

Л. Й. ВЛАСИК

ОСОБЛИВОСТІ ПОВЕДІНКОВИХ ЧИННИКІВ РИЗИКУ ОСНОВНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ГРУПАХ ЕКОНОМІЧНО АКТИВНОГО НАСЕЛЕННЯ

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Мета: визначити особливості поведінкових чинників ризику в певних групах економічно активного населення, які можуть бути враховані при впровадженні профілактичних інформаційно-мотиваційних технологій на рівні первинної медичної допомоги.

Матеріали і методи. Проведено поетапне дослідження особливостей поширеності поведінкових чинників ризику основних неінфекційних захворювань серед економічно активного населення, відібрано 1252 анкети для аналізу. При аналізі вибірки вибрано довірчий рівень 95 %. Використано соціологічні (анкетування, інтерв'ювання, спостереження) та статистичні методи.

Результати. Встановлено, що більшість респондентів (53,79 %) не споживала достатню кількість фруктів, децю менше (41,80 %) – овочів, абсолютна більшість (77,97 %) рідко споживала рибу та обмежувала сіль (71,00 %), лише 42,17 % респондентів займалися певними фізичними вправами (від зарядки до 4–5 разів на тиждень тривалістю не менше 30 хв). Поширеність тютюнокуріння серед економічно активного населення склала 27,88 %, серед чоловіків – 35,99 %, серед жінок – 20,06 %, причому серед жінок основної групи «ринок» він вищий (25,00 %), ніж серед жінок «інші категорії» (15,09 %) ($p < 0,01$). Жінки, які працюють на ринку, піддаються впливу тютюнового диму (активне куріння та вторинний тютюновий дим) так само як чоловіки, проте значно частіше (65,63 %), ніж жінки інших категорій (41,51 %) ($p < 0,001$). Куріння жінок підвищує ризик зловживання алкоголем (ВШ (OR) 3,717 95 % ДІ (CI) (2,369–5,829)). Найчастіше серед проблем із здоров'ям респонденти відзначали стрес, переважно (34,30 %). За даними респондентів, кожний другий враховував поради лікаря, майже кожний четвертий дотримувався їх, проте відчутний результат спостерігали лише у питаннях харчування.

Висновки. Виявлені гендерні, вікові, за місцем зайнятості особливості харчової поведінки, фізичної активності, тютюнокуріння та вживання алкоголю рекомендовано враховувати лікарям первинної медичної допомоги при проведенні профілактичних втручань у щоденній практиці.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: поведінкові чинники ризику; основні неінфекційні захворювання; економічно активне населення.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), вживання тютюну (причина 9 % випадків смерті), недостатня фізична активність (ФА) (6 %), надлишкова маса тіла (НМТ) та ожиріння (5 %) належать до глобальних чинників ризику смертності у світі. Вживання алкоголю відповідає 5 % тяжкості захворювань (DALY). Підвищений артеріальний тиск, підвищений рівень холестерину та цукру в крові, недостатнє споживання фруктів та овочів разом із вищеперерахованими чинниками спричиняють виникнення трьох четвертей випадків ішемічної хвороби серця та пов'язаних із 61 % смертності від серцево-судинних захворювань. Кожний чинник ризику має свої причини і може виникати із низки послідовних подій, які включають соціально-економічні чинники, місцеві умови, особливості навколишнього середовища та індивідуальну поведінку [2]. Профілактика і раннє виявлення захворювань як одна із основних стратегій у боротьбі з неінфекційними захворюваннями (НІЗ) передбачає застосування

кожної профілактичної інтервенції після детального вивчення регіональних чинників на певних цільових групах [5]. Такою групою для своєчасного виявлення основних НІЗ (серцево-судинних, цукрового діабету, онкологічних та хронічного обструктивного захворювання легень) є населення віком 30–70 років, враховуючи необхідність проведення профілактики у більш молодому віці, цільовою групою можна вважати економічно активне населення (ЕАН) (15–70 років).

Мета дослідження: визначити особливості поведінкових чинників ризику в певних групах економічно активного населення, які можуть бути враховані при впровадженні профілактичних інформаційно-мотиваційних технологій на рівні первинної медичної допомоги (ПМД).

Матеріали і методи. Проведено поетапне дослідження особливостей поширеності поведінкових чинників ризику основних НІЗ серед економічно активного населення, всього 1295 осіб, відібрано 1252 анкети для аналізу. Сформовано групи: «ринок» із 633 суб'єктів господарювання на

території Комунального підприємства «Міський торговельний комплекс «Калинівський ринок» (2017–2018 рр.); «ярмарок» із 529 випадково відібраних відвідувачів ярмарку в 2017 (275) та 2018 (254) роках; «службовці» з 90 державних службовців при проходженні профілактичного огляду в міській поліклініці. На протигагу групі «ринку» решта респондентів об'єднано у групу «інші категорії». Однорідність вибірок усіх етапів за статевим, віковим складом, за освітою та місцем проживання створила можливість вивчити особливості способу життя економічно активного населення в цілому (n=1252).

Застосовано спеціально розроблену анкету щодо поширеності поведінкових чинників ризику, самооцінки здоров'я та досвіду звернень до медичних закладів. Дослідження автор проводив особисто, що дало можливість забезпечити єдиний підхід до анкетування з елементами структурованого інтерв'ювання та спостереження. Структуроване опитування складалося із трьох форм запитань, для зручності заповнення за умов обмеженого часу (на ринку поза обслуговуванням покупців): закриті, альтернативні та структуровані з варіантами відповідей. Анкети передбачали самостійне заповнення (6–10 хв) з елементами інтерв'ювання до 20 хв. При аналізі вибірки вибрано довірчий рівень 95 %. Використано соціологічні (анкетування, інтерв'ювання, спостереження) та статистичні методи (відносні та середні величини, χ^2 -квдрат для порівняння відносних величин, відношення шансів, кореляційний аналіз).

Результати дослідження та їх обговорення. Респондентами стали 1252 особи, з яких 614 (49,04 %) чоловіків та 638 (50,96 %) жінок, середній вік склав (40,49±13,22) року; у чоловіків (39,49±12,97) року; у жінок (41,45±13,39) року. Респонденти представили усі райони міста та області, а саме: міських мешканців було 912 (72,84 %), представників із районів області – 277 (22,12 %) осіб. Більшість 688 (54,95 %) мала вищу освіту. Працюючими назвали себе 1085 (86,66 %) осіб, у молодому віці (25–44 роки) – 94,29 %, після 60-ти років – 57,14 %. Аналіз результативних відповідей щодо сімейного стану показав, що 66,43 % респондентів перебувають у шлюбі, більше серед тих, які працюють на ринку (70,18 %), ніж серед інших категорій ЕАН (60,56 %) ($p<0,01$).

У результаті дослідження суб'єктивної оцінки респондентів груп «ринку» та «ярмарок» щодо споживання основних продуктів як достатнього та повідомлень щодо певних обмежень у харчуванні варто відзначити, що більшість (n=1162) 625 (53,79±1,46) % не споживала достатню кількість фруктів, дещо менше 486 (41,82±1,45) % – овочів, абсолютна більшість не обмежувала сіль 825 (71,00±1,33) % та рідко споживала рибу

708 (77,97±1,38) % (n=908). Більшість респондентів взагалі не контролювала своє харчування (57,01±1,78) %. Виявлено гендерні особливості харчової поведінки: чоловіки найчастіше повідомляли про недостатнє споживання фруктів (63,37±2,92), овочів (43,22±3,00) та риби (85,16±3,14), та рідше – про обмеження солі (27,47±2,70) порівняно з більш активними щодо здорового харчування жінками (за виключенням чоловіків і жінок, які працюють на ринку, харчові звички яких були подібними). Встановлено прямий сильний кореляційний зв'язок контролю за харчуванням із достатнім споживанням фруктів ($r=0,729$; $p<0,05$), овочів, крім картоплі ($r=0,754$; $p<0,05$), середньої сили зв'язок із споживанням м'яса нежирних сортів ($r=0,682$; $p<0,05$). Контроль за харчуванням підвищував частоту споживання фруктів та овочів (крім картоплі) ВШ (OR) 7,480 95 % ДІ (СІ) (5,069–11,038), риби ВШ (OR) 5,076 95 % ДІ (СІ) (2,986–8,630), обмеження солі ВШ (OR) 7,435 95 % ДІ (СІ) (4,499–12,285).

Про недостатню фізичну активність свідчив той факт, що лише (42,17±1,40) % респондентів займалися певними фізичними вправами (від зарядки до 4–5 разів на тиждень тривалістю не менше 30 хв), серед осіб, які працюють на ринку, це кожний третій (32,70±1,86) %, найменше – жінки (29,69±2,55) %, серед інших категорій – кожний другий (51,86±2,01) %.

Додаткові види щоденної рухової активності компенсували недостатність занять фізичними вправами, зокрема, більше третини респондентів (35,55±1,90) %, які працюють на ринку, та кожний п'ятий з інших категорій (21,09±2,46) % повідомили про роботу із фізичним навантаженням; третина сезонно працювала на присадибних ділянках (30,96±1,46) %, близько половини достатньо ходили пішки (50,14±2,62) %, осіб, які працюють на ринку, – менше (44,99±1,57) %. Активний відпочинок у вихідні дні відзначила половина респондентів (52,20±1,66) %, найменше – жінки, які працюють на ринку (43,13±2,77%), які найчастіше займаються «хатньою» роботою (66,56±2,64) %. Чоловіки та жінки із групи «ринку» не відрізняються між собою щодо занять фізичними вправами. Чоловіки частіше працювали по господарству, якщо проживали у сільській місцевості ($p<0,01$), але менше, ніж жінки ($p<0,05$).

Визнали себе фізично активними 536 (53,71±1,58) % осіб (n=998), в цілому без статистично значущої різниці за статтю. Серед групи «ринку» таких було менше 288 (45,50±1,98) %, ніж у групах «ярмарок» та «службовці» 248 (67,95±2,44) % ($p<0,001$), особливо серед жінок 133 (41,56±2,75) %, до того ж їм було найважче визначитися щодо своєї активності 114 (35,63±2,68) %.

Проведений аналіз свідчить, що визнання себе фізично активними у чоловіків корелює із роботою

з фізичним навантаженням ($r=0,96$; $p<0,001$), з роботою по господарству ($r=0,94$; $p<0,001$), на присадибній ділянці ($r=0,84$; $p<0,01$), а також із ходьбою ($r=0,91$; $p<0,01$) та активним відпочинком на свіжому повітрі ($r=0,94$; $p<0,001$), причому достатнє перебування в мережі «Інтернет» не вважає відчуттю своєї фізичної активності ($r=0,94$; $p<0,001$). Серед жінок фізична активність корелює із роботою по господарству ($r=0,90$; $p<0,01$), із ходьбою ($r=0,84$; $p<0,01$) та із фізично активною зайнятістю ($r=0,75$; $p<0,05$). Контроль за харчуванням підвищував ймовірність (ВШ (OR) 3,638 95 % ДІ (СІ) (2,385–5,552)) підвищення фізичної активності й навпаки.

Поширеність тютюнокуріння серед ЕАН ($n=1252$) склала 349 (27,88±1,27) %; серед чоловіків – 221 (35,99±1,94) %, серед жінок – 128 (20,06±1,59) %, причому серед жінок групи «ринок» вона була вищою (25,00±2,42) %, ніж серед жінок «інші категорії» (15,09±2,01) %, особливо у віковій групі 30–44 роки (33,33±4,47) % ($p<0,01$). Рівень освіти не впливав на чоловіче куріння, проте жінки із вищою освітою в цілому курили менше 59 (17,00±2,02) %, ніж із середньою або середньо-спеціальною освітою 69 (23,71±2,49) % ($p<0,05$). Раніше курили 224 (17,89±1,08) % респонденти, більше у групі «ринок» 128 (20,22±1,60) %, ніж у групі «інші категорії» 96 (15,51±1,46) %, серед жінок – 73 (11,44±1,26) %, без суттєвих відмінностей між групами. Піддавалися дії вторинного тютюнового диму 599 (47,84±1,41) % респондентів.

Частота активного куріння разом із пасивним серед чоловіків, які працюють на ринку, становила 202 (64,54±2,70) % та була такою ж серед чоловіків, які працювали в інших сферах 185 (61,46±2,81) %, проте більша кількість тих, хто курив раніше у групі «ринок» свідчила, що вони були активнішими у відмові від шкідливої звички, зокрема, у середньому віці (45–59 років) – 32 (40,00±5,48) % проти 17 (19,54±4,25) % чоловіків у групі «інші категорії».

Жінки, які працюють на ринку, піддавалися впливу тютюнового диму в 210 (65,63±2,66) % випадків, тобто подібно до усіх чоловіків – 387 (63,03±1,95) %,

жінки із групи «інші категорії» значно рідше 137 (43,08±2,78) % ($p<0,001$) (рис. 1, 2). Куріння жінок підвищувало ризик зловживання алкоголем (ВШ (OR) 3,717 95 % ДІ (СІ) (2,369–5,829)).

Вживав алкогольні напої 991 (79,15±1,15) % респондент, серед працюючих на ринку 525 (82,94±1,50) %, серед інших категорій менше – 466 (75,28±1,73) % ($p<0,001$), без суттєвої різниці за статтю. Проте, якщо брати до уваги вживання з частотою від «щодня» до «1–2 рази на тиждень» – 217 (35,34±1,93) % чоловіків та 107 (16,77±1,48) % жінок ($p<0,001$). Чоловіки, які працюють на ринку, частіше вживали алкогольні напої 123 (39,30±2,76) %, ніж чоловіки інших категорій – 94 (31,23±2,67) % ($p<0,05$), в основному за рахунок групи середнього віку (45–59 років) (45,00±5,56) проти (29,89±4,91) % ($p<0,05$). При дослідженні частоти вживання алкоголю серед курців, виявлено, що жінки, які курили (незалежно від місця роботи), частіше вживали алкогольні напої (34,38±4,20) %, ніж ті, хто не курив (12,35±1,46) % ($p<0,001$), на відміну від чоловіків, які працюють на ринку, серед яких статус куріння не впливав на вживання алкоголю. Серед чоловіків «інші категорії», які не курили, рідше реєстрували тих, хто вживав алкоголь (26,63±3,26) проти (38,46±4,50) % ($p<0,05$).

Респонденти, які повідомили про споживання достатньої кількості фруктів і при цьому не курили та не вживали алкоголь або вживали рідше, ніж один раз на тиждень, становили (28,40±1,32) % ($n=1162$). Дотримання здорового способу життя за вказаними показниками значно відрізнялося за статтю: серед жінок 219 (38,02±2,02) %; серед чоловіків 111 (18,94±1,62) % ($p<0,001$).

У 320 випадках ((32,06±1,48) %) респонденти ($n=998$) почувалися добре, у 519 (52,00±1,58) % – задовільно, у решти стан погіршувався, частіше це були жінки, які працюють на ринку ($p<0,001$). Самопочуття було кращим у тих, хто достатньо споживав фрукти та овочі незалежно від місця зайнятості, і у тих, хто займався фізичними вправами від 2–3 до 4–5 разів на тиждень (виняток становили чоловіки, які працюють на ринку), хто



Рис. 1. Розподіл респондентів-жінок групи «ринок» за статусом куріння.



Рис. 2. Розподіл респондентів-жінок групи «інші категорії» за статусом куріння.

мав активний відпочинок на свіжому повітрі (особливо у жінок «інші категорії») ($p < 0,01$), хоча у цьому випадку частота погіршення стану не змінювалася. Проведення вільного часу «на дивані», біля екранів за переглядом телепередач, навпаки, зменшувало частоту доброго самопочуття і характерне було при поганому стані здоров'я, особливо у жінок. Куріння лише у чоловіків групи «інші категорії» зменшувало частоту доброго самопочуття ($p < 0,001$), але це компенсувалося задовільним станом. У решти респондентів самопочуття не залежало від тютюнокуріння. Вживання алкоголю (від 1–2 рази на тиждень до щодня) мало зворотну залежність: ті, хто вживав алкоголь рідше, почувалися погано, ніж ті, хто його не вживав (жінки, які працюють на ринку). Фактично погане самопочуття слугувало обмеженням частоти вживання алкоголю.

Серед найчастіших проблем зі здоров'ям респонденти відзначали стрес та перевтому 342 ($34,30 \pm 1,50$) %. Найменше зазнавали стресів чоловіки групи «ринок» 65 ($20,27 \pm 2,29$) %, чоловіки групи «інші категорії» – 51 ($32,90 \pm 3,77$) %, жінки групи «ринок» – 123 ($38,44 \pm 2,72$) % і майже половина жінок групи «інші категорії» – 103 ($49,28 \pm 3,46$) %. На серцево-судинні захворювання вказували 311 ($31,16 \pm 1,47$) % осіб, включаючи підвищення артеріального тиску 175 ($17,54 \pm 1,20$) %, що нижче рівня у популяції, очевидно, як наслідок низької медичної активності. Наявність серцево-судинних захворювань погіршувала самопочуття респондентів, про що повідомили ($30,87 \pm 2,62$) проти ($9,17 \pm 1,10$) % без захворювання ($p < 0,001$). Рівень визнання себе фізично активними як і контроль за харчуванням статистично не відрізнялися серед здорових та респондентів із захворюванням. Серед останніх поширеність куріння була меншою: ($19,94 \pm 2,27$) проти ($31,59 \pm 1,77$) % ($p < 0,001$), серед чоловіків, які працюють на ринку, більше було тих, хто припинив курити: ($39,19 \pm 5,67$) проти ($25,10 \pm 2,80$) % ($p < 0,05$). Виняток становили чоловіки інших категорій, серед яких частота куріння була однаковою

незалежно від захворювання, навіть коли частота припинення куріння на тлі серцево-судинних захворювань у результаті рекомендацій лікаря не збільшувалася.

Рекомендації щодо дотримання здорового способу життя отримав 441 ($48,57 \pm 1,66$) % респондент, відповідно до тематики: харчування 305 ($69,16 \pm 2,20$) %, фізична активність 195 ($44,22 \pm 2,36$) %, припинення куріння 91 ($20,63 \pm 1,93$) %, надмірне вживання алкоголю 58 ($13,15 \pm 1,61$) % та надлишкова маса тіла 86 ($19,50$ %). У цілому 735 ($79,73 \pm 1,48$) % рекомендацій стосувалися харчування та фізичної активності. За даними респондентів, кожний другий частково враховував поради лікаря, майже кожний четвертий дотримувався їх (рис. 3), проте відчутний результат спостерігали лише у питаннях харчування, зокрема у збільшенні частоти контролю та у споживанні достатньої кількості фруктів та овочів. Наявність серцево-судинних захворювань не впливала на частоту виконання рекомендацій лікаря, проте збільшувала відсоток тих, хто повідомив, що не мав умов для їх дотримання з 26 ($9,19 \pm 1,72$) до 29 ($18,35 \pm 3,08$) % ($p < 0,01$).

Той факт, що майже кожний п'ятий на тлі серцево-судинного захворювання вважав, що не мав умов для виконання рекомендацій, підтверджує, що поради лікаря мають бути максимально персоналізованими. Так, у харчуванні необхідно керуватися принципом вибору здорового із доступного (до прикладу, для працівників ринку). Фізична активність ЕАН багато в чому залежить від виду зайнятості, віддаленості роботи від місця проживання і основним обмеженням є нестача часу. Це потрібно враховувати лікарю і давати поради виходячи із принципу додавання можливого до наявного.

Глобальна епідемія НІЗ, пов'язана з чотирма поведінковими ризиками (нездорове харчування, недостатня фізична активність, куріння та зловживання алкоголем), повинна спонукати медичних працівників первинної ланки до використання профілактичних втручань у щоденній практиці [3].

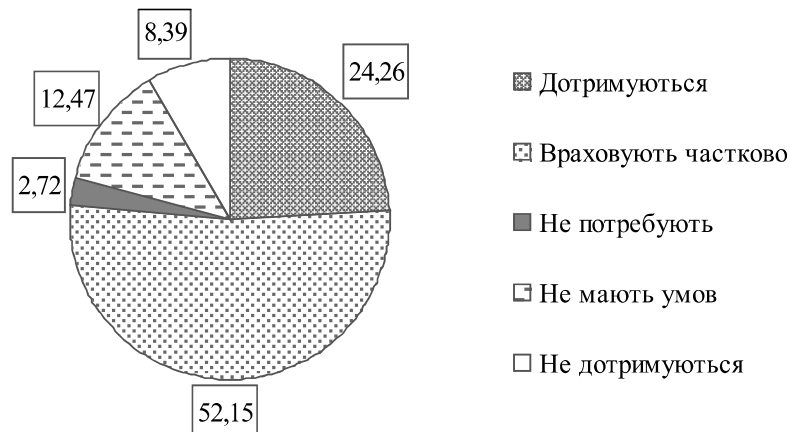


Рис. 3. Дотримання рекомендацій лікаря щодо здорового способу життя респондентами (%).

Це вимагає диференційованого підходу до вибору профілактичної технології (коротка бесіда, індивідуальне профілактичне чи мотиваційне інтерв'ювання тощо). Ризики НІЗ, які накопичуються упродовж всього життя, є складними, тому будь-які обговорення із лікарем ПМД дадуть в майбутньому кумулятивний ефект [4].

Міжнародний досвід свідчить, що існує необхідність комплексного підходу не тільки у попередженні серцево-судинних захворювань, але й НІЗ загалом. Заходи необхідно проводити упродовж всього життя (Perk et al., 2012) на індивідуальному, популяційному рівнях та у колективах працюючих із врахуванням виду зайнятості [1]. Знання специфіки певного виду діяльності необхідні лікарю для усвідомлення не лише поведінкових ризиків пацієнта, але й особливостей поведінки його оточення, що сприятиме правильному вибору та ефективності профілактичних втручань.

Висновки

1. Дослідження показало, що поведінкові чинники ризику основних неінфекційних захворювань

є поширеним явищем серед виділених груп економічно активного населення, оскільки лише $(28,40 \pm 1,32)$ % респондентів повідомили про достатню кількість споживання фруктів та овочів і при цьому не курили та вживали алкоголь рідше одного разу на тиждень.

2. Виявлені гендерні, вікові, виробничі особливості харчової поведінки, фізичної активності, тютюнокуріння та вживання алкоголю рекомендовано враховувати медичним працівникам первинної медичної допомоги при застосуванні профілактичних інформаційно-мотиваційних технологій у щоденній практиці.

3. З метою збільшення прихильності пацієнта до дотримання рекомендацій варто використовувати індивідуальний підхід за принципами вибору здорового із доступного (харчування) та додавання можливого до наявного (фізична активність).

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці алгоритму диференційованого застосування профілактичних технологій для представників економічно активного населення.

Список літератури

1. *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) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) / J. Perk, G. De Backer, H. Gohlke [et al.] // Eur. Heart J. – Vol. 33, Issue 17. – P. 2126. – Access mode : <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs254>*
2. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva, World Health Organization. – 2009. – 62 p.
3. *Malan Z. Development of a training programme for primary care providers to counsel patients with risky lifestyle behaviours in South Africa / Z. Malan, B. Mash, K. Everett-Murphy // Afr. J. Prim. Health Care Fam. Med. – 2015. – Vol. 7 (1). –DOI: 10.4102/phcfm.v7i1.819. – Access mode : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4564846/pdf/PHCFM-7-819.pdf>*
4. *Responding to Young People's Health Risks in Primary Care: A Cluster Randomised Trial of Training Clinicians in Screening and Motivational Interviewing / L.Sanci, P. Chondros, S. Sawyer [at al.] // PLOS ONE. DOI:10.1371/journal.pone.0137581 September 30, 2015*
5. *Tackling chronic disease in Europe, observatory study / R. Busse, M. Blumel, D. Scheller-Kreinsen, A. Zentner. – 2010. – Access mode : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf*

References

1. Perk, J., Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Ž., Verschuren, M., Albus, Ch., ..., Wolpert Ch. (2012). 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) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur. Heart J.*, 33 (17), 2126. Retrieved from: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs254>
2. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva, World Health Organization.
3. Malan, Z., Mash, B., & Everett-Murphy, K. (2015). Development of a training programme for primary care providers to counsel patients with risky lifestyle behaviours in South Africa. *Afr. J. Prim. Health Care Fam. Med.* 7 (1), 819. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4564846/pdf/PHCFM-7-819.pdf>
4. Sanci L., Chondros P., Sawyer S., Pirkis J., Ozer E., Hegarty K., Yang F. ..., Pattonat G. (2015). Responding to Young People's Health Risks in Primary Care: A Cluster Randomised Trial of Training Clinicians in Screening and Motivational Interviewing. *PLOS ONE*. Retrieved from: DOI:10.1371/journal.pone.0137581
5. Busse, R., Blumel, M., Scheller-Kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). Tackling chronic disease in Europe, observatory study. Retrieved from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf

ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ОСНОВНЫХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГРУППАХ ЭКОНОМИЧЕСКИ АКТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ

Л. И. Власик

ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

Цель: определить особенности поведенческих факторов риска в определенных группах экономически активного населения, которые могут быть учтены при внедрении профилактических информационно-мотивационных технологий на уровне первичной медицинской помощи.

Материалы и методы. Проведено поэтапное исследование особенностей распространенности поведенческих факторов риска основных неинфекционных заболеваний среди экономически активного населения, отобраны 1252 анкеты для анализа. При анализе выборки выбрано доверительный уровень 95 %. Использованы социологические (анкетирование, интервьюирование, наблюдение) и статистические методы.

Результаты. Установлено, что большинство респондентов (53,79 %) не потребляло достаточное количество фруктов, несколько меньше (41,80 %) – овощей, абсолютное большинство (77,97 %) редко употребляло рыбу и ограничивало соль (71,00 %), только 42,17 % респондентов занимались определенными физическими упражнениями (от зарядки до 4–5 раз в неделю продолжительностью не менее 30 мин.). Распространенность табакокурения среди экономически активного населения составила 27,88 %, среди мужчин – 35,99 %, среди женщин – 20,06 %, причем среди женщин основной группы «рынок» он выше (25,00 %), чем среди женщин «другие категории» (15,09 %) ($p < 0,01$). Женщины, которые работают на рынке, подвергаются воздействию табачного дыма (активное курение и вторичный табачный дым) подобно как мужчины, однако значительно чаще (65,63 %), чем женщины других категорий (41,51 %) ($p < 0,001$). Курение женщин повышает риск злоупотребления алкоголем (ОШ (OR) 3,717 95 % ДИ (CI) (2,369–5,829)). Среди частых проблем со здоровьем респонденты отмечали стресс, переутомление (34,30 %). По данным респондентов, каждый второй учитывал советы врача, почти каждый четвертый придерживался их, однако ощутимый результат наблюдали только в вопросах питания.

Выводы. Выявленные гендерные, возрастные, по месту занятости особенности пищевого поведения, физической активности, курение и употребление алкоголя рекомендуется учитывать врачам первичной медицинской помощи при проведении профилактических вмешательств в ежедневной практике.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: поведенческие факторы риска; основные неинфекционные заболевания; экономически активное население.

PECULIARITIES OF THE BEHAVIORAL RISK FACTORS OF MAJOR NON-COMMUNICABLE DISEASES IN GROUPS OF ECONOMICALLY ACTIVE POPULATION

L. Y. Vlasyk

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Purpose: to determine the peculiarities of behavioral risk factors in certain groups of economically active population (EAP), which can be taken into account for implementing preventive information and motivational technologies at the primary health care (PHC) level.

Materials and Methods. A stepwise study of the peculiarities of behavioral risk factors prevalence of major non-communicable diseases (NCDs) among EAP was conducted, 1252 questionnaires were selected for analysis. A 95 % confidence level was selected to determine the sample size. Sociological (survey, interviewing, observation) and statistical methods were used.

Results. It was found that more than half of the respondents (53.79 %) did not consume enough fruits, slightly less than half (41.8 %) vegetables, the absolute majority (77.97 %) rarely consumed fish and restricted salt (71.00 %), only 42.17 % of the respondents were engaged in certain physical exercises (from physical exercises to 4–5 times a week lasting at least 30 minutes). The prevalence of tobacco smoking in the EAP was 27.88 %, among men – 35.99 %, among women – 20.06 %, and it was higher (25.00 %) among women in the main group "market" than among women "other categories" (15.09%) ($p < 0.01$). The frequency of women employed in the market who were exposed to tobacco smoke (active smoking and secondhand smoke) is similar in men, but significantly higher (65.63 %) among women of other categories (41.51%) ($p < 0.001$). Smoking of women increases the risk of alcohol abuse (OR 3.717 95 % CI (2.369 -5.829)). Among the common health problems, respondents noted stress (34.30 %). According to the respondents, every second followed the doctor's advice, almost every fourth respected them, but a significant result was observed only in matters of nutrition.

Conclusions. Identified gender, age, employment characteristics of eating behavior, physical activity, smoking and alcohol consumption were recommended to be taken into account by PHC physicians when conducting preventive interventions in practice.

KEY WORDS: behavioral risk factors; major non-communicable diseases; economically active population.

Рукопис надійшов до редакції 28.08.2019 р.

Відомості про автора:

Власик Любов Йосипівна – асистент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»; тел.: +38(0372) 55-37-54.