

В. А. СМІЯНОВ, С. В. ТАРАСЕНКО, О. І. СМІЯНОВА, І. О. ВАЩЕНКО

**МОНІТОРУВАННЯ РІВНЯ
ПОІНФОРМОВАНOSTІ ДИСПАНСЕРНИХ ХВОРИХ
З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

Сумський державний університет

Наведено результати моніторингу рівня поінформованості диспансерних хворих з артеріальною гіпертензією (АГ). Розроблено заходи з підвищення рівня поінформованості хворих з АГ шляхом посилення інформаційно-роз'яснювальної діяльності та комунікацій, створення і виконання адресних ефективних цільових медико-соціальних програм.

Ключові слова: моніторингування, артеріальна гіпертензія, інформаційно-роз'яснювальна діяльність, адресні цільові медико-соціальні програми.

Вступ. У 2011 р. в Україні серед дорослого населення було зареєстровано понад 12 млн хворих на гіпертонічну хворобу (32,2 %). Протягом 1991–2011 рр. захворюваність та поширення даної патології збільшилися майже втричі. Рівень первинної інвалідності дорослого населення протягом 2010–2011 рр. підвищився на 20 %, населення працездатного віку – на 16,7 % [8].

Переважає більшість хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) отримують лікування в амбулаторно-поліклінічних медичних установах. Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить про те, що рання діагностика, проведення заходів первинної та вторинної профілактики, своєчасне призначання адекватної медикаментозної терапії, залучення до участі в процес лікування хворого і членів його родини гальмують прогресування захворювання, знижують ризик виникнення ускладнень, сприяють поліпшенню якості життя й збереженню працездатності [4, 6], тобто АГ – керована хвороба і процес її перебігу залежить від рівня поінформованості хворого про заходи профілактики.

У США, за результатами проведених досліджень, виявлено, що, незважаючи на високу (70 %) обізнаність хворих з АГ і застосування постійного лікування (59 %), ефективно контролюють артеріальний тиск (АТ) лише близько 30 % хворих [12]. У більшості інших країн ситуація ще гірша, що відображає відоме «правило половин» ($1/2 \times 1/2 \times 1/2 = 1/8$): тільки у 1/8 частини хворих з АГ захворювання діагностовано, призначено терапію і досягнуто цільового рівня АТ [10]. В Італії для виявлення готовності лікарів та хворих до виконання сучасних рекомендацій з лікування АГ було проанкетовано 1255 лікарів та 4612 пацієнтів. Вивчали готовність хворих до лікування, розуміння ними необхідності постійного лікування, виконання усіх рекомендацій лікаря, ступеня контролю (самоконтроль) рівня АТ і задоволення лікуванням [10].

Таким чином, умовою соціальної ефективності медичної допомоги є використання моніторингування рівня поінформованості пацієнтів як інструменту управління якістю [7].

Питанням моніторингування рівня готовності до лікування хворих з АГ присвячені праці Д. Д. Дячук [1], С. А. Єфименко [3], Е. Ambrosioni [10], J. R. Vanegas [11], W. J. Elliott [12], Lip Ping Low [13]. Проте недостатньо вивчені питання впливу інформації, отриманої в результаті моніторингування, на процеси прийняття управлінських рішень у сфері забезпечення якості медичної допомоги.

Мета дослідження – вивчення рівня поінформованості диспансерних хворих з АГ у Сумах щодо перебігу у них захворювання, виконання заходів з профілактики, діагностики і лікування та використання отриманої інформації у процесах управління якістю медичної допомоги.

Матеріали і методи. Матеріалом для комплексного аналізу рівня поінформованості диспансерних хворих з АГ були результати опитування хворих за закритою анкетною. Дослідження проводили протягом січня 2013 р. Інтерв'юерами були лікарі-інтерни та студенти старших курсів медичного інституту Сумського університету, які разом з дільничною медичною сестрою відвідували диспансерних хворих вдома. Одночасно з анкетуванням вимірювали АТ, проводили профілактичну бесіду з хворим та членами його родини щодо модифікації способу життя, факторів ризику та можливих ускладнень хвороби. При опитуванні виявляли рівень поінформованості диспансерних хворих з перебігу захворювання, проходження діагностичних та лікувальних заходів за 2012 р. Отримані результати обробляли за програмою ОСА.

Усього опитано 2019 хворих, чоловіків – 29,21 %, жінок – 70,79 %; за віком: 18–34 роки – 7,23 %, 35–59 років – 29,93 %, 60 і старше – 62,84 %.

Результати та їх обговорення. Показник поширення хвороб системи кровообігу у Сумах за 2012 р. збільшився на 3 % порівняно з 2011 р., в осіб працездатного віку – на 3,7 %; на 100 000 населення у 2012 р. – 63932,26; у 2011 р. – 62119,96; у 2010 р. – 61356,18. Серед осіб працездатного віку цей показник у 2012 р. становив 23744,27; у 2011 р. – 2903,57; у 2010 р. – 21721,63. Показник захворюваності хвороб системи кровообігу у Сумах в 2012 р. зріс на 4,8 % порівняно з 2011 р. Серед осіб працездатного віку показник захворюваності на хвороби системи кровообігу залишився на рівні 2011 р. (табл. 1).

Таблиця 1. Показники захворюваності на хворобу системи кровообігу (на 100 000 населення)

Доросле населення			Працездатне населення		
2010	2011	2012	2010	2011	2012
4026,24	4349,15	4558,32	2560,23	3023,70	3024,65

У структурі загальної смертності серед населення Сум хвороби системи кровообігу посідають перше місце, у 2012 р. питома вага досягла 66,5 %. Серед осіб працездатного віку цей показник становить 32,6 %. Динаміка показників смертності від хвороб системи кровообігу на 1000 населення у Сумах була такою: у 2012 р. – 6,7; у 2011 р. – 7,9; у 2010 р. – 8,5.

Показник поширення гіпертонічної хвороби (ГХ) у Сумах у 2012 р. збільшився на 4,5 % порівняно з 2011 р. Серед населення працездатного віку також відмічається його підвищення на 10,2 % порівняно з 2011 р. Показники поширення ГХ в Сумах на 100 000 населення становив: у 2012 р. – 28849,56; у 2011 р. – 13644,77; у 2010 р. – 27348,64. Серед осіб працездатного віку показники становили: у 2012 р. – 15038,11; у 2011 р. – 13644,77; у 2010 р. – 13189,03.

Захворюваність на ГХ в Сумах у 2012 р. збільшилась на 17,1 % порівняно з 2011 р. Серед населення працездатного віку відмічено збільшення даного показника на 17,9 % порівняно з минулим роком. Показники захворюваності на ГХ в Сумах на 100 000 населення зареєстровані такі: у 2012 р. – 2182,82; у 2011 р. – 1863,24; у 2010 р. – 1644,5. Динаміка показників захворюваності на ГХ серед осіб працездатного віку: у 2012 р. – 1658,87; у 2011 р. – 1406,62; у 2010 р. – 1090,92. Кількість хворих на ГХ, які перебувають на диспансерному обліку, на 100 000 населення збільшилась на 1,2 % порівняно з 2011 р.; серед осіб працездатного віку – на 5,1 % (табл. 2). У табл. 3 наведено показники первинного виходу на інвалідність за 2012 р. У 2012 р. спостерігалось зниження показника первинного виходу на інвалідність внаслідок хвороб системи кровообі-

гу на 15 %, тоді як показник первинного виходу на інвалідність внаслідок ГХ збільшився на 19,5 %.

Таблиця 2. Кількість хворих на гіпертонічну хворобу, які перебувають на диспансерному обліку (на 100 000 населення)

Доросле населення			Працездатне населення		
2010	2011	2012	2010	2011	2012
25175,01	25647,02	25943,33	12236,92	12485,57	13119,18

Таблиця 3. Первинний вихід на інвалідність у Сумах за 2012 р. (на 10 000 населення)

Показник	2011 р.	2012 р.
Хвороби системи кровообігу	10,7	9,1
Гіпертонічна хвороба	0,4	0,5

Обробка та аналіз отриманої в процесі моніторингу інформації показали, що (87,96 ± 1,44) % опитуваних мають тонометри. Більшість з них здійснюють контроль за АТ. Так, (63,00 ± 2,14) % хворих постійно контролюють АТ; (28,97 ± 2,02) % – періодично, (8,03 ± 1,20) % не вимірювали його протягом року.

Про високий рівень консультативної підтримки хворих свідчать такі дані: переважна більшість опитаних (96,97 ± 0,76) % підтверджують отримання детальної інформації про їх хворобу в поліклініці. Медикаментозне лікування призначено (92,96 ± 1,14) % хворих. Проте, незважаючи на високий рівень поінформованості хворих, результати опитування свідчать про недостатній рівень їх відповідальності за власне здоров'я. Лише (47,65 ± 2,22) % опитуваних регулярно приймають лікарські засоби, (33,38 ± 2,10) % – нерегулярно; (19,02 ± 1,74) % взагалі не приймають. Основними причинами нерегулярного прийому лікарських засобів хворі називають такі: (48,34 ± 2,22) % – «забуваю», (27,20 ± 1,98) % – «висока вартість медикаментів», (14,06 ± 1,54) % – «не хочу», (10,40 ± 1,36) % – «не допомагає».

За результатами опитування, у (28,97 ± 2,02) % хворих з АГ був гіпертонічний криз протягом останнього року. Викликали дільничного лікаря (12,03 ± 1,44) % опитуваних, (5,00 ± 0,98) % – машину невідкладної медичної допомоги, (10,99 ± 1,40) % отримали стаціонарне лікування.

Серед факторів ризику хворі називали: стрес – (50,96 ± 2,22) %, підвищену масу тіла та спадковість щодо АГ у родичів 1-го ступеня спорідненості – (21,99 ± 1,84) %, підвищений рівень холестерину – (27,98 ± 2,00) %, недостатню фізичну активність – (15,00 ± 2,58) %, тютюнопаління – (12,97 ± 1,50) % (загальна сума перевищує 100 %, оскільки хворі могли вказувати декілька факторів ризику); (75,97 ± 1,90) % хворих відмічали супутню патологію.

Протягом 2012 р. (41,96 ± 2,20) % опитаних диспансерних хворих відвідали дільничного лікаря більше двох разів, (10,10 ± 1,34) % – 2 рази; (16,09 ± 1,64) % – 1 раз; (31,94 ± 2,08) % жодного разу не звернулися до дільничного лікаря. У більшості опитаних проведено лабораторні методи дослідження у 2012 р.: визначення рівня холестерину та загальний аналіз крові – (61,86 ± 2,16) % опитаних, загальний аналіз сечі – (53,98 ± 2,22) %, рівень глікемії – (45,96 ± 2,22) %, рівень креатиніну – (32,98 ± 2,10) %. Щодо інструментальних методів дослідження у 2012 р., то електрокардіографію проведено у (87,96 ± 1,44) % диспансерних хворих з АГ, флюорографію – у (74,98 ± 1,92) %, ультразвукове дослідження – у (66,96 ± 2,10) %. Консультацію кардіолога отримали (83,06 ± 1,66) % хворих; офтальмолога – (46,95 ± 2,22) %; невролога – (44,97 ± 2,22) %; ендокринолога – (38,98 ± 2,18) %;

уролога – $(21,00 \pm 1,82)$ %; нефролога – $(5,99 \pm 1,06)$ %; серцево-судинного хірурга – $(16,00 \pm 1,64)$ %.

Інформацію про хворобу $(83,95 \pm 1,64)$ % пацієнтів отримують від сімейного лікаря, від медичної медсестри – $(44,97 \pm 2,22)$ %, із засобів масової інформації – $(16,98 \pm 1,68)$ %, від знайомих – $(10,00 \pm 1,34)$ % (загальна сума перевищує 100 %, оскільки хворі могли вказувати декілька каналів інформації).

Під час відвідування у $(65,13 \pm 2,12)$ % хворих був підвищений АТ, при цьому $(91,23 \pm 1,26)$ % опитаних відмічали поінформованість про державну програму щодо забезпечення антигіпертензивними лікарськими засобами; $(90,88 \pm 1,28)$ % опитаних про виписання рецептів для лікування АГ з частковим відшкодуванням вартості, при цьому $(37,24 \pm 2,08)$ % не використовували їх за призначенням. Основними причинами такої ситуації хворі називають: «забуваю» – $(66,66 \pm 2,10)$ %; «не маю часу» – $(13,72 \pm 1,54)$ %, «приймаю інші ліки» – $(19,62 \pm 1,70)$ %.

Проте, незважаючи на високий рівень поінформованості хворих про перебіг АГ і можливі ускладнення $(97,18 \pm 0,74)$ %, результати опитування свідчать про недостатній рівень їх відповідальності за власне здоров'я.

Висновки. 1. Диспансерні хворі з АГ у Сумах обізнані з перебігом хвороби, заходами з профілактики і ризиками. 2. Основні причини незадовільного виконання призначених лікарем рекомендацій: забування, брак часу, небажання. 3. Крім стандартних методів профілактики, слід розробити і впровадити систему постійного нагадування хворим про необхідність контролю за АТ, лікування, ведення здорового способу життя.

На основі отриманих результатів моніторування сформовані такі пропозиції: 1) розробити та впровадити технології нагадування диспансерним хворим 1 раз на тиждень у телефонному режимі середнім медичним персоналом або студентами медичного інституту про час профілактичного візиту в поліклініку; необхідність регулярного прийому лікарських засобів; контроль за АТ та необхідність отримання консультацій; 2) розробити і забезпечити усіх хворих з АГ «Журналом спостережень з артеріальної гіпертензії», що включає такі елементи (розділи): щоденник самоконтролю за АТ; пам'ятку про фактори ризику та профілактичні заходи; дієтичні рекомендації щодо правильного вибору продуктів харчування; щоденник самоконтролю за прийомом лікарських засобів; 3) розробити пропозиції щодо створення програми нагадування за допомогою SMS-повідомлень; 4) посилити інформаційно-роз'яснювальну діяльність про постанову кабінету міністрів України «Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою» [1] серед широких верств населення із залученням ЗМІ, проведення круглих столів тощо.

Перспективи подальших досліджень у зазначеному напрямі полягають у розробці та реалізації системи моніторування думки пацієнтів як інструменту для покращання якості медичної допомоги і забезпечення виконання 9-ї оперативної функції охорони здоров'я, виділеної ВООЗ, – інформаційно-роз'яснювальної діяльності (адвокація), комунікації і соціальної мобілізації в інтересах здоров'я [4].

Список літератури

1. Дячук Д. Д. Методичний супровід залучення лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою та пацієнтів до впровадження локального протоколу медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2012. – № 1. – С. 68–71.
2. *Европейський план дій* по укріпленню потенціала і услуг общественного здравоохранения. – Мальта: ВОЗ, Европейское региональное бюро, 2012. – 52 с.

3. Ефименко С. А. Медико-социологический мониторинг как инструмент современных технологий в управлении здоровьем пациентов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ecsosman.hse.ru/text/16207043/>.
4. *Здоровье-2020. Основы политики и стратегия* // Шестидесят вторая сессия, Европейский региональный комитет EUR/RC62/8 (Мальта, 10–13 сент.). Док. EUR/RC62/Conf. Doc./8. – ЕРК: ВОЗ, 2012. – 192 с.
5. *Постанова КМУ № 340 «Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою» від 25.04.2012 р.* [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/340-2012-p>.
6. *Сердечно-сосудистые заболевания* // Информационный бюллетень № 317. – ВОЗ, 2013 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/index.html>.
7. *Сміянов В. А., Тарасенко С. В.* Инструменты та методи управління якістю медичної допомоги: умови та особливості застосування у процесі реформування системи охорони здоров'я України // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2013. – № 1. – С. 51–57.
8. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік* / За ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – 438 с.
9. ??? Guidelines for the management of arterial hypertension // Eur. Heart J. – 2007. – Vol. 28. – P. 1462–1536.
10. *Ambrosioni E.* Pharmacoeconomic challenges in disease management of hypertension // Hypertension. – 2001. – Vol. 19, N 3/ – P. 33–40.
11. *Banegas J. R., Dallongeville J., Banegas J. R.* Achievement of treatment goals for primary prevention of cardiovascular disease in clinical practice across Europe: the EURIKA study // Eur. Heart J. – 2011. – Vol. 17, N 32. – P. 2143–2152.
12. *Elliott W. J.* The economic impact of hypertension // J. Clin. Hypertens. – 2003. – Vol. 5. – P. 3–13.
13. *Lip Ping Low* (Сингапур). Комментарий к статье «Недостаточный контроль артериального давления у больных пожилого возраста» // Междунар. направления в исследовании артериальной гипертензии. – 2000. – № 10. – С. 13–14.

МОНИТОРИРОВАНИЕ УРОВНЯ
ИНФОРМИРОВАННОСТИ ДИСПАНСЕРНЫХ БОЛЬНЫХ
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

В. А. Смиянов, С. В. Тарасенко, О. И. Смиянова, И. А. Ващенко (Сумы)

Приведены результаты мониторинга уровня осведомленности диспансерных больных с артериальной гипертензией (АГ). Разработаны мероприятия по повышению уровня осведомленности больных с АГ путём усиления информационно-разъяснительной деятельности и коммуникаций, создания и осуществления адресных эффективных целевых медико-социальных программ.

Ключевые слова: мониторинг, артериальная гипертензия, информационно-разъяснительная работа, адресные целевые медико-социальные программы.

DISPENSARY PATIENTS WITH ARTERIAL
HYPERTENSION AWARENESS LEVEL MONITORING
IN SUMY CITY

V. A. Smiyanov, S. V. Tarasenko, O. I. Smiyanova, I. A. Vashenko (Sumy, Ukraine)

Sumy State University

Monitoring results of current awareness level of dispensary patients with arterial hypertension are presented in the article. Awareness-raising activities for patients with arterial hypertension were developed by information and education work and communications increasing; effective target medical and social programs developing and implementing.

Key words: monitoring, arterial hypertension, information and education work, target medical and social programs.