

Хіміон Л.В., Яценко О.Б., Дружиліна Л.О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Застосування методу анкетування з метою покращання підготовки лікарів загальної практики — сімейних лікарів з питань тактики ведення хворих на артеріальну гіпертензію

Резюме. Актуальність. Рівень контролю артеріального тиску (АТ) в Україні один із найнижчих серед країн Східної та Центральної Європи та становить не більше 16,5 %. Дії лікарів загальної практики — сімейних лікарів (ЗП-СЛ) стосовно ведення хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) недосконалі. Важливою складовою лікувально-діагностичного процесу є медична документація. Якість її ведення багато в чому відображає якість надання медичної допомоги. Проведено анкетування лікарів ЗП-СЛ за допомогою розробленого опитувальника та проаналізовано дані медичних карток амбулаторних хворих (МКАХ). На основі виявлених недоліків проведено корекцію навчання при вивченні розділу «Артеріальна гіпертензія» на циклах інтернатури, спеціалізації, стажування, передатестаційних циклах. Для більш поглибленого вивчення питань інтегрованого ведення хворих на АГ сімейними лікарями створені навчальний план та програма циклу тематичного удосконалення. **Мета.** Дослідити організацію надання первинної медичної допомоги хворим на АГ лікарем ЗП-СЛ та оптимізувати навчання лікарів ЗП-СЛ з питань інтегрованого ведення хворих на АГ з урахуванням отриманих результатів. **Матеріали та методи.** За допомогою розроблених опитувальників, що містили блоки питань щодо дотримання рекомендацій Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги (УКПМД), було проанкетовано 48 лікарів ЗП-СЛ та проаналізовано дані 53 МКАХ. Усі отримані дані були сформовані у базу даних та оброблені за допомогою пакета статистичного аналізу Microsoft Excel 2010. **Результати.** Виявлено, що значна частка лікарів ЗП-СЛ не повною мірою виконують рекомендації УКПМД «Артеріальна гіпертензія», що може значно погіршувати кінцевий прогноз. Якість ведення медичної документації є незадовільною, що є відображенням надання неякісної медичної допомоги. Сучасні антигіпертензивні препарати 1-ї лінії призначались 100 % хворих на АГ, але тільки у 56,25 % випадків були призначені фіксовані комбінації, що знижує прихильність хворих до лікування. **Висновки.** Отримані результати свідчать про необхідність подальшої роботи із лікарями ЗП-СЛ та їх безперервного професійного навчання з питань інтегрованого ведення хворих на АГ.

Ключові слова: лікарі загальної практики — сімейні лікарі; артеріальна гіпертензія; анкетування; медичні картки амбулаторних хворих; навчання

Вступ

Артеріальна гіпертензія (АГ) залишається одним із найпоширеніших неінфекційних захворювань у більшості країн світу. Внаслідок підвищеного артеріального тиску (АТ) розвивається 7,6 млн випадків передчасних смертей, із них 54 % припадає на інсульти та 47 % — на події, зумовлені ішемічною хворобою серця (ІХС) [2]. За даними дослідження ВР-CARE, рівень контролю АТ в Україні один із найнижчих серед країн Східної та Центральної Європи та становить не більше 16,5 % [4].

Лікарі первинної ланки забезпечують основну частину діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів хворим з АГ, а отже, від їх якості, структурованості та повноти залежить подальша доля пацієнта, а саме досягнення успіху в лікуванні та уникнення розвитку ускладнень. У багатьох проведених дослідженнях було виявлено, що дії лікарів загальної практики — сімейних лікарів (ЗП-СЛ) стосовно ведення хворих на АГ є недосконалими. Так, у дослідженні С. Cuspidi та співавт. було встановлено, що вже на перших етапах обстеження хворих було неповним.

© «Здоров'я суспільства», «Здоровье общества», «Health of Society», 2017

© Видавці Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», Заславський О.Ю. / Издатели Международная общественная организация «Международная ассоциация «Здоровье общества», Заславский А.Ю. / Publishers International Public Organization "The International Association "Health of Society", Zaslavsky O.Yu., 2017

Для кореспонденції: Хіміон Людмила Вікторівна, доктор медичних наук, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; e-mail: ludmilahimion@hotmail.com

For correspondence: Lyudmyla Khimion, MD, PhD, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Dorogozhytska st., 9, Kyiv, 04112, Ukraine; e-mail: ludmilahimion@hotmail.com

Фізикальне обстеження в повному обсязі проводиться тільки 60 % пацієнтам, електрокардіографію (ЕКГ) виконують у 54 % випадків. Оцінка асоційованих факторів ризику проводиться лікарями ще рідше. Рівень загального холестерину (ЗХС) був визначений тільки у 53 %, глікемії — у 49 %. Так само рідко лікарі визначають ознаки ураження органів-мішеней: рівень креатиніну був визначений у 49 %, загальний аналіз сечі проведений у 46 %, скринінг-тест на мікроальбумінурію — тільки у 3 %, а ехокардіографія — у 18 % пацієнтів [3].

Важливою складовою лікувально-діагностичного процесу є медична документація. Якість її ведення багато в чому відображає якість надання медичної допомоги [1]. Слід відмітити, що проблема оформлення медичної документації залишається актуальною в багатьох країнах світу. У дослідженні S. Vaikioimaki та співавт., що проводилось у Фінляндії, була відмічена низька якість оформлення амбулаторних карт лікарями загальної практики [5].

Мета дослідження: вивчити організацію надання первинної медичної допомоги хворим на АГ лікарем ЗП-СЛ та оптимізувати навчання лікарів ЗП-СЛ з питань інтегрованого ведення хворих на АГ з урахуванням отриманих результатів.

Матеріали та методи

Дослідження проводилося на амбулаторних базах кафедри сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика. Було опитано 48 лікарів ЗП-СЛ та проаналізовано дані 53 медичних карток амбулаторних хворих (МКАХ) (форма № 025/о).

Усі 48 (100 %) лікарів працюють за спеціальністю «загальна практика — сімейна медицина». Серед них вищу категорію мають 7 (14,58 %) лікарів, I категорію — 16 (33,33 %), II категорію — 14 (29,17 %), лікарів-спеціалістів — 11 (22,92 %). Попередню спеціалізацію з терапії мають 34 (70,83 %) лікарі, 3 (6,25 %) — з педіатрії, а 11 (22,92 %) лікарів мають первинну спеціалізацію «загальна практика — сімейна медицина». Стаж роботи за спеціальністю менше 5 років мають 11 (22,92 %) лікарів, від 5 до 10 років — 17 (35,42 %), більше 10 років — 20 (41,67 %). Останні курси передатестаційної підготовки проходили в середньому $2,75 \pm 0,16$ року тому.

На основі рекомендованих обов'язкових і бажаних дій лікаря ЗП-СЛ щодо діагностики, лікування та профілактики АГ (Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та екстреної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія», наказ МОЗ України від 24.05.2012 № 384 та проект УКПМД «Артеріальна гіпертензія» від 2016 р.) був розроблений опитувальник для лікарів ЗП-СЛ, що містив блоки питань щодо дотримання рекомендацій УКПМД.

При опитуванні лікарів звертали увагу на наступні питання: ознайомленість з рекомендаціями УКПМД, використання їх у практичній діяльності; наявність у лікаря ЗП-СЛ локального клінічного протоколу ведення пацієнта з АГ; проведення бесіди з пацієнтом

щодо модифікації стилю життя, видача Інформаційного листа; визначення факторів ризику (ФР), проведення вимірів маси тіла (МТ), зросту, окружності талії (ОТ), індексу маси тіла (ІМТ); оцінка неврологічного статусу, проведення офтальмоскопії очного дна при первинному зверненні; направлення пацієнтів при первинному зверненні та в подальшому 1 раз на рік на лабораторно-інструментальні методи дослідження (загальний аналіз крові (ЗАК), загальний аналіз сечі (ЗАС), глікемія натще, креатинін, загальний холестерин, ЕКГ); частота призначень антигіпертензивних препаратів різних груп, частота призначень фіксованих комбінацій та ретардних форм; призначення статинів, антиагрегантів.

Опитувальники містили запитання відкритого, закритого та напівзакритого типу. Опитування проводилось методом інтерв'ювання.

При аналізі даних МКАХ звертали увагу на наявність записів, що рекомендовані УКПМД: визначення ФР; проведення вимірів МТ, зросту, ОТ, ІМТ; зазначення рівня АТ, частоти серцевих скорочень (ЧСС); формулювання діагнозу відповідно до класифікації; дані про наявність або відсутність ураження органів-мішеней; інформація про наявність або відсутність супутніх захворювань; інформація про стратифікацію ризику; наявність результатів лабораторно-інструментальних методів досліджень (ЗАК, ЗАС, ЗХС, цукор крові, креатинін, ЕКГ); рекомендації щодо модифікації стилю життя; повнота призначення медикаментозної антигіпертензивної терапії; призначення статинів, антиагрегантів; орієнтовна дата наступних оглядів.

Усі отримані дані були сформовані у базу даних та оброблені за допомогою пакета статистичного аналізу Microsoft Excel 2010. Якісні показники наведено у вигляді відсоткового співвідношення, визначаючи, як часто трапляється кожна ознака в абсолютних числах та у відсотках.

Результати та обговорення

Усі 48 (100 %) лікарів ознайомлені з УКПМД «Артеріальна гіпертензія»: 42 (87,5 %) лікарі використовують інформацію, надану в УКПМД, у своїй практичній діяльності, 6 (12,5 %) — використовують не завжди. Локальний протокол «Артеріальна гіпертензія» розроблений у 47 (97,92 %) опитаних, відсутній — у 1 (2,08 %) лікаря.

Бесіду стосовно модифікації стилю життя з усіма пацієнтами проводять 77,08 % лікарів, при цьому 91,66 % респондентів відповіли, що, на їх думку, модифікація стилю життя має таке ж значення, як і фармакотерапія. Інформаційний лист для пацієнта з АГ видають 50 % лікарів. Основна причина, через яку лікарі не можуть видати інформаційний лист, — це відсутність коштів для роздрукування. ФР не визначають 20,83 %. Проводять виміри МТ, зросту, ОТ, розраховують ІМТ усім пацієнтам тільки 39,58 % лікарів. Головною причиною лікарі назвали брак часу та велику завантаженість.

Оцінку неврологічного статусу (при первинному зверненні) проводять 14 (29,17 %) респондентів, 22 (45,83 %) — направляють для цього пацієнтів до невролога, 12 (25 %) — не проводять взагалі. Офтальмоскопію очного дна (при первинному зверненні) проводять 8 (16,67 %) лікарів, 24 (50 %) направляють для цього пацієнта до офтальмолога, 16 (33,33 %) не проводять взагалі. Такі результати опитування свідчать про несвоєчасну діагностику ураження органів-мішеней, що збільшує кількість ускладнень з їх сторони. Відсутність інформації щодо ураження органів-мішеней також не дає змогу лікарю обрати найефективнішу тактику ведення хворого на АГ та підібрати найоптимальнішу терапію в конкретному випадку.

У табл. 1 наведені дані щодо кількості лікарів, які направляють пацієнтів з АГ на обов'язкові дослідження та консультації 1 раз на рік.

Таким чином, згідно з анкетуванням, більше ніж 90 % лікарів направляють хворих на такі обов'язкові методи дослідження, як ЗАК, ЗАС та ЕКГ. Більше 80 % опитаних дають направлення для визначення рівня глікемії та направляють на консультацію до кардіолога. Визначають рівень креатиніну та ЗХС більше 75 % лікарів. Однак від 4 до 23 % лікарів ЗП-СЛ не направляють пацієнтів на ті або інші методи

дослідження, посилаючись на неможливість медичного закладу забезпечити всіх хворих безкоштовними обстеженнями.

Згідно з опитувальником, лікарі ЗП-СЛ найчастіше призначають такі групи препаратів: 35 (72,91 %) — інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ), 19 (39,58 %) — блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА II), 17 (35,42 %) — діуретики, 16 (33,33 %) — бета-адреноблокатори, 14 (29,17 %) — антагоністи кальцію. Наведені дані вказують на те, що всі лікарі у своїй практичній діяльності використовують сучасні препарати першої лінії. Однак при цьому фіксовані комбінації обрали тільки 27 лікарів (56,25 %), не застосовують ретардні форми препаратів 6 (12,5 %) опитаних. Це, у свою чергу, зменшує прихильність хворих до медикаментозної терапії.

Статини та антиагреганти призначали 45 (93,75%) та 46 (95,83 %) респондентам відповідно за показаннями.

На думку лікарів ЗП-СЛ, покращенню ведення хворих на АГ будуть сприяти зниження вартості антигіпертензивних препаратів (41,67 %) та доступність з матеріальної точки зору обов'язкових методів дослідження (18,75 %).

Таблиця 1. Направлення хворих на обов'язкові дослідження та консультації

Вид обстеження	Направляють (абс., %)	Не направляють (абс., %)
ЗАК	46 (95,83)	2 (4,17)
ЗАС	46 (95,83)	2 (4,17)
Глікемія натще	40 (83,33)	8 (16,67)
Креатинін	38 (79,17)	10 (20,83)
Загальний холестерин	37 (77,08)	11 (22,92)
ЕКГ	44 (91,67)	4 (8,33)
Консультація кардіолога	41 (85,42)	7 (14,58)

Таблиця 2. Наявність обов'язкових та бажаних записів у МКАХ, n (%)

Запис у МКАХ	Наявний	Відсутній
Про проведення бесіди щодо модифікації стилю життя	24 (45,28)	29 (54,72)
Про видачу інформаційного листа для пацієнта з АГ	2 (3,77)	51 (96,23)
Про визначення ФР*	2 (3,77)	51 (96,23)
Визначення МТ	8 (15,09)	45 (84,91)
Визначення ОТ	1 (1,87)	52 (98,13)
Розрахунок ІМТ	3 (5,66)	50 (94,34)
Ураження органів-мішеней або їх відсутність	25 (47,17)	28 (52,83)
Супутні захворювання або їх відсутність	45 (84,91)	8 (15,09)
Стратифікація ризику	16 (30,19)	37 (69,81)
Вимірювання АТ на кожному прийомі	34 (64,15)	19 (35,85)
Вимірювання ЧСС на кожному прийомі	45 (84,91)	8 (15,09)
Орієнтована дата наступного огляду	22 (41,51)	31 (58,49)

Примітка: * — статус куріння, зловживання алкоголем, недостатня фізична активність, дотримання засад здорового харчування, спадковий анамнез.

Аналіз даних МКАХ на АГ виявив цілу низку недоліків. Так, діагноз АГ був встановлений не за класифікацією у 44 (83,02 %) пацієнтів. В 1 (1,89 %) картці не зазначалась стадія АГ, у 37 — (69,81 %) ступінь АГ та ризик.

У табл. 2 наведені результати перевірки МКАХ на наявність обов'язкових записів.

Як видно з табл. 2, запис про проведення бесіди з модифікації стилю життя відсутній у 55 % картках, про видачу інформаційного листа для пацієнта з АГ — у 96 %. Аж у 96 % випадків відсутні записи про визначення факторів ризику у хворих на АГ. Також не виправдано високий відсоток становить відсутність записів стосовно МТ, ОТ, ІМТ. Слід зауважити, що відомості про наявність або відсутність ураження органів-мішеней були лише в 47 %, а про наявність або відсутність супутніх захворювань — у 77 % МКАХ. Інформація стосовно проведення стратифікації ризику містилась лише в 30 % карток. Звертає на себе увагу і той факт, що навіть АТ, згідно з даними МКАХ, вимірювався не на кожному прийомі, а лише в 64 % випадків, а ЧСС — у 85 %. Орієнтована дата наступного огляду була зазначена тільки в 41,5 % МКАХ.

Кількість хворих, які були викликані лікарем ЗП-СЛ 1 раз на рік та більше, коливалась за досліджуваний період від 34 до 43 %. Тобто велика кількість пацієнтів залишається поза увагою лікаря ЗП-СЛ, а отже, їх стан та рівень контролю АТ залишались невідомими та вчасно не коригувалися.

Надзвичайно незадовільним було досягнення рівня цільового АТ (18,87 % хворих).

Документальне підтвердження обов'язкових лабораторно-інструментальних методів дослідження за період з 2012 по 2016 рр. розподілилось так: результати ЗАК були наявні в 34–43 % МКАХ, ЗАС — у 30–42 %, рівень глікемії — у 26–30 %, креатинін — у 9–19 %, ЗХС — у 6–11 %, ЕКГ — у 36–45 %. Відсутність результатів досліджень у МКАХ може бути пояснена як фінансовими причинами та низькою комплайентністю пацієнтів, так і недбалим веденням медичної документації: хворі можуть бути обстежені, проте результати досліджень не відображені в МКАХ.

Із 53 амбулаторних карток інформація щодо медикаментозної терапії містилась у 51 (96,23 %) картці, у 2 (3,77 %) вона була відсутня.

Монотерапія була призначена 7 (13,21 %) хворим, комбінована терапія — 44 (83,02 %), при цьому фіксовані комбінації були призначені 23 (43,39 %) хворим, нефіксовані — 21 (39,62 %).

Усім пацієнтам призначались препарати 1-ї лінії, що відповідає сучасним рекомендаціям. Найбільш часто призначалися ІАПФ. Серед фіксованих комбінацій: ІАПФ + тiazидний діуретик — 4 (7,54 %) хворим, ІАПФ + тiazидоподібний діуретик — 5 (9,43 %), ІАПФ + антагоніст кальцію — 4 (7,54 %), БРА II + тiazидний діуретик — 10 (18,87 %).

Незважаючи на те, що при анкетуванні лікарів було відмічено достатньо часте призначення стати-

нів та антиагрегантів, при аналізі МКАХ записи про призначення цих препаратів були наявні лише у 8 (15,69 %) та 27 (52,94 %) відповідно. Слід зауважити, що при аналізі медичної документації доцільність призначення статинів загалом викликає труднощі, оскільки, як згадувалось раніше, дані щодо рівня ЗХС були наявні лише у 10 % МКАХ.

При зіставленні даних опитування лікарів та результатів аналізу МКАХ було виявлено багато розбіжностей. Ці розбіжності можуть бути пояснені так: 1) знання щодо правильного ведення хворого на АГ не втілюються в практичній діяльності через лікарську інерцію; 2) ведення медичної документації є недосконалим; 3) бажання лікаря при опитуванні здаватися кращим.

Висновки

При опитуванні лікарів виявлена невідповідність дій лікаря ЗП-СЛ протокольним рекомендаціям: 20,83 % лікарів ЗП-СЛ не визначають фактори ризику у хворих на АГ та, відповідно, не проводять їх корекцію, що може значно погіршувати кінцевий прогноз. При первинному зверненні не проводять оцінку неврологічного статусу 25 % лікарів, офтальмоскопію очного дна — 33,33 %, що, у свою чергу, може призвести до збільшення недиагностованих уражень органів-мішеней та ускладнень з їх боку.

Ведення медичної документації потребує більшої чіткості та відповідності рекомендаціям протоколу. У 83 % МКАХ на артеріальну гіпертензію діагноз встановлений не за класифікацією (не вказані стадія, ступінь АГ, стратифікація ризику тощо). Згідно з даними МКАХ, рекомендації щодо модифікації стилю життя отримали лише 45 % пацієнтів; у 96 % відсутній запис про фактори ризику, у 53 % — інформація про наявність або відсутність ураження органів-мішеней. Не містять повної інформації щодо результатів обов'язкових лабораторно-інструментальних методів дослідження 69 % МКАХ на АГ. Вищевказані недоліки потребують застосування внутрішнього аудиту з метою покращення якості медичної допомоги.

За результатами опитування лікарів та даними МКАХ, 100 % хворих на АГ призначались сучасні антигіпертензивні препарати 1-ї лінії. Але тільки у 56,25 % випадків були призначені фіксовані комбінації, що знижує прихильність хворих до лікування. Це потребує подальшої роботи з лікарями ЗП-СЛ та їх безперервного професійного навчання.

На основі виявлених недоліків проведено корекцію навчання при вивченні розділу «Артеріальна гіпертензія» на циклах інтернатури, спеціалізації, стажування, передатестаційних циклах. Для більш поглибленого вивчення питань інтегрованого ведення хворих на АГ сімейними лікарями створені навчальний план та програма циклу тематичного удосконалення.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Калинина Т.В. и др. Основные требования к оформлению и ведению медицинской карты амбулаторного больного // *Медицина*. — 2010. — № 3. — С. 70.
2. Коваленко В.М. Регіональні медико-соціальні проблеми хвороб системи кровообігу. Динаміка та аналіз: аналітично-статистичний посібник / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький. — К., 2013. — 239 с.
3. Cuspidi C. et al. Compliance to hypertension guidelines in clinical practice: a multicentre pilot study in Italy // *Journal of human hypertension*. — 2002. — Vol. 16, № 10. — P. 699.

4. Grassi G., Cifkova R., Laurent S. et al. Blood pressure control and cardiovascular risk profile in hypertensive patients from central and eastern European countries: results of the BP-CARE study // *Eur. Heart J.* — 2011. — Vol. 32. — P. 218-225.

5. Vainiomäki S. et al. The quality of electronic patient records in Finnish primary healthcare needs to be improved // *Scandinavian journal of primary health care*. — 2008. — Vol. 26, № 2. — P. 117-122.

Отримано 10.09.2017 ■

Химион Л.В., Ященко О.Б., Дружилина Л.А.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Применение метода анкетирования с целью улучшения подготовки врачей общей практики — семейных врачей по вопросам тактики ведения больных артериальной гипертензией

Резюме. Актуальность. Уровень контроля артериального давления (АД) в Украине один из самых низких среди стран Восточной и Центральной Европы и составляет не более 16,5 %. Действия врачей общей практики — семейных врачей (ОП-СВ) относительно ведения больных артериальной гипертензией (АГ) несовершенны. Важной составляющей лечебно-диагностического процесса является медицинская документация. Качество ее ведения во многом отражает качество оказания медицинской помощи. Проведено анкетирование врачей ОП-СВ с помощью разработанного опросника и проанализированы данные медицинских карт амбулаторных больных (МКАБ). На основании выявленных недостатков проведена коррекция обучения при изучении раздела «Артериальная гипертензия» на циклах интернатуры, специализации, стажировки, предаттестационных циклах. Для более углубленного изучения вопросов интегрированного ведения больных АГ семейными врачами созданы учебный план и программа цикла тематического усовершенствования. **Цель.** Изучить организацию оказания первичной медицинской помощи больным АГ врачом ОП-СВ и оптимизировать обучение врачей ОП-СВ по вопросам интегрированного ведения больных АГ с учетом полученных результатов. **Материалы и методы.** С помощью разработанных

опросников, содержащих блоки вопросов по соблюдению рекомендаций Унифицированного клинического протокола медицинской помощи (УКПМП), было проанкетировано 48 врачей ОП-СВ и проанализированы данные 53 МКАБ. Все полученные данные были сформированы в базу данных и обработаны с помощью пакета статистического анализа Microsoft Excel 2010. **Результаты.** Выявлено, что значительная часть врачей ОП-СВ не в полной мере выполняет рекомендации УКПМП «Артериальная гипертензия», что может значительно ухудшать конечный прогноз. Качество ведения медицинской документации является неудовлетворительным, что является отражением предоставления некачественной медицинской помощи. Современные антигипертензивные препараты 1-й линии назначались 100 % больных АГ, но только в 56,25 % случаев были назначены фиксированные комбинации, что снижает приверженность больных к лечению. **Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшей работы с врачами ОП-СВ и их непрерывного профессионального обучения по вопросам интегрированного ведения больных АГ.

Ключевые слова: врачи общей практики — семейные врачи; артериальная гипертензия; анкетирование; медицинские карты амбулаторных больных; обучение

L.V. Khimion, O.B. Yaschenko, L.O. Druzhilina

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

The use of the questionnaire method to improve the training of general practitioners — family physicians for the management of hypertensive patients

Abstract. Background. The efficacy of blood pressure (BP) control in Ukraine is one of the lowest among countries of Eastern and Central Europe and is less than 16.5 %. The strategy of family physicians (FPs) regarding the management of arterial hypertension (AH) patients is far from the ideal. A medical documentation is an important component of a proper treatment and diagnostic process. The quality of AH management in primary medical care settings was studied and analyzed using specially developed questionnaires (for FPs, patients and medical charts reviewers). The FPs' training programs on "Arterial hypertension" unit were based on the revealed findings. The thematic learning course was created for the more in-depth study of problems in integrated management of AH patients by FPs. The purpose was to evaluate the quality of AH patients management in primary medical care settings with the further improvement of training regarding AH for FPs. **Materials and methods.** The quality of AH patients management was evaluat-

ed by using specially developed questionnaires that are consistent with Ukrainian guidelines for the management of hypertensive patients. About 48 FPs and their patients were interviewed and 53 medical charts were analyzed. All received data were generated in the database and processed using the Microsoft Excel 2010 statistical analysis package. **Results.** Significant number of FPs does not fully implement the "Arterial Hypertension Guideline" recommendations that may significantly worsen the patients' outcomes. The quality of medical charts was mostly unsatisfactory. 100 % of AH patients were prescribed the first line modern antihypertensive drugs, but only in 56.25 % of cases, a fixed dose combinations were used that reduces patients' compliance. **Conclusions.** The results of the study indicate the necessity to improve the FPs training process concerning AH patients management.

Keywords: general practitioners — family physicians; arterial hypertension; questioning; medical charts; training