

ВИВЧЕННЯ ІНФОРМОВАНOSTІ ТА АВТОНОМІЇ ПАЦІЄНТІВ ДЛЯ ПОТРЕБ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я (НА ПРИКЛАДІ КРОС-СЕКЦІЙНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСІБ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У м. ДНІПРО)

Л.В. Крячкова, В.Ю. Кротова, Л.О. Кротова, М.І. Заярський

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна

Резюме

Мета дослідження – на прикладі осіб з артеріальною гіпертензією (АГ) з'ясувати їх інформованість щодо наявності підвищеного артеріального тиску (АТ), дослідити питання їх автономії у прийнятті медичних рішень та визначити чинники, що впливають на ситуацію.

Матеріал і методи. Дослідження проводилося на підставі даних, отриманих під час проекту «May measurement month» Міжнародного товариства з артеріальної гіпертензії (2017-2019 рр.) до виконання якого долучалися співробітники та студенти Дніпровського державного медичного університету. Було проведено поперечне дослідження АТ серед 757 дорослих мешканців міста Дніпро. Наявність АГ визначалася згідно підходів зазначеного проекту. Загальна інформація, дані щодо факторів ризику та здоров'язберігаючої поведінки визначалися за результатами опитування обстежених. Обробка даних проводилася з використанням стандартних статистичних засобів.

Результати. У дослідженні взяли участь 476 (62,9%) жінок та 281 (37,1%) чоловіків віком від 18 до 90 років. Артеріальну гіпертензію було виявлено у 31,8% (95% ДІ 28,5% – 35,3%) осіб. АГ частіше зустрічалася у осіб старших вікових груп. Серед керованих факторів ризику у обстежених найчастіше зустрічалися – підвищений ІМТ, паління, вживання алкогольних напоїв. Більше двох третин осіб з виявленим підвищеним АТ не знали про свій стан та не приймали відповідне лікування, в той же час майже половина хворих не досягли контролю АТ навіть приймаючи ліки. Лише 17,4% (95% ДІ 14,8% – 20,3%) осіб приймали відповідне антигіпертензивне лікування, що відповідає 54,8% виявлених випадків артеріальної гіпертензії.

Прийом показаних антигіпертензивних засобів, що є проявом автономії пацієнтів, їх свідомого рішення щодо додержання призначеного лікування, за даними дослідження залежить від віку хворих та наявності обтяжуючих стан здоров'я чинників: підвищеного ІМТ, перенесеного інфаркту міокарда та/або інсульту.

Висновки. За даними дослідження визначено факти, що свідчать про погану інформованість осіб з АГ щодо стану власного здоров'я та низьку схильність до прийняття рішень щодо його підтримки. Це обґрунтовує необхідність більш ретельного залучення населення до процесу медичного обслуговування із підвищенням рівня їх обізнаності та автономії, в тому числі й інформованості відносно можливостей у прийнятті медичних рішень щодо власного здоров'я.

Ключові слова: громадське здоров'я, інформованість населення щодо стану здоров'я, автономія пацієнтів, артеріальна гіпертензія, мешканці міста Дніпро

ВСТУП

Основою розбудови пацієнт-орієнтованої системи охорони здоров'я (ОЗ) є обізнана людина, що свідомо взаємодіє із медичною галуззю, здатна долучатися до прийняття медичних рішень щодо власного

здоров'я, за реалізацію яких бере на себе відповідальність нарівні із провайдерами медичної допомоги.

Інформованість пацієнта та його автономія – участь в обговоренні лікувального процесу або його свідомо згода на вибір засобів і методів лікування, ві-

діграють суттєву роль в охороні громадського здоров'я. Підвищення залученості хворих може супроводжуватися збільшенням задоволеності пацієнтів, позитивними клінічним та економічним ефектом, а в підсумку – посприяти виконанню провідних цілей галузі – привести до покращення здоров'я населення та поліпшення відгуку ОЗ на обґрунтовані запити пацієнтів [1, 2, 3].

Оцінка чутливості української системи охорони здоров'я показала, що автономія пацієнтів сприймається населенням як недостатньо важливий аспект медичного обслуговування та невисоко оцінюється [4]. Це є свідченням того, що погана інформованість хворих та недостатній ступінь їх залучення до здоров'язберігаючої і здоров'япідтримуючої поведінки можуть бути перешкодою на шляху підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я. Автономія має значення не тільки для поліпшення чутливості ОЗ, але й сприяє суттєвому оздоровчому ефекту на популяційному рівні завдяки кращій налаштованості пацієнтів на лікування, готовності населення до відповідальності за стан власного здоров'я.

Інформованість населення щодо стану здоров'я та автономія пацієнтів є дуже важливими аспектами при організації медичного обслуговування пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями загалом та артеріальною гіпертензією (АГ) зокрема.

На сьогоднішній день, в умовах пандемії коронавірусної інфекції, проблема підвищеного артеріального тиску (АТ) серед населення та розповсюдженості артеріальної гіпертензії залишається вкрай актуальною медико-соціальною проблемою, оскільки АГ є основною причиною серцево-судинних захворювань (ССЗ) та смертності, яку можна було б попередити; гіпертонічна хвороба (ГХ) є найбільш частим захворюванням серцево-судинної системи в Україні [5, 6]; у осіб з підвищеним АТ зростає ризик захворюваності та смертності від COVID-19 [7].

За даними експертів Європейських товариств кардіологів та гіпертензії (ESC/ESH) до стійкого підвищення артеріального тиску схильні більше 1 мільярда дорослих у всьому світі, але рівень контролю АТ у більшості країн світу залишається низьким. Подолання цієї проблеми можливо на різних рівнях медичного обслуговування, але найбільш ефективними вважаються профілактичні заходи та раннє виявлення порушень здоров'я [8, 9].

Незважаючи на доступність ефективних методів лікування, збільшення автономії пацієнтів у процесі прийняття медичних рішень, рівень контролю АТ у більшості країн світу залишається низьким. Багато людей не знають про свій підвищений артеріальний тиск, не отримують відповідного лікування та не приймають участь у контролі захворювання. Це негатив-

но відбивається на показниках громадського здоров'я та на ефективності медичного обслуговування.

В Україні проводилися дослідження, що торкалися різних аспектів відгуку галузі на запити населення та чутливості охорони здоров'я (ОЗ) в цілому, однак робіт, в яких би вивчалися такі окремі аспекти чутливості, як автономія пацієнтів бракує, що і обумовило актуальність дослідження.

Мета дослідження – на прикладі осіб з артеріальною гіпертензією з'ясувати їх інформованість щодо наявності підвищеного АТ, дослідити питання їх автономії у прийнятті медичних рішень та визначити чинники, що впливають на ситуацію.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Дослідження проводилося на підставі даних, отриманих під час проекту «May measurement month» Міжнародного товариства з артеріальної гіпертензії (2017-2019 рр.) до виконання якого долучалися співробітники та студенти Дніпровського державного медичного університету. В рамках програми було проведено поперечне дослідження АТ серед 757 дорослих (старше 18 років) мешканців міста Дніпро.

Відповідно до рекомендацій Європейського товариства з артеріальної гіпертензії вимірювання АТ проводилось 3-разово, за його результатами визначалася наявність АГ. Також кожен учасник заповнив анкету щодо загальних даних та факторів способу життя.

Обстеження було добровільним й анонімним, конфіденційність інформації була захищена деперсоналізацією ідентифікаторів учасників.

Артеріальна гіпертензія визначалась при систолічному АТ ≥ 140 мм рт. ст. та/або діастолічному АТ ≥ 90 мм рт. ст., на підставі середнього значення другого та третього вимірювань, та/або наявності даних щодо прийому антигіпертензивних препаратів. Вважалось, що люди, які приймають антигіпертензивні препарати, страждають на АГ та знають про це [8].

Під контролем АТ розуміли частку осіб (%) з артеріальною гіпертензією, що досягли цільових значень артеріального тиску. Під ефективністю лікування артеріальної гіпертензії розуміли частку осіб (%), які досягли цільових значень АТ серед тих, хто приймає призначену раніше антигіпертензивну терапію (АГТ) [10].

Для аналізу даних, виявлення поведінкових чинників, що асоційовані з підвищеним АТ, усі обстежені були поділені на дві групи: група 1 – особи без АГ та група 2 – особи з артеріальною гіпертензією, виявленою під час обстеження або наявною за даними опитування пацієнтів.

Статистичний аналіз, що включав розрахунок середніх величин та їх описання в залежності від ха-

рактеру розподілу (визначався за критерієм Шапіро-Уїлка) у вигляді середньої арифметичної (M) та 95% довірчого інтервалу (95% ДІ) при нормальному розподілі та медіани й інтерквартильного розмаху Me (25%; 75%) – при асиметричному; розрахунок відносних величин із 95% ДІ; оцінку достовірності розбіжностей кількісних змінних за критерієм Манна-Уїтні, якісних – за критерієм χ^2 Пірсона, в тому числі з поправкою Йейтса; ранговий кореляційний аналіз із розрахунком коефіцієнта кореляції Спірмена (r_s), здійснювався за допомогою STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc., серійний № AGAR909E415822FA).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У дослідженні взяли участь 476 (62,9%) жінок та 281 (37,1%) чоловіків віком від 18 до 90 років (табл. 1). Середній вік усіх обстежених склав 38,8 (95% ДІ 37,5-40,1) років, в групі 1-31,7 (95% 30,4-33,0) років; в групі 2-54,1 (95% 52,1-56,0) років ($p < 0,001$). Статистично суттєві розбіжності між групами за віком пов'язані із переважанням у групі обстежених, що мають АГ, більшої частки літніх осіб. Цей факт є підтвердженням закономірності щодо збільшення частоти виявлення підвищеного артеріального тиску в осіб старших вікових груп.

Таблиця 1

Характеристики осіб, залучених до дослідження

Характеристики	Усі обстежені	Група 1 без АГ	Група 2 з АГ	p
Загальна кількість, n (%)	757 (100,0)	516 (68,2)	241 (31,8)	-
Стать, n (%)				
жінки	476 (62,9)	333 (64,5)	143 (59,3)	0,168
чоловіки	281 (37,1)	183 (35,5)	98 (40,7)	
Вік				
від 18 до 59 років	615 (81,2)	478 (92,6)	137 (56,8)	<0,001
60-74 років	131(17,3)	37 (7,2)	94 (39,0)	
75 років та старше	11 (1,5)	1(0,2)	10 (4,2)	
Наявність ожиріння, n (%)				
Відсутнє	607 (80,2)	470 (91,1)	137 (56,9)	<0,001
Наявне	150 (19,8)	46 (8,9)	104 (43,1)	
Паління, n (%)				
Ні	614 (81,1)	439 (85,1)	175 (72,6)	<0,001
Так	143 (18,9)	77 (14,9)	66 (27,4)	
Вживання алкоголю, n (%)				
Ні або рідко	612 (80,8)	426 (82,6)	186 (77,2)	0,061
<1 разу на тиждень	115 (15,2)	75 (14,5)	40 (16,6)	
Часто	30 (4,0)	15 (2,9)	15 (6,2)	
Перенесений інсульт, n (%)				
Ні	733 (96,8)	506 (98,1)	227 (94,2)	0,005
Так	24 (3,2)	10 (1,9)	14 (5,8)	
Перенесений інфаркт міокарду, n (%)				
Ні	680 (89,8)	494 (95,7)	186 (77,2)	<0,001
Так	77 (10,2)	22 (4,3)	55 (22,8)	
Цукровий діабет, n (%)				
Ні	722 (95,4)	509 (98,6)	213 (88,4)	<0,001
Так	35 (4,6)	7 (1,4)	28 (11,6)	
Наявність АГ за даними вимірювань, n (%)				
Ні	587 (77,5)	516 (100,0)	71 (29,5)	<0,001
Так	170 (22,5)	0 (0)	170 (70,5)	
Прийом гіпотензивних препаратів, n (%)				
Ні	625 (82,6)	516 (100,0)	109 (45,2)	<0,001
Так	132 (17,4)	0 (0)	132 (54,8)	
Періодичне вимірювання АТ, n (%)				
Ні	509 (67,2)	403 (78,1)	106 (44,0)	<0,001
Так	248 (32,8)	113 (21,9)	135 (56,0)	

Примітка. p – розбіжності між групами за критерієм χ^2 Пірсона, в тому числі з поправкою Йейтса

Ранговий кореляційний аналіз показав пряму залежність між віком та систолічним (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена $r_s = 0,53$; $p < 0,001$) та діастолічним АТ ($r_s = 0,41$; $p < 0,001$), між віком та ін-

дексом маси тіла – ІМТ ($r_s = 0,56$; $p < 0,001$). В свою чергу ІМТ ($r_s = 0,47$; $p < 0,001$), як і ожиріння ($r_s = 0,40$; $p < 0,001$) та вік ($r_s = 0,55$; $p < 0,001$) корелювали з наявністю АГ.

П'ята частина обстежених (19,8%) мали ожиріння, при цьому частка осіб з надлишковою масою тіла в групі 2 була суттєво вищою ($p < 0,001$).

Серед обстежених мешканців міста Дніпро 77 (10,2%; 95% ДІ 8,1% – 12,6%) перенесли інфаркт, 24 (3,2%; 95% ДІ 2,0% – 4,7%) – інсульт, 6 осіб перенесли інфаркт та інсульт, 35 (4,6%) людей (95% ДІ 3,2% – 6,4%) зазначили, що страждають на цукровий діабет. Особи, що перенесли інфаркт міокарду, мали вищий систолічний та діастолічний АТ ($p < 0,001$) порівняно з іншими. Особи, що перенесли інсульт, мали вищий систолічний АТ ($p = 0,037$). Хворі на цукровий діабет, мали вищий систолічний та діастолічний АТ ($p = 0,001$).

Більша частка хворих з групи із артеріальною гіпертензією мають в анамнезі перенесений інфаркт міокарду порівняно з групою без АГ (22,8% та 4,3% відповідно; $p < 0,001$), інсульт (5,8% та 1,9% відповідно; $p = 0,005$). У осіб з АГ частіше спостерігався цукровий діабет, ніж у осіб без АГ (4,6% та 1,4% відповідно; $p < 0,001$).

Серед учасників дослідження було виявлено 143 (18,9%) курців (95% ДІ 16,2% – 21,9%), з них 55 (38,5%) жінок та 88 (61,5%) чоловіків. Особи, що палять мали більш високий систолічний та діастолічний

АТ ($p < 0,001$). Також було виявлено 30 (4,0%) осіб (95% ДІ 2,7% – 5,6%), що часто вживають алкогольні напої (з них 6 (20%) жінок та 24 (80%) чоловіка) та 115 (15,2%) людей (95% ДІ 12,7% – 18,0%), що вживають алкогольні напої менше одного разу на тиждень (з них 48 (41,0%) жінок та 67 (58,3%) чоловіків). Більш високий систолічний та діастолічний АТ спостерігався у людей, що вживають алкогольні напої, з наявною кореляційною залежністю від дози ($p < 0,05$).

Про низьку схильність пацієнтів до прийняття рішень щодо власного здоров'я вказує те, що лише 32,8% опитуваних періодично вимірювали власний АТ. При цьому особи з групи 2 з АГ частіше цікавилися рівнем власного АТ порівняно з особами з групи 1 без АГ ($p < 0,001$). Це вказує на те, що частка тих у кого було виявлено АГ за результатами обстеження, була певним чином проінформована про наявність проблем зі здоров'ям.

За рекомендацією керівників проекту [8], частка осіб з наявною артеріальною гіпертензією була визначена засередніми значеннями другого та третього вимірювань (табл. 2).

Таблиця 2

Середній артеріальний тиск та частка осіб з визначеною АГ

Вимірювання АТ	Систолічний тиск (мм рт. ст.)	Діастолічний тиск (мм рт. ст.)	Частка осіб з визначеною АГ	
	М (95% ДІ)		n	%
1 вимірювання	126,8 (125,4-128,1)	79,5 (78,7-80,3)	278	36,7
2 вимірювання	124,6 (123,2-125,9)	78,5 (77,6-79,3)	262	34,6
3 вимірювання	123,0 (121,7-124,3)	77,8 (77,0-78,6)	253	33,4
Середнє 1 та 2 вимірювання	125,7 (124,4-127,0)	79,0 (78,2-79,8)	257	33,9
Середнє 2 та 3 вимірювання	123,8 (122,5-125,1)	78,1 (77,3-79,0)	241	31,8
Середнє 1, 2, 3 вимірювання	124,8 (123,5-126,1)	78,6 (77,8-79,4)	253	33,4

Артеріальну гіпертензію було виявлено у 241 (31,8%) особи (95% ДІ 28,5% – 35,3%), у 143 (30,0%) жінок та 98 (34,9%) чоловіків. Систолічний та діастолічний АТ у чоловіків був достовірно вищим, ніж у жінок ($p < 0,001$). Жінки мали більшу частоту серцевих скорочень ($p = 0,013$). Більшість обстежених з артеріальною гіпертензією (56,8%) належали до працездатного віку.

З обстежених, 132 (17,4%) осіб (95% ДІ 14,8% – 20,3%) приймали відповідне антигіпертензивне лікування, що відповідає 54,8% виявлених випадків артеріальної гіпертензії (табл. 1). Серед тих, хто приймав призначені раніше гіпотензивні засоби ($n = 132$) досягли цільових значень АТ на момент обстеження 71 (53,8%) особа (95% ДІ 44,9% – 62,5%), відповідно, серед усіх виявлених хворих з АГ контрольований АТ було виявлено у 29,5% осіб. Майже половина (46,2%)

хворих, що приймали відповідне антигіпертензивне лікування, не досягли належного рівня контролю АГ, що може свідчити про неефективність лікування. Систолічний та діастолічний АТ у людей, що приймали антигіпертензивні препарати, був достовірно вищим, ніж у тих, хто не отримував АГТ ($p < 0,001$).

Із 170 обстежених з систолічним АТ ≥ 140 мм рт. ст. та/або діастолічним АТ ≥ 90 мм рт. ст., 109 осіб (64,1%) не отримували антигіпертензивну терапію, з усіх учасників дослідження, які не приймали гіпотензивні препарати, у 17,4% була виявлена АГ, що свідчить про погану інформованість обстежених мешканців Дніпра щодо стану власного здоров'я.

За підходом, запропонованим у ESSE-RF study [10], можна визначити, що серед усіх обстежених за результатами комплексного обстеження у 68,2% не було визначено АГ; кожен десятий (9,4%) лікувався ефек-

тивно, оскільки приймав антигіпертензивні препарати та мав нормальний рівень АТ; 8,1% обстежених лікувались неефективно, оскільки не досягли нормалізації АТ на фоні прийому АГТ; кожен 7-й (14,4%) мав підвищений АТ та не приймав необхідних пре-

паратів. Останню групу обстежених можна вважати хворими з поганою інформованістю та недостатньою реалізацією права автономії, і саме на них, в першу чергу, повинні бути націлені заходи з промоції здоров'я (рис. 1).

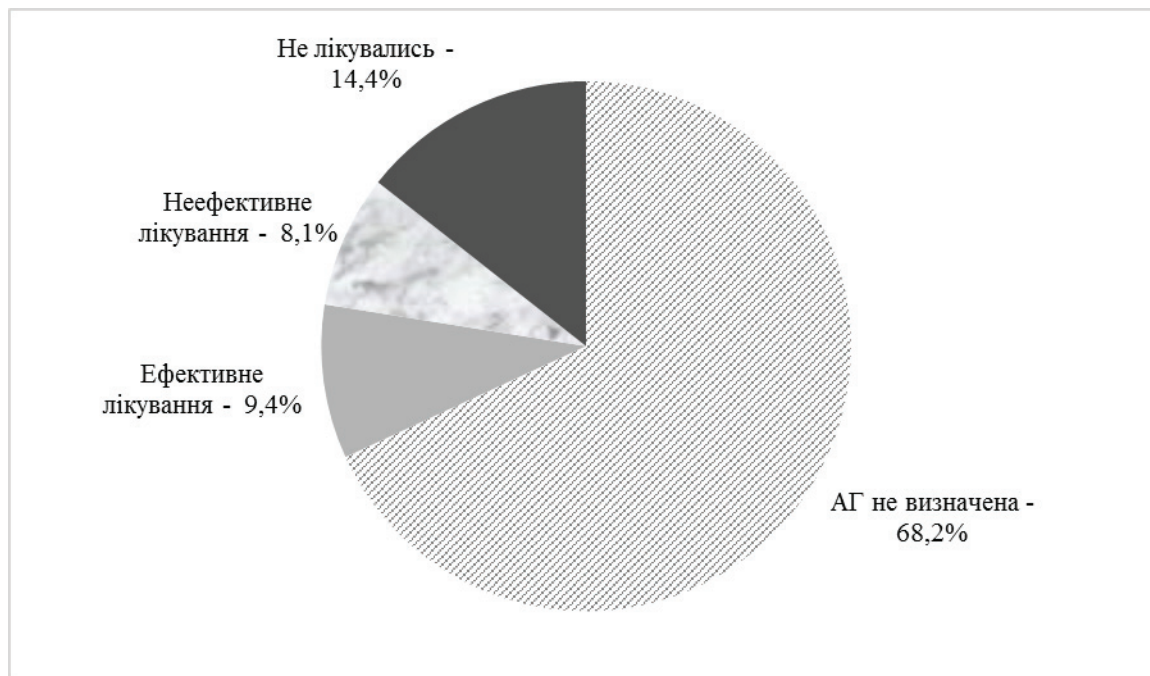


Рис 1. Розподіл обстежених щодо наявності АГ та ефективності її лікування за часткою осіб, що досягли цільових значень АТ (у % до загального числа обстежених)

З прийомом антигіпертензивних засобів, за даними кореляційного аналізу, пов'язані такі характеристики обстежених, як: вік ($r_s=0,43$; $p<0,001$); ІМТ ($r_s=0,38$; $p<0,001$); перенесений інсульт ($r_s=0,18$; $p<0,001$) та інфаркт міокарду ($r_s=0,20$; $p<0,001$).

ВИСНОВКИ

За даними проведеного дослідження в рамках проекту «May measurement month», частота розповсюдження артеріальної гіпертензії серед мешканців міста Дніпро складає 31,8% (95% ДІ 28,5% – 35,3%), що кореспондується з офіційними статистичними [5] і епідеміологічними даними та підтверджує валідність дослідження. Показник контролю АТ складав 29,5% при ефективністю лікування артеріальної гіпертензії – 53,8%.

Артеріальна гіпертензія у вибірці обстежених частіше зустрічалася у осіб старших вікових груп з ожирінням. Більше половини хворих на АГ належать до працездатного віку, що є важливим медико-соціальним фактором державного значення. Демографічні (вік, стать) та фактори способу життя (ІМТ, паління, вживання алкогольних напоїв) впливають на розповсюдженість АГ серед населення міста Дні-

про. Ця інформація кореспондується з даними щодо найбільш розповсюджених керованих факторів ризику і може використовуватися для модифікації способу життя населення при плануванні та організації профілактичних заходів.

За даними дослідження визначено факти, що свідчать про погану інформованість осіб щодо стану власного здоров'я та низьку схильність до прийняття медичних рішень. Більше двох третин осіб з виявленим підвищеним АТ не знали про свій стан та не приймали відповідне лікування, в той же час майже половина хворих не досягли контролю АТ навіть приймаючи ліки. Це обґрунтовує необхідність більш ретельного залучення населення до процесу медичного обслуговування із підвищенням рівня їх обізнаності та автономії, в тому числі й інформованості відносно можливостей у прийнятті медичних рішень щодо власного здоров'я.

Прийом показаних антигіпертензивних засобів, що є проявом автономії пацієнтів, їх свідомого рішення щодо додержання АГТ, за даними дослідження залежить від віку хворих та наявності обтяжуючих стан здоров'я чинників: підвищеного ІМТ, перенесеного інфаркту міокарда та/або інсульту.

При медичному обслуговуванні хворих на АГ потрібно активно застосовувати здобутки доказової профілактики та науково обґрунтованої самопомоги. Оскільки, виявляється нагальна потреба у пропагуванні здорового способу життя, відмови від шкідливих звичок, раціонального харчування та боротьби з гіподинамією, потрібно зосередитися на формуванні позитивного ставлення хворих до лікування та зміни їх відношення до хвороби. Це слід враховувати як при організації медичного обслуговування, так і при роботі системи громадської охорони здоров'я в цілому.

Розширення прав та можливостей населення та активне залучення пацієнтів у процес лікування призведе до покращення його результатів, підвищення ступеня прихильності та задоволеності хворих. Підвищити рівень залученості пацієнтів до прийняття ме-

дичних рішень можливо шляхом надання достовірної та доступної інформації, промоції здоров'я, гігієнічного виховання, підтримки за принципом «від рівного до рівного», обміну механізмами прийняття рішень.

Підвищити привабливість профілактичних заходів для пацієнтів можливо шляхом розбудови відповідної програми та підвищення її доступності через проведення у зручний час, шляхом використання сучасних електронних і дистанційних технологій тощо.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні автономії пацієнтів серед широких верств населення, пацієнтів із різними діагнозами, з подальшою розробкою комплексу відповідних профілактичних заходів з урахуванням координаційної ролі сектору громадського здоров'я.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Vahdat S., Hamzehgardeshi L., Hessam S., Hamzehgardeshi Z. Patient involvement in health care decision making: a review. *Iranian Red Crescent medical journal*. 2014. No. 16(1). e12454. <https://doi.org/10.5812/ircmj.12454>.
2. Keeping the patient in the center: Common challenges in the practice of shared decision making / K.A. Fisher et al. *Patient education and counseling*. 2018. No. 101(12). P. 2195-2201. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.007>.
3. Mirzoev T., Kane S. What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMJ global health*. 2017. No. 2(4). e000486. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000486>.
4. Крячкова Л.В. Пути обеспечения отзывчивости системы здравоохранения к требованиям, предъявляемым населением (на примере Украины). *Medyczne zeszyty naukowe. Uczelni Warszawskiej im. Marii Skłodowskiej-Curie*. 2016. № 1 (5). С. 137-157.
5. Настанова та клінічний протокол надання медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія»: наказ Міністерства охорони здоров'я від 24.05.2012 р. № 384. 2012. С. 7.
6. Целуйко В.И. Систолическая артериальная гипертензия в Украине: реали клинической практики по данным исследования СИСТЕМА. Артериальная гипертензия. 2016. № 12(46). С. 69-75.
7. Task Force for the management of COVID-19 of the European Society of Cardiology. ESC guidance for the diagnosis and management of cardiovascular disease during the COVID-19 pandemic: part 2-care pathways, treatment, and follow-up. *European heart journal*. 2021. ehab697. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab697>.
8. May Measurement Month 2018: a pragmatic global screening campaign to raise awareness of blood pressure by the International Society of Hypertension / T. Beaney et al. *European heart journal*. 2019. No. 40(25). P. 2006-2017. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz300>.
9. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension / B. Williams et al. *European heart journal*. 2018. No. 39(33). P. 3021-3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>.
10. Life quality of persons with arterial hypertension in Russia — is there relation to treatment? (by data from populational study ESSE-RF / Yu.A. Balanova et al. *Russian Journal of Cardiology*. 2016. No. 9. P. 7-13. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2016-9-7-13>.

REFERENCES

1. Vahdat, S., Hamzehgardeshi, L., Hessam, S., & Hamzehgardeshi, Z. (2014). Patient involvement in health care decision making: a review. *Iranian Red Crescent medical journal*, 16(1), e12454. <https://doi.org/10.5812/ircmj.12454>.
2. Fisher, K. A., Tan, A., Matlock, D. D., Saver, B., Mazor, K. M., & Pieterse, A. H. (2018). Keeping the patient in the center: Common challenges in the practice of shared decision making. *Patient education and counseling*, 101(12), 2195-2201. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.007>.

3. Mirzoev, T., & Kane, S. (2017). What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMJ global health*, 2(4), e000486. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000486>
4. Kryachkova, L.V. (2016). Puti obespecheniya otzyvchivosti systemy zdravookhraneniya k trebovaniyam, predyavlyаемым naseleniyem (na primere Ukrainy) [Ways to providing system of health system's responsiveness to population requirements (for example of Ukraine)]. *Medical science notebooks. Of the Warsaw University Maria Skłodowskiej-Curie*, 1(5), 137-157.
5. Guidelines and clinical protocol for the provision of medical care «Hypertension» (2012). Order of the Ministry of Health of Ukraine of 24.05.2012, 384, 7.
6. Tseluiko V.I. (2016) Sistolicheskaya arterial'naya gipertenziya v Ukraine: reali klinicheskoy praktiki po danym issledovaniya SISTEMA [Systolic hypertension in Ukraine: the realities of clinical practice according to the study SYSTEM]. *Hypertension*, 12(46), 69-75.
7. Task Force for the management of COVID-19 of the European Society of Cardiology (2021). ESC guidance for the diagnosis and management of cardiovascular disease during the COVID-19 pandemic: part 2-care pathways, treatment, and follow-up. *European heart journal*, ehab697. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab697>.
8. Beaney, T., Burrell, L. M., Castillo, R. R., Charchar, F. J., Cro, S., Damasceno, A., Kruger, R., Nilsson, P. M., Prabhakaran, D., Ramirez, A. J., Schlaich, M. P., Schutte, A. E., Tomaszewski, M., Touyz, R., Wang, J. G., Weber, M. A., Poulter, N. R., & MMM Investigators (2019). May Measurement Month 2018: a pragmatic global screening campaign to raise awareness of blood pressure by the International Society of Hypertension. *European heart journal*, 40(25), 2006-2017. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz300>.
9. Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S. E., Kreutz, R., Laurent, S., Lip, G., ... ESC Scientific Document Group (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European heart journal*, 39(33), 3021-3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>.
10. Balanova Yu.A., Kontsevaya A.V., Shalnova S.A., Deev A.D., Kapustina A.V., Evstifeeva S.E., Muromtseva G.A., Imaeva A.E., Boytsov S.A. (2016). Life quality of persons with arterial hypertension in Russia — is there relation to treatment? (by data from populational study ESSE-RF). *Russian Journal of Cardiology*, 9, 7-13. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2016-9-7-13>.

Summary

STUDY OF PATIENT AWARENESS AND AUTONOMY FOR PUBLIC HEALTH NEEDS (ON THE EXAMPLE OF A CROSS-SECTIONAL STUDY OF PEOPLE WITH HYPERTENSION IN DNIPRO)

L.V. Kriachkova, V.Yu. Krotova, L.O. Krotova, M.I. Zayarsky (Dnipro)

Dnipro state medical university, Dnipro, Ukraine

The aim of the study is to find out awareness about the presence of high blood pressure (BP), to investigate the autonomy in medical decision-making and to determine the factors influencing the situation on the example of people with hypertension.

Material and methods. The study was made on the basis of data obtained during the project «May measurement month» of the International Society of Hypertension (2017-2019), which involved employees and students of the Dnipro State Medical University. A cross-sectional study of blood pressure was made among 757 adult residents of Dnipro. The presence of hypertension was determined according to the approaches of this project. General information, data on risk factors and health behaviors were determined based on the results of the survey. Data processing was performed using standard statistical tools.

Results. The study involved 476 (62.9%) women and 281 (37.1%) men aged 18 to 90 years. Hypertension was detected in 31.8% (95% CI 28.5% – 35.3%). Hypertension was more common in the elderly. Among the controlled risk factors in the respondents were the most common – high BMI, smoking, alcohol consumption. More than two-thirds of people with high blood pressure were unaware of their condition and did not receive appropriate treatment, while almost half of patients did not achieve blood pressure control even while taking medication. Only 17.4% (95% CI 14.8% – 20.3%) of persons received appropriate antihypertensive treatment, which corresponds to 54.8% of detected cases of hypertension.

The use of these antihypertensive drugs, which is a manifestation of patients' autonomy, their conscious decision to adhere to the prescribed treatment, according to the study depends on the age of patients and the presence of aggravating factors: increased BMI, myocardial infarction and/or stroke.

Conclusions. According to the study, the facts were revealed that people with hypertension are poorly informed about their own health and low propensity to make decisions about its support. This justifies the need for more thorough involvement of the population in the process of health care with increasing their awareness and autonomy, including awareness of opportunities in making medical decisions about their own health.

Key words: public health, public awareness of health status, patients' autonomy, hypertension, Dnipro residents