МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Визначення медичної активності пацієнта при застосуванні профілактичних технологій

(методичні рекомендації)

Чернівці - 2023

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗАТВЕРДЖЕНО
Протокол Вченої ради
№ 4 від 26 жовтня 2023 року

Визначення медичної активності пацієнта при застосуванні профілактичних технологій

(методичні рекомендації № 21-2023)

УДК : 616-084:614.253.83:304(072)
В 42

Установа-розробник:

Буковинський державний медичний університет МОЗ України

Укладачі:

Власик Любов Йосипівна – доцент закладу вищої освіти кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров’я БДМУ (380 50 747 1015)

Рингач Наталія Олександрівна – д. н. держ. упр., професор Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, м. Київ, Україна (380 067 37 94 463)

Сухолотюк Анастасія Леонідівна – аспірант кафедри внутрішньої медицини БДМУ (380 95 047 1003)

Рецензенти:

Професор кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування НУОЗ України імені П.Л. Шупика, д. мед. н., професор, дійсний член Академії наук вищої освіти України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки **Ніна Григорівна Гойда**

Завідувачка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського д. мед. н., професор **Наталія Олександрівна Теренда**

Професор кафедри гігієни та екології Буковинського державного медичного університету д.м.н., професор **Тарас Ігорович Кметь**

ЗМІСТ

Зміст	Сторінка
Перелік умовних скорочень	4
1. Вступ	5
2. Методика вивчення медичної активності пацієнтів	6
3. Характеристика медичної активності економічно активного населення	7
3.1. Характеристика медичної активності за контролем харчування	7
3.2. Характеристика медичної активності за фізичною активністю	8
3.2.1. Характеристика медичної активності на підставі повідомлень про заняття фізичними вправами (відвідування залу)	9
3.2.2. Характеристика медичної активності на підставі повідомлень про щоденне виконання фізичної зарядки	9
3.3. Характеристика медичної активності за самооцінкою	10
4. Прогнозування медичної активності пацієнтів	11
5. Визначення медичної активності пацієнта	13
5.1. Форма: «Динаміка факторів ризику та оцінка медичної активності пацієнта»	13
5.2. Алгоритм заповнення форми «Динаміка факторів ризику та оцінка медичної активності пацієнта»	14
5.3. Приклад застосування Алгоритму	16
Висновки	17
Рекомендована література	18

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АГ – артеріальна гіпертензія

АТ – артеріальний тиск

ВШ – відношення шансів

ГЛ - глюкоза

ДІ – довірчий інтервал

ДС – до нозологічний стан

ІМТ – індекс маси тіла

ЗСЖ – здоровий спосіб життя

ЕАН – економічно активне населення

МА – медична активність

МГ – медична грамотність

МР – метаболічний ризик

НІЗ – неінфекційні захворювання

НМТ – надлишкова маса тіла

ОЗ – охорона здоров’я

ПАГ – погранична артеріальна гіпертензія

ПМД – первинна медична допомога

п/о – профілактичний огляд

ФА – фізична активність

ФР – фактор ризику

ХС - холестерин

PAM - Patient Activation Measurement

1. Вступ

Первинна медична допомога (ПМД) є основою профілактичної медицини, адже здійснює тривалий моніторинг стану здоров’я пацієнта [1].

Залучення пацієнта до участі в організації та наданні медичної допомоги (patient engagement) та пацієнт-орієнтована допомога (patient-centered care) стали ключовими питаннями передових систем охорони здоров’я (ОЗ).

Зміна ролей учасників системи ОЗ (лікар/пацієнт) сприяє більшій їх активності, поінформованості та кращим показникам здоров’я, саме таку діяльність традиційно розуміють під медичною активністю (МА) пацієнта. Це підвищує якість і безпеку медичних послуг, не потребуючи значних вкладень [2]. У термін «медична активність», ми вкладаємо, крім активації залучення «patient engagement» та розширені можливості пацієнта.

Низка поперечних закордонних наукових досліджень виявили активацію пацієнта «patient activation» пов'язану із здоровою поведінкою, фізичною активністю (ФА), частотою вживання фруктів та овочів, зверненнями до закладів ОЗ (регулярність), поведінкою у користуванні послугами (вибір лікаря, перелік питань складений перед візитом), самоконтролем хронічного захворювання (ведення щоденнику артеріального тиску (АТ), менша кількість госпіталізацій) [3]. Поздовжні дослідження показали, що активізація пацієнта була прогностичною для майбутніх результатів здоров'я та змінюваною характеристикою. При зміні активації результати здоров’я змінювалися у тому ж напрямі [4-7].

За даними науковців вимірювання МА пацієнта доцільно проводити в різних умовах та для різних груп населення [8-9]. Особливо важливими є знання рівня МА та реакції пацієнта на освітнє втручання для профілактичної роботи [10].

Медична (санітарна) грамотність (МГ) як складова та обов’язкова умова МА є засобом для практичних заходів та одночасно результатом таких дій [11-13]. Рекомендовано проводити оцінку МГ та вказувати її рівень, а саме неадекватна, гранична та належна медична грамотність [14].

2. Методика вивчення медичної активності пацієнтів

Існує методика вимірювання активації пацієнта PAM (Patient Activation Measurement) (Hibbard et al., 2007) за ліцензованим кількісним інструментом запитань, який був розроблений для оцінювання знань, вміння та впевненості пацієнта для самостійного управління здоров'ям.

На першому рівні люди, як правило, пасивні і не відчувають впевненості для активної ролі у збереженні свого здоров'я;

на другому – дається взнаки відсутність базових знань та впевненості;

на третьому – вживають певні дії, але не можуть підтримувати певні форми поведінки;

на четвертому, найвищому – намагаються підтримувати своє здоров'я за різних ситуацій [15, 16].

Нами здійснювався пошук найбільш інформативних показників для визначення МА на основі результатів опитування респондентів з числа економічно активного населення (ЕАН) (зайнятих на ринку та відвідувачів ярмарку) щодо контролю за харчуванням, фізичної активності та власне МА щодо збереження здоров'я.

Проводилося вивчення відповідності кожного фактору ризику (ФР) визначенню себе достатньо активним/не активним за допомогою тесту χ^2 та відношення шансів (ВШ). Це дало можливість виявити найбільш асоційовані характеристики, які зустрічалися найчастіше або супроводжували одна одну серед «активних» та «неактивних» респондентів. Для зменшення впливу суб'єктивності в самооцінці МА, пошук найбільш асоційованих характеристик здійснювався також до «заняття фізичними вправами не менше 30 хв. від 2-3 разів на тиждень» та «щоденного виконання фізичної зарядки» як більш об'єктивних її аналогів.

Вперше на основі поширеності ФР визначені «предиктори» МА, розроблено інструмент для прогнозування недостатньої МА серед ЕАН та алгоритм визначення МА пацієнта з урахуванням динаміки ФР при застосуванні профілактичних технологій.

3. Характеристика медичної активності економічно активного населення

3.1. Характеристика медичної активності за контролем харчування

За повідомленнями респондентів

44% осіб контролювали своє харчування,

40% осіб не контролювали, 45% чоловіків та 35% жінок ($p<0,05$)[1];

16% осіб не визначилися.

Рівень поширеності складових ФР харчової поведінки серед тих, хто контролював харчування був достатньо високим, хоча статистично достовірно нижчим,ніж серед тих, хто не контролював (табл. 1).

Таблиця 1 Порівняльна характеристика інтервенційних складових ФР харчової поведінки серед респондентів залежно від контролю за харчуванням (%)

Групи респондентів та статистичні тести	**Брак/відсутність**				
	достатнього споживання фруктів	достатнього споживання овочів	обмеження солі	обмеження жиру	достатнього споживання риби
Контролю не було	86	80	92	94	93
Контроль був	42	38	62	67	72
- χ-square	118	104	73	67	41
- p	<0,001				

Серед інтервенційних складових харчової поведінки ймовірність споживання фруктів тісно асоціювалася з іншими характеристиками контролю за харчуванням, тому важливо щоб пацієнти дотримувалися рекомендацій лікаря у цьому аспекті.

<u>«Достатнє споживання фруктів та овочів крім картоплі» визначено як один із «предикторів» медичної активності пацієнта.</u>

[1] Різницю вважали достовірною при $p<0,05$, за 95% ДІ

3.2. Характеристика медичної активності за фізичною активністю

Визнали себе фізично активними 54% респондентів. Частота занять фізичними вправами статистично достовірно відрізнялася між фізично активними та не активними респондентами, хоча була невисокою (табл.2).

Таблиця 2 Порівняльна характеристика видів рухливості залежно від ФА (%)

Групи респондентів та статистичні тести	**Брак/відсутність**						
	щоденної зарядки	занять 4-5 р./ на тиждень	Занять 2-3р. / на тиждень	роботи з фізичним навантаженням	роботи присадибній ділянці	ходьби пішки	відпочинку на свіжому повітрі
Фізично неактивні	98	100	98	82	81	78	65
Фізично активні	82	85	85	67	70	49	40
-χ-square	33	28	27	14	10	52	33
- p	<0,001						

Недостатня ФА відповідала деяким іншим ФР, як показано в таблиці 3.

Таблиця 3 – Порівняльна характеристика ФР респондентів залежно від ФА (%)

Групи респондентів та статистичні тести	Не контролювали харчування	Не споживали достатньо фруктів	Курили	Часто споживали алкоголь
Фізично неактивні	69	75	35	28
Фізично активні	38	52	27	25
-χ-square	38	29	4	1
- p	<0,001	<0,001	<0,05	0,3

Перешкодами до відвідування занять фізичною культурою були: нестача часу (36% активних та 62% неактивних респондентів), вартість занять (7%), захворювання (7% респондентів, в основному жінки).

Кожний четвертий (26%) респондент просто не мав мети займатися фізичними вправами.

За наявності перешкод (нестача часу, вартість занять) саме відвідування спортивного залу збільшувала ймовірність МА.

3.2.1. Характеристика медичної активності на підставі повідомлень про заняття фізичними вправами (відвідування залу)

Повідомлення *чоловіків*, які займалися фізичними вправами середньої/високої інтенсивності не менше 30 хв. від 2-3 разів на тиждень (у якості аналогу МА) знайшли відповідність візитам до лікаря, у т.ч. з профілактичною метою, відсутності куріння та обстеженням на вміст ХС та ГЛ в крові (p=0,056). Для *жінок*, які регулярно займалися фізичними вправами, характерними були більша частота самооцінки стану здоров'я як доброго (p<0,001) та почуття власної відповідальності за здоров'я (p<0,01).

У *чоловіків*, які не займалися фізичними вправами, частіше були ФР (95%), ніж у тих, які займалися (75%) (p<0,001), серед *жінок* - 86% та 55% відповідно (p<0,001), причому відмінність спостерігалася навіть на рівні поширеності 1-2 ФР. «Заняття фізичними вправами від 2-3 разів на тиждень» визначені як один із «предикторів» МА.

3.2.2. Характеристика медичної активності на підставі повідомлень про виконання щоденної фізичної зарядки

Для респондентів середнього віку доступнішим було виконувати щоденну фізичну зарядку, ніж відвідувати зал, тому повідомлення про неї проаналізовано як аналог МА для даної вікової категорії, знайдено відповідність до проходження скринінгових обстежень та дотримання рекомендацій лікаря.

Чоловіки, які не виконували зарядку, частіше повідомляли, що не проходили ЕКГ (69%), ніж ті, хто її виконував (48%) (p<0,05), аналогічно щодо відсутності обстеження на вміст ГЛ в крові – 76% проти 60%, (p<0,01). Для *чоловіків* невиконання фізичної зарядки асоціювалося в першу чергу з недотриманням рекомендацій лікаря з ФА – 82% проти 61% (p<0,05).

Жінки, які не виконували щоденну фізичну зарядку, частіше не обмежували споживання цукру (65%), ніж ті хто виконував (31%), (p<0,001).

Важливо, що стан здоров'я не мав значення для виконання щоденної фізичної зарядки.

3.3. Характеристика медичної активності за самооцінкою

Серед відвідувачів ярмарку вважали себе активними 50% респондентів, не активними 18%, решта, 32% не змогли визначитися із активністю.

Відповідність МА факторам ризику представлена в таблиці 4.

Таблиця 4 – Порівняльна характеристика ФР респондентів залежно від МА (%)

Групи респондентів та статистичні тести	**Брак/відсутність**				
	достатнього споживання фруктів	обмеження цукру	обмеження солі	щоденної зарядки	занять 2-3 або 4-5/ на тиждень
Неактивні /не визначилися	68	66	67	87	77
Активні	45	52	55	74	56
-χ-square	14	5	3	7	12
- p	<0,001	<0,05	0,068	<0,01	<0,001

Показник обмеження солі рекомендований для респондентів середнього віку та чоловіків, адже частота обмеження солі відрізняла групи чоловіків з МА та без неї – 42% проти 20% (p=<0,01), (ВШ 2,935 95%ДІ [1,393-6,183].

Про МА повідомили як респонденти без ФР (73%), так і респонденти з 3-4 ФР (40%) (p=<0,01). Жінки, які вважали себе достатньо активними у питаннях зміцнення здоров'я, курили частіше (20%), ніж неактивні (5%) (p<0,05).

Куріння та часте вживання алкоголю не приймалися респондентами до уваги при визначенні їхньої власної активності щодо збереження здоров'я.

Відповідність між недостатньою МА і ФР більш чітко прослідковувалася серед чоловіків.

Важливо, що серед неактивних переважали респонденти з вищою освітою 67% проти 49% решти респондентів, (p=<0,05), що може свідчити про *більш критичну оцінку власної активності* щодо збереження здоров'я.

Кожний четвертий респондент (25%) звертався до лікаря з приводу профілактичного огляду. Не зверталися з профілактичною метою 81% неактивних та 70% активних (p=<0,05), ВШ 1,862 95% ДІ [1,040-3,335].

<u>«Звернення до лікаря з профілактичною метою» визначено наступним «предиктором» МА пацієнта.</u>

4. Прогнозування медичної активності

Аналіз впливу ФР на самооцінку МА респондентами та оцінка їх відповідності дозволив сформувати перелік показників для прогнозування недостатньої МА серед ЕАН (табл. 5).

Таблиця 5 – Зведена оцінка ФР для прогнозування недостатньої МА

№	Фактори ризику	Відповідність недостатній МА		
		χ^2	Se* (%)	Sp** (%)
1.	Не контролювали харчування	45	60	71
2.	Не споживали багато фруктів/овочів	28	62	60
3.	Не обмежували сіль	25	77	43
4.	Не обмежували жир	19	79	38
5.	Не обмежували цукор	7	68	48
6.	Не були фізично активними	61	61	72
7.	Не займалися вправами	12	77	44
8.	Не робили зарядку	7	87	26
9.	Курили	6	33	75
10.	Часто споживали алкоголь	2	35	72
11.	Не відвідували лікаря упродовж року	7	58	54
12.	Не користувалися інформацією лікаря	7	72	36
13.	Не були на профілактичному огляді	7	67	43
14.	Не були у стоматолога	6	79	39
15.	Не обстежувалися на ХС	6	85	23
16.	Не дотримувалися рекомендацій лікаря	5	79	35
17.	Не користувалися Інтернетом для пошуку медичної інформації	5	43	66
18.	Не обстежувалися на цукор крові	4	73	33
19.	Не розуміли потреби п/о	3	51	62
20.	Не відчували відповідальності за власне здоров'я	3	26	78

* Se, чутливість (%) показує поширеність ФР серед «неактивних».

** Sp, специфічність (%) показує відсутність ФР серед «активних».

Прогностична цінність наявності ФР для визначення недостатньої МА залежить від поширеності ФР серед категорії населення/колективу, до якої належить пацієнт, для якого вона визначається.

За аналогією інструменту PAM виокремлено 4 стадії становлення МА серед респондентів за самооцінкою та за ФР (табл.6).

Таблиця 6 – Стадії МА за результатами опитування ЕАН та за ФР

PAM	За самооцінкою	За ФР	За ЗСЖ
1стадія	Неактивні 20%	3-4 ФР 20%	Не дотримуються
2 стадія	Не визначилися щодо МА 30%	Немає /1-2 ФР 65%	Частково дотримуються
3 стадія	Активні 50%	Немає ФР 15%	Дотримуються ЗСЖ
4стадія	відповідає третій, проте додається вміння дотримуватися здорової поведінки у нестандартних умовах (карантин, воєнний стан, тощо)		

Аналіз поширеності ФР підтвердив той факт, що самооцінка МА респондентів була завищеною (50%). Позитивним було те, що активність має психологічні та емоційні складові, тому, можна вважати, що респонденти виразили свою готовність активуватися.

Відмінність між МА за самооцінкою та визначеною лікарем за ФР шляхом опитування/обстеження свідчила про МГ пацієнта.

<u>«Предикторами» МА були: «споживання фруктів та овочів, крім картоплі», «регулярні заняття фізичними вправами від 2-3 до 4-5 разів на тиждень не менше 30 хв.» та «відвідування лікаря з профілактичною метою».</u>

Особи з нижчим рівнем грамотності частіше мали кращі показники з харчування, тоді як з вищою освітою з ФА. Вищий економічний статус заохочує застосовувати поведінку, яка сприяє ЗСЖ [17].

Особи з НІЗ мали більшу відповідальність за здоров’я та кращі показники щодо харчування, здорові – щодо занять спортом і ФА.

Визначення МА пацієнта для розуміння початкового рівня та прогнозування подальшого розвитку подій щодо здоров’я сприятиме запобіганню НІЗ та їх ускладнень.

5. Визначення медичної активності пацієнта

5.1. Динаміка факторів ризику та оцінка медичної активності пацієнта

Дата _____ Пацієнт _____

Група ризику/ діагноз

Основні фактори ризику неінфекційних захворювань							
Контроль харчування							**50**
Достатньо		Обмеження					Дотримується посту
фруктів	овочів	солі	цукру	жиру	смаженого	фаст-фуду	
7	7	7	7	7	5	5	5

Фізична активність							**50**
Спорт	Вправи	Зарядка	Ходьба 3 км в день	Активний відпочинок	Робота з навантаженням	По господарству	На городі
7	7	7	7	7	5	5	5

Куріння						
Курить	20 і > сигарет на день	10 і > років	В компанії	Джерело пасивного	Раніше курив (ла)	Не курить
-7	-7	-7	-3	-3	-3	**30**

Вживання алкоголю				
Небезпечна частота	Небезпечна кількість	Впливає на відносини у сім'ї	Впливає на відносини в колективі	Не вживає/або безпечно
-5	-5	-5	-5	**20**

Медична грамотність: неадекватна (-); гранична (+-); належна (+)				
Харчування	ФА	Куріння	Алкоголь	НІЗ

Самооцінка = оцінка за ФР + **10 балів**

Візит 1		Призначення			
Зріст/маса тіла, ІМТ		Флюорографія ОГК		SCORE	
Вимірювання АТ		ЕКГ		Анкета на ХОЗЛ	
Аналіз крові на цукор		Огляд гінеколога (для жінок)		Анкета на виявлення ЦД	
Аналіз крові (ЗХС)		Огляд стоматолога		Онкопрофогляд	

Візит 2		Оцінювання			
Візит з профілактичною метою	**5**	Освітня програма	**5**	Консультування	**5**
Підготовлені запитання до візиту	**5**				
Скринінг в повному об'ємі	**5**				
Дотримання рекомендацій	**5**				
Контроль ФР	**5**				
Контроль захворювання	**5**				

Медична активність: кількість балів (макс.200)
Динаміка: позитивна, без змін, негативна

5.2.Алгоритм заповнення форми «Динаміка факторів ризику та оцінка медичної активності пацієнта»

Оцінка медичної активності (МА) відбувається упродовж щонайменше 2-х візитів до лікаря для оцінки ефективності співпраці з пацієнтом по завершенні випадку. Доцільно використовувати даний алгоритм при проведенні профілактичного огляду або на початку застосування профілактичної технології незалежно від приводу звернення пацієнта.

При первинному зверненні.

1. Відмічаємо групу ризику пацієнта на певне захворювання/клас та/або діагноз (для визначення об'єму необхідних обстежень та їх періодичності).
2. Шляхом опитування з'ясовуємо чи контролює пацієнт харчування (50 балів). Якщо так, то від 50 віднімаємо кількість балів інтервенційних складових яких він не дотримується. Якщо ні, то знаходимо суму балів складових, яких дотримується. Аналогічно щодо ФА.
3. За відсутності шкідливих звичок зараховуємо 50 балів (відсутність куріння – 30, частого споживання алкоголю – 20 балів). Якщо є шкідливі звички, то округлюємо бали під характеристиками та їх суму віднімаємо від максимальних значень відповідно.

За оцінку способу життя пацієнт може набрати 150 балів.

Оцінюємо медичну грамотність та ставимо позначки належної (+), граничної (+-), неадекватної (-) МГ у відповідних графах щодо харчування, ФА, куріння, алкоголю та профілактики/контролю за НІЗ. Максимальна оцінка МГ (+), якщо (+) відмітили у кожній тематичній графі, неадекватна – якщо нема (+) у жодній; гранична – якщо зустрічаються і (+), і (-).

Призначаємо скринінгові обстеження (дивись у формі для заповнення «призначення») (рис. 1), які пацієнт потребує.

Визначаємо освітню програму для інформаційно-освітньої технології (індивідуальна бесіда, посилання на відповідне джерело в мережі Інтернет,

пам’ятка, школа здоров’я). Якщо МГ недостатня з декількох питань, спершу обираємо найактуальнішу тему, враховуючи групу ризику/захворювання/ФР.

Повторний візит.

Перевіряємо шляхом опитування динаміку ФР, вносимо корективи у бальну оцінку. Записуємо там де є зміни через косу лінію.

Оцінюємо дії пацієнта у 5 балів, а саме:

1) візит з профілактичною метою або контролем за захворюванням;
2) підготовлені запитання до візиту;
3) пройдені дослідження;
4) дотримані рекомендації;
5) контролюються ФР,
6) контролюється захворювання,
7) пройдена освітня програма.

Проводимо індивідуальне профілактичне консультування як підґрунтя для прицільних за темою інформаційно-освітніх технологій (у відповідь на знайдені патологічні зміни у результатах обстежень), медичної грамотності та мотивації до змін.

Визначаємо групу до якої можна віднести пацієнта за ФР, МР та НІЗ (можлива її позитивна/негативна динаміка на наступних візитах) та керуємося відповідними до групи рекомендованими профілактичними втручаннями з поправками на конкретного пацієнта.

Якщо контроль за харчуванням, ФА, МА за самооцінкою, відношення до куріння та споживання алкоголю відповідають бальній оцінці – додаємо 10 балів до загальної оцінки.

МА максимально може вимірюватися у 200 балів.

Відмічаємо динаміку від часу першого візиту.

Бланк форми можна використовувати для 2-3 х візитів на одну причину звернення.

5.3. Приклад застосування Алгоритму

Пацієнт А. віком 45 років недостатньо споживав фрукти (-7), овочі (-7), не обмежував сіль (-7), споживав фаст-фуд (-5). Вважав, що контролює харчування. Кількість балів 50-26=24

Проживав у сільській місцевості, працював по господарству (5), сезонно на городі (5) на роботу добирався машиною, робота пов'язана з навантаженням (5), на вихідних старався відіспатися. Кількість балів за ФА 15.

Раніше курив 30-3 =27 балів. Вживав міцні алкогольні напої у помірній кількості 1-2 рази на місяць. Кількість балів 20. Всього 24+15+27+20=86.

Медична грамотність гранична +- (неадекватна з питань харчування та профілактики НІЗ). Загальна оцінка за спосіб життя **86 МГ+-**

ІМТ (28 кг/м^2), АТ (140/85 мм рт.ст.).

Призначення: контроль АТ, клінічні та біохімічні скринінгові обстеження.

У рамках освітньої програми провели коротку бесіду щодо надлишкового вживання солі, фаст-фуду та запобігання АГ, дали рекомендації. Видали на руки пам'ятку про здорове харчування та правильність вимірювання АТ. Призначили наступний огляд через 2 тижні. Враховуючи НМТ та ПАГ визначили пацієнта як «практично здоровий (МР та ДС) з 1-2 ФР без куріння».

Через 2 тижні: пацієнт відмовився від фаст-фуду (+5), став більше вживати овочів (+7) та обмежив сіль (+7). До ФА добавив щоденну зарядку (+7) та активний відпочинок (футбол) (+7) без вживання алкогольних напоїв. Медична грамотність залишалася поки що граничною. Загальна оцінка способу життя **119 МГ+-.** Пацієнт пройшов призначені обстеження. ІМТ 27,5. АТ 140/80. Проведене індивідуальне профілактичне консультування. Візит 2 можемо оцінити максимально у 40 балів. Є позитивна динаміка у показниках АТ. Всього оцінюємо МА у 159 балів.

Доцільно рекомендувати ще один візит для постановки заключного діагнозу щодо АГ, контролю дотримання рекомендацій, динаміки ФР та МА, домовитися щодо контролю АТ, маси тіла, періодичності візитів та форму спілкування (за телефоном).

Висновки

1. Медична активність пацієнта є ключовим фактором збільшення ефективності профілактичних втручань та покращення показників здоров’я.
2. Аналіз відповідності повідомлень респондентів щодо недостатньої медичної активності факторам ризику дозволив виділити найбільш асоційовані детермінанти, через які можна її підвищувати.
3. Предиктори МА такі як «споживання фруктів та овочів, крім картоплі», «регулярні заняття фізичними вправами від 2-3 до 4-5 разів на тиждень не менше 30 хв.» та «відвідування лікаря з профілактичною метою» мають бути пріоритетними цілями втручань, адже відповідають іншим позитивним змінам у способі життя пацієнтів.
4. Відмінність між медичною активністю за самооцінкою та за факторами ризику свідчить про неадекватну медичну грамотність, що важливо враховувати лікарю за будь-якого профілактичного втручання.
5. Медична активність є результатом взаємодії лікаря та пацієнта, її становлення тривале, тому оцінювати її зміни доцільно в динаміці.

Рекомендована література

1. WHO. Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2020 Dec 26]. 26 p. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. P.22. Available from:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252269/9789241511629-eng.pdf;jsessionid=CA6E89B7FDE942D25C3D532C91B9CD7C?sequence=1

2. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. Health Aff (Millwood). 2013 Feb;32(2):223-31. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1133.

3. Case K, Guo Y, Nixon SJ, Muller K, Huo T, Prather R, et al. Exploring the Role of Executive Functioning Capacity in Patient Activation and Health Outcomes Among Medicaid Members With Multiple Comorbidities. Med Care Res Rev. 2019 Aug;76(4):444-461. doi: 10.1177/1077558717709419.

4. Mosen DM, Schmittdiel J, Hibbard J, Sobel D, Remmers C, Bellows J. Is patient activation associated with outcomes of care for adults with chronic conditions? J Ambul Care Manage. 2007 Jan-Mar;30(1):21-9. doi: 10.1097/00004479-200701000-00005.

5. Greene J, Hibbard JH, Sacks R, Overton V, Parrotta CD. When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too. Health Aff (Millwood). 2015 Mar;34(3):431-7. doi: 10.1377/hlthaff.2014.0452.

6. Hibbard JH, Greene J, Shi Y, Mittler J, Scanlon D. Taking the long view: how well do patient activation scores predict outcomes four years later? Med Care Res Rev. 2015 Jun;72(3):324-37. doi: 10.1177/1077558715573871.

7. Lindsay A, Hibbard JH, Boothroyd DB, Glaseroff A, Asch SM. Patient Activation Changes as a Potential Signal for Changes in Health Care Costs: Cohort Study of US High-Cost Patients. J Gen Intern Med. 2018 Dec;33(12):2106-2112. doi: 10.1007/s11606-018-4657-6.

8. Grando M, Rozenblum R, Bates DW. Information technology for patient empowerment in healthcare. Walter de Gruyter GmbH, 2015. 260 p. doi:https://doi.org/10.1515/9781614514343

9. Greene J, Hibbard JH. Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. J Gen Intern Med. 2012 May;27(5):520-6. doi: 10.1007/s11606-011-1931-2.

10. Davis MM. Case Managers a Catalyst for Patient Activation. Prof Case Manag. 2019 May/Jun;24(3):155-157. doi: 10.1097/NCM.0000000000000362.

11. Kickbusch I,Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD,editors. Health literacy. The solid facts. [Internet], WHO; 2013 [cited 2020 Dec 26]. 86p. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/00 08/190655/e96854.pdf.

12. Рингач НО, Огай МЮ, Гаврилова ВВ. Статистична оцінка вподобань, критеріїв вибору та ступеня довіри населення до джерел інформації щодо здорового способу життя, профілактики і лікування серцево-судинних захворювань. Статистика України. 2017;4:70–8.

13. Рингач НО. Грамотність з питань здоров'я і досягнення Цілей сталого розвитку в Україні. Демографія та соціальна економіка. 2020;2(40):71-88.

14. Wetta RE, Severin RD, Gruhler H, Lewis N. Capturing health literacy assessment in the electronic health record through evidence-based concept creation: A review of the literature and recommendations for action. Health Informatics J. 2019 Sep;25(3):1025-1037. doi: 10.1177/1460458217739341.

15. Hibbard JH, Cunningham PJ. How engaged are consumers in their health and health care, and why does it matter? Res Brief. 2008 Oct;(8):1-9.

16. Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M. Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? Health Serv Res. 2007 Aug;42(4):1443-63. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00669.x.

17. Aygar H, Akbulut Zencirci S, Ozturk Emiral G, Alaiye M, Soysal A, Onsuz MF, et al. Assessment of health-promoting lifestyle behaviors of adults living in the semi-rural area. North Clin Istanb 2019;6(1):13-20. doi:10.14744/nci.2017.19327.

ДЛЯ НОТАТКІВ