації: немає.

#### Відповідальний за впровадження

Завідувач кафедри  
 сімейної медицини  
 доктор медичних наук, професор

Лариса Сидорчук

ЗАТВЕРДЖУЮ  
 Проректор з науково-педагогічної роботи  
 Буковинського державного  
 медичного університету  
 доцент \_\_\_\_\_ Ігор Геруш  
 \_\_\_\_\_ 2021 р.



### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих у дисертаційному дослідженні, в навчальний процес

1. Найменування пропозиції для впровадження: Становлення медичної активності як ключовий аспект у запобіганні неінфекційних захворювань серед економічно активного населення
2. Установа-розробник: Буковинський державний медичний університет. Автор: асистент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Власик Л.Й.
3. Джерела інформації:  
 Vlasyk, L. Y. (2020). Досвід пацієнта та його роль у медичній активності на прикладі економічно активного населення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, (3), 89–96. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.3.11628>  
 Власик Л.Й. *Медична активність як ключовий аспект у запобіганні неінфекційних захворювань серед економічно активного населення. Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи. Колективна монографія за загальною редакцією проф. Ждана В.М. та проф. Голованової І.А. Полтава 2020 С 14-22*
4. Базова установа, у якій здійснено впровадження: Буковинський державний медичний університет, кафедра сімейної медицини.
5. Терміни впровадження: 01.09.2020-24.12.2020 рр.
6. Форма впровадження: у навчальний процес на дипломному та післядипломному рівні освіти.
7. Ефективність впровадження: підвищення якості підготовки сімейних лікарів із актуальних питань організації профілактики неінфекційних захворювань.
8. Зауваження та рекомендації: немає.

#### Відповідальний за впровадження

Завідувач кафедри  
 сімейної медицини  
 доктор медичних наук, професор



Лариса Сидорчук





ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи  
Буковинського державного  
медичного університету  
к.м.н., доц.  І. В. Геруш

 січня 2021 р.

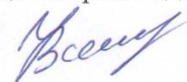
### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів, отриманих у дисертаційному дослідженні, в навчальний процес

1. Найменування пропозиції для впровадження: Становлення медичної активності як ключовий аспект у запобіганні неінфекційних захворювань серед економічно активного населення
2. Установа-розробник: Буковинський державний медичний університет. Автор: асистент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Власик Л.Й.
3. Джерела інформації:  
Vlasyk, L. Y. (2020). Досвід пацієнта та його роль у медичній активності на прикладі економічно активного населення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, (3), 89–96. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.3.11628>  
Власик Л.Й. *Медична активність як ключовий аспект у запобіганні неінфекційних захворювань серед економічно активного населення. Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи. Колективна монографія за загальною редакцією проф. Ждана В.М. та проф. Голованової І.А. Полтава 2020 С 14-22*
4. Базова установа, у якій здійснено впровадження: Буковинський державний медичний університет, кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я.
5. Терміни впровадження: 01.09.2020-24.12.2020 рр.
6. Форма впровадження: у навчальний процес на дипломному та післядипломному рівні освіти.
7. Ефективність впровадження: підвищення якості підготовки майбутніх лікарів та організаторів охорони здоров'я із актуальних питань організації профілактики неінфекційних захворювань.
8. Зауваження та рекомендації: немає.

Відповідальний за впровадження

Зав. кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я  
кандидат медичних наук, доцент



Навчук І.В.

ЗАТВЕРДЖУЮ  
 Директор КНМ  
 «Міська поліклініка №1»  
 Багрій В.М.  
 « 02 » 2021 р.



### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції впровадження: спосіб оцінки ефективності корекції надлишкової маси тіла та визначення ризику ожиріння
2. Установа-розробник: Буковинський державний медичний університет. Автор: Власик Л.Й., Сухолотюк А.Л., Христинч Т.М.
3. Джерела інформації: Власик ЛЙ, Сухолотюк АЛ, Христинч ТМ, винахідники; Буковинський державний медичний університет, патентовласник. Спосіб оцінки ефективності корекції надлишкової маси тіла та визначення ризику ожиріння. Патент України на корисну модель № 120385. МПК А61В 5/103. М. № U 201705272; 2017 Жовт 25.
4. Базова установа, у якій здійснено впровадження: Комунальне некомерційне підприємство «Міська поліклініка №1».
5. Терміни впровадження: 01.09.2018 - 01.12.2018 рр.
6. Форма впровадження: застосування при профілактичних оглядах та при лікуванні неінфекційних захворювань у хворих з надлишковою масою тіла.
7. Ефективність впровадження: підвищення якості проведення профілактичних оглядів та корекції надлишкової маси тіла у хворих на хронічні неінфекційні захворювання.
8. Зауваження та рекомендації: немає.

**Відповідальний за впровадження**  
 Завідувач терапевтичним  
 відділенням



Замфір Е.Т.

ЗАТВЕРДЖУЮ  
Директор КНП  
«Міська поліклініка №1»  
Багрій В.М.  
« 06 » 2021 р.




### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції впровадження: модель багатофакторної профілактики неінфекційних захворювань з алгоритмом дій медичного працівника при виявленні поєднаних факторів ризику у пацієнта.
2. Установа-розробник: Буковинський державний медичний університет. Автор: Власик Л.Й.
3. Джерела інформації: Власик Л.Й. Медико-соціальне обґрунтування багатофакторної профілактики основних НІЗ. Клінічна та експериментальна патологія. 2020, 4(74)
4. Базова установа, у якій здійснено впровадження: Комунальне некомерційне підприємство «Міська поліклініка №1».
5. Терміни впровадження: грудень 2020 – січень 2021 рр.
6. Форма впровадження: застосування багатофакторних профілактичних консультувань щодо основних факторів ризику (куріння, зловживання алкоголем, недостатньої фізичної активності та нездорового харчування) відповідно до їх поєднання, наявності метаболічних факторів ризику або неінфекційного захворювання.
7. Ефективність впровадження: підвищення якості консультувань пацієнтів з факторами ризику та контролю за неінфекційними захворюваннями.
8. Зауваження та рекомендації: немає.

### Відповідальний за впровадження

Завідувач терапевтичного  
відділення



ЗАТВЕРДЖУЮ  
 Директор ТОВ  
 «МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР ШАРАБІ»  
 Мороз І.Д.  
 « 27 »  2021 р.



### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції впровадження: модель багатофакторної профілактики неінфекційних захворювань з алгоритмом дій медичного працівника при виявленні поєднаних факторів ризику у пацієнта.
2. Установа-розробник: Буковинський державний медичний університет. Автор: Власик Л.Й.
3. Джерела інформації: Власик Л.Й. Медико-соціальне обґрунтування багатофакторної профілактики основних НІЗ. Клінічна та експериментальна патологія. 2020, 4(74)
4. Базова установа, у якій здійснено впровадження: ТОВ «МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР ШАРАБІ»
5. Терміни впровадження: листопад 2020 – січень 2021 рр.
6. Форма впровадження: застосування багатофакторних профілактичних консультувань щодо основних поведінкових факторів ризику відповідно до їх поєднання, наявності метаболічних факторів ризику або неінфекційного захворювання у практиці терапевта, дієтолога.
7. Ефективність впровадження: підвищення якості консультувань пацієнтів з факторами ризику та контролю за неінфекційними захворюваннями.
8. Зауваження та рекомендації: немає.

### Відповідальний за впровадження

Терапевт ТОВ  
 «МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР ШАРАБІ»



Сухолотюк А.Л.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор ТОВ

«МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР ШАРАБІ»

Мороз І.Д.

« 03 » *Грудень* 2020 р.**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

1. Найменування пропозиції впровадження: спосіб оцінки ефективності корекції надлишкової маси тіла та визначення ризику ожиріння
2. Установа-розробник: Буковинський державний медичний університет. Автор: Власик Л.Й., Сухолотюк А.Л., Христич Т.М.
3. Джерела інформації: Власик ЛЙ, Сухолотюк АЛ, Христич ТМ, винахідники; Буковинський державний медичний університет, патентовласник. Спосіб оцінки ефективності корекції надлишкової маси тіла та визначення ризику ожиріння. Патент України на корисну модель № 120385. МПК А61В 5/103. М. № U 201705272; 2017 Жовт 25.
4. Базова установа, у якій здійснено впровадження: ТОВ «МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР ШАРАБІ»
5. Терміни впровадження: 01.02.2019 - 01.02.2020 рр.
6. Форма впровадження: застосування при профілактичних оглядах та при лікуванні неінфекційних захворювань у хворих з надлишковою масою тіла.
7. Ефективність впровадження: підвищення якості проведення профілактичних оглядів та корекції надлишкової маси тіла у хворих на хронічні неінфекційні захворювання.
8. Зауваження та рекомендації: немає.

**Відповідальний за впровадження**

Терапевт ТОВ

«МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР ШАРАБІ»



Сухолотюк А.Л.



НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАУК УКРАЇНИ  
**Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В.Птухи**

бульвар Т.Шевченка, 60, м. Київ, 01032

E-mail: demography@idss.org.ua

Телефон/факс (044) 486-62-37, 486-62-38

Web: <http://www.idss.org.ua>

Код ЄДРПОУ 26297291

21.12.2020 № 181-6/216  
на № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

**Буковинський державний  
медичний університет  
58000, м. Чернівці,  
Театральна площа, 2**

**Довідка  
про підтвердження використання результатів наукових досліджень**

Матеріали стосовно провідної ролі міст у реалізації стратегічного багаторівневого підходу до профілактики і управління основними неінфекційними хворобами, отримані в межах підготовки дисертаційної роботи Власик Любов Йосипівни "Медико-соціальне обґрунтування удосконалення багатофакторної профілактики основних неінфекційних захворювань на рівні первинної медико-санітарної допомоги" на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина були використані при виконанні відомчої НДР «Демографія метрополісів України» (номер державної реєстрації РК 0119U000072), а також презентовані на науково-практичній конференції «Інноваційні моделі управління та оптимізації діяльності органів, підприємств та закладів охорони здоров'я» в рамках ІХ Міжнародного медичного конгресу у м. Києві (доповідь Рингач Н.О., Власик Л.Й. «Здорове місто: шляхи міжсекторальної взаємодії» 16 вересня 2020 року).

Вчений секретар Інституту, к.е.н

  
В.В. Черніченко