

TO THE QUESTION ABOUT THE NECESSITY OF PHYSICAL ACTIVITY OF THE POPULATION OF THE CITY

Islamzade I.F. (Republic of Azerbaijan) Email: Islamzade534@scientifictext.ru

*Islamzade Ilaha Faik kizi – doctoral student,
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH ORGANIZATION, AZERBAIJAN MEDICAL UNIVERSITY,
BAKU, REPUBLIC OF AZERBAIJAN*

Abstract: the work carried out on the bases of 3 health centers in Baku and geographically associated in 3 high schools, 5 kindergartens and nurseries. Processed 1819 questionnaires, compiled on bases of the international questionnaires SF-36, GPAQu Moresky filled with patients of the clinics, parents, children's agencies and employees of nearby commercial facilities and offices. The questionnaire reflected the socio-hygienic aspects of low FA. Also analysed the hospital records of respondents. FA within < 30 min/day was observed in 52,6±1,2%, in the range of 30-60 min/day to 28,6±1,1% in the range of > 60 min/day at 18,8±0,9% of respondents. Low physical activity contributes to the formation of somatic symptoms - an average of 5.03±0.29 1 symptoms on the questionnaires. A good level of self-rated health does not exceed 21,5±1,0%. The quality of life of respondents below satisfactory level and is an average of 48.9±1.6 points. Sufficient awareness on the problems FA does not exceed 31,5±2,5%. The process of hyperurbanization and lack of awareness contribute to a wide dissemination among the urban residents of low physical activity, which has aggravating effects on their health and quality of life. Conducted organizational training on awareness of urban residents relative to FA contributed to their physical activation.

Keywords: hyperurbanization, physical activity, health, quality of life.

К ВОПРОСУ О НЕОБХОДИМОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА

Исламзаде И.Ф. (Азербайджанская Республика)

*Исламзаде Илаха Фаик кызы - докторант,
кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения,
Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Азербайджанская Республика*

Аннотация: работу провели на базах 3 поликлиник г. Баку и территориально сопряженных с ними в 3 средних школах, 5 детских садах и яслях. Обработали 1819 анкет, составленных на базах международных опросников SF-36, GPAQu Moresky, заполненные пациентами поликлиник, родителями детских учреждений и работниками близлежащих торговых объектов и офисов. Анкеты отражали социально-гигиенические аспекты низкой ФА. Были проанализированы также амбулаторные карты анкетированных. ФА в пределах < 30 мин./день наблюдалась у 52,6±1,2%, в пределах 30-60 мин./день у 28,6±1,1%, в пределах > 60 мин./день у 18,8±0,9% анкетированных. Низкая ФА способствует формированию общесоматической симптоматики - в среднем 5,03±0,29 симптомов на 1 анкетированного. Уровень хорошей самооценки здоровья не превышает 21,5±1,0%. Качество жизни анкетированных ниже удовлетворительного уровня и составляет в среднем 48,9±1,6 баллов. Достаточный уровень их информированности по проблемам ФА не превышает 31,5±2,5%. Процессы гиперурбанизации и скудность информированности способствуют широкому распространению среди городских жителей низкой ФА, что оказывает тяготящее воздействие на их здоровье и качество жизни. Проведенная организационно-разъяснительная работа по информированности городских жителей относительно ФА способствовала их физической активизации.

Ключевые слова: гиперурбанизация, физическая активность, здоровье, качество жизни.

Ежегодно из-за недостаточной физической активности (ФА) умирает примерно 3,2 миллиона человек. [1, 4]. ВОЗ рекомендует взрослым людям (18 лет и старше) 150 минут ФА умеренной интенсивности в неделю [6]. Однако даже такой минимум ФА многими игнорируется. Поэтому уровни недостаточной ФА возрастают во всем мире [2].

Цель исследования - оценка ФА в качестве ведущего фактора, определяющего состояние здоровья населения и качества жизни городских жителей в условиях гиперурбанизации.

Материал и методы исследования.

Работу провели на базах территориальных 3 городских поликлиник, в сопряженных 3 средних школах, 5 детских садах и яслях. Разработали адаптированную к местным условиям анкету на основе международного стандартизированного опросника SF-36. Анкета состоит из 11 блоков, в каждом из которых содержится от 4 до 12 вопросов (всего 106 вопросов), отражающие социально-гигиенические аспекты ФА населения. К анкете был приложен опросник GPAQ [3] с дополнительными рекомендациями

по оценке ФА [6] и опросник Reeder по оценке качества жизни [5]. В поликлиниках анализировали амбулаторные карты анкетированных и результаты анализов. Анкеты раздали пациентам поликлиник, родителям детских учреждений, работникам близлежащих торговых объектов и офисов. В раздаче и сборе анкет принимали участие коллективы отмеченных учреждений и студенты III и IV курсов АМУ. Всего было роздано 4000 анкет, отклик составил 1829 анкет (45,7±0,8%). Анкеты были кодированы, что облегчало их компьютерную обработку.

Результаты исследования и их обсуждение.

Современный интенсивный ритм жизни взрослых в условиях гиперурбанизации (служба, семья и обеспечение ее развития, воспитание и учеба детей и многое другое) не оставляет времени не только для активных спортивных занятий, но и для нормального досуга и сна. Специальными физическими занятиями занимались 176 из 1829 анкетированных (9,6±0,7%), причем 131 из них были моложе 35 лет. Единственной физической активностью остальных являются пешие передвижения - на службу, в детские учреждения, торговые объекты. Согласно международным рекомендациям [6], минимальная затрата энергии должна соответствовать 150 ккал/день, ее можно достигнуть путем умеренной ходьбы в течение более 30 мин/день (более 2-2,5 км), что доступно каждому человеку. Принято считать что при ФА менее 30 мин/день умеренной ходьбы организм не получает необходимой физической нагрузки, при ходьбе в пределах 30-60 мин/день подобная нагрузка минимальная, а при ходьбе более 60 мин/день она достаточная. ФА даже в такой доступной форме, не требующей большого времени и усилий, как ежедневная умеренная ходьба у большинства анкетированных оказалась очень низкой. Так, у 52,6±1,2% анкетированных ее продолжительность не превышала 30 мин/день, у 28,6±1,1%, соответственно была в пределах 30-60 мин/день ($t=14,72$; $P<0,001$), а у 18,8±0,9% превышала 60 мин/день ($t=6,90$; $P<0,001$). Продолжительность умеренной ходьбы составила в среднем 37,7±1,3 мин/день в пересчете на 1 анкетированного. Разница в этом показателе среди мужчин и женщин практически отсутствовала, составляя соответственно в среднем 37,9±1,6 и 37,4±1,5 мин/день ($t=0,23$; $P>0,05$). Последние исследования достоверно установили, что низкая ФА является наиболее значимым фактором риска формирования различной заболеваемости. Результаты анкетирования и анализ амбулаторных карт анкетированных в поликлиниках позволили выявить довольно высокий уровень заболеваемости, составляющей в среднем 53,6±1,2%, что свидетельствует о неблагоприятном состоянии здоровья городских жителей. Но при этом прослеживается четкая приуроченность заболеваемости к низкой ФА. Так, если среди анкетированных с ФА менее 30 мин/день показатель заболеваемости составляет 62,6±1,4%, то среди анкетированных с ФА в пределах 30-60 мин/день она снижается до 48,5±2,2% ($t=5,40$; $P<0,001$), а среди анкетированных с ФА более 60 мин/день - до 37,3±2,6% ($t=3,15$; $P<0,01$).

Несмотря на столь довольно высокий уровень заболеваемости, медицинскую обращаемость анкетированных следует признать низкой. В частности, каждый анкетированный в течение года совершил в среднем 4,11±0,17 визитов в поликлинику по поводу заболеваемости, но при этом 4,98±0,19 визитов приходится на анкетированных с ФА менее 30 мин/день, 3,85±0,23 визитов на анкетированных с ФА в пределах 30-60 мин/день ($t=3,77$; $P<0,001$) и 2,06±0,27 визитов на анкетированных с ФА более 60 мин/день ($t=5,11$; $P<0,001$). По поводу же ФА было совершено всего 0,63±0,07 визитов в течение года. В то же время большинство анкетированных оценили собственное здоровье негативно.

Трудноопределимыми причинами столь негативного отношения к собственному здоровью анкетированные считают, помимо заболеваемости, часто наблюдаемые у них разные симптомы общесоматического характера. Они отличались разными сроками проявления, приносили анкетированным беспокойства и способствовали самостоятельному приему ими лечебных средств, часто следуя телевизионной рекламе. В общей сложности выявлено 14 разных общесоматических симптомов, их частота во всей группах анкетированных составила 52,9±1,2%. Наиболее часто перечисленная в таблице симптоматика встречается среди анкетированных с ФА менее 30 мин/день - 58,9±1,6% случаев. Несколько меньше ее частота среди анкетированных с ФА в пределах 30-60 мин/день - 49,4±2,2% случаев ($t=3,49$; $P<0,001$) и намного меньше среди анкетированных с ФА более 60 мин/день - 41,4±2,7% случаев ($t=2,30$; $P<0,05$). Частота выявляемости каждого симптома среди анкетированных первой группы выше, согласно достоверному значению критерия Ван-дер-Вардена ($X=7,68$; $P<0,01$), чем частота выявляемости аналогичных симптомов среди анкетированных второй группы и тем более анкетированных третьей группы. В среднем на каждого анкетированного этих групп пришлось соответственно 6,28±0,33, 4,47±0,41 ($t=0,53$; $P<0,001$) и 2,36±0,44 ($t=0,60$; $P<0,001$) симптомов. Как видно, на фоне низкой ФА наблюдается повышенный уровень общесоматической симптоматики, которая может принадлежать как различным нозоформам заболеваемости, так носить и самостоятельный характер.

Здоровье человека определяется удовлетворительным качеством его жизни, что позволяет ему быть социально адаптированным, трудоспособным, обеспечивать благополучие семьи, поддерживать нормальные взаимоотношения в семье, на службе и с окружающими, создавать благоприятные условия для развития, воспитания и учебы детей, более внимательно относиться к здоровью. Однако процессы

гиперурбанизации создают риски для качества жизни городских жителей. Качество жизни признается удовлетворительным при показателе >70 баллов, неудовлетворительным - при менее 30 баллов, показатель в пределах 30-70 баллов имеет промежуточное значение.

Наряду с процессами гиперурбанизации, в массовой распространенности низкой ФА важную роль играет недостаточная медицинская информированность городских жителей. По результатам анкетирования всего 31,5±3,5% анкетированных с ФА более 60 мин/день обладали достаточным уровнем информированности относительно ФА. Еще меньше подобной информацией обладали анкетированные с ФА в пределах 30-60 мин/день -20,4±1,8% (t=3,60; P<0,001) и особенно анкетированные с ФА менее 30 мин/день -11,3±1,0% (t=4,42; P<0,001). Подавляющее число анкетированных не знали, что умеренная ходьба в течение 60 мин/день покрывает потребность организма в ФА и выразили готовность при наличии соответствующей информации корректировать свою физическую нагрузку. С учетом их пожеланий нами на основании рекомендации ВОЗ и результатов настоящего исследования в краткой и доступной форме составлена памятка относительно значимости ФА для здоровья и мерах по повышению ФА. Памятка распространялась среди пациентов поликлиник, родителей в дошкольных учреждениях и работников близлежащих торговых объектов и офисов. Данная работа проводится на постоянной основе.

Таким образом, результаты настоящего исследования показывают ведущую роль процессов гиперурбанизации в широкой распространенности низкой ФА среди городских жителей. В немалой степени распространенности низкой ФА способствует скудная медицинская информированность их относительно данной проблемы.

Выводы.

Организационно-разъяснительная работа на постоянной основе относительно значимости ФА для здоровья и доступным, удобным мерам физической активизации среди населения окажет позитивное влияние на решение данной проблемы.

Список литературы / References

1. Дюран К.П., Олуйоми А., Шенер И.Н. и др. Физическая активность, связанная с передвижением: определение, состояние и направления исследований // Профилактическая медицина, 2014. т. 17. № 1. С. 55-60.
2. Прайт М., Перез Л., Гоенка Ш. и др. Можно ли повысить уровни физической активности в популяции? Доказательства на основе мирового опыта // Профилактическая медицина. № 2, 2015. С. 18-37.
3. Bull F., Maslin T., Armstrong T. Global Physical Activity Questionnaire GPAQ:Nine Country Reliability and Validity Study // J. Phys.Act. and Health, 2009. № 6. P. 790-804.
4. Lee I.M., Shiroma E.J., Lobelo F. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy // Lancet, 2012. № 380. v. 9838. P. 219-229.
5. Reeder L., Champan J., Coulson A. Socioenvironmental stress, tranquilizers and cardiovascular disease. // Proceedings of the Excerpta Medica International Congress Series, 1968. 182. P. 226-238.
6. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. Office of Disease Prevention & Health Promotion, US Department of Health and Human Services, October 2008. [Electronic resource]: URL: www.health.gov/paguidelines/ (date of access: 11.01.2010).