

## Удосконалена система організації вторинної профілактики гіпертонічної хвороби

Цанько І.І.

**Резюме.** Представлено удосконалену систему організації вторинної профілактики гіпертонічної хвороби, яка полягає в наблизенні «здоров'я-зберігаючих» технологій до умов праці державних службовців, створенні Реєстру хворих на гіпертонічну хворобу, удосконалення організаційно-методичного забезпечення, та визначено її ефективність.

**Актуальність.** Одним із пріоритетних напрямів охорони здоров'я визнана профілактика, яка дозволяє суттєво поліпшити здоров'я населення та попередити його ускладнення, зокрема при захворюванні на гіпертонічну хворобу. Україна відноситься до країн з високим рівнем поширеності гіпертонічної хвороби (ГХ): за даними епідеміологічних досліджень у 34% дорослого населення реєструється підвищений рівень артеріального тиску (АТ) [1, 2]. Подібна тенденція простежується також у державних службовців (ДС), серед яких доведено зростання захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу (ХСК), зокрема гіпертонічної хвороби [3]. Аналіз проведених нами досліджень показав, що 65,8 % ДС не дотримуються принципів здорового способу життя, у 67% - виявлене психоемоційне напруження на робочому місці [4, 5, 6]. Провідними причинами цього є особливості умов професійної діяльності ДС, серед яких: ненормований робочий день, прийняття важливих рішень в умовах обмеженості часу. При цьому, 66 % ДС мають нереалізоване бажання виконувати рекомендації здорового способу життя. Бажання наблизити умови та можливості реалізації здорового способу життя до місця праці висловили 59% державних службовців, думку яких підтримали 81% лікарів.

**Мета дослідження.** Обґрунтувати напрямки удосконалення системи організації вторинної профілактики гіпертонічної хвороби, та визначити її ефективність.

**Матеріали та методи досліджень.** Використані методи: соціологічний сис-

темного підходу, проектного моделювання. Порівняльна оцінка якості життя державних службовців, які хворіють на гіпертонічну хворобу здійснювалась на основі опитувальника EUROHIS (основна група n=125, контрольна n=100); експертна оцінка надавалась фаховими спеціалістами з «соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я» (n=18).

**Результати та їх обговорення.** Вищезазначені результати власних досліджень представлених вище стали базовою основою при обґрунтуванні напрямків підвищення медико-соціальної ефективності вторинної профілактики гіпертонічної хвороби при збереженні трудових, кадрових, та фінансових ресурсів. Комплексне вирішення завдання досягнуто шляхом здійснення функціонально-структурних перетворень закладу охорони здоров'я [8], які полягали в наданні додаткових функцій пункту охорони здоров'я (ПОЗ) для забезпечення санітарно-просвітніх, лікувально-профілактичних та оздоровчих заходів за місцем праці ДС, завдяки впровадженню в ньому комплексу «здоров'я-зберігаючих» технологій.

Функціонально-структурні зміни у діяльності закладу реалізовувались і спираючись на науково-практично-освітньому підході до управління лікувально-діагностичним процесом з використанням клінічного аудиту зі зворотнім зв'язком при впровадженні локальних клінічних протоколів медичної допомоги (ЛПМД) хворим на гіпертонічну хворобу (рис. 1).



Рис. 1 Схема застосування науково-освітньо-практичного підходу до управління лікувально-діагностичним процесом з використанням клінічного процесу

Пункт охорони здоров'я є структурним підрозділом ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, який створений для надання екстреної, невідкладної, лікувально-профілактичної та санітарно-освітньої допомоги державним службовцям, які працюють у вищих органах державної влади та розташований у приміщеннях відповідних державних установ. Надання додаткових функцій діяльності ПОЗ з метою забез-

печення кращої реалізації рекомендацій здорового способу життя досягнуто завдяки створенню в ньому фітнес-аудиторії, в якій ДС хворі на ГХ мають можливість виконувати фізичні навантаження в умовах професійної діяльності. Окрім цього створено додатковий кабінет для проведення консультацій лікарями спеціалістами в умовах професійної діяльності ДС (рис. 2).

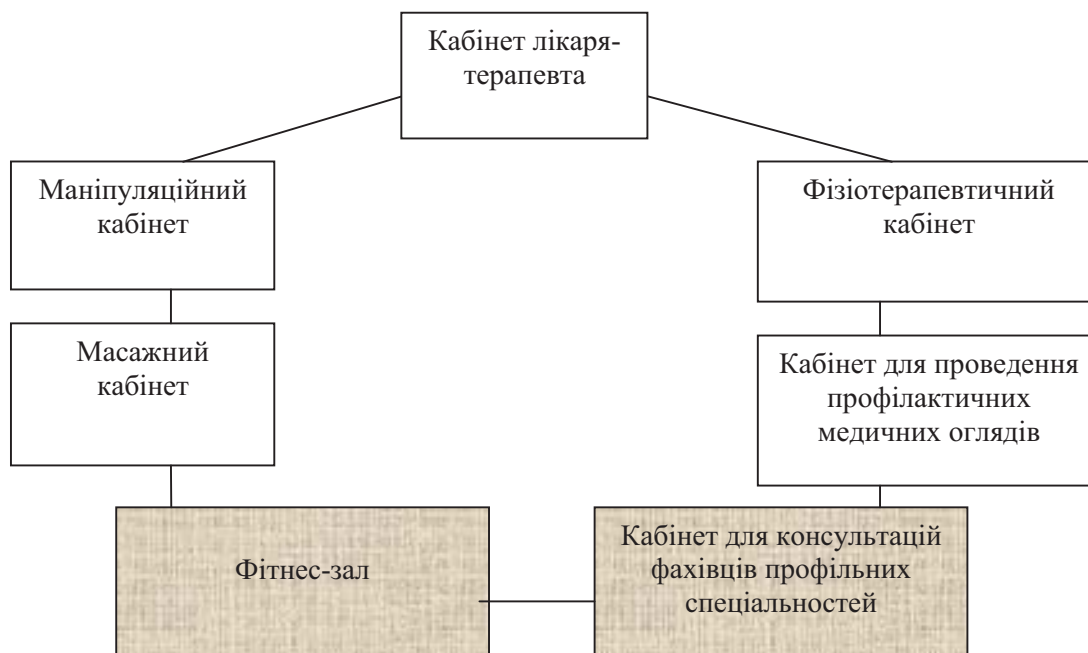


Рис. 2 Організаційна структура пункту охорони здоров'я



Рис. 3 Модель функціонально-структурного підходу щодо організації вторинної профілактики гіпертонічної хвороби

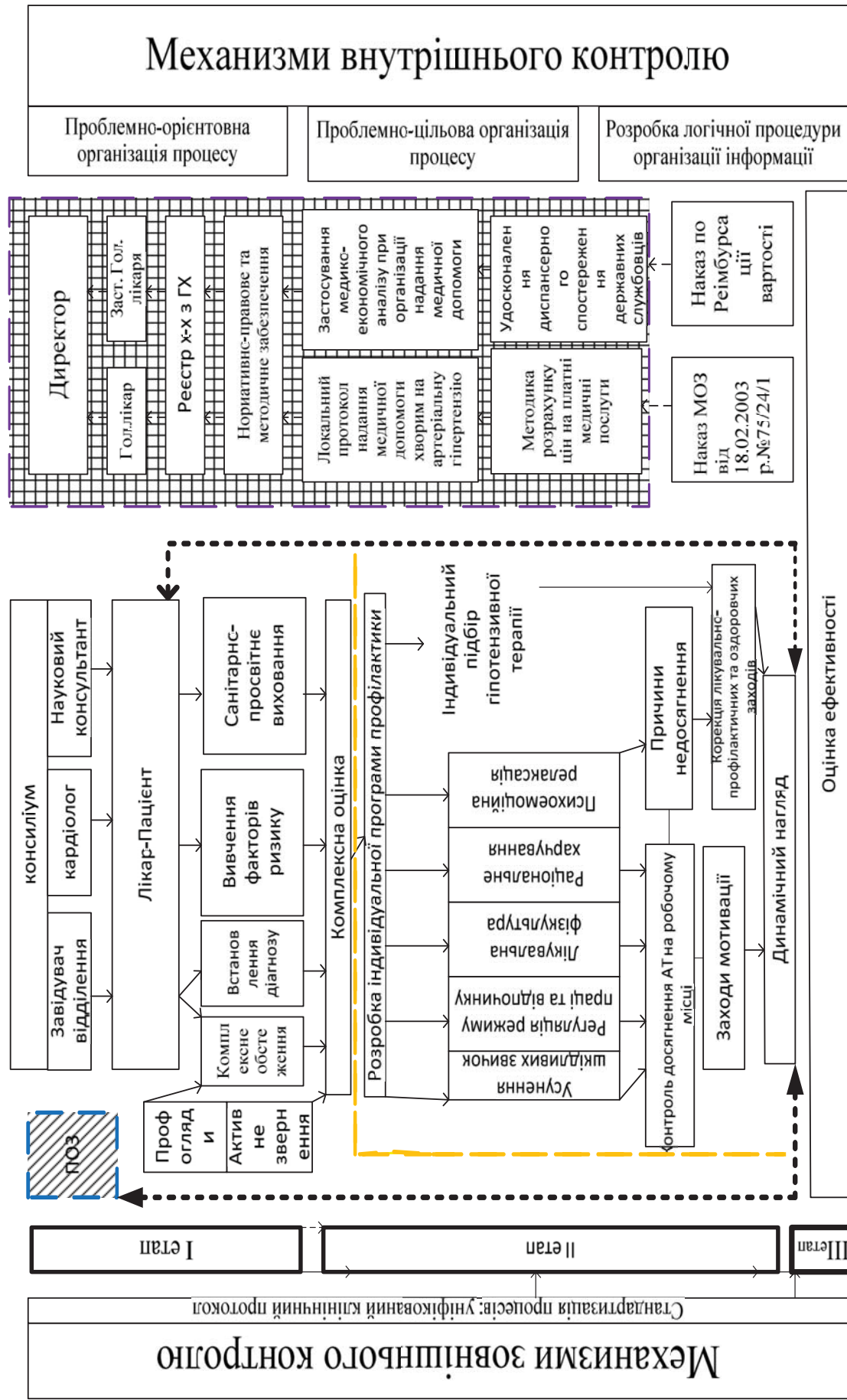


Рис. 1 Удосконалена система організації вторинної профілактики гіпертонічної хвороби – розширення ф-й; – удосконалення зв'язків; - удосконалення процесу диспансерного спостереження

Контроль за виконанням рекомендацій та їх корекцію здійснює лікар-терапевт ПОЗ, в результаті чого зменшується навантаження на лікаря терапевта поліклінічного відділення, який працює в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС.

Зазначені обставини, на нашу думку, стали основою для створення можливостей у формуванні «активно-конструктивної» позиції особистості у підвищенні культури формування засад здорового способу життя. В результаті цього, склалися умови, щодо кращого впливу на усунення чинників ризику прогресування та ускладнення гіпертонічної хвороби, а саме зменшення поширеності тютюнопаління, гіподинамії, нейтралізація впливу психоемоційного напруження.

Варто ще раз нагадати про створення функцій у підвищенні контролю за реалізацією виконання лікувально-профілактичних та оздоровчих заходів ДС та їх корекції лікарем-терапевтом ПОЗ. Вони стали основою запропонованих підходів щодо удосконалення системи організації вторинної профілактики, яка здійснюється в рамках диспансерного динамічного спостереження. Саме вони забезпечують її дієвість і послідовність у покращенні стану здоров'я ДС з гіпертонічною хворобою (рис. 3).

Враховуючи те, що ПОЗ є первинною ланкою в системі надання медичної допомоги, такий підхід забезпечив так звану «крокову доступність» у реалізації наданих рекомендацій лікарем засад здорового способу життя. Разом з тим, покращились можливості впливу на усунення факторів ризику, зокрема тих, що притаманні умовам професійної діяльності ДС. За таких умов, організація вторинної профілактики ГХ передбачає персоналізований підхід для кожного ДС. Тобто, в залежності від перебігу ГХ лікар-терапевт поліклінічного відділення ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС здійснює індивідуальний підбір лікувально-оздоровчих заходів, про що зазначає в карті диспансерного спостереження ДС, при цьому, контроль за їх виконанням та корекцію здійснює лікар ПОЗ. У зв'язку з наближенням надання медичної допомоги до умов праці ДС лікар-терапевт ПОЗ створює систематичний зворотній зв'язок

із хворим, здійснює моніторинг за цільовими значеннями рівнів АТ та клінічним перебігом ГХ. За наявності показань, він організовує консультативну допомогу суміжних спеціалістів: реабілітологом, дієтологом, психологом, яка також реалізовується в умовах професійної діяльності ДС. Дієвість удосконаленої системи організації вторинної профілактики гіпертонічної хвороби забезпечується комплексом функціонально-інтегрованих ланцюгів між структурними підрозділами закладу охорони здоров'я, завдяки яким реалізуються санітарно-просвітні, профілактичні та лікувально-оздоровчі заходи, діяльність кожного з яких знаходяться під оперативним та методичним контролем апарату управління (рис. 3).

Організація вторинної профілактики ГХ у ДС включає в себе складний комплекс соціальних і медичних заходів. Саме тому раціональна, і разом з тим, реальна система її інформатизації може гарантувати повноцінність процесу динамічного спостереження за станом здоров'я ДС, які хворіють на ГХ [9, 10]. Тому, оптимізація процесів управління в системі надання медичної допомоги ДС проведена завдяки комп'ютеризації робочих місць лікарів та запровадження в закладі електронного документообігу. При цьому, практичне застосування інформатизованих технологій при здійсненні моніторингу за станом здоров'я ДС забезпечено шляхом створення реєстру ДС які хворіють на гіпертонічну хворобу (Далі – Реєстр), який функціонує на базі структурного підрозділу закладу – інформаційно-аналітичного центру. Завдяки Реєстру забезпечується безперервність збору об'єктивних даних, що надає змогу удосконалювати процес ухвалення стратегічних рішень, розробляти програми дій щодо усунення чинників ризику та підвищувати ефективність вторинної профілактики гіпертонічної хвороби.

Ще одним важливим напрямком в удосконаленні системи організації вторинної профілактики ГХ є забезпечення економічної доступності гіпотензивного лікування та впровадження науково обґрунтованої системи відбору лікарських засобів та їх раціонального використання на всіх етапах органі-



зації медичної та фармацевтичної допомоги. Як відмічають автори [11], особливо гостро проблема відбору ЛЗ постає у багатопрофільних амбулаторно-поліклінічних закладах, до яких відноситься і наш заклад. За умов значного дефіциту бюджетного фінансування та наявності великої кількості зареєстрованих на вітчизняному ринку лікарських засобів, в тому числі гіпотензивних препаратів аналогічних за фармакотерапевтичними характеристиками, існує потреба їх вибору лікарями. При цьому, за результатами проведеного нами опитування наявні факти порушення регулярності прийому гіпотензивних засобів. Серед провідних причин є вартість препаратів (19%). Зазначене мотивувало вивчення цього аспекту і обґрунтувало необхідність враховувати фінансові можливості хворого при виборі індивідуальної гіпотензивної терапії лікарями.

Враховуючи організаційну та медичну специфіку нашого закладу, та проведених нами досліджень щодо вибору призначення лікарями гіпотензивних засобів та вартості гіпотензивної терапії (74,0 % призначених гіпотензивних препаратів є іноземного виробництва), нами рекомендовано створення в ньому локального формуляру з метою проведення систематичного моніторингу за споживанням гіпотензивних препаратів як за видом виробника, так і за ціновою категорією. Це, в свою чергу, надасть можливість керівництву апарату управління здійснювати оптимізацію та контроль проведення закупівлі економічно доступних гіпотензивних препаратів з метою підвищення прихильності хворих до лікування [12].

Таким чином, завдяки удосконаленій системі організації вторинної профілактики ГХ державним службовцям забезпечено багатовекторний вплив на покращення та збереження їх здоров'я за рахунок максимального залучення хворого до лікувально-оздоровчого процесу. Це вдалося забезпечити за рахунок удосконалення зв'язків між раніше існуючими елементами системи (апарату управління та основних структурних підрозділів); раніше існуючих, але функціонально змінених (ПОЗ); якісно нових (консультація психолога, реабілітоло-

га, дієтолога в умовах професійної діяльності, створення Реєстру хворих з гіпертонічною хворобою); удосконалення методично-організаційного забезпечення організації процесу вторинної профілактики гіпертонічної хвороби, забезпеченню хворих економічно доступними гіпотензивними засобами.

З метою визначення ефективності удосконаленої системи організації вторинної профілактики ГХ у ДС здійснено експертне опитування фахових спеціалістів з «соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я», та оцінено якість життя ДС, які хворіють на гіпертонічну хворобу. Ефективність удосконаленої системи організації вторинної профілактики гіпертонічної хвороби позитивно оцінили всі 100 % експертів. Середній бал щодо важливості впровадження з використанням шкали вагомості експертів становив –  $4,5 \pm 0,2$  (за 5-и бальною шкалою). При цьому, максимальну оцінку –  $4,9 \pm 0,3$  експертами надано критерію, який відображає соціальний ефект, а мінімальну –  $3,8 \pm 0,4$  економічному ефекту. На їх думку, удосконалена модель вторинної профілактики забезпечить максимальне усунення факторів ризику з одночасним зростанням як мотивації ( $4,5 \pm 0,2$ ) так і можливості реалізації виконання рекомендацій здорового способу життя ( $4,8 \pm 0,1$ ); покращиться якість виконання лікувально-профілактичних та оздоровчих заходів ( $4,6 \pm 0,2$ ); підвищиться рівень відповідальності лікарів при виконанні своїх професійних обов'язків ( $4,4 \pm 0,3$ ), державних службовців за власне здоров'я ( $4,9 \pm 0,1$ ), та підвищиться взаємодія між ними ( $4,8 \pm 0,2$ ); знизиться кількість ускладнень ( $4,5 \pm 0,2$ ), в результаті чого буде забезпечено максимальний соціальний ( $4,9 \pm 0,3$ ), медичний ( $4,6 \pm 0,3$ ) та помірний економічний ефект ( $3,8 \pm 0,4$ ).

Разом з цим встановлено, що якість життя у ДС які хворіють на гіпертонічну хворобу, яким надавалась медична допомога в умовах удосконаленої системи організації вторинної профілактики гіпертонічної хвороби є кращою. В цілому, достовірно доведено її за такими критеріями: задоволеність своїм власним здоров'ям (50,5 % проти

40,4%,  $p < 0,05$ ); можливостями справлятися з буденними справами (45,6% проти 36,8%,  $p < 0,05$ ); задоволеність взаємостосунками (26,5 % проти 20,8,  $p < 0,05$ ); наявністю сил для повсякденного життя (40,0 % проти 32,4%,  $p < 0,05$ ).

#### **Висновки.**

1. Обґрунтовано удосконалену систему організації вторинної профілактики гіпертонічної хвороби у державних службовців, яка полягає у наданні додаткових функцій існуючим структурам за рахунок наближення «здоров'я–зберігаючих» технологій до місця праці державних службовців; удосконаленні зв'язків між раніше існуючими її елементами (апарату управління та структурними підрозділами); створенні якісно нових її елементів (Реєстру хворих на гіпертонічну хворобу), забезпеченні хворих економічно доступними гіпотензивними засобами.

2. Перевагами удосконаленої системи організації вторинної профілактики гіпертонічної хвороби є системність та комплексність підходу до корекції чинників ризику, підвищення мотивації та можливості реалі-

зації рекомендацій здорового способу життя та контроль за його виконанням, моніторинг цільових значень рівнів АТ на робочому місці, персоніфікований підхід до вибору комплексу лікувально-профілактичних та оздоровчих заходів, удосконалення механізму зворотнього зв'язку між лікарем та пацієнтом при реалізації заходів вторинної профілактики гіпертонічної хвороби державним службовцям.

3. Ефективність удосконаленої системи організації вторинної профілактики гіпертонічної хвороби доведена експертами (за п'яти бальною шкалою) і підтверджена її соціальна ( $4,9 \pm 0,3$ ), медична ( $4,6 \pm 0,3$ ), та економічна ( $3,8 \pm 0,4$ ) ефективність. Перевага її визначилась також кращою якістю життя серед державних службовців з гіпертонічною хворобою, а саме: задоволеністю власним здоров'ям (50,5 % проти 40,4%,  $p < 0,05$ ); можливостями справлятися з буденними справами (45,6% проти 36,8%,  $p < 0,05$ ); кращими взаємостосунками (26,5 % проти 20,8%,  $p < 0,05$ ); наявністю сил для повсякденного життя (40,0 % проти 32,4%,  $p < 0,05$ ).

#### **Список використаних джерел**

1. Удосконалення проведення диспансерного динамічного спостереження державних службовців / Д.Д.Дячук, Лисенко І.Ю., І.І.Цанько, І.П. Мархонь, А.В. Якобчук, Ю.С. Мазепа., Л.В. Василенко // Методичні рекомендації. – 2013. – Київ. – С. 38.

2. Цанько І.І., Базилевич А.Я. Дотримання здорового способу життя державними службовцями / І.І.Цанько., А.Я.Базилевич // *European Applied sciences.*- 2013.-№1.-С.101-103.

3. Аналіз соціально-гігієнічного дослідження щодо вибору призначення лікарями гіпотензивних препаратів/ Цанько І.І., Клебан Я.І., Дрофа Л.Б., Бабакова О.В., Мишанич О.М./ Ліки України «+».-2013. – №2. – С. 57–59.

4. Цанько І.І. Умови професійної діяльності державних службовців – як фактор ризику прогресування та ускладнення гіпертонічної хвороби/ І.І. Цанько / Український кардіологічний журнал.- 2012. – №6. – С. 129–132.

5. Дячук Д.Д. Управління структурно-функціональними змінами в лікувально-профілактичних закладах на сучасному етапі (на прикладі багатопрофільної поліклініки) /

Д.Д. Дячук // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – №2. – С. 143–148.

6. Дячук Д.Д. Щодо захворюваності дорослого населення України на неінфекційні хвороби/ Д. Д. Дячук // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – № 1. – С. 19.

7. Дячук Д.Д. Розробка та ефективність системи комплексної інформатизації медичного закладу / Д.Д. Дячук, К.В.Вовк, І.П. Мархонь, В.М. Кубатко // Главный врач. – 2012. – № 12. – С. 70–79.

8. Дячук Д.Д. Динаміка стану здоров'я населення працездатного віку / Д.Д.Дячук, Г.В. Курчатова, С.М. Сердюк // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік / МОЗ України, ДУ Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України; Г.О. Слабкий, Ю.Б. Яценко, Л.А. Чепелевська, Д.Д. Дячук; за ред. О.В. Аніщенко. – К., 2011. – С. 46–50.

9. Алехин А.Н. Психологические факторы кардиометаболического риска: история и современное состояние проблемы / А.Н. Алехин, Е.А. Трифонова // Артериальная гипертензия. – 2012. – Т. 18, № 4. – С. 278–291.

10. Асадов А.Г. О факторах риска профессиональной дисквалификации по состоянию здоровья / А.Г. Асадов., К.Ф. Агаева // Проблемы управления здравоохранением. – 2010. – №5 (54). – С. 62–64.

11. Котвицька А.А., Красуля О.І., Кубарева І.В. Науково –методичні підходи до формування локального формуляру багатопрофільного лікарняного закладу/ А.А.Котвицька, О.І. Красуля,

І.В. Кубарева //методичні рекомендації / Київ, 2013. – С. 32.

12. Цанько І.І. Лисенко І.Ю. Динаміка стану здоров'я державних службовців та членів їх сімей на хвороби системи кровообігу / І.І. Цанько І.Ю. Лисенко // Проблеми військової охорони здоров'я. Збірник наукових праць. – К., 2011. – № 30. – С. 286–291.

## УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ СИСТЕМА ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ГОСУДАРСТВЕННЫМ СЛУЖАЩИМ

Цанько И.И.

*Резюме.* Представлена обоснованная с подтвержденной эффективностью усовершенствованная система организации вторичной профилактики гипертонической болезни, которая включает в себя приближение «здоровья-сохраняющих» технологий к условиям труда государственных служащих, создания Реестра больных с гипертонической болезнью, обеспечение экономически доступными гипотензивными средствами.

## MODERN SYSTEMS OF ORGANIZATION OF SECONDARY PREVENTION OF HYPERTENSION

Tsanjko I.I.

*Summary.* The improved functional and structural model of secondary prevention of hypertension was presented. This model was based on the approach of the «health-saving» technologies to the working conditions of public servants, creating the registry of patients with hypertension and supporting with economically available antihypertensive drugs. The effectiveness of the proposed model was determined.