

STEPS

ПОШИРЕНІСТЬ ФАКТОРІВ
РИЗИКУ НЕІНФЕКЦІЙНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ
УКРАЇНА 2019

STEPS

ПОШИРЕНІСТЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ УКРАЇНА 2019

Анотація

В Україні, як і в інших країнах, неінфекційні захворювання (НІЗ) залишаються основною причиною захворюваності, втрати працездатності та передчасної смертності. Найефективнішим способом зменшити тягар НІЗ є запобігання їх розвитку шляхом вирішення поведінкових факторів ризику, які є причиною НІЗ на рівні загального населення та окремого індивіда: куріння, вживання алкоголю, надмірне споживання солі, недостатня фізична активність, надмірна вага та ожиріння, а також нездорове харчування.

В Україні у 2019 р. вперше проведено національне дослідження щодо поширеності основних факторів ризику НІЗ, яке відповідає затверджену ВООЗ поетапному підходу до епідагляду (STEPS). Результати дослідження дозволять сформувати об'єктивну точку зору на поточну ситуацію щодо поширеності факторів ризику НІЗ серед дорослого населення країни та визначити підходи до профілактики та боротьби з НІЗ в Україні найближчими роками.

Ключові слова

НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ
ФАКТОРИ РИЗИКУ
УКРАЇНА
ТЮТЮН
СПОЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ
ХАРЧУВАННЯ
ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ
ОЖИРІННЯ
АРТЕРІАЛЬНИЙ ТИСК
ХОЛЕСТЕРИН
СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Запити щодо публікацій Європейського регіонального бюро ВООЗ надсилайте за адресою:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Крім того, запити на документацію, інформацію з питань охорони здоров'я або дозвіл на цитування, або переклад документів ВООЗ можна отримати в онлайн-режимі на сайті регіонального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

WHO/EURO:2020-1468-41218-56061

© World Health Organization 2020

Окремі права захищені. Ця публікація доступна за умовами ліцензії Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Відповідно до умов цієї ліцензії дозволено копіювати, поширювати та адаптувати цю публікацію в некомерційних цілях за умови, що належним чином будуть надані посилання на неї, як зазначено нижче. Під час будь-якого використання цієї публікації не має бути жодних припущень щодо того, що ВООЗ підтримує будь-яку конкретну організацію, продукти чи послуги. Використання логотипу ВООЗ не дозволяється. У разі адаптації цієї роботи Ви повинні отримати таку ж саму ліцензію «Creative Commons» або її еквівалент. Якщо Ви робите переклад цієї роботи, Вам слід додати такий дисклеймер разом із запропованою цитатою: «Цей переклад не було виконано Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). ВООЗ не несе відповідальності за зміст або точність цього перекладу. Оригінал документу англійською мовою має перевагу над іншими версіями і є автентичним: Дослідження STEPS: поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань в Україні 2019 року. м. Копенгаген, Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2020 р.»

Будь-яке врегулювання спорів, що виникають через ліцензійні умови, проводиться відповідно до правил врегулювання спорів Всесвітньої організації інтелектуальної власності (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

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

Бібліографічні дані (CIP). Бібліографічні дані (CIP) доступні за посиланням: <http://apps.who.int/iris>.

Продаж, права та ліцензування. Для придбання публікацій ВООЗ див.: <http://apps.who.int/bookorders>. Щоб подати запити на комерційне використання, права та ліцензування, див.: <http://www.who.int/about/licensing>.

Матеріали третіх сторін. Якщо Ви бажаєте повторно використовувати матеріал із цієї роботи, який пов'язано з третьою стороною, наприклад, таблиці, малюнки чи зображення, то Ви нестимете відповідальність за визначення того, чи потрібен дозвіл на повторне використання, та за отримання дозволу від власника авторських прав. Ризик реклами, спричинених порушенням будь-якого компонента цієї статті, що належить третій стороні, покладається виключно на користувача.

Загальні відмови від відповідальності (дисклеймери). Позначення цієї публікації та наведені в ній матеріали не відображають будь-якої думки ВООЗ щодо правового статусу певної країни, території, міста чи району або їх органів влади, або щодо делімітації їх кордонів. Пунктирні лінії на географічних картах позначають приблизні кордони, щодо яких повну згоду поки не досягнуто.

Згадка певних компаній або продуктів окремих виробників не означає, що ВООЗ підтримує або рекомендує їх, віддаючи їм перевагу в порівнянні з іншими компаніями або продуктами аналогічного характеру, що не згадані в тексті. Крім випадків, коли мають місце помилки та пропуски, назви патентованих продуктів виділяються початковими великими літерами.

ВООЗ вжила всіх розумних запобіжних заходів для перевірки інформації, що міститься в цій публікації. Проте опубліковані матеріали поширюються без будь-якої явно вираженої або неявної гарантії їхньої правильності. Відповідальність за інтерпретацію і використання матеріалів покладається на користувачів. ВООЗ за жодних обставин не може нести відповідальності за збитки, пов'язані з використанням цих матеріалів.

Зміст

| | |
|--|--------------|
| Передмова доктора Максима Степанова, Міністра охорони здоров'я України | viii |
| Передмова доктора Ганса Генрі П. Клюге, директора Європейського регіонального бюро ВООЗ | x |
| Слова вдячності | xii |
| Список авторів | xiii |
| Абревіатури та скорочення | xvii |
| Резюме | xviii |
| 1. Загальна інформація | 1 |
| 1.1. Неінфекційні захворювання в світі | 1 |
| 1.2. НІЗ в Україні | 1 |
| 1.3. Поширеність факторів ризику НІЗ в Україні | 2 |
| 2. Цілі та завдання дослідження | 4 |
| 2.1. Цілі дослідження | 4 |
| 2.2. Завдання дослідження | 4 |
| 2.3. Обґрунтування дослідження | 5 |
| 3. Методологія дослідження | 6 |
| 3.1. Дизайн дослідження | 6 |
| 3.2. Визначення розміру вибірки | 6 |
| 3.3. Структура вибірки | 8 |
| 3.4. Процес збору даних | 10 |
| 4. Результати дослідження | 24 |
| 4.1. Соціально-демографічні дані | 24 |
| 4.2. Вживання тютюну | 25 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 4.3. | Споживання алкоголю | 28 |
| 4.4. | Харчування | 32 |
| 4.5. | Фізична активність | 34 |
| 4.6. | Підвищений артеріального тиск | 36 |
| 4.7. | Діабет | 37 |
| 4.8. | Підвищений загальний холестерин | 38 |
| 4.9. | Серцево-судинні захворювання | 39 |
| 4.10. | Рекомендації щодо способу життя | 40 |
| 4.11. | Скринінг на рак шийки матки та молочної залози | 41 |
| 4.12. | Фізичні вимірювання | 43 |
| 4.13. | Біохімічні дослідження | 46 |
| 4.14. | Ризик серцево-судинних захворювань | 50 |
| 4.15. | Комбіновані фактори ризику | 51 |
| 4.16. | Психічне здоров'я, депресія та суїцидальна поведінка | 52 |
| 4.17. | Насильство та травмування | 53 |
| 5. | Висновки | 60 |
| 5.1. | Основні з'ясовані факти | 60 |
| 5.2. | Сильні сторони та обмеження | 62 |
| 5.3. | Порівняння з іншими дослідженнями | 63 |
| 5.4. | Пропозиції щодо використання даних і подальшої роботи | 64 |
| | Список використаних джерел | 65 |

> Передмова

доктора Максима Степанова,
Міністра охорони здоров'я України

Неінфекційні захворювання (НІЗ) є головною причиною смертності в усьому світі, і Україна не становить винятку.

В Україні основний соціальний і економічний тягар неінфекційних захворювань зумовлений чотирма хворобами: **серцево-судинними захворюваннями, діабетом, онкологічними хворобами та хронічними обструктивними захворюваннями легень**. Ці хвороби призводять до тривалої неієздатності, зниження добробуту родин, зменшення продуктивності праці, а також до значного навантаження на системи охорони здоров'я.

НІЗ в Україні є причиною більш ніж **80% втрачених років потенційного життя через передчасну смертність та інвалідність**, а також близько **90% всіх смертей з високим рівнем передчасної смертності**.

Майже **80% загальної чисельності померлих в Україні** припадає на хвороби системи кровообігу, новоутворення, хвороби органів дихання. Така ситуація впливає і на **рівень середньої очікуваної тривалості життя**, який становить 72 роки (чоловіки – 66,3 роки, жінки – 76,3 роки), що є значно нижчим, порівняно з іншими європейськими країнами.

Найвища **смертність осіб у працездатному віці** відіграє основну роль у формуванні низького рівня очікуваної тривалості життя. Показники життєздатності українських чоловіків працездатного віку є не лише значно нижчими, ніж у Західній Європі, але й помітно поступаються показникам країн Центральної Європи, зокрема ймовірність дожити від 15 до 60 років становить для українських чоловіків близько 62%, тоді як у Західній Європі – понад 90%, а у найближчих наших сусідів (Польщі, Чехії, Словаччині, Болгарії) – близько 80%. Для жінок розрив у цих показниках є менш суттєвим.

Для України, як і для більшості європейських країн, притаманна значна поширеність чинників ризику неінфекційної патології, наслідком чого є критичні показники здоров'я населення.

При цьому **Україна до 2019 р. не мала загальнонаціональних репрезентативних даних про основні фактори ризику неінфекційних захворювань**, що безумовно перешкоджало прийняттю науково обґрунтованих рішень з метою покращення ситуації. Фрагментарні дослідження, що стосувались окремих факторів ризику, таких як тютюн, відображали лише невелику частину «айсберга» тягаря НІЗ.

Національний план щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку, ухвалений урядом України в 2018 р., нарешті виніс питання протидії НІЗ на державний рівень. Це було перше рішення держави щодо протидії НІЗ, засноване на принципі «Здоров'я в усіх політиках».

Планом, серед інших заходів, передбачено проведення низки загальнонаціональних досліджень щодо поширеності факторів ризику НІЗ серед різних вікових і гендерних груп.

Наявність таких даних дозволяє оцінити існуючу ситуацію, запропонувати заходи, спрямовані на поліпшення стану здоров'я та доступності профілактичних послуг і відслідковувати в подальшому прогрес досягнення визначених цілей.

Оскільки **дослідження STEPS проводилося в Україні вперше**, його метою було отримати базову інформацію щодо основних факторів ризику НІЗ (як поведінкових, так і метаболічних). Додатково до опитувального блоку було включено питання, пов'язані з психічним здоров'ям, раком шийки матки та молочної залози, травмами й насильством.

Таким чином, отримана інформація є відправною точкою моніторингу факторів ризику НІЗ в Україні та дозволить відслідковувати ефективність реалізації Національного плану щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку.

Крім того, нині є можливість, використовуючи результати дослідження, порівняти поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань з різними країнами та спираючись на застосовувані практики, **обирати найефективніші профілактичні інтервенції для України**.

Міністерство охорони здоров'я та я особисто хочу подякувати:

- Національному бюро ВООЗ в Україні – за підтримку зусилля України для забезпечення її участі у здійсненні на національному рівні європейської політики охорони здоров'я 2020 та глобальних і європейських планів дій ВООЗ щодо профілактики й боротьби з неінфекційними захворюваннями.
- Представництву Світового банку в Україні, Європейському бюро ВООЗ – за надану фінансову підтримку для проведення першого опитування STEPS в Україні;
- а також усім працівникам на міжнародному та національному рівнях – за надану технічну допомогу в проведенні дослідження.

> Передмова

доктора Ганса Генрі П. Ключе,

директора Європейського регіонального бюро ВООЗ

В той час як неінфекційні захворювання (НІЗ) є важливою проблемою громадського здоров'я у всьому світі, особливо ця проблема стосується Європи, де вони стали причиною 89% випадків смерті та 84% років, які прожито з інвалідністю. Нинішня пандемія COVID-19 стала нагадуванням про вплив супутніх НІЗ, які згубно впливають як на тяжкість захворювання, так і на тривалість хвороби. Більше того, негативний вплив НІЗ виходить далеко за межі здоров'я та благополуччя населення, створює серйозний і згубний ефект на (серед іншого) прямі та непрямі витрати на охорону здоров'я, витрати домогосподарств з власних кишень, втрату здорових років праці, прогули та зниження продуктивності праці. Для визначення частоти виникнення та поширення НІЗ серед населення поєднуються дані щодо старіння населення та декілька поширених поведінкових, біологічних, екологічних і соціальних факторів ризику, що таким чином часто створює нерівності у стані здоров'я. Ці фактори ризику переважно є відомими, але можуть змінюватися. Водночас, щоб вирішити ці проблеми, країнам необхідна своєчасна, точна та порівнювана інформація про їх частоту та поширення серед населення. Така інформація є необхідною для планування політик і стратегій у галузі охорони здоров'я, для здійснення втручань у ній як на рівні населення, так і на рівні окремих індивідів, для визначення цілей і відстеження прогресу, а також для оцінки ефективності системи охорони здоров'я.

Оскільки інформація про НІЗ та їх фактори ризику переважно є недоступною в рутинних інформаційних системах охорони здоров'я, Європейське регіональне бюро ВООЗ прийняло та ще більше поглибило систему поетапного підходу до епідагляду ВООЗ (STEPS), залучаючи поліпшені методи вимірювання та інструменти для підтримки країни у зборі більшості базових даних та індикаторів НІЗ. Дослідження STEPS надає національні репрезентативні дані щодо поширеності та розподілу ключових факторів ризику НІЗ. Вони є скоригованими та розширеними із застосуванням цифрових інструментів до суміжних напрямів, таких як психічне здоров'я, насильство, травма, за інформацією, що отримана від пацієнта (PREM). Багато індикаторів, зібраних за допомогою досліджень STEPS, також відповідають мандатам, що стосуються міжнародного епідагляду та моніторингу НІЗ, наприклад, Глобальному плану дій ВООЗ щодо запобігання та боротьби з НІЗ на 2013–2020 роки (GAP) та Системі глобального моніторингу (GMF), Європейському плану дій щодо запобігання та боротьби з НІЗ на 2016–2025 рр. та Цілям сталого розвитку ООН (ЦСР), що дозволяє вимірювати прогрес у різних питаннях, які пов'язані зі здоров'ям.

Європейська програма роботи на 2020–2025 роки (EPW) «Об'єднані дії для поліпшення здоров'я в Європі», яку я пропоную як дорожню карту щодо

здоров'я та благополуччя в Європейському регіоні ВООЗ, підтримуватиме національні органи влади для гарантування універсального доступу до високоякісної допомоги без ризику збіднення, запропонує ефективний захист від надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я та допоможе здоровим громадам, де громадське здоров'я та санітарно-просвітницька робота забезпечують благополуччя для всіх, процвітати.

Дослідження STEPS в Україні робить важливий і затребуваний внесок у цьому плані, оскільки воно вимірює не лише поширеність факторів ризику НІЗ, але й охоплення та ефективність обраних пріоритетних втручань, які спрямовані на їх зниження. Це визначає дуже важливу віху, оскільки країна вперше матиме у своєму розпорядженні комплексну інформацію для прийняття зваженого інформованого рішення та розробки цільових політик реагування на величезний тягар, який становить ця група захворювань, що значною мірою можуть бути попереджені та вилікувані, у тому числі онкологія, серцево-судинні захворювання та діабет.

Оскільки психічне здоров'я є однією з моїх провідних ініціатив, я надзвичайно радий, що ця конкретна версія дослідження STEPS в Україні включила модуль щодо депресії та суїцидальної поведінки, який, я переконаний, може надати потужний імпульс подальшим заходам щодо психічного здоров'я в країні.

І нарешті, я переконаний, що реалізація дослідження STEPS підтвердить своє ключове значення як стратегічний елемент підтримки української влади у боротьбі з НІЗ та їх факторами ризику, а також поліпшення здоров'я та благополуччя українського народу. Європейське регіональне бюро ВООЗ високо цінує внесок усіх партнерів, які брали участь в успішному проведенні дослідження STEPS, і підтверджує свою постійну відданість доєднатися та підтримати Україну в її зусиллях для досягнення об'єднаних дій з метою поліпшення здоров'я.

> Слова вдячності

Дослідження STEPS було організовано Міністерством охорони здоров'я України та Всесвітньою організацією охорони здоров'я у рамках спільного проєкту МОЗ України та Світового банку «Поліпшення охорони здоров'я на службі людей». Команда дослідження вдячна пану Фон Жао (Feng Zhao) та пані Олені Дорошенко зі Світового банку за надану можливість провести дослідження STEPS в Україні.

Дослідження проводилося Центром громадського здоров'я МОЗ України та громадською організацією «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка».

Проведення лабораторних тестів було забезпечено медичною лабораторією «Синево» та Інститутом ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка Національної академії медичних наук України.

Загальні технічні рекомендації надавали Іво Раковац (Ivo Rakovac) та Енріке Лойола (Enrique Loyola) з Європейського офісу ВООЗ з питань профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями, Європейське регіональне бюро ВООЗ, під керівництвом Жоао Бреда (João Breda). Офіс є невід'ємною частиною відділу національних програм охорони здоров'я під керівництвом Ніно Бердзулі (Nino Berdzuli). Анастасія Думчева, Анна Гавритенкова та Оксана Яковенко з Національного бюро ВООЗ в Україні під керівництвом Ярно Хабіхта забезпечували координацію, загальне керівництво та допомогу протягом всього періоду проведення дослідження.

Ми вдячні всім членам Координаційної ради дослідження STEPS за підтримку в адаптації методології та інструментів STEPS.

Особлива подяка всім учасникам, у тому числі респондентам, які погодилися на інтерв'ю, координаторам та інтерв'юерам в регіональних робочих групах за проведення дослідження, та іншим учасникам.

> Список авторів

Організації, що долучалися до участі

Штаб-квартира ВООЗ

Європейське регіональне бюро ВООЗ

Європейський офіс ВООЗ з профілактики та боротьби з НІЗ

Національне бюро ВООЗ в Україні

Світовий банк

Міністерство охорони здоров'я України

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України

Громадська організація «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка»

ВООЗ

Анастасія Думчева, національний експерт з неінфекційних захворювань, Національне бюро ВООЗ в Україні

Іво Раковац, менеджер програми, епіднадзора за НІЗ, Європейський офіс ВООЗ з профілактики та боротьби з НІЗ (Офіс НІЗ), Європейське регіональне бюро ВООЗ

Енріке Лойола, консультант, Офіс ВООЗ з НІЗ, Європейське регіональне бюро ВООЗ

Ярно Хабіхт, представник ВООЗ та Глава національного бюро ВООЗ в Україні

Жоао Бреда, керівник, Офіс ВООЗ з НІЗ, Європейське регіональне бюро ВООЗ

Анна Гавритенкова, асистент проєкту НІЗ, Національне бюро ВООЗ в Україні

Марієке Хендріксен, консультант, Європейське регіональне бюро ВООЗ та Центр колаборації ВООЗ з питань харчування

Джилл Фаррінгтон, координатор, Європейське регіональне бюро ВООЗ

Ангела Чіобану, технічний експерт, Європейське регіональне бюро ВООЗ

Марія Нойфельд, консультант, Офіс ВООЗ з НІЗ, Європейське регіональне бюро ВООЗ

Меріліс Кробекс, старший технічний експерт, Європейське регіональне бюро ВООЗ

Джуліанна Вільямс, технічний експерт, Офіс ВООЗ з НІЗ, Європейське регіональне бюро ВООЗ

Стівен Вайтінг, технічний експерт, Офіс ВООЗ з НІЗ, Європейське регіональне бюро ВООЗ

Клер Фарранд, технічний експерт, Європейське регіональне бюро ВООЗ

Ромеу Мендес, консультант, Офіс ВООЗ з НІЗ, Європейське регіональне бюро ВООЗ

Джонатан Пассмор, менеджер програми, Європейське регіональне бюро ВООЗ

Артем Гіль, консультант, Офіс ВООЗ з НІЗ, Європейське регіональне бюро ВООЗ

Ден Чісгольм, менеджер програми, Європейське регіональне бюро ВООЗ

Олена Шевкун, технічний експерт, Європейське регіональне бюро ВООЗ

Стефан Савін, технічний експерт, штаб-квартира ВООЗ

Патрісія Рарау, технічний експерт, штаб-квартира ВООЗ

Оксана Яковенко, асистент програми, Національне бюро ВООЗ в Україні

Координаційний комітет дослідження STEPS

Аліна Ткаченко, *Світовий банк*

Андрій Скіпальський, *Міністерство охорони здоров'я України*

Христофор Папахараламбус, *Центр глобального здоров'я, Центр CDC в Україні*

Галина Майструк, *Благодійний фонд «Жіноче здоров'я та планування сім'ї»*

Ігор Кузін, *Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України*

Інна Імшенецька, *Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України*

Джері Дайбл, *Агентство США з міжнародного розвитку*

Хушнід Саттаров, *Продовольча та сільськогосподарська організація ООН*

Лілія Олефір, *Центр громадянського представництва «Життя»*

Любов Задоевко, *Державна статистична служба України*

Людмила Хіміон, *Національна медична академія післядипломної освіти*

Лотта Сільвандер, *Дитячий фонд ООН*

Любов Соколова, *Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка Національної академії медичних наук України*

Марія Гуліч, *Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва Національної академії медичних наук України»*

Міра Дідух, *Представництво Європейського Союзу в Україні*

Наталя Лук'янова, *Програма розвитку ООН*

Оксана Сафронова, *НУО «Право на здоров'я» в Україні*

Олена Колесник, *Національний інститут раку*

Олена Лукашевич, *Київський міський центр громадського здоров'я*

Ольга Хан, *Світовий банк*

Ольга Недоспасова, *Центр державної медичної статистики МОЗ*

Петро Ільків, *Швейцарське агентство з розвитку та співробітництва*

Сергій Шум, *Державна установа «Центр психічного здоров'я і моніторингу наркотиків та алкоголю Міністерства охорони здоров'я України»*

Вікторія Тимошевська, *Фонд «Відродження»*

Віргінія Дамбраускайте, *Представництво Європейського Союзу в Україні*

Владислав Сила, *Асоціація «Українські центри нових технологій здоров'я»*

Володимир Курпіта, *Центр громадського здоров'я*

Жаннат Космухамедова, *Управління ООН з питань наркотиків та злочинності*

Команда проведення дослідження STEPS Україна**Центр громадського здоров'я (ЦГЗ) Міністерства охорони здоров'я України**

Денис Дмитрієв, *національний координатор STEPS*

Владислав Збанацький, *координатор проекту STEPS зі сторони ЦГЗ*

Ольга Гвоздецька, *консультант з громадського здоров'я*

Олександр Шабан, *аналітична група*

Ольга Донцова, *координатор лабораторного компонента*

Наталія Усенко, *інформаційна підтримка та зв'язки з громадськістю*

Громадська організація «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка» (УІСД ім. О. Яременка)

Тетяна Бондар, *координатор проекту зі сторони УІСД ім. О. Яременка*

Дарина Павлова, *аналітична група*

Світлана Шевченко, *координатор збору даних*

Нам-Михайло Нгуєн, *координатор збору даних*

Марія Мошура, *координатор збору даних*

Лілія Матвієвська, *координатор збору даних*

Олександр Феденко, *координатор збору даних*

Наталія Єрмоленко, *програміст*

Юлія Арабська, *координатор введення та обробки даних*

Ганна Городня, *редактор*

Микола Забурдаєв, *технічна підтримка*

ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України»

Ольга Балакірева, *аналітична група*

Дмитро Дмитрук, *експерт з побудови вибірки*

Регіональні робочі групи з дослідження STEPS / інтерв'юери

Вінницька область

Галина Дембовська, Ольга Храновська, Таміла Совик

Олена Сташевська

Тамара Васильчук

Волинська область

Олена Приходько, Орест Приходько, Володимир Радчук

Дніпропетровська область

Ірина Бандура, Людмила Борова, Олена Демченко, Тетяна Кравченко, Інна Мірошніченко, Тетяна Нор, Наталія Ярова

Донецька область

Олександр Крючков, Галина Павловська, Дарія Самойлова, Лариса Трапезон

Житомирська область

Павло Андрашук, Яна Дідик, Марія Тимошук

Закарпатська область

Анатолій Божок, Євген Кокошко, Роман Микитюк, Марія Ярошевич

Запорізька область

Олександр Бандура, Юлія Сухаревська

Івано-Франківська область

Василь Перепечко, Радислав Петрів, Володимир Шегда

Кіровоградська область

Зоя Бойко, Алла Кулікова, Лариса Непомяща

Луганська область

Дарія Черевата, Катерина Котеленець, Анастасія Юхміна

Львівська область

Соломія Борух, Надія Іваник, Надія Олександрова, Руслан Романків, Лідія Зварич

Миколаївська область

В'ячеслав Криворучко, Ольга Кузьмінська,
Вікторія Кузнєцова

Одеська область

Інеса Борова, Тетяна Коваленко, Наталія Нікішина, Галина Пинтя, Світлана Серенко, Тамара Захарчук

Полтавська область

Тетяна Бондар, Тетяна Ставкова, Марина Терещенко

Рівненська область

Анюта Бенешук, Надія Речун, Руслана Стасюк

Сумська область

Юлія Крапивна, Олександр Крапивний

Тернопільська область

Наталія Гуменюк, Оксана Гуменюк, Іванна Хомицька

Харківська область

Наталія Чанцева, Оксана Демиденко, Тетяна Круль, Еліна Кузніченко
Алла Лаврентієва

Херсонська область

Оксана Алфьорова, Тетяна Костюченко, Володимир Сиротенко

Хмельницька область

Мирослава Нечинорик, Вадим Райков

Черкаська область

Віра Коломацька, Петро Сивокін

Чернігівська область

Оксана Грицаєнко, Валентина Корсун

м. Київ та Київська область

Олена Демидова, Ганна Федченко, Сергій Іваницький, Лілія Лебедь, Оксана Недашківська, Христина Шандрук, Олеся Тесленко, Надія Яценко

Команда з підготовки звіту

Іво Раковац, Денис Дмитрієв, Владислав Збанацький, Олександр Шабан,
Тетяна Бондар, Ольга Балакірева, Дарина Павлова, Енріке Лойола

> Абревіатури та скорочення

| | |
|-----------------------------|--|
| ІМТ | індекс маси тіла |
| АТ | артеріальний тиск |
| ГО | громадська організація |
| ДІ | довірчий інтервал |
| ССЗ | серцево-судинні захворювання |
| ДАТ | діастолічний артеріальний тиск |
| ESPAD | Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин |
| GATS | Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну |
| ЛПВЩ | ліпопротеїни високої щільності |
| СНТ | система для нагрівання тютюну |
| НІЗ | неінфекційне захворювання |
| ПОВ | первинна одиниця вибірки |
| ВОВ | вторинна одиниця вибірки |
| САТ | сistolічний артеріальний тиск |
| ТОВ | третинна одиниця вибірки |
| УІСД ім. О. Яременка | ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка» |

Резюме



Мета дослідження – отримати репрезентативні національні дані щодо поширеності основних поведінкових і біологічних факторів ризику неінфекційних захворювань (НІЗ) серед дорослого населення віком від 18 до 69 років в Україні з урахуванням особливостей за регіоном проживання та типом населеного пункту (міським або сільським) при побудові вибірки та проведенні аналізу. Опитування населення з медичним обстеженням було узгоджено з принципами, методами та процедурами поетапного підходу до епіднадзора (STEPS), який схвалено ВООЗ.

У рамках дослідження використовувалась анкета для збору соціально-економічних і демографічних даних, у тому числі ключові НІЗ в анамнезі та найпоширеніші фактори поведінкового ризику (такі як тютюнокуріння, вживання алкоголю, нездорове харчування та нестача фізичної активності). Крім того, проводилось фізичне обстеження, що містило певні вимірювання для оцінки таких факторів ризику, як підвищений артеріальний тиск, надмірна вага й ожиріння; біохімічні визначення таких факторів ризику, як підвищення рівня глюкози та холестерину в крові (за допомогою аналізів крові) та високе споживання натрію (аналіз сечі). Крім основних модулів включено додаткові модулі з питань депресії та суїцидальної поведінки, насильства, травм і раку шийки матки.

За допомогою багатоступінчастої кластерної вибірки випадковим чином було відібрано 7704 домогосподарства; 4409 учасників погодилися взяти участь у дослідженні та надати інформацію (рівень досяжності – 57%). Збір даних проводився у період з липня по листопад 2019 р.

Дослідження виявило дуже високу поширеність НІЗ, їх поведінкових і біологічних факторів ризику в Україні. Третина (33,9%) населення віком 18–69 років були активними курцями, серед яких половина всіх чоловіків (50,3%) та кожна шоста жінка (16,7%). Новітні тютюнові продукти, такі як системи для нагрівання тютюну та електронні сигарети, використовуються дедалі частіше, особливо молодшими групами населення. Те саме стосується і кальяна, який курили 18,7% населення віком 18–29 років. Кожен п'ятий активний курець (21%) намагався безуспішно кинути курити. Ця частка була особливо високою серед жінок віком 18–29 років, де майже половина (48,8%) зробила невдалу спробу кинути курити.

Частим було споживання алкоголю, а рівні його споживання в Україні були високими. Дві третини чоловіків і майже половина жінок вживали алкоголь протягом останніх 30 днів, кожна п'ята (19,7%) особа вживала шість і більше доз алкоголю за епізод вживання (надмірне епізодичне вживання). Надмірне епізодичне вживання алкоголю було втричі вищим серед чоловіків (29,5%) у порівнянні з жінками (9,4%). Симптоми, пов'язані з алкогольною залежністю, були помітні серед осіб, які вживали алкоголь протягом останніх 12 місяців, і зустрічалися в три-чотири рази частіше серед чоловіків, ніж серед жінок. Кожна восьма особа (12,7%) повідомила, що не могла припинити пити після

початку вживання, а кожна десята (10,8%) – що наступного дня не змогла виконати те, що зазвичай від неї очікували. З метою полегшити похмілля кожна восьма особа (13,2%) випивала вранці. Незареєстрований алкоголь (вироблений у домашніх умовах та інший неоподаткований алкоголь) вживався часто і становив 17,3% від загального споживання алкоголю.

Поширеними також були нездорові моделі харчування. Дві третини (66,4%) населення не споживали достатньої кількості фруктів та овочів (п'ять порцій щодня). Майже половина населення (44,9%) завжди або часто додавала в їжу сіль або солоний соус на етапі приготування або під час їжі; дві третини (66,7%) завжди або часто додавали сіль до їжі, коли готували вдома; а чверть (26,9%) завжди або часто вживали оброблену їжу з високим вмістом солі. Середнє споживання солі становило 12,6 г на добу, що більше ніж удвічі перевищує максимальний рекомендований рівень 5 г на добу. Лише 13% населення мали споживання солі менше ніж 5 г на день. Є і позитив – рівень фізичної активності в Україні був високим, і увійшов до найвищих показників у Європейському регіоні ВООЗ. Лише 10% населення не дотримувались рекомендації ВООЗ щодо принаймні 150 хвилин фізичної активності середньої інтенсивності, або ж еквіваленту, щотижня.

Кожен восьмий дорослий (12,4%) в Україні повідомив про симптоми, що відповідають клінічному діагнозу депресії. Водночас лише кожна четверта особа з імовірною депресією (3,0% від загальної кількості населення) була про це поінформована лікарем чи медичним працівником. Лише 0,4% населення пройшли лікування антидепресантами або ходили на сеанси психотерапії, що є еквівалентом показника охоплення лише у 3,2% від імовірних випадків депресії.

Рівень дотримання правил дорожнього руху в Україні був низьким. Половина осіб, які користувалися автомобілем за останні 30 днів, не завжди користувалися паском безпеки і повідомляли, що водій автомобіля перевищував дозволену швидкість або використовував таке обладнання, як наприклад, мобільні телефони або планшети під час руху. Показник використання шоломів був дуже низьким: 82,2% водіїв і пасажирів мотоциклів або моторолерів та 95% велосипедистів не завжди використовували шолом. Протягом останніх 12 місяців 7% населення потрапляли у дорожньо-транспортні пригоди як водій, пасажир, пішохід чи велосипедист, а третина (35,4%) з них отримала тілесні ушкодження, які потребували надання медичної допомоги. Крім того, 6,9% населення отримало інші ненавмисні травми крім дорожньо-транспортних пригод, що потребували медичної допомоги. Найпоширенішою причиною таких травм, яких можна було запобігти, було падіння.

Майже половина респондентів (44,1%) зазнавали фізичного насильства в дитинстві. Крім того, 2,1% жінок та 0,8% чоловіків у дитинстві зазнавали сексуального насильства; 3,2% жінок та 0,9% чоловіків зазнавали такого насильства вже у дорослому віці.



19,7%

населення споживають шість і більше доз алкоголю за епізод вживання (надмірне епізодичне вживання)



66,4%

Дві третини (66,4%) населення не споживали достатньої кількості фруктів та овочів (п'ять порцій щодня)

Понад половину всіх жінок (53,1%) проходили скринінг на рак шийки матки принаймні один раз у своєму житті. Серед жінок, які отримали аномальний/позитивний результат, підозру на онкологію або невизначений результат, значна частка (91,4%) отримувала лікування шийки матки. У 48,7% жінок, які не проходили тест на рак шийки матки, причини непроходження такого тесту були такими: 48,7% не мали достатньо знань про процедуру (як та/або де пройти тест); 7,8% згадували про сором (страх, що стане відомо про такий візит, соціальна стигма); 26,5% не мали часу пройти тест; 7,8% заявили, що клініка була занадто далеко; 9,2% причиною назвали страх.

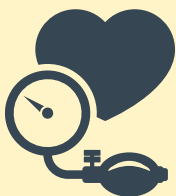
Середній індекс маси тіла (ІМТ) дорослої людини становив 26,8 кг/м², і цей показник збільшується з віком. Лише дві п'ятих (39,6%) населення України мали нормальну вагу (ІМТ 18,5–24,9 кг/м²). Майже три п'ятих (59,1%) мали надмірну вагу (ІМТ \geq 25 кг/м²), у тому числі чверть населення (24,8%), що мали ожиріння (ІМТ \geq 30 кг/м²). Як показники зайвої ваги, так і ожиріння різко збільшувалися з віком. Ожиріння було більш поширеним серед жінок (чоловіки – 20,1%; жінки – 29,8%).

У третини населення (34,8%) був підвищений АТ або гіпертензія, що визначається як рівень САТ \geq 140 мм рт. ст. та/або ДАТ \geq 90 мм рт. ст., або вони приймали препарати проти підвищеного тиску в цей момент. З них третина (33,6%) раніше не була діагностована; 17,6% були діагностовані, але препарати не приймали; 34,4% препарати приймали, але зниження АТ не відбувалося (САТ \geq 140 та/або ДАТ \geq 90 мм рт. ст.); і лише 14,4% приймали препарати та мали контрольований АТ (САТ < 140 мм рт. ст. та ДАТ 90 мм рт. ст.).

Поширеність підвищеної глюкози в плазмі натщесерце (\geq 7,0 ммоль/л) або прийом в цей момент пероральних гіпоглікемічних препаратів або інсуліну склала 7,1%, і майже у половини цих осіб (3,8% від загальної кількості населення) раніше не було діагностовано діабет. Крім того, 40,7% населення мали загальний рівень холестерину в крові \geq 5,0 ммоль/л або в цей час приймали препарати для зниження холестерину.

У цілому 32,8% населення мали 3–5 факторів ризику розвитку ССЗ, а 60,1% – 1–2 фактори. Водночас кількість факторів ризику зростала з віком. Крім того, чверть (23,4%) населення віком 40–69 років мали 30-процентний та вищий ризик розвитку серцево-судинних захворювань, таких як інсульт або інфаркт міокарда, у наступні 10 років. Проте лише третина (36,6%) цих осіб з високим ризиком приймали препарати та консультувалися щодо профілактики ССЗ.

Дослідження STEPS збило велику кількість інформації про НІЗ та пов'язані з ними фактори ризику, вперше надавши комплексні, порівнювані на міжнародному рівні та репрезентативні на національному рівні дані щодо цих захворювань та їх факторів ризику в Україні. Ці дані наразі доступні для оцінки прогресу, встановлення пріоритетів і планування необхідних політик, втручань і дій у сфері охорони здоров'я та вкорінення здорової поведінки серед населення найближчими роками.



32,8%

населення мали 3–5 факторів ризику розвитку ССЗ

> 1. Загальна інформація

1.1 Неінфекційні захворювання в світі

Нині неінфекційні захворювання (НІЗ) є провідною причиною смертності у світі. За оцінками ВООЗ (2018 р.), через НІЗ щороку в світі помирає 41 млн осіб, а 15 млн з них становить група віком 30–69 років¹. Чотири групи захворювань, що включають серцево-судинні захворювання (ССЗ), онкологічні захворювання, діабет і хронічні обструктивні захворювання легень, становлять близько 80% усіх випадків смерті від НІЗ. Більшість причин НІЗ можна попередити; до них належать потенційно змінювані поведінкові фактори ризику, такі як тютюнокуріння, нездорове харчування, недостатня фізична активність і зловживання алкоголем. Ці поведінкові фактори ризику можуть також призводити і до біологічних, зокрема, до надмірної ваги та ожиріння, підвищення артеріального тиску (АТ) та високого рівня холестерину. Якщо не вживати жодних заходів, то протягом наступних трьох десятиліть тягар НІЗ досягне трильйонів доларів втрачених ресурсів через прямі витрати на охорону здоров'я та непрямі витрати через змарнований людський і соціальний капітал. Водночас можливі та економічно вигідні заходи для зменшення тягара та негативного впливу НІЗ існують, а сталі заходи щодо запобігання факторам ризику та поліпшенню охорони здоров'я можуть попередити мільйони передчасних смертей, яких можна запобігти.

1.2 НІЗ в Україні

НІЗ є провідною причиною передчасної смерті (смерть, що настала до 70 років) в Україні, і становить 91% від загальної кількості смертей². Серед чотирьох найпоширеніших НІЗ основними причинами смерті є ССЗ (65,8% всіх смертей від усіх причин у 2012 р.; 67,0% – у 2017 р.) та онкологія (14,0% – у 2012 р.; 13,6% – у 2017 р.).

З огляду на старіння населення та обмежені заходи в галузі охорони здоров'я, цілком імовірно, що тягар НІЗ в Україні найближчими десятиліттями зростатиме. Тривалість життя в Україні залишається відносно низькою порівняно з іншими країнами Європейського регіону ВООЗ: 72,2 роки у 2017 р. порівняно з 82,7 років (наприклад, у Франції). Україна зіткнулася з поступовим старінням населення через низький рівень народжуваності та збільшення тривалості життя: частка пенсіонерів (чоловіки віком від 60 років; жінки віком від 58 років) в країні у 2017 р. становила 28,1% загальної чисельності. Як і в інших європейських країнах, це призвело до зростання захворюваності та смертності через НІЗ, а отже, – до зростання фінансового та соціального тягара на національну систему охорони здоров'я.

НІЗ Є ПРИЧИНОЮ

91% ВСІХ СМЕРТЕЙ

В УКРАЇНІ

Ці проблеми стануть ще серйознішими, якщо системи охорони здоров'я не будуть належним чином адаптовані, а відповідні заходи не буде вжито. Щоб зменшити розрив між Україною та іншими країнами Європейського регіону ВОЗ, необхідно подолати значні виклики.

У 2013 р. Всесвітня асамблея охорони здоров'я ухвалила Глобальний план дій ВООЗ з профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями 2013–2020 рр.³. План побудовано навколо шести цілей. Він базується на дев'яти завданнях, які мають бути досягнуті до 2025 р. Моніторинг виконання плану здійснюватиметься за допомогою 25 індикаторів результату та дев'яти індикаторів прогресу. Метою Глобального плану дій є скорочення передчасної смертності від НІЗ на 25% до 2025 р. Україна бере участь у виконанні Плану дій з профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями в Європейському регіоні ВООЗ на 2016–2025 рр., основною метою якого є зменшення тягаря захворюваності, втрати працездатності та смертності від НІЗ, яких можна запобігти⁴. Національний план дій з профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями було затверджено всіма відповідними міністерствами та ухвалено Кабінетом Міністрів України 26 липня 2018 р.⁵.

Пріоритетом для Міністерства охорони здоров'я України та для Уряду в цілому є вирішення різних проблем, що пов'язані із ССЗ та діабетом. Достовірні дані щодо поширеності основних факторів ризику НІЗ серед населення в Україні допоможуть розробити відповідні політики, запровадити ефективні заходи для профілактики та боротьби з НІЗ і контролювати ефективність цих втручань.

1.3 Поширеність факторів ризику НІЗ в Україні

Однією з головних причин розвитку НІЗ і передчасної смерті в Україні є вживання тютюну. Щорічно в Україні від захворювань, що спричинені вживанням тютюну, помирають 85 000 громадян. Згідно з даними Глобального опитування дорослих щодо вживання тютюну (GATS) 2010 та 2017 рр.^{6,7}, поширеність щоденного куріння в Україні зменшилася на 20% за 2010–2017 рр. Проте 23% дорослих (8,2 млн) нині вживають тютюнові вироби. Чоловіки курять в п'ять разів частіше за жінок. Так, в економічно найпродуктивніших вікових групах (25–44 роки та 45–64 роки) чоловіки курили щодня у 46,4% та 38,3% випадків відповідно. Прогнозовано ці групи страждали від найважчого тягаря НІЗ – онкологічних, серцево-судинних і респіраторних захворювань зокрема. У 2013–2017 рр. поширеність тютюнокуріння серед молоді віком 18–30 років також зменшилась (з 37% у 2013 р. до 26,7% у 2017 р., або на 28%). Поширеність тютюнокуріння серед підлітків віком 15–17 років постійно знижується (з 21,2% у 2007 р. до 12,2% у 2015 р.). З огляду на зазначені дані, молоді люди в Україні курять дедалі менше, а ще важливіше – менше молодих людей починає курити. Водночас серед молоді набуло популярності куріння електронних сигарет і кальяна. Зокрема, 11,3% підлітків віком 15–17 років курили кальян, 5,5% – електронні сигарети.

У 2016 р. рівень споживання алкоголю в Україні становив 8,6 літра спирту на душу населення віком від 15 років і старше. Дані дослідження «Європейське

опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин» (ESPAD), проведеного у 2019 р., демонструють, що 85,7% підлітків в Україні вживали алкогольні напої хоча б один раз протягом життя⁸. Відповідно до дослідження «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (HBSC), проведеного у 2018 р.⁹, 39,4% дітей шкільного віку заявили, що мали один чи більше випадків досвіду вживання алкоголю.

Згідно з дослідженням Індекс здоров'я 2019 року¹⁰, кожен другий дорослий українець (53,7%) має зайву вагу. Зайва вага частіше зустрічається у жінок, які мають дещо вищий показник індексу маси тіла (ІМТ) (26,3) порівняно з чоловіками (25,9). Єдиною соціально-демографічною групою, серед якої середній показник ІМТ знаходиться в межах норми, це наймолодші респонденти віком 18–29 років (23,2); для всіх інших вікових груп значення ІМТ поступово зростає – від 25,0 для осіб віком 30–44 роки до 28,0 для осіб віком від 60 років і старші.



85 000

громадян України щороку помирають від хвороб, спричинених вживанням тютюну



ВИЗНАЧИТИ
ПОШИРЕНІСТЬ
ПОВЕДІНКОВИХ
І БІОЛОГІЧНИХ
ФАКТОРІВ
РИЗИКУ НІЗ

> 2. Цілі та завдання дослідження

2.1 Цілі дослідження

Основною метою дослідження було з'ясувати рівні ключових індикаторів здоров'я населення України та їх закономірності, а також їх визначальні фактори, зокрема, поширеність поведінкових і біологічних факторів ризику розвитку НІЗ, використовуючи поетапну методологію ВООЗ¹¹. Вторинною метою було поліпшення програм профілактики НІЗ та підвищення якості надання медичних послуг.

2.2 Завдання дослідження

Оцінити поширеність поведінкових і біологічних факторів ризику, а також медичну історію НІЗ та їх визначальних факторів серед осіб віком 18–69 років, зокрема:

- вживання тютюну;
- вживання алкоголю;
- гіподинамія;
- нездорове харчування;
- зайва вага й ожиріння;
- підвищений АТ;
- підвищений рівень глюкози в крові;
- серцево-судинні захворювання в анамнезі;
- скринінг шийки матки та молочної залози на рак;
- травми та насильство;
- депресія та суїцидальна поведінка;
- високий рівень глюкози та ліпідів у крові;
- середнє споживання харчової солі населенням.

Визначити пов'язані поведінкові причини підвищеного АТ, надмірної ваги, підвищеної глюкози в крові, ліпідів і надмірного вживання харчової солі.

За допомогою зазначених оцінок запропонувати рекомендації з розробки та вдосконалення національної політики щодо профілактики та боротьби з НІЗ і підвищення якості надання медичних послуг.

2.3 Обґрунтування дослідження

Україна ніколи раніше не проводила дослідження STEPS. Проте країна систематично збирає дані, генерує та поширює аналітичні матеріали стосовно факторів ризику НІЗ, таких як споживання алкоголю та вживання тютюну серед населення. Основними джерелами цих даних і аналітичних матеріалів є дослідження ESPAD у 2019 р.⁸; GATS у 2010⁶ та 2017⁷ роках, а також дослідження Індекс здоров'я 2019 року¹⁰.

Дослідження STEPS має додаткову цінність з точки зору інтеграції достовірних і порівнюваних або стандартизованих даних щодо основних факторів ризику НІЗ, їх поширеності та зв'язку із соціально-економічними ознаками, що робить їх найціннішим інструментом розробки та моніторингу стратегій профілактики та боротьби з НІЗ. STEPS також є дослідженням, що включає медичне обстеження та збирає об'єктивні дані, а не лише дані за словами респондентів, про поширеність біологічних факторів ризику.

Це дослідження було проведено відповідно до методології ВООЗ, яка забезпечує отримання достовірної та порівнюваної на міжнародному рівні інформації про поширеність факторів ризику НІЗ у різних країнах світу¹¹.

Вивчення впливу основних факторів ризику та поширеності чотирьох основних НІЗ в конкретному контексті є однією з основ для профілактики та боротьби з НІЗ, включаючи моніторинг виконання Національного плану щодо НІЗ та виконання пов'язаних програм.

STEPS ЗАБЕЗПЕЧУЄ
ОТРИМАННЯ
ДОСТОВІРНОЇ ТА
ПОРІВНЮВАНОЇ НА
МІЖНАРОДНОМУ
РІВНІ ІНФОРМАЦІЇ ПРО
ПОШИРЕНІСТЬ ФАКТОРІВ
РИЗИКУ НІЗ



> 3. Методологія дослідження

3.1 Дизайн дослідження

З метою отримання репрезентативних даних для дорослого населення України віком від 18 до 69 років з липня по листопад 2019 р. було проведено національне крос-секційне дослідження.

Дослідження проводилось у три послідовних кроки, згідно з концепцією ВООЗ щодо застосування поетапного підходу до епіднагляду за факторами ризику НІЗ та з урахуванням місцевих потреб і ресурсів.



Інструмент ВООЗ STEPS щодо епіднагляду за факторами ризику хронічних захворювань був перекладений з англійської мови українською та російською мовами й використовувався з урахуванням конкретних характеристик/вимог всередині країни¹².

3.2 Визначення розміру вибірки

Для простого відбору випадковим чином розмір вибірки розраховували за такою формулою:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times (1 - P)}{d^2}$$

де:

n = потрібний розмір вибірки;

Z = 1,96 для 95% довірчого інтервалу (ДІ);

P = 0,5 (очікувана поширеність факторів ризику серед населення. 50% оцінка є найконсервативнішою та вимагає максимального розміру вибірки, вона також може бути використана у випадках, коли дані відсутні);

d = межа похибки (альфа, переважно дорівнює 0,05 для дослідження STEPS).

Таким чином, визначення розміру вибірки є таким:

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,5 \times (1 - 0,5)}{0,05^2} = \mathbf{384,16}$$

Щоб мати можливість аналізувати дані, отримані щодо статі та вікових груп, необхідно:

- помножити визначений розмір вибірки на кількість груп;
- врахувати дизайн-ефект (для досліджень STEPS рекомендоване значення дизайн-ефекту комплексної вибірки **1,5**; див. розділ 3.3 щодо дизайну вибірки).

Перелік груп за статтю та віком був таким:

- (1) чоловіки віком 18–29 років;
- (2) чоловіки віком 30–44 роки;
- (3) чоловіки віком 45–59 років;
- (4) чоловіки віком 60–69 років;
- (5) жінки віком 18–29 років;
- (6) жінки віком 30–44 роки;
- (7) жінки віком 45–59 років;
- (8) жінки віком 60–69 років.

Отже, розмір вибірки визначався таким чином: $384,16 \times 8 \times 1,5 = \mathbf{4609,92}$ респондентів. З огляду на очікуваний рівень досяжності респондентів, який було встановлено на рівні 60%, базуючись на досвіді інших досліджень (наприклад, GATS 2017⁷), розмір вибірки було скориговано відповідно до цього значення шляхом ділення обчисленого значення на 0,6.

Розмір вибірки для дослідження становить: $n = \mathbf{4609,92 / 0,6 = 7683}$ (після округлення приблизно **7700**) домогосподарств, з вимогою вибрати по одному респонденту для дослідження від кожного домогосподарства. Припускаючи, що очікуваний рівень досяжності становить 60%, очікувалося проведення близько **4610–4620** успішних інтерв'ю.

Підгрупа респондентів для збору даних дослідження добової сечі для визначення рівня солі

У цілому для виявлення близько 1 г зниження споживання солі з часом, при використанні метода 24-годинного забору сечі, зі стандартним відхиленням 75 ммоль/день ($\alpha = 0,05$, $\text{power} = 0,80$), рекомендована мінімальна вибірка – 120 осіб на кожну страту за віком і статтю. Оскільки доступні ресурси обмежені, було прийнято рішення збирати дані для чотирьох груп населення (а не восьми, як в основній частині дослідження). Після очищення даних передбачалося, що рівень досяжності респондентів становитиме приблизно 27,3%. Ці підрахунки дали мінімальний остаточний розмір вибірки у **1764** особи ($n = 120 \times 4 \div 0,273 = 1764$).



7700

домогосподарств
були включені в
дослідження

3.3 Структура вибірки

Загальна генеральна сукупність у рамках дослідження STEPS в Україні визначалась як чоловіки та жінки віком від 18 до 69 років, які постійно проживають у міській і сільській місцевості.

Проблемою, з якою зіткнулася команда STEPS, була відсутність повної та оновленої інформації щодо структури цільової групи дослідження, оскільки останній національний перепис населення було проведено у 2001 р., а альтернативних джерел не було. Україна також не має національного реєстру домогосподарств, що є перешкодою для побудови простої випадкової вибірки. На регіональному рівні доступність даних варіювалася залежно від місця проведення.

Оскільки Україна не мала реєстру населення та домогосподарств, було запропоновано використати під час дослідження реєстр виборців як єдиної доступної основи для побудови вибірки. Інформація про кількість виборчих округів і дільниць, кількість виборців на кожній дільниці, а також про межі виборчих округів та дільниць (перелік населених пунктів, районів, вулиць тощо) є загальнодоступною. Водночас подальшим обмеженням на рівні виборчих дільниць було те, що інформація про адреси виборців (населений пункт / вулиця / будинок / квартира) загальнодоступною не була. За відсутності детальної інформації про всіх осіб або домогосподарств у загальній групі населення неможливо застосувати метод простої випадкової вибірки, а отже постає потреба в альтернативному підході. За таких обставин **ефективною процедурою став підхід багатоступінчастої кластерної вибірки з випадковим вибором на кожному етапі**, який було застосовано таким чином.

ЕТАП 1

Первинні одиниці вибірки (ПОВ) – відбір виборчих округів

Список виборчих округів, що використовувався, охоплював всю територію країни та мів їх достатню кількість (199*) для ПОВ. Дотримуючись рекомендацій щодо проведення дослідження STEPS¹³, кількість ПОВ, які необхідно включити, перебуває в діапазоні 50–100.

Для побудови репрезентативної загальнонаціональної вибірки випадковим чином було відібрано 66 округів зі 199. Імовірність відбору для кожного виборчого округу становила 0,332 (66/199).

* Тут і надалі під словом «території» мається на увазі ті, які контролюються урядом України.

ЕТАП 2

Вторинні одиниці вибірки (ВОВ) – виборчі дільниці в обраних округах

На цьому етапі було створено список усіх виборчих дільниць в обраних округах – близько 10 000 одиниць. Потім з них було обрано остаточний перелік дільниць.

Населення України нерівномірно розподілено між типами населених пунктів (міське – 69,4%; сільське – 30,6% у 2019 р.¹⁴), і кількість сільських виборчих дільниць була більшою за кількістю міських (оскільки сільські дільниці мають менші розміри). Для врахування цього було проведено стратифіковану вибірку дільниць за типом населеного пункту: 70% виборчих дільниць були міськими та 30% сільськими. Таким чином, 449 з 3922 виборчих дільниць у місті були обрані методом генерації випадкових чисел, а 193 сільські дільниці (або 30%) були таким самим чином обрані з 5935. Імовірність відбору кожної міської виборчої дільниці становила 0,1145 (449/3922), а для кожної сільської – 0,0325 (193/5935). Крім того, з цих 642 виборчих дільниць 147 були відібрані випадковим чином для визначення показників солі / натрію у разовій і добовій порції сечі.

ЕТАП 3

Третинні одиниці вибірки (ТОВ) – домогосподарства

Відповідно до національних стандартних критеріїв¹⁵, домогосподарство визначається як сукупність людей, які живуть разом в одному житловому будинку або його частині, забезпечують себе всім необхідним для життя, ведуть спільну господарську діяльність і повністю або частково об'єднуються і витрачають гроші. Ці особи можуть перебувати у родинних стосунках або стосунках свояцтва, не перебувати у будь-яких з цих стосунків, або бути і в тих, і в інших стосунках. Домогосподарство може складатися з однієї людини.

Для досягнення необхідного розміру вибірки у 7700 домогосподарств потрібно було випадковим чином відібрати 12 домогосподарств на одну ВОВ.

Щоб подолати проблему відсутності у базі даних адрес домогосподарств (вулиця, номер будинку/квартири), були використані такі процедури для випадкового вибору домогосподарств у межах ВОВ (виборчих дільниць) як у сільській, так і у міській місцевості.

Для сільської місцевості

Для вибору домогосподарств використовувалася база даних поштових адрес (вулиця, номер будинку), яка є загальнодоступною. Кожна адреса була сполучена з одним домогосподарством. Координатори польових робіт на місцях здійснили попередній випадковий відбір 12 домогосподарств у кожній ВОВ для дослідження та направили їх до команд інтерв'юерів.

Для міської місцевості

Для районів, де населення проживає в багатоквартирних будинках, застосовувалася така процедура:

- (1) команда інтерв'юерів отримувала перелік адрес домогосподарств, які були включені до обраної ВОВ (виборчої дільниці);

- (2) як перший крок своєї роботи в ВОВ команда інтерв'юерів відвідала всі обрані адреси та визначила кількість квартир у багатоквартирних будинках;
- (3) потім інтерв'юери повідомили координаторам польових робіт про кількість квартир у кожній будівлі;
- (4) координатори польових робіт сформували список квартир у ВОВ, відібрали 12 домогосподарств за допомогою алгоритму випадкового відбору та надіслали назад інформацію команді інтерв'юерів.

Крім того, у кожній ВОВ випадковим чином були обрані резервні домогосподарства як для сільських, так і для міських районів для вирішення деяких потенційних проблем. Якщо під час відвідувань домогосподарств інтерв'юери виявляли, що вказана адреса з початкових 12 домогосподарств не належить житловому будинку/квартирі, а належить нежитловому приміщенню (наприклад, поштовому відділенню, магазину, лікарні чи школі у сільській місцевості, нотаріусу, перукарні чи іншому бізнесу в міській місцевості) або такої адреси взагалі не існувало, вони надсилали дану інформацію координаторам польових робіт. Потім координатори замінювали нежитлову адресу резервною адресою (яку було попередньо обрано випадковим чином). Інших випадків заміни адреси не було.

Після того, як було складено список домогосподарств у 642 обраних виборчих дільницях і випадковим чином відібрано 12 домогосподарств з кожної ВОВ, була розрахована ймовірність відбору для кожного домогосподарства (з огляду на кількість домогосподарств у кожному виборчому окрузі).

ЕТАП 4

Вибір учасника

На завершальному етапі за допомогою мобільного додатку eSTEPS було проведено відбір учасників з обраних домогосподарств¹⁶.

Критерії включення

Особа може бути включена в дослідження, якщо вона:

- віком 18–69 років;
- проживає у домогосподарстві три місяці і більше;
- покинула домогосподарство менше ніж місяць тому;
- має достатні фізичні та розумові здібності для участі в дослідженні.

Критерії виключення

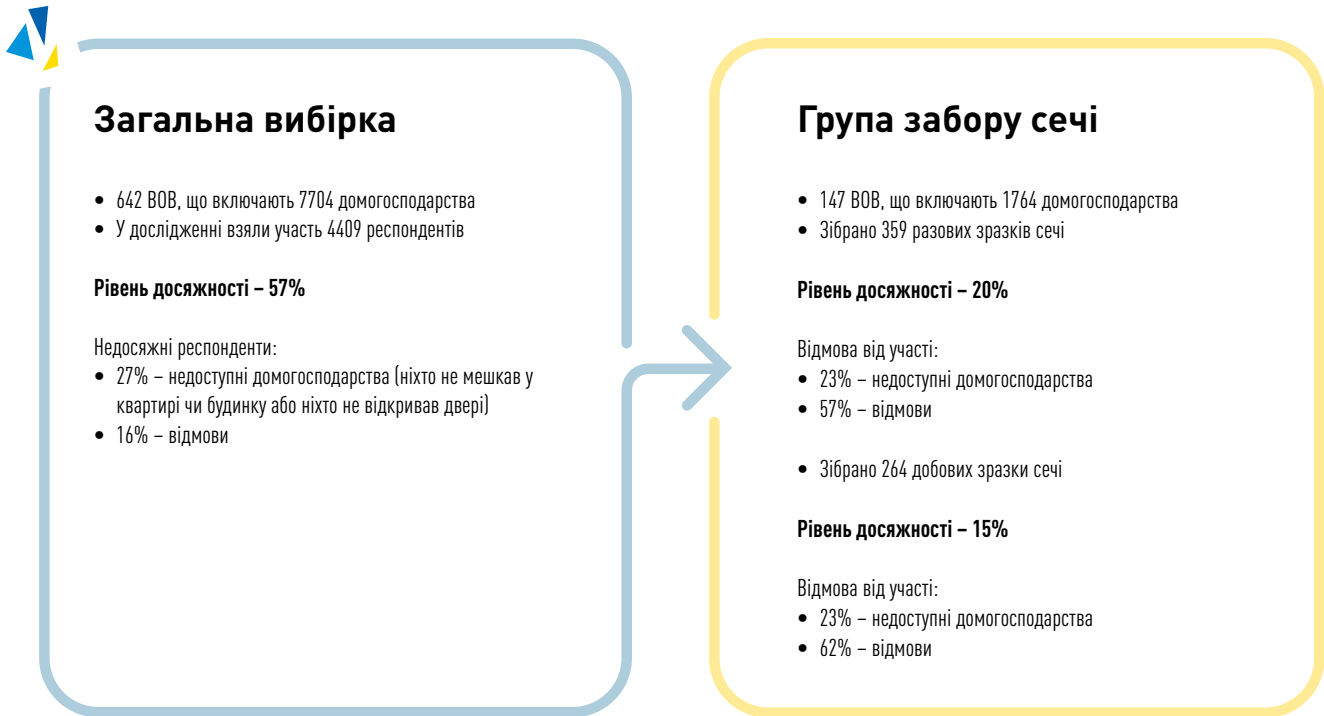
Особа виключалася з дослідження, якщо вона:

- є військовослужбовцем, який/яка живе за межами дому під час служби на військовій службі;
- перебуває у місцях позбавлення волі;
- перебуває у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння, який не дозволяє їй взяти участь у дослідженні або є загрозою для команди дослідження.

Вагітні жінки виключаються з таких етапів дослідження, як вимірювання зросту та ваги, об'єму талії та стегон, збір сечі.

Усі учасники підписали форму інформованої згоди; будь-яка особа, яка не підписала форму, виключалась.

У результаті польових робіт було отримано таку вибірку:



3.4 Процес збору даних

3.4.1 Часові рамки

У цілому дослідження STEPS проводилося в Україні з лютого по грудень 2019 р. Планування, логістична діяльність і підготовка польового етапу відбувалися протягом лютого – червня 2019 р. Збір даних на місцях проводився протягом 19 тижнів з липня по листопад, тоді як аналіз даних виконувався в грудні 2019 р.

Дослідження передбачало особисті інтерв'ю методом «віч-на віч» з використанням анкети, проведення фізичних вимірювань і біохімічного тестування. Розширений опитувальник В003 STEPS було конвертовано в Excel та завантажено на планшети Android для збору та запису відповідей. Введені дані надсилалися до спеціальної захищеної паролем бази даних, створеної на веб-платформі В003, відразу після інтерв'ю або в кінці кожного дня. Паперові анкети могли використовуватись у випадках несправності планшета.

3.4.2 Інструменти та методи дослідження

КРОК 1. Анкета дослідження щодо поведінкових факторів НІЗ, історії захворювань і догляду за здоров'ям

Англійська версія 3.2 анкети та інструментарію В003 (у тому числі стандартних операційних процедур і навчальних матеріалів) була перекладена й адаптована саме до українських умов групою проведення дослідження та запропонована українською і російською мовами.

Для збору соціально-демографічних даних та інформації про поведінкові

аспекти здоров'я, як то вживання тютюну, алкоголю, харчування та фізична активність використовувалася анкета STEPS з основними та розширеними модулями. Інша зібрана інформація містила: історію підвищеного АТ, рівень загального холестерину в крові та/або рівень ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ), діабет, ССЗ, консультування щодо способу життя, скринінг на рак молочної залози та шийки матки, депресію та суїцидальну поведінку, насильство й травми.

Вживання тютюну

Вживання тютюну оцінювали за допомогою стандартизованих запитань щодо поточного (останні 30 днів) та попереднього куріння; частота куріння (щодня чи ні, курили раніше, ніколи не курили); вік початку й тривалість куріння; вид і кількість вживання тютюну – щодня або щотижня; вживання бездимного тютюну за типом та частотою; контакт з пасивним курінням вдома або на робочому місці; поради, отримані від медичного працівника; вік і час з моменту припинення куріння. Крім того, ставилися запитання щодо спроб відмови від куріння. До місцевого контексту адаптовано демонстраційні картки, які використовувалися для уточнення вживаних термінів.

Вживання алкоголю

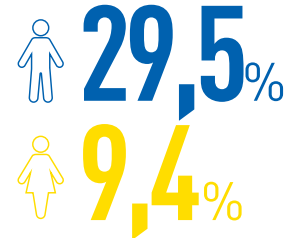
Вживання алкоголю оцінювали за допомогою концепції стандартної дози, що означає будь-який напій, який містить близько 10 г спирту. Визначено, що таку кількість спирту містять приблизно 30 мл міцних напоїв, 120 мл вина або 285 мл пива. Для полегшення ідентифікації учасникам були показані демонстраційні картки з різними ємностями, що зазвичай використовуються для вживання алкогольних напоїв у стандартних дозах в Україні, щоб визначити споживання за період останніх 30 днів і 7 днів. Крім того, щоб оцінити загальне споживання алкоголю, інтерв'юери розглядали не тільки найпопулярніші види алкоголю, але й менш поширені, запитуючи респондентів, скільки таких напоїв вони вживали під час кожного випадку вживання алкоголю. Анкета також містила запитання щодо припинення вживання алкоголю за станом здоров'я або з інших причин.

Респонденти, які повідомили про вживання алкоголю протягом останніх 30 днів, були класифіковані як активні споживачі; ті, хто повідомляв про невживання алкогольних напоїв протягом останніх 12 місяців, класифіковані як непитущі або колишні споживачі. Крім того, за допомогою запитань про найбільшу кількість спожитих доз за один епізод, а також зважаючи на відсоток осіб, які вживали шість і більше стандартних доз алкоголю за один епізод протягом останніх 30 днів, визначалися моделі надмірного епізодичного вживання алкоголю.

Харчування

Для визначення режимів харчування досліджуваної групи населення учасників запитували про частоту споживання ними фруктів і овочів, середню кількість порцій таких продуктів щоденного вжитку, кількість доданої солі та/або солоних соусів і споживання з ними обробленої їжі.

Для оцінки достатності споживання фруктів та овочів було визначено



Надмірне епізодичне вживання алкоголю було втричі вищим серед чоловіків (29,5%) у порівнянні з жінками (9,4%).

кількість порцій (по 80 г кожна) і порівняно їх кількість до рекомендацій ВООЗ, що говорять про необхідність вживання п'яти та більше порцій фруктів і овочів на день. Щоб краще зрозуміти кількість фруктів і овочів, що типово споживаються на день, використовувалися демонстраційні картки. Обраховувалася середня кількість спожитих щоденних порцій фруктів та/або овочів і кількості таких днів на тиждень.

Щоб оцінити споживання солі, учасників запитували як часто вони додають сіль або солоний соус до їжі під час готування, до або під час їжі, і як часто вони вживають оброблені продукти з високим вмістом солі. Учасників також запитували про їхнє сприйняття щодо кількості спожитої солі, зв'язок між сіллю та проблемами зі здоров'ям, важливість скорочення споживання солі та заходи, які можна вжити для її контролю.

Крім того, оцінювалася частота споживання солодких безалкогольних напоїв.

Фізична активність

Фізична активність оцінювалася за допомогою Глобальної анкети фізичної активності ВООЗ¹⁷, яка збирає дані на основі частоти, тривалості та інтенсивності фізичної активності у трьох напрямках: на роботі (оплачувана чи неоплачувана, вдома та поза домом), під час подорожування (пов'язано з транспортом) та у вільний час принаймні протягом 10 хвилин або довше на день. Для зображення різних типів і місць для фізичної активності використовувалися демонстраційні картки.

Глобальні рекомендації ВООЗ щодо фізичної активності для (доброго) здоров'я пропонують, що протягом тижня доросла особа повинна мати щонайменше таку кількість фізичної активності: 150 хвилин фізичної активності середньої інтенсивності або 75 хвилин фізичної активності високої інтенсивності, або еквівалентне поєднання фізичної активності середньої та високої інтенсивності.

Обчислювалися середнє значення та медіана фізичної активності у хвилинах на день за напрямками. Крім того, обчислювався середній час на день, який особа проводила в положенні сидячи. Була розрахована частка учасників, фізична активність яких не відповідає рекомендаціям ВООЗ.

Анамнез і поради щодо способу життя

Під час дослідження STEPS отримано інформацію на основі фізичних вимірювань, діагностики та лікування високого АТ, підвищеного рівня глюкози та холестерину за словами респондентів. Отримано інформацію про діагностику діабету та ССЗ в анамнезі, а також вживання аспірину та гіполіпідемічних препаратів для профілактики ССЗ. Ця інформація відкриває можливості для вивчення декількох аспектів отримання медичних послуг і ведення НІЗ. Крім того, в поєднанні з фактичними вимірюваннями факторів ризику результати подібного роду дозволяють оцінити окремі аспекти універсального охоплення послугами в сфері охорони здоров'я, включаючи незадоволені медичні потреби та ефективність роботи системи охорони здоров'я щодо подолання основних НІЗ і факторів ризику. Учасників запитували про будь-які поради, надані лікарем або медичним працівником протягом останніх 12 місяців щодо зменшення загальних факторів ризику виникнення НІЗ, як то припинити або не починати тютюнокуріння, зменшити

споживання солі, вживати щонайменше п'ять порцій фруктів та овочів, зменшити кількість жиру в раціоні, почати або збільшити фізичну активність, підтримувати здорову масу тіла або схуднути, зменшити споживання солодких напоїв.

Скринінг на рак шийки матки та молочної залози

Проводилася оцінка скринінгу на рак шийки матки, лікування, обізнаність про це та доступ до послуг системи охорони здоров'я. Ситуацію зі скринінгом на рак шийки матки оцінювали, запитуючи учасників чи вони колись проходили ПАП-тест (цитологічний мазок за Папаніколау). Цей метод є важливим для диференційної діагностики злоякісних, доброякісних, передракових станів і запальних уражень. Проходження скринінгу на рак молочної залози оцінювали, запитуючи учасників про проходження ними тестів на діагностику раку молочної залози, включаючи клінічний огляд молочної залози та мамографію.

Ситуацію зі скринінгом на рак шийки матки оцінювали, запитуючи учасників, чи вони колись проходили ПАП-тест (цитологічний мазок за Папаніколау) або інші діагностичні процедури. Цей метод є важливим для диференційної діагностики злоякісних, доброякісних, передракових станів і запальних уражень. Ставилася кілька запитань щодо місця обстеження, повідомлення результатів скринінгу, подальшого спостереження та лікування. Також оцінювалися причини непроходження обстеження на рак шийки матки. Ситуацію зі скринінгом на рак молочної залози оцінювали, запитуючи учасників про те, коли вони востаннє проходили визначені для цього обстеження, включаючи клінічне обстеження молочної залози та мамографію.

Депресія та суїцидальна поведінка

Оцінювалася депресія в анамнезі, діагностована медичним працівником, та подальше лікування фармакологічними чи нефармакологічними засобами. Обрані симптоми депресії (сум, втрата інтересу, занепад сил, втрата апетиту, проблеми зі сном тощо) оцінювалися та вимірювалися за встановленим алгоритмом, що відповідає клінічним симптомам депресії, який також використовувався у Дослідженні ВООЗ щодо глобального старіння та здоров'я дорослих (SAGE)¹⁸. Модуль також включав запитання про думки, плани та спроби самогубства.

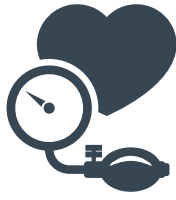
Насильство і травми

Ця частина містила запитання про різноманітний досвід і поведінку, що пов'язані з травмами через ДТП, водіння авто в стані алкогольного сп'яніння (або як пасажир), безпекою та насильством.



50%

Половина осіб, які користувалися автомобілем за останні 30 днів, не завжди користувалися паском безпеки



34,8%

У третини населення (34,8%) був підвищений АТ або гіпертензія

КРОК 2. Фізичні вимірювання

Об'єктивну інформацію отримували за допомогою фізичних вимірювань. АТ, серцебиття та антропометричні вимірювання (зріст, вага, окружність талії та стегон) були отримані таким чином.

Артеріальний тиск

АТ в стані спокою, як систолічний (САТ), так і діастолічний (ДАТ), вимірювали за допомогою цифрового пристрою та стандартизованої процедури, що рекомендована ВООЗ¹⁹. Проводилися та записувалися три вимірювання з трихвилинними інтервалами, але для аналізу середнього значення учасника використовували лише результати другого та третього вимірювання. Учасників дослідження також запитували, чи приймали вони ліки від підвищеного АТ протягом попередніх двох тижнів за призначенням лікаря або іншого медичного працівника.

За показниками АТ учасники були класифіковані за такими категоріями:

- **нормальний** – якщо їх показники САТ та ДАТ були <140 мм рт. ст. і 90 мм рт. ст. відповідно;
- **підвищений** – якщо їх показники САТ були ≥ 140 мм рт. ст та/або ДАТ ≥ 90 мм рт. ст. або коли їх показники були нормальними, але вони були на лікуванні підвищеного АТ упродовж останніх двох тижнів.

Крім того, для оцінки більш високого ризику розвитку ССЗ серед учасників також визначався високий рівень САТ ≥ 160 мм рт. ст. та/або ДАТ ≥ 100 мм рт. ст.

Для визначення частоти виявлення та успішності лікування респонденти з підвищеним АТ були додатково класифіковані за такими категоріями:

- на препаратах і контрольоване (успішне лікування) – приймають ліки та мають САТ <140 мм рт. ст. і ДАТ 90 мм рт. ст.;
- на препаратах і неконтрольоване – приймають ліки та мають САТ ≥ 140 мм рт. ст. та/або ДАТ ≥ 90 мм рт. ст.;
- невиявлені та неконтрольоване – не приймають ліки та мають САТ ≥ 140 мм рт. ст. та/або ДАТ ≥ 90 мм рт. ст.



59,1%

Майже три п'ятих (59,1%) мали надмірну вагу (ІМТ ≥ 25 кг/м²)

ІМТ

Вимірювання ваги та зросту учасників проводилися, стоячи на рівній, горизонтальній і твердій поверхні. Були використані стандартизовані та калібровані цифрові ваги для підлоги SECA та портативні стадіометри. Щоб точніше виміряти зріст і вагу, учасників просили дотримуватися стандартних процедур, включаючи зняття взуття та будь-якого об'ємного чи важкого одягу, щоб уникнути надмірних значень. Облік ваги та зросту проводили з точністю до однієї десятої у кілограмах (кг) та сантиметрах (см) відповідно. Вагітні жінки з цих вимірювань були виключені.

ІМТ визначали як співвідношення вага/зріст² і обчислювали в кг/м².

Після отримання значення ІМТ учасників цієї групи класифікували відповідно до таких рекомендацій ВООЗ:

- недостатня вага, якщо ІМТ < 18,5 кг/м²;
- нормальна вага, якщо ІМТ ≥ 18,5 та < 25 кг/м²;
- надмірна вага, якщо ІМТ ≥ 25,0 та < 30 кг/м²;
- ожиріння, якщо ІМТ ≥ 30 кг/м².

Було визначено середні значення ІМТ для населення та частки населення у зазначених категоріях.

Окружність талії та стегон

Окружність талії та стегон, а також їх співвідношення оцінювались як додаткові ознаки ожиріння, зокрема абдомінальний (центральный) тип ожиріння.

Вимірювання окружності талії проводили в позиції стоячи з використанням вимірювальної стрічки МуоТаре, що не розтягується, в міліметрах. Окружність талії вимірювали шляхом прикладання вимірювальної стрічки навколо голого живота в середній точці між нижньою межею останнього ребра, що можна пропальпувати, і вершиною гребня клубової кістки.

КРОК 3. Біохімічні маркери

Аналізи крові

Серед респондентів було визначено рівні біомаркерів для оцінки підвищеної глюкози в крові, загального холестерину та холестерину ЛПВЩ як індикаторів розвитку гіперглікемії та діабету, а також кардіо-метаболічного ризику.

Рівень глюкози в крові, загальний холестерин і холестерин ЛПВЩ вимірювали за допомогою портативного інструменту методом сухої хімії (пристрої CardioChek Plus Analyzer), рекомендований ВООЗ. Зразки крові було відібрано підготовленим персоналом у кожній команді. Респонденти не їли принаймні 12 годин до забору крові. Процедура проводилася в домогосподарстві респондента або в центрі тестування, організованому командою дослідження, коли це було можливо. Забір крові (40–50 мкл) здійснювали з пальця. Результати записувалися на папері для учасників і вносились у планшет Android відповідно до персонального ідентифікаційного номера у вигляді QR-коду для передачі інформації на платформу.

Обчислювали також середній рівень глюкози в плазмі та ліпідів крові серед населення, а також їх 95% ДІ. Групи населення було класифіковано відповідно до граничних значень ВООЗ для глюкози, загального холестерину та холестерину ЛПВЩ (табл. 1).



7,1%

Поширеність підвищеної глюкози в плазмі натщесерце (≥ 7,0 ммоль/л) або прийом в цей момент пероральних гіпоглікемічних препаратів або інсуліну склала 7,1%

Таблиця 1. Рекомендовані граничні значення ВООЗ для біохімічних показників крові

| Біохімічний показник | Нормальний | У групі ризику | Підвищений |
|----------------------|----------------|------------------------------|--|
| Глюкоза в плазмі | <6,1 ммоль/л | ≥ 6,1 ммоль/л і <7,0 ммоль/л | ≥ 7 ммоль/л або з використанням препаратів, що знижують рівень глюкози |
| Загальний холестерин | <5,0 ммоль/л | ≥ 5,0 ммоль/л до 6,1 ммоль/л | ≥ 6,2 ммоль/л або з використанням препаратів, що знижують рівень холестерину |
| Холестерин ЛПВЩ | | | |
| Чоловіки | ≥ 1,03 ммоль/л | <1,03 ммоль/л | |
| Жінки | ≥ 1,3 ммоль/л | <1,3 ммоль/л | |

Аналізи сечі

У день проведення опитування після завершення 1 і 2 кроків учасників групи «відбору сечі» попросили здати сечу для проведення аналізу разової порції сечі. Процедура забору сечі було роз'яснено, і учасникам було надано одну пробірку на 10 мл та контейнер на 60 мл. Їх просили невідкладно виконати збір сечі вдома і заповнити надану пробірку (щоб отримати значення концентрації натрію та креатиніну в разовій порції сечі).

З метою уникнення добових коливань стандартним підходом до оцінки споживання солі серед населення є отримання результатів аналізу добової сечі. Після аналізу крові учасникам групи «збору сечі» було запропоновано здати добову порцію сечу, яка збиралася протягом наступних 24 годин. Процедура збору сечі було роз'яснено, і учасникам було надано один 5-літровий контейнер. Учасникам було запропоновано завітати до центру тестування, організованого групою проведення дослідження, або до них додому заходили представники команди дослідження через 24 години після початку забору сечі. На цьому етапі вимірювали вагу зібраної сечі та відбирали на аналіз два зразки по 10 мл з добової сечі (це робилося для того, щоб отримати концентрацію натрію, креатиніну, калію та йоду в добовій сечі).

Зразки сечі для аналізу натрію, креатиніну та калію охолоджувалися та доставлялися командою дослідження до центрів тестування попередньо обраної компанії (медична лабораторія «Синево»), яка має розгалужену мережу філій і пунктів забору по всій країні. Співробітники лабораторії відправляли результати аналізу сечі команді дослідження (згідно з ідентифікаційним кодом респондента).

Зразки сечі для аналізу йоду надсилалися командою до попередньо обраної лабораторії м. Києва – Інституту ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка Національної академії медичних наук України.

Всього було відібрано 359 разових і 264 добові порції сечі.



Майже половина населення (44,9%) завжди або часто додавала в їжу сіль або солоний соус під час приготування або під час споживання їжі



3.4.3 Польовий персонал

До проведення польового етапу було залучено шістдесят три інтерв'юери, яких наймала Громадська організація «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка» (УІСД ім. О. Яременка). Нагляд за їх роботою забезпечував супервайзер команди.

3.4.4 Підготовка польового персоналу

Для підготовки інтерв'юерів до польового етапу було проведено два навчальні тренінги.

Основний тренінг (13–17 травня 2019 р.) висвітлював такі теми:

- інформація про мету дослідження, цілі та завдання;
- ознайомлення з процесом дослідження:
 - структура вибірки, доступ до домогосподарств;
 - документи та форми (форми відстеження, форми інформованої згоди);
 - відбір та залучення респондентів;
 - етика спілкування з респондентами;
 - Крок 1 – процес збору даних, включаючи реєстрацію населення у відібраних домогосподарствах і використання анкети;
 - Етапи 2 і 3: проведення фізичних і біохімічних вимірювань;
- ознайомлення з обладнанням, у тому числі пілотне відпрацювання:
 - планшети на системі Android ;
 - цифрові тонометри;
 - ваги;
 - стадіометри;
 - мірна стрічка для окружності талії та стегон;
 - біохімічні прилади з методом сухої хімії для вимірювання ліпідів крові та глюкози в крові.

Підготовка також включала пілотне відпрацювання інструментів і засобів дослідження в реальних умовах. Після цього національною командою були обговорені коментарі та пропозиції учасників, які пізніше були включені до остаточних версій анкети.

Крім того, тренінги використовувались як платформа для перевірки працездатності пристроїв CardioChek. Інтерв'юери проводили тести на глюкозу та ліпіди крові інших учасників, фіксували їх результати. Пізніше співробітники лабораторії, акредитованої за ISO 17025, збирали венозну кров для проведення тих самих досліджень у лабораторії. Така процедура дозволила перевірити точність вимірювань CardioChek.

Щоб навчити інтерв'юерів процесу забору разової та добової порції сечі для визначення екскреції солі/натрію було проведено додатковий тренінг (24–25 червня 2019 р.)

3.4.5 Етичні міркування

Усі аспекти дослідження проводилися згідно з відповідними стандартами й операційним керівництвом²⁰. Етичне схвалення дослідження було отримано від двох етичних комісій – Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України та Соціологічної асоціації України.

3.4.6 Інформована згода та коментарі для учасників

Для кроків 1 і 2 використовувалася основна форма інформованої згоди, а наступного дня для кроку 3 використовувалася окрема (додаткова) форма. Перш ніж розпочати інтерв'ю, інтерв'юер давав форму респондентові, щоб той/та її прочитав/ла ти (або читав їм), та запитував чи є у них якісь запитання. Потім респондент підписував форму, і один екземпляр кожної форми залишився респонденту, а іншу забирала команда дослідження. Інтерв'ю проводилось таким чином, щоб забезпечити конфіденційність і приватність респондентів. Після кожного кроку учасникам надавались персоналізовані коментарі щодо їх факторів ризику (такі як рівень АТ та рівень глюкози в плазмі).

3.4.7 Алгоритми збору даних

На місцях застосовувалися такі алгоритми.

Для ВОВ, де не потрібно було збирати зразки сечі

День 1

- (1) Команда інтерв'юерів, що складається з двох членів, прибуває до обраної ВОВ.
- (2) Два інтерв'юери мають список з 12 відібраних домогосподарств у кожній ВОВ.
- (3) Старший інтерв'юер проводить перемовини з місцевим закладом первинної медико-санітарної допомоги та готує сайт дослідження для проведення Кроку 3. Інший інтерв'юер починає відвідувати домогосподарства відповідно до списку.
- (4) Кожен інтерв'юер відвідує 6–8 домогосподарств (перший візит), проводить інтерв'ю та фізичні вимірювання (кроки 1 та 2), та домовляється з респондентами щодо аналізу крові.
- (5) Якщо вдома нікого не було під час візиту, інтерв'юер виконує повторний (другий) візит увечері.
- (6) Якщо другий візит до домогосподарства пройшов успішно, але особа, обрана через додаток eSTEPS, вдома не перебуває, інтерв'юер домовляється про проведення третьої та останньої спроби візиту наступного дня.
- (7) Короткий звіт про 1-ий день.

День 2

- (1) Вранці старший інтерв'юер проводить компонент Кроку 3.
- (2) Другий інтерв'юер намагається отримати доступ до домогосподарств, де нікого не застали під час першого та другого візитів (тобто проводить третій візит), та проводить інтерв'ю з респондентами, з якими домовлялись у перший день.
- (3) Якщо у відібраних домогосподарствах під час третього візиту нікого не застали, а протягом другого дня інтерв'ю не проводилося, інтерв'юери залишають цю ВОВ та переходять до іншої відповідно до списку.
- (4) Якщо інтерв'юеру вдалося провести інтерв'ю протягом другого дня, обидва інтерв'юери залишаються у ВОВ для проведення Кроку 3.

День 3

- (1) Старший інтерв'юер проводить компонент Кроку 3 серед респондентів, з якими вже проводили інтерв'ю протягом другого дня.
- (2) Обидва інтерв'юери залишають ВОВ та переходять до іншої відповідно до списку.

Для ВОВ, де потрібно було відібрати зразок сечі

День 1

- (1) Команда інтерв'юерів, що складається з двох членів, прибуває до обраної ВОВ.
- (2) Два інтерв'юери мають список з 12 відібраних домогосподарств у кожній ВОВ.
- (3) Старший інтерв'юер проводить перемовини з місцевим закладом первинної медико-санітарної допомоги та готує сайт дослідження для проведення Кроку 3. Інший інтерв'юер починає відвідувати домогосподарства відповідно до списку.
- (4) Кожен інтерв'юер відвідує 6–8 домогосподарств (перший візит), проводить інтерв'ю та фізичні вимірювання (кроки 1 та 2), надає контейнер для сечі, якщо респондент був обраний для цього тесту та відбирає зразок разової сечі для аналізу і обговорює необхідні домовленості з респондентами щодо аналізу крові.
- (5) Якщо вдома нікого не було під час візиту, інтерв'юер виконує повторний (другий) візит увечері.
- (6) Якщо другий візит до домогосподарства пройшов успішно, але особа, обрана через додаток eSTEPS, вдома не перебуває, інтерв'юер домовляється про проведення третьої та останньої спроби візиту наступного дня.
- (7) Короткий звіт про перший день.

День 2

- (1) Старший інтерв'юер проводить компонент Кроку 3 вранці та надає респонденту контейнер для аналізу добової сечі, якщо вказані респонденти були відібрані для цього тесту.
- (2) Другий інтерв'юер намагається отримати доступ до домогосподарств, де нікого не застали під час першого та другого візитів (тобто проводить третій візит), та проводить інтерв'ю з респондентами, з якими домовлялись у перший день.
- (3) Якщо у відібраних домогосподарствах досі нікого немає під час третього візиту, протягом другого дня інтерв'ю не проводились і жоден респондент не отримав контейнери для цілодобової сечі на другий день, інтерв'юери залишають цю ВОВ та переходять до іншої відповідно до списку.
- (4) Якщо інтерв'юеру вдалося провести інтерв'ю на другий день або їм потрібно забрати добову сечу у респондентів, які отримували контейнери на другий день, обидва інтерв'юери залишаються у ВОВ, щоб провести Крок 3.

День 3

- (1) Старший інтерв'юер проводить компонент Кроку 3 серед респондентів, з якими проводили інтерв'ю протягом другого дня, і надає цим респондентам контейнер для збору добової сечі, якщо вони були відібрані для цього тесту.
- (2) Інтерв'юери збирають добові зразки сечі у респондентів, які отримували контейнери для збору добової сечі другого дня.
- (3) Якщо немає респондентів, які починають збирати добову сечу третього дня, обидва інтерв'юери залишають цю ВОВ та переходять до іншої відповідно до списку.

День 4

- (1) На третій день інтерв'юери забирають добову сечу респондентів, які отримували контейнери для збору.
- (2) Обидва інтерв'юери залишають ВОВ та переходять до іншої відповідно до списку.

3.4.8 Введення даних

Введення даних відбувалося за допомогою мобільних пристроїв, які використовував кожен член команди дослідження для запису відповідей респондентів при проведенні інтерв'ю під час Кроку 1, а також для фізичних та біохімічних результатів протягом Кроків 2 і 3, крім результатів аналізу сечі на натрій, креатинін, калій і йод, які відправлялися окремо центральними лабораторіями.

Координатор дослідження мав доступ до даних, завантажених на сервер з планшетів команди дослідження, і контролював якість введених даних. Для збору всіх даних дослідження (крім опитувальника, що пов'язаний з аналізом сечі, та результатів аналізу сечі) на планшетах з системою Android використовувалося програмне забезпечення ВООЗ eSTEPS. Кожен планшет зберігав дані як локально, так і на платформі ВООЗ. Запитальники щодо сечі заповнювалися в паперовому форматі та вводилися в електронному вигляді командою УІСД ім. О. Яременка пізніше.

ДАНІ ЗБИРАЛИСЯ ЗА

**ДОПОМОГОЮ
МОБІЛЬНИХ
ПРИСТРОЇВ**



Планшети на системі Android мали SIM-карту від мобільного оператора, яка дозволяла безперервно отримувати доступ до інтернету та вводити дані, що надсилались одразу після інтерв'ю або в кінці кожного дня до бази даних на платформі ВООЗ.

3.4.9 Управління даними

На всіх етапах дослідження дані, які розміщувалися на платформі ВООЗ, були доступні аналітичній групі УІСД ім. О. Яременка, команді Центру громадського здоров'я, персоналу Європейського бюро ВООЗ з питань профілактики та боротьби з НІЗ та штаб-квартирі ВООЗ.

Заходи щодо контролю якості даних вживалися до та під час польового етапу, а також під час процесу очищення даних. До анкети було включено певну кількість автоматичних перевірок, що зробило більшість запитань обов'язковими (хоча учасникам дозволялося відмовитися від відповіді) та запобігло введенню неправдоподібних значень. Для полегшення процесу інтерв'ю були реалізовані схеми пропуску запитань і автоматичні переходи до відповідних подальших запитань. Для регулярного моніторингу прогресу вибірки та якості зібраних даних команда дослідження проводила аналіз процесу збору даних щотижня. Крім того, ВООЗ надавала регулярні звіти про якість даних з оглядом розподілу та дезагрегації ключових показників забезпечення якості. У разі невідповідності даних або помилок введення даних інтерв'юери отримували відповідний зворотній зв'язок і вносили корективи. Очищення бази даних проводилося на платформі ВООЗ.

Інструменти збору даних включали механізми поліпшення якості даних і мінімізації ймовірності введення невірних даних. Наприклад, інтерв'юери відвідували лише адреси з попередньо визначеного списку домогосподарств, які були зареєстровані програмним забезпеченням для збору даних; респонденти з домогосподарств відбиралися автоматично алгоритмом програмного забезпечення збору даних; координати місця інтерв'ю зберігалися за допомогою GPS-модуля в планшетах, а кожен респондент отримав унікальний ідентифікаційний QR-код, який сканували планшетом, щоб поєднати зі зразками крові та сечі, запобігаючи таким чином помилкам введення тексту.

Крім того, команда супервайзерів дослідження проводила контрольні телефонні дзвінки, випадково обираючи респондентів (частка здійсненого контролю – 20% від загальної кількості опитаних) для підтвердження їх участі в дослідженні та перевірки якості проведеного інтерв'ю. Моніторингові відвідування сайтів збору даних також проводились під час польового етапу.

Очищення даних проводилося до аналізу даних з дотриманням рекомендацій, що надані ВООЗ у посібнику eSTEPS²¹. Це включало перевірку діапазонів і комбінацій змінних, виявлення та роботу з відсутніми даними, а також з аномальними значеннями (викидами).

Для 24-годинних даних щодо сечі були проведені окремі очищення та нормалізація даних. У рамках очищення даних проби сечі були виключені за таких обставин:



- (1) учасники заявили про те, що вони пропустили більше ніж одне сечевипускання в період збору сечі;
- (2) об'єм сечі < 500 мл;
- (3) тривалість збору сечі < 21 година або > 27 годин;
- (4) 24-годинне виділення креатиніну з сечі за межами двох стандартних відхилень статевого розподілу.

У результаті очищення даних були отримані валідні зразки сечі від 113 учасників. Крім того, для коригування різниці в тривалості збору сечі дані було нормалізовано до 24 год.

3.4.10 Зважування даних

З огляду на комплексний характер вибірки дослідження, для забезпечення репрезентативності результатів досліджуваної групи (тобто дорослих віком 18–69 років, які проживають в Україні) суттєвим було належне зважування даних. Для коригування кожного з наступних аспектів було обраховано вагу: ймовірності відбору особи (тобто вага вибірки) та рівня досяжності на рівні домогосподарств, а також різниці у віковому та статевому розподілі між вибіркою та досліджуваною популяцією. Окремі ваги були розраховані для кожного етапу дослідження.

3.4.11 Аналіз даних

Аналіз даних проводили фахівці УІСД та Центру громадського здоров'я, використовуючи програмне забезпечення Epi Info версії 3.5²², за допомогою інструментів і команд аналізу, розроблених ВООЗ та адаптованих для використання українською командою дослідників.

Протягом 25–29 листопада 2019 р. після завершення польового етапу та обробки зібраних даних було проведено семінар за підтримки ВООЗ. Метою семінару був перегляд процедури та підготовка команди дослідників до належного аналізу даних, використовуючи запропоновані ВООЗ показники та керівні принципи. Теми, охоплені семінаром, містили:

- (a) управління даними, в тому числі завантаження, очищення та перевірка бази даних дослідження;
- (b) процедура зважування;
- (c) базовий описовий аналіз даних, у тому числі порівняння ефекту зважування вибірки на результати;
- (d) використання програмного забезпечення Epi Info для аналізу інформації, в тому числі застосування програм, розроблених ВООЗ, генерування нових змінних, подання результатів у багатовимірному табличному стандартизованому форматі та їх інтерпретація;
- (e) створення Книги даних на основі стандартних інструментів звітності STEPS з основними таблицями та графіками;
- (f) створення фактологічного бюлетеня, що висвітлює ключові результати дослідження.

Рекомендації, надані ВООЗ, були використані як основа для розробки звіту дослідження, в тому числі основні показники та набір таблиць даних. Звіт дослідження складається з описової статистики із середніми значеннями, медіанами, пропорціями та частотними розподілами.

Оцінювалися поширеність і критерії основної тенденції факторів ризику НІЗ. Вихідні показники (поширеність і середнє значення дисперсії) та відмінності між групами (вікові, статеві, міські/сільські групи) оцінювались з 95% ДІ. Межі похибки поширеності та критеріїв центральної тенденції представлені стандартними похибками, 95% ДІ або міжквартильними діапазонами.

3.4.12 Ризики та переваги

Ризики

Під час забору зразка крові існує ризик зараження, хоча він є невеликим. Для подолання цього ризику були вжиті всі необхідні заходи безпеки: використовувалися одноразові скарифікатори (спеціальні голки для проколювання шкіри в герметичному корпусі); шкіру очищали спиртовою серветкою; а особа, яка здійснювала забір крові, вдягала одноразові рукавички.

Занепокоєння респондентів щодо вимірювань тіла або результатів аналізів крові та сечі було вирішено шляхом направлення їх до найближчого медичного закладу для отримання професійної допомоги. Респондентам нагадували, що результати були записані у буклеті про НІЗ, який вони отримали, та мають бути надані медичному працівникові.

Щоб мінімізувати ризик витоку даних дослідження було вжито заходів щодо безпеки даних. Весь персонал дослідження підписав угоди про конфіденційність, зобов'язавшись не розголошувати дані дослідження. Зібрана інформація зберігалася на захищених серверах. Крім того, різні етапи дослідження виконували різні особи.

Інтерв'ю та фізичні вимірювання проводилися в домашніх умовах, які забезпечували конфіденційність і приватність, в окремому приміщенні, де були присутні лише респондент та інтерв'юер. Це мінімізувало ризик виникнення конфлікту з іншими членами домогосподарства внаслідок відповідей респондента.

Переваги

Після участі в дослідженні респонденти отримували результати тестування та вимірювання безкоштовно: АТ, зріст, вага та ІМТ, окружність стегон і талії, рівень глюкози та ліпідів у крові. Крім того, респонденти отримували буклет з корисною інформацією про НІЗ та порадами щодо зменшення факторів ризику НІЗ. Ці переваги були особливо цінними для сільського населення, які мають менший доступ (як фізичний, так і фінансовий) до медичної допомоги та лабораторних тестів, які можуть надати корисну інформацію про стан здоров'я та рівні факторів ризику.



**РЕСПОНДЕНТИ
ОТРИМУВАЛИ
РЕЗУЛЬТАТИ
ТЕСТУВАННЯ ТА
ВИМІРЮВАННЯ**

Заохочення учасників

Участь у дослідженні для респондентів була безкоштовною. Дослідницька команда створила умови, які допомогли мінімізувати будь-які додаткові витрати чи незручності для респондентів. Учасникам було надано все необхідне обладнання та матеріали. Зокрема, респонденти отримали спеціальний набір контейнерів для збору добової сечі, що допомогло їм дотримуватися звичайного розпорядку дня (з точки зору харчування, роботи та дозвілля). Респонденти мали змогу самостійно контролювати, скільки часу та зусиль вони приділяли участі в дослідженні.

СТВОРЕНО УМОВИ,
ЯКІ ДОПОМОГЛИ
МІНІМІЗУВАТИ
НЕЗРУЧНОСТІ ДЛЯ
РЕСПОНДЕНТІВ

> 4. Результати дослідження

В тексті основного звіту представлено лише обрані результати. Детальна таблиця всіх запитань наведена в стандартній книзі даних STEPS Databook²³. Дані аналізувалися за статтю, віком і місцем проживання (міська/сільська місцевість). Відмінності між групами населення згадувалися лише у випадку статистичної значущості, що оцінювалася за допомогою ДІ, які не перетинаються..

4.1 Соціально-демографічні дані

Проаналізовано соціально-демографічні показники: вік, стать, етнічна приналежність, сімейний стан, рівень освіти та вид зайнятості за останні 12 місяців. Результати за цими показниками не зважувалися.

З 4409 респондентів чоловіків було 1648 (37,4%), а жінок – 2761 (62,6%). Майже 60% респондентів були віком 45–69 років, ці пропорції розподілу за статтю були схожі.

Середня тривалість навчання становила 12,8 року. Більшість респондентів здобули середню спеціальну освіту (48,5%), а потім йшла група, що закінчила коледж/університет (29,7%) та загальноосвітню школу (13,7%). Менше ніж 10% респондентів мали інші рівні освіти.

Переважає більшість (94,6%) населення вважали себе українцями, решта (3,6%) – росіянами, 0,5% – білорусами, а 1,3% вважали, що вони належать до інших етнічних груп.

Понад половину (51,6%) населення перебувало в шлюбі. Решта були удівцями/удовами – 15,3% (8,1% чоловіків; 19,6% жінок), розлученими – 13,8% (10,4% чоловіків; 15,9% жінок), ніколи не були одружені – 11,4% (16,5% чоловіків; 8,3% жінок), побралися, але жили окремо від свого чоловіка/жінки – 4,8%, та 3,0% мали спільне проживання.

Майже чверть населення (22,2%) працювала на державних підприємствах і державних установах протягом останнього року (16,1% чоловіків; 26,0% жінок), 16,3% опитаних були самозайнятими (21,8% чоловіків; 12,9% жінок) та 5,6% були працівниками громадських організацій (7,3% чоловіків; 4,5% жінок). Понад половину населення (55,9%) заявляли, що мають інший статус зайнятості. З них 54,7% були економічно неактивними працездатними особами (48,5% чоловіків; 58,4% жінок), 15,3% – пенсіонери (3,0% чоловіків; 22,6% жінок), 0,2% – навчалися в школі чи університеті; 5,0% – домогосподарки чи утриманці; 13,5% – задіяні у неоплачуваній роботі (25,1% чоловіків; 6,6% жінок), а 11,4% – непрацездатні (17,2% чоловіків; 7,9% жінок).

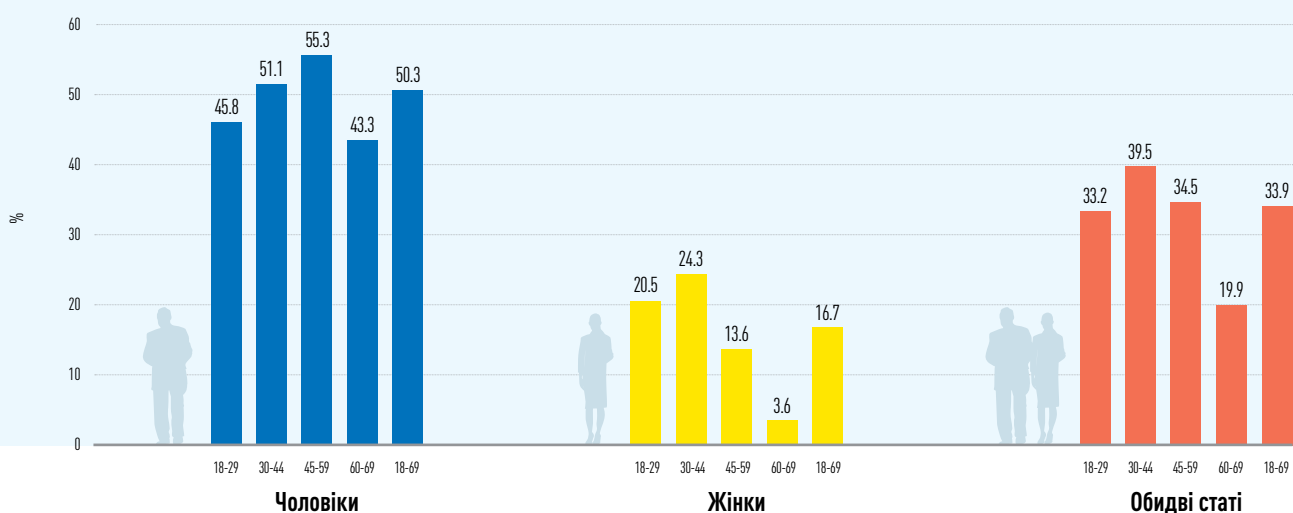


Рис. 1. Частка населення, що були курцями, за віком і статтю (%)

4.2 Вживання тютюну

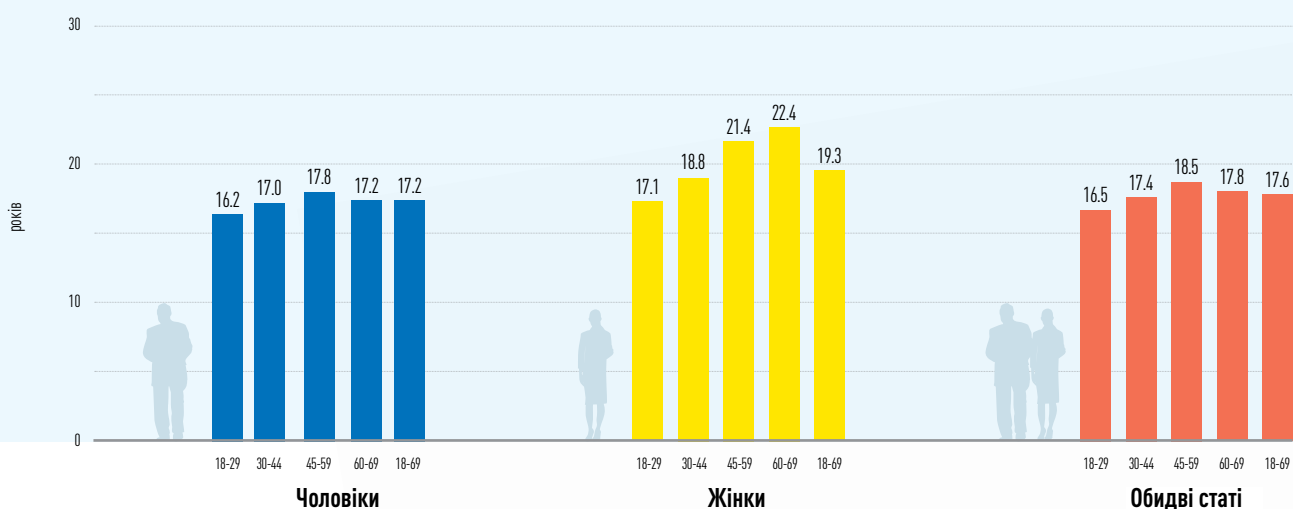
4.2.1 Тютюнокуріння

Трохи більше третини населення (33,9%) в даний час курили тютюн (рис. 1). Куріння було втричі більш поширене серед чоловіків (50,3%), ніж серед жінок (16,7%), без значущих відмінностей між сільськими та міськими районами. Після досягнення пікового значення в різних вікових групах поширеність куріння переважно зменшувалася зі збільшенням віку як у чоловіків, так і у жінок, хоча і мала дещо різні закономірності протягом життя.

Більшість поточних курців курять тютюнові вироби щодня (83,9%) з незначними відмінностями за статтю: 88,3% чоловіків та 71,6% жінок. Середній вік, коли курці почали курити, становив 17,6 років (рис. 2). Жінки переважно починали курити пізніше, ніж чоловіки – у віці 19,3 років, порівняно з 17,2 років для чоловіків. Молодші вікові групи починали курити раніше. Значущих відмінностей між міськими та сільськими умовами у співвідношенні щоденних курців і віку, в якому вони починали курити, не було.

У середньому, кожен курець курил 15,7 сигарети на день. Жінки, як правило, курили менше за чоловіків – 11,3 проти 16,9 сигарет на день. Половина

Рис. 2. Середній вік початку куріння, за статтю (років)



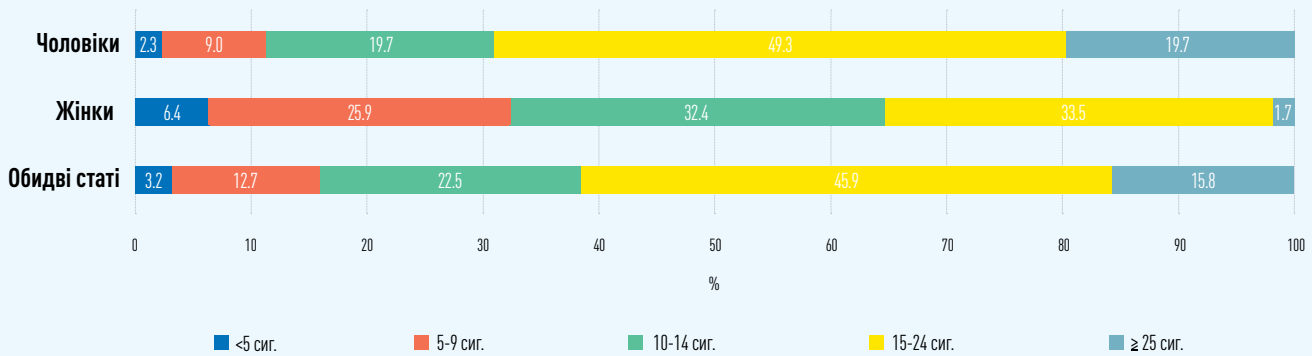


Рис. 3. Кількість заводських або самокрутних сигарет, які курить активний курець на день, за статтю (%)

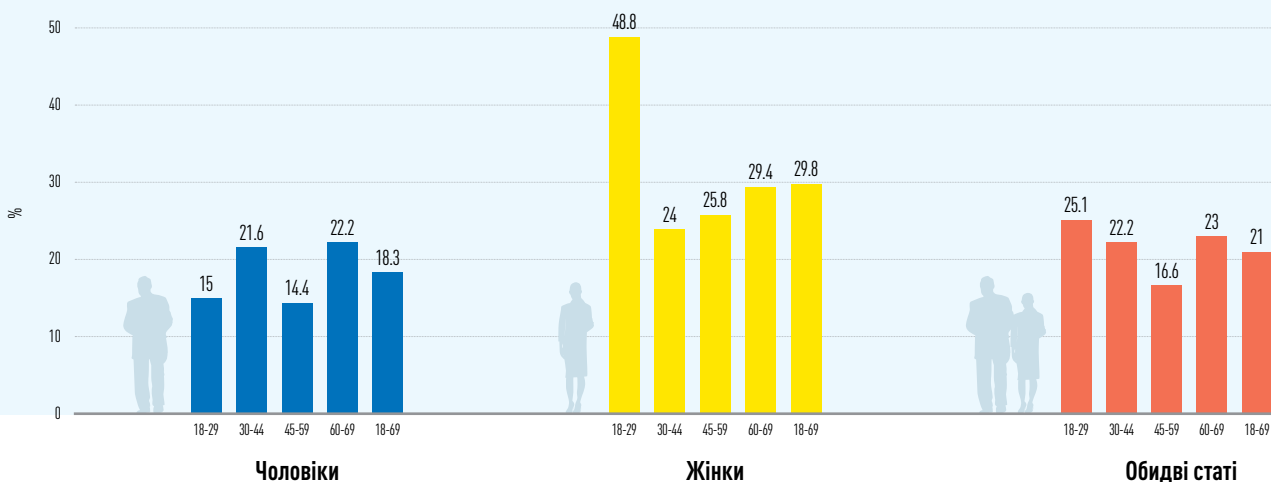
(49,3%) курців чоловічої статі та третина (33,5%) курців жіночої статі курили 15–24 сигарети на день; 19,7% та 32,4% відповідно курили по 10–14 сигарет на день (рис. 3). Відмінностей між міськими та сільськими районами не спостерігалось.

Серед поточних курців 21% намагалися кинути курити. При цьому намагалися це зробити більше жінок (29,8%), ніж чоловіків (18,3%) (рис. 4). Майже половина курців жіночої статі (48,8%) у віковій групі 18–29 років намагалися кинути курити.

Приблизно кожному третьому курцю (37,6%) лікар або інший медичний працівник радив кинути курити (рис. 5). Молоді курці чоловічої статі віком від 18 до 29 років мали найнижчу ймовірність отримати таку рекомендацію (15,1%), в той час як курці віком 60–69 років – найвищу (54,7%). Для жінок тенденція була зворотною, і жінки похилого віку мали нижчу ймовірність отримати пораду кинути курити. Курцям у містах рекомендували кинути курити частіше, ніж курцям у сільській місцевості (у містах – 41,8%; у сільській місцевості – 28,4%).

Водночас 15,4% населення в цей момент не курили, але раніше курили щодня. Серед таких колишніх курців було більше чоловіків, ніж жінок (23,7% чоловіків проти 6,7% жінок). Середня кількість років після припинення куріння становила 10,4 років.

Рис. 4. Частка активних курців, які намагалися кинути курити, за віком і статтю (%)



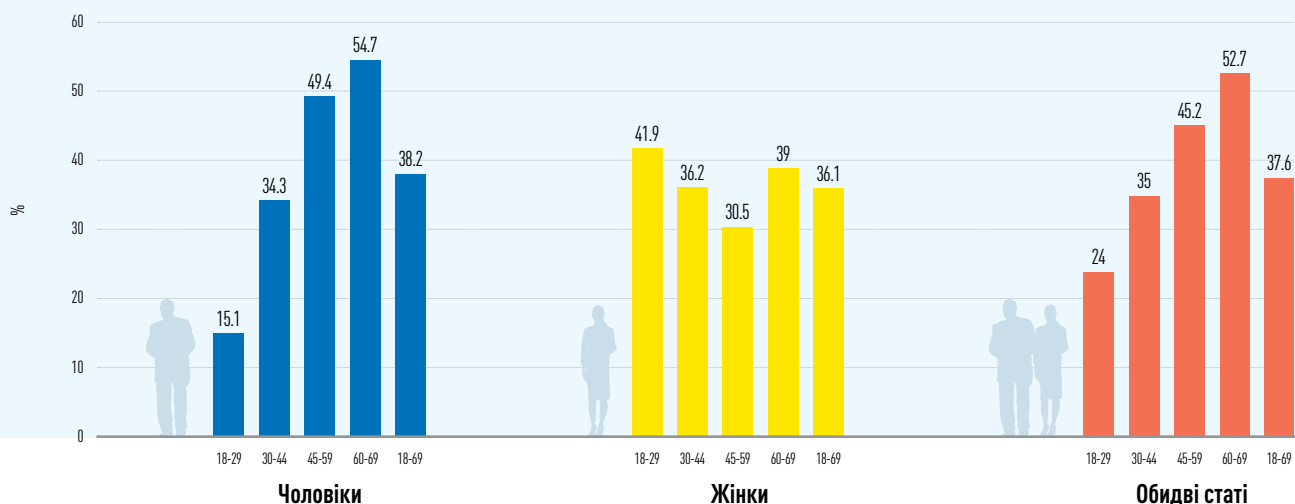


Рис. 5. Частка активних курців, яким лікар радив кинути курити, за віком і статтю (%)

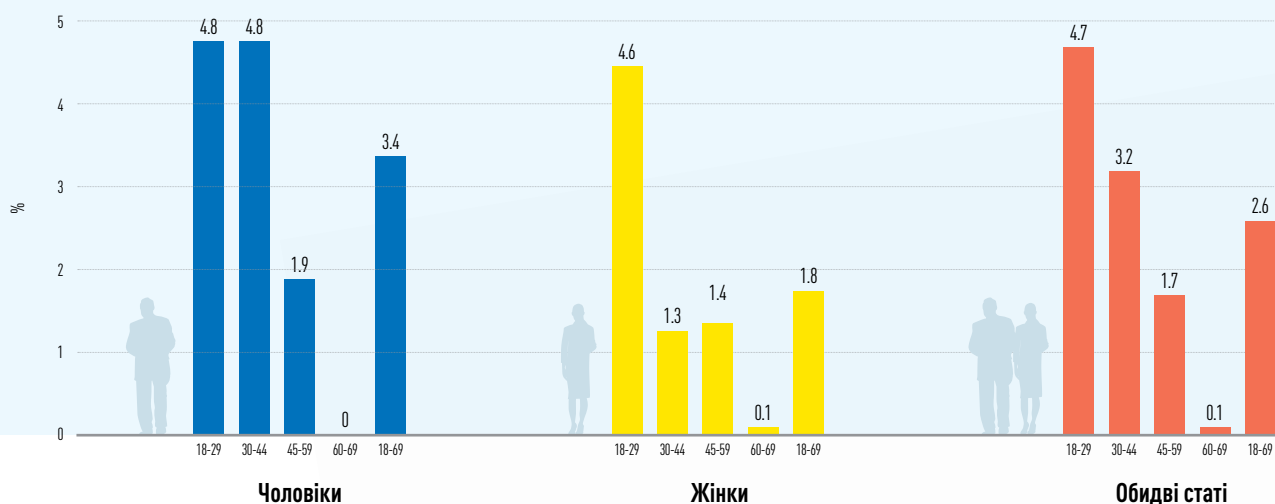
4.2.2 Продукти нагрівання тютюну

Продукти нагрівання тютюну (ПНТ) вживали 2,6% населення (рис. 6), зі значним зміщенням до міського населення (міське – 3,7%; сільське – 0,7%). ПНТ були більш популярними серед молодших користувачів і найчастіше їх використовували щодня (69,5%).

4.2.3 Електронні сигарети

Електронні сигарети вживали 3% населення (рис. 7). Їх частіше вживали особи молодшого віку. Серед них було більше чоловіків, ніж жінок. Майже половина (44,4%) користувачів електронних сигарет вживають їх щодня (48,2% – чоловіки; 24,8% – жінки). Значущих відмінностей між міським і сільським населенням у використанні електронних сигарет не було.

Рис. 6. Частка населення, що використовує ПНТ, за віком і статтю (%)



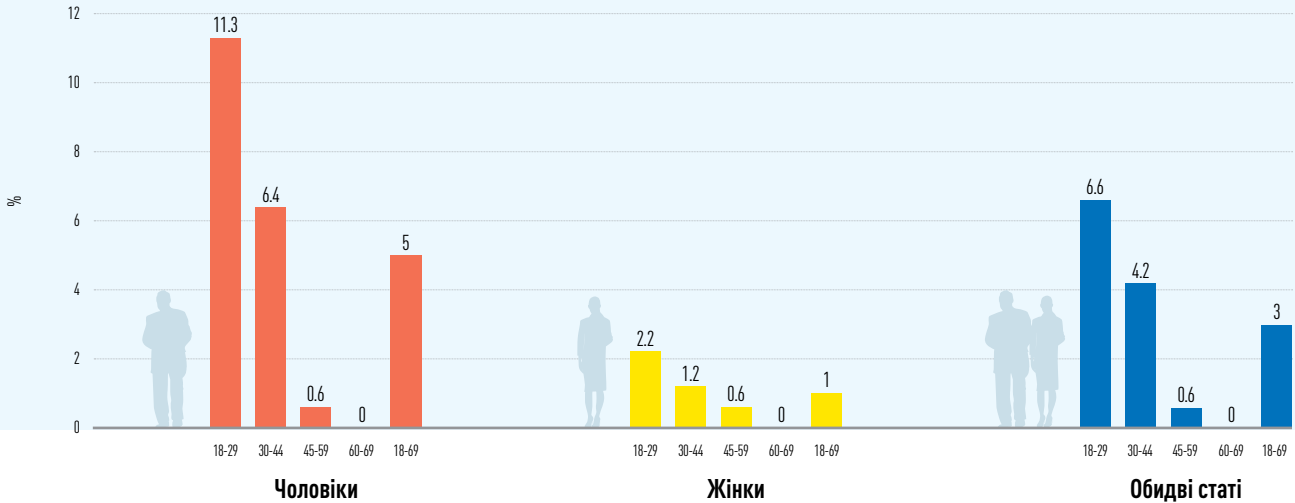


Рис. 7. Частка населення, що використовує електронні сигарети, за віком і статтю (%)

4.2.4 Кальян

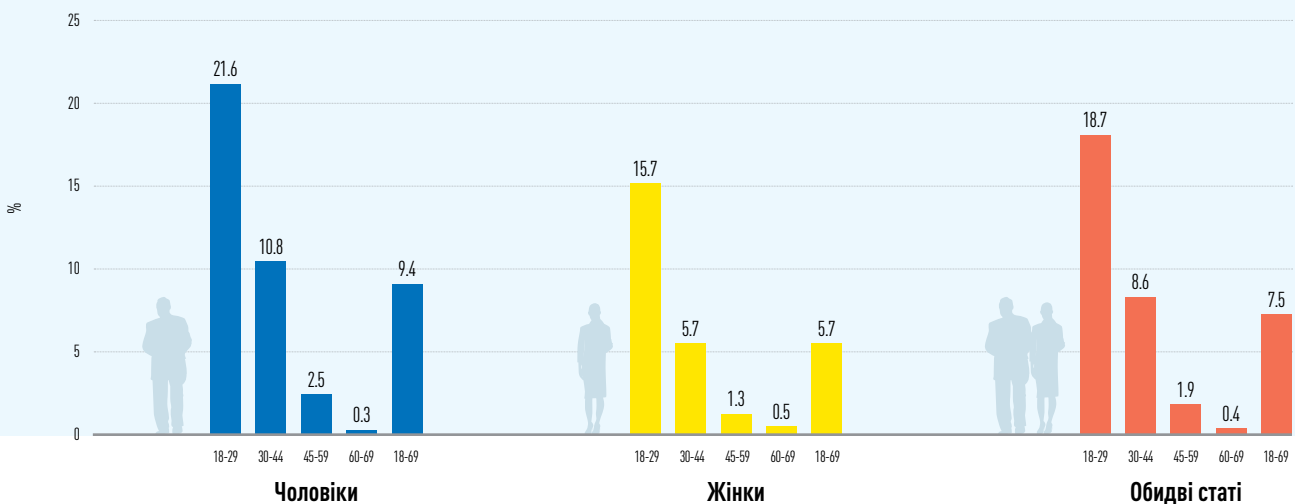
Куріння кальяна було поширене серед молодшого населення (рис. 8). Майже кожен п'ятий (18,7%) віком 18–29 років курил кальян протягом останніх 30 днів. У цілому 7,5% населення курили кальян, з них 28,4% курили його щодня. Не було виявлено значущих відмінностей ні між чоловіками та жінками, ні між сільськими та міськими районами.

4.3 Alcohol consumption

За останні 30 днів алкоголь вживали 55,6% населення (активні споживачі). Серед чоловіків цей показник був вищим (66,1%), ніж серед жінок (44,6%) (рис. 9). Майже чверть (23,5%) населення вживали алкоголь за останні 12 місяців, але не за останні 30 днів.

Найбільша частка респондентів, які вживали алкоголь за останні 30 днів, припадала на вікову групу 30–44 роки (62,6%), і цей показник був вищим серед чоловіків (71,6%), ніж серед жінок (50,8%). Найбільша частка опитаних, які вживали алкоголь протягом останніх 12 місяців, але не за останні 30 днів, припадала на вікову групу 60–69 років (29,9%), як і найбільша частка

Рис. 8. Частка населення, що курил кальян, за віком і статтю (%)



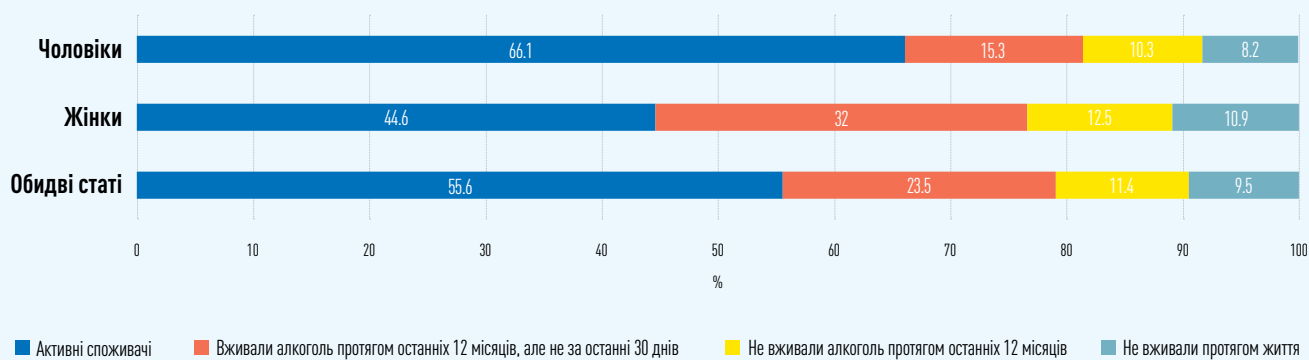


Рис. 9. Частка населення, що вживає алкоголь, за часом і статтю (%)

осіб, які утримувалися від алкоголю протягом останніх 12 місяців (17,2%). Найбільша група осіб, які ніколи протягом життя не вживали алкоголь, спостерігалась у віковій групі 18–29 років (13,2%).

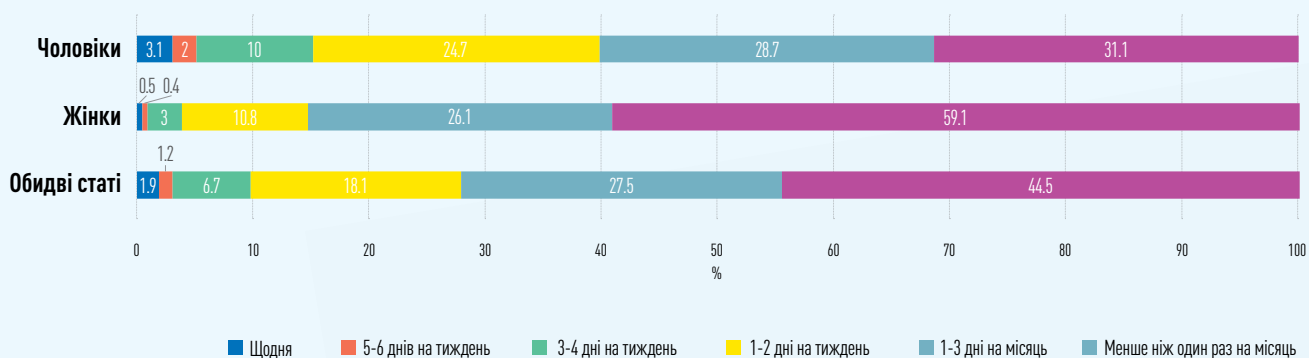
Більше ніж третина (39%) колишніх споживачів (респондентів, які не вживали алкоголь протягом останніх 12 місяців, але які вживали алкоголь раніше протягом життя) кинули пити через негативний вплив на їхнє здоров'я або за порадою лікаря чи іншого медичного працівника.

Протягом останніх 12 місяців понад половину споживачів алкоголю вживали його частіше ніж один раз на місяць (рис. 10), більше ніж чверть (27,5%) вживали алкоголь 1–3 рази на місяць, майже п'ята частка – 1–2 дні на тиждень, а кожен 10-ий – частіше. Вживання алкоголю зустрічалось частіше серед чоловіків, ніж серед жінок.

Серед активних споживачів середня частота випадків вживання за останні 30 днів становила 4,7 (табл. 2); чоловіки мали більше випадків вживання (5,6), ніж жінки (3,3). Середня кількість випадків вживання за останні 30 днів у сільського населення становила 5,7; у міського – 4,2.

Активні споживачі випивали в середньому 3,3 стандартних дози за епізод вживання (рис. 11). Цей показник у чоловіків (3,9) був більшим, ніж у жінок (2,3).

Рис. 10. Частота вживання алкоголю за останні 12 місяців, за статтю (%)



| Вікова група (років) | Чоловіки | | | Жінки | | | Обидві статі | | |
|----------------------|----------|---------|---------|-------|---------|---------|--------------|---------|---------|
| | n | Середнє | 95% ДІ | n | Середнє | 95% ДІ | n | Середнє | 95% ДІ |
| 18–29 | 154 | 4.9 | 4.1–5.7 | 139 | 2.7 | 2.2–3.2 | 293 | 3.9 | 3.3–4.5 |
| 30–44 | 275 | 5.5 | 3.7–7.2 | 334 | 3.9 | 3.3–4.5 | 609 | 4.9 | 3.8–6.0 |
| 45–59 | 297 | 5.8 | 5.0–6.7 | 356 | 3.1 | 2.5–3.7 | 653 | 4.7 | 4.2–5.3 |
| 60–69 | 234 | 6.5 | 5.3–7.7 | 199 | 2.7 | 1.5–3.9 | 433 | 5.0 | 4.1–5.9 |
| 18–69 | 960 | 5.6 | 4.7–6.5 | 1028 | 3.3 | 2.9–3.6 | 1988 | 4.7 | 4.2–5.2 |

Таблиця 2. Середня кількість випадків вживання на місяць серед активних споживачів (за останні 30 днів), за віком і статтю

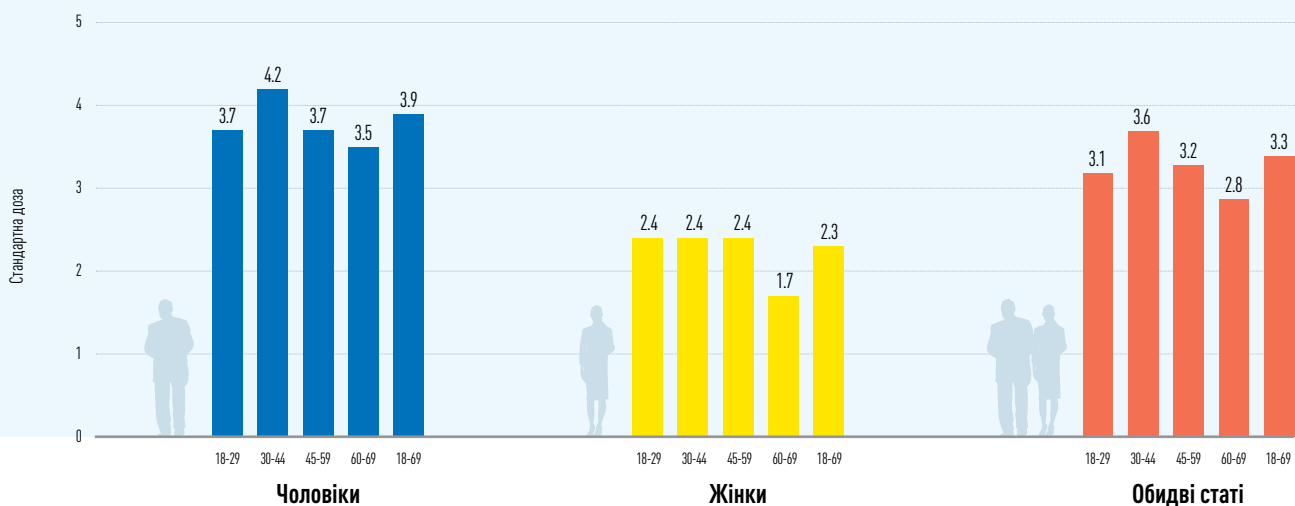
Частка населення, яке вживало шість і більше доз за епізод вживання протягом останніх 30 днів (надмірне епізодичне вживання), становила 19,7% (табл. 3), і була втричі вищою серед чоловіків (29,5%), ніж серед жінок (9,4%).

У середньому чоловіки, які були активними споживачами, вживали шість і більше доз 1,4 раза протягом останніх 30 днів, і таким чином, мали надмірне епізодичне вживання. Еквівалентний показник для жінок становив 0,4.

Серед активних споживачів 23,1% не вживали алкоголю протягом останнього тижня (19,4% чоловіків; 28,8% жінок); 55,9% вживали алкоголь протягом останніх 1–2 днів (53% чоловіків; 60,3% жінок); 14,8% – протягом 3–4 днів (19% чоловіків; 8,4% жінок); 3,1% – протягом 5–6 днів (4,2% чоловіків; 1,4% жінок); 3,1% вживали алкоголь щодня (4,3% чоловіків; 1,2% жінок). Протягом останнього тижня активні споживачі алкоголю вживали в середньому 0,7 стандартної дози (чоловіки – 0,9; жінки – 0,4).

До «незарєєстрованого алкоголю» належать спиртні напої домашнього виробництва, пиво та вино, алкоголь, який привезено з-за кордону, спиртовмісні рідини, що не призначені для вживання (сурогатний алкоголь), та інший неоподатковуваний алкоголь. Серед активних споживачів 19,9% вживали незарєєстрований алкоголь. Кожен третій активний споживач, який проживає в сільській місцевості, вживав незарєєстрований алкоголь (31,1%). У містах ця частка становила менше ніж половину цього показника (14,3%).

Рис. 11. Середня кількість стандартних доз алкоголю на епізод вживання, за статтю



| Вікова група (років) | Чоловіки | | | Жінки | | | Обидві статі | | |
|----------------------|----------|-----------|-----------|-------|-----------|----------|--------------|-----------|-----------|
| | n | % ≥ 6 доз | 95% ДІ | n | % ≥ 6 доз | 95% ДІ | n | % ≥ 6 доз | 95% ДІ |
| 18–29 | 259 | 19.2 | 13.5–24.9 | 336 | 12.4 | 5.8–18.9 | 595 | 15.7 | 11.3–20.1 |
| 30–44 | 463 | 36.6 | 18.3–54.9 | 696 | 10.5 | 7.1–13.9 | 1159 | 25.3 | 13.1–37.5 |
| 45–59 | 484 | 28.4 | 18.6–38.2 | 860 | 10.1 | 6.7–13.4 | 1344 | 19.3 | 13.6–25.0 |
| 60–69 | 416 | 25.1 | 18.4–31.8 | 837 | 2.6 | 1.3–4.0 | 1253 | 11.8 | 8.7–15.0 |
| 18–69 | 1622 | 29.5 | 20.7–38.4 | 2729 | 9.4 | 7.2–11.6 | 4351 | 19.7 | 14.4–24.9 |

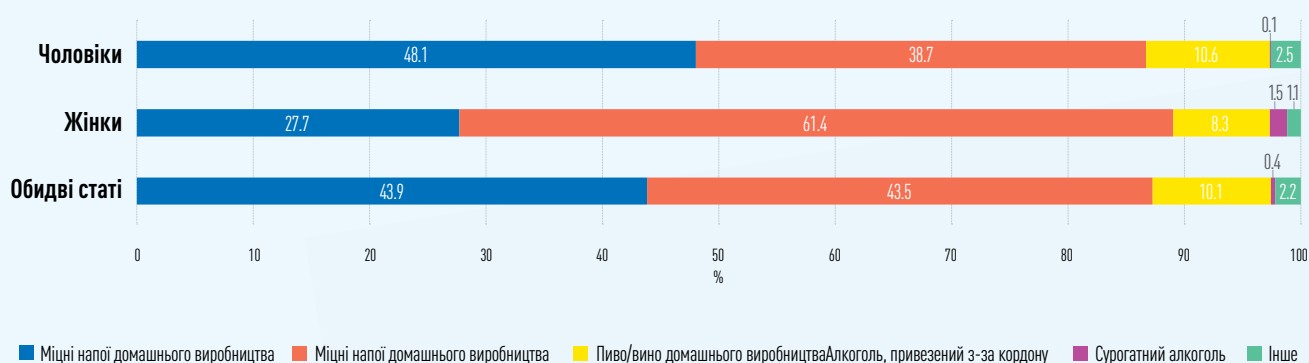
Найнижча частка спостерігалася серед осіб віком 18–29 років (14,6%), а найвища – віком 60–69 років (32,1%). Незареєстрований алкоголь становив 17,3% від усього алкоголю, який вживали активні споживачі протягом останнього тижня. Види незареєстрованого алкоголю, спожитого протягом останнього тижня, були такими: спиртні напої домашнього виробництва – 43,9%; домашнє пиво або вино – 43,5%; алкоголь, привезений з-за кордону – 10,1%; спиртовмісні рідини, не призначені для вживання – 0,4%; інший алкоголь – 2,2% (рис. 12).

Серед осіб, які вживали алкоголь протягом останніх 12 місяців, 12,7% не змогли припинити випивати, після того, як почали (19,6% чоловіків; 5,7% жінок). Кожен десятий споживач (10,8%) повідомив, що не зміг виконати те, що зазвичай від них очікувалося протягом останніх 12 місяців внаслідок вживання алкоголю (15,7% чоловіків; 5,5% жінок). Про вживання алкоголю вранці для полегшення похмілля повідомили 13,2% осіб (20,2% чоловіків; 5,5% жінок). Кожен 10 (10,3%) робив це менше ніж один раз на місяць (15,5% чоловіків; 4,7% жінок), але 2,9% робили це раз на місяць або частіше (4,8% чоловіків; 0,9% жінок).

Більшість населення (86,6%) не мала сімейних проблем або проблем зі своїми партнерами внаслідок вживання алкоголю протягом останніх 12 місяців. Серед респондентів, які повідомили про подібні проблеми, 11,7% зазначили, що вони траплялися рідше ніж один раз на місяць, тоді як 1,7% повідомили, що такі проблеми траплялися раз на місяць або частіше.

Таблиця 3. Частка населення, яке вживало шість або більше стандартних доз за один епізод протягом останніх 30 днів, за віком і статтю

Рис. 12. Вид спожитого незареєстрованого алкоголю, за статтю (%)



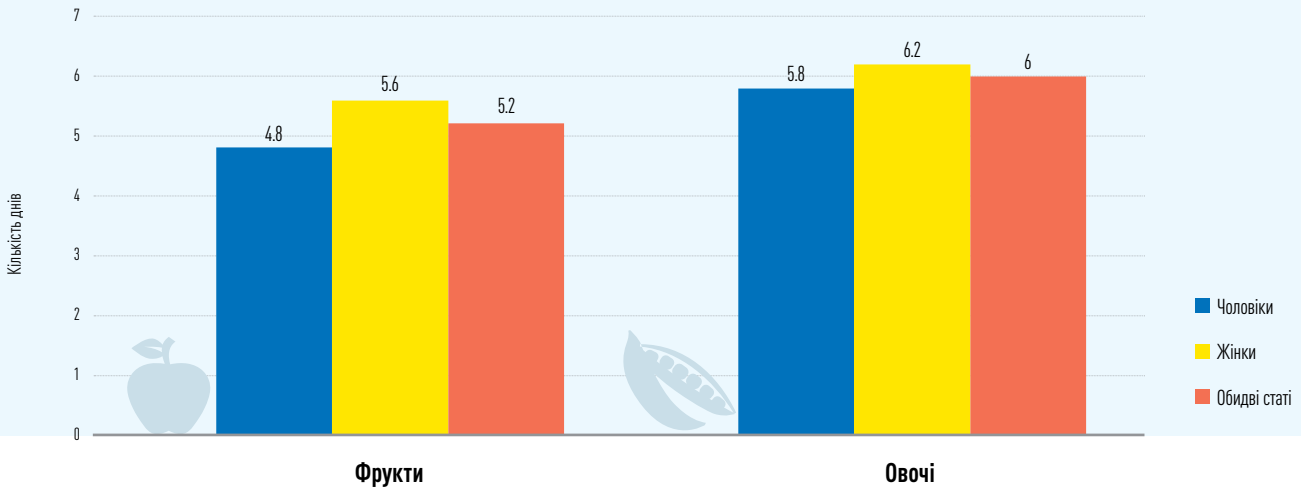


Рис. 13. Середня кількість днів на тиждень, коли споживалися фрукти та овочі, за статтю (%)

4.4 Харчування

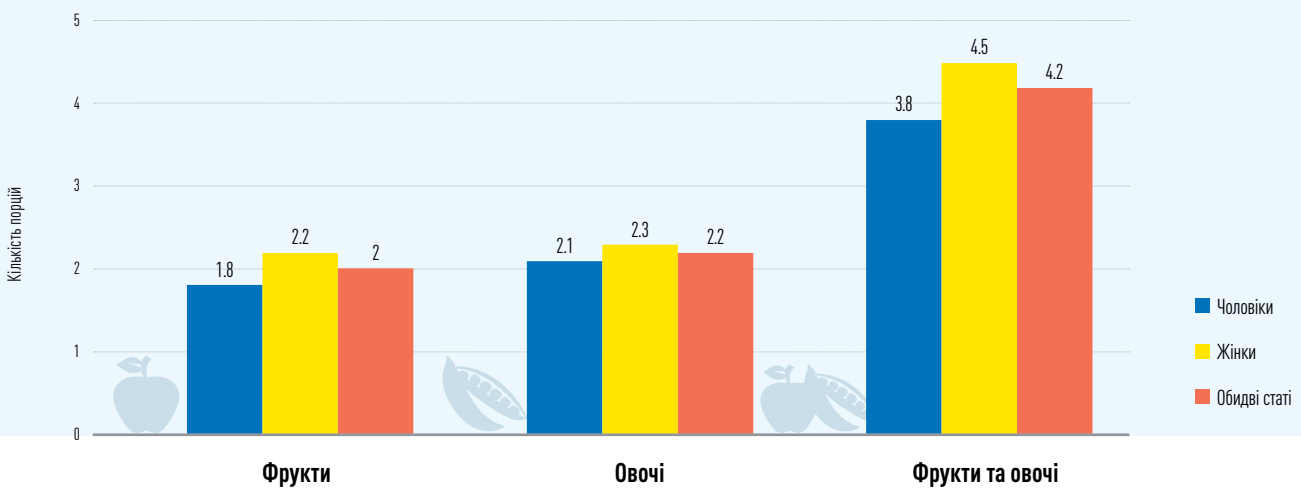
4.4.1 Фрукти й овочі

У середньому фрукти вживали 5,2 дня на тиждень (чоловіки – 4,8; жінки – 5,6). Овочі вживали частіше – 6,0 днів на тиждень (чоловіки – 5,8; жінки – 6,2) (рис. 13).

У середньому на день споживалося 2,0 порції фруктів (чоловіки – 1,8; жінки – 2,2) та 2,2 порції овочів (рис. 14). Таким чином, середня кількість порцій фруктів та овочів становить до 4,2 порції на день (чоловіки – 3,8; жінки – 4,5).

Лише третина (33,6%) населення щодня споживала рекомендовані п'ять або більше порцій фруктів та овочів (рис. 15), тим самим дотримуючись мінімального добового споживання, рекомендованого ВООЗ. Жінки частіше вживали п'ять і більше порцій фруктів і овочів щодня (чоловіки – 26,8%, жінки – 40,6%). Менше ніж третина населення (28,5%) споживала 3–4 порції щодня, понад третину (34,4%) споживали 1–2 порції; 3,5% населення заявили, що не вживають фруктів чи овочів.

Рис. 14. Середня кількість порцій фруктів та овочів на день, за статтю (%)



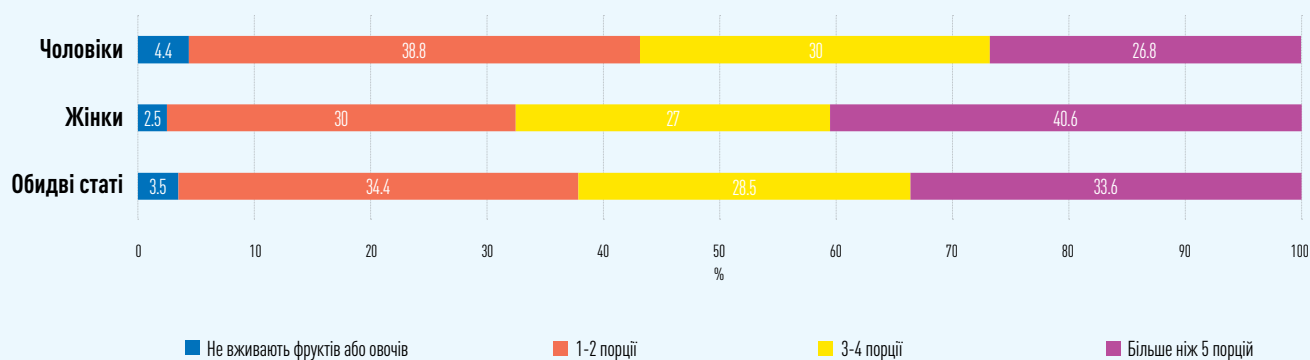


Рис. 15. Кількість спожитих порцій фруктів та овочів на день, за статтю (%)

4.4.2 Сіль

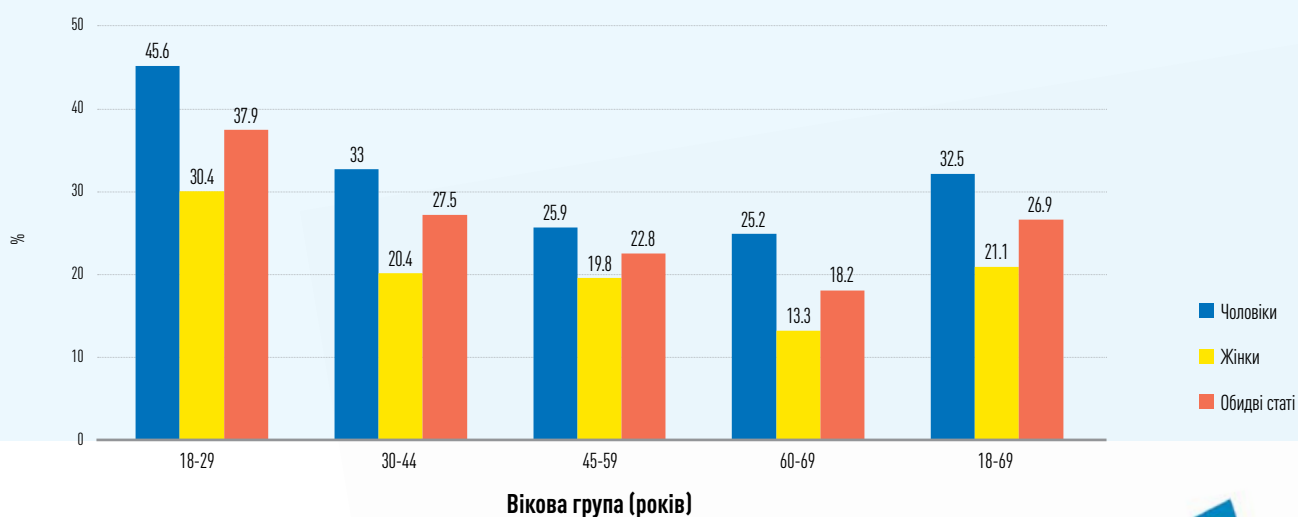
Майже половина населення (44,9%) завжди або часто додавала в їжу сіль або солоний соус під час приготування або під час споживання їжі (53% чоловіків, 36,5% жінок), тоді як дві третини (66,7%) завжди або часто додавали сіль під час приготування їжі вдома (70,1% чоловіків, 63,2% жінок).

Чверть населення (26,9%) завжди або часто вживала перероблені продукти з високим вмістом солі, у тому числі копчене м'ясо та рибу, ковбаси, сало, соління, консерви, солоні чіпси та горіхи (рис. 16). Чоловіки споживають такі продукти частіше (32,5%) за жінок (21,1%). Рівень споживання переробленої їжі з високим вмістом солі знижувався з віком: 37,9% населення віком 18–29 років часто вживали такі продукти, але лише 18,2% осіб вживали їх у віці 60–69 років.

Дві третини (61,1%) населення вважають, що вживають лише потрібну кількість харчової солі та солоних соусів, і лише п'ята частка (19,9%) вважає, що споживає багато або надто багато солі (рис. 17).

Кожна четверта особа (24,8%) вважала дуже важливим, а половина (49,9%) – доволі важливим знизити кількість солі у своєму раціоні. Найбільша

Рис. 16. Частка населення, яке завжди або часто вживало перероблені продукти з високим вмістом солі, за віком і статтю (%)



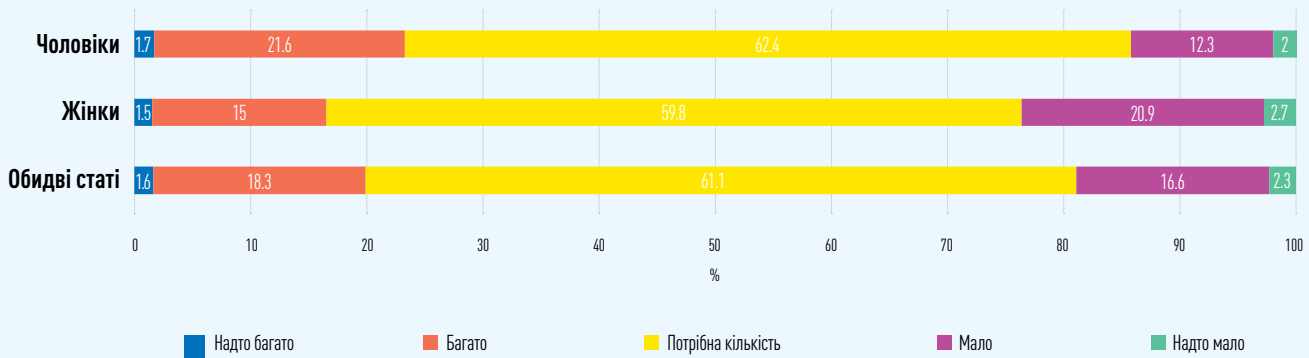


Рис. 17. Відповідність кількості спожитої солі за словами респондентів, за статтю (%)

частка респондентів, які вважали зниження споживання солі зовсім не важливим, спостерігалася серед осіб віком 30–44 роки (30,2%).

Половина населення (51,5%) вважає, що вживання надто великої кількості солі може спричинити серйозні проблеми зі здоров'ям. Ці знання були менш поширені серед чоловіків (45,4%), ніж серед жінок (57,8%). Старші групи населення знали більше про негативні наслідки для здоров'я через надмірне споживання солі.

Усвідомлення шкоди, спричиненої надмірним споживанням солі, мало призвести до відповідної поведінки з метою зменшення її споживання. Проте лише 8% населення перевіряли вміст солі або натрію на маркуваннях продуктів (чоловіки – 4,9%; жінки – 11,1%). Третина населення (34,8%) намагалася обмежити споживання переробленої їжі (бакалейних продуктів) (чоловіки – 26,8%; жінки – 43,1%); 13% – купувати альтернативні продукти з низьким вмістом солі та натрію (чоловіки – 8,6%; жінки – 17,7%); 35,5% – використовувати під час приготування їжі інші спеції замість солі (чоловіки – 24,4%; жінки – 46,9%); а 40,5% – уникати вживання їжі, яка приготована не вдома.

4.5 Фізична активність

За словами респондентів, середній час, витрачений на фізичну активність, становив 289,8 хв на день (рис. 18). Чоловіки мали 320,7 хв на день і були приблизно на одну годину (62,8 хв) більш фізично активними, ніж жінки. У групі осіб віком 60–69 років на фізичну активність часу витрачали менше на 118,9 хв (понад третину) (199 хв проти 317,9 хв).

Понад половину часу на фізичну активність витрачалося на роботу (151,8 хвилин), більше ніж третину – на транспорт (109,2 хв), і лише 13% були пов'язані з дозвіллям (28,8 хв) (рис. 19). Показники фізичної активності, що пов'язані з роботою, були вищими серед чоловіків (184,7 хв), ніж у жінок (117,9 хв), і різко знижувалися до 91,1 хв на добу в групі населення віком 60–69 років. Половина населення (53,5%) не мала фізичної активності, що була би пов'язана з їхньою роботою, і це частіше зустрічалося серед жінок (60,3%), ніж серед чоловіків (47%). Більшість населення (59,4%) не

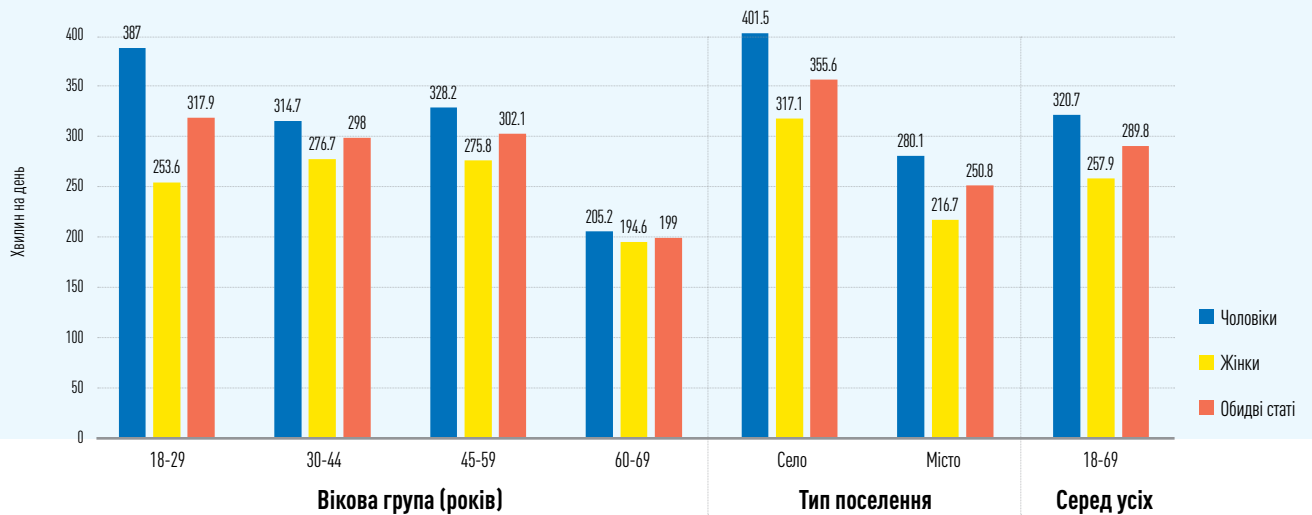


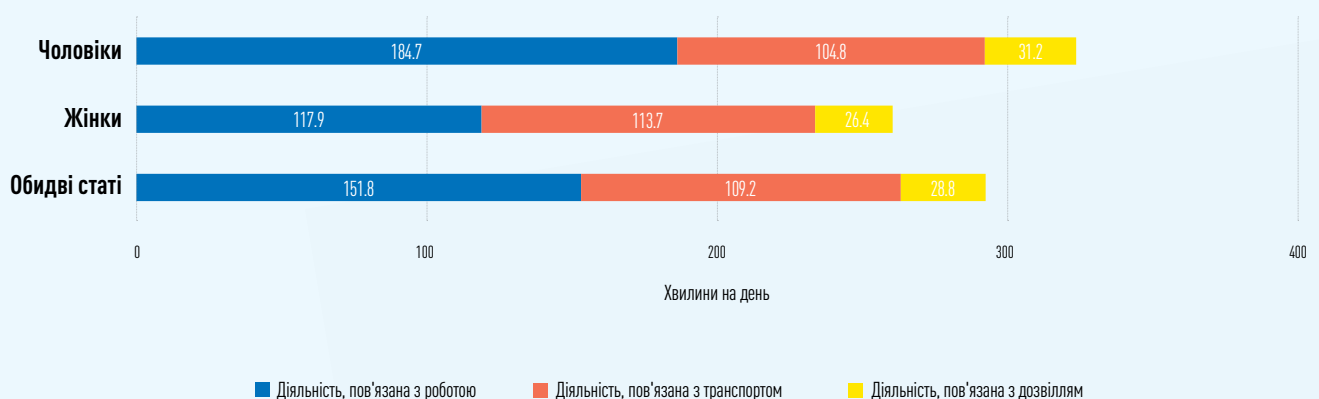
Рис. 18. Середній час, витрачений на загальну фізичну активність на день (хвилини), за віком, статтю та типом поселення

займалися фізичною активністю у вільний час. Зі збільшенням віку ця тенденція наростала. Показник часу, витраченого на фізичну активність під час відпочинку, був найбільшим серед осіб віком 18–29 років і становив 50,2 хв на день. Три чверті населення (73,3%) не займалися інтенсивною фізичною активністю, і така ситуація була більш поширена серед жінок (86,4%), ніж серед чоловіків (60,6%). Частка населення, яка не займалася інтенсивною фізичною діяльністю, різко зростала з віком, досягаючи 91,3% серед вікової групи 60–69 років.

Фізична активність десятої частки дорослого населення України не відповідає рекомендаціям ВООЗ щодо фізичної активності для здоров'я (рис. 20), а частка таких осіб віком 60–69 років була більше ніж удвічі вищою порівняно з молодшим населенням.

Крім того, дуже поширеною була малорухлива (сидяча) поведінка, і дорослі особи сиділи або напівлежали 245,5 хв у міській місцевості та 218,2 хв у сільській в середньому щодня.

Рис. 19. Середній час, витрачений на фізичну активність, що пов'язана з роботою, транспортом і дозвіллям на день (хвилини), за статтю



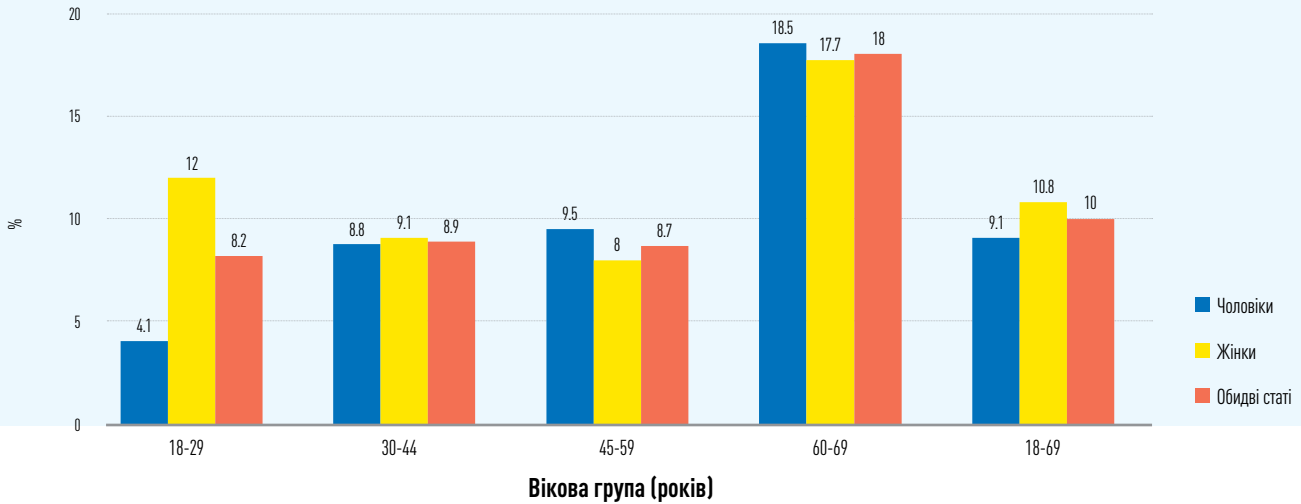


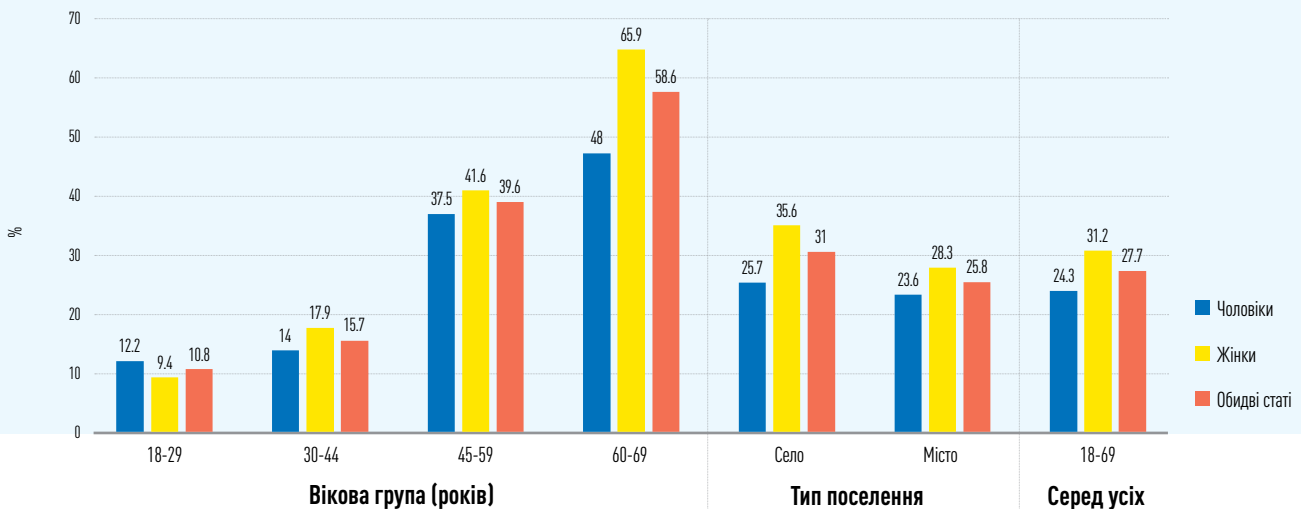
Рис. 20. Частка населення, фізична активність якої не відповідає рекомендаціям ВООЗ, за віком і статтю (%)

4.6 Підвищений артеріальний тиск

У цілому 8,4% населення повідомили, що медичний працівник ніколи не вимірював їх АТ; 63,6% повідомили, що вони не знали про підвищений АТ або гіпертензію; 16,5% повідомили, що вони знали про підвищений АТ або діагностовану гіпертензію за рік до дослідження; та 11,2% повідомили, що вони знали або були діагностовані менше ніж за рік до опитування. Іншими словами, понад чверть населення (27,7%) були поінформовані про підвищений рівень АТ або гіпертензію медичним працівником (рис. 21); частота цього показника зростала з віком: з 10,8% серед осіб віком 18–29 років до 58,6% серед осіб віком 60–69 років. У віковій групі 60–69 років ця ситуація частіше спостерігалася серед жінок (65,9%), ніж серед чоловіків (48%).

Загалом 54,8% респондентів, які знали про свій високий АТ або мали діагностовану гіпертензію до дослідження, в цей момент приймали антигіпертензивні препарати (рис. 22). Відсоток опитаних, які приймають ліки, збільшувався з віком – з 17,2% у віковій групі 18–29 років до 74,9% у віковій групі 60–69 років. Проте, крім найстаршої вікової групи (чоловіки – 65,2%; жінки – 79,9%), значущих відмінностей між статтями не виявлено.

Рис. 21. Частка населення, що поінформована медичним працівником про підвищений артеріальний тиск або гіпертензію, за віком, статтю та типом поселення (%)



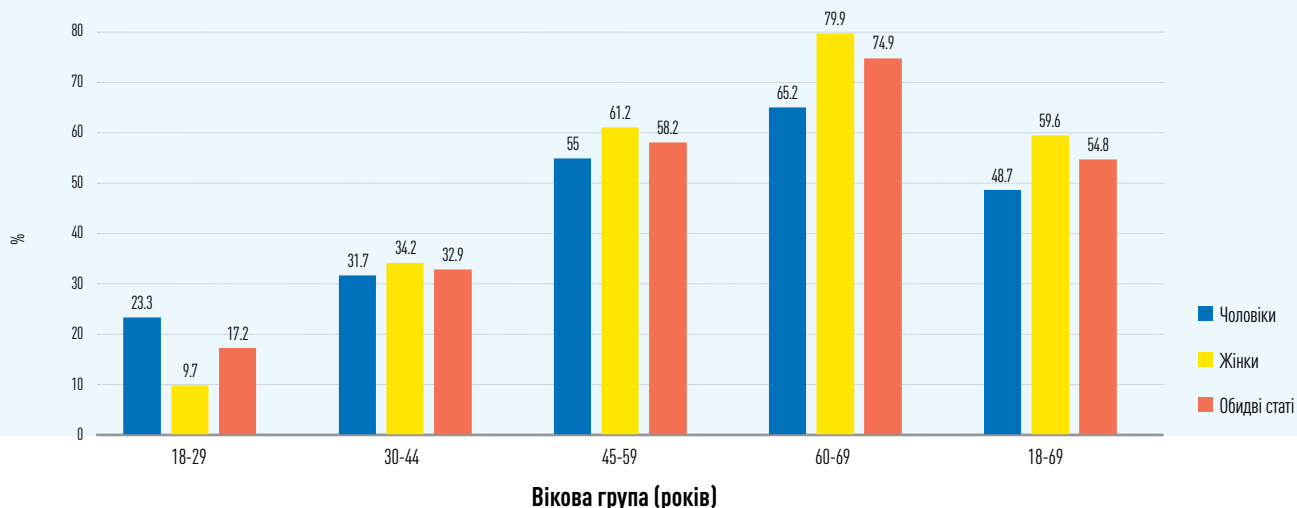


Рис. 22. Частка осіб, що знали про свій високий АТ або діагностовану гіпертензію, та в цей час приймали ліки, за віком і статтю (%)

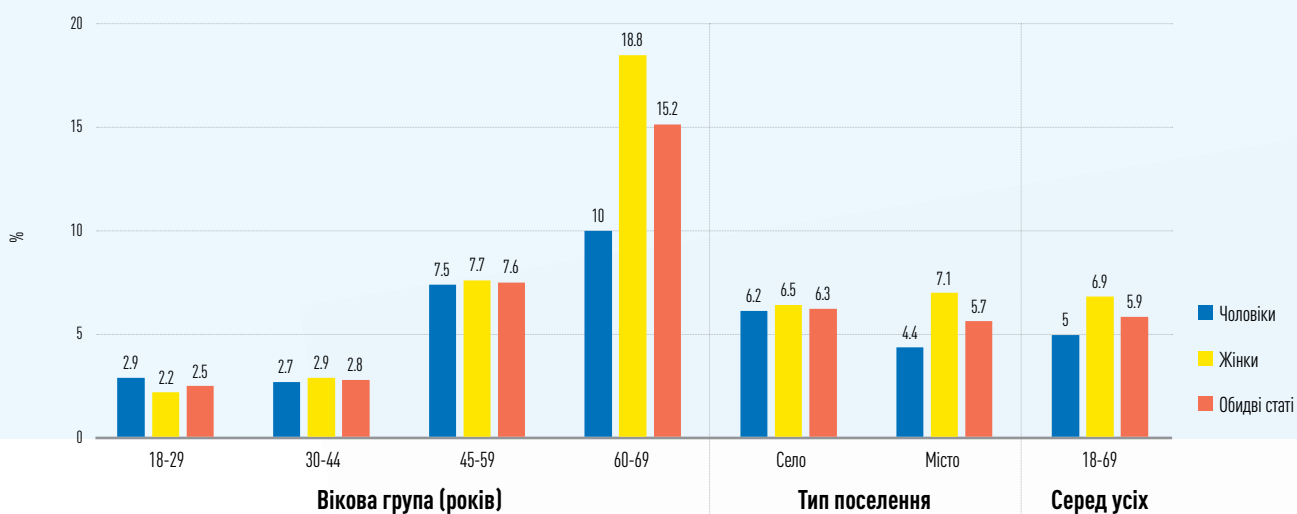
Серед респондентів, які знали про високий АТ або мали діагностовану гіпертензію, 6,9% повідомили, що консультувалися з народним цілителем, а 20,0% – що в цей час приймали трави або інші народні засоби, причому найбільша частка останніх (27,3%) належала до вікової групі 60–69 років.

Щодо інформування про підвищений АТ, діагноз гіпертензії або її лікування, суттєвих відмінностей за статтю або типом поселення не спостерігалось.

4.7 Діабет

Понад чверть (27,4%) населення зазначили, що медперсонал ніколи не вимірював їхній рівень глюкози в крові*. Частка населення, у якого ніколи не вимірювали рівень глюкози в крові, зменшувалася з віком (від 36,7% осіб у віковій групі 18–29 років до мінімальних 22,3% осіб у віковій групі 60–69 років). Загалом 5,9% населення були поінформовані медичним працівником про підвищений рівень глюкози в крові або діабет (рис. 23), і ця частка збільшується з віком (з 2,5% осіб у віковій групі 18–29 років до 15,2% осіб у віковій групі 60–69 років). Така ситуація частіше зустрічалася серед жінок (18,8%), ніж серед чоловіків (10%) у віковій групі 60–69 років.

Рис. 23. Частка населення, що поінформована медичним працівником про підвищений рівень глюкози в крові або діабет, за віком, статтю та типом поселення (%)



* Слід зазначити, що ВООЗ та Міжнародною федерацією діабету пропагуються проведення скринінгу на діабет лише для осіб з підвищеним ризиком діабету, а не для всіх дорослих.

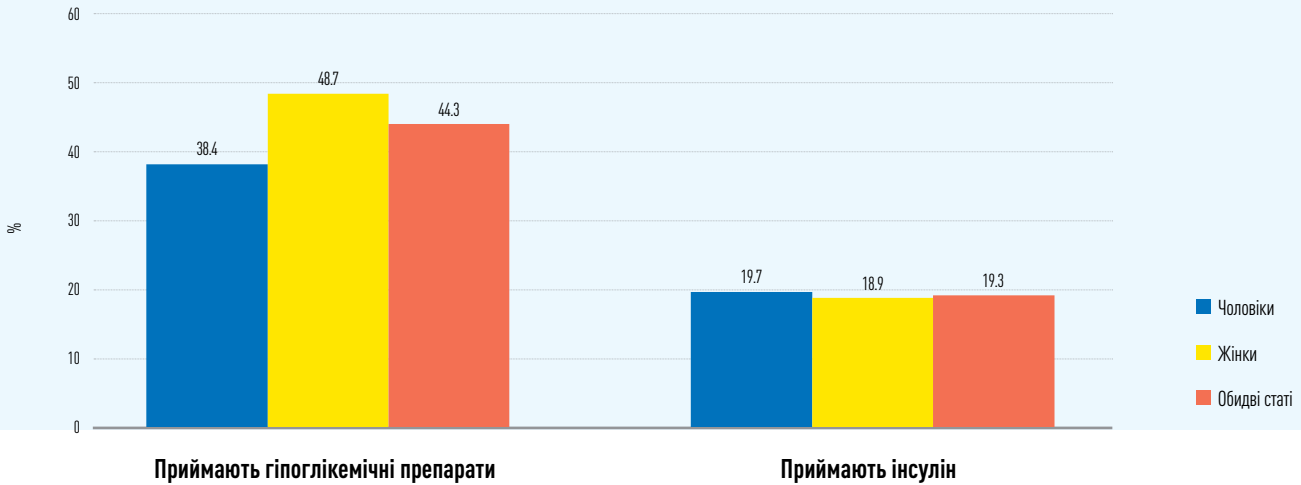


Рис. 24. Частка населення з підвищеним рівнем глюкози в крові або діагностованим діабетом, які приймали гіпоглікемічні препарати або інсулін, за статтю (%)

Менше ніж половина (44,3%) населення, знали про підвищений рівень глюкози в крові або діабет, приймали пероральні препарати для лікування діабету (рис. 24); ця частка зростала з віком, досягаючи 63,9% осіб у віковій групі 60–69 років. Крім того, менше ніж одна п'ята (19,3%) осіб, які знали про підвищений рівня глюкози в крові або діабет, приймали інсулін.

Крім того, серед опитаних, які знали про підвищений рівень глюкози в крові або діабет, 8,8% повідомили, що консультувалися з народним цілителем, а 19,0% приймали трави або інші народні засоби від діабету.

Суттєвих відмінностей за статтю та типом поселення з точки зору історії підвищеного рівня глюкози в крові або діабету, а також лікування не спостерігалось.

4.8 Підвищений загальний холестерин

Майже дві третини (63,9%) населення повідомили, що ніколи не вимірювали загальний холестерин. Загалом 4,3% населення було поінформовано медичним працівником про підвищений рівень холестерину в крові (рис. 25); ця частка зростала з віком (з 0,4% у віковій групі 18–29 років до 10,7% у віковій групі 60–69 років). Така ситуація у віковій групі 60–69 років частіше зустрічалася серед жінок (18,8%), ніж серед чоловіків (10%).

Серед респондентів, у кого раніше діагностували підвищений загальний рівень холестерину в крові, чверть (25,7%) повідомили, що приймають препарати, призначені лікарем; 11% повідомили, що консультувалися з народним цілителем, а 18,5% повідомили, що приймають трави або інші народні засоби для зниження загального холестерину*.

Суттєвих відмінностей за статтю та типами поселення щодо підвищеного холестерину в крові не спостерігалось. Водночас міське населення частіше за сільське (15,5% та 0,8%) консультувалося з народними цілителями, хоча використання трав або інших народних засобів для зниження загального рівня холестерину було порівнюваним між різними типами населення.

* Зауважте, що ці категорії не є взаємовиключними (наприклад, респондент може приймати препарати та консультуватися з народним цілителем).

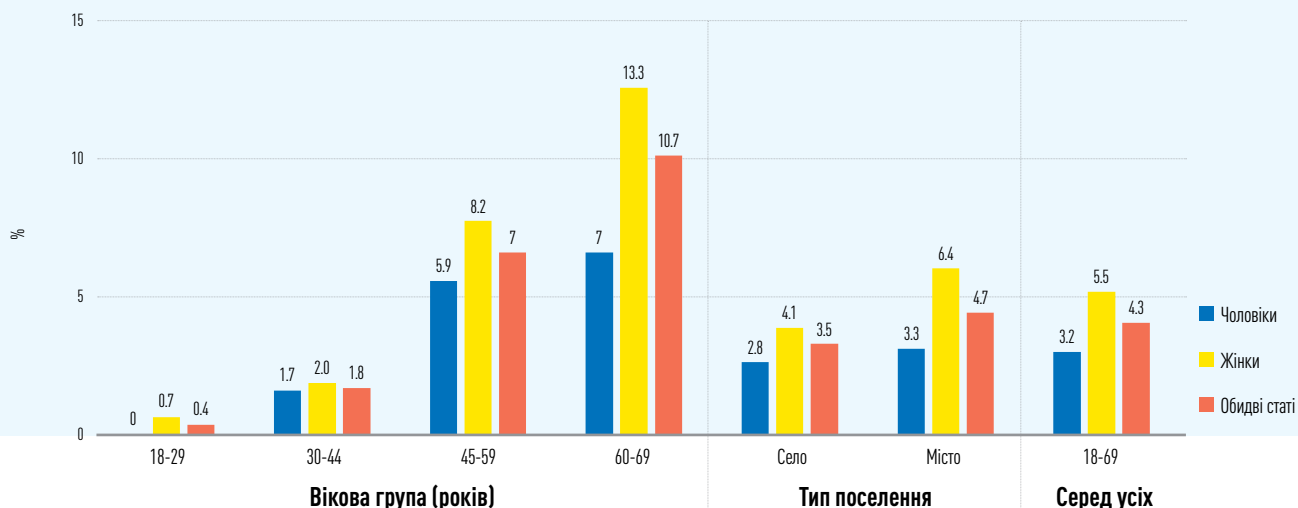


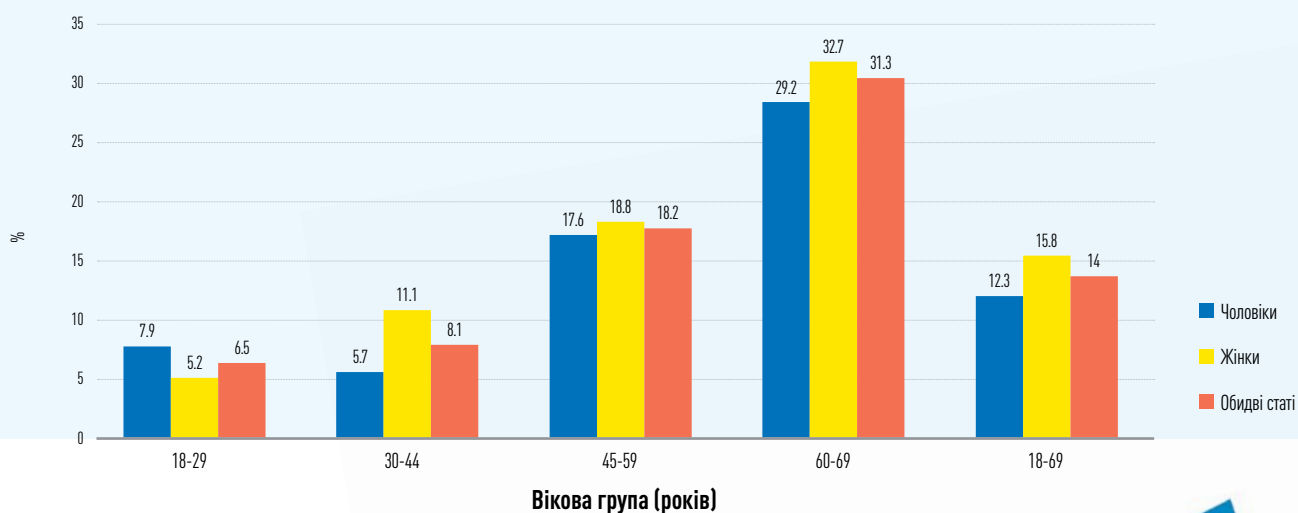
Рис. 25. Частка населення, що поінформована медичним працівником про підвищений рівень холестерину в крові, за віком, статтю та типом поселення (%)

4.9 Серцево-судинні захворювання

Про ССЗ в анамнезі, що визначались як серцевий напад, біль у грудях через серцеву хворобу (стенокардію) або інсульт, повідомили 14% населення. Ця частка зростала з віком (з 6,5% у віковій групі 18–29 років до 31,3% у віковій групі 60–69 років (рис. 26).

Загалом 7,8% населення регулярно приймали аспірин для профілактики ССЗ, і його прийом спостерігався майже вдвічі частіше серед жінок (10,3%), ніж серед чоловіків (5,5%) (рис. 27). Ця частка зростала з віком, змінюючись від 1,4% у віковій групі 18–29 років до майже чверті (22,8%) осіб у віковій групі 60–69 років. Серед респондентів, які повідомили про ССЗ, 30,2% приймали аспірин для запобігання подальших випадків ССЗ. І знову ця частка збільшувалася з віком (з 11,8% у віковій групі 18–29 років до 41,4% у віковій групі 60–69 років). Крім того, 4,4% від загального населення повідомили про регулярний прийом статинів для профілактики або лікування ССЗ. Ця частка збільшувалася з віком від 1,2% у віковій групі 18–29 років до 10,6% у віковій групі 60–69 років. Серед опитаних, які повідомили про ССЗ, 19,2% приймали статини для запобігання подальших випадків ССЗ. Ця частка збільшувалася з віком, починаючи з 3,7% у віковій групі 18–29 років до 21,5% у віковій групі 60–69 років.

Рис. 26. Частка населення, що повідомила про інфаркт, біль у грудях через хворобу серця (стенокардію) або інсульт, за віком і статтю (%)



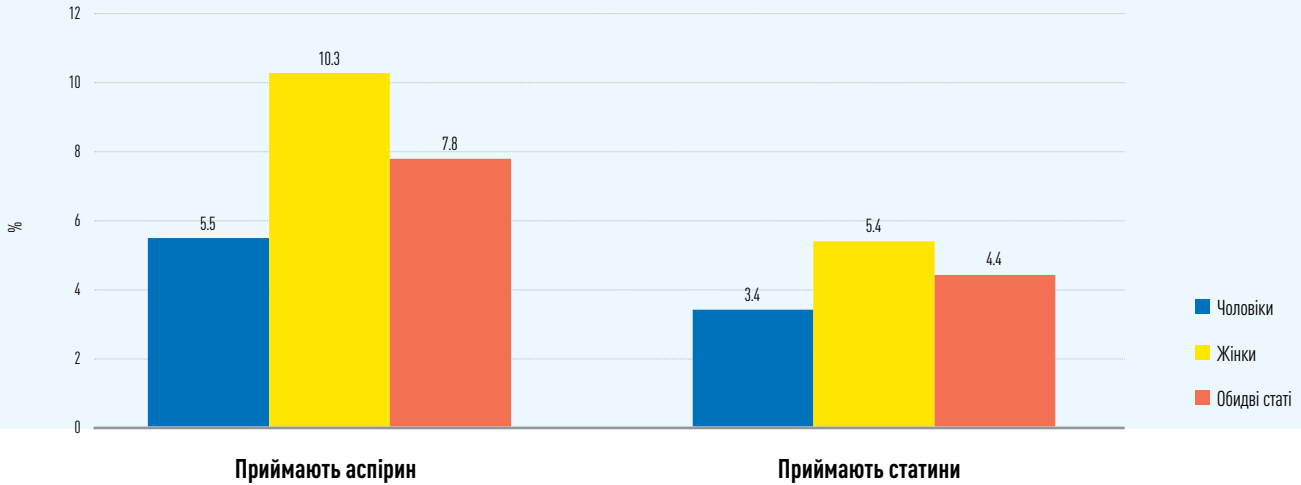


Рис. 27. Частка населення, що приймає аспірин або статини для профілактики або лікування ССЗ, за статтю (%)

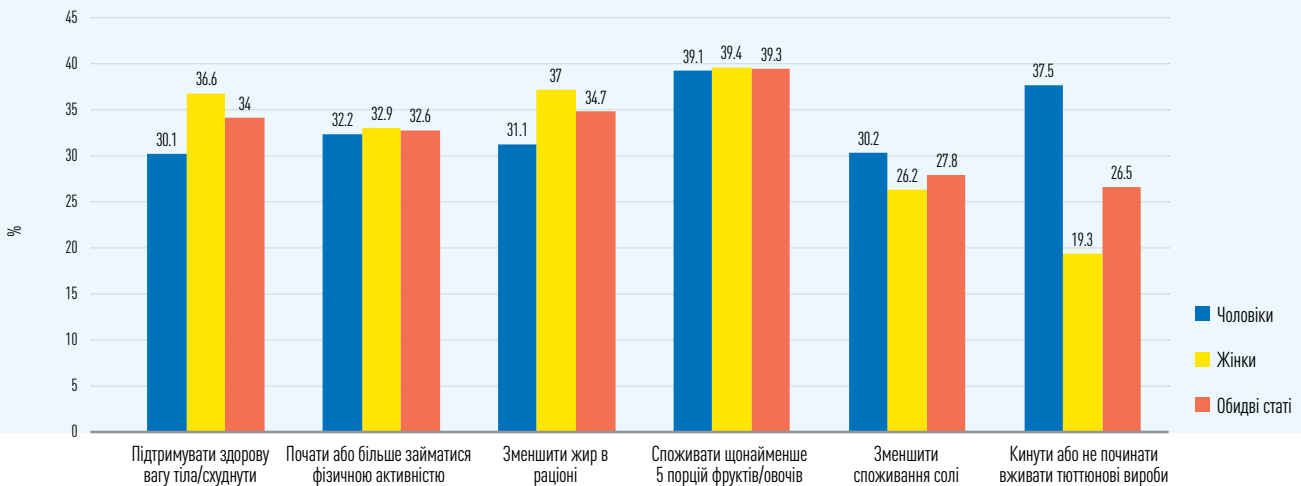
Суттєвих відмінностей між типами населення у поширеності ССЗ або прийому аспірину та статинів для профілактики ССЗ не спостерігалось.

4.10. Рекомендації щодо способу життя

Чверть (26,5%) населення в усіх вікових групах була поінформована медичним працівником про небезпеку куріння протягом останнього року, і їм було рекомендовано кинути або не починати вживати тютюнові вироби. Частка населення, що отримали такі рекомендації, була майже вдвічі більшою серед чоловіків (37,5%), ніж серед жінок (19,3%) (рис. 28). Рекомендації медичних працівників щодо уникнення шкоди через вживання тютюну та необхідності кинути курити з віком надавалися чоловікам частіше. Цей показник збільшувався з 27,0% у віковій групі 18–29 років до 52,2% у віковій групі 45–59 років, а потім знижувався до 32,2% у віковій групі 60–69 років. Протилежна тенденція була виявлена серед жінок, які отримували рекомендації щодо вживання тютюну рідше зі збільшенням віку від 27,1% у віковій групі 18–29 років до 12,3% у віковій групі 60–69 років.

Рис. 28. Частка населення, що отримала різноманітні рекомендації медичного працівника про спосіб життя за останній рік, за статтю (%)

У цілому протягом останнього року, приблизно третина населення отримала рекомендації медичного працівника щодо зменшення споживання харчової



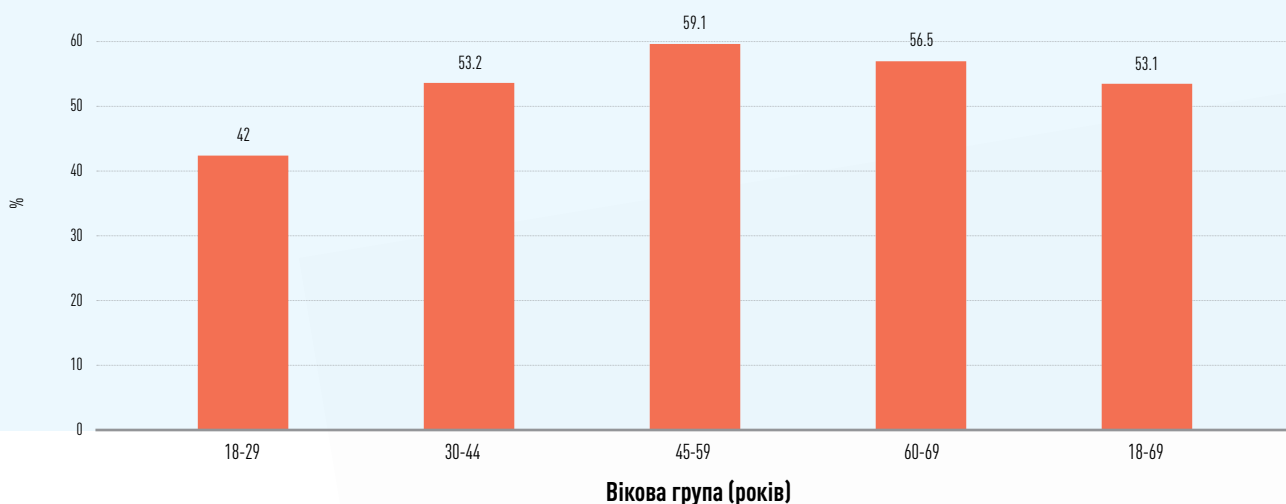
солі (27,8%), зменшення жиру в раціоні (34,7%), необхідності розпочати або збільшити тривалість фізичної активності (32,6%), підтримувати здорову масу тіла або схуднути (34%). Частка населення, якій рекомендували споживати щонайменше п'ять порцій фруктів та овочів, була дещо більшою (39,3%), а тих, кому радили обмежувати споживання солодких напоїв, – меншою (26%). Рекомендації щодо зменшення споживання солі надавались як чоловікам, так і жінкам дедалі частіше з віком, тоді як поради щодо зменшення жиру в раціоні та підтримання здорової маси тіла або щодо схуднення давались частіше з віком чоловікам, а не жінкам. Зменшити споживання жиру рекомендували сільському населенню частіше ніж міському (42,5% проти 30,6%). Усі інші відмінності за статтю й типами населення не мали суттєвого значення.

4.11. Скринінг на рак шийки матки та молочної залози

Понад половину (53,1%) жінок віком 18–69 років щонайменше один раз у житті проходили скринінг на рак шийки матки (рис. 29). Ця частка була близька за значенням (55%) для групи жінок віком 30–49 років, що є індикатором системи Глобального моніторингу (GMF)²⁴. Тенденція до незначного зростання спостерігалася серед груп старшого віку, але без статистично значущих відмінностей. Відмінності за типом населеного пункту не були значущими.

Серед жінок, які повідомили про проходження скринінгу на рак шийки матки, час від останнього скринінгу був таким: 32,3% проходили протягом останніх 12 місяців, 24,7% – 1–2 роки тому, 15,2% – 3–5 років тому, і 26% – більше ніж п'ять років тому. У молодих жінок спостерігалася тенденція до скорочення часу від останнього скринінгу: 42,5% жінок віком 18–29 років проходили скринінг останній раз протягом минулих двох років, тоді як половина (49%) жінок віком 60–69 років – більше ніж п'ять років тому. Було наведено такі причини проходження скринінгу: частина планового обстеження (56,9%); подальший аналіз аномальних або невизначених результатів (2,9%); рекомендація лікаря (21,5%); рекомендація з іншого джерела (1,1%); відчуття болю або інші симптоми (4,7%). Понад третину (38,6%) жінок проходили скринінг на рак шийки матки в поліклініці або

Рис. 29. Частка жінок, які робили скринінг на рак шийки матки протягом життя, за віком (%)



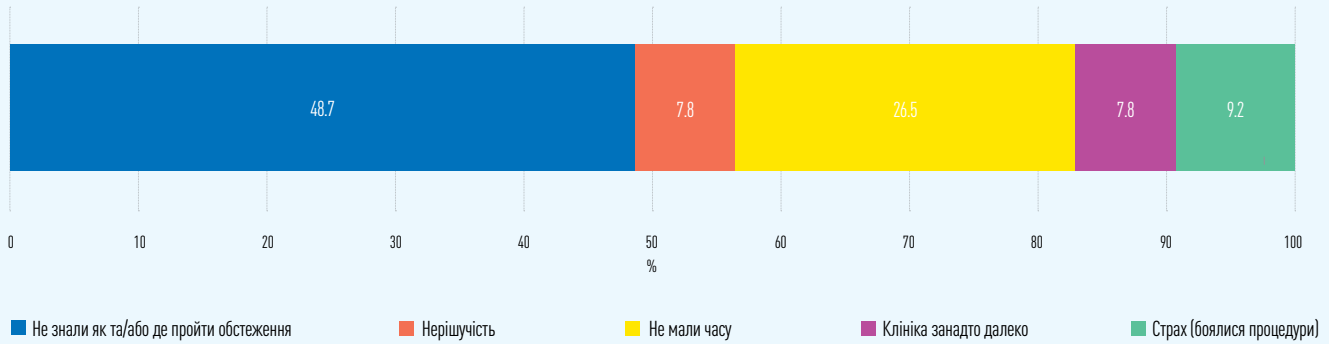


Рис. 30. Частка жінок, які повідомляють про різні причини непроходження скринінгу на рак шийки матки (%)

діагностичному центрі, 24,8% – в жіночій консультації, а 17,3% – у лікарні. Інші типи закладів, наприклад, заклади первинної медичної допомоги, медичний кабінет за місцем роботи або в приватній клініці були менш поширеними. Статистичної значущості у відмінностях між сільськими та міськими закладами за причиною обстеження або за місцем проведення скринінгу на рак шийки матки не було.

Серед жінок, які проходили тест на рак шийки матки, результати були такими: 87,4% – негативний/нормальний, 6,2% – позитивний/аномальний, 1,4% – підозра на онкологію, 1,6% – невизначений, 1,2% результати тесту не отримали. Більшість жінок (82,3%) отримали результати тестів, відвідавши лікаря або клініку, де проходили тест; ще 10,8% отримали результати за телефоном, 2,8% – електронною поштою, 1,6% – телефонним повідомленням. Комунікація з використанням електронної пошти була більш поширеною у міських закладах (2,8%), ніж у сільських (0,7%).

Серед жінок, які отримали аномальний/позитивний результат, підозру на онкологію або невизначені результати, три чверті (75,6%) мали подальший контрольний візит, 19,3% – не мали, 3,4% – відмовилися від подальшого відвідування, а 1,7% – не знали чи подальший візит відбувся. Хоча і без статистичної значущості, існують відмінності між віковими групами щодо частки жінок, які мали подальші контрольні візити. Про подальший візит повідомили менше ніж половина (47,2%) жінок віком 18–29 років порівняно з 90% жінок віком 45–49 років. Серед жінок, які мали аномальні/позитивні результати, підозру на онкологію або невизначені результати, переважна більшість (91,4%) отримували лікування шийки матки за результатами їх тесту. Цей відсоток переважно був нижчим серед молодших вікових груп (18–29 років), де 77,1% осіб з аномальними/позитивними, підозрою на онкологію або невизначеними результатами отримували лікування шийки матки, хоча їх кількість була невеликою, а результати не були статистично значущими. Можна очікувати, що такий результат у молодих жінок, особливо віком до 25 років, міг вирішитися без зовнішнього втручання, а тому перевагу могли віддавати спостереженню та моніторингу замість невідкладного лікування.

Серед 46,9% жінок, які не проходили скринінг на рак шийки матки, причини непроходження були такі: недостатні знання про процедуру (як та/або де пройти обстеження) – 48,7%; нерішучість (страх перед розкриттям інформації про візит, соціальна стигма) – 7,8%; недостатньо часу для проходження обстеження – 26,5%; клініка була занадто далеко – 7,8%; страх (боялися процедури) – 9,2% (рис. 30). Статистично значущих відмінностей між віковими групами та типом населеного пункту не було.

Трохи менше половини (44,3%) жінок коли-небудь проходили обстеження на рак молочної залози. Частка була нижчою (30,5%) серед жінок віком 18–29 років, ніж серед жінок старшого віку. Серед жінок, які пройшли обстеження на рак молочної залози, 99,1% пройшли клінічний огляд молочної залози та 64% – мамографію. Частка жінок, які пройшли останнє обстеження на рак молочної залози більше ніж п'ять років тому, була вищою серед жінок віком 60–69 років (46,9% мали клінічний огляд та 31,1% проходили мамографію), ніж серед молодих жінок.

4.12. Фізичні вимірювання

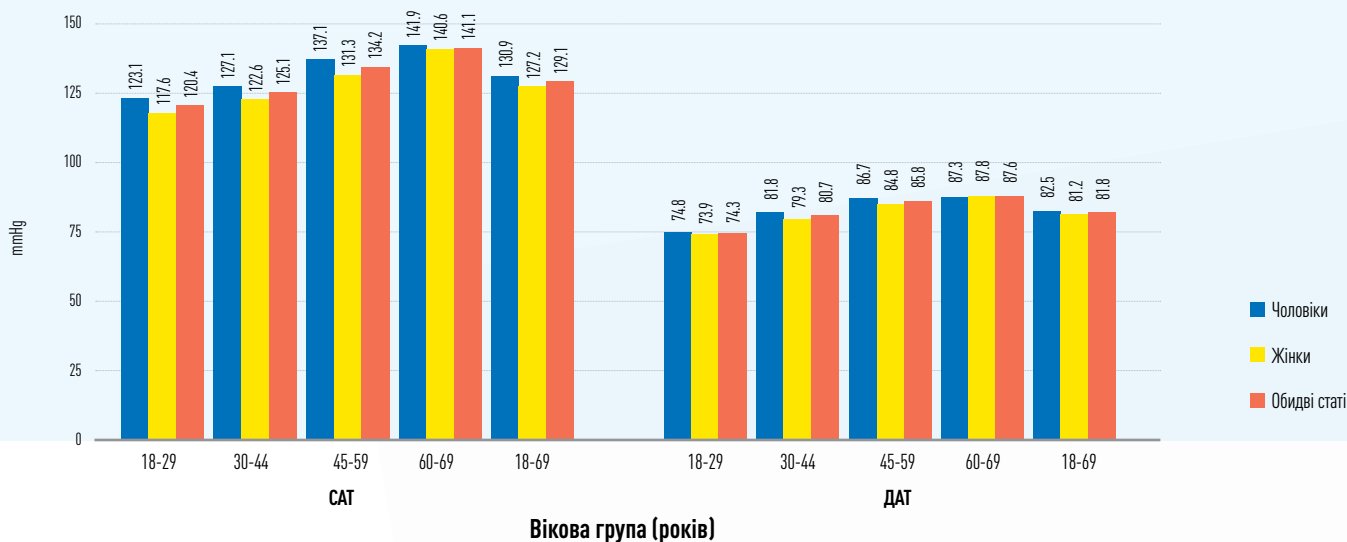
4.12.1. Артеріальний тиск і серцебиття

Середній показник систолічного артеріального тиску (САТ) населення, включаючи респондентів, які зараз приймають препарати для контролю підвищеного АТ або гіпертензії, становив 129,1 мм рт. ст., і був вищим у чоловіків (130,9 мм рт. ст.), ніж у жінок (127,2 мм рт. ст.) (рис. 31). Середній показник діастолічного артеріального тиску (ДАТ) населення становив 81,8 мм рт. ст. Середні значення САТ і ДАТ зростали з віком як для чоловіків, так і для жінок.

Третина населення (34,8%) мала підвищений АТ або гіпертензію, що визначається як рівні САТ \geq 140 мм рт. ст. та/або ДАТ \geq 90 мм рт. ст. або в цей момент приймає антигіпертензивні препарати. Частка населення з підвищеним АТ різко зростала з віком – \geq 12,7% у віковій групі 18–29 років до 71,1% у віковій групі 60–69 років. У кожного дев'ятого дорослого (11,1%) спостерігався АТ на рівні \geq 160/100 мм рт. ст. Частка осіб з АТ на рівні \geq 160/100 мм рт. ст. різко збільшувалася з віком – з 2,2% у віковій групі 18–29 років до 26,1% у віковій групі 60–69 років (рис. 32).

Серед осіб з підвищеним АТ (САТ \geq 140 мм рт. ст. та/або ДАТ \geq 90 мм рт. ст.) або які в цей момент приймають антигіпертензивні препарати, у третини (33,6%) підвищений тиск раніше діагностовано не було, у 17,6% діагностовано було, але вони не приймали препарати; 34,4% приймали препарати, але АТ не був контрольованим (САТ \geq 140 мм рт. ст. та/або ДАТ \geq 90 мм рт. ст.), і лише 14,4% приймали препарати та мали контрольований АТ (САТ < 140 та ДАТ 90 mmHg) (рис. 33). Частка осіб, у яких раніше не

Рис. 31. Середній показник САТ і ДАТ, за віком і статтю (мм рт. ст.)



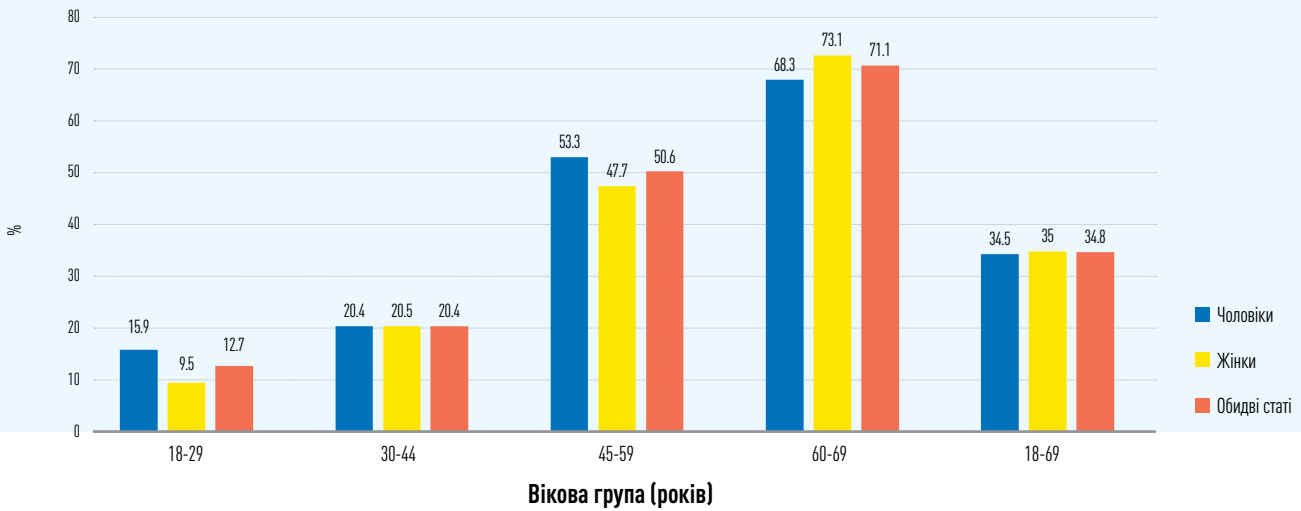


Рис. 32. Частка населення з підвищеним АТ (САТ) ≥ 140 мм рт. ст. та/або ДАТ ≥ 90 мм рт. ст.) або яка в цей момент приймає антигіпертензивні препарати, за віком і статтю (%)

діагностували підвищеного АТ, зменшувалася з віком – з 59% у віковій групі 18–29 років до 20,1% у віковій групі 60–69 років, в той час як частка осіб, у яких раніше діагностували та лікували, але показники АТ залишилися неконтрольованими, зростала з 8,2% у віковій групі 18–29 років до 49,7% у віковій групі 60–69 років. У групі раніше діагностованих і тих, які перебували на лікуванні, частка осіб, яка мала контрольований АТ, була меншою серед чоловіків, ніж серед жінок (чоловіки – 10,9%; жінки – 18%).

Значущих відмінностей у поширеності, виявленні, лікуванні та контролі гіпертензії між міськими та сільськими групами населення не було.

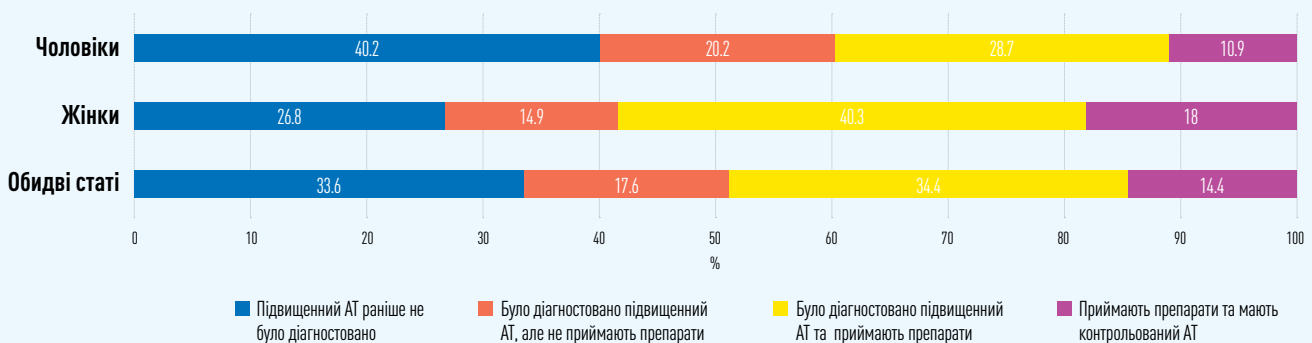
Середній показник серцебиття населення становив 74,7 ударів на хвилину без суттєвих відмінностей за віком, статтю або типом поселення.

4.12.2. Зріст, вага, окружність талії й стегон

Середній зріст жінок і чоловіків в Україні становив 164,6 см та 175,8 см відповідно. Зріст чоловіків і жінок мав тенденцію до зменшення з віком, приблизно на 4–6 см між віковими групами 18–29 років та 60–69 років (з 179,5 см до 173,3 см у чоловіків; з 166,5 см до 161,9 см у жінок).

Середня вага жінок і чоловіків становила 73,6 кг та 82,1 кг відповідно. Вага збільшувалася з віком, як для чоловіків, так і для жінок. Для чоловіків збільшення ваги між віковими групами 18–29 років та 60–69 років становило 3,3 кг (з 79,6 кг до 82,9 кг); для жінок збільшення ваги було в чотири рази

Рис. 33. Діагноз підвищений АТ, лікування та контроль у осіб з гіпертензією, за статтю (%)



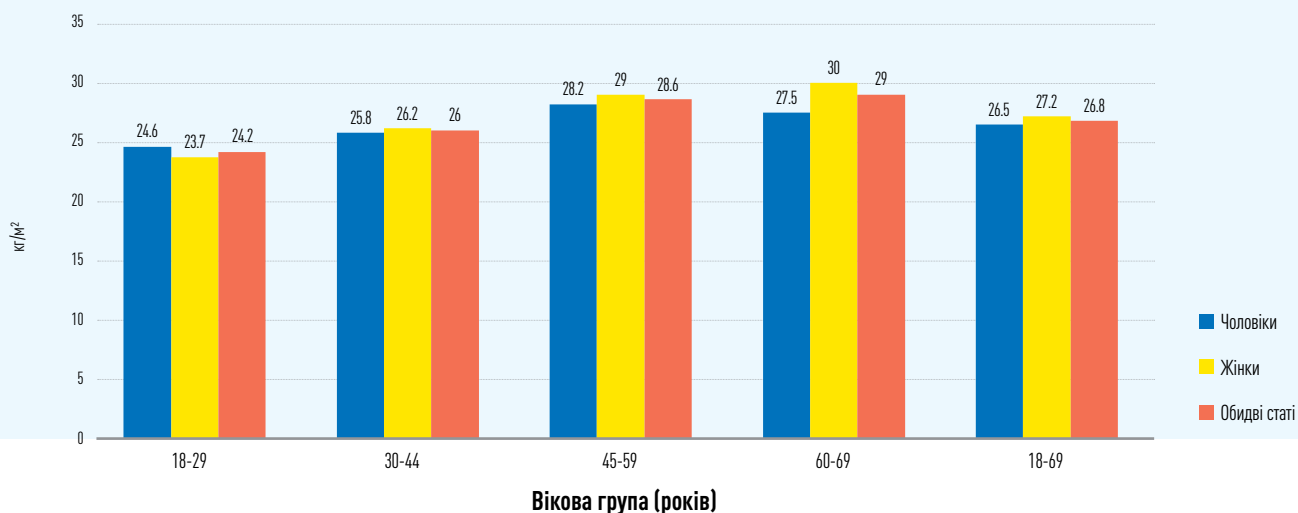


Рис. 34. Середній ІМТ, за віком і статтю (кг/м²)

більшим – 13,2 кг (від 65,4 кг до 78,6 кг). Жінки в сільських районах були в середньому на 2 см нижчими за жінок у міських (163,4 см та 165,4 см відповідно), та на 3 кг важчими (75,4 кг та 72,3 кг відповідно). Серед чоловіків суттєвої різниці у вазі та зрості за типом поселення не спостерігалось.

Окружність талії була більшою у чоловіків (90,4 см), ніж у жінок (86,6 см); для жінок окружність збільшувалася з віком (з 76,9 см у віковій групі 18–29 років до 95,6 см у віковій групі 60–69 років). У молодших жінок була менша окружність талії, ніж у чоловіків, але після 45 років дані показники були подібними. Жінки в сільській місцевості мали більшу окружність талії (сільське населення – 88,8 см; міське – 85 см). Окружність стегон була більшою у жінок (105 см), ніж у чоловіків (100,1 см). Цей показник збільшувався з віком для жінок, але не для чоловіків. Співвідношення окружності талії до стегон було вищим у чоловіків (0,91), ніж у жінок (0,83), але з віком для жінок цей показник збільшувався, зменшуючи різницю з чоловіками.

4.12.3. Індекс маси тіла (ІМТ)

Середній ІМТ дорослої особи в Україні становив 26,8 кг/м², збільшуючись з віком від 24,2 кг/м² у віковій групі 18–29 років до 29,0 кг/м² у віковій групі 60–69 років (рис. 34). У найстаршій віковій групі ІМТ був значно вищим у жінок (30,0 кг/м²), ніж у чоловіків (27,5 кг/м²). Цей показник також був вищим серед сільських жінок (28,3 кг/м²), ніж серед міських (26,5 кг/м²).

Лише дві п'ятих (39,6%) населення в Україні мали нормальну вагу (ІМТ 18,5–24,9 кг/м²). Майже три п'ятих (59,1%) мали надмірну вагу (ІМТ ≥ 25 кг/м²), включаючи чверть населення (24,8%), яке мало ожиріння (ІМТ ≥ 30 кг/м²) (рис. 35). І зайва вага, і ожиріння різко збільшувалися з віком: надмірна вага – від 36,5% у віковій групі 18–29 років до 73% у віковій групі 60–69 років; ожиріння – від 10% у віковій групі 18–29 років до 38,8% у віковій групі 60–69 років. Ожиріння було більш поширеним серед жінок (29,8%), ніж серед чоловіків (20,1%), особливо у найстаршій віковій групі (жінки – 46,4%; чоловіки – 28,2%). Поширеність надмірної ваги та ожиріння була вищою серед жінок, які проживають у сільських районах, ніж у міських (надмірна вага у жінок в сільській місцевості – 66,9%, у міській – 55,4%; ожиріння в сільській місцевості – 35,9%, у міській – 25,4%).

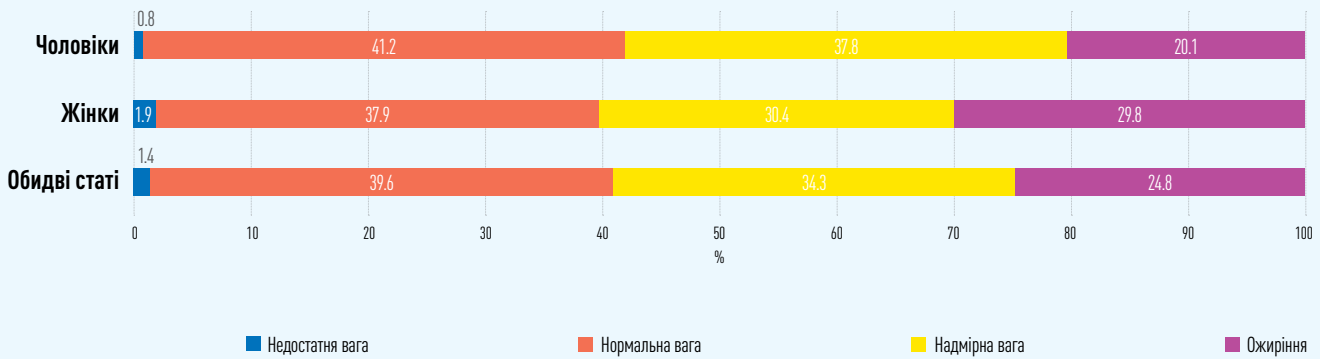


Рис. 35. Частка населення за категоріями ІМТ, за статтю (%)

4.13. Біохімічні дослідження

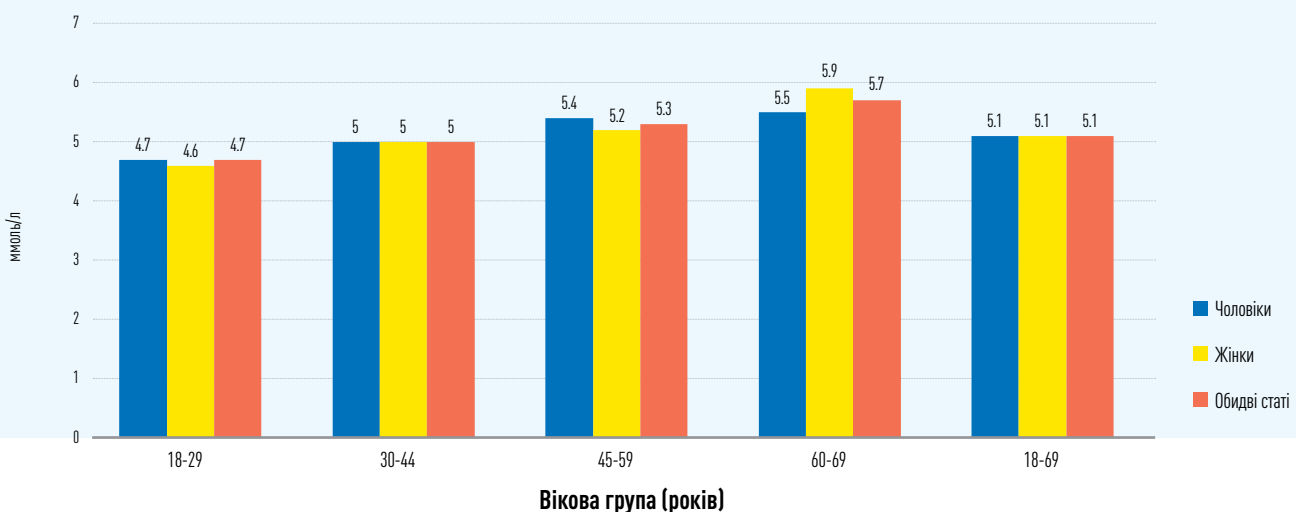
4.13.1. Глюкоза в крові

Середнє значення рівня глюкози в плазмі натщесерце (серед респондентів, які приймали гіпоглікемічні препарати на момент дослідження) становило 5,1 ммоль/л. Ці значення були однакові для чоловіків і жінок (рис. 36). Середні рівні показали тенденцію до зростання з віком – від 4,7 ммоль/л у віковій групі 18–29 років до 5,7 ммоль/л у віковій групі 60–69 років, причому чоловіки та жінки мали подібну тенденцію. Статистично значущої різниці в показниках середнього значення глюкози в плазмі натщесерце за типом поселення не було.

Рівень глюкози в плазмі крові $\geq 6,1$ ммоль/л та $< 7,0$ ммоль/л (порушення глікемії натщесерце) було виявлено у 8,8% населення (рис. 37). Значущої різниці за статтю (чоловіки – 9,3%; жінки – 8,4%) або типами поселення не було. Показник порушення глікемії натщесерце був нижчим у віковій групі 18–29 років.

Поширеність підвищеної глюкози в плазмі натщесерце на рівні $\geq 7,0$ ммоль/л або осіб, які в цей момент приймали пероральні гіпоглікемічні препарати чи інсулін, становила 7,1% (рис. 38). Рівні поширеності майже вдвічі збільшувалися в кожній наступній віковій групі – від 3,2% у віковій

Рис. 36. Середній показник глюкози в плазмі натщесерце, за віком і статтю (ммоль/л)



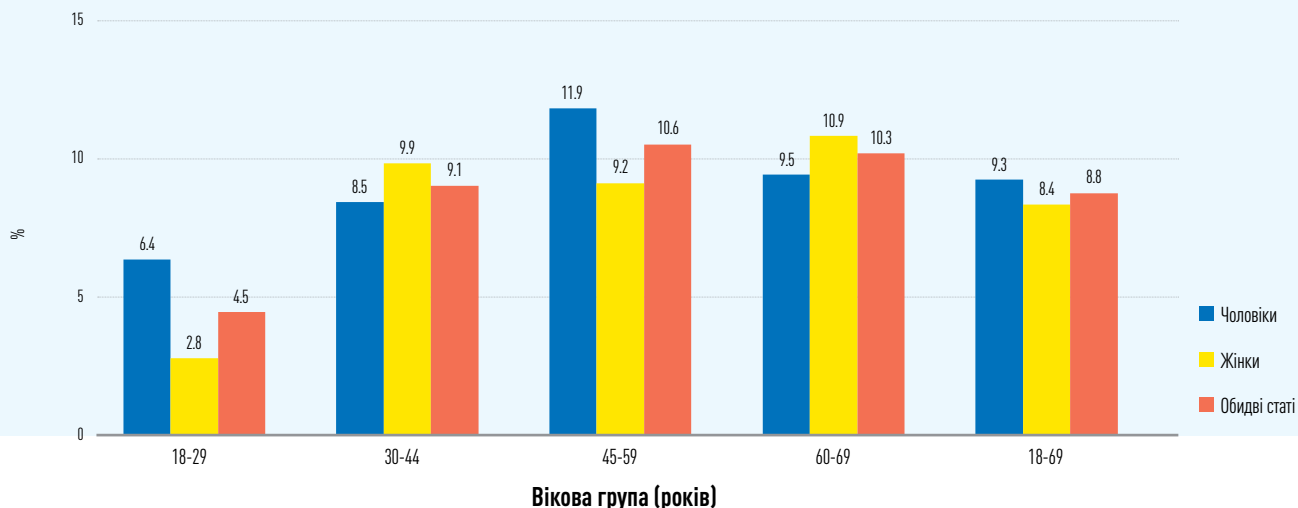


Рис. 37. Частка населення з порушенням глікемії натщесерце ($\geq 6,1$ ммоль/л та $< 7,0$ ммоль/л), за статтю та віком (%)

групі 18–29 років до 18% у віковій групі 60–69 років.

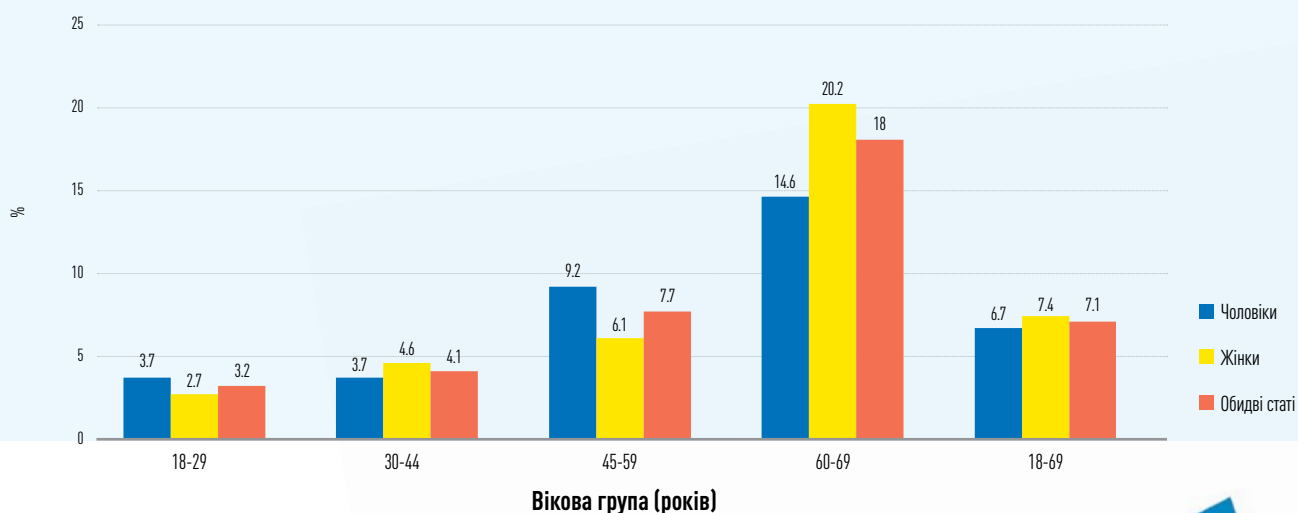
На момент дослідження приблизно 2,9% населення приймали пероральні гіпоглікемічні препарати або інсулін. Дана частка збільшувалася з віком від 0,7% у віковій групі 18–29 років до 11% у віковій групі 60–69 років.

Частка населення, яке мало підвищений рівень глюкози в крові, але не мало діагнованого діабету, становила 3,8% (рис. 39). Ще 5,0% мали раніше діагнований підвищений рівень глюкози в крові, але в даний момент не приймали ліки (пероральні гіпоглікемічні препарати або інсулін) від діабету, тоді як ще 4,0% мали раніше діагнований підвищений рівень глюкози в крові і в цей момент ліки приймали. Ці показники зростали з віком серед чоловіків і жінок. Відмінності за статтю і типом поселення не мали суттєвого значення.

4.13.2. Холестерин у крові

Загальний середній показник загального холестерину (у тому числі особи, які приймали препарати для зниження холестерину) становив 4,7 ммоль/л, при цьому рівень був однаковим для чоловіків і жінок (рис. 40). Середні значення зростали з віком – від 4,2 ммоль/л у віковій групі 18–29 років до 5,1 ммоль/л у віковій групі 60–69

Рис. 38. Частка населення з підвищенням глюкози в плазмі натщесерце ($\geq 7,0$ ммоль/л) або осіб, які в цей час приймали пероральні гіпоглікемічні препарати чи інсулін, за статтю і віком (%)



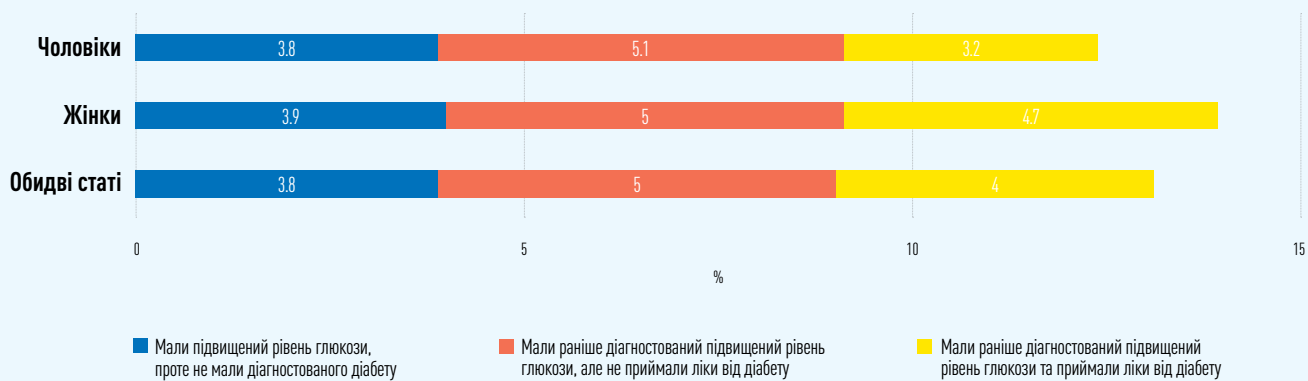


Рис. 39. Підвищена глюкоза в крові, діагностована раніше, і лікування діабету, за статтю (%)

років, але різниця за статтю та типом поселення була незначущою.

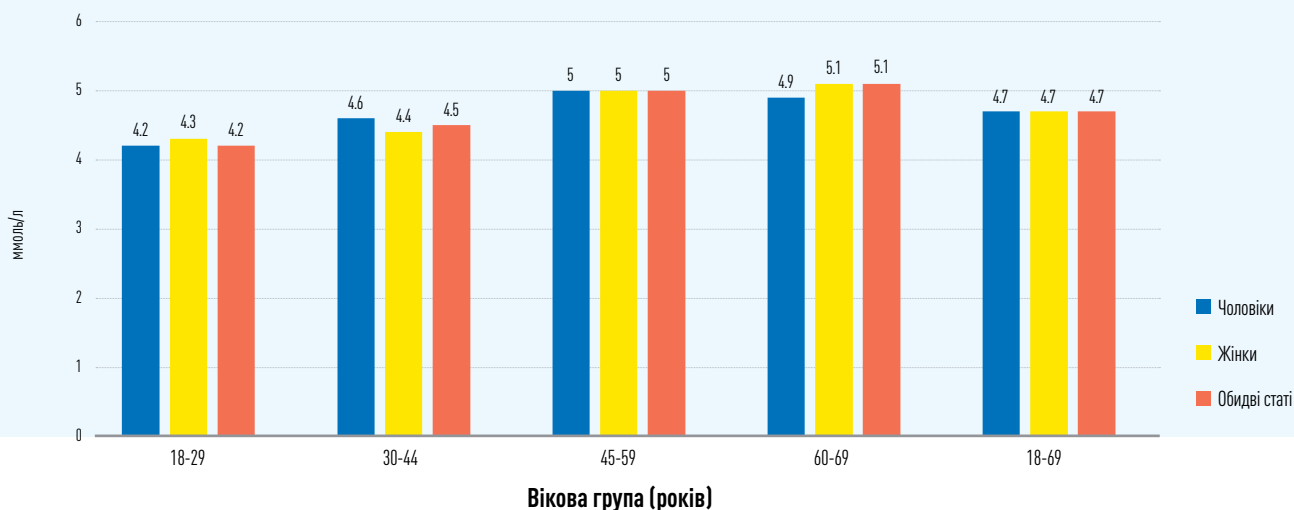
Частка населення з рівнем загального холестерину $\geq 5,0$ ммоль/л, або які в цей момент приймали препарати для зниження рівня холестерину, становила 40,7% (рис. 41). Ці значення були подібними для чоловіків і жінок. Ця частка зростала з віком – з 21,9% у віковій групі 18–29 років до 54,5% у віковій групі 60–69 років.

Загальна поширеність підвищеного загального холестерину в крові ($\geq 6,2$ ммоль/л) в популяції, або яка в цей момент приймала препарати для зниження рівня холестерину в крові, становила 9,9%. Найнижчим рівень поширеності був у віковій групі 30–44 роки (3,2%), зростав більш ніж у п'ять разів (до 18,5%) у віковій групі 60–69 років. Ця тенденція була подібною і для чоловіків, і для жінок. Тенденції показників підвищеного холестерину в крові не відрізнялися між міським і сільським населенням.

Загальний середній рівень холестерину ЛПВЩ в популяції становив 1,3 ммоль/л і був подібним для чоловіків і жінок. Загальний середній рівень холестерину ЛПВЩ зменшувався з віком від 1,3 ммоль/л у віковій групі 18–44 роки до 1,2 ммоль/л у віковій групі 45–69 років. Ця вікова тенденція була подібною у чоловіків і жінок.

У цілому низький (ризикований) рівень холестерину ЛПВЩ ($< 1,03$ ммоль/л)

Рис. 40. Середній рівень холестерину, за віком і статтю (ммоль/л)



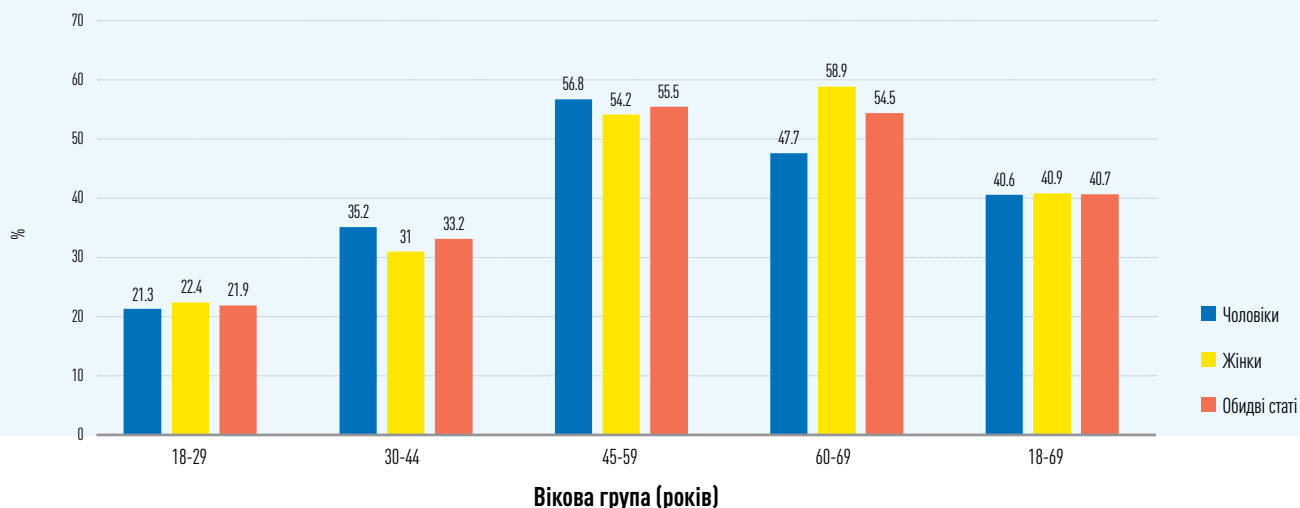


Рис. 41. Частка населення з підвищеним загальним холестерином ($\geq 5,0$ ммоль/л), або яка в цей момент приймала препарати для зниження рівня холестерину, за статтю та віком (%)

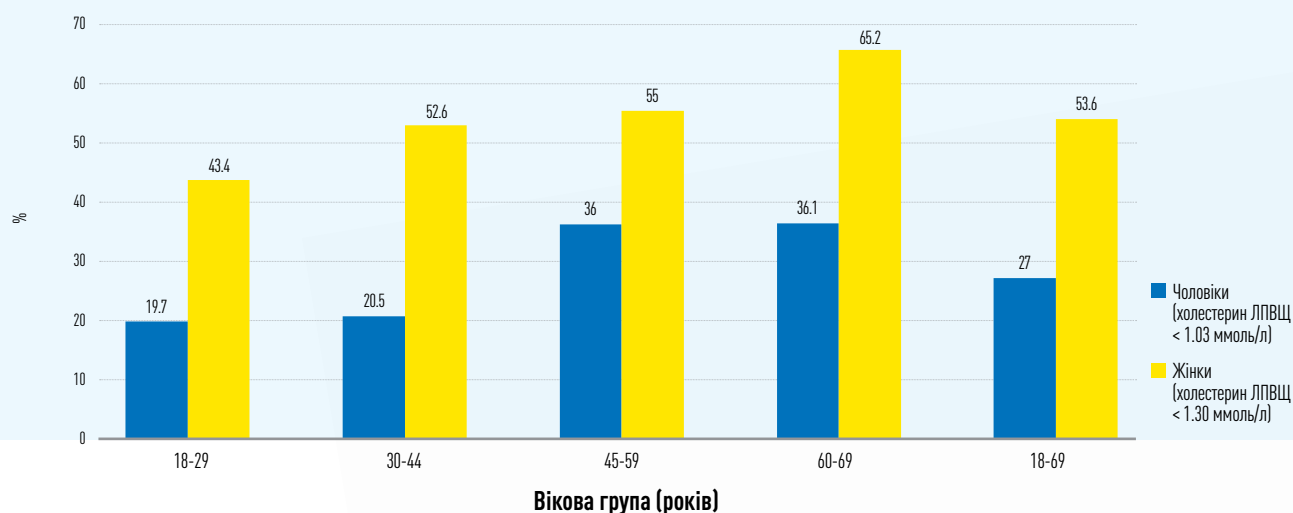
спостерігався у 27% чоловіків (рис. 42), а 20% поширеності у віковій групі 18–44 роки збільшувалися до 36% у віковій групі 45–69 років (зростання на 80%). Серед жінок загальний показник поширеності низького рівня холестерину ЛПВЩ (<1,30 ммоль/л) становив 53,6%, а 43,4% поширеності у віковій групі 18–29 років (удвічі вище за показник у чоловіків того ж віку) збільшувалися до 65,2% у віковій групі 60–69 років.

Значущих відмінностей між міськими та сільськими чоловіками й жінками щодо рівнів холестерину ЛПВЩ та рівнів ризику не було.

4.13.3. Аналіз сечі

Середнє споживання солі становило 12,6 г на добу, що більше ніж удвічі перевищує максимально рекомендоване ВООЗ значення 5 г на добу. Лише 13% населення споживали солі менше ніж 5 г на добу. Середній показник екскреції калію із сечею становила 64,9 ммоль на добу. Чотири п'ятих (79,5%) населення мали недостатній рівень екскреції калію (≤ 90 ммоль на 24 години). Середня концентрація йоду в зразках сечі на добу становила 163,5 мкг/л. Споживання йоду було недостатнім (<100 мкг/л) для 44% населення, адекватним (100–199 мкг/л) для 28,7%, більшим за норму (200–299 мкг/л) для 19,8% та надмірним (>300 мкг/л) на 7,5%.

Рис. 42. Частка населення з низьким рівнем холестерину ЛПВЩ, за віком і статтю (%)



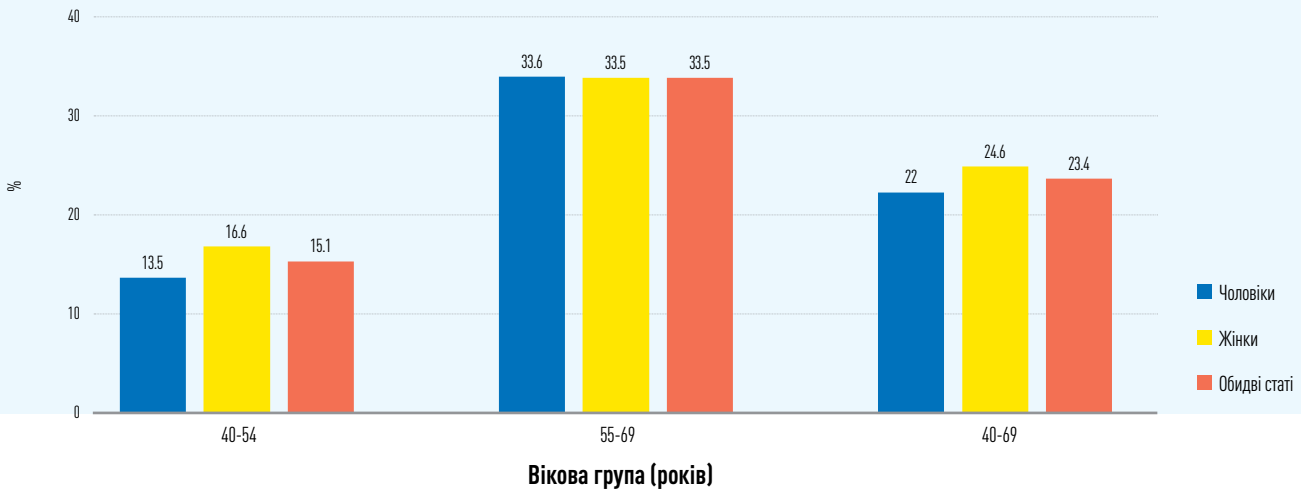


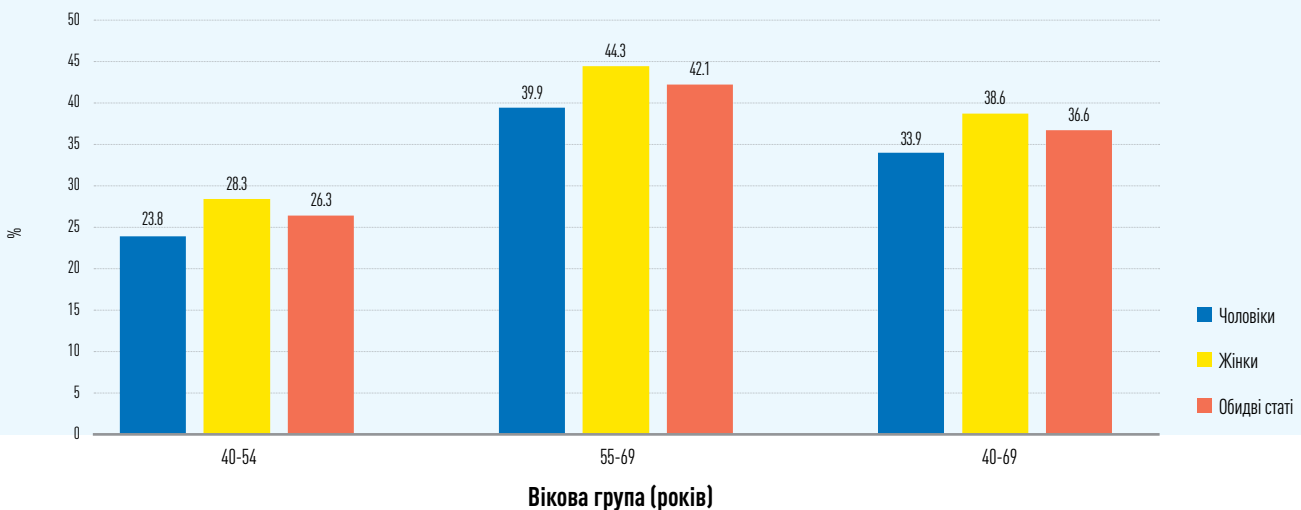
Рис. 43. Частка населення віком 40–69 років з 10-річним ризиком розвитку ССЗ \geq 30% або наявного ССЗ, за віком і статтю (%)

4.14. Ризик серцево-судинних захворювань

Ризик виникнення ССЗ \geq 30% у 10-річний період визначався серед осіб віком 40–69 років на основі віку, статі, АТ, статусу куріння (поточний курець або кинув курити менше ніж за 1 рік до оцінки), загального холестерину та діабету (діагностованого або концентрація глюкози в плазмі натщесерце $>$ 6,1 ммоль/л) або наявного ССЗ. Загальну поширеність в популяції було визначено на рівні 23,4% (рис. 43), без значущої різниці за статтю. Ризик подвоювався з віком від 15,1% у віковій групі 40–54 років до 33,5% у віковій групі 55–69 років. Це зростання було подібним як для чоловіків, так і для жінок. Частка населення з ризиком ССЗ \geq 30% у 10-річному періоді між типами поселення суттєво не відрізнялася (сільські – 24,8%; міські – 20,0%).

Лише одна третина (36,6%) населення віком 40–69 років з 10-річним ризиком ССЗ \geq 30% або наявним ССЗ отримувала ліки та консультувалася щодо запобігання інфарктів та інсультів (рис. 44). Значущої різниці за статтю не спостерігалось (чоловіки – 33,9%; жінки – 38,6%). Частка населення, що приймала ліки або консультувалася, зростала на 60%, з 26,3% у віковій групі 40–54 роки до 42,1% у віковій групі 55–69 років, але різниця статистичної значущості не досягла. Аналогічні тенденції за віком мали і чоловіки, і жінки без істотних відмінностей між міським і сільським населенням (сільське – 35,3%; міське – 37,6%).

Рис. 44. Частка населення віком 40–69 років з наявним ССЗ або 10-річним ризиком ССЗ \geq 30%, які отримували медикаментозне лікування або консультувалися щодо запобігання серцевого нападу чи інсульту, за віком і статтю (%)

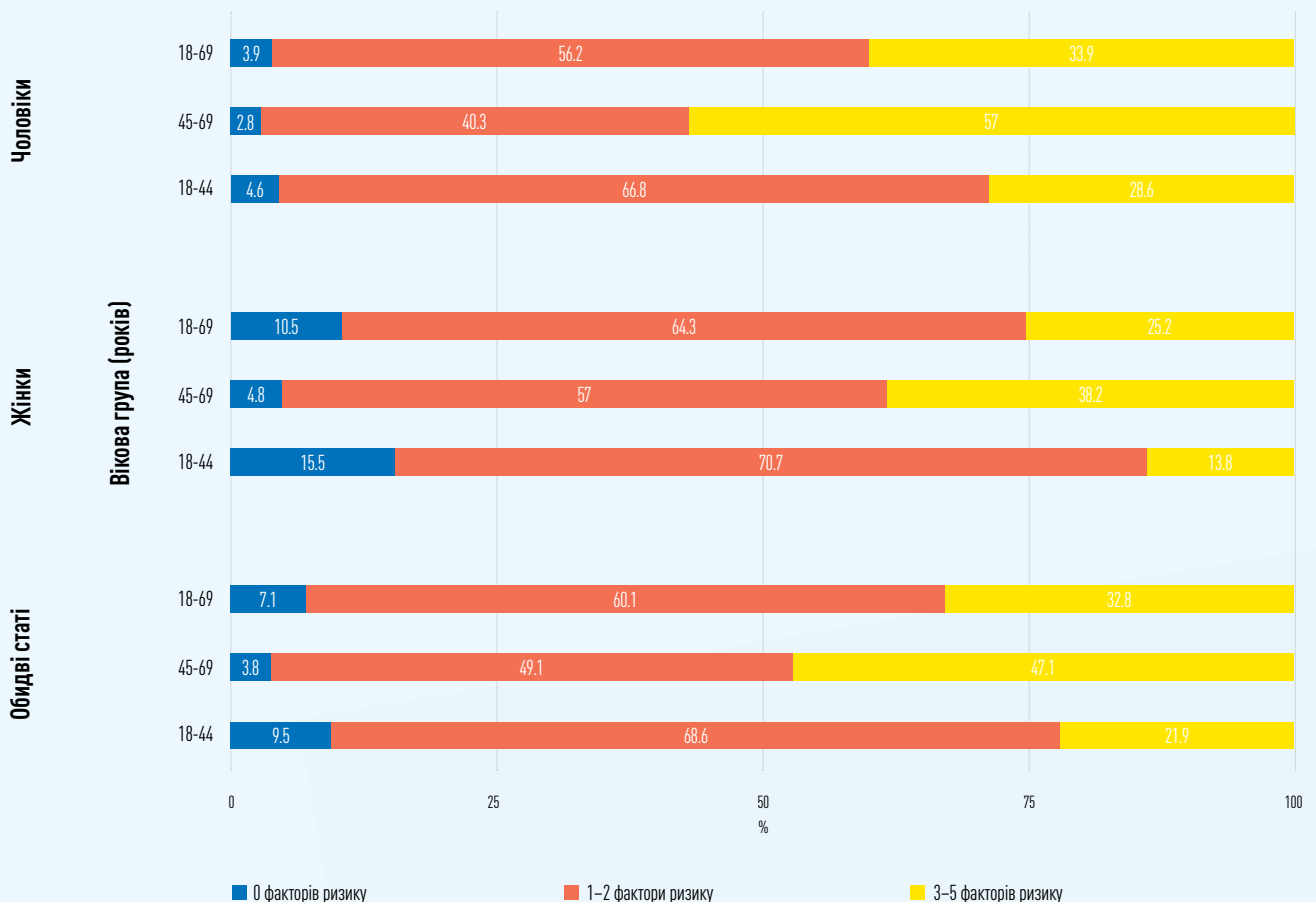


4.15. Комбіновані фактори ризику

Факторами ризику виникнення ССЗ, виявленими в дослідженні та за допомогою фізичних і біохімічних вимірювань, було щоденне куріння; недостатнє щоденне споживання фруктів та/або овочів; недостатня фізична активність, яка не відповідала рекомендаціям ВООЗ; надмірна вага (ІМТ \geq 25 кг/м²); і підвищений рівень АТ (САТ > 140 мм рт. ст. та/або ДАТ > 90 мм рт. ст. або в цей момент приймали препарати для зменшення підвищеного АТ).

Загалом 60,1% населення мали 1–2 фактори ризику, 32,8% – 3–5 факторів ризику, а 7,1% – не мали жодного (рис. 45). Щодо вікової різниці, то поширеність 3–5 факторів ризику становила 21,9% у віковій групі 18–44 роки, і цей рівень зростав більш ніж удвічі (до 47,1%) у віковій групі 45–69 років. Що стосується порівняння за статтю, то 3–5 факторів ризику мали 39,9% чоловіків і 25,2% жінок. За віковою структурою також було продемонстровано більше поширення цього показника серед чоловіків, що подвоювався з 28,6% у віковій групі 18–44 роки до 57,0% у віковій групі 45–69 років, тоді як поширеність серед жінок збільшувалася майже втричі з 13,8% у віковій групі 18–44 роки до 38,2% у віковій групі 45–69 років, демонструючи важливу відмінність за статтю. У цілому ці тенденції поширеності були однаковими як для сільських, так і для міських поселень. Водночас сільські жителі мали вищий ризик ССЗ, оскільки 43,3% з них мали 3–5 факторів ризику, при цьому таку ж кількість факторів ризику мали лише 38,2% мешканців міста.

Рис. 45. Кількість факторів ризику ССЗ, за віком і статтю (%)



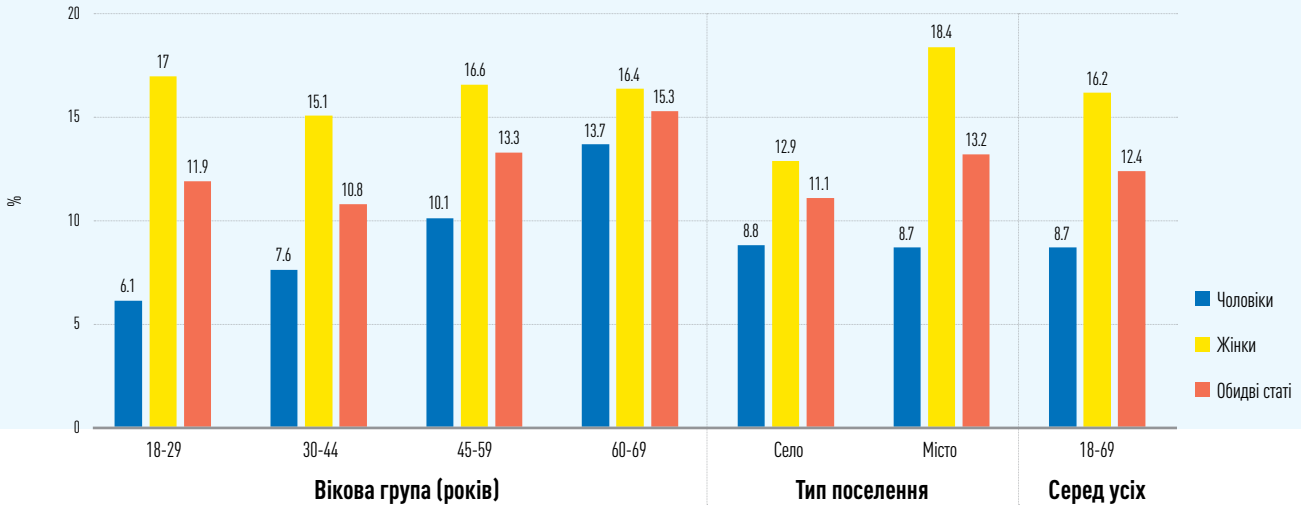
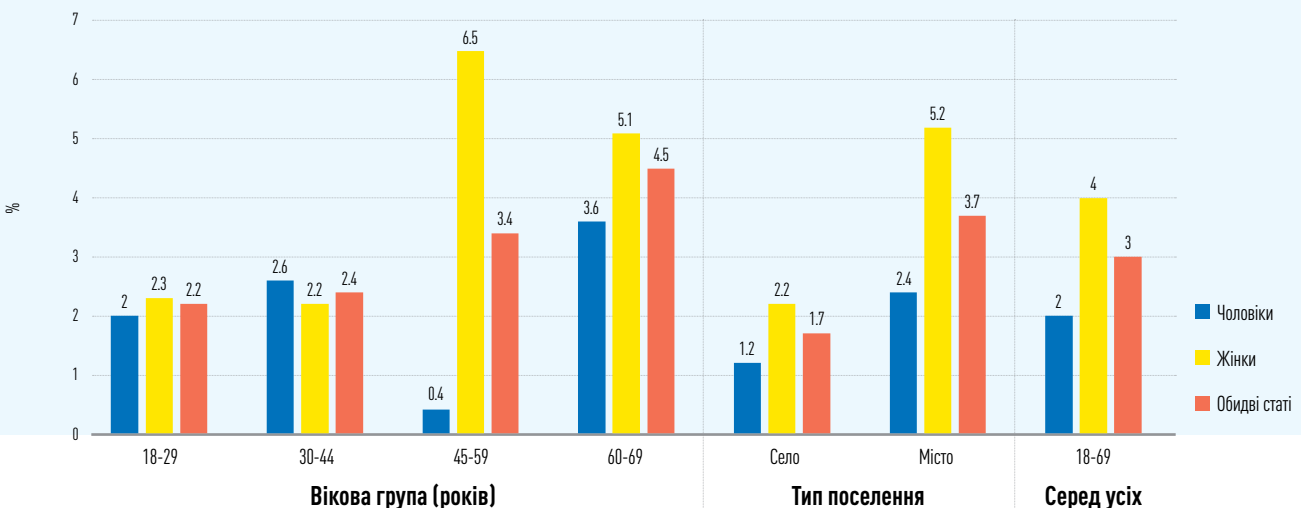


Рис. 46. Частка населення із симптомами депресії за встановленим алгоритмом, за віком, статтю та типом поселення (%)

4.16. Психічне здоров'я, депресія та суїцидальна поведінка

Приблизно кожен восьмий дорослий (12,4%) в Україні повідомив про симптоми депресії за встановленим алгоритмом (рис. 46), а поширеність депресії була приблизно вдвічі більшою серед жінок (16,2%), ніж серед чоловіків (8,7%). Незначна тенденція до збільшення цього показника з віком спостерігалась як серед чоловіків, так і серед міських жінок. Водночас лише кожен четвертий з імовірною депресією (3,0% населення) був поінформований лікарем або медичним працівником про наявність депресії (рис. 47). Поширеність діагностованої депресії була вдвічі більшою серед жінок (4,0%), ніж серед чоловіків (2,0%), але статистично значущим цей показник не був, крім вікової групи 45–59 років. Жителі сільської місцевості повідомляли про діагностовану депресію рідше, ніж міської (1,7% та 3,7% відповідно). Лише 0,4% населення пройшло лікування депресії антидепресантами або за допомогою психотерапії протягом останніх двох тижнів з незначною тенденцією до частішого застосування цих методів серед жінок (чоловіки – 0,2%; жінки – 0,6%) і серед міського населення (сільське – 0,2%; міське – 0,5%). Загалом 1,1% населення зазначили, що вони розглядали спробу суїциду протягом останніх 12 місяців. Статистично значущих відмінностей за статтю, віком і типами поселення не було.

Рис. 47. Поширеність депресії, діагностованої медичним працівником, за віком, статтю та типом поселення (%)



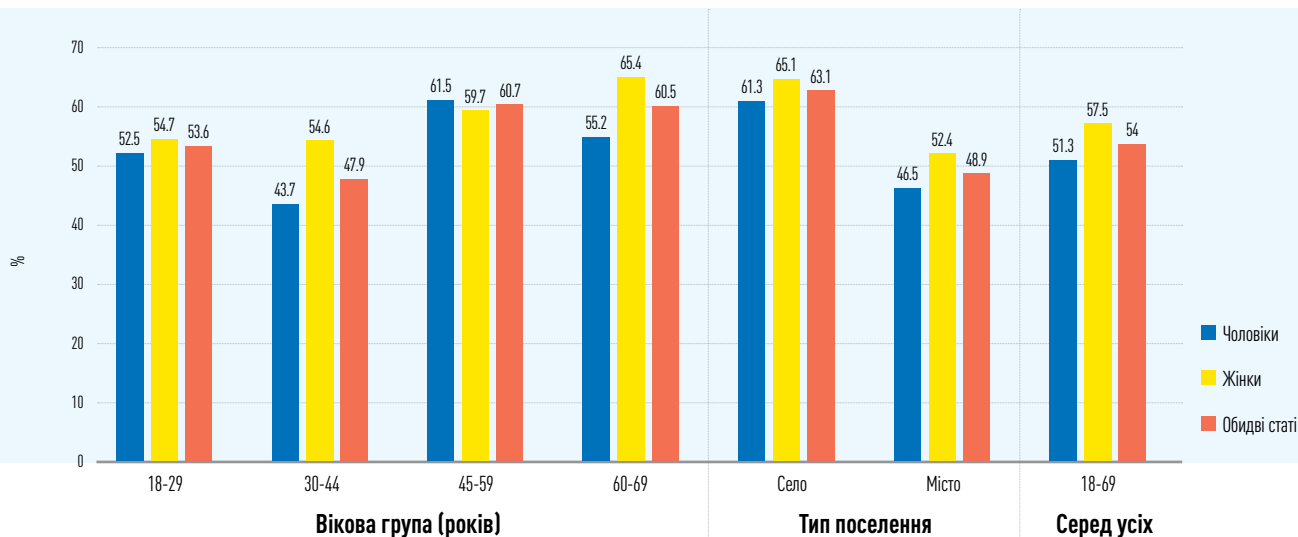


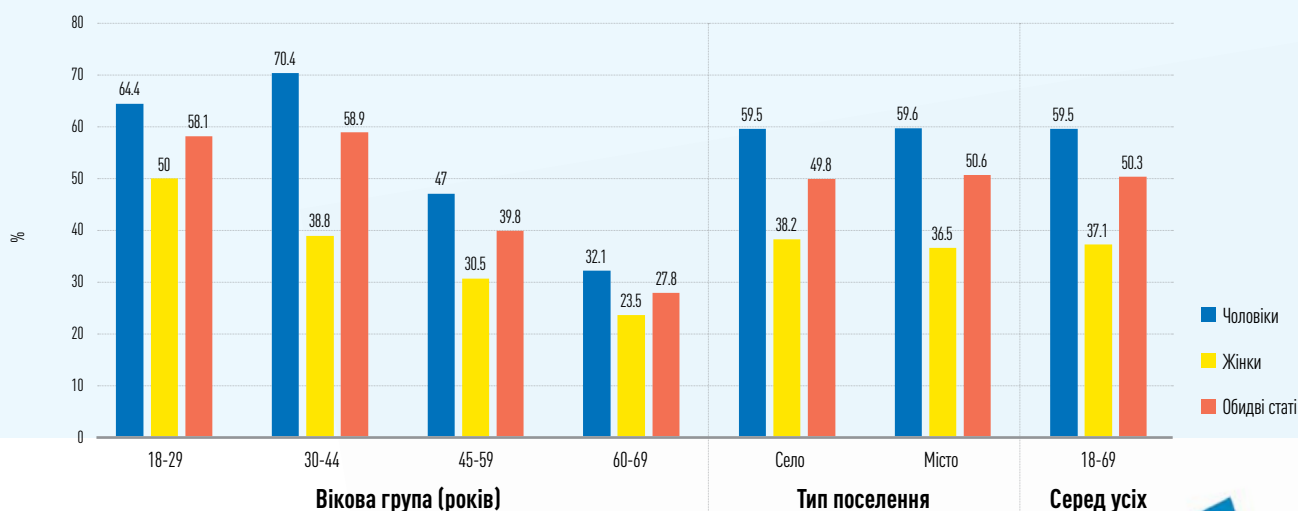
Рис. 48. Частка користувачів автомобілів, які не завжди використовували пасок безпеки протягом останніх 30 днів, за віком і статтю (%)

4.17. Насильство та травмування

4.17.1. Безпека дорожнього руху й аварії на дорогах

В Україні дуже поширене використання автомобілів. Майже три чверті (71,3%) населення користувались автомобілем протягом останніх 30 днів як водій чи пасажир. Цей показник є меншим у найстаршій віковій групі, де автомобілем користувалися 48%. Понад половину (54%) серед респондентів, які користувалися автомобілем протягом останніх 30 днів, не завжди використовували пасок безпеки. Значущих відмінностей у цьому показнику між віковими групами та за статтю не було (рис. 48). Різниця у використанні пасків безпеки була значущою між типами населених пунктів: 48,9% міського населення повідомили, що не завжди використовували паски безпеки, порівняно з 63,1% сільського населення. Половина опитаних, які користувалися автомобілем (50,3%), також повідомили, що водій перевищував швидкість (рис. 49). Чоловіки (чоловіки – 59,5%; жінки – 37,1%) та особи молодшого віку перевищували швидкість частіше. Частим явищем також було використання гаджетів, таких як мобільні телефони або планшети під час руху. Майже половина (46,8%) водіїв повідомили про їх використання протягом останніх 30 днів (рис. 50). Використання гаджетів спостерігалось частіше серед чоловіків (53,2%), ніж серед жінок (37,1%), і знижувалося серед вікової групи 60–69 років. Між типами населених

Рис. 49. Частка користувачів автомобілів, які повідомили про перевищення швидкості протягом останніх 30 днів, за віком і статтю (%)



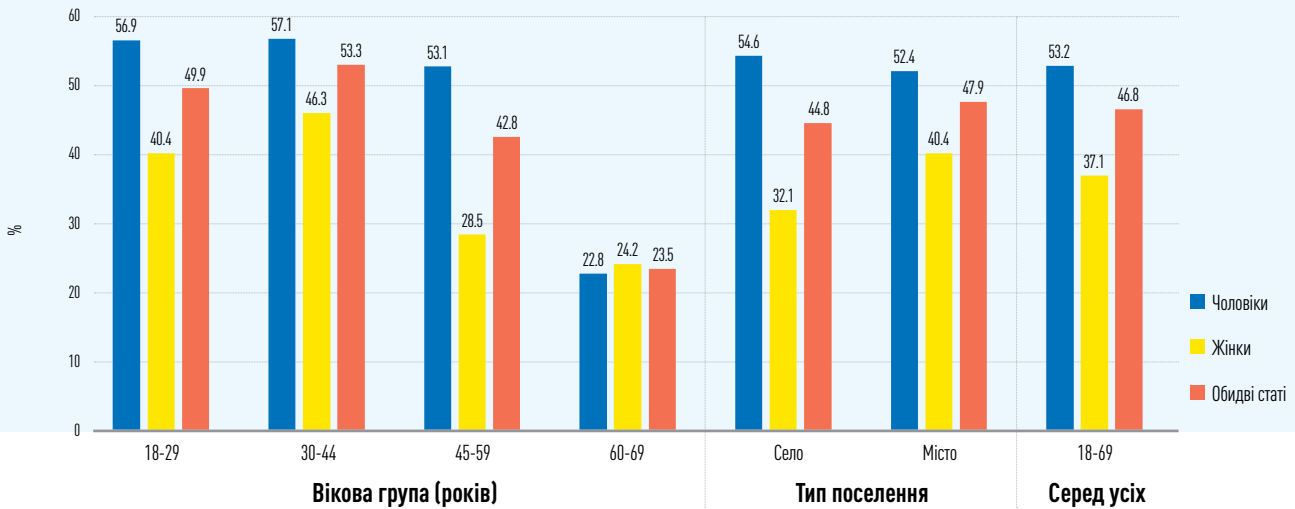


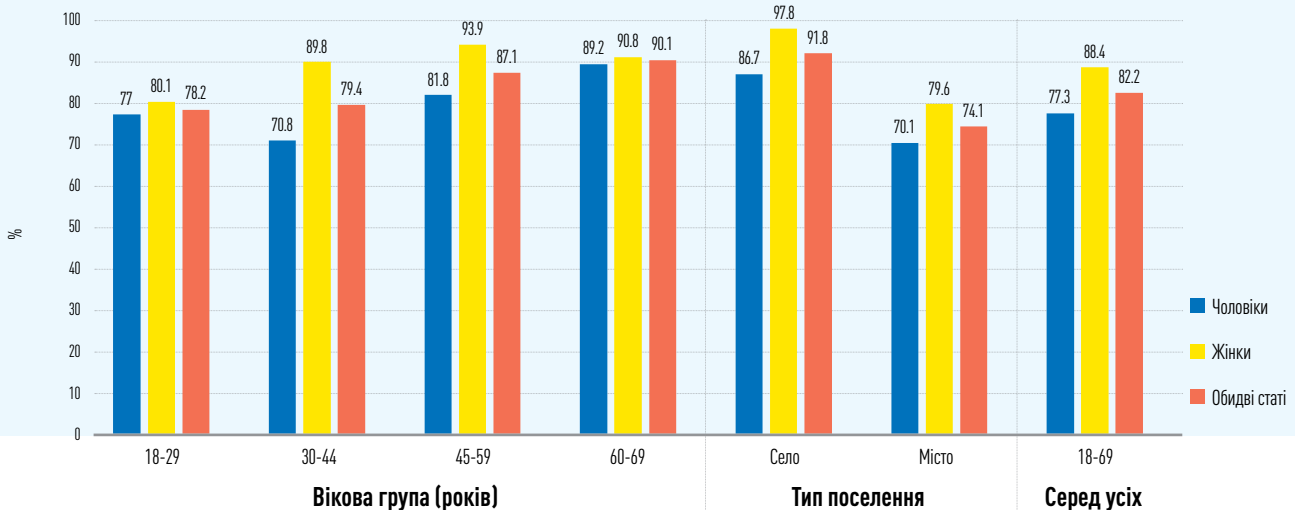
Рис. 50. Частка водіїв, які користувалися гаджетами під час руху за останні 30 днів, за віком і статтю (%)

пунктів відмінності в показниках перевищення швидкості та використання електронних пристроїв (гаджетів) під час руху значущими не були.

Протягом останніх 30 днів мотоциклом або моторолером користувалися 26% населення. Їх використання було більш виражене у віковій групі 18–29 років (39,8%). Ці транспортні засоби використовували частіше чоловіки, ніж жінки зазначеної вікової групи (50% та 30,1% відповідно). Їх використання також було характерним більше для сільської місцевості (32,5%), ніж для міської (22,3%). Показник використання шолому серед водіїв і пасажирів мотоциклів чи моторолерів є низьким (рис. 51). У цілому не завжди користувалися шоломом 82,2% (77,3% чоловіків, 88,4% жінок). Використання шолому було менш поширеним серед сільського населення: шоломи не завжди використовували 91,8% сільського населення та 74,1% міського населення.

Рис. 51. Частка водіїв і пасажирів мотоциклів та моторолерів, які не завжди користуються шоломом, за віком і статтю (%)

Про керуванням мототранспортним засобом після вживання двох або більше доз алкоголю протягом останніх 30 днів повідомили 2,1% населення, що більш поширене серед чоловіків (3,4%), ніж серед жінок (0,7%), а особливо в сільській місцевості (4,7% серед чоловіків) (рис. 52). Крім того, 4,2% населення повідомили, що за останні 30 днів були пасажиром водія, який



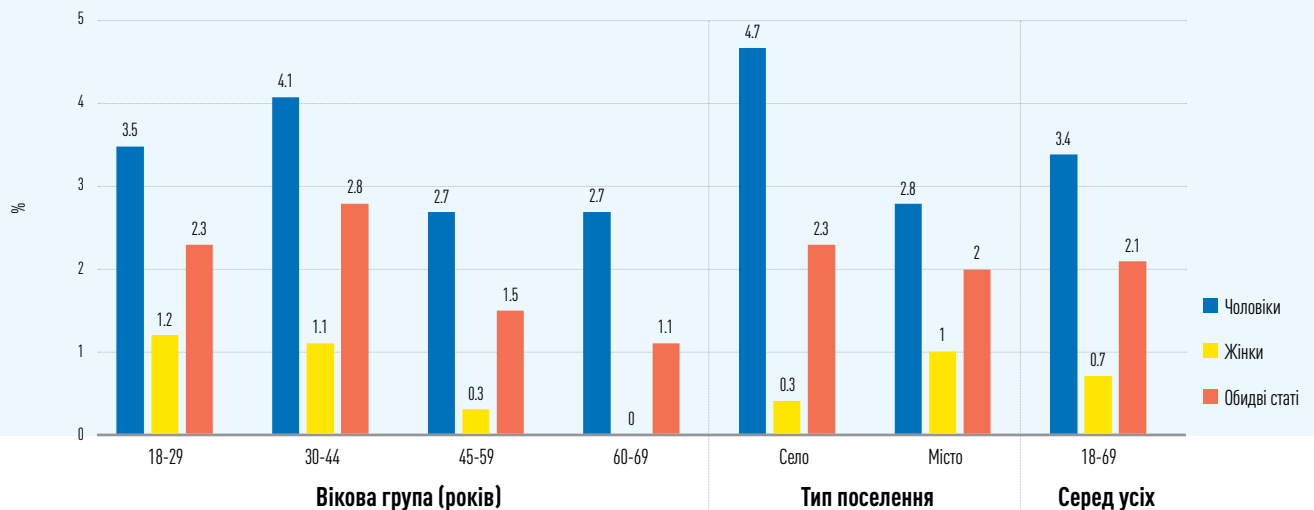


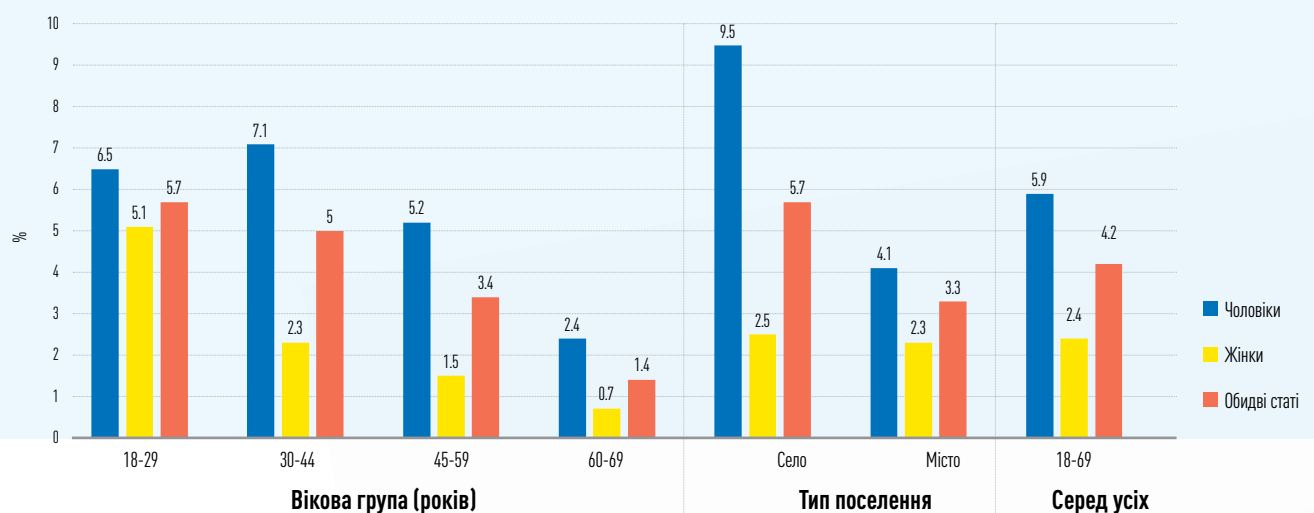
Рис. 52. Частка водіїв, які керували автомобілем під впливом алкоголю, за віком, статтю та типом поселення (%)

вживав два та більше алкогольних напоїв (рис. 53). Більше чоловіків, ніж жінок, повідомляли про проїзд з водієм у стані алкогольного сп'яніння. З віком ця тенденція зменшувалась як для чоловіків, так і для жінок. Майже кожен десятий чоловік (9,5%) у сільській місцевості повідомляв, що їздив у транспортному засобі протягом останніх 30 днів з водієм, коли той вживав два та більше алкогольних напоїв.

Користування велосипедами також є поширеним в Україні: 40,2% населення повідомили, що користувалися велосипедом протягом останніх 30 днів. Їх використання зменшувалося з віком з 52,3% у віковій групі 18–29 років до 32,1% у віковій групі 60–69. Цей показник також був вищим у сільській місцевості (53,6%), ніж у міській (32,3%). Використання велосипедних шоломів було дуже нечастим випадком. Серед респондентів, які користувалися велосипедами, 95% повідомили, що не користуються шоломами регулярно (рис. 54). Їх використання було нижчим у сільській місцевості (98,8% повідомили, що не користуються ними регулярно), порівняно з 91,3% у містах.

Близько 7% населення потрапляли у ДТП за останні 12 місяців (рис. 55). За даними осіб у віковій групі 18–29 років, вони потрапляли у дорожньо-транспортні пригоди втричі частіше, ніж респонденти вікової групи 60–69

Рис. 53. Частка пасажирів, які їздили у транспортному засобі з водієм під впливом алкоголю, за віком, статтю та типом поселення (%)



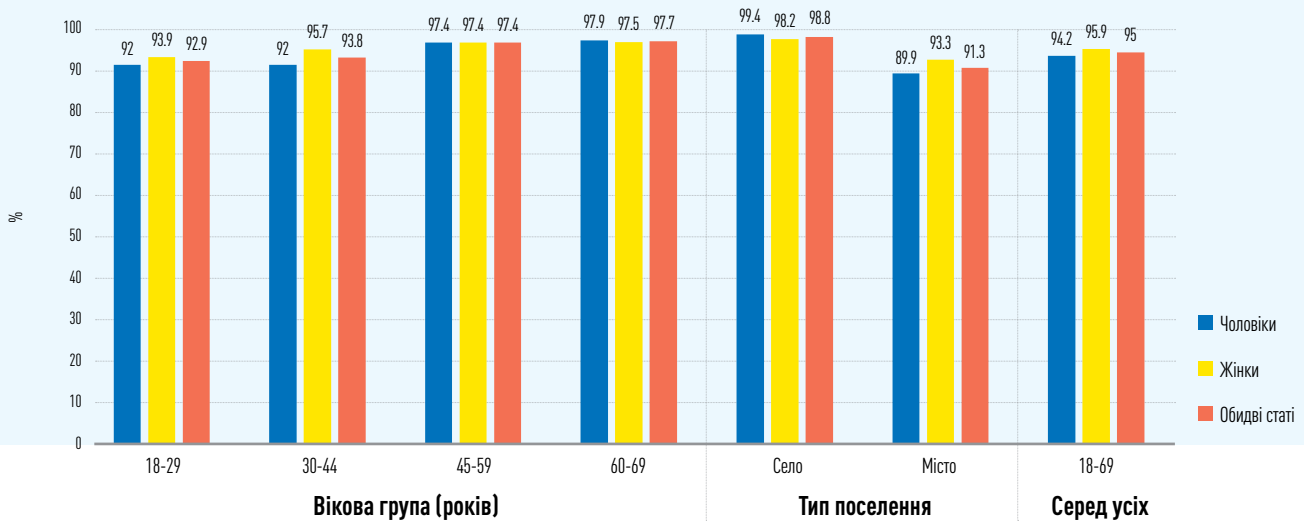


Рис. 54. Частка велосипедистів, які не завжди використовують шолом, за віком, статтю та типом поселення (%)

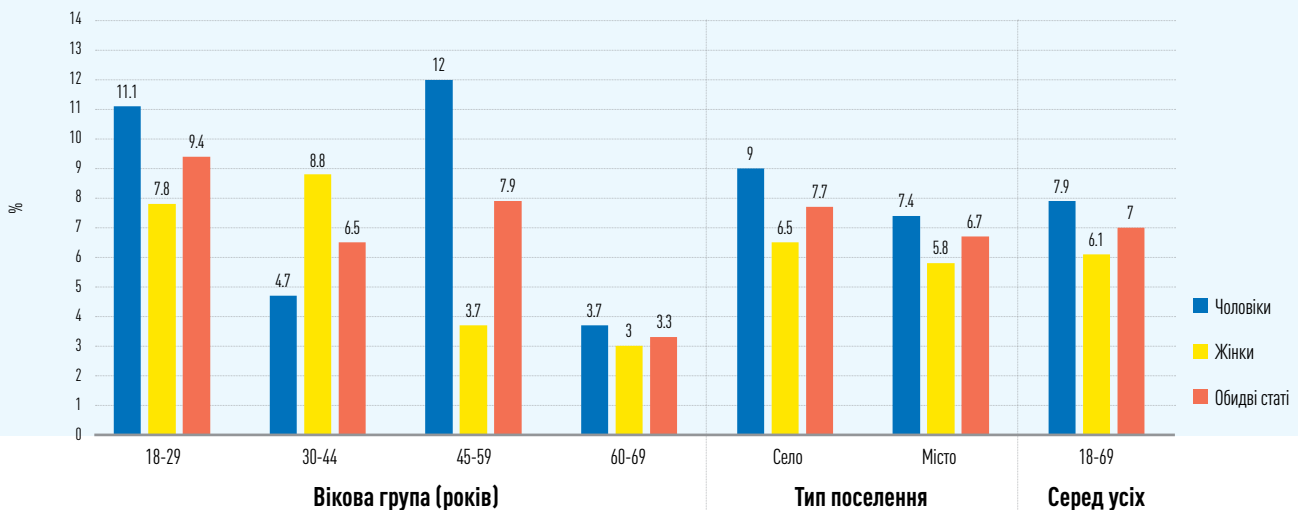
років (9,4% проти 3,3%). Значущих відмінностей за статтю та типами населення немає.

Серед учасників ДТП одна третина (35,4%) отримувала тілесні ушкодження, які потребували медичної допомоги. Значущих відмінностей за статтю не було (чоловіки – 40,2%, жінки – 28,9%). Жителі міст, які потрапляли в ДТП, частіше зазнавали травм, які потребували медичної допомоги (49,9%), ніж жителі сільських (13,2%).

4.17.2. Ненавмисне травмування

Приблизно одна з 14 осіб (6,9%) отримувала ненавмисну травму, що не була пов’язана з ДТП, і яка потребувала медичної допомоги протягом останніх 12 місяців (рис. 56). Частота таких травм зменшувалася з віком для чоловіків, але не для жінок. У цілому відмінності за статтю та типом поселення не мали суттєвого значення. Понад половину (54,5%) таких травм спричинені падіннями, 13,4% – порізами, 8,4% – опіками, 5,6% – отруєннями, 4,6% – укусами тварин, 13,5% – з інших причин (рис. 57). Більше ніж третина (36,8%) травм сталася вдома, на дорозі/вулиці/шосе (26,9%), у школі чи

Рис. 55. Частка населення, що потрапляла у ДТП протягом останніх 12 місяців, за віком, статтю та типом поселення (%)



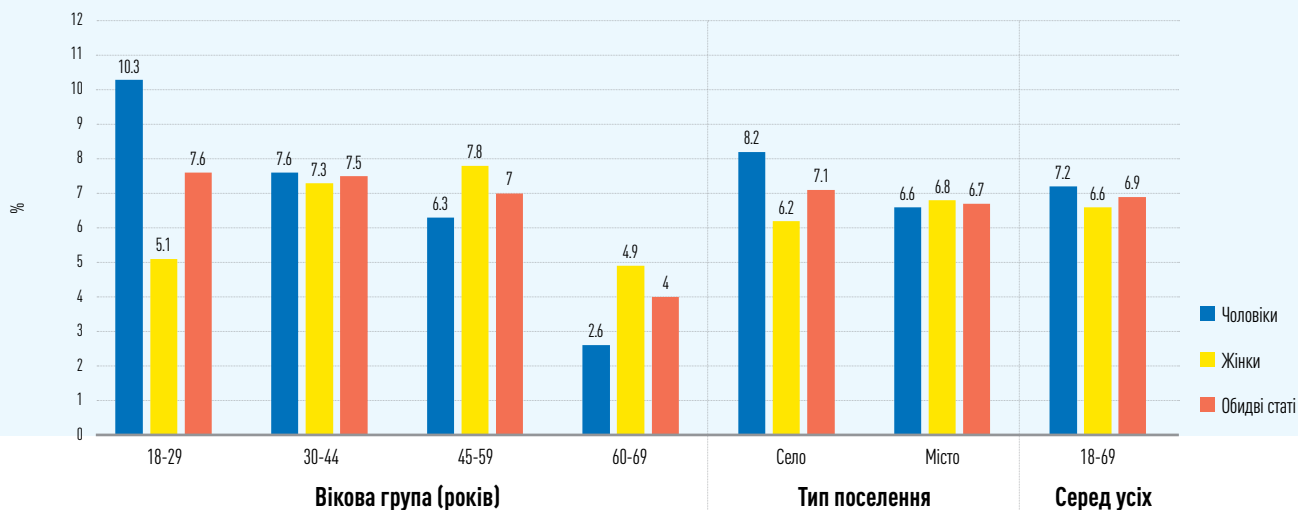


Рис. 56. Частка населення, яке отримало ненавмисну травму, що потребувала медичної допомоги, за останні 12 місяців, за віком, статтю та типом поселення (%)

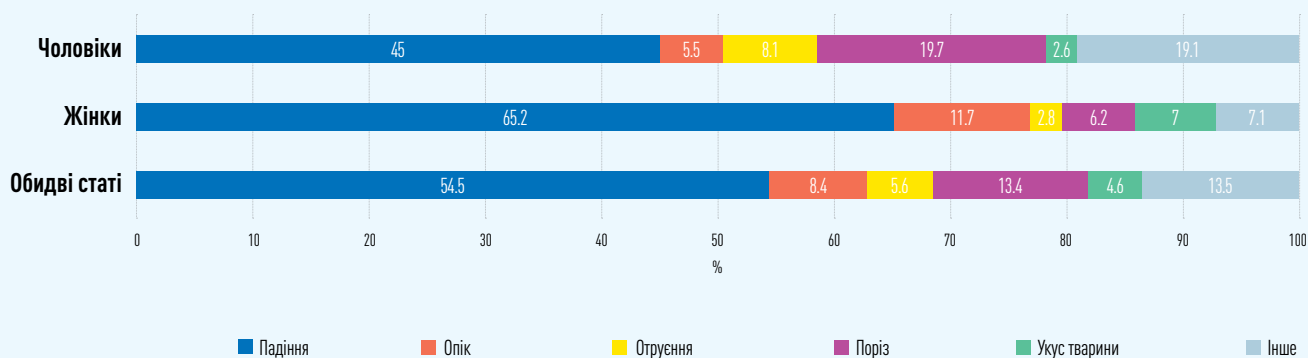


Рис. 57. Причини ненавмисних травм, які потребують медичної допомоги, за статтю (%)

на робочому місці (16,2%), на фермі (1,9%), на спортивному майданчику (5,9%), в інших населених пунктах (36,8%). Відмінності за віком, статтю та типом поселення не були значущими (ні щодо причини, ні щодо місця травмування). Кількість таких випадків була невеликою.

4.17.3. Насильство та навмисне травмування

Менше ніж половина (44,1%) населення повідомила про фізичне насильство в дитинстві (рис. 58). Чоловіки повідомляли про це частіше, ніж жінки (особливо у сільській місцевості: чоловіки – 55,7%; жінки – 36,6%). Про сексуальне насильство в дитинстві повідомили 1,4% населення, зустрічалося воно майже втричі частіше серед жінок (2,1%), ніж серед чоловіків (0,8%). Крім того, 2,0% дорослих зазнали сексуального насильства в дорослому віці. Жінки повідомляли про такі випадки утричі частіше, ніж чоловіки (3,2% та 0,9% відповідно). Поширеність сексуального насильства в дитячому та дорослому віці не відрізнялася за типом населеного пункту.

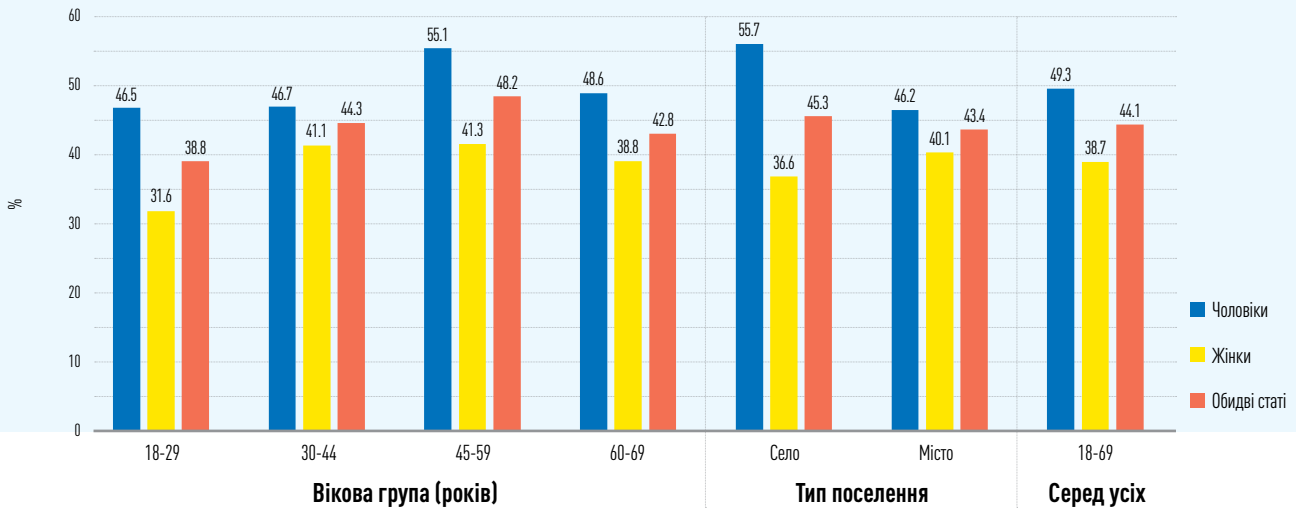
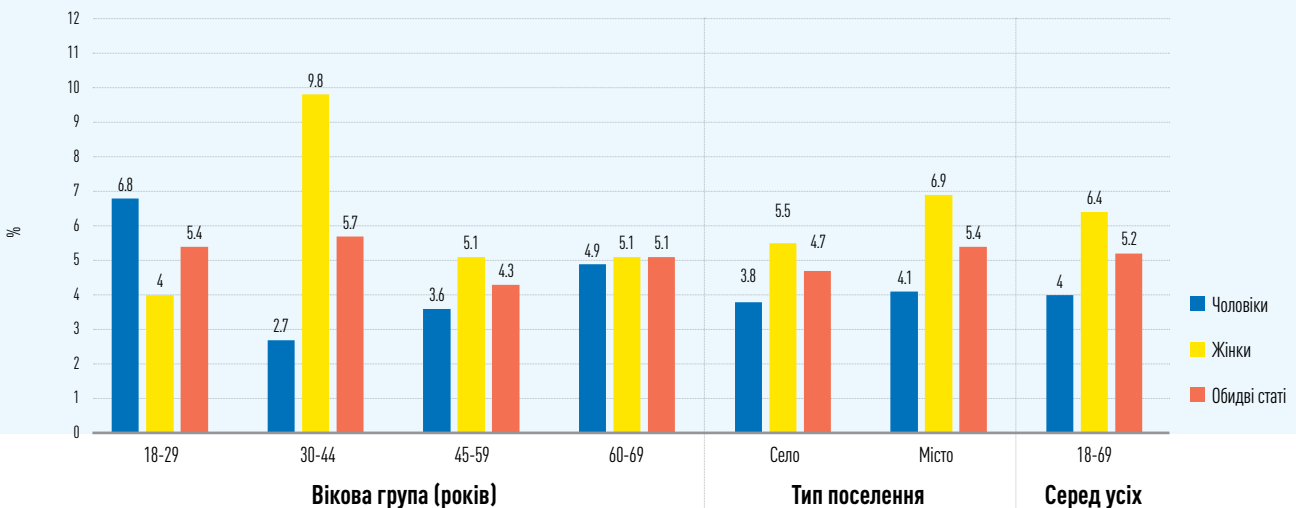


Рис. 58. Частка населення, яке зазнавало фізичного насильства в дитинстві, за віком, статтю та типом поселення (%)

Протягом останніх 12 місяців 5,2% населення боялися за свою безпеку чи безпеку своєї сім'ї через гнів чи погрози іншої особи (рис. 59). Значущої різниці за типом населеного пункту не було. Жінки повідомляли про це частіше, ніж чоловіки, особливо у віковій групі 30–44 роки (чоловіки – 2,7%; жінки – 9,8%). Чоловіки повідомляли, що в 31,2% випадків відчуття страху викликали представники державної установи, в той час як жінок в 38,1% такі почуття викликав член сім'ї (рис. 60). Таких випадків було небагато. Носіння зарядженої вогнепальної зброї для особистого захисту поширеним явищем не було: протягом останніх 30 днів це робили 0,7% населення. Відмінності за статтю та типом населеного пункту значущими не були, хоча чоловіки переважно носили зброю частіше, особливо у містах.

Рис. 59. Частка населення, яка боялася за свою безпеку через іншу особу, за віком, статтю та типом поселення (%)



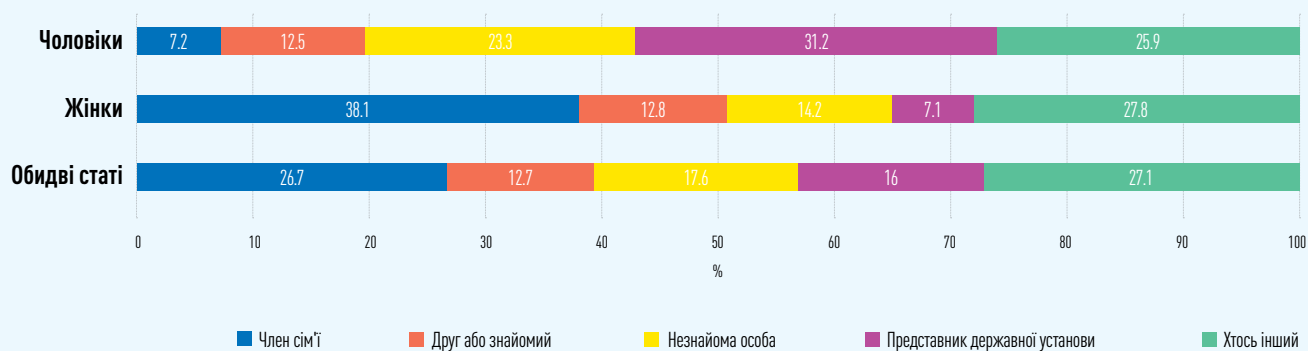
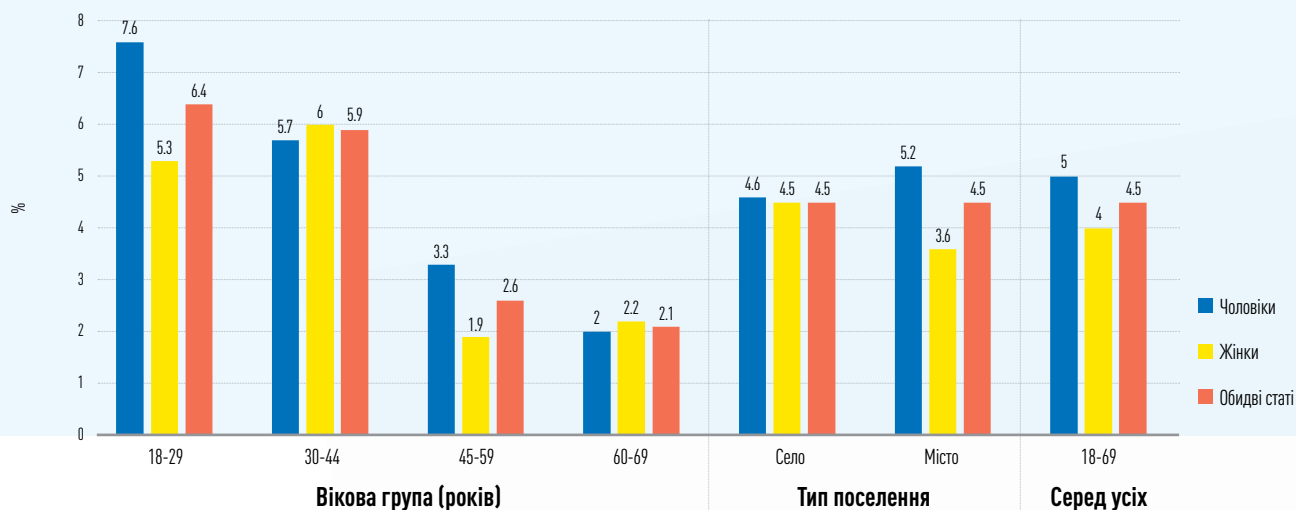


Рис. 60. Тип особи/правопорушника, що викликає відчуття страху, за статтю (%)

Про травми, які потребували медичної допомоги, спричинені насильницькими діями протягом останніх 12 місяців, повідомили 4,5% населення (рис. 61). Цей показник зменшувався з віком, а значущої різниці за статтю та типом поселення не було. Серед чоловіків травму переважно наносив друг/знайомий (44,2%) або незнайома особа (38,7%), тоді як серед жінок травми наносив статевий партнер (38,3%), друг/знайомий (26,1%) або незнайома особа (13,2%). Найчастіше травми завдавали без вогнепальної або іншої зброї.

Рис. 61. Частка населення, яка зазнала травм внаслідок випадку насильства, що потребували медичної допомоги протягом останніх 12 місяців, за віком, статтю та типом поселення (%)



> 5. Висновки

Дослідження STEPS вперше надало комплексні, порівнювані на міжнародному рівні та репрезентативні на національному рівні дані щодо НІЗ та їх факторів ризику в Україні. Крім основних модулів було включено додаткові модулі з питань депресії та суїцидальної поведінки, насильства, травми та раку шийки матки.

5.1. Основні з'ясовані факти

Дослідження виявило дуже високу поширеність НІЗ, їх поведінкових і біологічних факторів ризику в Україні. Третина (33,9%) населення віком 18–69 років були активними курцями, серед яких була половина всіх чоловіків (50,3%) та кожна шоста жінка (16,7%). Особливе занепокоєння викликає високий і, порівняно з попередніми даними, зростаючий рівень куріння серед жінок. Новітні тютюнові продукти, такі як системи нагрівання тютюну та електронні сигарети, використовуються дедалі частіше, особливо молодшими групами населення, як і кальян, який курили 18,7% населення у віковій групі 18–29 років. Збільшення доступності та вживання таких продуктів також може сприяти зростанню показників куріння. Кожен п'ятий активний курець (21%) намагався безуспішно кинути курити. Ця частка була особливо високою серед жінок у віковій групі 18–29 років, де майже половина (48,8%) мала невдалу спробу кинути курити.

Частим було споживання алкоголю, а рівні його споживання в Україні були високими. Дві третини чоловіків і майже половина жінок вживали алкоголь протягом останніх 30 днів, кожна п'ята (19,7%) особа вживала шість і більше доз алкоголю за нагоди випити (надмірне епізодичне вживання). Надмірне епізодичне вживання алкоголю було втричі вищим серед чоловіків (29,5%), ніж серед жінок (9,4%). Симптоми, пов'язані з алкогольною залежністю, були помітні серед осіб, які вживали алкоголь протягом останніх 12 місяців, і зустрічалися в три-чотири рази частіше серед чоловіків, ніж серед жінок. Кожна восьма особа (12,7%) повідомила, що не могла припинити пити після початку вживання, а кожна десята (10,8%) повідомила, що наступного дня вони не змогли робити те, що зазвичай від них очікували. Кожна восьма особа (13,2%) випивала вранці аби полегшити похмілля. Контрафактний алкоголь (вироблений у домашніх умовах та інший неоподаткований алкоголь) вживався часто і становив 17,3% від загального його споживання.

Поширеними також були нездорові моделі харчування. Дві третини (66,4%) населення не споживали достатньої кількості фруктів і овочів (п'ять порцій щодня). Майже половина населення (44,9%) завжди або часто додавала в їжу сіль або солоний соус до їжі або під час їжі; дві третини (66,7%) завжди або часто додавали сіль до їжі, коли готували вдома; а чверть (26,9%) завжди або часто вживали оброблену їжу з високим вмістом солі. Середнє споживання солі становило 12,6 г на добу, що більше ніж удвічі перевищує максимальний рекомендований рівень 5 г на добу. Лише 13% населення споживали солі менше ніж 5 г на добу.

Є і позитив. Рівень фізичної активності в Україні був високим і увійшов до найвищих показників у Європейському регіоні ВООЗ. Лише 10% населення не дотримувались рекомендації ВООЗ щодо принаймні 150 хвилин фізичної активності середньої інтенсивності, або ж еквіваленту, щотижня.



Щодо психічного здоров'я, то кожен восьмий дорослий (12,4%) в Україні повідомив про симптоми, які відповідають клінічному діагнозу депресії. Водночас лише кожна четверта особа з імовірною депресією (3,0% від загальної кількості населення) була про це поінформована лікарем або медичним працівником. Лише 0,4% населення пройшли лікування антидепресантами чи психотерапію, що є еквівалентом показника охоплення лише у 3,2% від імовірних випадків депресії.

Дотримання заходів безпеки дорожнього руху в Україні було низьким. Половина респондентів, які користувалися автомобілем протягом останніх 30 днів, не завжди користувалися паском безпеки і повідомляли, що водій автомобіля перевищував дозволу швидкість або використовував таке обладнання, як мобільні телефони або планшети під час руху. Показник використання шоломів був дуже низьким: 82,2% водіїв і пасажирів мотоциклів або моторолерів та 95% велосипедистів не завжди використовували шолом. Протягом останніх 12 місяців 7% населення потрапляли у дорожньо-транспортні події як водій, пасажир, пішохід чи велосипедист, а третина (35,4%) з них отримала тілесні ушкодження, які потребували надання медичної допомоги. Крім того, 6,9% населення отримали інші ненавмисні травми, крім дорожньо-транспортних подій, що потребували медичної допомоги. Найпоширенішою причиною таких травм, яких можна було запобігти, було падіння.

На життя в Україні негативно впливають різноманітні форми насильства. Майже половина респондентів (44,1%) зазнавали фізичного насильства в дитинстві. Крім того, 2,1% жінок і 0,8% чоловіків зазнавали сексуального насильства в дитинстві; 3,2% жінок і 0,9% чоловіків зазнавали такого насильства вже дорослими.

Що стосується здоров'я та доступу до медичних послуг, то понад половину всіх жінок (53,1%) проходили обстеження на рак шийки матки принаймні один раз у своєму житті. Серед жінок, які отримали аномальний/позитивний результат, підозру на онкологію або невизначений результат, значна частка (91,4%) отримувала лікування шийки матки. Із 48,7% жінок, які не проходили обстеження на рак шийки матки, серед причин непроходження зазначали такі: не мали достатньо знань про процедуру (як та/або де її пройти) – 48,7%; сором (страх, що стане відомо про такий візит, соціальна стигма) – 7,8%; не мали часу пройти обстеження – 26,5%; клініка була занадто далеко – 7,8%; страх – 9,2%.

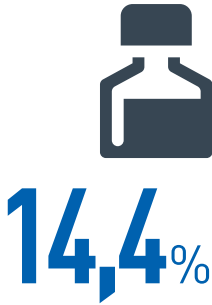
Щодо стану здоров'я населення в Україні, то середній ІМТ дорослої особи становив 26,8 кг/м², і збільшувався з віком. Лише дві п'ятих (39,6%) населення в Україні мали нормальну вагу (ІМТ 1,5-24,9 кг/м²). Майже три п'ятих (59,1%) мали надмірну вагу (ІМТ \geq 25 кг/м²), у тому числі чверть населення (24,8%), яка страждала ожирінням (ІМТ \geq 30 кг/м²). Як показники зайвої ваги, так і ожиріння різко збільшувалися з віком. Серед жінок ожиріння було більш поширеним (чоловіки – 20,1%; жінки – 29,8%).

У третини населення (34,8%) був підвищений рівень АТ або гіпертензія, що визначається як рівень САТ \geq 140 мм рт. ст. та/або ДАТ \geq 90 мм рт. ст., або вони приймали препарати проти підвищеного тиску в цей момент. З них третина (33,6%) раніше не була діагностована; 17,6% були діагностовані, але препарати не приймали; 34,4% препарати приймали, але АТ зниження АТ не відбувалося (САТ \geq 140 та/або ДАТ \geq 90 мм рт. ст.); і лише 14,4% приймали препарати та мали контрольований рівень АТ (САТ < 140 мм рт. ст. та ДАТ 90 мм рт. ст.).



12,4%

Кожен восьмий дорослий (12,4%) в Україні повідомив про симптоми, що відповідають клінічному діагнозу депресії



Серед осіб, з підвищеним АТ або гіпертонією, 14,4% мали контрольований рівень АТ.

Поширеність показника підвищеної глюкози в плазмі натщесерце ($\geq 7,0$ ммоль/л) або прийом в цей момент пероральних гіпоглікемічних препаратів чи інсуліну становила 7,1%, і майже у половини цих осіб (3,8% від загальної кількості населення) раніше не було діагностовано діабет. Крім того, 40,7% населення мали загальний рівень холестерину в крові на рівні $\geq 5,0$ ммоль/л або в цей час приймали препарати для зниження рівня холестерину.

У цілому 32,8% населення мали 3–5 факторів ризику розвитку ССЗ, а 60,1% – 1–2 фактори ризику. Водночас кількість факторів ризику зростала з віком. Крім того, чверть (23,4%) населення вкомі 40–69 років мали 30% та вище серцево-метаболічний ризик розвитку серцево-судинних подій, таких як інсульт або інфаркт міокарда, у наступні 10 років. Проте лише третина (36,6%) цих осіб з високим ризиком приймали препарати та консультувалися щодо їх профілактики.

5.2. Сильні сторони та обмеження

Це дослідження STEPS має кілька сильних сторін.

(1) Дослідження застосовує стандартні методи найкращих практик, що схвалені ВООЗ, таким чином дозволяючи, наскільки це можливо, збирати достовірні та порівнювані на міжнародному рівні дані.

(2) Всі процедури навчання та збору даних, використання електронних планшетів та інтернет-платформи в режимі реального часу були стандартизовані на найвищому рівні з гарантією якості, що мінімізувало відхилення як всередині країни, так і між країнами.

(3) Це дослідження – обстеження стану здоров'я з об'єктивними вимірами, що дозволяє оцінити групу населення, на яку негативно впливають певні умови, але вона не усвідомлює їх наявність й ефективність лікування. Це те, без чого не можна обійтись у моніторингу універсального охоплення медичними послугами.

(4) Численні фактори ризику розглядаються одночасно, що дозволяє розрахувати загальний ризик та оцінити їх зв'язок і поєднання між різними НІЗ та їх факторами ризику (наприклад: високий показник споживання алкоголю може розглядатись одночасно з депресією, травмою та насильством, ожиріння одночасно з діабетом і ССЗ), таким чином дозволяючи визначити більш комплексні й інтегровані стратегії та заходи для захисту здоров'я від НІЗ.

(5) Щоб результати можна було поширити з певною визначеною похибкою на все населення України віком 18–69 років, дослідження орієнтувалося на національну репрезентативну вибірку дорослих осіб віком 18–69 років і було використано відповідні статистичні методи.

(6) Включення додаткових модулів щодо депресії та суїцидальної поведінки, насильства й травм надають дані про дві додаткові групи станів з дуже високим тягарем захворюваності в Україні.

Дослідження також має кілька обмежень. Рівень досяжності респондентів є порівняно низьким – 57%, і хоча результати коригуються для врахування показника невідповіді, він все ще може мати ефект. Що стосується даних, які отримані від респондентів (самозвітування), важливий ефект можуть мати соціальна упередженість і норми, а також помилки пам'яті.

5.3. Порівняння з іншими дослідженнями

В Україні дуже висока поширеність факторів ризику, що пов'язані з НІЗ, а особливо куріння та вживанням алкоголю. Проте результати дослідження є порівнювані з результатами інших країн Європейського регіону ВООЗ, які нещодавно проводили дослідження STEPS, у тому числі Білорусі, Грузії та Республіки Молдова. Як і в інших країнах, є можливість поліпшити реагування системи охорони здоров'я на НІЗ, оскільки значна частка людей з НІЗ, такими як гіпертензія та діабет, не знають про свій стан. Навіть коли гіпертензію, діабет, ССЗ та інші НІЗ виявляють, лише частка осіб, яких це стосується, отримують лікування, і ще менша частка має контрольований стан. Міжнародні цілі щодо лікування НІЗ (наприклад, щонайменше 50% осіб з високим ризиком ССЗ мають отримувати препарати та консультування щодо профілактики інсульту й інфаркту міокарда; 70% жінок мають пройти скринінг на рак шийки матки) значною мірою не виконуються.

Дослідження GATS та Індекс здоров'я – два великих дослідження, які було проведено нещодавно в Україні, зібтали дані про вибрані фактори ризику НІЗ^{7,10}. Проте слід зазначити, що цільові групи були різними (18–69 років у дослідженні STEPS, 15+ років у GATS та 18+ років у дослідженні Індекс здоров'я), а методи часто не є прямо порівнюваними, особливо з огляду на те, що GATS та Індекс здоров'я складаються лише з інтерв'ю і не мають компонента фізичного обстеження. В той час як GATS було зосереджене на вживанні тютюну, дослідження Індекс здоров'я збило дані про декілька факторів ризику НІЗ. Поширеність куріння за оцінкою дослідження STEPS (33,9%) є вищою, ніж у GATS 2017 (22,8%), і більше відповідає Індексу здоров'я 2018 (28%). Оскільки поширеність куріння зменшується з віком, то важко визначити, наскільки виявлені відмінності пов'язані з різними віковими діапазонами досліджень, але дослідження STEPS також включало чіткі запитання стосовно кальяна та ПНТ, які часто вживаються в Україні. Дослідження STEPS показало дещо більшу поширеність надмірної ваги та ожиріння (59,1% та 24,8% відповідно), ніж Індекс здоров'я (54,2% та 17,7% відповідно), який використовував самозвітні (за словами респондентів) дані та не вимірював вагу й зріст, що є еталонним методом. Численні поведінки, захворювання та симптоми, про які повідомляли респонденти, були порівнювані для цих двох досліджень: наприклад, поширеність підвищеного АТ або гіпертензії, що діагностовано медпрацівником (Індекс здоров'я – 27%; STEPS – 27,7%), та діабет (Індекс здоров'я – 3,7%; STEPS – 5,9%). Висока поширеність поведінкових факторів ризику вже в підлітковому віці була також підтверджена в дослідженні «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (HBSC)⁹, як і високий показник споживання алкоголю в дослідженні «Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин» (ESPAD)⁸.

5.4. Пропозиції щодо використання даних і подальшої роботи

І хоча дослідження STEPS збило безліч даних про НІЗ та їх фактори ризику, лише обрані результати можна було узагальнити та представити в основному тексті цього звіту. Супровідна книга даних надає величезну кількість додаткової інформації, обробленої стандартизованим і порівнюваним способом. Ці дані тепер доступні для оцінки прогресу, встановлення пріоритетів і планування необхідних політик, втручань та заходів у



36,6%

Лише третина (36,6%) осіб з високим кардіометаболічним ризиком приймали препарати та консультувалися щодо їх профілактики.

сфері охорони здоров'я й вкорінення здорової поведінки серед людей найближчими роками. Результати дослідження STEPS повинні широко надаватися всім партнерам та організаціям для заохочення дискусій і налагодження політичного діалогу. Під час обговорення варіантів політики щодо профілактики та боротьби з НІЗ можна розглядати «найкращі покупки» та інші рекомендовані інтервенції ВООЗ²⁵. Існує велика кількість технічних пакетів для профілактики та боротьби з НІЗ й іншими станами, які можуть розглядатися для впровадження²⁶.

З огляду на широту та глибину даних, доступних для аналізу, проведення більш поглиблених оцінок і звітування щодо конкретних досліджуваних тем – предметних (наприклад, щодо раку шийки матки та молочної залози або діабету, і це тільки деякі з них) та/або наскрізних (наприклад, щодо гендерних відмінностей на субрегіональному рівні або відмінностей за соціально-економічним статусом) – слід розглядати як спосіб інформування політики. Таким чином, унікальною можливістю в Україні є використання зібраних даних для посилення потенціалу проведення досліджень та епіднадзора за НІЗ. Як конкретний приклад подальших дій національний Центр громадського здоров'я та Європейське регіональне бюро ВООЗ розробляють профіль країни, використовуючи гендерну концепцію для аналізу даних щодо факторів ризику НІЗ для України та шести інших країн.

Провівши дослідження STEPS, Україна також виконала важливе міжнародне зобов'язання, взяте на себе протягом Другої зустрічі ООН на високому рівні щодо НІЗ у 2014 р., та заклала наріжний камінь у розробку системи епіднадзора за НІЗ та їх чинниками ризику. Нині доступна велика кількість даних для моніторингу Цілей сталого розвитку, пов'язаних зі здоров'ям, а також національних, регіональних і глобальних планів дій та зобов'язань стосовно профілактики та боротьби з НІЗ. Наступний раунд дослідження STEPS має бути проведений до 2024 р., що дозволить відстеження тенденцій і прогресу щодо профілактики та боротьби з НІЗ та їх факторами ризику.

Список використаних джерел*

1. Noncommunicable diseases [online fact sheet]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>).
2. Ukraine: NCD country profile. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/nmh/countries/ukr_en.pdf).
3. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en>).
4. Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/346328/NCD-ActionPlan-GB.pdf).
5. Ukraine adopts the National Action Plan for Non-Communicable Disease Prevention, Control and Health Promotion [media release]. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine; 2018 (<https://en.moh.gov.ua/article/news/ukraine-adopts-the-national-action-plan-for-non-communicable-disease-prevention-control-and-health-promotion>).
6. Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну (Global Adult Tobacco Survey). Kyiv: International Institute of Sociology; 2010 (in Ukrainian) (<https://www.kiis.com.ua/materials/pr/2010/REPORT/GATS%20Ukraine%202010%20Report%20UKR.pdf>).
7. Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну (Global Adult Tobacco Survey). Kyiv: International Institute of Sociology; 2017 (in Ukrainian) (https://kiis.com.ua/materials/pr/20180214_GATS/Full%20Report%20GATS%20Ukraine%202017%20UKR.pdf).
8. куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед підлітків, які навчаються: поширення й тенденції в Україні [Smoking, alcohol use and narcotic substances among adolescents: distribution and trends in Ukraine]. European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). Kyiv: Ukrainian Institute for Social Research named after Oleksandr Yaremchenko; 2019 (in Ukrainian) (http://www.uisr.org.ua/img/upload/files/B_Report_ESPAD_2019_Internet.pdf).
9. Соціальна обумовленість та показники здоров'я підлітків та молоді [Social conditioning and health indicators in adolescents and young people]. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) report. Kyiv: Ukrainian Institute for Social Research named after Oleksandr Yaremchenko; 2018 (in Ukrainian) (http://www.uisr.org.ua/img/upload/files/HBSC_2018_web.pdf).
10. Індекс Здоров'я. Україна – 2019: Результати загальнонаціонального дослідження [Health Index. Ukraine – 2019: Results national research]. Kyiv: Health Index Ukraine; 2020 (http://health-index.com.ua/HI_Report_2019_Preview.pdf).
11. STEPwise approach to surveillance (STEPS) [STEPS portal]. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/en>).
12. WHO STEPS instrument (core and expanded): the WHO STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/instrument/STEPS_Instrument_V3.2.pdf).
13. WHO STEPS surveillance manual. Section 2–2–15: Preparing a multi-stage cluster sample. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/manual/en>).
14. Ukrainian census (1989–2020): distribution by type of locality. Kyiv: Government of Ukraine (http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/view.asp?ma=000_0201&ti=%D0%EE%E7%EF%EE%E4%B3%EB+%ED%E0%FF%E2%ED%EE%E3%EE+%ED%E0%F1%E5%EB%E5%ED%ED%FF+%E7%E0%F2%E8%EF%EE%EC+%EF%EE%F1%E5%EB%E5%ED%FC&path=../Quicktables/POPULATION/02/01/&lang=1&multilang=uk).

* Якщо не вказано інше, всі Інтернет-посилання, наведені в розділі «Посилання», були доступні станом на 21 липня 2020 року.

15. Legislation terminology: "Household". Kyiv: Parliament of Ukraine (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/term/7623>).
16. WHO STEPS surveillance manual. Section 3–1. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/manual/en>).
17. Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ). Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/GPAQ/en>).
18. Arokiasamy P, Uttamacharya, Kowal P, Capistrant BD, Gildner TE, Thiele E et al. Chronic noncommunicable diseases in 6 low- and middle-income countries: findings from Wave 1 of the World Health Organization's Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE). *Am J Epidemiol.* 2017;185(6):414–28. doi:10.1093/aje/kww125.
19. WHO STEPS surveillance manual. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/manual/en>).
20. Standards and operational guidance for ethics review of health-related research with human participants. Geneva: World Health Organization; 2011 (<https://www.who.int/ethics/research/en>).
21. eSTEPS user manual. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/eSTEPS_User_Manual.pdf).
22. Epi Info [download and information page]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (<https://www.cdc.gov/epiinfo/index.html>).
23. WHO STEPS noncommunicable disease risk factor survey: Databook for Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
24. Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework: indicator definitions and specifications. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF_Indicator_Definitions_FinalNOV2014.pdf).
25. Tackling NCDs: "Best buys" and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable disease. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259232/1/WHO-NMH-NVI-17.9-eng.pdf>).
26. SHAKE the salt habit: the SHAKE technical package for salt reduction. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/shake-salt-habit/en>).
27. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-intervention-guide---version-2.0>).
28. WHO Package of Essential NCD Interventions (PEN): training manual. Geneva: World Health Organization; 2018 ([https://www.who.int/publications/i/item/who-package-of-essential-ncd-interventions-\(pen\)---training-manual](https://www.who.int/publications/i/item/who-package-of-essential-ncd-interventions-(pen)---training-manual)).
29. Save lives: a road safety technical package. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/save-lives-a-road-safety-technical-package>).
30. SAFER: preventing and reducing alcohol-related harms. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/substance_abuse/safer/en).



Європейське регіональне бюро ВООЗ

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) – це спеціалізоване агентство Організації Об'єднаних Націй, що створене у 1948 р., чия головна функція полягає у вирішенні міжнародних питань у сфері охорони здоров'я та громадського здоров'я. Європейське регіональне бюро ВООЗ – одне із шести регіональних бюро у всьому світі, кожне з яких має власну програму, спрямовану на вирішення конкретних проблем охорони здоров'я країн, якими Європейське регіональне бюро ВООЗ опікується.

Країни-члени

| | | |
|----------------------|---------------------|-----------------------|
| Австрія | Казахстан | Сербія |
| Азербайджан | Кіпр | Словаччина |
| Албанія | Киргизстан | Словенія |
| Андорра | Латвія | Сполучене Королівство |
| Бельгія | Литва | Таджикистан |
| Білорусь | Люксембург | Туреччина |
| Болгарія | Мальта | Туркменістан |
| Боснія і Герцеговина | Монако | Угорщина |
| Вірменія | Нідерланди | Узбекистан |
| Греція | Німеччина | Україна |
| Грузія | Норвегія | Фінляндія |
| Данія | Північна Македонія | Франція |
| Естонія | Польща | Хорватія |
| Ізраїль | Португалія | Чеська Республіка |
| Ірландія | Республіка Молдова | Чорногорія |
| Ісландія | Російська Федерація | Швейцарія |
| Іспанія | Румунія | Швеція |
| Італія | Сан-Марино | |

Всесвітня організація охорони здоров'я Європейське регіональне бюро

UN City, Marmorvej 51
DK-2100, Copenhagen Ø, Denmark
Тел: +45 45 33 70 00
Факс: +45 45 33 70 01
Ел. адреса: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int