

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
факультет медико-фармацевтичних технологій
кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: **«ВИВЧЕННЯ РІВНЯ ОБІЗНАНОСТІ РІЗНИХ ВЕРСТВ
НАСЕЛЕННЯ ЩОДО НОРМИ ЗДОРОВ'Я»**

Виконала: здобувачка вищої освіти групи
226Ф 22(1.6з)Кл.Дос.

спеціальності 226 Фармація, промислова
фармація ОП Клінічні дослідження

Тетяна ЗУБРИЦЬКА

Керівник: доцент закладу вищої освіти
кафедри клінічної фармакології та клінічної
фармації, к.мед.н., доцент Наталія БЕЗУГЛА

Рецензент: професор кафедри клінічної
фармакології Інституту підвищення
кваліфікації спеціалістів фармарції НФаУ,
д. мед.н., професор Наталія БЕЗДІТКО

Харків-2024

АНОТАЦІЯ

Розглянута проблема поширеності низки хронічних неінфекційних захворювань (цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, атеросклероз), рівня обізнаності населення щодо норми здоров'я та можливості ранньої профілактики хронічних неінфекційних захворювань.

Робота складається зі вступу, огляду літератури, розділу матеріалів та методів досліджень, розділу власних досліджень, висновків та списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи складає 49 сторінок друкованого тексту. Робота ілюстрована 26 таблицями, 3 рисунками. Список використаної літератури містить 69 джерел, з них 23 іноземною мовою, додатків – 3.

Ключові слова: хронічні неінфекційні захворювання, профілактика, обізнаність населення

ANNOTATION

The work draws attention to the problem of the prevalence of chronic non-communicable diseases, public awareness of health standards and the possibility of early prevention of chronic diseases.

The work consists of an introduction, a literature review, a description of research materials and methods, one section of own research, conclusions and a list of used sources. The total volume of work is 49. pages of printed text. The work is illustrated with 26 tables, 3 figures. The list of used literature sources contains 69 names. applications – 3.

Key words: chronic non-infectious diseases, prevention, public awareness

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АГ	– артеріальна гіпертензія
АТ	– артеріальний тиск
ВООЗ	– Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
ЗН	– злоякісні новоутворення
ІХС	– ішемічна хвороба серця
КД	– клінічні дослідження
КСЖ	– корекція способу життя
ЛЗ	– лікарські засоби
МОЗУ	– Міністерство охорони здоров'я України
ОЗ	– охорона здоров'я
ПЕ	– побічні ефекти
ССЗ	– серцево-судинні захворювання
США	– Сполучені Штати Америки
ТГ	– тригліцериди
ХНІЗ	– хронічні неінфекційні захворювання
ХСК	– хвороби систем кровообігу
ХОЗЛ	– хронічне обструктивне захворювання легень
ХС	– холестерин
ХСН	– хронічна серцева недостатність
ЦД	– цукровий діабет
ЦСР	– цілі сталого розвитку
АНА	– Американська кардіологічна асоціація
CDA	– Канадської діабетичної асоціації
EASD	– Європейської асоціації вивчення діабету
IDF	– Міжнародна Діабетична Федерація

ЗМІСТ

	стор.
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. Теоретичний аналіз детермінантів здоров'я, хронічних неінфекційних захворювань та медичної компетентності населення	8
1.1. Здоров'я як індикатор благополуччя суспільства: визначення, складові, фактори, що впливають, невирішені проблеми	8
1.2. Хронічні неінфекційні захворювання: поширеність, фактори ризику, фінансові наслідки.	14
1.3. Медична компетентність населення — запорука здоров'я нації	19
Висновки до розділу 1	25
РОЗДІЛ 2. Матеріали та методи дослідження	26
РОЗДІЛ 3. Аналіз рівня обізнаності різних верств населення щодо норм здоров'я	29
3.1. Профілактика – запорука успіху у поширеності та лікуванні ХНІЗ	29
3.2. Обізнаність населення щодо норми здоров'я	35
3.3. Методи підвищення рівня обізнаності населення щодо факторів ризику розвитку ХНІЗ	45
Висновки до розділу 3	47
ВИСНОВКИ	49
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	50
ДОДАТКИ	60

ВСТУП

Актуальність теми. Проблема здоров'я людини стала однією з найбільш актуальних, оскільки стан особистісного здоров'я виступає важливим показником збереження і розвитку людського потенціалу будь-якої країни. В останні десятиріччя проявляються стійкі негативні зміни в стані здоров'я населення України, чому сприяє епідемія хронічних неінфекційних захворювань.

Хронічні неінфекційні захворювання (ХНІЗ) є однією з основних причин інвалідності та смертності у всьому світі. Провідну роль серед них відіграють серцево-судинні захворювання (ССЗ), цукровий діабет, хронічні респіраторні, онкологічні захворювання, психічні розлади. Смертність від ХНІЗ значно перевищує спричиняє більше смертність від інших причин, навіть разом взятих. Найбільших втрат від ХНІЗ зазнають країни з низьким та середнім рівнями економічного розвитку, до яких належить і Україна [1].

За останні десятиліття ХНІЗ набули масштабів пандемії, але їх тягар можна значно зменшити, врятувавши мільйони життів і уникнувши незліченних страждань. Насамперед, цього можна досягти шляхом зменшення поширеності факторів ризику, раннього виявлення цих захворювань та їх своєчасного лікування [1].

Лікування ХНІЗ потребує тривалого прийому багатьох лікарських засобів (ЛЗ), і тут важливу роль відіграє прихильність пацієнтів до виконання призначень та медична грамотність пацієнтів. Згідно з даними ВООЗ, невиконання або неналежне виконання лікарських рекомендацій хворими, які страждають на хронічні захворювання, є глобальною медичною проблемою, що суттєво впливає на ефективність лікування та призводить до серйозних економічних наслідків [47].

Тому питання оптимізації ранньої діагностики, профілактики та лікування пацієнтів із ХНІЗ потребує наявності спеціальних медичних знань пацієнтів [29].

Мета дослідження – розробка заходів з приводу підвищення медичної грамотності населення щодо норми здоров'я та контролю факторів ризику розвитку ХНІЗ.

Об'єкт дослідження: медична грамотність населення.

Предмет дослідження – обізнаність населення щодо факторів ризику розвитку ХНІЗ.

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань було використано методи дослідження:

- теоретичний: вивчення літературних джерел, аналіз спеціальної наукової літератури та актуальних наукових публікацій;
- емпіричні: соціальне опитування у вигляді онлайн — анкетування;
- методи математичної статистики: статистична обробка даних, порівняння середніх арифметичних значень.

Практичне значення отриманих результатів полягає у розробці конкретних заходів та рекомендацій щодо покращення обізнаності населення направлених на покращення стану здоров'я та профілактики розвитку ХНІЗ.

Апробація результатів дослідження і публікації. Результати роботи представлені на VI науково-практичній internet-конференції з міжнародною участю «Механізми розвитку патологічних процесів і хвороб та їх фармакологічна корекція» 16 листопада 2023 р., м. Харків (Зубрицька Т. Р., Безугла Н. П. Дослідження рівня інформованості населення щодо факторів ризику розвитку цукрового діабету 2 типу / Механізми розвитку патологічних процесів і хвороб та їх фармакологічна корекція: матеріали VI науково-практичної internet-конференції з міжнародною участю, (м. Харків, 16 листопада 2023 р.) Х. : НФаУ, 2023, С. 207–208).

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних

джерел (загалом — 69, з них англомовних — 23) і додатків. Основний зміст роботи викладений на 67 сторінках. Робота має 26 таблиць, 3 рисунки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДЕТЕРМІНАНТІВ ЗДОРОВ'Я, ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА МЕДИЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ

1.1. Здоров'я як індикатор благополуччя суспільства: визначення, складові, фактори, що впливають, невирішені проблеми

Кожна людина у світі заслуговує на здорове та довге життя. Протягом всього існування людства проблема збереження та тривалості життя була і залишається однією з першочергових.

Сутність громадського здоров'я, за висловом Чарльза Вінслоу, полягає у продовженні життя, зміцненні здоров'я за допомогою організованих зусиль і свідомого вибору суспільства, державних та приватних організацій, громад та окремих людей [17].

Забезпечення належного рівня здоров'я населення є першочерговим завданням будь-якої країни, її системи охорони здоров'я, про що підкреслено в стратегічних документах міжнародного та національного рівнів [11].

Стан здоров'я населення України на сьогодні оцінюється як незадовільний, що пов'язано з високим рівнем загальної смертності, який неухильно зростає; низькими рівнями очікуваної тривалості життя і тривалості здорового життя [24].

Здоров'я людини є не лише особистісною, а й загальнолюдською цінністю. Здоров'я є мірою соціальної активності, діяльності, відношення людини до світу та своєрідним дзеркалом соціально-економічного, екологічного, демографічного і санітарно-гігієнічного благополуччя країни, одним із соціальних індикаторів суспільного прогресу, важливим чинником, який впливає на якість та ефективність трудових ресурсів [9].

Здоров'я людини в Україні визначається як одне з найголовніших благ особи. Стаття 3 Конституції України визначає здоров'я найвищою соціальною

цінністю. Відповідно до статті 49 кожен громадянин має право на охорону здоров'я [31].

Поняття «здоров'я» належить до числа складних медико-філософських уявлень. На сьогоднішній день фахівцями з різних наукових дисциплін сформульовано більше 450 визначень здоров'я людини. Аналіз літературних джерел показує, що поняття «здоров'я» – є міждисциплінарним поняттям, що пов'язане з медициною, валеологією, філософією, соціологією, педагогікою, психологією та іншими науками.

Огляд сучасних розумінь здоров'я засвідчує складність і неоднозначність цього поняття. Автори використовують визначення поняття «здоров'я» за різними критеріями: за напрямом, структурою та змістом, іноді діаметрально протилежних позицій. Таке розмаїття визначень свідчить про відсутність єдиного підходу до проблеми, складною понятійною конструкцією, тому досить важко стисло й однозначно виокремити її багатогранні аспекти [10].

У Великому тлумачному словнику української мови «здоров'я» розглядається як «стан організму, при якому нормально функціонують усі його органи», та «той чи інший стан самопочуття людини» [8].

І. І. Брехмана вважають засновником науки про здоров'я людини в сучасному її розумінні. Він одним з перших обґрунтував методологічні засади збереження і зміцнення здоров'я практично здорових людей; ввів поняття «валеологія» (від лат. valeo – «здоров'я», «бути здоровим»), науки про здоров'я, наголошуючи на її інтегративність з медициною, біологією, екологією, психологією та іншими науками [23].

Здоров'я, на думку І. І. Брехмана, це фізична, соціальна і психологічна гармонія людини, доброзичливі відносини з іншими людьми, із природою та самим собою; це здатність людини зберігати відповідну вікову стійкість в умовах різних змін якісних і кількісних параметрів триєдиного потоку сенсорної, вербальної та структурної інформації [38].

В. П. Петренко запропонував розуміти здоров'я як стан рівноваги,

балансу між адаптаційними можливостями (потенціал здоров'я) людини та постійно мінливими умовами середовища. І. О. Гундаров пропонує визначення здоров'я, як форми життєдіяльності, яка забезпечує необхідну якість життя і достатню її тривалість. Із цього визначення випливає, що здоров'я одне, а хвороб багато [23].

М.М. Амосов зазначив, що здоров'я є комплексом морфофункціональних показників організму людини, сумою резервних потужностей основних функціональних систем організму, які лежать в межах від максимальної кількості функції до її нормального рівня [5].

Індивідуальне здоров'я – стан організму людини, при якому він здатний повністю і без шкоди для себе виконувати свої біологічні та соціальні функції [28].

За даними ВООЗ, на 50 % здоров'я визначається соціально – економічними та 20 % екологічними умовами, на 20 % - спадковістю, на 10 % - організацією охорони здоров'я та якістю медичних послуг [67].

На думку В. В. Підвисоцького, не існує абсолютного здоров'я і абсолютної патології, бо між ними є безліч зв'язків і переходів [23].

Сучасні теоретичні та експериментальні медико-біологічні дослідження довели, що гомеостаз є обов'язковою умовою оптимального функціонування організму і основним механізмом збереження здоров'я. Існує тісний зв'язок між гомеостазом, функціональними можливостями організму, самопочуттям і якістю життя. Зміни, що відбулися у будь-якому органі, змушують інші органи змінювати свої параметри та стабілізувати внутрішнє середовища організму. Таким чином організм намагається відновити, наскільки це можливо, якість життя [7].

Здатність людини виконувати соціальні ролі, обов'язки, докладати зусилля для досягнення мети характеризує здоров'я як соціальне поняття.

Соціальне здоров'я, з точки зору експертів Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) – це ступінь задоволеності людини своїм матеріальним становищем та соціальним статусом у суспільстві, яка в значній

мірі залежить від економічних чинників у державі, безпеки життєдіяльності та взаємостосунків людини в соціумі [67].

Соціальне здоров'я – система цінностей, установок і мотивів поведінки в соціальному середовищі. Задоволеність (незадоволеність) життям, своїм соціальним становищем, обраною професією чи заняттям, сімейним станом визначає гармонію інформаційно-енергетичних процесів, що, у свою чергу, впливає на здоров'я [13].

Найбільш повно сутність соціальної цінності здоров'я сформулювали В. В. Канеп, Г. І. Цареградцев і Б. І. Ольшанський: «Здоров'я – це не тільки одна з необхідних передумов щастя людини, його всебічного, гармонійного розвитку, досягнення максимальних успіхів у галузі освіти, професійної підготовки, продуктивності праці, оптимістичного і життєстверджуючого ставлення до усього, що відбувається. Здоров'я – це також важливий показник і чутливий індикатор благополуччя народу» [26].

Соціальні, психічні (емоційно-інтелектуальні) та духовні аспекти здоров'я людини є вищим проявом його цілісності. У залежності від певних умов життя та діяльності, вони можуть бути стимулом, або перешкодою в розвитку фізичних аспектів здоров'я. Водночас, оцінюючи фізичні аспекти здоров'я людини, ми опосередковано маємо змогу оцінити соціальні, психічні та духовні аспекти її здоров'я.

На думку С. Волкова, «здоровою можна вважати людину, яка, як мінімум, здатна адекватно вирішувати професійні, сімейні й особисті проблеми» [7].

Ю. Бойчук відмічає шість основних типів елементів визначення здоров'я: 1) як норма функціонування організму на всіх рівнях його організації; 2) як динамічна рівновага (гармонія) життєвих функцій організму; 3) як повноцінне виконання основних соціальних функцій, участь у житті суспільства й активна трудова діяльність; 4) здатність організму адаптуватися до умов навколишнього середовища, що змінюється; 5) відсутність

патологічних змін і нормальне самопочуття; 6) повне фізичне, духовне, розумове й соціальне благополуччя [7].

Т. І. Калью зазначив, що «здоров'я» – це природний стан організму, який характеризується його рівновагою з навколишнім середовищем і відсутністю будь-яких хворобливих змін. Здоров'я людини визначається комплексом біологічних (спадкових і набутих) і соціальних факторів. Останні мають настільки важливе значення в підтримці стану здоров'я. Вчений, аналізуючи теорії здоров'я, розподіляє їх на чотири концептуальні моделі:

- медична модель передбачає визначення, що містить лише медичні ознаки та характеристики здоров'я (здоров'я усвідомлюється як відсутність хвороби, її симптомів);

- біомедична модель визначає як відсутність у людини органічних порушень і суб'єктивних відчуттів нездоров'я (увагу акцентовано на природно-біологічній сутності людини, підкреслено домінуюче значення біологічних закономірностей у життєдіяльності людини та її здоров'я);

- біосоціальна модель передбачає біологічні та соціальні ознаки, що розглядаються в єдності (соціальні ознаки мають пріоритетне значення);

- ціннісно-соціальна модель тлумачить здоров'я як цінність для людини, обов'язкову передумову повноцінного життя, задоволення матеріальних і духовних потреб, участі в праці та соціальному житті, економічній, науковій, культурній та інших видах діяльності [11].

Відповідно до Статуту ВООЗ під здоров'ям розуміється «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад». Здоров'я людини визначається комплексом біологічних (спадкових і набутих) і соціальних факторів [67].

Нова концепція терміну здоров'я розроблена робочою групою ВООЗ дещо по іншому трактує цей феномен: «Здоров'я – це ступінь здатності індивіда чи групи, з одного боку, реалізувати свої прагнення і задовольняти потреби, а з другого, змінювати середовище чи кооперуватися з ним. Тому здоров'я розглядається як ресурс, а не мета життя» [67].

Здоров'я залежить від безлічі причин, що ґрунтуються на соціально-психологічних закономірностях. Визначальними факторами здоров'я є: спосіб життя, навколишнє середовище, генетичні та медичні фактори (рис. 1.1).

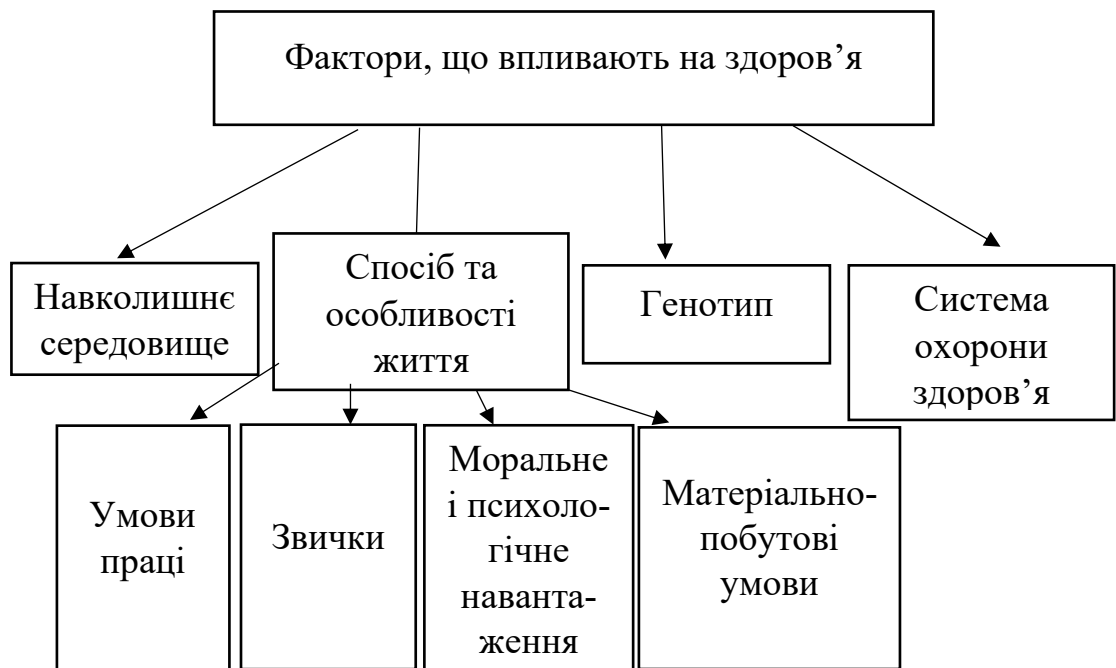


Рис 1.1. Фактори, що впливають на здоров'я

Отже, «здоров'я» – це природний стан організму, який характеризується:

- нормальним функціонуванням організму на всіх рівнях його організації (клітинному, гістологічному, органічному та ін);
- динамічною рівновагою організму, його функцій і факторів зовнішнього середовища або статична рівновага (гомеостаз) організму і середовища. Критерієм оцінки рівноваги є відповідність структур і функцій організму навколишніх умов;
- здатністю до повноцінного виконання соціальних функцій, участь у соціальній діяльності та суспільно корисній праці;
- здатністю людини пристосовуватися до постійно мінливих умов існування в навколишньому середовищі (адаптація);
- відсутністю хвороб, хворобливих станів і хворобливих змін;
- повним фізичним, духовним, розумовим і соціальним благополуччям,

гармонійний розвиток фізичних і духовних сил організму, принцип його єдності, саморегуляції і гармонійної взаємодії всіх його органів.

Однак наведені дефініції не відображають процеси та явища, які відбуваються в організмі людини та її житті в результаті взаємодії з природою, соціальним оточенням та іншими чинниками, які визначають життєдіяльність і зумовлюють здоров'я людини.

Таким чином, здоров'я – складний, системний феномен, який має складну структуру рівнів, чинників, детермінант, показників, критеріїв тощо. Сутність стану «здоров'я» у ході історичного розвитку суспільних відносин постійно змінювалося, тобто воно не статичне. Те, що раніше вважалося нормою, зараз може вважатися хворобою, і навпаки [23].

Незважаючи на численні спроби охарактеризувати поняття «здоров'я», однозначного визначення не існує, що обумовлено постійною трансформацією поглядів на проблему здоров'я, які варіюються в залежності від світоглядних підходів, особливостей культури [5].

Сьогодні світ переживає епідемію ХНІЗ, які значною мірою впливають на здоров'я населення.

1.2. Хронічні неінфекційні захворювання: поширеність, фактори ризику, фінансові наслідки

Визначальною проблемою охорони здоров'я світу та України ХНІЗ, які складають основний тягар хвороб у сучасних умовах. Значне поширення ХНІЗ у більшості країн світу спричиняє масштабні несприятливі медико-соціальні наслідки та економічні збитки.

У 2013 р. Всесвітня асамблея охорони здоров'я ухвалила Глобальний план дій ВООЗ з профілактики та боротьби з ХНІЗ 2013–2020 рр., метою якого є скорочення передчасної смертності від ХНІЗ на 25% до 2025 року. Україна бере участь у виконанні Плану дій з профілактики та боротьби з

неінфекційними захворюваннями в Європейському регіоні ВООЗ на 2016–2025 рр. [19].

ХНІЗ мають значну тривалість і є результатом поєднання генетичних, фізіологічних, екологічних та поведінкових факторів.

Пильна увага до проблеми ХНІЗ зумовлена погіршенням якості життя хворих, високим рівнем інвалідності та смертності населення. Понад 41млн людей помирає від ХНІЗ передчасно, не доживаючи до 70 років [67].

За даними ВООЗ глобальний тягар захворювань найбільшою мірою пов'язаний з провідними ХНІЗ: хворобами системами кровообігу (ХСК), злоякісними новоутвореннями (ЗН), хронічними обструктивними захворюваннями легень (ХОЗЛ) та цукровим діабетом (ЦД).

Відповідно до заяви Американської кардіологічної асоціації (АНА), ССЗ є основною причиною смертності в Сполучених Штатах (США), вражаючи третину дорослого населення з прогнозом зростання до 2030 року до 40,5% населення [65].

Незважаючи на новітні досягнення в профілактиці й лікуванні ССЗ, за даними ВООЗ, щорічно внаслідок цієї патології помирає 17,5 млн осіб, що становить третину смертей від усіх причин смертей у світі. За 2018 рік в Україні від ССЗ померло приблизно 396 тисяч осіб, що становило 67,4 % у структурі смерті від усіх причин у нашій країні. Це у 2 рази перевищує світову тенденцію. У той же час станом на 2017 рік поширеність ССЗ становила 63793 на 100 тис. населення, лідируючи в структурі захворюваності від усіх хвороб — 37 %. Не менш важливим є те, що за останні 5 років реєструється збільшення частки молодих осіб (до 39 років), які первинно визнані інвалідами внаслідок хронічних ССЗ [40].

Серед чинників ризику ССЗ провідну роль відіграють артеріальна гіпертензія (АГ), підвищений вміст холестерину (ХС) в крові та тютюнопаління.

Артеріальна гіпертензія (АГ) зумовлює появу 2/3 усіх ХСК. Щорічно у світі він є причиною 7 млн смертей, 12,8 % загального тягара хвороб населення

в Європі та 13,9 % в Україні. Серед населення світу поширення цього чинника ризику сягає 15–30 %, Європи та США – 25 %. АГ збільшує ризик смерті від ССЗ утричі. В Україні підвищений АТ, за даними звернень у заклади охорони здоров'я, мають 13,4% населення, за даними епідеміологічних досліджень – 44,2 % [18].

За даними дослідження STEPS, частка населення з підвищеним АТ різко зростала з віком. У віковій групі 18-29 – приблизно 12,7%, у віковій групі 60-69 – 71,1% [19].

Вживання тютюну сприяє розвитку ХНІЗ і передчасній смерті. Щорічно в Україні від захворювань, що спричинені вживанням тютюну, помирають 85000 громадян [19]. Тютюнопаління вважається одним із ключових факторів, що призводять до епідемії атеросклеротичних захворювань та ішемічної хвороби серця (ІХС) [2].

За оцінками, у 2010 році витрати на ССЗ у всьому світі склали близько 863 млрд доларів США, тоді як прогнозується, що до 2030 року вони зростуть на 22% до 1,044 млрд доларів США [57].

ЦД є четвертим за поширеністю ХНІЗ, від якого щороку помирає близько 1,6 млн людей у всьому світі [51]. Біля 90% від усіх випадків ЦД становить ЦД 2 типу; за статистикою, на нього страждають понад 450 млн людей у всьому світі.

За даними Міжнародної Діабетичної Федерації (IDF), у світі мешкає до 183 млн осіб із недіагностованим ЦД, що становить 50 % від діагностованих випадків. Таким чином, кількість пацієнтів з цією патологією і порушенням толерантності до глюкози, то практично у кожного з 10–12 жителів планети відзначають порушення функції підшлункової залози [45].

У 2021 році глобальна поширеність ЦД 2 типу у дорослих становила 536,6 мільйона людей (10,5%), а до 2045 року в усьому світі буде 783,2 млн людей (12,2%), хворих на ЦД [63].

За висновками IDF тенденція до найбільшого розповсюдження ЦД спостерігається серед урбанізованого (міського) працездатного населення

країн, що розвиваються, у осіб віком 40–59 років приблизно однаково як чоловічої, так і жіночої статі [45].

Частота виявлення ЦД в Україні щорічно зростає. За даними ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України» було зареєстровано у 2017 році 1270929 випадків ЦД [44]. Результати багаточисельних епідеміологічних досліджень свідчать про те, що реальна кількість таких хворих може бути вищою у 2–2,5 разу – за рахунок недіагностованих випадків хвороби, а також відсутності статистичних даних через повномасштабне вторгнення російської федерації в Україну. За прогнозами, до 2025 р. захворюваність на ЦД в Україні досягне 10,8 %, в Європейському регіоні – 9,1 % [52].

Практично половина осіб з ЦД 2 тривалий час не знають про своє захворювання і тому мають підвищений ризик розвитку важких ускладнень та станів, пов'язаних з ЦД. За відсутністю своєчасного виявленні захворювання, призначення сучасного лікування, перебіг ЦД, пов'язаний з розвитком потенційно небезпечних для життя ускладнень – хронічної хвороби нирок, кардіо-васкулярних захворювань, сліпотою, необхідністю ампутацій нижніх кінцівок [49].

Більшість хворих з ЦД 2 вже на стадії діагностики захворювання мають як мінімум одне супутнє захворювання. За даними ряду клінічних досліджень (КД), від 75 до 90% пацієнтів з ЦД 2, на момент встановлення діагнозу, мають хоча б одне супутнє захворювання; 44% – не менше двох патологій; 25% – чотири і більше коморбідних станів [22].

На момент встановлення діагнозу ЦД 2 у 50% хворих вже є захворювання коронарних артерій, 20 % мають ретинопатію і у 20 % є мікроальбумінурію. Основною причиною смерності у 52% пацієнтів з ЦД є ССЗ [45].

При ЦД ССЗ виникають в 2–5 разів частіше, ніж у осіб без даної патології. При цьому зростає ризик розвитку таких станів, як ІХС, інфаркт міокарда, АГ, гостре порушення мозкового кровообігу. Так, 69% хворих на ЦД

мають дисліпідемію, 80 % – АГ, 50–75 % – діастолічну дисфункцію, 12–22 % – хронічну серцеву недостатність (ХСН) [45].

У світі збільшується частка хворих, в яких одночасно виявляються ЦД і АГ. Поширеність АГ серед хворих на ЦД 2 непропорційно висока й досягає 70-80%. Наявність АГ при ЦД підвищує ризик не тільки макросудинних (ІХС, ХСН, інсульт), але і мікросудинних (діабетична нефропатія, ретинопатія) ускладнень [3].

АГ і ЦД 2 типу мають декілька спільних патофізіологічних механізмів, що виправдовують існування їх коморбідності. Пацієнти з коморбідними ЦД і АГ відносяться до хворих із високим і дуже високим ступенем ризику розвитку ССЗ [61].

Однією із причин розвитку АГ є надлишкова маса тіла, яка відіграє важливу роль у розвитку ускладнень ЦД [4].

У 2015 році ожиріння вразило 107,7 млн (98,7-118,4) дітей і 603,7 млн (588,2-619,8) дорослих у всьому світі [53]. У світі на ожиріння страждає близько 30 % жителів, і кожні 10 років їх чисельність зростає на 10 % [33].

Кожен другий дорослий українець (53,7%) має зайву вагу [33]. Надлишкова маса тіла корелює з малорухомим способом життя, ЦД, рівнем АТ, вмістом ХС і тригліцеридів (ТГ) у плазмі крові. Підвищений рівень ХС спостерігається у людей молодого віку з надлишковою масою тіла в 2 рази частіше, ніж у людей того ж віку з нормальним індексом маси тіла.

Порушення ліпідного складу крові спостерігається у 40-85% хворих з АГ. Підвищення рівня ХС на 1% призводить до збільшення ризику розвитку ІХС на 2% [12].

Супутні захворювання погіршують перебіг ЦД, збільшують вартість лікування та ускладнюють вибір оптимальної тактики ведення таких пацієнтів, потребують залучення до процесу лікування інших фахівців.

У 2017 році глобальні витрати на охорону здоров'я на лікування ЦД та його ускладнень серед людей з ЦД у віці 18–99 років оцінювалися в 850 млрд

доларів США, і, за прогнозами, ця цифра зросте на 7% до 958 млрд доларів США в 2045 році [50].

ХНІЗ є причиною втрати працездатності та передчасної смертності в Україні та світі. Лікування ХНІЗ потребує тривалого прийому ЛЗ і ефективність їх терапії залежить від прихильності пацієнта до лікування. Найефективнішим способом зменшити тягар ХНІЗ є запобігання їх розвитку шляхом корекції факторів ризику та впровадження політики щодо підвищення медичної грамотності населення.

1.3. Медична компетентність населення — запорука здоров'я нації

Здоров'я населення визначає рівень благополуччя суспільства. Визначення сутності здоров'я, проблема його формування та збереження — одна з базових, основних проблем людства, що існувала й існуватиме завжди. Прагнення до підвищення його рівня зумовлює потребу постійного перегляду питання формування здоров'я, пошуку більш ефективних оздоровчих систем і методик, розробки нових технологій, що зберігають здоров'я.

Надзвичайно важливим для України є забезпечення доступності якісної та ефективної медичної допомоги широкому загалу населення. У резолюції Генеральної Асамблеї ООН ухвалено реалізація однієї з найважливіших «Цілей сталого розвитку» (ЦСР) країн — Цілі 3 «Міцне здоров'я і благополуччя» Гарне здоров'я та добробут неможливі без досягнення рівня медичної грамотності [30].

Завдання державної політики щодо підвищення медичної компетентності населення є пріоритетним у системі розвитку сфери охорони здоров'я, що передбачає формування та впровадження політики, встановлення мети, напрямів та інструментарію забезпечення розвитку медичної освіченості населення. Стратегії підвищення грамотності та активності пацієнтів, залучення до процесу ухвалення рішень стосовно здоров'я, мають бути одними із фундаментальних у сфері охорони здоров'я.

Багато країн включили питання поглиблення медичної компетентності населення в якості ключового пріоритету національних політик та практик (США, Канада, Австралія, Європейський Союз, Китай). ВООЗ рекомендує підвищувати медичну грамотність громадян як інструмент для досягнення кількох ключових цілей, перерахованих в ЦСР [68].

Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 26.07.2018 № 530-р затверджено Національний план заходів щодо ХНІЗ для досягнення глобальних ЦСР, у якому розроблено ряд заходів для підвищення медичної обізнаності населення [34].

Низька медична обізнаність веде до значних фінансових навантажень. Так, витрати через низький рівень медичної компетентності у Швейцарії та США склали 3-5 % бюджету медико-санітарної допомоги на рік. Додаткові витрати на 1 людину, яка має невисокий рівень медичної обізнаності становили від 143 до 7798 дол США на рік [50].

Пацієнтам потрібні міцні навички медичної грамотності, щоб адекватно використовувати медичну інформацію та послуги; приймати оптимальні та обґрунтовані рішення щодо здоров'я. Доведено, що пацієнти з обмеженою медичною грамотністю не використовують або частково використовують заходи профілактики захворювань, мають менший шанс зрозуміти письмову або усну інформацію від лікарів щодо способу та особливостей застосування, терміну придатності, умов зберігання лікарської форми, визначати чутливість до того чи іншого препарату. Як результат, це призводить до недотримання режиму лікування, погіршення стану здоров'я, виникнення гострих та хронічних станів. Дотримання рекомендацій позитивно впливає на процес лікування, як інформованої свідомої згоди пацієнта виконувати призначення лікаря [53].

Оскільки надання медичних послуг стає все більш орієнтованим на пацієнта, чітка комунікація між пацієнтами та постачальниками медичних послуг (лікарями) є надзвичайно важливою.

Успішна медикаментозна терапія залежить не лише від правильного призначення лікарем препаратів, але й від дотримання пацієнтом лікарських рекомендацій.

За даними ВООЗ, недотримання лікарських рекомендацій хворими на ХНІЗ є глобальною медичною проблемою, яка суттєво впливає на ефективність лікування, що призводить до серйозних медичних та економічних наслідків [69].

Прихильність до лікування для пацієнтів із ХНІЗ є одним із найважливіших факторів, які допомагають впоратися з хворобою. Недотримання медикаментозного режиму у пацієнтів призводить до значного погіршення перебігу хвороби, збільшення частоти побічних ефектів (ПЕ) та смертності.

Прихильність до лікування визначається ВООЗ як «ступінь, в якій поведінка людини відповідає узгодженим рекомендаціям медичного працівника» [67].

Успіх терапії залежить від прихильності до лікування, тобто від бажання та мотивації пацієнтів дотримуватись призначеного курсу фармакотерапії (рис. 1.2).



Рис. 1.2. Складов прихильності до лікування

У низці КД середні рівні прихильності при лікуванні ХНІЗ становлять 43–78% [56]. Фахівці ВООЗ підкреслюють, що низька прихильність до лікування – це одна з основних причин розвитку ускладнень та відзначають, що 50-70% хворих не приймають призначених ЛЗ [56].

Згідно з ВООЗ, лише 50% пацієнтів, що страждають від ХНІЗ, дотримуються рекомендацій щодо лікування [47]. Найнижчі показники спостерігаються при лікуванні АГ та інших ССЗ, ЦД та захворювань ЦНС.

Хворі на АГ часто потребують позитивного прийому ЛЗ, а чіткість дотримання лікарських призначень цими хворими визначає перебіг захворювання та ефективність медичних заходів [46].

Біля 75 % пацієнтів з АГ не досягають оптимального рівня АТ через низьку прихильність до лікування. Пацієнти можуть вирішити не дотримуватися рекомендацій лікаря, що призводить до неконтрольованого АТ та порушення медикаментозної терапії. Це призводить до зниження клінічних результатів терапії та підвищення серцево-судинного ризику [52].

До основних причин невиконання рекомендацій лікарів щодо лікування АГ в Україні належать: самостійний вибір більш економічного ЛЗ – до 40%, а також відсутність контролю з боку лікаря – до 58% [46].

Близько 37% хворих з ЦД не дотримуються прийому призначених лікарем ЛЗ, що є серйозною проблемою для лікування і причиною значних економічних витрат. Систематичний огляд економічного впливу прихильності до ліків та/або стійкості на загальну вартість лікування ЦД 2-го типу виявив, що середні загальні річні витрати на одного пацієнта коливаються від 4570 до 17338 доларів США, а прихильність до лікування була обернено пов'язана із загальними витратами на медичне обслуговування та госпіталізацію [58].

На комплаєнтність пацієнта, впливає низка факторів: а) вік, рівень освіти і емоційний стан; б) частота дозування ЛЗ; в) лікарська форма ЛЗ; г) швидкість настання очікуваного лікувального ефекту; д) обмеження при застосуванні ЛЗ; ж) ПЕ; з) повнота і доступність інформації про ЛЗ; і) вартість ЛЗ і вартість усього курсу лікування [15].

Бар'єрами для ефективного використання ЛЗ є, зокрема, погана комунікація між лікарем і пацієнтом, недостатні знання про ЛЗ та його застосування, відсутність переконань у необхідності лікування, страх перед ПЕ ЛЗ, довготривалі та складні схеми лікування, які вимагають застосування багатьох ЛЗ з різними режимами дозування, вартісні бар'єри (рис. 1.3) [54].



Рис. 1.3. Фактори, які негативно впливають на прихильність до лікування

Термін «комплаєнс» передбачає обмежену медично-орієнтовану модель поведінки, тоді як адгеренс (прихильність) передбачає, що пацієнти мають більшу автономію у визначенні та дотриманні призначених йому медичних процедур [62].

Адгеренс відрізняється від пасивного характеру комплаєнсу тим, що прихильність знижується, коли пацієнти не відчують жодної користі від зміни своєї поведінки. Таким чином, адгеренс вважається більш широким

поняттям, що включає фактори, які впливають на здатність і мотивацію пацієнта дотримуватися рекомендацій щодо лікування. Таке поняття прихильності узгоджується з сучасним баченням охорони здоров'я, яке передбачає, що пацієнт бере участь у процесі розробки лікування, будучи «споживачем» медичних послуг, а не пасивним слухняним учасником [62].

Необхідно намагатись залучити пацієнта до процесу лікування та переконати його щодо користі призначених ЛЗ в процесі поліпшення його власного здоров'я. Наявність великої кількості ПЕ ЛЗ, відсутність інформованості хворого про можливість їх виникнення змушує пацієнта відмовитися від лікування [25].

Більше 50 % хворих припиняють лікування, протягом перших кількох місяців після початку та переважна більшість приймає лише 50% призначених ЛЗ [16].

Недотримання плану лікування може виникати, коли схема прийому ЛЗ є складною, незручний час введення ЛЗ або прийом великої кількості ЛЗ. Більшість відхилень у прийомі ЛЗ відбуваються у вигляді пропуску доз або затримці в часі прийому [47].

Напружений щоденний графік призводить до того, що пацієнтам важко розподіляти час для застосування ЛЗ [44]. Крім того, забудькуватість поширена серед літніх пацієнтів через погіршення пам'яті спостерігається і у молодших пацієнтів, коли вони зосереджені на інших видах діяльності [54]. Таким чином, ігнорування стилю життя пацієнта сприяє низькому адгеренсу.

Наслідком недотримання процесу лікування є прогресування захворювання, зниження функціональних здібностей та якості життя, збільшення візитів до лікаря та госпіталізація [60].

Значно вищий ризик прогресування захворювань при недотриманні терапії у хворих з ЦД, гіперхолестеринемією, АГ або застійною ХСН.

Виявлення чинників, що визначають відсутність терапевтичного співробітництва, дозволяє включити в лікувальну програму спеціальні методи дослідження, спрямовані на його корекцію.

ВООЗ зазначає, що посилення прихильності може мати більший вплив на здоров'я, ніж покращення специфічної медичної терапії [58].

Підвищення медичної обізнаності пацієнтів про своє захворювання і методи лікування, запобігання самолікуванню, сприяють підвищенню комплаєнсу, якості життя і задоволеності від надання медичної допомоги.

Важливими є освітні програми, спрямовані на надання хворому інформації про захворювання, причини, наслідки, методи лікування, навчання хворого способам розпізнавання погіршення стану і особливостям поведінки у зв'язку з хворобою [9].

Висновки до розділу 1

1. Здоров'я населення є надзвичайно важливим чинником потенціалу кожної країни та визначає рівень благополуччя суспільства. Збереження здоров'я та забезпечення повноцінного життя людей є одними з найважливіших цілей світової спільноти. Здорова людина істотно впливає на трудовий потенціал країни та сприяє її економічному розвитку.

2. Глобальне поширення ХНІЗ є причиною втрати працездатності та передчасної смертності та спричиняє масштабні несприятливі медико-соціальні наслідки і економічні збитки. Корекція факторів ризику та впровадження політики щодо підвищення медичної грамотності населення сприятиме зменшенню тягара ХНІЗ.

3. Однією із важливих складових ефективності та безпеки фармакотерапії є прихильність пацієнта, яка набуває особливого значення це саме при лікуванні хронічних неінфекційних захворювань (АГ, ЦД, атеросклероз тощо). Підвищення рівня медичної обізнаності пацієнтів (також членів їх родини / опікунів) та їх прихильності до терапії, потребує розробки відповідних освітніх програм, рекомендацій, спеціальних програм підтримки, що підвищить ефективність лікування та, в свою чергу, профілакує розвиток ускладнень та передчасної смерті.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

При виконанні кваліфікаційної роботи використовувались сучасні наукові методи систематизації даних, порівняння, вивчення літературних джерел і аналізу спеціальної наукової літератури та актуальних наукових публікацій, збору даних, анкетування.

Пошук здійснювався з використанням окремих термінів «медична грамотність», «цукровий діабет», «артеріальна гіпертензія», «хронічні неінфекційні захворювання», «обізнаність населення», «коморбідність», «прихильність до лікування» тощо.

Дослідження проводилося у 3 етапи:

- на теоретично-оглядовому етапі дослідження відповідно до поставлених завдань проводилося ознайомлення з проблемними питаннями відповідно до теми кваліфікаційної роботи; здійснено огляд відповідних літературних джерел з аналізом поширеності ХНІЗ, прихильності до терапії та медичної грамотності пацієнтів;

- на діагностично-пошуковому етапі для досягнення мети дослідження було здійснено соціологічне опитування у формі анкетування. Питання анкети були розроблені з урахуванням завдань кваліфікаційної роботи. Збір інформації проводився у період з травня по серпень 2023 року у м. Житомир. Загалом у опитуванні взяли участь 127 респондентів віком від 18 до 65 років. Анкетування відбувалося зі знеособленням даних шляхом збору інформації з використанням онлайн google-анкет, які містили 24 питання. Анкета (табл. 2.1) розроблялася з дотриманням стандартних вимог до такого різновиду опитування і складалась з питань відкритого (6 питань) та закритого (18 питань) типу.

- на підсумково-узагальнювальному етапі – оброблено і систематизовано результати соціологічного опитування, сформульовано загальні висновки.

Таблиця 2.1

Анкета (дослідження рівня обізнаності населення щодо норми здоров'я)

1. Укажіть Ваш вік	☐ 18-30 років ☐ 31-40 років ☐ 41-60 років ☐ старше 60 років
2. Ваша стать	☐ Жіноча ☐ Чоловіча
3. Якою була Ваша вага при останньому вимірюванні?	_____
4. Чи є у Вас хронічні захворювання?	☐ Так ☐ Ні
5. Чи знаєте Ви рівень нормального артеріального тиску?	☐ Так ☐ Ні
6. Укажіть значення Ваших показників артеріального тиску при останньому вимірюванні	_____
7. Чи є у Вашій родині хворі на артеріальну гіпертензію?	☐ Так ☐ Ні
8. Чи звертались Ви коли-небудь до лікаря з приводу підвищеного артеріального тиску?	☐ Так ☐ Ні
9. Чи знаєте Ви нормальний рівень глюкози в сироватці крові натще?	☐ Так ☐ Ні
10. Коли останній раз вимірювали рівень глікемії?	_____
11. Чи знаєте Ви нормальні показники глікованого гемоглобіну?	☐ Так ☐ Ні
12. Чи визначали Вам глікований гемоглобін?	☐ Так ☐ Ні
13. Чи є у Вашій родині хворі на цукровий діабет?	☐ Так ☐ Ні
14. Чи звертались Ви до лікаря з приводу підвищеного рівня цукру у крові?	☐ Так ☐ Ні
15. Чи знаєте Ви нормальні показники гемоглобіну?	☐ Так ☐ Ні
16. Чи знаєте Ви свої показники гемоглобіну?	☐ Так ☐ Ні
17. Чи знаєте Ви нормальні показники холестерину?	☐ Так ☐ Ні
18. Коли вимірювали рівень холестерину останній раз?	_____

Продовження табл. 2.1

19. Скільки часу Ви проводите у положенні сидючи упродовж дня?	_____
20. Чи займаєтесь ви спортом / фізичною культурою?	☐ Так ☐ Ні
21. Якому виду спорту / видам фізичного навантаження Ви віддаєте перевагу?	☐ заняття у спортивному залі ☐ хода ☐ біг ☐ йога ☐ фітнес ☐ не займаюсь
22. Як Ви оцінюєте Ваш стан здоров'я на сьогодні?	☐ Відмінний ☐ Задовільний ☐ Незадовільний
23. Як часто Ви відвідуєте сімейного лікаря?	_____
24. Чи дотримуєтесь Ви рекомендацій наданих Вам лікарем для лікування?	☐ Так ☐ Ні ☐ Частково

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РІВНЯ ОБІЗНАНОСТІ РІЗНИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ ЩОДО НОРМ ЗДОРОВ'Я

3.1. Профілактика – запорука успіху у поширеності та лікуванні хронічних неінфекційних захворювань

Грамотність з питань здоров'я – одна із ключових його детермінант. Ефективність стратегій продовження життя і поліпшення здоров'я залежить від рівня медичної грамотності як населення в цілому, так і уряду країн, фахівців, що опікуються громадським здоров'ям [36].

Зростання поширеності ХНІЗ, які зумовлюють високий рівень смертності та інвалідизації населення, викликає необхідність досліджень у напрямку їх профілактики та вдосконалення шляхів ранньої діагностики [20].

Профілактика ХНІЗ та підвищення рівня обізнаності населення щодо факторів ризику розвитку хронічних захворювань в Україні повинна стати пріоритетним напрямом сучасної медицини.

Проблема профілактики ХНІЗ може бути вирішена за рахунок створення інформаційного поля або відповідного інформаційного впливу в трьох напрямках: на медичних працівників первинних структур охорони здоров'я за допомогою різних методів удосконалення переддипломної підготовки і післядипломної освіти; на осіб із наявністю факторів ризику, у тому числі при сприянні лікарів загальної практики; на населення в цілому — через засоби масової інформації. Просвіта для пацієнта спрямована на усвідомлення підтримки на нормальному рівні АТ, рівня холестерину, маси тіла, займатися необхідними фізичними навантаженнями, правильно харчуватися, уникати розвитку ЦД [37].

У табл.3.1. представлений зведений аналіз щодо факторів ризику розвитку ЦД та ССЗ та заходів первинної профілактики захворювань.

Таблиця 3.1.

Фактори ризику та методи профілактики цукрового діабету та серцево-судинних захворювань

Цукровий діабет	Джерело	Серцево-судинні захворювання	Джерело
Фактори ризику розвитку ХНІЗ			
- сімейний анамнез – наявність ЦД у прямих родичів, - надмірна вага, - малорухливий спосіб життя, - вік старше 45 років, - підвищений АТ	Центр громадського здоров'я України МОЗ (phc.org.ua)	- високий АТ, - незбалансоване харчування, - підвищений рівень ліпопротеїдів низької щільності, - паління, - ЦД, - малорухливий спосіб життя, - зловживання алкоголем - стреси - дитяче ожиріння	Лукашенко Л. В. Роль вивчення немедикаментозних методів лікування у профілактиці серцево-судинних захворювань, 2021

Продовження табл. 3.1.

Правильне встановлення діагнозу ЦД 2 типу та своєчасне його лікування дає змогу усунути або зменшити симптоми захворювання та відтермінувати розвиток ускладнень	Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги цукровий діабет 2 типу, 2012	Профілактика ССЗ повинна проводитись впродовж всього життя.	Профілактика серцево-судинних захворювань адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, 2016
Заходи первинної профілактики			
Добре піддається первинній профілактиці, так як значною мірою це захворювання обумовлене способом життя пацієнта, і тому відповідне втручання призводить до бажаного результату дієта, дозовані фізичні навантаження, корекція способу життя (КСЖ)	IDF, ADA, EASD, CDA, ADEA Скрипник, Н.В. Огляд рекомендацій з профілактики цукрового діабету 2-го типу, 2019	Взаємодія лікаря і пацієнта на довірчій основі, результатом якої стає виконання пацієнтом рекомендацій лікаря щодо впровадження засад здорового способу життя у своє повсякденн	Трибрат Т. А., Шуть С. В., Петров Є. Є., Сакевич В. Д., Боряк В. П. Серцево-судинні захворювання: сучасне бачення інформованості пацієнтів щодо факторів ризику, 2021

Продовження табл. 3.1.

Корекція способу життя			
- підвищення знань пацієнтів щодо питань самоконтролю при захворюванні, - дієтотерапія, - розширення фізичної активності, - консультування з приводу відмови від паління, - психологічна допомога	Милославський, Д., Коваль, С., Снегурська, І., Старченко, Т., Божко, В., Юшко, К., Щенявська, Е. Модифікація способу життя та дієтичне харчування у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет: рекомендації європейського консенсусу та факти життя, 2017	- модифікація дієти - підтримка на нормальному рівні АТ та холестерину, - фізичне навантаження, - відмова від тютюнопаління	Росул М.М., Фейса С.В., Іваньо Н.В., Корабельщикова М.О. Профілактика серцевосудинних захворювань: роль сімейного лікаря, 2015

Продовження табл. 3.1.

Роль фізичної активності			
- контроль глікемії, - нормалізація рівня глюкози крові, - зниження серцево-судинних факторів ризику, - нормалізація маси тіла. Дотримання здорового способу життя при ЦД 2 типу сприяє зниженню смертності на 30%	Милославський, Д., Коваль, С., Снегурська, І., Старченко, Т., Божко, В., Юшко, К., Щенявська, Е. Модифікація способу життя та дієтичне харчування у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет: рекомендації європейського консенсусу та факти життя, 2017. Patel YR, Gadiraju TV, Gaziano JM, Djoussé L. Adherence to healthy lifestyle factors and risk	- зниження ризику фатальних і нефатальних коронарних подій - рекомендації щотижневого аеробного навантаження повинні бути адаптовані для кожного клінічного випадку індивідуально	Профілактика серцево-судинних захворювань адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, 2016

Продовження табл. 3.1.

	of death in men with diabetes mellitus: The Physicians' Health Study. Clin Nutr, 2018		
Скринінг факторів ризику			
До 45 років, без особливих факторів ризику — скринінг кожні 3 роки. Старше 45 років чи має збільшений ризик — мінімум раз на рік. Під контролем хвороби передбачається не тільки кваліфікована діяльність лікаря, але й фізичні, розумові і вольові зусилля з боку пацієнта.	Центр громадського здоров'я України МОЗ (phc.org.ua) Корж, О. М. Профілактика серцево-судинних захворювань при цукровому діабеті: роль глікемічного контролю, 2019.	У чоловіків: - старше 40 років. У жінок: старше 50 років у постменопаузі	Профілактика серцево-судинних захворювань адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, 2016

3.2. Обізнаність населення щодо норми здоров'я

У анкетуванні щодо дослідження рівня обізнаності населення щодо норми здоров'я взяли участь 127 респондентів, розподіл за віком представлений в табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Розподіл респондентів дослідження за віком

Вік респондентів	Кількість респондентів, %
18 до 30 років	55,1
31-40 років	21,3
41-60 років	18,9
старше 60 років	4,7

Розподіл респондентів за статтю представлений в табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Розподіл респондентів дослідження за статтю

Стать респондентів	Кількість респондентів, %
Жінки	85,5
Чоловіки	14,2

Показники розподілу респондентів за показником «вага» (норма або вище норми) представлено у табл. 3.4.

Таблиця 3.4

Розподіл респондентів дослідження за показниками ваги

Вага респондентів	Кількість респондентів, %
Норма	55,9
Вище норми	44,5

Розподіл респондентів за наявністю хронічних захворювань представлений у табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Наявність хронічних захворювань у респондентів дослідження

Наявність хронічних захворювань	Кількість респондентів, %
Так	21,5
Ні	78,5

Обізнаність респондентів щодо нормальних значень АТ та показників АТ респондентів представлені у табл. 3.6 та табл.3.7 відповідно.

Таблиця 3.6

Обізнаність респондентів дослідження щодо норми показників АТ

Обізнаність респондентів щодо норми показників АТ	Кількість респондентів, %
Так	93,7
Ні	6,3%

Таблиця 3.7

Показники АТ респондентів дослідження

Показники АТ респондентів	Кількість респондентів, %
Низький	6,3
Нормальний	81,9
Підвищений	11,8

Розподіл респондентів дослідження за показником «частота вимірювань АТ» представлена у табл.3.8.

Розподіл респондентів з обтяжливим сімейним анамнезом стосовно АГ представлений у табл.3.9.

Розподіл респондентів дослідження, які звертались за медичною допомогою з приводу підвищеного АТ представлений у табл. 3.10.

Таблиця 3.8

Розподіл респондентів дослідження за частотою вимірювання АТ

Частота вимірювання АТ респондентами	Кількість респондентів, %
Щоденно	36,2
Раз на тиждень	29,1
Раз на місяць	18,9
Раз на півроку	6,3
Раз на рік	9,5

Таблиця 3.9

Розподіл респондентів дослідження за наявністю АГ у членів сім'ї

Наявність АГ у членів сім'ї респондентів	Кількість респондентів, %
Так	72,4
Ні	27,6

Таблиця 3.10

Розподіл респондентів дослідження, що звертались за медичною допомогою з приводу підвищеного АТ

Звернення респондентів за медичною допомогою через підвищений АТ	Кількість респондентів, %
Так	27,6
Ні	72,4

Обізнаність респондентів дослідження щодо показників глікемії представлена у табл. 3.11.

Розподіл респондентів дослідження за частотою вимірювань глікемії представлена у табл.3.12.

Таблиця 3.11

Розподіл респондентів дослідження щодо обізнаності показників глікемії

Обізнаність респондентів щодо показників глікемії	Кількість респондентів, %
Так	65,4
Ні	34,6

Таблиця 3.12

Розподіл респондентів за частотою вимірювання рівня глікемії

Частота вимірювання глікемії респондентами	Кількість респондентів, %
Щоденно	3,9
Раз на тиждень	2,4
Раз на місяць	17,3
Раз на рік	33,9
Ніколи не вимірювали	42,5

Розподіл респондентів щодо обізнаності показників норми глікованого гемоглобіну (HbA_{1c}) представлено у табл.3.13.

Таблиця 3.13

Обізнаність респондентів дослідження щодо значень норми показників глікованого гемоглобіну (HbA_{1c}).

Обізнаність респондентів щодо показників глікованого гемоглобіну	Кількість респондентів, %
Так	64,5
Ні	35,4

Розподіл респондентів, які визначали показники глікованого гемоглобіну (HbA_{1c}) представлений у табл. 3.14.

Таблиця 3.14

Розподіл респондентів щодо визначення показників глікованого гемоглобіну (HbA_{1c}).

Визначення респондентами показників глікованого гемоглобіну	Кількість респондентів, %
Так	40,9
Ні	59,1

Розподіл респондентів дослідження щодо наявності сімейного анамнезу стосовно ЦД представлено у табл. 3.15.

Таблиця 3.15

Розподіл респондентів щодо наявності ЦД у членів сім'ї

Наявність ЦД у членів сім'ї респондентів	Кількість респондентів, %
Так	36,2
Ні	63,8

Розподіл респондентів, які звертались до лікаря з приводу підвищеного рівня цукру у крові представлений у табл. 3.16.

Таблиця 3.16

Звернення респондентів дослідження до лікаря з приводу підвищеного рівня цукру у крові респондентів.

Звернення респондентів до лікаря через підвищений рівень цукру у крові	Кількість респондентів, %
Так	9,4
Ні	90,6

Обізнаність респондентів дослідження щодо норми показників гемоглобіну та власних показників гемоглобіну респондентів представлено у табл. 3.17 та табл.3.18 відповідно

Таблиця 3.17

Обізнаність респондентів дослідження щодо норми показників гемоглобіну

Обізнаність респондентів щодо показників норми гемоглобіну	Кількість респондентів, %
Так	85
Ні	15

Таблиця 3.18

Обізнаність респондентів дослідження щодо власних показників гемоглобіну

Обізнаність респондентів щодо власних показників гемоглобіну	Кількість респондентів, %
Так	59,8
Ні	40,2

Розподіл респондентів дослідження щодо обізнаності показників норми холестерину представлений у табл. 3.19.

Таблиця 3.19

Обізнаність респондентів дослідження щодо показників норми холестерину

Обізнаність респондентів щодо показників норми холестерину	Кількість респондентів, %
Так	58,3
Ні	41,7

Розподіл респондентів за частотою вимірювання показників холестерину наведено у табл. 3.20.

Таблиця 3.21

Частота вимірювань рівня холестерину респондентами дослідження

Частота вимірювань респондентами рівня холестерину	Кількість респондентів, %
Раз на місяць	11,1
Раз на півроку	6,3
Раз на рік	24,4
Раз на 5 років	4,7
Ніколи не вимірювали	53,5

Розподіл респондентів за тривалістю часу, проведеного у положенні сидючи представлено у табл. 3.22.

Таблиця 3.22

Тривалість часу, проведеного респондентами у положенні сидючи упродовж дня.

Тривалість часу, проведеного у положенні сидючи упродовж дня, години	Кількість респондентів, %
1–2	11
4–6	24,5
Більше 8	64,5

Фізична активність респондентів дослідження представлена у табл.3.23.

Розподіл респондентів дослідження за видами спорту, якому надається перевага при заняття фізичними вправами представлено у табл.3.24.

Таблиця 3.23

Фізична активність респондентів дослідження

Фізична активність респондентів	Кількість респондентів, %
Так	33,8
Ні	66,2

Таблиця 3.24

Розподіл респондентів за видами спорту, якому надають перевагу при занятті фізичними вправами

Фізичні вправи, якими надають перевагу респонденти	Кількість респондентів, %
Заняття у спортивному залі	16,9
Ходьба	24,6
Біг	9,2
Йога	1,5
фітнес	15,4
Не займаються взагалі	32,4

Щодо частоти відвідувань сімейного лікаря респондентами результати представлені у табл. 3.25.

Таблиця 3.25

Розподіл респондентів дослідження за частотою відвідувань сімейного лікаря

Частота відвідувань респондентами сімейного лікаря	Кількість респондентів, %
Щомісячно	9,4
Раз у квартал (3 місяці)	14,9
Раз на рік	11,8
Лише у випадку захворювання	24,4

Продовження табл. 3.25

Рідко	27,6
Не відвідують	11,9

Розподіл респондентів дослідження за дотриманням рекомендацій наданих лікарем для лікування представлено у табл. 3.26.

Таблиця 3.26

Дотримання респондентами дослідження рекомендацій наданих лікарем для лікування.

Дотримання респондентами рекомендацій лікаря	Кількість респондентів, %
Так	70,1
Ні	0
Частково	29,9

Результати дослідження свідчать, що рівень обізнаності населення щодо норми здоров'я є незадовільним.

При аналізі результатів анкетування звернув на себе той факт, що у 36,2% респондентів один із членів родини хворіють на ЦД та у 72,4% респондентів – на АГ.

Респонденти, які навіть мають обтяжливу спадковість щодо ЦД та АГ, не надають наявності цього фактору ризику розвитку цих ХНІЗ належної уваги, більшість з них нехтує основними принципами здорового способу життя (контроль маси тіла, належна фізична активність серед іншого).

Результати дослідження показали, що у більшості респондентів (66,2%), спостерігається низький рівень фізичної активності, 44,5% мають надлишкову масу тіла та 64,5% респондентів проводять більше 8 годин на добу у положенні сидячи.

Рівень глікемії щоденно контролюють лише 3,9% респондентів, ніколи не вимірювали – 42,5%; 59,1% анкетованих не визначав протягом життя рівень глікованого гемоглобіну (HbA_{1c}).

Більшість респондентів знають показники норми АТ, але щоденно контролюють 36,2% (загалом респонденти у віковій групі старше 40 років), раз на тиждень – 29,1%, раз на місяць – 18,9%.

Показники холестерину систематично контролюють лише 11,1% респондентів, в той же ніколи не вимірювали рівень холестерину у крові 53,5% респондентів.

При аналізі відвідування респондентами сімейного лікаря, було отримано наступні результати: систематично відвідують сімейного лікаря лише 9,4% респондентів, рідко – 27,6% та взагалі не відвідують – 11,9% респондентів. Звертає увагу на себе той факт, що у 21,5% респондентів наявні хронічні захворювання. Крім того, 29,9% респондентів частково дотримуються наданих лікарем рекомендацій для лікування.

Аналізуючи відповіді на ці запитання, можна зробити висновок, що наявність хронічних захворювань не спонукає пацієнта до систематичного огляду у лікаря та дотримання ним наданих рекомендацій.

Зважаючи, що більшість (55,1%) опитаних респондентів були віком від 18 до 30 років зростає необхідність ранньої профілактики захворювань.

Через низьку обізнаність даної вікової категорії щодо факторів ризику хронічних захворювань звернення за медичною допомогою до фахівців може бути значно відстрочене, що сприятиме розвитку ускладнень та збільшенню економічних наслідків для охорони здоров'я.

Тому актуальним залишається питання збільшення поінформованості населення щодо симптомів, ранньої діагностики та профілактики ХНІЗ.

3.3. Методи підвищення рівня обізнаності населення щодо факторів ризику розвитку ХНІЗ

Обізнаність та виявлення факторів ризику, які сприяють розвитку ХНІЗ є основною умовою для зменшення поширеності та профілактики цих захворювань.

Загальні фактори ризику, такі як ожиріння, гіподинамія та відсутність адекватної фізичної активності, гіперліпідемія, підвищений АТ і рівень цукру у крові піддаються ранній корекції.

Раннє формування звичок здорового способу життя сприятиме формуванню міцного здоров'я дорослої людини. Тому введення освітніх програм щодо формування здорового способу повинно проводитися як омога раніше. Для цього можливе включення в навчальні програми уроків про вплив факторів ризику, ведення здорового способу життя, важливість регулярного медичного обстеження та стратегій попередження ХНІЗ. Зважаючи на розвиток дистанційних технологій навчання можливе використання навчальних онлайн-ресурсів та інформаційних відео.

Проведення кампаній з підвищення свідомості про раціональне харчування спиятиме зниженню ваги пацієнта та зменшенню ожиріння. Для зміни харчової поведінки, яка сприятиме зменшенню ваги пацієнта, рекомендовано поступово збільшувати споживання овочів, фруктів, цільного зерна, вибирати знежирені птицю, рибу, бобові та горіхи; і зменшити споживання цукру, солі, оброблених харчових продуктів і жирного м'яса. Крім того, для успішної корекції харчової поведінки необхідно залучити до цього процесу сім'ю пацієнта, адже психологічна підтримка відіграє також важливу роль у формуванні здорового способу життя.

У епоху діджиталізації використання мобільних додатків для контролю за станом здоров'я стає все більш популярним. Ці додатки допомагають користувачам зберігати і контролювати своє здоров'я, відстежувати рівень фізичної активності впродовж дня або тижня, вести щоденник їжі. Мобільні

додатки також можуть бути корисними для контролю ваги, сну, пульсу та АТ. Вони дозволяють збирати дані, створювати графіки та статистику, а також надавати зворотній зв'язок та поради щодо поліпшення стану здоров'я.

Важливо забезпечити доступні і зрозумілі матеріали про фактори ризику розвитку ХНІЗ і способи їх попередження. Поширення інформації про шкідливість куріння, вживання алкоголю та важливість фізичної активності в медичних установах, громадських місцях та рекламних кампаніях в соціальних мережах сприятиме обізнаності населення щодо факторів ризику розвитку ХНІЗ.

Просвітницька діяльність щодо ранньої профілактики та розпізнавання факторів ризику розвитку ХНІЗ сприятиме зменшенню поширеності захворювань.

Важливим елементом просвітницької діяльності є довірливі відносини між лікарем та пацієнтом, які створюють основу для ефективного лікування та задоволення потреб пацієнта. Розуміння потреб пацієнта допомагає лікареві забезпечити належну медичну допомогу та підтримку.

Лікування ХНІЗ потребує тривалого втручання, тому комплаєнтність пацієнта може з часом знизитись. Пацієнтам слід мати реалістичні очікування щодо результатів лікування, тому потреба у самоконтролі та самонавчанні потребує особливої уваги та підтримки з боку медичних працівників. Лікар повинен забезпечувати відкрите спілкування, розуміти, що пацієнт може мати нові питання чи потребу у додатковій інформації.

Всебічно інформований пацієнт приймає активну участь у лікуванні захворювання та здатний самостійно приймати рішення у виборі тих методів лікування, які він зможе тривало застосовувати.

Для підвищення рівня обізнаності населення щодо факторів розвитку ХНІЗ необхідно:

- розробка освітніх програм для населення з метою підвищення медичної грамотності з використанням комп'ютерних та телекомунікаційних технологій;

- поширення інформації щодо факторів ризику розвитку ХНІЗ (ЦД, АГ, атеросклерозу тощо) шляхом соціальної реклами;
- збільшення самоконтролю здоров'я населення через використання мобільних додатків;
- проведення майстер-класів з нутріціології для пацієнтів групи ризику;
- на законодавчому рівні урегулювати створення обґрунтованої системи маркування щодо поживної цінності продуктів;
- унаочнених матеріалів щодо зміни способу життя та регулювання рівня фізичної активності;
- проводити моніторинг та контроль центрів здійснення онлайн-підтримки для груп населення, що цього потребують.

Висновки до розділу 3

1. Результати проведеного дослідження свідчать, що обізнаність населення щодо норми здоров'я та факторів ризику розвитку хронічних захворювань є незадовільним.

2. Більшість пацієнтів з ХНІЗ (наприклад, АГ, атеросклероз та ЦД 2 типу) не знають цільові значення відповідних показників контролю захворювання (рівень нормального АТ, загального холестерину та ЛПНЩ, глікемії натще та глікізованого гемоглобіну).

3. Особи без діагнозу ХНІЗ, але з наявністю факторів ризику (обтяжений родинний анамнез, ожиріння, вживання тютюну тощо) мають більш ретельно відноситись до будь-яких змін у показниках норми здоров'я.

4. Все вищезазначене диктує необхідність розробки відповідних освітніх програм, а саме:

- щодо покращення рівня обізнаності населення щодо норм здоров'я;
- проведення більш агресивної реклами здорового способу життя та його переваг нараз та в майбутньому,

- розробка та розповсюдження унаочнених матеріалів щодо зміни способу життя, регулювання рівня фізичної активності та здійснення масових профілактичних заходів тощо.

ВИСНОВКИ

1. В Україні хронічні захворювання лишаються основною причиною інвалідності та смертності. ХНІЗ становлять загрозу для здоров'я населення, економічного та соціального розвитку країни.
2. Урбанізація, малорухливий спосіб життя та нераціональне харчування – основні фактори ризику розвитку ХНІЗ, коренкція яких може призвести до зниження їх поширеності.
3. Загальні фактори ризику розвитку ХНІЗ піддаються ранній корекції, тому підвищення рівня обізнаності населення щодо їх розповсюдження та виявлення сприятиме зниженню поширеності ХНІЗ.
4. Просвітницька діяльність відіграє значну роль у зменшенні поширеності ХНІЗ, тому потребує більш активного проведення із залученням різних форм та методів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Аналітичний звіт «Покращення показників з неінфекційних захворювань: бар'єри та можливості системи охорони здоров'я в Україні», 2023 Електронний ресурс: <https://www.actforhealth.in.ua/materialy/analitichniy-zvit-za-rezultatami-ocinki-pokrashchennya-pokaznikiv-z-neinfekciynih-zahvoryuvan-barieri-ta-mozhливosti-sistemi-ohoroni-zdorovya-v-ukrayini> (дата звернення: 01.10.2023)
2. Антипкін, Ю. Г.; Горбань, Н. Є.; Луценко, О. Г. Фактори ризику розвитку хвороб цивілізації. Здоров'я України, 2021, 1.42: 8-10. <https://health-ua.com/article/64779-faktori-riziku-rozvitku-hvorob-tcivlzatc>]
3. Березняков І.Г, Левадна Ю.В, Сидоров Д.Ю, Пожар В.Й. Соціально-економічний статус і поширеність чинників ризику серцево-судинних захворювань у хворих на цукровий діабет 2 типу та гіпертонічну хворобу (огляд літератури). Клінічні та експериментальні медичні дослідження. 2014;2(4):405–416. URL: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/38940.4>.
4. Бичкова, Н. Г., Кондратюк, В. Є., Швечикова, В. П., Бичков, О. А. Модифікація способу життя у хворих на артеріальну гіпертензію та її роль в перебігу захворювання.. Медична наука України, 2015, Т. 11, № 1-2 С.76-81
5. Біланов, Олег Сергійович. Філософські підходи до розуміння категорій «здоров'я/хвороба». International Journal of Innovative Technologies in Social Science, 2020, 4 (25): 8-11
6. Білий, В. В. Огляд методик дистанційної оцінки фізичного здоров'я людини / В. В. Білий // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15 : Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт) : зб. наук. праць. - Київ : Вид-во УДУ імені Михайла Драгоманова, 2023. - Вип. 5К (165). – С. 20-26. DOI 10.31392/NPU-ps.series15.2023.5K(165).04.
7. Бойчук Ю. Д. Сучасні підходи до розуміння сутності здоров'я

людини та суміжних з ним понять // Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: колект. монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. С. 5-16.

8. Бусел В. Т. Великий тлумачний словник сучасної української мови : 250000 / уклад. та голов. ред. В. Т. Бусел. – Київ; Ірпінь: Перун, 2005. – VIII, 1728 с., Здоров'я С. 455.

9. Вихляєв, Ю. М.; Осіпов, В. В. Формування ціннісного ставлення до здоров'я здобувачів освіти з інвалідністю. In: Інтеграція науки і освіти: розвиток культурних і креативних індустрій. Київський національний університет технологій та дизайну С. 111-113, 2023.

10. Вітченко А.М. Поняття здоров'я, як медико-біологічна і соціальна категорія. Український вимір : Міжнар. зб. наук.-пед., метод. статей і матеріалів з України та діаспори. Чернігів : ЧОШПО, 2017. XIV. С. 177-180.

11. Вознюк О. В. Здоров'я людини – фундаментальний чинник, умова запобігання COVID-19 // Психологія і педагогіка у протидії пандемії COVID-19: Інтернет-посібник / за наук. ред. В.Г. Кременя ; [координатор інтернет-посібника В.В. Рибалка ; колектив авторів]. Київ : ТОВ «Юрка Любченка», 2020. 243 с. – С. 116-123

12. Волков, В. И. Артериальная гипертензия и атеросклероз/ВИ Волков, ВИ Стропа [Электронный ресурс]/Специализированный медицинский портал, 2015 Режим доступа: <http://health-ua.com/article/19179-arterialnaya-gipertenziya-i-ateroskleroz> (дата звернення: 01.10.2023)

13. Ворохаєв О. А. Соціальне здоров'я особистості як проблема здоров'язбереження. Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка. Вип. 6 (162) / Нац. ун-т «Черн. колегіум» ім. Т. Г. Шевченка ; голов. ред. М. О. Носко. Чернігів : НУЧК, 2020. С. 18-22. (Серія: Педагогічні науки)

14. Генделека, Г., і Генделека, А. Профілактична діабетологія на рубежі століть. Профілактика цукрового діабету 2 типу: досягнення та

перспективи. Міжнародний журнал ендокринології (україна), 2019, 15(2), 178–185. <https://doi.org/10.22141/2224-0721.15.2.2019.166112>

15. Гончаренко, Н. В., Шматенко, О. П., Тарасенко, В. О., Рум'янцев, Ю. В., Кожокару, О. О. (2018). Організаційно-психологічні чинники в системі фармацевтичної діяльності. Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. ПЛ Шупика, (32), 264-273.

16. Девіняк О.Т., Гуцул Р.В., Зінько С.О., Вайс В.М. Вплив характеристик лікарського препарату на комплаєнс Науковий вісник Ужгородського університету, серія «Медицина», випуск 3 (48), 2013 р С.43 – 48.

17. Демченко І. Громадське здоров'я: міжнародно-правові підходи до визначення. Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України. 2018. №2. С.53-58. Режим доступу: <http://ir.librarynmu.com/handle/123456789/824>

18. Дзюба О.М., Пазинич Л.М., Ситенко О.Р., Кривенко Є.М. Щодо питання глобального тягаря хвороб в Україні. 2017; 72.2: 8–14. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2017.2.8101>

19. Дослідження STEPS: поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань в Україні у 2019 році. Копенгаген, Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2020. 66 с. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

20. Єлізарова О. Т., Гозак С. В., Полька Н. С., Парац А. М., Станкевич Т. В. Профілактика хронічних неінфекційних захворювань в умовах пандемії COVID-19. Довкілля та здоров'я 2021; 2 (99): 4–14.

21. Корж, О. М. Профілактика серцево-судинних захворювань при цукровому діабеті: роль глікемічного контролю/ О. М. Корж //Семейная медицина. - 2019. - № 1. - С. 76-79. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2019_1_14

22. Кравчун Н.О., Дунаєва І.П., Яковенко О.Л., Кравчун П.П. Коморбідний пацієнт: міждисциплінарна проблема (огляд літератури)

Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини, 2023, № 2. С. 77-79

23. Креденцер О. В. Теоретичний аналіз основних підходів до визначення поняття «здоров'я» в психології Актуальні проблеми психології. Том I. Випуск 55, 2020 С. 44 – 50
http://www.apppsychology.org.ua/data/jrn/v1/i55/APP_V1_I55.pdf#page=44.

24. Лопушняк Г. С. Реформування системи охорони здоров'я в контексті реалізації стратегії сталого розвитку "Україна-2020"/ Г. С. Лопушняк, Є. О. Іваненко //Соціально-трудова відносина: теорія та практика. - 2017. - № 1. - С. 61-79. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/stvttp_2017_1_6

25. Лукашенко Л. В. Роль вивчення немедикаментозних методів лікування у профілактиці серцево-судинних захворювань / Л. В. Лукашенко, І. В. Лихасенко // Modern medicine: the use of creative industries in the healthcare system : International scientific conference proceedings (December 28–29, 2021. Lublin, the Republic of Poland). - 2021. - Riga, Latvia : “Baltija Publishing”. - Р. 177-180. - <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-182-4-37>

26. Медведєва, І. М. Методичні основи навчання технологій оздоровчої спрямованості в системі фізичного виховання студентів ВНЗ / І. М. Медведєва, В. Й. Дідковський // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15 : Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт) : зб. наук. праць. - Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2018. - Вип. 3К (97). - С. 337-341.

27. Милославський, Д., Коваль, С., Снегурська, І., Старченко, Т., Божко, В., Юшко, К., Щенявська, Е. Модифікація способу життя та дієтичне харчування у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет: рекомендації європейського консенсусу та факти життя (огляд літератури). Міжнародний журнал ендокринології (Україна), 2018, 14(2), 182–193.
<https://doi.org/10.22141/2224-0721.14.2.2018.130565>

28. Михайлова К., Шкурапет Н. Потенціал використання понять «спосіб життя» та «стиль життя» для соціологічного аналізу практик щодо індивідуального здоров'я // Sociological Studios. – 2020. – №. 1 (16). – С. 64-74. DOI: <https://doi.org/10.29038/2306-3971-2020-01-64-74>
29. Мінцер О. П., Потяженко М. М., Невоїт Г. В. Неінфекційні захворювання: концепція загального континууму розвитку патології (перше повідомлення) // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. – 2022. – Т. 22. – №. 1 (77). – С. 203-210. DOI: [10.31718/2077-1096.22.1.203](https://doi.org/10.31718/2077-1096.22.1.203)
30. Організація Об'єднаних Націй в Україні. Електронний ресурс <https://ukraine.un.org/uk/sdgs> (дата звернення: 01.10.2023)
31. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 01.10.2023)
32. Паньків В. І. Від першої особи Міжнародний ендокринологічний журнал 4 (68) 2015 С. 7-10
33. Питецька Н. І. Артеріальна гіпертензія та ожиріння у хворих літнього віку [Електронний ресурс] / Н. І. Питецька // Проблеми старения и долголетия. - 2016. - Т. 25, № 1. - С. 98-104. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/PSD_2016_25_1_12
34. Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 26.07.2018 № 530-р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/530-2018-p#Text> (дата звернення: 01.10.2023)
35. Профілактика серцево-судинних захворювань адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, 2016 [https:// www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_564_akn_pssz.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_564_akn_pssz.pdf)

36. Рингач, Н. О. Грамотність з питань здоров'я і досягнення Цілей сталого розвитку в Україні. Демографія та соціальна економіка, 2020, 2.40: С. 71-88.
37. Росул М.М., Фейса С.В., Іваньо Н.В., Корабельщикова М.О. Профілактика серцевосудинних захворювань: роль сімейного лікаря // Україна. Здоров'я нації. 2015. № 1 (33). С. 178-180
<https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/2410>
38. Рядинська І. А. Теоретичні підходи до визначення сутності поняття здоров'я та його компонентів Збірник наукових праць «Педагогіка та психологія». –Харків, 2016. –Вип. 52 С.28-37.
39. Скрипник, Н.В. Огляд рекомендацій з профілактики цукрового діабету 2-го типу. Ліки України, 2019 (1(227), 30–33.
[https://doi.org/10.37987/1997-9894.2019.1\(227\).187615](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2019.1(227).187615)
40. Стан здоров'я народу України та медичної допомоги третинного рівня. Рекомендації для кардіологів, ревматологів, терапевтів, організаторів охорони здоров'я та лікарів загальної практики / за ред. В.М. Коваленко, В.М. Корнацького. Київ: ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска», 2019. 224 с.
41. Трибрат Т. А., Шуть С. В., Петров Є. Є., Сакевич В. Д., Боряк В. П. Серцево-судинні захворювання: сучасне бачення інформованості пацієнтів щодо факторів ризику / // Вісник проблем біології і медицини. – 2021. – Вип. 2 (160). – С. 136–138. DOI: [10.29254/2077-4214-2021-2-160-136-138](https://doi.org/10.29254/2077-4214-2021-2-160-136-138)
42. Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги цукровий діабет 2 типу, 2012 http://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2012_1118ykpm.pdf
43. Центр громадського здоров'я України МОЗ (phc.org.ua) Електронний ресурс: [URL: https:// phc.org.ua](https://phc.org.ua) (дата звернення: 01.10.2023)
44. Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України Електронний ресурс: [URL: https://medstat.gov.ua](https://medstat.gov.ua) (дата звернення: 01.10.2023)

45. Цитовський, М. Н. Статистичний, клінічний та морфологічний аспекти впливу цукрового діабету на стан серцево-судинної системи [Текст] / М. Н. Цитовський // Науковий вісник Ужгородського університету : Серія: Медицина / редкол.: А.С. Головацький (голова), З.Й. Фабрі та ін. – Ужгород : Спектраль, 2017. – Вип. 1 (55). – С. 168–177.]

46. Шупер, В. О, Шупер, С. В. Дослідження прихильності до лікування хворих на артеріальну гіпертензію. Колективна монографія: сучасна медична наука та освіта в Україні та країнах ЄС: імперативи, трансформація, вектори розвитку. Рига, Латвія: Baltija Publishing. 2021:188–203. URL: <https://archer.chnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/2414> DOI: 10.30525/978-9934-26-029-2-12

47. Abdullah NF, Khuan L, Theng CA, Sowtali SN. Prevalence and reasons influenced medication non-adherence among diabetes patients: A mixed-method study. J Diabetes Metab Disord. 2022 Sep 13;21(2):1669-1678. doi: 10.1007/s40200-022-01118-9.

48. American Diabetes Association; 4. Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes—2018. Diabetes Care 1 January 2018; 41 (Supplement_1): S38–S50. <https://doi.org/10.2337/dc18-S004>

49. Elisa Dal Canto, Antonio Ceriello, Lars Rydén, Marc Ferrini, Tina B Hansen, Oliver Schnell, Eberhard Standl, Joline WJ Beulens, Diabetes as a cardiovascular risk factor: An overview of global trends of macro and micro vascular complications, European Journal of Preventive Cardiology, Volume 26, Issue 2_suppl, 1 December 2019, Pages 25–32, <https://doi.org/10.1177/2047487319878371>

50. Federation Id . Diabetes-related health expenditure per person, USD (2021). Accessed February 2023. <https://diabetesatlasorg/data/en/indicators/19/>

51. Federation ID. The IDF diabetes atlas ninth edition. 2019. <https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html>

52. Gavrilova A, Bandere D, Rutkovska I, Šmits D, Mauriņa B, Poplavska E, Urtāne AI. Knowledge about Disease, Medication Therapy, and Related

Medication Adherence Levels among Patients with Hypertension. *Medicina* (Kaunas). 2019 Oct 28;55(11):715. doi: 10.3390/medicina55110715. PMID: 31661904; PMCID: PMC6915331.

53. GBD 2015 Obesity Collaborators Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med*. 2017 Jul 6;377(1):13-27. doi: 10.1056/NEJMoa1614362. Epub 2017 Jun 12. PMID: 28604169; PMCID: PMC5477817.

54. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016. Vol. 10053. № 388. P. 1659–1724.

55. Kawabe H, Azegami T, Takeda A, Kanda T, Saito I, Saruta T, Hirose H. Features of and preventive measures against hypertension in the young. *Hypertens Res*. 2019 Jul;42(7):935-948. doi: 10.1038/s41440-019-0229-3. Epub 2019 Mar 20. PMID: 30894695; PMCID: PMC8075862.

56. Liu C. et al. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Fam Med Com Health*. 2020. № 8. P. e000351. doi:10.1136/fmch-2020-000351

57. Mela A, Rdzanek E, Poniatowski ŁA, Jaroszyński J, Furtak-Niczyporuk M, Gałązka-Sobotka M, Olejniczak D, Niewada M, Staniszevska A. Economic Costs of Cardiovascular Diseases in Poland Estimates for 2015-2017 Years. *Front Pharmacol*. 2020 Sep 8;11:1231. doi: 10.3389/fphar.2020.01231.

58. Munshi KD, Amelung K, Carter CS, James R, Shah BR, Henderson RR. Impact of a diabetes remote monitoring program on medication adherence. *J Manag Care Spec Pharm*. 2021 Jun;27(6):724-731. doi: 10.18553/jmcp.2021.27.6.724.

59. Patel YR, Gadiraju TV, Gaziano JM, Djoussé L. Adherence to healthy lifestyle factors and risk of death in men with diabetes mellitus: The Physicians' Health Study. *Clin Nutr*. 2018;37:P. 139–143.

60. Pradhan S, Panda A. Effect of potentially inappropriate medication on treatment adherence in elderly with chronic illness. *Biomed Pharmacol J.* 2018;11(2):935–943. doi:10.13005/bpj/1451

61. Serhiyenko V. O., Serhiyenko O. O. Цукровий діабет і артеріальна гіпертензія //International journal of endocrinology (Ukraine). – 2021. – Т. 17. – №. 2. – С. 175-188.

62. Soyoon K, Ekaterina M. From Compliance to Adherence in Diabetes Self-Care: Examining the Role of Patient's Potential for Mindful Non-Adherence and Physician-Patient Communication. *Am J Health Promot.* 2022 Sep;36(7):1094-1103. doi: 10.1177/08901171211068401.

63. Sun H, Saeedi P, Karuranga S та ін. Атлас діабету IDF: глобальні, регіональні та національні оцінки поширеності діабету на 2021 рік і прогнози на 2045 рік. *Diabetes Res Clin Pract.*2022;183:P.109 - 119.

64. Tinajero MG, Malik VS. An Update on the Epidemiology of Type 2 Diabetes: A Global Perspective. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2021 Sep;50(3):337-355. doi: 10.1016/j.ecl.2021.05.013.

65. Williams J, Allen L, Wickramasinghe K, Mikkelsen B, Roberts N, Townsend N. A systematic review of associations between non-communicable diseases and socioeconomic status within low- and lower-middle-income countries. *J Glob Health.* 2018 Dec;8(2):020409. doi: 10.7189/jogh.08.020409.

66. Williamson DA. Prevention of type 2 diabetes: what is the right target population? *Expert Rev Endocrinol Metab.* 2018 Nov;13(6):295-305. doi: 10.1080/17446651.2018.1535896.

67. World Health Organization, <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> (дата звернення: 01.10.2023)

68. World Health Organization, Programme TUND. Policy brief 4: health literacy. The 9th global conference on health promotion. Shanghai, China, 2017. P. 2–3

69. World Health Statistics 2019: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 2019. 132 p.

ДОДАТКИ

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА НОРМАЛЬНОЇ ТА ПАТОЛОГІЧНОЇ ФІЗІОЛОГІЇ**



**VI науково-практична internet-конференція
з міжнародною участю**

**«МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ І
ХВОРОБ ТА ЇХ ФАРМАКОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ»**

**16 листопада 2023 р.
ХАРКІВ – Україна**

УДК 615.1:616 (043.2)

Редакційна колегія: Заслужений діяч науки і техніки України, проф. Котвіцька А. А., проф. Владимірова І. М., проф. Кононенко Н. М.

Укладачі: проф. Рибак В. А., доц. Селюкова Н. Ю.

Посвідчення № 556 Державної наукової установи «Український інститут науково-технічної експертизи та інформації» від 19.12.2022 р.

Механізми розвитку патологічних процесів і хвороб та їх фармакологічна корекція : матеріали VI науково-практичної internet-конференції з міжнародною участю, м. Харків, 16 листопада 2023 р. Х. : НФаУ, 2023, 509 с.

Збірник містить матеріали VI науково-практичної internet-конференції з міжнародною участю «Механізми розвитку патологічних процесів і хвороб та їх фармакологічна корекція». В матеріалах конференції розглянуто сучасні проблеми медицини і фармації: молекулярні основи патології, клітинні та гуморальні механізми розвитку захворювань; роль генетичних факторів у патогенезі захворювань; механізми розвитку патологічних процесів і хвороб; вікова патофізіологія; проблемні аспекти хвороб цивілізації; клінічна патофізіологія; питання викладання патофізіології; експериментальна терапія найбільш поширених захворювань; фармакологічна корекція патологічних процесів; проблеми та перспективи створення лікарських препаратів різної спрямованості дії; інформаційні технології і автоматизація наукових досліджень з розробки лікарських засобів; створення нутрицевтичних засобів та виробів медичного призначення; маркетингові дослідження сучасного фармацевтичного ринку; нанотехнології у фармації; таргетна терапія захворювань людини; трансляційна медицина; новітні технології діагностики та лікування; біомедичні технології; вплив сучасних технологій на здоров'я людини; актуальні питання фізичної реабілітації та сучасні технології збереження здоров'я людини; ментальне здоров'я та інновації у медико-психологічній реабілітації військовослужбовців в умовах воєнного стану; глобальні проблеми громадського здоров'я.

Для широкого кола наукових і практичних працівників медицини та фармації.

UDC 615.1:616 (043.2)

Editorial board: Honored worker of science and technology of Ukraine, prof. Kotvitska A. A., prof. Vladymyrov I. M., prof. Kononenko N. M.

Compilers: prof. Rybak V. A., assoc. prof. Seliukova N. Yu.

Certificate № 556 of the State scientific organization «Ukrainian Institute of Scientific and Technical Expertise and Information» dated 19.12.2022.

Mechanisms of pathological processes development and diseases, their pharmacological correction: collected papers of to the VIth scientific and practical internet-conference for the international participation, Kharkiv, November 16, 2023. Kh.: NUPh, 2023, 509 p.

Collected papers includes the materials of VIth scientific and practical internet-conference for the international participation «Mechanisms of pathological processes development and diseases, their pharmacological correction». The modern problems of pathophysiology were considered the materials of the Conference: molecular basis of pathology, cellular and humoral mechanisms of disease development; role of genetic factors in the pathogenesis of diseases; mechanisms of pathological processes and diseases development; age-related pathophysiology; problematic aspects of the diseases of civilization; clinical pathophysiology; issues of pathophysiology teaching; experimental therapy of the most common diseases; pharmacological correction of pathological processes; problems and prospects for the development of medicines with different orientation of action; information technology and automation of scientific research on drug create; development of nutraceutical drugs and products for medical purpose; marketing research of the modern pharmaceutical market; nanotechnology in pharmacy; targeted therapy of human diseases; translational medicine; the latest diagnostic and treatment technologies; biomedical technologies; impact of modern technologies on human health; current issues of physical rehabilitation and modern technologies for preserving human health; mental health and innovations in medical and psychological rehabilitation of military personnel under martial law; global public health issues.

For a wide audience of scientific and practitioners of medicine and pharmacy.

UDC 615.1:616 (043.2)

© NUPh, 2023

Жупан Д. Б.	РЕТИНАЛЬНА ЕКСПРЕСІЯ	195
ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТУ У ТКАНИНАХ СІТКІВКИ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ДІАБЕТИЧНІЙ РЕТИНОПАТІЇ ТА ВПЛИВ АГОНІСТА БЕНЗОДІАЗЕПІНОВИХ РЕЦЕПТОРІВ КАРБАЦЕТАМУ		
Забродіна Л. П., Бовт Ю. В., Привалова Н. М., Сухоруков В. В.		196
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ ІНСОМНІЇ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ІНФЕКЦІЇ COVID-19		
Заколюдна О. Е., Назаренко С. М., Соловійова Н. В., Міщенко А. В., Акімов О. Є.		198
МЕТОДИЧНИЙ ПІДХІД ДО ВИКЛАДАННЯ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ГОСТРОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ХВОРОБИ ПІД ЧАС ВИКЛАДАННЯ ПРЕДМЕТУ ПАТОФІЗІОЛОГІЯ		
Заколюдна О. Е., Назаренко С. М., Соловійова Н. В., Міщенко А. В., Костенко В. О.		200
НЕОБХІДНІСТЬ ВИВЧЕННЯ ПРЕДМЕТА ПАТОФІЗІОЛОГІЇ ДЛЯ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ		
Заяць О. В.	АКТИВНІСТЬ НІТРОЗО-ОКСИДАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ У РОТОВІЙ РІДИНІ ДІТЕЙ ІЗ ЛЕГКИМ ЙОДОДЕФІЦИТОМ	203
Зубов П. М., Зубова О. Л.	РОЗВИТОК ОКИСНИХ ПРОЦЕСІВ ТА МОЖЛИВІСТЬ ЇХ ІНГІБУВАННЯ ПРИ КРІОКОНСЕРВУВАННІ ЯДРОВІСНИХ КЛІТИН КОРДОВОЇ КРОВІ ЛЮДИНИ	205
Зубрицька Т. Р., Безугла Н. П.	ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ІНФОРМОВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ ЩОДО ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ	207
Іванова А. Д., Рибак В. А., Король В. В.	СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2-ГО ТИПУ	209
Іванова А. Д., Таран А. В.	СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ЩОДО РОЗВИТКУ АТЕРОСКЛЕРОЗУ ТА ПРИНЦИПІВ ЙОГО ЛІКУВАННЯ	211
Іськів В. І.	СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ДІАРЕЇ, АСОЦІЙОВАНОЇ З ПРИЙОМОМ АНТИБІОТИКІВ	214
Ілляшник І. С., Кіресєв І. В.	РОЛЬ ФАРМАЦЕВТА ПРИ ВІДПУСКУ БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КАШЛЮ. УДОСКОНАЛЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ	215
Калашніков В. Й., Стоянов О. М., Вастьянов Р. С., Бакуменко І. К., Калашнікова І. В.	ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З НАСЛІДКАМИ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ, ОБУМОВЛЕНОГО COVID-19	216
Кандибко І. В., Бабійчук В. Г.	ВПЛИВ РИТМІЧНОЇ ЕКСТРЕМАЛЬНОЇ КРІОТЕРАПІЇ ТА СЕКРЕТОМІВ МЕЗЕНХІМАЛЬНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН НА СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ЩУРІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ	218

ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ІНФОРМОВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ ЩОДО ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Зубрицька Т. Р., Безугла Н. П.

Національний фармацевтичний університет,

м. Харків, Україна

zubrytska.tetiana@pharm.zt.ua

Вступ. Епідемія цукрового діабету (ЦД) вимагає розробки нових підходів до терапії та профілактики захворювання з урахуванням різних патогенетичних факторів. Глобальна поширеність ЦД та порушення толерантності до глюкози за останні десятиліття зросла в 4 рази, а за оцінками Міжнародної діабетичної федерації кількість хворих на ЦД з 463 млн (9,3% дорослих у віці 20-79 років) збільшиться до 700 млн до 2045 року, більшу частину яких буде становити ЦД 2 типу. Зміни в харчуванні та фізичній активності, обумовлені швидким розвитком суспільства та урбанізацією, призвели до різкого збільшення кількості хворих на ЦД 2 типу. Раніше ЦД 2 типу асоціювали з похилим віком, однак через епідемію дитячого ожиріння, кількість хворих на цю патологію серед дітей та підлітків стрімко зростає. Молоді люди з ЦД 2 типу, як правило, мають вищий рівень ускладнень, більш агресивні прояви захворювання, менш сприятливу відповідь на лікування, ніж дорослі. Згідно з інформацією дослідження SEARCH for Diabetes in Youth, у 2002–2015 рр. захворюваність на ЦД 2-го типу у дітей щорічно зростала на 4,8% і, як очікується, продовжуватиме підвищуватися.

Мета. Дослідження рівня обізнаності населення щодо факторів ризику розвитку ЦД 2 типу.

Матеріали та методи. У роботі використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів: теоретичний, метод узагальнення, систематизації даних, порівняння, методи вивчення літературних джерел і аналізу та анкетування. Для досягнення мети дослідження була розроблена анкета та проведено анкетування 127 респондентів віком від 18 до 65 років.

Результати та їх обговорення. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, 2011) близько 90% хворих на ЦД 2 типу мають надлишкову масу тіла. Ризик розвитку ЦД 2 типу зростає серед осіб з підвищеним абдомінальним вісцеральним та підшкірно-жировим депо. У пацієнтів із надмірною вагою та ожирінням новим, модифікованим фактором ризику ЦД є обструктивне апное уві сні, що сприяє розвитку інсулінорезистентності.

Психосоціальний стрес, коливання рівнів гормонів і зміни в організмі через репродуктивні фактори відіграють важливу роль у розвитку ЦД у жінок. Вагітність може демаскувати вже існуючі метаболічні аномалії, що призводить до діагнозу гестаційного діабету, який, є найбільш вагомим фактором ризику прогресування ЦД 2 типу у жінок.

Іншими факторами, які підвищують індивідуальний ризик захворювання, незалежного від ожиріння, є режим харчування (низьке споживання клітковини, часте споживання червоного м'яса, насичених і транс-жирів), особливості

способу життя (куріння, низька фізична активність) і наявність певних факторів, що є обтяжливими, таких як підвищений артеріальний тиск (АТ), куріння серед інших.

У проведеному дослідженні 70 респондентів, що становило 55,1% були віком від 18 до 30 років, 27 (21,3%) – 31-40 років, 24 (18,9%) – 41-60 років і 6 (4,7%) – старше 60 років; розподіл між жінками та чоловіками був 85,8% та 14,2% відповідно.

При аналізі результатів анкетування звернув на себе той факт, що у 36,2% респондентів один із членів родини хворіють на ЦД та у 72,4% респондентів – на артеріальну гіпертензію.

Результати дослідження показали, що у більшості респондентів (77,1%), спостерігається низький рівень фізичної активності, 44,5% мають надлишкову масу тіла та проводять більше 8 годин на добу у положенні сидячи.

Рівень глікемії час від часу контролюють лише 3 (2,4%) респондентів, ніколи не вимірювали – 42 (33,1%); жоден з анкетованих не визначав протягом життя рівень глікованого гемоглобіну (HbA_{1c}). Щодо контролю рівня АТ: щоденно контролюють 28,3% (загалом респонденти у віковій групі старше 40 років), раз на тиждень – 18,9%, раз на місяць – 16,5%.

Висновки. Результати дослідження свідчать, що рівень обізнаності населення щодо факторів ризику розвитку ЦД 2 типу є незадовільним. Респонденти, які навіть мають обтяжливу спадковість щодо ЦД, не надають наявності цього фактору ризику розвитку ЦД 2 типу належної уваги, більшість з них нехтує основними принципами здорового способу життя (контроль маси тіла, належна фізична активність серед іншого). Це диктує необхідність розробки відповідних освітніх програм, більш агресивної реклами здорового способу життя, унаочнених матеріалів щодо зміни способу життя, регулювання рівня фізичної активності та здійснення масових профілактичних заходів тощо.

Ключові слова: цукровий діабет, фактори ризику, обізнаність населення, ожиріння, фізична активність.



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА НОРМАЛЬНОЇ ТА ПАТОЛОГІЧНОЇ ФІЗІОЛОГІЇ

Сертифікат
Зубрицька Т.Р.

Учасника VI науково-практичної internet-конференції з міжнародною участю

**МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ І ХВОРОБ
ТА ЇХ ФАРМАКОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ**

Реєстраційне посвідчення № 556 Державної наукової установи «Український інститут науково-технічної експертизи та інформації» від 19.12.2022 р.

Обсягом 9 год/0,3 кредита ЄКТС

В. о. ректора
Національного фармацевтичного університету,
доктор фармацевтичних наук, професор
Заслужений діяч науки і техніки України

Проректор закладу вищої освіти
з науково-педагогічної роботи
Національного фармацевтичного університету,
доктор фармацевтичних наук, професор



Алла КОТВИЦЬКА

Інна ВЛАДИМИРОВА

16 листопада 2023 року

КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ



Міністерство охорони здоров'я України
Національний фармацевтичний університет
Кафедра клінічної фармакології
та клінічної фармації

The Ministry of HealthCare of Ukraine
National University of Pharmacy
Department of Clinical Pharmacology
and Clinical Pharmacy

СЕРТИФІКАТ

CERTIFICATE

№ 112

Цим засвідчується, що

This is to certify that

Зубрицька Т.Р.

брав(ла) участь у роботі Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції з міжнародною участю "Клінічна фармація в Україні та світі", присвяченої 30-річчю заснування кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації Національного фармацевтичного університету
16-17 березня 2023 р., м. Харків

participated in the All-Ukrainian scientific and practical Internet-conference with international participation "Clinical pharmacy in Ukraine and the World", dedicated to the 30th anniversary of the Department of Clinical Pharmacology and Clinical Pharmacy of the National University of Pharmacy founding
March 16-17, 2023, Kharkiv



В.о. ректора НФаУ, проф.

Проректор з науково-педагогічної роботи НФаУ, проф.

Завідувачка кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації, проф.



Алла КОТВИЦЬКА

Інна ВЛАДИМИРОВА

Катерина ЗУПАНЕЦЬ

2023

Національний фармацевтичний університет

Факультет фармацевтичних технологій та менеджменту
Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації
Ступінь вищої освіти магістр
Спеціальність 226 Фармація, промислова фармація
Освітня програма Клінічні дослідження

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
клінічної фармакології
та клінічної фармації

Ігор КІРЕЄВ

«12» вересня 2023 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧКИ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Тетяни ЗУБРИЦЬКОЇ

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Вивчення рівня обізнаності різних верств населення щодо норми здоров'я»
керівник кваліфікаційної роботи: Наталія БЕЗУГЛА, к.мед.н., доцент
затверджений наказом НФаУ від «01» листопада 2023 року № 242.
2. Строк подання здобувачкою вищої освіти кваліфікаційної роботи: грудень 2023 р.
3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: хронічні неінфекційні захворювання, цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, фактори ризику, поширеність, прихильність до лікування, медична грамотність пацієнтів, контроль захворювань.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):
 - аналіз детермінантів здоров'я, хронічних неінфекційних захворювань та медичної компетентності населення;
 - поширеність, фактори ризику, фінансові наслідки хронічних неінфекційних захворювань;
 - вивчення рівня обізнаності населення щодо норми здоров'я;
 - розробка підходів підвищення рівня обізнаності населення щодо факторів розвитку хронічних неінфекційних захворювань.
5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): таблиць – 26, рисунків – 3.

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Ім'я, ПРИЗВИЩЕ, посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
I	Наталія БЕЗУГЛА, доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації	12.09.2023 р.	12.09.2023 р.
II	Наталія БЕЗУГЛА, доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації	12.09.2023 р.	12.09.2023 р.
III	Наталія БЕЗУГЛА, доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації	12.09.2023 р.	12.09.2023 р.

7. Дата видачі завдання: «12» вересня 2023 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів кваліфікаційної роботи	Примітка
1.	Визначення теми кваліфікаційної роботи, розробка завдання і плану роботи	вересень 2023 р.	виконано
2.	Пошук літературних джерел, їх аналіз та підготовка 1 розділу роботи (огляд літератури)	вересень-жовтень 2023 р.	виконано
3.	Проведення дослідження: - розробка анкет; - обробка та аналіз отриманих результатів	жовтень 2023 р.	виконано
4.	Підготовка 2 та 3 розділу роботи (узагальнення отриманих результатів дослідження) та висновків	жовтень-листопад 2023 р.	виконано
5.	Представлення результатів дослідження під час науково-практичної конференції (підготовка тез доповіді)	листопад 2023 р.	виконано
6.	Оформлення роботи	грудень 2023 р.	виконано

Здобувачка вищої освіти

Тетяна ЗУБРИЦЬКА

Керівник кваліфікаційної роботи

Наталія БЕЗУГЛА

ВИТЯГ З НАКАЗУ № 242
по Національному фармацевтичному університету
від 01 листопада 2023 року

Затвердити тему, керівника та рецензента кваліфікаційної роботи здобувачу вищої освіти заочної форми здобуття освіти факультету медико-фармацевтичних технологій НФаУ 2024 року випуску:

№ з/п	Прізвище, ім'я по батькові здобувача вищої освіти	Тема кваліфікаційної роботи (українською мовою)	Тема кваліфікаційної роботи (англійською мовою)	Керівник кваліфікаційної роботи	Рецензент кваліфікаційної роботи
1.	Зубрицька Тетяна Ростиславівна	Вивчення рівня обізнаності різних верств населення щодо норми здоров'я	Assessening the awareness levels of different population segments regarding health norms	доц. Безугла Н. П.	проф. Бездітко Н. В.

ПІДСТАВА: службова записка завідувача кафедри про затвердження теми кваліфікаційної роботи, керівника та рецензента.
З оригіналом згідно:

Декан факультету медико-фармацевтичних технологій _____ О.І. Набока



ВИСНОВОК**Комісії з академічної доброчесності про проведену експертизу
щодо академічного плагіату у кваліфікаційній роботі
здобувача вищої освіти**

№ 121955 від « 6 » грудня 2023 р.

Проаналізувавши випускню кваліфікаційну роботу за магістерським рівнем здобувача вищої освіти заочної форми навчання Зубрицької Тетяни Ростиславівни, 5 курсу, _____ групи, спеціальності 226 Фармація, промислова фармація, на тему: «Вивчення рівня обізнаності різних верств населення щодо норми здоров'я/ Assessening the awareness levels of different population segments regarding health norms», Комісія з академічної доброчесності дійшла висновку, що робота, представлена до Екзаменаційної комісії для захисту, виконана самостійно і не містить елементів академічного плагіату (копії).

Голова комісії,
професор



Інна ВЛАДИМИРОВА

1%

13%

ВІДГУК

**наукового керівника на кваліфікаційну роботу ступеня вищої освіти
магістр, спеціальності 226 Фармація, промислова фармація**

Тетяни ЗУБРИЦЬКОЇ

**на тему: «Вивчення рівня обізнаності різних верств населення щодо
норми здоров'я»**

Актуальність теми. Проблема збереження здоров'я людини завжди є актуальною, оскільки безпосередньо впливає на якість життя, тривалість і продуктивність населення. Негативні зміни стану здоров'я населення України в останні десятиріччя можуть бути пояснені епідемією хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ). Для зменшення їх впливу на здоров'я населення та економічний розвиток країни, необхідні комплексні заходи, що включають поліпшення доступності та якості медичної допомоги, популяризацію здорового способу життя, збільшення обізнаності про захворювання та їх ранню діагностику, а також забезпечення економічної та соціальної підтримки для хворих.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість. Результати проведеного дослідження свідчать, що обізнаність населення щодо норми здоров'я та факторів ризику розвитку хронічних захворювань є незадовільним. Загальні фактори ризику розвитку ХНІЗ піддаються ранній корекції, тому підвищення рівня обізнаності населення щодо їх розповсюдження та виявлення, активна просвітницька діяльність з залученням різних форм та методів сприятиме зниженню поширеності ХНІЗ.

Оцінка роботи. У процесі виконання кваліфікаційної роботи здобувачка вищої освіти Тетяна ЗУБРИЦЬКА опанувала навички роботи з науковою літературою, закріпила теоретичні знання та провела дослідницьку роботу, яка свідчить про належний рівень знань щодо досліджуваної проблеми. Структура кваліфікаційної роботи повністю відповідає меті та завданню дослідження.

Робота викладена грамотно, науковою мовою, логічно й послідовно відображає отримані результати дослідження.

Загальний висновок та рекомендації про допуск до захисту. За актуальністю, структурою, глибиною та обсягом наукових досліджень кваліфікаційна робота здобувачки вищої освіти Тетяни ЗУБРИЦЬКОЇ в цілому є закінченою науковою працею, належним чином структурованою, відповідає вимогам, які висуваються до кваліфікаційних робіт, і може бути надана до захисту до Екзаменаційної комісії.

Науковий керівник

Наталія БЕЗУГЛА

«06» грудня 2023 р.

РЕЦЕНЗІЯ

**на кваліфікаційну роботу ступеня вищої освіти магістр, спеціальності
226 Фармація, промислова фармація**

Тетяни ЗУБРИЦЬКОЇ

**на тему: «Вивчення рівня обізнаності різних верств населення щодо
норми здоров'я»**

Актуальність теми. Значною проблемою охорони здоров'я світу та України є хронічні неінфекційні захворювання (ХНІЗ), які складають основний тягар хвороб у сучасних умовах. Значне поширення їх у більшості країн світу спричиняє масштабні несприятливі медико-соціальні наслідки та економічні збитки. Корекція факторів ризику та впровадження політики щодо підвищення медичної грамотності населення сприятиме зростанню профілактичних заходів, більш ранній діагностиці, що дозволить в майбутньому зменшити тягар ХНІЗ на економіку країн та сприятиме зростанню тривалості життя.

Теоретичний рівень роботи. Зміст роботи розкриває теоретичні питання, які узагальнюють існуючі дані про поширеність та фактори розвитку ХНІЗ. У роботі представлений зведений аналіз щодо факторів ризику та методів профілактики цукрового діабету та серцево-судинних захворювань.

Пропозиції автора з теми дослідження. Запропоновані автором рекомендації щодо підвищення обізнаності населення про фактори ризику розвитку ХНІЗ та методи їх профілактики мають право на розгляд і подальше впровадження.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість. Зроблені висновки роботи є аргументованими, мають практичне значення і заслуговують на більш детальне подальше практичне впровадження.

Недоліки роботи. В роботі присутні стилістичні та орфографічні помилки, є зауваження щодо оформлення окремих літературних посилань, що не впливає на зміст та значущість і загальне позитивне враження.

Загальний висновок і оцінка роботи. За актуальністю, структурою, глибиною та обсягом наукових досліджень кваліфікаційна робота здобувачки вищої освіти 2 курсу спеціальності 226 Фармація, промислова фармація Тетяни ЗУБРИЦЬКОЇ відповідає вимогам, які висуваються до кваліфікаційних робіт, і може бути надана до захисту до Екзаменаційної комісії.

Рецензент _____

проф. Наталія БЕЗДІТКО

«08» грудня 2023 р.

МОЗ України
Національний фармацевтичний університет

ВИТЯГ З ПРОТОКОЛУ №20

Засідання кафедри _____ клінічної фармакології та клінічної фармації _____

Національний фармацевтичний університет

м. Харків _____ «11» грудня 2023 р.
СЛУХАЛИ: Про представлення до захисту в Екзаменаційній комісії
випускної кваліфікаційної роботи на тему: «Вивчення рівня обізнаності різних верств
населення щодо норми здоров'я» / «Assessening the awareness levels of different
population segments regarding health norms»
здобувача вищої освіти 2 курсу, спеціальність – 226 Фармація, промислова фармація,
освітня програма – Клінічні дослідження, заочна форма навчання, НФаУ 2024 року
випуску

Зубрицької Тетяни Ростиславівни

прізвище, ім'я та по батькові

Керівник: _____
доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної
фармакології та клінічної фармації, к.мед.н.,
доцент Безугла Н.П.

Рецензент: _____
професор закладу вищої освіти кафедри клінічної
фармакології ІПКСФ, д.мед.н., професор Бездітко Н.В.

В обговоренні кваліфікаційної роботи брали участь:

Зав. кафедри, проф. І.В. Кіреєв; проф. К.Г. Щокіна; доц. Н.П. Безугла;
доц. С.В. Місюрьова; доц. І.А. Отрішко; доц. К.М. Ткаченко;
доц. О.С. Попов; ас. К.В. Ветрова.

ПОСТАНОВИЛИ: Рекомендувати до захисту в ЕК кваліфікаційну роботу здобувача вищої
освіти

Зубрицької Тетяни Ростиславівни

прізвище, ім'я та по батькові

На тему: «Вивчення рівня обізнаності різних верств населення щодо норми здоров'я»
/ «Assessening the awareness levels of different population segments regarding health
norms»

Завідувач кафедри

_____ (підпис)

Ігор КІРЕЄВ

Секретар

_____ (підпис)

Катерина ТКАЧЕНКО

НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**ПОДАННЯ
ГОЛОВІ ЕКЗАМЕНАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ
ЩОДО ЗАХИСТУ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ**

Направляється здобувачка вищої освіти Тетяна ЗУБРИЦЬКА до захисту кваліфікаційної роботи

за галуззю знань 22 Охорона здоров'я

спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація

освітньою програмою Клінічні дослідження

на тему: «Вивчення рівня обізнаності різних верств населення щодо норми здоров'я».

Кваліфікаційна робота і рецензія додаються.

Декан факультету _____ / Ольга НАБОКА /

Висновок керівника кваліфікаційної роботи

Здобувачка вищої освіти Тетяна ЗУБРИЦЬКА виконала кваліфікаційну роботу на високому науковому рівні, самостійно та повністю виконала всі необхідні дослідження, продемонструвала належний рівень теоретичних знань з проблеми та вмінь роботи з науковою літературою та аналізом отриманих даних. За структурою та змістом кваліфікаційна робота відповідає вимогам та рекомендується до захисту в Екзаменаційній комісії.

Керівник кваліфікаційної роботи _____ Наталія БЕЗУГЛА

«06» грудня 2023 р.

Висновок кафедри про кваліфікаційну роботу

Кваліфікаційну роботу розглянуто. Здобувачка вищої освіти Тетяна ЗУБРИЦЬКА допускається до захисту даної кваліфікаційної роботи в Екзаменаційній комісії.

Завідувач кафедри
клінічної фармакології
та клінічної фармації

_____ Ігор КІРЕЄВ

«11» грудня 2023 року

Кваліфікаційну роботу захищено

у Екзаменаційній комісії

«14» лютого 2024 р.

З оцінкою _____

Голова Екзаменаційної комісії,

д.фарм.н., професор

_____ /Оксана МІЩЕНКО /