

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

**Удосконалені підходи до вибору технологій профілактики
неінфекційних захворювань на рівні первинної медичної допомоги
за впливом на харчування та фізичну активність пацієнтів
(методичні рекомендації)**

Чернівці - 2023

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

ЗАТВЕРДЖЕНО

Протокол Вченої ради

№13 від 25 травня 2023 року

**Удосконалені підходи до вибору технологій профілактики
неінфекційних захворювань на рівні первинної медичної допомоги
за впливом на харчування та фізичну активність пацієнтів
(методичні рекомендації № 4-2023)**

УДК : 616-021-084-056.25:615.825:614.212(072)

У 31

Установа-розробник:

Буковинський державний медичний університет МОЗ України

Укладачі:

Власик Любов Йосипівна – PhD, доцент закладу вищої освіти кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я БДМУ (380 50 747 1015)

Рингач Наталія Олександрівна – д. н. держ. упр., професор Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, м. Київ, Україна (380 067 37 94 463)

Рецензенти:

Професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування НУОЗ України імені П.Л. Шупика, д. мед. н., професор, дійсний член Академії наук вищої освіти України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки **Ніна Григорівна Гойда**

Завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського д. мед. н., професор **Наталія Олександрівна Теренда**

ЗМІСТ

Зміст	Сторінка
Перелік умовних скорочень	5
Вступ	6
Поширеність нездорового харчування серед економічно активного населення	8
Що потрібно враховувати при плануванні групових освітніх заходів або індивідуальних профілактичних консультувань щодо харчування?	10
Поширеність недостатньої фізичної активності серед економічно активного населення	11
Що потрібно пам'ятати при плануванні групових освітніх заходів або індивідуальних профілактичних консультувань щодо фізичної активності?	13
Загальні правила застосування профілактичних технологій	14
Інтервенційні складові контролю за харчуванням та фізичної активності пацієнтів	16
Алгоритм застосування профілактичних втручань	17
Схема «Алгоритм дій лікаря ПМД для підвищення контролю за харчуванням та фізичної активності пацієнтів»	19
Висновки	20
Рекомендована література	21

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ДІ – довірчий інтервал
- ЗМІ – засоби масової інформації
- ЗОЗ – заклади охорони здоров'я
- ЗСЖ – здоровий спосіб життя
- ІХС – ішемічна хвороба серця
- ЕАН – економічно активне населення
- НІЗ – неінфекційні захворювання
- ПМД – первинна медична допомога
- ФА – фізична активність
- ФР – фактор ризику
- ЦД – цукровий діабет
- ЦСР – Цілі Сталого Розвитку
- DALY – (disability adjusted life years) втрачені роки життя через передчасну смерть та інвалідність

ВСТУП

У Цілях Сталого Розвитку (ЦСР) до 2030 року задекларовано необхідність підвищення пріоритетності профілактики неінфекційних захворювань (НІЗ) та модифікації керованих факторів ризику (ФР) [1].

ЦСР, 2015 року

ціль 3 – забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю
для всіх в будь-якому віці,

3.4 – зменшення передчасної смертності від НІЗ на третину

В Україні є нагальна потреба вивчення реального стану та динаміки поширеності ФР у різних групах населення для впровадження профілактичних програм [2, 3]. Потребують удосконалення підходи до організації комплексних втручань, які сприяли б підвищенню ефективності попередження поєднаної патології [4, 5].

За різними оцінками, недостатнє споживання фруктів і овочів є причиною близько 14% випадків смерті від раку шлунково-кишкового тракту, 11% випадків смерті від ішемічної хвороби серця (ІХС) і 9% випадків смерті від інсульту. Рівні смертності та втрачених років життя, скорегованих на інвалідність DALY, які пов'язані з недостатнім споживанням фруктів і овочів, є найвищими саме в європейських країнах.

Недостатня фізична активність (ФА) є четвертим за значенням ФР смертності в світі та основною причиною 21-25% випадків раку молочної залози і товстої кишки, 27% випадків цукрового діабету (ЦД) і 30% випадків ІХС. Фізична бездіяльність відповідає за 9% передчасної смертності [6, 7].

Аналіз зарубіжного досвіду практичних підходів та рекомендацій щодо фізичної активності (ФА) показав, що саме вона є генератором здорового способу життя. До того ж описано «сім кращих інвестицій в охорону здоров'я», серед яких рекомендується впровадження пропагування ФА у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) [8]. В Україні був би доречним досвід багатофакторного підходу у співпраці первинної медичної допомоги (ПМД) із асоціаціями різних

фахівців. Успіх індивідуальної профілактики залежить від своєчасного виявлення осіб із ФР, їх обізнаності щодо необхідних дій та запровадження профілактичного консультування [9-11]. Основні напрями комунікативної діяльності сімейних лікарів (терапевтів) повинні бути комплексними залежно від цільових груп та скеровані на зміну поведінки населення [12].

В Україні існує нагальна потреба удосконалення профілактичної допомоги на первинному рівні, зокрема, у царині розширення її форм і спектру, застосування більш ефективних багатофакторних втручань, враховуючи отримані нами дані, що з половини респондентів (49%), які повідомили про отримання рекомендацій, лише кожний четвертий дотримувався їх (в основному щодо контролю харчування та споживання овочів та фруктів).

Нами удосконалено підходи до вибору технологій профілактики НІЗ на рівні первинної ланки (від коротких втручань до елементів коучингу і спільного прийняття рішень) та планування багатофакторного втручання на індивідуальному рівні для пацієнтів з числа економічно активного населення (ЕАН). Новизна методики полягає у komponуванні інтервенційних складових ФР, які виділені на основі епідеміологічного дослідження способу життя та досвіду звернень за медичною допомогою ЕАН Чернівецької області напередодні пандемії COVID-19. Вперше виділено групу осіб, зайнятих на ринку, та проведене порівняння наявних у них ФР з такими серед інших категорій працюючих (група «ярмарок» з відвідувачів заходу). Лікарям пропонується чіткий алгоритм дій від оцінки контролю харчування пацієнта, його фізичної активності через визначення рівня медичної грамотності до підбору профілактичних технологій. Пропонується поєднане втручання щодо корекції харчування та оптимізації фізичної активності, адже така парна комбінація ФР (нездорове харчування + недостатня фізична активність) зустрічається найчастіше – 47% усієї різноманітності поєднань за результатами нашого дослідження.

Поширеність нездорового харчування серед економічно активного населення

Аналіз суб'єктивної оцінки харчування показав, що більше половини респондентів з числа ЕАН (54%) споживали недостатню кількість фруктів, частіше чоловіки (63%), ніж жінки (51%) ($p < 0,001$)¹; недостатню кількість овочів (крім картоплі) (42%) – 47% чоловіків, 36% жінок ($p < 0,001$); 78% респондентів недостатньо споживали рибу (частіше чоловіки групи «ярмарок»). Різниця у споживанні солоних та копчених продуктів: 76% чоловіків та 66% жінок не обмежували споживання, ($p < 0,001$). Споживання недостатньої кількості нежирних сортів м'яса відмітили 66% респондентів «ярмарок» та 57% групи «ринок», проте останні у 71% випадків не обмежували тваринні жири. Загалом, не використовували достатньо рослинної олії у приготуванні страв та не обмежували тваринні жири 76% респондентів.

За результатами опитування 15% респондентів дотримувалися в харчуванні посту. Дві третини із зайнятих на ринку не обмежували смажене – 71%; фаст-фуд вживали 17% респондентів. Зайняті на ринку, незалежно від статі, частіше не обмежували солодкі продукти 80%, ніж респонденти «ярмарок» 59%, ($p < 0,001$). Не обмеження солі зменшувалося з віком: 74% у молодому віці та 68% у середньому віці ($p = 0,040$). Відмінності між харчовими звичками чоловіків та жінок серед зайнятих на ринку виявлені лише в обмеженні тваринних жирів; серед відвідувачів ярмарки – у споживанні фруктів, овочів, риби та в обмеженні солоного та солодкого.

Контролювали за харчування 55% чоловіків та 65% жінок у групі «ярмарок», по 34% у групі «ринок». Не визначилися щодо контролю за харчуванням 16% респондентів.

Однаково низький контроль за харчуванням чоловіків та жінок, зайнятих на ринку, пов'язаний із однаковими умовами праці. Усі необхідні продукти харчування для них були доступнішими, тому корисні продукти вони споживали частіше, ніж решта представників ЕАН, проте обмежували тваринні

¹ Різницю вважали достовірною при $p < 0,05$, за 95% ДІ

жири, солоні продукти рідше (особливо чоловіки), тому що це потребувало певних зусиль та контролю. Доступність та великий вибір продуктів розширював можливості рекомендацій щодо здорового харчування.

Серед респондентів ринку виділялися вікові групи, які найменше контролювали своє харчування: молоді чоловіки та жінки середнього та літнього віку, стаж зайнятості на ринку яких був достатньо тривалим (до 30 років).

У групі «ярмарок» увага респондентів-чоловіків до складу харчування поступово зростала з віком, на відміну від жінок, близько 65% яких слідували за своїм харчуванням незалежно від віку.

Найбільш інформативним показником недостатнього контролю харчової поведінки було недостатнє споживання фруктів, яке перекликалося з недостатнім споживанням овочів (крім картоплі).

Що потрібно враховувати при плануванні групових освітніх заходів або індивідуальних профілактичних консультацій щодо харчування?

1. Доступність продуктів харчування для певних категорій населення в залежності від виду зайнятості різна.
2. Доступність корисних та шкідливих продуктів однакова, збільшується/ зменшується одночасно.
3. Для обмеження продуктів або шкідливих добавок потрібно достатні медична грамотність, мотивація та активність людини щодо збереження власного здоров'я.
4. Однакові умови праці (ринок) зменшують різницю між характеристиками харчування чоловіків та жінок.
5. Чоловіки, як правило, посилюють контроль за харчуванням з віком.
6. З віком усі пацієнти більш схильні обмежувати надлишкове вживання солі.
7. Пацієнти, яким важко оцінити власний контроль за харчуванням, за характеристиками наближаються до тих, хто контролює харчування.
8. Для оцінки контролю за харчуванням можна керуватися «достатнім споживанням різноманітних овочів», якщо споживання великої кількості фруктів не рекомендоване за станом здоров'я.
9. При наданні порад щодо контролю за харчуванням потрібно додавати «доступне» до вже традиційних для людини продуктів харчування та працювати над обмеженням шкідливого.
10. Із ФР найлегше піддається корекції нездорове харчування, особливо зміни вживання фруктів, овочів, що асоціюється із візитом до лікаря упродовж року.

Поширеність недостатньої фізичної активності серед економічно активного населення

Щоденну фізичну зарядку не виконували 85% респондентів, частіше у групі «ринок» (88%), ніж у групі «інші категорії» (група з відвідувачів ярмарку та державних службовців, опитаних під час профілактичних оглядів) – (82%), ($p=0,002$). Регулярними фізичними вправами 4-5 разів на тиждень тривалістю не менше 30 хвилин займалися лише 11% респондентів, 13% чоловіків та 9% жінок, ($p=0,026$). Заняття фізичними вправами 2-3 рази на тиждень мали 13% опитаних, без достовірної різниці за статтю, проте, із значними відмінностями між групами, зокрема, у групі «ринок» 9%, «інші категорії» 17%, ($p<0,001$). Заняття 1-2 рази на тиждень відвідували 10% респондентів, у групі «ринок» 8%, у групі «інші категорії» 13%, ($p<0,001$).

Респонденти віком молодше 25 років більше уваги приділяли заняттям 4-5 разів на тиждень (18%), ніж віком від 25 до 45 років (12%) ($p=0,030$), що загалом становило 13% і переважало показник серед осіб старших 45 років – 8%, ($p=0,005$). Найбільша відмінність спостерігалася щодо виконання щоденної фізичної зарядки: серед осіб до 44 років – 11%; у віковій групі старше 45 років – 22%, ($p<0,001$). Особи віком 25-44 роки, зайняті на ринку, значно рідше робили фізичну зарядку ($p<0,01$), рідше займалися фізичними вправами 2-3 рази на тиждень ($p<0,001$) та 1-2 рази на тиждень ($p<0,05$), ніж їхні однолітки, не зайняті на ринку.

Свою професійну діяльність пов'язували з фізичним навантаженням 31% респондентів, більше у групі «ринок» (36%), ніж «ярмарок» (21%), ($p<0,001$). Для чоловіків групи «ринок» фізична робота була більш звичною (40%), ніж для чоловіків групи «ярмарок» (21%), ($p<0,001$). Чоловіки групи «ярмарок» та «службовці» у середньому віці частіше практикували достатню ходьбу пішки, ніж зайняті на ринку (58% проти 35%), ($p=0,019$). Загалом, про достатню ходьбу пішки, повідомили 45% респондентів. Працювали сезонно на присадибних ділянках 31% респондентів, чоловіки рідше (27%), ніж жінки (34%), ($p=0,013$). Вільний час на свіжому повітрі проводили у групі «ринок» -

47%, у групі «ярмарок» – 64% осіб, ($p < 0,001$). Найменше у вихідні відпочивали жінки, зайняті на ринку (43%) у порівнянні з чоловіками «ринок» (51%), ($p = 0,044$) та жінками з інших категорій (67%), ($p < 0,001$).

Багато часу поза основною діяльністю займала робота по господарству (в т.ч. «хатня»), про що відмітили 47% респондентів. Основна відмінність спостерігалася між жінками групи «ринок» (67%) та «ярмарок» (44%) ($p < 0,001$). Чоловіки, які проживали в районах області та були зайняті на ринку, частіше повідомляли про роботу по господарству (51)%, ніж міські мешканці (33)%, ($p = 0,012$), проте, рідше, ніж жінки з сільської місцевості (69%), ($p = 0,043$).

У вихідні дні респонденти працювали за комп'ютером, про що повідомило 14% осіб, з них 20% чоловіків та значно менше жінок 8% ($p < 0,001$). Просто «сиділи» в мережі Інтернет 26% респондентів, більше чоловіків 31%, ніж жінок 21%, ($p < 0,001$). Переглядали у вільний час телепередачі 27% респондентів, частіше у групі «ринок» (31%), ніж у групі «ярмарок» (19)%, ($p < 0,001$). Читали книги 19% респондентів, 16% чоловіків та 22% жінок ($p = 0,022$). Просто відсипалися на вихідних 18% респондентів, 22% чоловіків та 15% жінок ($p = 0,009$).

Опитування амбулаторних пацієнтів показало, що знали, про здоровий спосіб життя (ЗСЖ) 78% пацієнтів, така ж частка респондентів відповіла, що правильне харчування входить у поняття ЗСЖ. Щодо решти складових були відмінності між відповідями тих, хто знає, що таке ЗСЖ та тих, хто не відповів на це запитання: фізична активність – 78% проти 47%; активний відпочинок - 47% проти 15%; відсутність шкідливих звичок 71% проти 36% ($p < 0,001$).

Серед тих, хто займався регулярно фізичними вправами, було більше осіб з вищою освітою (69%). Мотивами до занять були: збереження здоров'я (65%); підтримка фігури/осанки (35%); зменшення маси тіла (28%); активне дозвілля (28%); розвиток фізичних можливостей (23%). Жінки частіше опікувалися фігурою, а чоловіки активним дозвіллям та розвитком фізичних можливостей. Респонденти, хто займався фізичними вправами, частіше дотримувалися режиму харчування: 45% проти 27% ($p = 0,008$).

Що потрібно пам'ятати при плануванні групових освітніх заходів або індивідуальних профілактичних консультувань щодо фізичної активності?

1. ФА необхідно розглядати за видами:
 - активна/свідома (зарядка, заняття, спорт, активний відпочинок);
 - пасивна /вимушена (робота з навантаженням, робота по господарству, робота на присадибній ділянці, віддаленість роботи, незручний маршрут транспорту);
 - змішана - складові, якими можна оперувати (ходьба пішки).
2. Часто брак занять фізичною культурою пацієнти компенсують додатковими видами щоденної рухової активності.
3. Для рекомендацій виду ФА важливо: вік (молоді більш прихильні до систематичних занять у залі, люди літнього віку – до фізичної зарядки); зайнятість (зв'язок із фізичними навантаженнями); місце проживання (наявність господарства, присадибної ділянки); віддаленість від місця роботи (переважний вид транспорту, маршрут).
4. ФА рідко асоціюється із візитом до лікаря упродовж року (як контроль харчування), а визначається рівнем зайнятості та індивідуальними умовами (за виключенням фізичної зарядки).
5. ФА суттєво впливає на самооцінку стану здоров'я пацієнта та залежить від наявних захворювань.
6. Розуміння ролі ФА для здоров'я є однією із характеристик медичної (санітарної) грамотності, що ми спостерігали при опитуванні амбулаторних пацієнтів.
7. Ефективність профілактичних консультувань лікаря можна оцінювати за дотриманням пацієнтами рекомендацій щодо ФА.
8. У рекомендаціях щодо ФА, персоналізованим підходом буде додавання «можливого» до «наявного», адже зайнятість пацієнта є визначальною.

Загальні правила застосування профілактичних технологій

1. Перед профілактичним втручанням необхідно оцінити ступінь медичної (санітарної) грамотності пацієнта (неадекватна, гранична, належна) [254] та застосувати освітні технології.

2. Будь-які (короткі, поглиблені, індивідуальні, групові) інформаційно-мотиваційні технології, які проводяться на різних рівнях надання медичної допомоги, мають кумулятивний ефект і допомагають лікарю первинної ланки психологічно підготувати залучення пацієнта до організації власного здоров'я.

3. Поінформовані пацієнти краще відгукуються на профілактичні втручання, які надаються на спеціалізованому рівні медичної допомоги [13].

4. Вибір технологій профілактики НІЗ на рівні ПМД та планування багатфакторного втручання на індивідуальному рівні здійснюється за рахунок компонування інтервенційних складових ФР.

5. Зміна поведінки – це тривалий процес, і різні люди проходять етапи змін із різною швидкістю.

6. Цифрові технології в охороні здоров'я розглядаються як інструменти для покращання взаєморозуміння, спілкування та впливу на ФР, що дозволяє поширити втручання первинної профілактики за межами медичних закладів [14, 15].

7. При виборі проведення одночасних або послідовних втручань для багатфакторних поведінкових способів життя слід враховувати наступне:

- масштабніші заходи потребують більшої активності з боку пацієнтів, пацієнти можуть відчувати менше автономії через отримання множинної інформації під час першого візиту і зразу ж відмовитися;
- послідовні втручання вимагають менше когнітивних зусиль, але неодноразові візити. На етапі підготовки до однієї поведінки вони повинні готуватися змінити іншу [16].

8. Менш успішною є первинна та вторинна профілактика серед соціально-економічно вразливих груп населення. Детермінантами вразливості

виступають освіта, зайнятість, етнічна приналежність, життєва ситуація. Рівень участі в медичних оглядах та подальших візитах достовірно нижчий серед осіб з низьким соціально-економічним статусом [17].

9. Сприяти промоції здоров'я можна за допомогою соціального маркетингу, який заохочує до зміни поведінки цільову аудиторію, а не одну людину за допомогою клієнт-орієнтованого підходу з використанням засобів масової інформації (ЗМІ). ЗМІ відіграють вирішальну роль у заохоченні до здорової поведінки і повинні стати спільниками у боротьбі з НІЗ [18, 19].

10. У лікаря первинної ланки як інструмент консультування пацієнтів є короткі втручання (3-20хв.), які покликані виявити проблему, дати інформацію, мотивувати і підтримати.

11. Більш структурованою є технологія мотиваційного інтерв'ювання (MI), яка використовує інструмент 5 «А»: оцінити, порадити, погодити, допомогти, організувати подальші дії (Assess. Advise. Agree. Assist. Arrange-follow up) [20].

12. Елементи коучингу, на певному етапі взаємодії лікаря і пацієнта, надають пацієнту можливість визначитися з конкретними профілактичними кроками, які реально здійснити в його умовах. «Що конкретно Ви могли б змінити прямо зараз? Що заважає Вам зробити це вже сьогодні?», – такі запитання потрібно ставити обізнаним та підготовленим пацієнтам. Частина достатньо широкого набору методів та підходів коучингу уже знайома сімейним лікарям [21].

13. Спільне прийняття рішень є основою пацієнт орієнтованого підходу у взаємодії з пацієнтом, але не усі пацієнти здатні брати на себе відповідальність за їх виконання.

14. Розширення можливостей – лікар довіряє пацієнту контроль за певними показниками стану здоров'я та надає можливість корегувати їх в межах визначених «червоних прапорців». Це наша мета.

Інтервенційні складові контролю за харчуванням та фізичної активності пацієнтів у рамках профілактики НІЗ

Інтервенційні складові дозволяють деталізувати ФР та дозволяють скомпонувати вплив з вузьких цілеспрямованих дій, враховуючи обставини конкретного пацієнта.

Контроль за харчуванням:

- споживання фруктів;
- споживання овочів (крім картоплі);
- споживання риби;
- обмеження солі;
- обмеження солодкого;
- обмеження тваринних жирів.

Фізична активність:

- активна/свідома
 - ранкова гімнастика;
 - заняття в спортивному/фітнес залі 30 хв. 4-5 разів на тиждень / 2-3 рази на тиждень / 1-2 рази на тиждень;
- пасивна/вимушена
 - робота пов'язана з фізичним навантаженням;
 - робота по господарству; робота на присадибній ділянці;
- змішана/ за вибором
 - ходьба пішки;
- проведення вільного часу
 - активний відпочинок на свіжому повітрі;
 - хатні справи;
 - перегляд телепередач;
 - перебування, спілкування в соціальних мережах;
 - робота за комп'ютером;
 - читання книг;
 - денний сон і т.і.

Алгоритм дій лікаря ПМД для підвищення контролю за харчуванням та фізичної активності пацієнтів

1. Цікавимось самооцінкою пацієнта щодо його контролю за харчуванням.
2. Проводимо власну оцінку за інтервенційними складовими.
3. Діємо відповідно до 3-х варіантів:
 - Пацієнт контролює своє харчування (набір продуктів, режим) – уточнюємо наскільки правильно він це робить, встановлюємо бажані результати.
 - Пацієнт вагається у визначенні власного контролю за харчуванням (доведено, що в таких випадках більшість елементів він, все-таки, контролює) – уточнюємо, що є доступним і реальним для забезпечення повноти контролю.
 - Пацієнт не контролює як він харчується – вияснюємо, що є негативним у харчуванні за впливом на здоров'я, що доступно і реально обмежити/добавити на даний момент.
4. Цікавимось самооцінкою пацієнта щодо його фізичної активності.
5. Проводимо власну оцінку за інтервенційними складовими.
6. Діємо відповідно до 3-х варіантів:
 - Пацієнт вважає себе фізично активним – уточнюємо наскільки достатньою є фізична активність, встановлюємо бажані результати.
 - Пацієнт вагається у визначенні власної фізичної активності (доведено, що в таких випадках більшість елементів фізичної активності є вимушеними) – уточнюємо, що є можливим (з активних складових) і реальним для забезпечення фізичної активності відповідно до віку, статі, зайнятості, стану здоров'я.
 - Пацієнт не вважає себе фізично активним – з'ясовуємо, що є причиною сидячого способу життя, добавляємо змішані складові фізичної активності (ходьба пішки), активні/свідомі (починаємо з фізичної зарядки), рекомендуємо активний відпочинок.
7. Оцінюємо медичну грамотність пацієнта:

неадекватна, гранична, належна.

8. Застосовуємо відповідні освітні технології (індивідуальні, групові, з використанням друкованих матеріалів, Інтернет ресурсів, ін.).

Звертаємо увагу на харчування (вживання фруктів, овочів, риби, нежирних сортів м'яса; обмеження солі, цукру, тваринного жиру, смаженого); фізичну активність (щоденна зарядка, заняття фізичними вправами 3-5 р/тиждень, активний відпочинок) додатково – ходьба пішки, робота з навантаженням, робота по господарству, на присадибній ділянці.

9. Для корекції харчування та фізичної активності пропонуються наступні форми профілактичних технологій:

- порада;
- коротка бесіда;
- профілактичне консультування (за результатами профілактичного обстеження);
- мотиваційне інтерв'ювання (для визначення готовності до змін);
- елементи коучингу (для вмотивованих осіб);
- спільне прийняття рішень (за належної медичної (санітарної) грамотності).

10. Очікуваний результат – підвищення відповідальності пацієнта за дотримання рекомендацій/рішень, у перспективі – розширення можливості самоконтролю стану здоров'я та способу життя, залучення до організації охорони власного здоров'я.

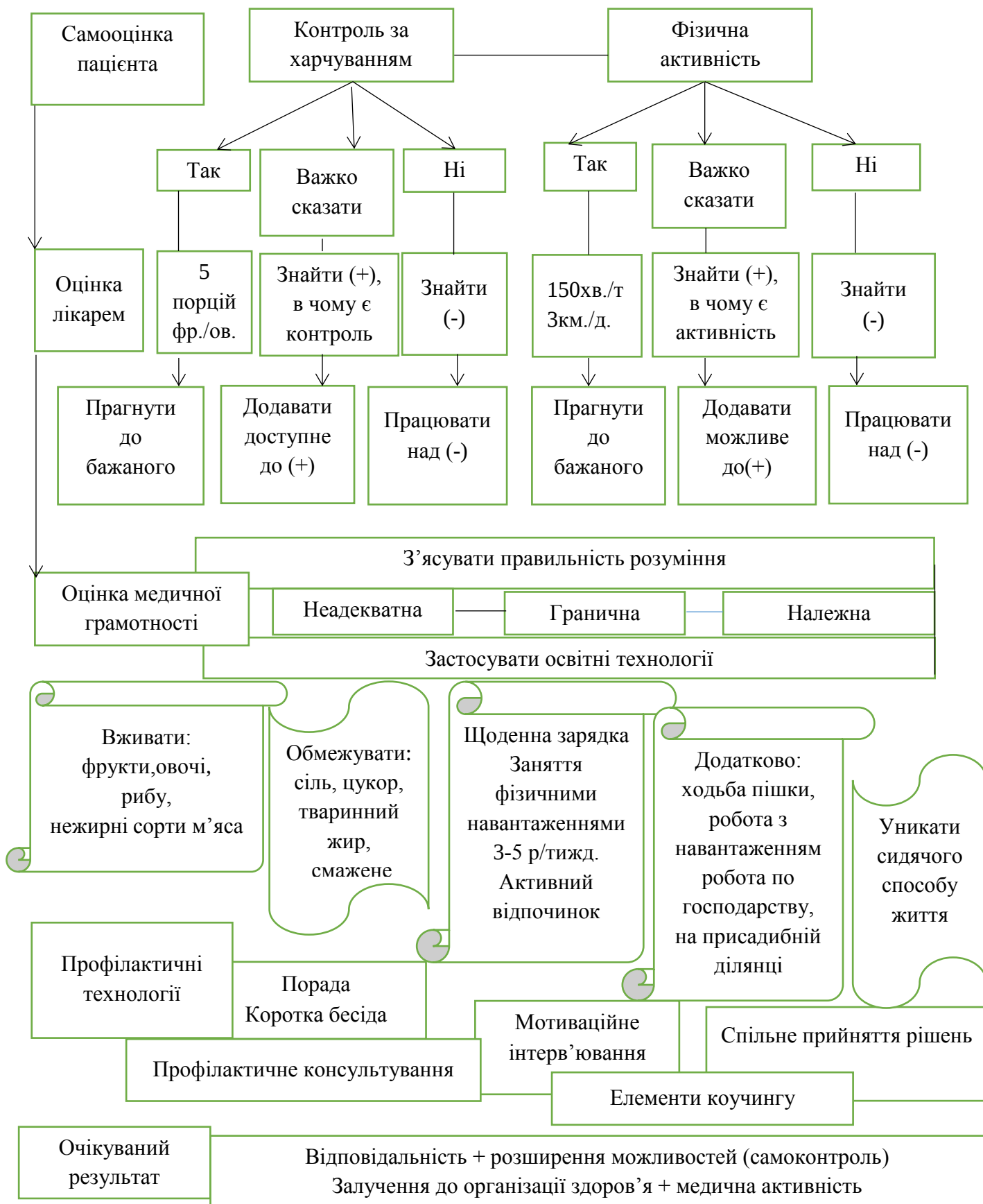


Рис. 1 Алгоритм дій лікаря ПМД для підвищення контролю за харчуванням та фізичної активності пацієнтів

Висновки

1. Врахування поширення ФР серед населення та їх особливостей за інтервенційними складовими розширює розуміння лікаря існуючої проблеми, полегшує вибір та забезпечує ефективність застосування профілактичних технологій.
2. Особливістю економічно активного населення є постійна зайнятість, яка є різноманітною за видами, що потребує активної участі пацієнта у виборі інтервенційних заходів в реальному часі (елементи коучингу, спільне прийняття рішень).
3. Ефективність застосування даної методики підтверджене результатами впровадженнями на практиці.

Перелік рекомендованої літератури

1. UN. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. [Internet]. UN; 2015 [cited 2020 Dec 24]. Available from : <https://undocs.org/en/A/RES/70/1>
2. WHO. STEPwise approach to surveillance (STEPS). [Internet]. WHO; 2019.[cited 2020 Dec 24]. Available from: <http://www.who.int/chp/steps/en/>.
3. Національний план заходів щодо НІЗ для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. Розпорядження КМУ від 26.07.2018р №530-р. [Ітернет]. [цитовано 2020 Груд 24]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/530-2018-%D1%80#Text>.
4. WHO. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. [Internet]. WHO; 2016 [cited 2020 Dec 24]. 28 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252275/9789241511650-eng.pdf?sequence=1>.
5. WHO. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. [Internet]. WHO:Regional committee for Europe. EUR/RC66/15; 2016 [cited 2020 Dec 24]. 43p. Available from: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf.
6. WHO. Global Recommendations on Physical Activity for Health. WHO; 2010 [cited 2020 Dec 24]. 60 p. Available from: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf>.
7. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk P, et al. Impact of Physical Inactivity on the World's Major Non-Communicable Diseases. Lancet. 2012;380(9838):219–29. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61031-9.
8. Blanchard C, Shilton T, Bull F. Global Advocacy for Physical Activity (GAPA): global leadership towards a raised profile. Global Health Promotion. 2013;20(Supp. 4):113-21. doi: 10.1177/1757975913500681.

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

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

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

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

13. Wang L, Mårtensson J, Zhao Y, Nygårdh A. Experiences of a health coaching self-management program in patients with COPD: a qualitative content analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2018 May 11;13:1527-1536. doi: 10.2147/COPD.S161410.

14. Gore MO, Krantz MJ, Albright K, Beaty B, Coronel-Mockler S, Bull S, et al. A controlled trial of mobile short message service among participants in a rural cardiovascular disease prevention program. *Prev Med Rep*. 2018 Nov 30;13:126-131. doi: 10.1016/j.pmedr.2018.11.021.

15. Silina V, Tessma MK, Senkane S, Krievina G, Bahs G. Text messaging (SMS) as a tool to facilitate weight loss and prevent metabolic deterioration in clinically healthy overweight and obese subjects: a randomised controlled trial. *Scand J Prim Health Care*. 2017 Sep;35(3):262-270. doi: 10.1080/02813432.2017.1358435.

16. Schulz DN, Kremers SP, Vandelanotte C, van Adrichem MJ, Schneider F, Candel MJ, et al. Effects of a web-based tailored multiple-lifestyle intervention for adults: a two-year randomized controlled trial comparing sequential and simultaneous delivery modes. *J Med Internet Res*. 2014 Jan 27;16(1):e26. doi: 10.2196/jmir.3094.

17. Waller M, Blomstrand A, Högberg T, Ariai N, Thorn J, Hange D, et al. A primary care lifestyle programme suitable for socioeconomically vulnerable groups - an observational study. *Scand J Prim Health Care*. 2016 Dec;34(4):352-359. doi: 10.1080/02813432.2016.
18. WHO. Noncommunicable diseases: what heads of state and government need to know. [Internet]. WHO/UN Development Programme; 2016 [cited 2020 Dec 24]. 6 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250226/WHO-NMH-NMA-16.92-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
19. Liao CH. Evaluating the Social Marketing Success Criteria in Health Promotion: A F-DEMATEL Approach. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Aug 31;17(17):6317. doi: 10.3390/ijerph17176317.
20. WHO. Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: healthy-lifestyle counselling. [Internet]. WHO; 2018 [cited 2020 Dec 26]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260422>.
21. Niebuhr F., Wilfling D., Hahn K., [Steinhäuser](#) J. Coaching from the perspective of family medicine. A systematic review. *Prevention und gesundheitsförderung*. 2018;13(2):91-96. doi: 10.1007/s11553-017-0636-8.

[illegible]