Харківський Національний
Медичний Університет

Кисла Вікторія Вікторівна

Роль медичної сестри в роботі приватного медичного центру

Освітня кваліфікаційна робота на здобуття звання магістр за спеціальністю
“Сестринська справа”

Науковий керівник
доктор медичних наук,
професор Семидоцька Жанна Дмитрівна

Харків 2021

Зміст

Перелік умовних скорочень.....3

Вступ….....5

Розділ 1.Огляд літератури.....6

1.1.Приватна клініка.....6

1.2.Положення про Медичний центр ТОВ.....9

1.3.Державна лікарня……19

1.4.Порівняльна характеристика державної та приватної лікарні.....21

1.5.Роль медичної сестри в медико-профілактичному процесі.....24

Розділ 2 .Власні дослідження.....40

2.1.Мета і завдання дослідження….....40

2.2.Матеріали та методи дослідження….....40

2.3.Динаміка деяких показань у хворих на гіпертонічну хворобу……....61

2.4.Роль медичної сестри у догляді за хворими на гіпертонічну хворобу.....63

Розділ 3.Обговорення отриманих результатів……..……....65

Висновок 70

Список використаних джерел.....71

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ЛПК — лікувально профілактичний кабінет

МОЗ — Міністерство охорони здоров'я України

ТОВ — товариство обмежених володінь

США — Сполучені Штати Америки

ВООЗ- всесвітня організація охорони здоров’я

ГХ -гіпертонічна хвороба

СН — серцева недостатність

ФК — функціональний клас

АТ — артеріальний тиск

ДМАТ — холтер артеріального тиску

ЕКГ — електрокардіограма

ІМТ- індекс маси тіла

ОТ — обхват талії

ОС — обхват стегон

ІХС — ішемічна хвороба серця

ЧСС — частота серцевих скороцень

ЦД — цукровий діабет

САТ — систолічний артеріальний тискт

ДАТ — діастолічний артеріальний тиск

ЕхоКГ — ехокардіограма

ФВ - фракція викиду

ЛШ — лівий шлуночок

ММ – маса міокарда (г);

МШП – товщина міжшлуночкової перегородки (см);

КДР ЛШ– кінцево-діастолічний розмір ЛШ (см);

ЗСЛШ – задня стінка ЛШ (см).

m – маса тіла (кг);

h – ріст (м).

ІММ – індекс маси міокарда (г/м2);

ВТМ – відносна товщина міокарда;

ЗСЛШ – задня стінка ЛШ (см);

КДР ЛШ– кінцево-діастолічний розмір ЛШ (см).

Вступ

Українська система охорони здоров'я характеризується високим рівнем смертності, смерті та інвалідності. Фінансово-економічні умови в галузі медицини не сприяють забезпеченню адекватної та якісної медичної допомоги населенню. Пацієнти змушені купувати більшість ліків та медичних засобів , необхідних для лікування, за свій рахунок. На приватний сектор припадає понад 94% витрат приватного сектору.

Український сектор охорони здоров'я в Україні перебуває в стані вдосконалення. Основна мета цих реформ - є створення моделі медичної допомоги для забезпечення рівного та справедливого доступу до необхідних медичних послуг з високою якістю, високою ефективністю та економічною ефективністю при збереженні соціально прийнятної суми національного депозиту , сприяти розробці ефективної медицини.

Досвід європейських країн показує, що найбільш ефективною є система охорони здоров'я, в якій лікарні державного та приватного секторів можуть співпрацювати. На даний момент держава не може повною мірою впровадити медичну службу, тому перед запровадженням обов'язкового медичного страхування важливо переглянути роль приватного сектора охорони здоров'я, зробити його більш соціальним та в цій галузі. Можливості слід максимізувати. Наявність добре розвиненого приватного сектору зменшить навантаження на державну систему охорони здоров'я, оскільки вона обслуговує громадян, які можуть собі дозволити лікування. Пацієнти, які не можуть самостійно оплатити лікування, звертаються за допомогою до державної лікарні. Крім того, деякі приватні лікарні не можуть забезпечити певні медичні установи, тому пацієнту потрібно звернутися за допомогою до державних лікарень.

Розділ 1

1.1.Приватна клініка.

У 1990 роках, низький рейтинг безкоштовних медичних послуг та низька якість медичної допомоги змусили більшу кількість людей звертатися за медичними послугами до приватних медичних установ. Розвиток приватного сектору в медичній галузі призвів до появи мультидисциплінарних медичних установ, що захищають інтереси приватних медичних установ, покращують добробут людей та медичну культуру, збільшують прибутковість та зменшують захворюваність.[1]

Приватна медична практика — Це підприємницька діяльність для ведення приватної медичної практики (надання платних медичних послуг) та забезпечення прав доступу. А оскільки приватний медичний заклад ,кабінет (чи приватна медична практика) є бізнесом, то значна частина правил ведення приватного бізнесу застосовується і для учасників медичного ринку.[4]

Суб’єкт господарювання є ліцензіатом (тобто особою, яка отримала приватну медичну ліцензію) з дати прийняття рішення про видачу ліцензії на запровадження приватного догляду, а не з дати подання заяви, про яку думають деякі люди або навіть досвідчені ліцензіати. Посилається на принцип мовчазної згоди.[25]

Цей принцип, встановлений Українською "Системою ліцензування у сфері господарської діяльності", застосовується лише тоді, коли суб'єкт господарювання подав заявку та документи в цілому, але він повинен бути виданий протягом законного строку дії ліцензії або в межах рішення про відмовити в її ліцензії. Міністерство охорони здоров'я України щотижня розглядатиме та прийматиме рішення про видачу дозволу або відмову у видачі дозволу. Відповідне рішення буде опубліковане на офіційному веб-сайті Міністерства охорони здоров’я України, дата та номер наказу вирішуватимуть, чи слід видавати ліцензію на приватну практику чи відмовляти в ліцензії (зарезервовані документи не розглядаються). Це дата (а не час подання

документа, навіть якщо суб'єкт господарювання має вказівки про прийняття документа), і це також є законним і початком дозволеної приватної діяльності[9]

Основні фактори (чинники) ідеї створення приватної медичної практики включають:

1. Лікарі прагнуть організувати власну приватну медичну практику.
2. В середовищі організаторів медичного бізнесу інвестори (а не лікарі) є добре відомими лікарями і можуть стати ключовими фігурами (директорами чи головними лікарями, медичними директорами) у майбутніх медичних закладах.
3. Стан ринку медичних послуг в регіоні свідчить про наявність конкурентних переваг, які можуть передбачити привабливість та переваги певних форм медичних послуг (приватні кабінети, багатопрофільні клініки, лікарні, спеціалізовані медичні центри тощо). Варіанти можуть бути різні. Наприклад, ідея створення медичного закладу базується на інтуїтивному розумінні потреб конкретного типу приватного медичного закладу у певній галузі. Інший приклад - рішення, засноване на інформації (отриманій наприклад, із засобів масової інформації) про високу норму прибутку медичного бізнесу.[12]

В іншому випадку головною метою створення медичних закладів є не ринковий попит, а майбутній соціальний вплив та прибуток інвесторів. З іншого боку, медичні потреби населення регіону також можуть свідчити про необхідність створення медичних закладів у конкретних сферах діяльності. Наприклад, ці заклади можуть бути медичними закладами, які спеціалізуються на лікуванні безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій, центри харчування або реставраційні медичні центри, які потрібні населенню.[15]

4. Інвестори сподіваються створити приватний медичний заклад на основі своїх внутрішніх мотивів. У будь-якому випадку на етапі ідеї створення приватного медичного закладу варто розглянути, які фактори є причинами
його появи. Оскільки для приватних медичних центрів чи приватних кабінетів медичних служб кожен фактор має свої переваги та ризики.[3]

Фактор №1

Створюючи приватні медичні заклади незалежними лікарями, враховуйте перший фактор. У цьому випадку очевидна перевага полягає в тому, що людина є Власник справи та її фактичний виконавець (працівник). в процесі Здійснювати різні види діяльності під відповідальність працівників неважко, оскільки діяльність працівників безпосередньо впливає на їх фінансові результати як клієнта та репутацію лікаря. Складність проведення приватної медичної практики може полягати в тому, що не кожен лікар внутрішньо готується до комерційної діяльності, оскільки така діяльність пов'язана з певними вимогами щодо ведення документів та звітування про роботу приватного центру. [20]

Фактор №2

Якщо медичний заклад створюється навколо певного "лікаря", то важливою перевагою є те, що в медичному закладі є певні ключові особи з медичної галузі. У цьому випадку для власника (або інвестора) процес організації медичного закладу стає легким при встановленні медичних процедур або дотриманні законодавчих вимог медичних установ. Однак, якщо медичний заклад створений відповідно до напряму діяльності і навмисно вирішує "під керівництвом лікаря", є два ризики: з одного боку, він приймає не зважені рішення .Визначтеся з напрямком діяльності медичного закладу, оскільки напрямок вибору приватного центру полягає у тому, щоб зробити лікарів кваліфікованими для участі на медичному ринку, а з іншого боку - "залежати" від лікаря, що ускладнить управління лікарем в медичному закладі[18]

Фактор №3

Якщо наступне рішення прийняте керівництвом медичного закладу за обставин встановлення ринкових показників, хоча воно і є універсальним, у вас також є певні переваги та ризики. Відповідна ринкова діяльність залежить не тільки від досвіду, але й від пропозиції у випадку медичного ринку- це може бути вибір з точки зору характеристик та поведінки конкурентів у регіоні та інших ринках цільової аудиторії. Вибір напрямку слід створити в майбутніх

медичних закладах із соціальним впливом. Це може скомпрометувати головну мету отримання прибутку від приватних медичних центрів.[11]

Фактор №4

Інвесторам, які планують створити приватний медичний заклад, виходячи виключно з очікувань високої віддачі від операцій, слід звернути особливу увагу.Дайте фінансові прогнози та розгляньте інші методи інвестуйте, щоб приймати мудрі рішення. Після того, як потенційний власник (інвестор) оцінив початкові переваги та недоліки розвитку медичного бізнесу та вирішив, що ідея має право на подальший розвиток, необхідно вивчити ринок медичних послуг (приватних послуг).

У будь-якому випадку слід проводити дослідження ринку медичних послуг: у тому числі, коли лікар створює приватну медичну практику, і коли створюється великий медичний заклад. Залежно від розміру медичного бізнесу, таке дослідження матиме різну структуру і відповідатиме на різні запитання щодо ведення медичного бізнесу.

Відкриття багатопрофільного медичного закладу або відкриття приватної клініки несе основну відповідальність за здоров'я пацієнтів, які звертаються до цього медичного закладу чи приватної клініки. Перш ніж створювати приватний бізнес, вам слід ретельно продумати, чи готові ви взяти на себе такий вид відповідальності.[16]

1.2.ПОЛОЖЕННЯ

про Медичний центр ТОВ ««Назва закладу».

1.Загальні положення

Це Положення, яке розроблено відповідно до чинного Законодавства України, зокрема Закону України „Основи законодавства України про охорону здоров'я", Статуту ТОВ ««Назва закладу», регламентує здійснення медичної практики в окремому структурному підрозділі ТОВ ««Назва закладу».[2]

1.1 Незалежна структурна одиниця лікування та профілактики Підсумок Медичний центр "Назва закладу" з обмеженою відповідальністю (надалі

"медичний центр") був створений як недержавний незалежний медичний заклад компанії.

Медичний центр надає амбулаторну допомогу та амбулаторну діагностику та допомогу громадянам України та іноземним громадянам за такими спеціалізованими напрямками: *центр розробляється окремо під керівництвом працівників ,індивідуально для лікарів які там працюють.*[5]

1.2. Діяльність Медичного центру здійснюється згідно з Конституцією України, Законами України, Указами Президента України, постановами Кабінету Міністрів України, наказами МОЗ України, Статутом ТОВ ««Назва закладу», та цим Положенням. Вся необхідна інформація про діяльність окремого структурного підрозділу лікувально-профілактичного профілю представлена в Куточку споживача та в папці споживача.[10]

1.3. Деякі питання, що стосуються діяльності медичного центру, визначаються внутрішніми положеннями про норми безпеки медичного центру, сформульованими відповідними внутрішніми установами.

1.4. Медичний центр веде бухгалтерські та статистичні таблиці (документи) та створює звіти про результати роботи згідно з інструкціями та терміни, встановлені Міністерством охорони здоров’я України.

1.5. Організація та укомплектування персоналом конкретного підрозділу файлової структури лікування та профілактики, апаратна структура та план управління показані у вигляді діаграм, і існує лінійний та функціональний зв’язок між різними елементами управлінського персоналу.[8]

2. Мета, завдання та функції:

А) Функції

- Надання консультативної та навчальної допомоги пацієнтам.
- Взаємодіє з громадськими організаціями з питань охоронм здоров'я людини і державними органами.
- Проведення планових (за попереднім записом) профілактичних оглядів пацієнтів, які раніше проходили лікування в

Приватному центрі, з одночасним лікуванням захворювань та розладів, що виявляється знову.

- Організація заходів щодо підвищення кваліфікації середнього медичного персоналу та лікарів Приватного центру.
- Проведення медичних втручань за інформованою згодою пацієнта або його законного представника(родичів чи довіренна особа).
- Забезпечення безперервного підвищення професійного рівня лікарів , медичних сестерт та робітників медичного Центру.
- Створення безпечних умов перебування пацієнтів в медичному центрі та безпечних умов праці медичного персоналу.
- Здійснення заходів з підвищення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу Центру в установленому порядку.
- Забезпечення співпраці з медичними чи немедичними закладами, установами та громадськими організаціями для виконання функцій, покладених на медичний центр в тому числі у випадку виникнення надзвичайних ситуацій.[26]

Б) Основними завданнями Медичного центру є:

- здійснення комплексних заходів з використанням сучасних медичних засобів, матеріалів і обладнання для профілактики, діагностики та лікування захворювань терапевтичного ,хірургічного ,педіатричного,гінекологічного профілю ;

- рання діагностика захворювань і своєчасне їхнє лікування із застосуванням новітніх методик, лікарських засобів, матеріалів і обладнання;

- надання своєчасної, невідкладної медичної допомоги (послуг) в повному

обсязі пацієнтам, що звернулися за допомогою до Медичного центру. [13]

В)Для виконання основних завдань у Центрі організуються і проводяться:

- планові (за попереднім записом) профілактичні огляди пацієнтів, які раніше проходили лікування в Медичному центрі, з одночасним лікуванням патології, що виявляється в процесі обстеження хворого;
- діагностичні дослідження всім пацієнтам, та видання медично-діагностичного заключення що звернулися до Медичного центру (за їхньою згодою);
- диспансерне спостереження за пацієнтами та цілодобове спостереження за ними, та надання допомоги;
- надання кваліфікованої профілактичної, консультативно-діагностичної і лікувальної допомоги (послуг) пацієнтам;
- аналіз захворюваності, розробка заходів щодо її зниження, усунення причин захворюваності , які сприяють виникненню захворювань;
- упровадження сучасних методів діагностики та лікування, нової медичної техніки й устаткування;
- заходи щодо підвищення кваліфікації лікарів, молодших спеціалістів із медичною освітою, адміністраторів , провізорів тощо;
- санітарно-просвітницька робота серед пацієнтів і населення м. Харків з використанням засобів масової інформації(газети,журнали ,інтернет блоги тощо). [30]

В рамках ліцензії та матеріально-технічної бази медичний центр забезпечує:

-Надати медичну допомогу (послуги) усім пацієнтам, які звернулись до медичного центру;

- Тісно співпрацювати з іншими медичними закладами та закладами охорони здоров’я для надання медичної допомоги (послуг) усім верствам населення;

- Постійно вдосконалювати форми та методи взаємодії з іншими закладами охорони здоров’я для профілактики, діагностики та лікування пацієнтів, які

цього потребують;

-Забезпечити пацієнтів своєчасними та якісними процедурами лікування та профілактики;

-Дотримуватися санітарних норм та правил, а також відповідати санітарним та протиепідемічним вимогам медичних центрів;

-Розумне використання трудових, фінансових та матеріальних ресурсів, пацієнтів та медичних центрів;

-Застосування норм і правил у роботі, охороні праці та пожежній безпеці[31]

3. Права

За погодженням з персоналом адміністративний відділ медичного центру має право:

• Відповідно до статуту товариства з обмеженою відповідальністю "Назва медичного закладу" організаційну структуру, та інтересів медичного закладу сформулювати та подати медичний центр на затвердження керівництву;

• Затвердити довгострокові та поточні заплановані завдання структурного підрозділу;

• Скласти розклад роботи медичного центру;

• Встановити заробітну плату, посадові оклади ;

• Визначити потреби у ресурсах та доповнити ресурси;

• Встановити контакти з іншими закладами охорони здоров’я, організаціями, університетами та окремими експертами для проведення досліджень, тренінгів та надання інших медичних та соціальних послуг[6]

4. Управління

1. Керівництво лікувальними закладами здійснюють їх управлінським відділом. Адміністрацію Центру очолює Директор.

2. Директора обираюсь за спів рішенням власників та акціонерів медичного закладу ТОВ ««Назва закладу». Основною метою та функціональним обов’язком директора є управління медичною діяльністю Медичного центру, створеного ТОВ «Назва закладу».

3. Директор відповідає за забезпечення лікування, профілактику та наукову роботу медичного центру. [19]

Директор:

-Визначитись з лікувально-профілактичною діяльністю медичного центру та його працівників;

-Повна відповідальність за лікувально-профілактичну діяльність медичного центру, діяльність медично освічених лікарів та молодших спеціалістів, якість та культуру надання медичної допомоги, придбання матеріалів, медичного обладнання та обладнання для надання медичної роботи (згода) та директора);

-Відповідає за забезпечення належних санітарних та протиепідемічних систем;[17]

У відповідності з задачами Медичного центру директор забезпечує:

-Прямо керувати діяльністю підпорядкованого йому медичного персоналу, правильно організовувати та організовувати роботу, планувати підготовку медичного персоналу, медсестер та інших видів діяльності медичного персоналу;

-На сучасному рівні медичної науки та практичних досягнень проводити кваліфіковане, своєчасне та всебічне обстеження та лікування дорослих хворих на захворювання;

-Запровадити практику роботи, вдосконалити форми, методи та засоби розширеної діагностики та лікування та своєчасно знати та навчати лікарів та молодших спеціалістів для отримання медичної освіти;

-Організаційно-методична робота, своєчасність та надійність медичного статистичного обліку;

-Складати щоквартальні та річні звіти про роботу медичного центру та вести медичні документи у формі національних статистичних звітів;

-Обговорити питання, порушені працівниками медичного центру, пов’язані з вдосконаленням діяльності та роботи медичного центру;[14]

4. Розпорядження та вказівки директора є обов’язковими для виконання всіх

медичних працівників Медичного центру.[7]

5. Трудовий колектив

1. Персонал медичного центру складається з лікарів відповідних спеціальностей, молодших фахівців з медичною освітою, обслуговуючого та технічного персоналу (медсестер, адміністративного персоналу, персоналу охорони, секретарів, сантехніків, бухгалтерів тощо).

2. Трудовий колектив захищений усіма соціальними правами та іншими правами, передбаченими Трудовим кодексом України, іншим законодавством України та Колективним договором.

3. Працівники медичного центру повинні виконувати свої обов'язки відповідно до посадових інструкцій.

4. Виконуючи трудову та професійну діяльність, медичний персонал медичного центру повинен дотримуватися норм (стандартів) медичної практики, методів та прийомів діагностики та лікування, медичної етики та моралі та трудової дисципліни, передбачених чинним законодавством. .

5. Основною формою вияву волі та сили профспілки є загальні збори акціонерів.[45]

6. Кабінет лікування та профілактики

1. Медико-профілактичний кабінет (далі - ЛПК) має на меті надати кваліфіковану медичну допомогу (послуги) населенню.

2. Відповідно до медичної експертизи лікуючого лікаря та технічного обладнання та інструментів в кабінеті медичного центру надавати пацієнтам такі види медичних послуг (послуг):

-Консультації та допомога;

-Лікування та профілактика;

-Діагностувати хворобу пацієнта;

-Надзвичайне медичне лікування для пацієнтів та пацієнтів.[85]

7. Реєстраційна форма

1. Реєстраційна форма призначена для забезпечення всієї медичної роботи

Бюро профілактики розподіляє медичний тягар лікарів найбільш розумно, безпосередньо спілкується з пацієнтами щодо призначення лікарів, обчислює та зберігає медичні та інші записи.

2. Реєстратор звітує перед директором.

3. Працівники реєстраційного бюро у своїй роботі дотримуються посадових інструкцій працівників медичного закладу.[91]

8. Процедури та умови надання медичних послуг (послуг)

1. Медичний центр надає певні види лікування (послуги) громадянам України та іноземним громадянам (пацієнтам), які звернулись за допомогою (послугами).

2. Якщо кваліфікація медичного персоналу або технічне оснащення медичного центру не дозволяє надати допомогу (послугу) пацієнту на належному професійному рівні, медичний центр має право відмовити у наданні послуг (допомоги) пацієнт. Керівники медичного центру можуть рекомендувати таким пацієнтам інші медичні установи в Україні, щоб вони могли надати відповідну медичну допомогу або послуги [56].

3. Після першої консультації пацієнт має право отримати попередній розрахунок вартості послуги, передбачений планом лікування та обстеження, визначеним лікуючим лікарем. Лише після того, як пацієнт погодиться на план лікування та обстеження, можна скласти остаточний рахунок на оплату.

4. Директор медичного центру може прийняти рішення про надання безкоштовних медичних послуг на благодійній основі.

Певні категорії населення, які цього потребують (учасники Другої світової війни, одинокі пенсіонери, одинокі матері, малозабезпечені сім'ї тощо).

5. У рамках спеціального плану пацієнтам можуть надаватися знижки, а кількість та порядок знижок визначає директор медичного центру. Ці знижки враховуються при виписці рахунку-фактури.[47]

6. Центр запевняє всіх пацієнтів дотримуватися всіх прав, наданих їм українським законодавством.

7. Під час відвідування медичного центру пацієнт подає заяву на стійку реєстрації, де він отримає інформацію про свій графік роботи, вид наданих медичних послуг (допомоги), її витрати, лікарів та години прийому та іншу необхідну інформацію Необхідна інформація. .

8. Лікарі можуть обирати лікарів пацієнтами або бути призначеними реєстратором або директором медичного центру відповідно до навантаження, графіка прийому, виду послуги (допомоги) тощо.

9. Лікуючий лікар дозволяє пацієнту зрозуміти стан свого здоров'я, інформацію про характеристики споживачів та безпеку послуг, надати плани лікування та узгодити необхідне медичне лікування та профілактику[50

Допомога (послуга). Після кожного прийому або відповідно до встановленого графіка виплат пацієнта направляють до стійки реєстрації, де готуються та обчислюються платіжні документи або повідомляються безготівковим способом умови оплати. У деяких випадках 100% від вартості послуги можна передоплатити.[58]

10. Кожен пацієнт може надати лише достовірну інформацію про своє здоров'я та особисті дані, інакше постачальник послуг буде звільнений від юридичної відповідальності за несприятливі наслідки, надзвичайні ситуації чи ефективність лікування.

11. Пацієнт має право вимагати зміни лікаря на будь-якому етапі лікування.

12. Якщо пацієнт не виконує наказ лікаря або «Правила внутрішнього розпорядку медичного центру», лікар має право відмовити у подальшому лікуванні пацієнта. Якщо життя та здоров’я таких пацієнтів не загрожують.

13. Лікуючий лікар та медичний заклад не несуть відповідальності за здоров’я пацієнта та ефективність лікування, якщо пацієнт відмовляється прийняти лікарський рецепт або порушує визначений та узгоджений план лікування.[21]

14. За потреби цивільно-правова угода про надання медичних послуг може бути укладена з пацієнтами та іншими особами (клієнтами).

Такі угоди визначають усі основні умови надання послуг конкретним

пацієнтам, процедури оплати та графіки тощо.

15. Медичний центр може надавати медичні послуги страхувальнику, який має страховий поліс, виданий страховою компанією, яка має відповідну угоду між "назвою" страхової компанії та товариством з обмеженою відповідальністю.

16. Умови гарантійного зобов'язання за послуги, що надаються в медичному центрі (робота виконана) затверджуються окремим пунктом з урахуванням положень чинного законодавства.[27]

1.3. Державна лікарня.

Державні загальні лікарні - це державні медичні установи, які надають кваліфіковані безкоштовні медичні послуги населенню, але наскільки безкоштовним буде такий догляд насправді - відкрите питання.[44]

Реєстрація на прийом

Згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 2018 р., в обов'язковому порядку необхідне укладання угоди з терапевтом чи педіатром, маючи таким чином свого сімейного лікаря, який назначить день і час прийому, згідно з електронною чергою. Тільки після цього прийому лікар видасть направлення до необхідного спеціаліста. В іншому випадку, найімовірніше, Ви буде чекати в багатогодинній черзі, не маючи ніякої гарантії, що прийом відбудеться, бо пацієнтів, які записалися заздалегідь за угодою, завжди чимало.[38]

Сервіс

Державні поліклініки не завжди відповідали очікуванням: загальний стан та якість обладнання не відповідали очікуванням, оскільки розподіл витрат на оновлення було не таким частим, як ми сподівались. На жаль, вам не вдасться уникнути реальності.

Державні клініки фінансуються з міського бюджету, але, на жаль, недостатньо. Як результат, все відповідає першочерговим потребам, а на придбання нового обладнання не вистачає грошей, а також немає значної зарплати для працівників. Така ситуація не дозволяє проводити сучасну

діагностику та інноваційні методи лікування.

Але лікування в державних клініках дешевше. Для тих, хто не може Доступне дороге лікування, одна з ваших можливостей - державні клініки.[36]

Сучасність

Лікарня— це установа, яка надає медичні послуги для громади. Є юридичною особою, користується правом оперативного управління відносно закріпленого майна, має штамп, печатку, статут, який затверджуються згідно з чинним законодавством, поточні та інші рахунки у фінансових установах, здійснює бухгалтерський і первинний статистичний облік. Головний лікар, який управляє лікарнею, призначається на умовах контракту, в якому прописано: строк найму, права, обов'язки, відповідальність, умови його матеріального забезпечення, тощо.[53]

Лікарі, медсестри та інший персонал лікарні працюють над відновленням здоров’я хворих та поранених. Вони також проводять профілактику захворювань для підтримки здоров'я пацієнтів, тим самим підтримуючи здоров'я населення. Деякі лікарні діють як медична освіта та дослідницькі центри, і тому їх називають клініками. Хоча в Україні державні лікарні та клініки є окремими, деякі відомчі лікарні мають поліклініки, що покращує взаємозв'язок між стаціонарними та амбулаторними службами. Кожна лікарня має свій тип послуг та різні відділення. Вважається, що пацієнти повинні перебувати в лікарні не більше 5 днів, щоб запобігти внутрішньолікарняним та нозокоміальною інфекціям.[63]

Лікарня розташована в спеціально побудованій або переробленій будівлі, відповідно до переліку та площі офісних приміщень, будівля відповідає чинним гігієнічним нормам, санітарії, профілактиці епідемій, будівельним нормам та правилам, технічним вимогам та вимогам пожежної безпеки.[76]

Загальні лікарні надають послуги для більшості людей та хвороб. Спеціалізовані лікарні лікують певних людей або певні захворювання або групу захворювань. Наприклад, дитячі лікарні лікують лише дітей, тоді як

реабілітаційні лікарні надають послуги, щоб допомогти людям ефективно жити після важкої хвороби. Клініка готує майбутніх лікарів, медсестер, лабораторних експертів тощо[79].

Більшість лікарень належить місцевій громаді. Некомерційні добровільні лікарні - це благодійні організації або релігійні групи. Приватна лікарня працює як компанія на благо власника. Національні лікарні належать державним або місцевим органам влади. Медичний персонал, що складається з лікарів, надає лікування пацієнтам та надає поради всім іншим членам медичної групи. До медичного персоналу належать також інтерни або мешканці (в закладах Західної Європи, США та Канади). Ці стажери закінчили медичні школи та отримали знання лікарів загальної практики. Вони працюють у лікарнях, щоб отримати певну професійну кваліфікацію лікаря, тому їх стажування або проживання триватиме від 2 до 7 років. Співробітники компанії - це найбільша команда в к допомозі пацієнтам. Професійні медсестри виконують більшу частину допомоги пацієнтам під керівництвом лікарів. [24]

Вони перевіряють температуру, пульс та артеріальний тиск, роблять ін’єкції тощо. Більшість лікарень мають різні лікувальні відділення. Кількість відділень залежить від розміру та типу лікарні. Лікарня інтенсивного лікування першого рівня має управлінську частину / управління лікарнею. Включаючи адміністраторів лікарень (лікуючих лікарів, їх заступників), людські ресурси, фінанси та економіку та бухгалтерію.[101]

1.4.Порівняльна характеристика державної та приватної лікарні.

Переваги приватного медичного центру:

1. Офіційні збори за надання послуг. Загальнодоступні прейскуранти приватних ліків надаються заздалегідь. Отже, людина може планувати свої фінансові можливості та гарантувати, що їй не доведеться ходити коридорами, а також запитувати, хто і як оплачує цю послугу. Чеки, видані в таких клініках, є не лише підтвердженням поселення. Це гарантує, що людина проходить лікування у закладі, а лікар відповідає за надані їй послуги. Крім того, чеки - це також

можливість отримати страхове відшкодування.[22]

2. Пацієнт вибирає спеціаліста. Коли ми йдемо до звичайної лікарні, ми не знаємо заздалегідь, з яким лікарем ми зустрінемось. У приватній клініці кожен може вибрати експерта, який може подбати про ваше здоров'я та переконатися, що він є справжнім фахівцем у цій галузі.

3. Надайте всі необхідні матеріали Обов'язковою складовою якісної приватної медицини є забезпечення всього, що потрібно одній людині в процесі перевірки: обладнання, матеріалів. Вам не потрібно купувати нічого зайвого. У той же час, щоб забезпечити максимальну безпеку та стерильність для пацієнтів. Жити в приватному медичному закладі дуже комфортно, і ви можете незабаром повернутися додому.[46]

4. Ви дуже цінні: якщо ви перевищите поріг приватної клініки, ви опинитесь під опікою усіх працівників або особистих медичних координаторів. Всі тут Щиро сподіваюся допомогти вам. В процесі лікування фахівці, які повністю відповідають за ваше здоров'я, подбають про ваш комфорт та самопочуття. Для них безпека на першому місці.[33]

5. Справедлива ціна: Вартість приватних послуг з наркотиків є справедливою, оскільки вона не пов'язана з непотрібними та некоординованими витратами. Пацієнти мають конкретні знання про те, що вони платять і кому кому. Іноді плата за послуги приватного спеціаліста така ж, як плата за лікаря в традиційній клініці, але послуга традиційної клініки несе в собі всі «особливості» державної медицини.[37]

6.Доступність

7. Достатній час прийому

8. Почуття відповідальності та організоване ставлення до процесу лікування

9. Оскільки серед колективу існують майже всі необхідні лікарі в колективі, проведена якісна діагностика та лікування.

10. Персонал ввічливий та уважний.

11. Комфортний та приємний інтер'єр у закладі[23]

Унікальність приватного сектору полягає в тому, що кількість стоматологічних клінік та медичних центрів поступово зросла з 21 до 400 працівників. Однак понад 70% українських приватних закладів охорони здоров'я мають від 10 до 20 працівників. Зазвичай це стоматологічні клініки, аптеки, лабораторії та невеликі медичні центри. Дозволити собі дороге лікування, вибір залишається один — державна клініка [29]

Пиватна клініка чи державна лікарня:

Обслуговування

Очевидно, що обслуговування та ставлення до пацієнтів є основною відмінністю державних та приватних медичних установ. Звичайно, у приватній клініці ви отримаєте найвищий рівень обслуговування, і будете домовлятися з вами у зручний час або робити необхідні операції, і зробити це максимально зручним. Все залежить від вас, щоб знову звернутися в агентство. У державній лікарні у вас завжди буде довга черга, і навіть якщо ви бронювали на певний час, навряд чи ви тоді підете до кабінету лікаря.[51]

Лікар-спеціаліст

Зазвичай і в приватних, і в державних клініках працюють одні й ті ж спеціалісти. Однак, оскільки приватні кабінети надають сучасне обладнання, діагностика та лікування все ще ефективніші. Однак державні лікарні також мають великі переваги - усі фахівці зосереджені в одному місці, і вам не потрібно шукати наступного лікаря, якого направлять до іншої клініки.[28]

Команда

Пацієнти в державних та приватних лікарнях відрізняються один від одного. Люди, які готові вкладати гроші в здоров'я, дорожать своїм часом, потребують послуг високого рівня та мають достатній дохід, звертаються за послугами до приватних установ. Зазвичай це люди молодого або середнього віку - ті, хто має гроші, але не має вільного часу.[34]

На відміну від цього, відвідувачі державних лікарень зазвичай мають достатньо часу, але фінансові труднощі. Основні бригади-пенсіонери, державні службовці,

непрацюючі громадяни, часто не дуже соціальні. У таких лікарнях пацієнтів, як правило, не цікавлять знання та професійний рівень лікаря, але їх не цікавить можливість видавати безкоштовні рецепти або виставляти рахунки. Однак тут є нюанс. Незважаючи на те, що основна різниця між приватними клініками та державними клініками полягає в рівні обслуговування, пацієнти чомусь досі вважають, що приватні установи не тільки не мають черг, але й отримують вищий рівень лікування в державних лікарнях, ніж у державних лікарнях. Тому пацієнти приватних клінік часто незадоволені відсутністю прямих позитивних результатів лікування.[54]

Сервіс

Мабуть, сервіс і ставлення до пацієнта — головна відмінність між державними та приватними медичними закладами. Безумовно, у приватній клініці вас обслужать за найвищим рівнем, запишуть на прийом до лікаря або необхідну процедуру у зручний для вас час і зроблять ваш візит максимально зручним. Все — для того, щоб ви звернулися до цього закладу ще раз. У державній же лікарні вас завжди чекатимуть нескінченні черги, і навіть якщо вас запишуть на визначений час, ви навряд чи зайдете до кабінету лікаря саме тоді.[66]

1.5.Роль медичної сестри в медико-профілактичному процесі .

Медична сестра — це медичний працівник, який пройшов спеціальну підготовку зі сестринської справи, отримав відповідний рівень кваліфікації і має право в своїй країні надавати медичну до6 помогу хворим та доглядати за ними.[48]

Вивчаючи роль медсестер, багато штатів розглядають свої функціональні обов'язки та можливості ширше. Тому в Європі та інших країнах, медсестер розглядають не лише як «праву руку» лікарів, а й як повністю автономних медичних працівників, які мають можливість і право приймати рішення про діагностику, лікування та реабілітацію разом з лікарями. Реабілітація пацієнта.[39]

Зазначимо, що близько 80% успіху виживання людини після операції є перевагою медсестер. Адже вона доглядала пацієнта після операції і була

присутня під час операції. Однак лише за кордоном ми можемо зрозуміти важливу роль медсестер у всіх та суспільстві в цілому. В Україні обов'язки лікарів та медсестер чітко розподілені. В даний час права медсестер не захищаються ні на соціально-економічному, ні на законодавчому рівні.[32]

Експерти стверджують, що існує лише якесь терміново необхідне законодавство про роботу медичного персоналу на папері. Наприклад, законопроект "Про медичні організації" привернув увагу медсестер як формальних учасників відносин між пацієнтами та медичною допомогою, оскільки це положення передбачало створення будинків для престарілих. На наш погляд, медсестер зазвичай розглядають як доброзичливих медсестер та помічників лікарів, хоча медсестри мають однаковий статус поряд із лікарями у всьому світі.[74]

У багатьох європейських країнах медсестри є основою первинної медико-санітарної допомоги. Тому в шведській системі охорони здоров'я медсестри відіграють все більш важливу роль у забезпеченні якісної допомоги пацієнтам із хронічними та складними захворюваннями (діабет, астма, серцева недостатність, психічні захворювання). У медичних центрах Швеції спочатку пацієнта перевіряє медсестра, а потім медсестра може направити пацієнта до терапевта чи лікаря.[89]

У Фінляндії 80% пацієнтів попередньо консультуються з медсестрами, а потім направляють їх до лікаря, якщо це необхідно, тоді як лише 20% пацієнтів звертаються безпосередньо до лікаря. У скандинавських країнах медсестри також відіграють провідну роль у міських та сільських медичних центрах. У Нідерландах медсестри вирішують надавати медичну допомогу пацієнтам у неробочий час згідно встановлених стандартів.

У своїй діяльності медсестри покладаються на клінічні процедури та мають право змінювати режим лікування наркотиками в цих процедурах [40].

В Англії медсестри, які спеціалізуються на допомозі людям із певними захворюваннями (діабет або бронхіальна астма), замінюють лікарів загальної практики у їхній повсякденній діяльності - вони призначають амбулаторні

призначення для моніторингу та навчання пацієнтів, або займаються інформаційно-пропагандистською діяльністю та освітою, спрямованою на професійний розвиток Діяльність інших медичних працівників та соціальних працівників.[49] .

США та Німеччина впровадили структуровані плани ведення справ для певних ситуацій. Цей підхід зумовлений тим, що лікарі в цих країнах / регіонах зазвичай мають індивідуальну практику, а амбулаторні та лікарняні відділення відокремлені один від одного6. У багатьох випадках медсестра проводить попередній огляд, а потім направляє пацієнта до відповідного медичного закладу. У розвинених країнах Європи лікарі загальної практики зазвичай не відвідують пацієнтів вдома, за винятком рідкісних випадків, тому це робота кваліфікованої медичної сестри.[35]

Такі поняття, як медсестринство, сестринська психотерапія та сестринська діагностика, були теоретично описані в зарубіжних країнах і впроваджені на практиці. У Сполучених Штатах медсестри готують та ведуть електронну сестринську історію пацієнтів, виконують сестринські операції, надають психологічну підтримку пацієнтам та їх родичам, беруть участь у діагностичних тестах та аналізують їх результати, а також дозволяють пацієнтам одужувати. У США статус медсестер набагато вищий, ніж у відчизняних медсестер.[41]

В США передбачені такі медсестринські спеціальності:

-медсестра хірургічна

- медсестра з акушерства

-медсестра по догляду за пацієнтами

-медсестра-анестезистка

-медсестра по інформації

- медсестра-дослідник та ін.[43]

Дипломована практикуюча медсестра наділена значно ширшими повноваженнями, володіє глибшими знаннями та більшою кількістю навиків, має більшу самостійність.[52]

Наприклад, медична сестра пересувної амбулаторії в США повинна мати можливість використовувати отоскоп (пристрій, що використовується для дослідження слухового проходу і барабанної перетинки), аудіометр (пристрій, що використовується для визначення гостроти слуху), офтальмоскоп (пристрій, що використовується для огляду очного дна) та рогівки), тоді як в Україні ці пристрої використовуються лише лікарями.[42]

Медсестри в європейських країнах діють самостійно. У Великобританії медсестри призначають ліки та діагностують загальні захворювання. У багатьох європейських країнах, якщо операція буде продовжена без ускладнень, медсестра народить сама. Відповідно до отриманої кваліфікації, польські медсестри можуть надавати допомогу під час хірургічних процедур, проводити катетеризацію центральної вени, проводити діаліз, надавати допомогу хворим з діабетичною стопою та забезпечувати незалежний догляд за новонародженими. Виконання всіх цих операцій вимагає відповідної теоретичної та практичної підготовки, і майбутні медсестри пройдуть ці тренінги в навчальних закладах; сьогодні працює понад 402 800 молодших спеціалістів, які здобули медичну освіту в українських лікувально-профілактичних закладах. Серед них понад 290 000 медсестер, що становить 61,0% від загальної кількості лікарів молодших спеціалістів з медичною освітою. Співвідношення між лікарями та медсестрами становить 1 до 2,15.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, оптимальне співвідношення - 4: 1. Таке співвідношення внутрішнього персоналу становить Канада, США та інші країни, а в деяких регіонах ця кількість коливається від 8: 1 в Африці до 1,5: 1 в Африці. У західній частині Тихого океану та таких країнах, як Мексика, Перу, Сальвадор та Чилі, на одного лікаря припадає менше однієї медсестри.[92]

За даними ВООЗ, кількість лікарів на 10 тис. населення в середньому в Європі становить 36, у країнах Східної Європи — 33,2. Середній показник для країн СНД — 46. (В Україні показник забезпеченості практикуючими лікарями становить 26,5 на 10 тис. населення). Аналіз по окремих країнах показує виражену не6 рівномірність (як в географічному розподілі, так і в професійній структурі) між окремими країнами даного регіону. За даними ВООЗ, у регіоні спостерігається великий розрив у забезпеченості медичними кадрами на 1000 населення: співвідношення між країнами з найбільщ *низькою і найбільш високою чисельністю складають*[62]:

- 1:6 для лікарів,
- 1:10 для стоматологів,
- 1:50 для фармацевтів,
- 1:8 для медсестер і 1:12 для акуше6 рок .[64]

Слід зазначити, що, згідно з прогнозами експертів, кадровий дефіцит (як лікарів, так і спеціалістів середньої ланки) з роками наростатиме.

Найбільше число медсестер у Норвегії — на 10 000 осіб припадає 319 медсестер. Для порівняння, на Гаїті на 100 000 осіб припадає 5 медсестер. В Україні на 10 000 осіб припадає 94 медсестри. Наразі в Україні не вистачає 100 тис. медсестер відповідної кваліфікації. І варіантів поповнити цей резерв поки не передбачається. Особливо в тяжких відділеннях. Можна собі уявити відділення реанімації, де 4 лікарі і 1 медсестра для хворих на апаратах штучного дихання .[84]

Така ситуація із кадровим забезпеченням є негативною як для сфери медицини, хворого, так і для самої медичної сестри.Адже такі умови роботи є надзвичайно виснажливими, як емоційно, так і фізично. При цьому заробітна плата фахової медсестри сьогодні у 7—8 разів нижча, аніж у сусідній Польщі,де до всього медичні працівники отримують ще й хороший соціальний пакет та забезпечуються житлом. [93]

Сьогодні в середньому медичні сестри отримують заробітну палату до 36х тис. гривень. Трошки більше — до 3,5 тис. гривень отримують працівники закладів швидкої допомоги. При цьому по галузі охорони здоров'я середня заробітна плата становить близько 4100 гривень. Середня по Києву — близько 8 000 гривень. Фактично медична сестра отримує на руки від 2100 до 2500 гривень після сплати всіх податків . Найвище оплачується робота медсестри в таких містах України: Одеса, Київ, Алушта, Миколаїв, Харків, Кіровоград, Маріуполь, Житомир, Донецьк, Вінниця.[100]

Порівняльна оцінка зарплати медсестер в Україні та світі наведена на табличка 1. Як бачимо із таблички 1, на першому місці по кількості зароблених грошей є американські лікарі вузької спеціалізації. [102]

Вони отримують приблизно на 50,000 доларів більше, лікарі загальної практики — приблизно на 30,000 доларів, а медичні сестри — на 8,000 до6 ларів більше, ніж в інших країнах. Посперечатися з ними можуть лише фахівці з Голландії, вони заробляють у середньому 253 тисячі доларів на рік, у тій самій Голландії лікарі загальної практики мають лише 117 тисяч доларів на рік, на відміну від 161 тисячі у США. У Чехії (зарплата перших складає 29,484 долара, а других — 34,852 долара), Греції (67,119 і 64,782 долара). Приблизно однакові зарплати у лікарів Німеччини, Норвегії та Швеції — 77 тисяч доларів на рік у перших, 66 — у других, та 34 тисячі доларів на рік у медичних сестер .[99]

Країни	США	Нова Зеландія	Данія	Фінляндія	Мексика	Росія	Україна
Заробітна плата в %	56%	34%	42%	29%	13%	11%	2%

Таблиця 1.Порівняльна оцінка зарплати медсестер в Україні та світі, тис. дол. на рік .

Враховуючи те, що зарплата медсестер у світі така висока, українські медсестри, які прибули в будь-яку з цих країн, не зможуть негайно розпочати роботу. Вам потрібно пройти сертифікацію знань. Зрештою, їхні медсестри мають більший авторитет, вищий рівень освіти і майже дорівнюють рівню лікаря. Іншими словами, роль іноземних медсестер набагато вища, ніж ролі Української медичної сестри[70].

Медсестри працюють для всіх типів пацієнтів - від хворих та поранених до здорових людей, які бажають залишитися. Багато медсестер спеціалізуються на діагностиці та лікуванні певних типів пацієнтів (наприклад, новонароджених) або пацієнтів з певними захворюваннями (наприклад, раком).[75] Робота медсестри: це діапазон її відповідальності

Медсестра - це людина, яка щодня хворіє разом із пацієнтом. Робота медсестри полягає у наданні медичних послуг, відповіді на питання пацієнта та повідомленні про будь-які проблеми своїй старшій медсестрі.

Конкретні обов'язки, пов'язані з вашою роллю, можуть відрізнятися залежно від вашої професії та робочого середовища, але можуть включати наступне:

- Спостереження та запис поведінки пацієнта
- Проведення фізикальних обстежень та діагностичних тестів
- Збір історій здоров’я пацієнтів
- Консультування пацієнтів та їх сімей
- Навчання пацієнтів про плани лікування
- Прийом ліків, догляд за ранами та інші варіанти лікування
- Інтерпретація інформації про пацієнтів та прийняття рішень про необхідні дії, де це доречно
- Консультація з медичними сестрами та лікарями для визначення оптимальних планів лікування пацієнтів
- Керівництво та контроль за доглядом інших медичних працівників, включаючи ліцензованих практичних медсестер, сертифікованих асистентів медичних сестер та медичних сестер

- Проведення досліджень для поліпшення результатів пацієнтів та процесів охорони здоров'я[55].

Робоче середовище

Більшість медсестер, зареєстрованих у США, працюють у національних лікарнях. Решта зайнята іншими медичними працівниками, включаючи медичні кабінети, заклади медичної допомоги та домашні медичні послуги, а також державні установи, освітні послуги та служби підтримки.

Зареєстровані медсестри зазвичай працюють у медичних закладах. Однак деякі зареєстровані медсестри працюють у школах, громадських центрах, офісах та будинках своїх пацієнтів. Деякі зареєстровані медсестри, відомі як медсестри, не мають постійного середовища на робочому місці. Натомість вони подорожують у райони, де зареєстрованих медсестер не вистачає. Ці місця можуть знаходитися в межах США або за кордоном[60].

Розклад

Зареєстровані медсестри, які працюють у лікарнях та операційних, зазвичай працюють позмінно, щоб пацієнти отримували цілодобовий догляд. Залежно від потреб закладу, кількість змін до зареєстрованих медсестер та тривалість змін може змінюватися. Медсестри регулярно працюють поза традиційним робочим часом. Нічні зміни, робота у вихідні та святкові дні є загальним явищем. Деякі медсестри також можуть телефонувати в певний час.[71]

Медсестри, які працюють у медичних кабінетах, громадських медичних центрах, школах та деяких інших робочих середовищах, користуються більш регулярним графіком роботи, як правило, зі змінами в робочий час.[78]

Яку кваліфікацію потрібно мати для медсестри

Освіта

Зареєстровані медсестри повинні мати одну з таких кваліфікацій:

- Бакалавр наук з питань медсестринства
- Ассоціація з питань медсестринства
- Диплом медсестри з акредитованої та затвердженої програми

медсестер[57]

Хоча медсестри можуть мати будь-яку з цих кваліфікацій, оскільки чотирирічна програма забезпечує найбільш поглиблену освіту, все більше роботодавців вимагають, щоб їхні нещодавно зареєстровані медсестри мали ступінь бакалавра.

Крім того, всі медсестри повинні пройти національний іспит на реєстрацію медсестер. Ваше есе навчить вас, що вам потрібно знати, щоб скласти іспит.[61]

Досвід[59]

Хоча важливо мати гарну освіту, досвід медсестри не слід недооцінювати. Багато сестринських елементів навчають на роботі, і більшість медсестер вірять, що їхні навички покращаться із збільшенням робочого часу в галузі. Навички[68]

Зареєстрованим медсестрам потрібні різноманітні навички, щоб забезпечити найкращий догляд за пацієнтами та процвітати в швидко розвиваються медичних умовах.

Медична реформа для медсестер.

В Україні медичні реформи активно впроваджують нововведення, передбачені медичною реформою. За цей період галузь зазнала серйозних змін, пов’язаних головним чином з роботою працівників первинної ланки, особливо медсестер. Сьогодні ми обговоримо, як змінилася професійна діяльність, пов’язана з реформами, та вимоги до реформ.
Варто згадати, що наприкінці 2017 року було підписано Закон України No 2168-VIII "Закон про фінансову безпеку національної медичної допомоги", який набув чинності 1 січня 2018 року, що ініціювало медичну реформу в Україні . Документ змінив режим національного фінансування медицини, особливо завдяки впровадженню нових технологій для вдосконалення всієї галузі. У 2018 році розпочався перший етап реформи - зміни торкнулись_діяльності медичних

установ та спеціалістів (сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів), які надають первинну медичну допомогу.[86]

Значимість медсестринської професії

Відповідно до реформи, перш за все, слід змінити роль медсестер у процесі лікування та посилити значення та авторитет медсестер. Зрештою, найбільші медичні працівники у всьому світі - це представники сестринської галузі. Вони є основним каналом між пацієнтами та лікарями. Вони витрачають більшу частину часу на пацієнтів та краще розуміють їх потреби.[67]

Донині роль медсестер в Україні все ще має другорядне значення. Реформи повинні змінити ситуацію, надавши цим професіоналам більше повноважень та більше відповідальності. Це також неможливо, якщо систему освіти та підготовки медичного сектора не змінити.[65]

Тандем «лікар-медсестра»

Медичні реформи покращили взаємодію серії "медсестра-медсестра". Зрештою, медсестра є головним помічником лікаря і повинна взяти на себе процес первинного прийому пацієнта: збирати інформацію про пацієнта та його скарги, вимірювати пульс, тиск, температуру тіла та виконувати інші операції. Лікар вже матиме всю необхідну основну інформацію та братиме участь у лікувальному процесі. Це заощадить час лікаря та дозволить медичній практиці («лікар-медсестра») приймати більше пацієнтів. Це, у свою чергу, безпосередньо вплине на заробітну плату.[81]

Самі експерти вважають, що необхідно переглянути та затвердити нові стандарти навантаження відповідно до міжнародних стандартів. Це необхідна умова для виправлення дисбалансу персоналу між лікарями та медсестрами. Крім того, українським медсестрам потрібно перевірити навантаження, адже на кожну медсестру припадає в середньому 25 пацієнтів! Наприклад, у Канаді медсестра опікується 5-7 пацієнтами. Більше того, багато країн не виконують великих обов'язків, але створили чітку систему, коли одному лікареві допомагає 5-6 медсестер. Ситуацію також потрібно змінити, щоб медсестра не тільки

виконувала рецепти, але й брала участь у процесі лікування та діагностики на більш високому рівні[94].

Підготовка медсестер нової формації

Відповідно до реформи планується адаптувати план освіти медичної сестри до сучасних вимог та рівня розвитку сучасної медичної науки. Навчання не приділяло достатньої уваги профілактичній медицині, психології сімейних стосунків, спілкуванню з пацієнтами та ефективному оволодінню новітніми технологіями. Ця реформа має на меті змінити ситуацію та заохотити молодь до вибору професії медсестри.[98]

Медсестри з сучасною медичною практикою та хорошими навичками спілкування можуть взяти на себе більше повноважень та відповідальності. Це звільнить час лікарів для ефективнішої та кращої роботи з пацієнтами. Медсестри первинної ланки потребують особливої уваги, особливо в клініках, акушерських та гінекологічних центрах, оскільки вони, як правило, приймають нововведення, рекомендації та замовлення. Як результат цих реформ, поточна комп'ютеризація медичних закладів має на меті частково вирішити цю проблему. Однак водночас використання сучасних технологій, включаючи лікування, змушує фахівців постійно вдосконалювати свої навички та здобувати нові знання.[80]

З метою розширення обсягу знань та підвищення рівня кваліфікації українське медичне співтовариство твердо виступає за злиття деяких змін у законодавстві. Такі як соціальне забезпечення, розвиток кар’єри та можливість коригування зарплати. Врешті-решт, сфера відповідальності розширилася, а кількість пацієнтів збільшилась, але система мотивації не відрізнялася динамікою змін. До речі, у США щорічний дохід медсестер сягає 41 000 доларів США, тоді як наш дохід не сягає 4000 доларів США[69]

Умови праці

Українським медсестрам також потрібно створити гідні умови праці. Наприклад, стаціонарні пацієнти зазвичай працюють по черзі протягом дня, але в західних

країнах час зміни не повинен перевищувати 10 годин, щоб уникнути факторів втоми та не нашкодити пацієнтам. Варто зазначити, що стандарти праці медсестер не переглядались більше 20 років. Дотепер безпека медсестер на роботі не вирішена на 100% - експерти щодня використовують потужні хімічні речовини, препарати та дезінфікуючі засоби без належного протиепідемічного захисту та засобів індивідуального захисту. Крім того, лікарня не була обладнана спеціальним одягом, і персонал повинен був купувати їх самостійно.[82]

В останні роки лікарні застосовували обладнання радянських часів (переважно дефектне обладнання). Багатьом медсестрам доводиться самостійно піднімати і перевозити пацієнтів (більшість медсестер - жінки, це не секрет, тому для багатьох людей ця частина роботи дуже складна)[95]

Престиж професії

Ці фактори також негативно впливають на професійний престиж. На щастя, з початку медичної реформи в Україні з'явилися нові амбулаторні та капітальні лікарні, як і гриби після дощу, це частина фактору, який вирішує питання безпеки на робочому місці. Що стосується повноважень медсестер, то тут також повинна змінитися ситуація. Тому під час процесу реформування персонал керівництва лікарні змінюється, і повноваження літніх медсестер слід розширити (до речі, влада їх підлеглих у рази перевищує силу лікуючого лікаря).[72]

Оплата послуг та збільшення посадових окладів

В Україні відбуваються основні зміни, і медичний персонал рухається до гідних умов праці та заробітної плати. Тепер керівництво лікарні може самостійно визначати розмір заробітної плати для працівників. В даний час медичні заклади змогли збирати та контролювати кошти. Вже є приклади успішного використання лікарень в Україні для ефективного використання влади та додаткових переваг. Завдяки медичним реформам впровадження сучасних інструментів управління медичними закладами та надання послуг

стало реальністю. Іде час, таких закладів повинно бути все більше Це означає, що найближчим часом українські медсестри забезпечать кращі умови життя, а сестринська галузь стане більш престижною та поважною[77]

Роль медичної сестри в поліклініки

Медсестри клініки працюють у різних професійних кабінетах та допомагають лікарям. Функції медсестер різноманітні, охоплюючи широкий спектр лікувально-профілактичних заходів, залежно від спеціальності лікаря, з яким вони ведуть прийом хворих.[83]

І. Дільнична сестра поліклініки є помічником дільничного терапевта у забезпеченні лікувально-профілактичних заходів на дільниці:

- виконує лікувальні та діагностичні призначення лікаря в поліклініці та вдома;
- проводить профілактичні заходи серед населення, бере участь в амбулаторному прийомі хворих;
- готує інструменти, медичні картки амбулаторних хворих, бланки;
- слідкує за результатами лабораторних та інших досліджень;
-регулює прийом хворих залежно від черговості та стану хворого;
- вимірює хворим артеріальний тиск;
- проводить термометрію та інші медичні маніпуляції;
- заповнює статистичні талони, бланки направлень на лікувально-діагностичні дослідження, рецепти, посильні листи, виписки з медичних карт;
- видає талон для повторних відвідувань;
- заповнює диспансерну карту (форма №30) на вперше виявлених хворих;
- веде картотеку диспансерних хворих та викликає їх у поліклініку відповідно до термінів спостереження, вивчає умови життя та побуту цих пацієнтів;
- проводить профілактичні щеплення.[73]

Основні обов’язки медичної сестри терапевтичного стаціонару.

Організація роботи медичної сестри терапевтичного стаціонару. Обов’язки і

дії постової та маніпуляційної медичної сестри терапевтичного відділення.

Організувати роботу медсестер. Документи, які повинні заповнювати медсестри, та правила їх обслуговування. Зареєструйте прийнятого пацієнта. Вимірювання температури, вимірювання артеріального тиску, дослідження пульсу та введення даних у термометр. Складіть список зустрічей. Правила надання пацієнтам таблеток та розчинних препаратів. Організувати роботу медсестер в операційній. Основні файли операційної. Правила зберігання та обліку лікарських засобів та медичного обладнання в диспетчерській. Він видається у чинному порядку, пояснюючи та зберігаючи сильнодіючі, наркотичні та токсичні речовини. Методи та прийоми рутинного дослідження крові, аналізу глюкози в крові, біохімічних та бактеріологічних досліджень. Операційний стіл готовий і готовий до роботи.[96]

Техніка підшкірних внутрішньом'язових ін'єкцій. Розрахуйте дозу розчинних антибіотиків. Правила заповнення системи переливання крові та Внутрішньовенна інфузія. Основні вимоги до стерилізації та попередньої стерилізації інструментів. Виконайте контроль якості очищення перед дезінфекцією інструментів у присутності крові та миючих засобів. Стерилізація багаторазових інструментів[88]

Обов'язки медичної сестри по забезпеченню діагностичного процесу у терапевтичному стаціонарі.

Основні правила підготовки пацієнтів до гастроскопії, проктоскопу, колоноскопії та ультразвукового дослідження черевної порожнини. Основні типи клізм та правила їх використання. Підготуйте пацієнта та необхідне обладнання для взяття калу на яйця фекальних глистів, приховану кров та загальні процедури. За методами Зимницького, Нечипоренка, Аддіс-Каковського аналізуються та досліджуються правила забору сечі та їх діагностичне значення. Підготовка та проведення зондування шлунка та дванадцятипалої кишки .

Промивання шлунка, спосіб його здійснення, збір технічної води для дослідження шлунка, опромінення шлунка, спосіб його здійснення, збір

промислової води для дослідження.[97]

ЕКГ, метод та технологія реєстрації ЕКГ. Найпростіший аналіз їх основних елементів. Знання ехокардіографії. Дослідіть функцію зовнішнього життя. Робота медичного відділення кабінету функціональної діагностики.

Особливості роботи процедурного кабінету терапевтичного відділення та обов'язки медичної сестри щодо їх забезпечення.

Організувати роботу медсестер у процедурному кабінеті. Правила зберігання медичного обладнання в процедурному кабінеті. Основний вид компресії. Правила стосуються тепла, холоду та медичних компресів. Техніка використання консервів, насіння гірчиці, використання грілки та піноутворення з льодом. Обробка та дезінфекція продуктів багаторазового використання. Використовуйте лікарські води з водою, умови зберігання є нормальними. Правила користування кишенями та фіксованими інгаляторами. Надайте методи та технології зволоження кисню та використання кисневих подушок.

Знайомі з процедурами фізіотерапії (гідротерапія, світло, електромагніт): методи випуску, моніторинг та перша допомога пацієнтам (практичні навички виробничої практики), коли стан погіршується під час фізіотерапевтичних процедур максимальний модульний контроль[90]

Морально-етичні та законодавчі засади медсестринства в Україні. Організація роботи та обов'язки медичної сестри основних структурних підрозділів терапевтичного стаціонару.

Метою сестринського догляду є впровадження медсестринського процесу на професійному рівні, підтримка гідності та автономності пацієнтів, підтримка гармонії із суспільством та соціальними потребами. послуги. Здоров'я та профілактика захворювань.

Медсестри повинні:

- розуміти фактори ризику;

-клінічні прояви;

-ускладнення;

-профілактику вісцеральних захворювань та обов'язки медсестри щодо впровадження лікувально-діагностичних заходів у лікувальному відділенні;

- бути здатними виконувати всі етапи медсестринського процесу;

-виконувати первинну медичну допомогу;

- виявлення проблем пацієнта та планування медсестер, проведення планової допомоги, проведення поточних та підсумкових оцінок.

Догляд:

- підготувати пацієнтів до діагностичних процедур;

- проводити медикаментозне лікування відповідно до розпоряджень лікарів;

- здійснювати сестринські операції (надавати медичні послуги);

- забезпечити безпеку від інфекції пацієнтів та медичного персоналу;

-члени сім'ї навчають правилам вживання наркотиків та лікувального харчування,можуть надавати пацієнтам (сім'ї) поради щодо запобігання загострень та ускладнень;

-можуть взаємодіяти з медичною командою;

-можуть надати першу допомогу,догляд.

Виходячи з усього вищесказаного, на сьогодні дуже важливим і актуальним є співіснування приватних та державних медичних установ, оцінка особливостей кожного закладу та зростаюча роль медсестер у профілактичній роботі лікувального кабінету приватних медичних центрів[87]

РОЗДІЛ 2

Власні дослідження

2.1.Мета і завдання дослідження.

Мета дослідження

Показати особливості роботи приватного медичного центру та роль медсестри в роботі терапевтичного кабінета.

Для досягнення поставленої мети були сформульовані наступні завдання дослідження.

1.Порівняти роботу приватного та державних установ.

2.Вивчити деякі гемодинамічні показників хворих гіпертонічною хворобою ,знаходячися під наглядом в приватном медичном центрі.

3.Простежити роль медичної сестри в медико-профілактичній роботі терапевтичного кабінету на основі вивчення деяких функціональних показників стану хворих гіпертонічною хворобою.

2.2.Матеріал та методи дослідження.

Відповідно до поставленої мети та завдань в основі роботи лежить аналіз результатів комплексного клінічного, лабораторного та інструментального обстеження 30 осіб, репрезентативних за віком і статтю, а також аналіз роботи медичної сестри в підготовці хворих до цих методів дослідження.

Методи дослідження :

- Вимірювання пульсу
- Вимірювання АТ
- ЕКГ
- ЕХКГ
- Рентгенологічне дослідження

Правила вимірювання АТ:

1. Вимірювання АТ починають після 3–5-хвилинного відпочинку пацієнта в положенні сидячи. Виконуємо мінімум два вимірювання АТ з інтервалом 1–2 хв (додаткове третє вимірювання — у разі значної

різниці між результатами перших двох вимірювань) і обчислюємо середнє арифметичне значення. Під час первинного огляду пацієнта вимірювання АТ

виконуємо на обох руках і визначають домінантну руку (з вищим рівнем АТ), на якій надалі буде вимірюватися АТ.

2.Для вимірювання АТ використовуємо манжетки відповідного розміру: стандартна (ширина 12–13см, довжина 35см), велика (окружність плеча пацієнта >32 см) і маленька манжетка (для дітей віком до 5 років); манжетку розміщуємо посередині плеча на рівні серця, щоб її нижній край знаходився на 2–2,5см вище ліктьової ямки, а між манжетою і поверхнею плеча проходив палець.

3.У разі використання аускультативного методу вимірювання АТ визначаємо I фазу (появу) і V фазу (зникнення) тонів Короткова, які відповідають САТ і ДАТ.

4.Вимірювання АТ на 1-й та 3-й хвилині після переходу в ортостаз необхідно обов'язково виконувати особам похилого віку, а також хворим на ЦД та в усіх випадках наявності ортостатичної гіпотензії (зниження САТ на ≥20мм рт.ст. або ДАТ на ≥10 мм рт. ст.) чи у разі підозри на неї.

Важливим доповненням до традиційного «офісного» є вимірювання АТ поза межами медичного закладу — амбулаторне добове і домашнє моніторування АТ. Вони дають можливість точніше оцінити рівень АТ на основі оцінки більшої кількості вимірювань в умовах реального життя пацієнта, а результати таких вимірювань є більш точними предикторами серцево-судинних ускладнень у пацієнтів з АГ. Відомо, що на рівень АТ можуть впливати різні фактори. Основними показаннями для амбулаторного добового та домашнього моніторування АТ є підозра на гіпертензію «білого халата», масковану чи нічну гіпертензію, гіпотензію, значна міжвізитна варіабельність АТ при «офісних» вимірюваннях і резистентна АГ. Залежність підвищення АТ від окружності руки наведено в табл. 2.1, а діагностичні критерії АГ при різних умовах вимірювання — в табл. 2.2.

Окружність руки,см	**АТ(ступінь підвищення),мм рт.ст.**

40	10/7
45	15/10
50	21/18
55	26/18

Табличка2.1.Ступінь підвищення АТ залежно від окружності руки

Умов вимірювання	**САТ, мм рт. ст.**		**ДАТ, мм рт. ст.**
«Офісний»АТ	≥140	та/або	≥90
24-години середньодобове моні тарування АТ	≥130	та/або	≥80
Домашній АТ	≥130	та/або	≥85
Середньонічний АТ	≥120	та/або	≥70
Середьоденний АТ	≥135	та/або	≥85

Табличка 2.2 .Діагностичні критерії АГ при різних умовах вимірювання

На показники АТ впливає «синдром білого халата», який можливий у 20% пацієнтів. У осіб похилого віку може виникати склероз плечової артерії, який стає причиною несправжньої АГ. Він визначається пальпаторно (таку артерію майже неможливо стискувати, пульсація артерії зберігається і після підвищення тиску в манжетці вище аускультативного рівня САТ). Тому висновок про підвищений АТ ґрунтується на результатах трьох вимірювань, які проводемо протягом 3–4 тиж, за винятком випадків, які потребують невідкладної терапії.

Контроль АТ є однією з основних цілей лікування АГ. Тривалий час поняття контролю АТ обмежувалося лише досягненням цільового рівня офісного АТ. Проте, з появою методу ДМАТ появилися дані, що офісний АТ — це лише маленька частинка від істинного АТ. Якщо при підвищенні його рівня ризик серцевосудинних ускладнень збільшується поступово і майже лінійно, то при відсутності контролю АТ протягом доби ризик починає зростати в геометричній прогресії. На сьогодні ДМАТ все частіше визнають необхідним

для встановлення діагнозу та ведення хворих на АГ. Безумовно, ДМАТ є найбільш інформативним способом діагностики АГ при контролі ефективності антигіпертензивної терапії. Воно дозволяє не тільки оцінити рівень АТ, але й отримати цілий ряд додаткових показників, які мають незалежне прогностичне значення.

Я протягом 30 днів здійснювала контроль офісного АТ і ЧСС, оцінювала ефективність проведеної терапії, реєстрували випадки побічних реакцій.

Вимірювання офісного АТ проводили згідно рекомендацій (тричі з інтервалом 2 хвилини при спокійному стані пацієнта в сидячому положенні) стандартним сфігмоманометром . ЧСС визначали безпосередньо після другого виміру АТ.

При проведенні ДМАТ перед установкою апарата пацієнта ознайомлювали з метою і завданням дослідження, з режимом вимірювання тиску. Пацієнт вів щоденник, в якому зазначав режим дня, емоційне і розумове навантаження, зміни в самопочутті, час прийняття ліків і процедур, з обов'язковим зазначенням періоду сну та активності. Манжетку накладали на «неробочій» руці хворого, однак при асиметрії АТ на обох руках більше 10 мм рт.ст., на руці з більшим рівнем АТ. Манжетку фіксували на плечі на 2 см вище ліктьового згину, щоб вона не зісковзувала, монітор фіксували на поясі. Для отримання результатів показників АТ протягом доби використовували добовий монітор вимірювання АТ осцелометричнним методом ABPM50 (NEACO, London), реєстрацію показників проводили кожні 15 хв. Вдень (06:00-22:00) і кожні 30 хв. вночі (22:00-06:00). Після завершення обстеження результати завантажували на комп'ютер, на якому за допомогою програмного забезпечення до апарату здійснювали аналіз отриманих даних АТ. Результати ДМАТ враховували при наявності не менше 70% вдалих вимірів протягом доби.

<u>При аналізі даних ДМАТ розраховували такі параметри:</u>

 середні значення АТ (систолічного, діастолічного, пульсового) і ЧСС за

добу, день і ніч;

 максимальні та мінімальні значення АТ за день, ніч і добу;

 показники «навантаження тиском» (індекс часу, індекс площі гіпертензії) за добу, день та ніч;

 добовий індекс (ступінь нічного зниження АТ);

 варіабельність АТ;

 ранковий підйом АТ (величина і швидкість ранішнього підйому АТ).

Цільовим середньодобовим рівнем АТ вважали показник менше 130/80 мм рт. ст. (вдень менше 135/85 мм рт. ст., вночі менше 120/70 мм рт. ст.), ЧСС – 60-70 уд./хв.

Залежно від ступеня нічного зниження АТ виділяли кілька типів добових профілів АТ:

 нормальний (оптимальний) ступінь нічного зниження АТ («dipper») – ДІ 10-20%;

 недостатній ступінь нічного зниження АТ («non-dipper») – ДІ 0-10%

 підвищений ступінь нічного зниження АТ («over-dipper») – ДІ більше 20%;

 стійко підвищений нічний АТ («night-peaker») – ДІ менше 0.

Підвищеним ступенем коливань АТ вважали збільшення варіабельності показників САТ протягом доби більше 15 мм рт. ст. і ДАТ більше 12 мм рт. ст. ІНТ відображає відсоток вимірів АТ, який перевищує верхню межу норми в загальній кількості реєстрацій. Він не повинен перевищувати 25%. ІНТ має декілька синонімів: частота підвищення АТ, навантаження тиском,гіпертонічне навантаження, індекс часу.

Показник швидкості ранкового підйому АТ розраховують окремо для САТ і ДАТ за формулою:(АТ макс. – АТ мін.) / (t макс. – t мін.), де

 АТ макс. – максимальна величина ранкового АТ;

 АТ мін. – мінімальна величина ранкового АТ;

 t макс. – час максимального ранкового АТ;

 t мін. – час мінімального нічного АТ.

У нормі швидкість ранкового підйому САТ не повинна перевищувати 10 мм рт. ст. за годину. Критичною швидкістю, що провокує виникнення більшості епізодів «німої» ішемії міокарда в хворих на ІХС у поєднанні з АГ, є 15 мм рт. ст. за годину.

Лікування вважали ефективним при досягненні цільових рівнів АТ (середньодобового АТ менше 130/80 мм рт. ст.) і/або зниження САТ/ДАТ на 10/5 мм рт. ст. і більше.

До початку терапії та після 30 днів лікування проводили добове моніторування АТ, контроль загального аналізу крові та сечі, біохімічніпоказники, ліпідний спектр крові, СРБ, загальний фібриноген, ІЛ-1β, ІЛ-6, ФНП-α, СК, рівень креатиніну, калію, натрію, АлАТ, АсАТ. За 3 доби до початку дослідження хворим відміняли, при можливості, антигіпертензивні лікарські засоби.

Роль медичної сестри в підготовці хворого до ЕКГ:

Спеціальної підготовки хворий до електрокардіографії не потрібно. Процедуру проводимо в день звернення пацієнта до медичного закладу. Дослідження проводимо після 10-15хвилин відпочинку не раніше ніж через 2 години після прийому їжі.

Під час запису електрокардіограми просемо пацієнта максимально розслабитися і не здійснювати жодних рухів. Можливо, буде потрібна затримка дихання. Тривалість процедури становить кілька хвилин. Пацієнт

повинен бути роздягнений до поясу, також необхідно оголити гомілки. Реєстрація ЕКГ звичайно проводиться в положені лежачи на спині, що дозволяе домогтися максимального разслаблення мязів.

Методика реєстрації електрокардіограми

Вимоги до кабінету ЕКГ:

- ЕКГ реєструють в спеціальному приміщені, яке не повинно знаходитись поблизу джерела електричного струму: електромоторів, фізіотерапевтичних та рентген кабінетів, розподільних електрощитків.

- Кушетка повина знаходитись на відстані як мінімум 1.5 – 2 метри від проводів електричної мережі. Доцільно екранувати кушетку, підклав під пацієнта одіяло з вшитою металевою сіткою, якю необхідно заземлить.

На внутрішню поверхню гомілок та передплічя в нижній третині за допомогою резинових стрічок накладаємо 4 пластинчатих електроди (або одноразових електродів), на грудях встановити 1 або кілька (при багатоканальній реєстрації) грудних електродів, використовуючи гумову грушу - присосок (або одноразові електроди).

Для поліпшення якості ЕКГ і зменшення кількості наведених струмів, слід забезпечити хороший контакт електродів зі шкірою. Для цього необхідно знежирити шкіру спиртом в місцях накладення електродів, нанести на електроди шар спеціального гелю, який дозволяє максимально знизити міжелектродний опір. У деяких пацієнтів накладення електродів можливо тільки після гоління ділянок шкіри, на яких будуть розміщені електроди

До кожного електроду, розташованому на кінцівках і грудній клітці, слід підключити провід електрокардіографа відповідного кольору:

- права рука - червоний (R)
- ліва рука - жовтий (L)
- ліва нога - зелений (F)
- права нога - чорний (N)
- грудної електрод - білий колір.

Якщо використовується 6- канальний електрокардіограф, який дозволяє одночасну реєстрацію ЕКГ в 6 грудних відведеннях:

1. до V1 підключають дріт червоного кольору
2. до V2 - жовтого кольору
3. до V3 - зеленого кольору
4. до V4 - коричневого кольору
5. до V5 - чорного кольору

6. до V6 - синього або фіолетового кольору.

Грудні відведення, запропоновані Wilson в 1934 році, локалізовані в такий спосіб:

-V1 - активний електрод встановлений в четвертому міжреберному проміжку по правому краю грудини;

-V2 - активний електрод встановлений в четвертому межреберному проміжку по лівому краю грудини;

-V3 - активний електрод знаходиться між другим і четвертим електродами, приблизно на рівні четвертого ребра по лівій парастернальній лінії;

-V4 - активний електрод встановлений в п'ятому міжреберному проміжку по лівій середньоключичній лінії;

-V5 - активний електрод розміщений на тому ж горизонтальному рівні, що і V4 по лівої передній пахвовій лінії;

-V6 - активний електрод розміщений на лівій середній пахвовій лінії на тому ж горизонтальному рівні, що і електроди відведень V4 і V5.

Перед початком реєстрації ЕКГ на всіх каналах електрокардіографа слід встановити однакове посилення електричного сигналу. Для цього в кожному електрокардіографі передбачена можливість подачі на гальванометр стандартного калібрувальної напруги 1 мВ. Зазвичай посилення кожного каналу підбирається таким чином, щоб напруга 1 мВ викликало відхилення гальванометра та реєстраційної системи, відповідно 10 мм. Для цього в положенні перемикача відведень 0 регулюють посилення електрокардіографа і реєструють калібрувальний мілівольт. При необхідності можна змінити посилення: зменшити його при занадто великій амплітуді зубців ЕКГ (1 мВ = 5 мм), або збільшити при їх малій амплітуді (1 мВ = 15 або 20 мм).

Слід встановити швидкість реєстрації ЕКГ натиснувши на кнопку швидкості для вибору відповідного параметра (25 мм / сек).

Перевірити якість накладенних електродів, дивлячись на ЕКГ дисплей в

відведеннях I і II, перемикаючи відведення клавішами зі стрілками «вгору» і

«вниз». При наявності значних м'язових осциляцій, слід включити м'язовий фільтр за допомогою клавіші «фільтр».

Реєстрація ЕКГ здійснюється при спокійному диханні. При використанні трехканального електрокардіографа, спочатку реєструють ЕКГ в стандартних відведеннях (I, II, III) потім в посилених відведеннях від кінцівок (aVR, aVL, aVF) і в грудних відведеннях (V1-V6). У кожному відведенні реєструю як мінімум 5 серцевих циклів PQRST.

Відразу ж після закінчення дослідження на паперовій стрічці вказуємо прізвище, ім'я та по батькові пацієнта, вік, дату і час проведення дослідження.

ЕКГ при гіпертонічній хворобі виявляє неспецифічні ознаки:

- гіпертрофію та систолічне перевантаження лівого шлуночка,
- перевантаження лівого передсердя.

Ознаками гіпертрофії лівого шлуночка на ЕКГ є підвищений вольтаж шлуночкових комплексів,високі зубці R у відведеннях aVL, V5-6, $R_{V6}>R_{V5}$, глибокий зубець S у відведенні V3, $S_{V1}+R_{V6}>35$ мВ, $S_{V3}+R_{aVL}>28$ мВ (у чоловіків) або 20 мВ (у жінок). Про систолічне перевантаження лівого шлуночка говорять тоді, коли на ЕКГ виявляють депресію сегменту ST у відведеннях I, aVL, V5-6, а критеріями перевантаження лівого передсердя є широка (>40 мс) і глибока (>0,1 мВ) негативна частина зубця P у відведенні V1. Іноді виявляють горизонтальне положення або відхилення електричної осі серця вліво, синусову тахікардію, екстрасистолію, порушення внутрішньошлуночокового проведення або повну блокаду лівої ніжки пучка Гіса.

Ехокардіографія не вимагає спеціальної підготовки та не чинить шкідливого впливу на організм пацієнта. Ми супроводжуємо хворого до кабінету ехокардіографії, процедура проводиться в положенні лежачі та встані спокою, очикуємо результат та повертаємося до кабінету сімейного лікаря(терапевта).

Обов’язковим дослідженням при АГ є ехокардіографія, яка дозволяє точно

оцінити товщину стінок лівого шлуночка, масу міокарда та індекс маси міокарда лівого шлуночка, розміри лівого передсердя, систолічну та діастолічну функцію лівого шлуночка. Гіпертензія супроводжується збільшенням товщини стінок лівого шлуночка (у нормі товщина міжшлуночкової перегородки не перевищує 11 мм, задньої стінки лівого шлуночка – 10 мм), індексу маси міокарда (у нормі не перевищує 125 г/м^2 у чоловіків та 110 г/м^2 у жінок). Гіпертрофія лівого шлуночка майже завжди супроводжується збільшенням розміру лівого передсердя (норма – до 40 мм) та порушенням діастолічної функції лівого шлуночка за типом порушення релаксації (відношення Е/А трансмітрального кровотоку <1, час ізоволюмічного розслаблення лівого шлуночка (IVRT) <65 мс, час уповільнення ранньодіастолічного трансмітрального потоку (DT) >220 мс).

Для оцінки стану міокарда та розмірів камер серця хворим проводили ехокардіографічне обстеження з визначенням розмірів камер серця та фракції викиду (ФВ) лівого шлуночка. ЕхоКГ проводили на ехокардіографі Sanoline Versa Plus (Siemens, Німеччина), використовували секторний датчик 3,5 Мгц. За результатами проводили розрахунок маси міокарда (ММ), індекс маси міокарда (ІММ) та відносну товщину міокарда (ВТМ) за наступними формулами:

1)ММ = 0,8 * (1,04 * (МШП + КДР ЛШ + ЗСЛШ) * 3 - КДР ЛШ * 3) + 0,6, де

ММ – маса міокарда (г);

МШП – товщина міжшлуночкової перегородки (см);

КДР ЛШ– кінцево-діастолічний розмір ЛШ (см);

ЗСЛШ – задня стінка ЛШ (см).

2)Sтіла = $\frac{\sqrt{\text{m (кг)} * \text{h}}}{\text{(м) } 3600}$

де Sтіла – площа поверхні тіла (м 2) (формула Мостлера);

m – маса тіла (кг);

h – ріст (м).

3)ІММ = ММ

Stіла

де ІММ – індекс маси міокарда (г/м2);

ММ – маса міокарда (г);

Stіла – площа поверхні тіла (м 2).

4)ВТМ = 2∗ЗСЛШ

КДР ЛШ

де ВТМ – відносна товщина міокарда;

ЗСЛШ – задня стінка ЛШ (см);

КДР ЛШ– кінцево-діастолічний розмір ЛШ (см).

Величину ІММ більше 115 г/м2 для чоловіків і більше 95 г/м2 для жінок вважали гіпертрофією ЛШ.

Відповідно до результатів ІММ і ВТМ визначали тип геометрії серця:

 нормальна геометрія – ІММ < 115 г/м2 (чол.) і < 95 г/м2 (жін.), ВТМ < 0,45;

 ексцентрична гіпертрофія – ІММ > 115 г/м2 (чол.) і > 95 г/м2 (жін.), ВТМ < 0,45;

 концентрична гіпертрофія – ІММ > 115 г/м2 (чол.) і > 95 г/м2 (жін.), ВТМ > 0,45;

 концентричне ремоделювання – ІММ < 115 г/м2 (чол.) і < 95 г/м2 (жін.), ВТМ > 0,45;

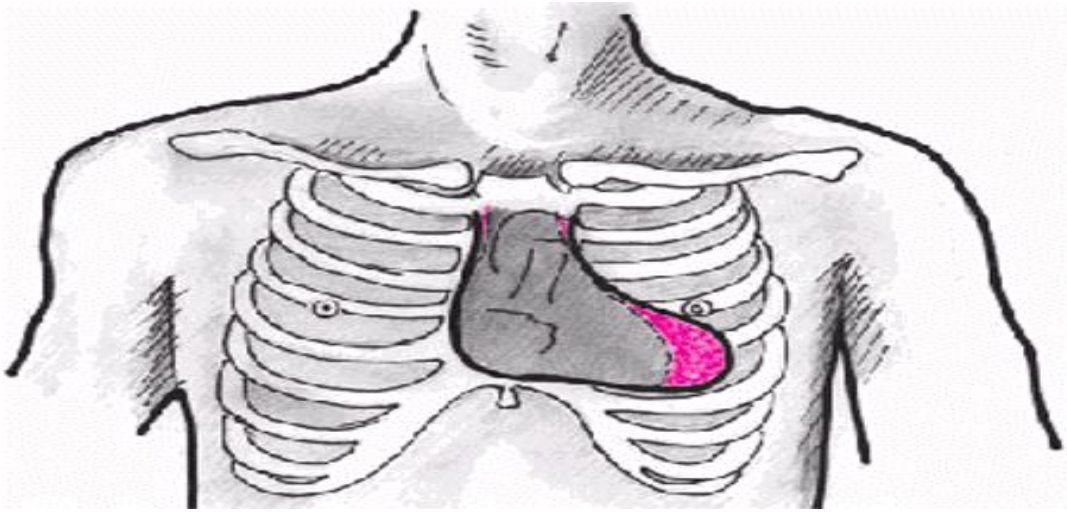
Розраховували ФВ ЛШ. Характеристику діастолічної функції ЛШ встановлювали при доплер-ехокардіографічному дослідженні трансмітрального потоку, враховували максимальну швидкість раннього (Е) та пізнього (А) наповнення ЛШ, їх співвідношення (Е/А).

Рентгенологічне дослідження непотребує спеціальної підготовки. Медична сестра супроводжує хворого до кабінету рентгенологічного дослідження. Процедура проводиться стані спокою, в тривалості до 5 хвилин.

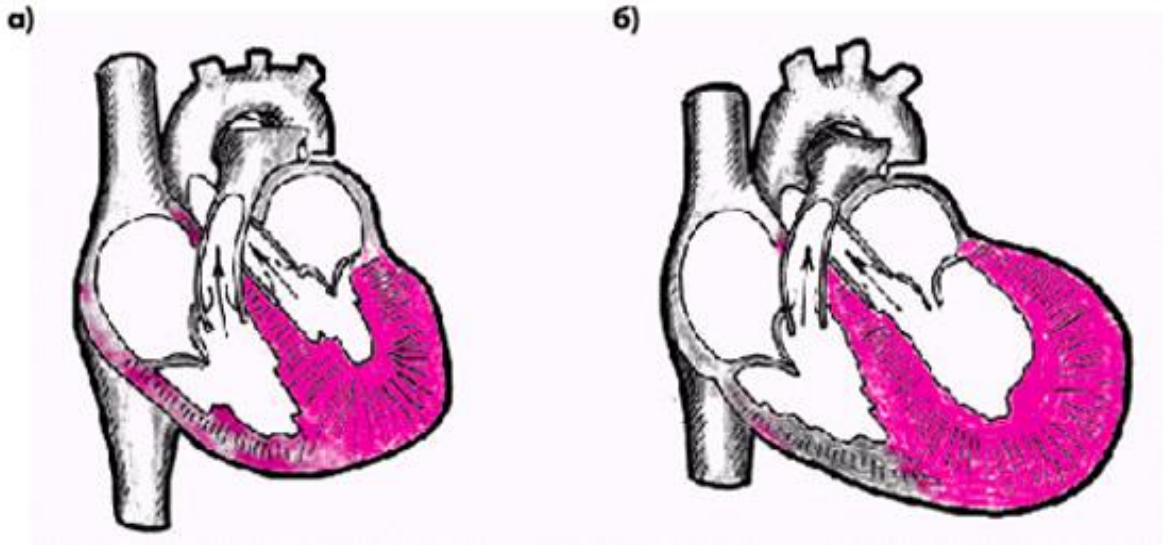
Зміни, що виявляються при рентгенологічному дослідженні органів грудної

клітки при гіпертонічній хворобі.

При II–III стадії захворювання визначається розширення границь серця вліво, аортальна його конфігурація (ознаки гіпертрофії лівого шлуночка). Аорта подовжена, ущільнена і розширена (ознаки атеросклерозу аорти).



Конфігурація серця при гіпертонічній хворобі



Концентрична і ексцентрична гіпертрофія міокарда

У дослідженні включено 30 хворий на ГХ II стадії 1-2-3 ступенів, які перебували на амбулаторному лікуванні в терапевтичному кабінеті.Контрольну групу склали 10 практично здорові особи без підвищених показників АТ, ГХ в анамнезі, які не перебували на диспансерному спостереженні з приводу

соматичної патології. Серед хворих з ГХ було 13 чоловіків (42,6%) та 17 жінок (57,4%), середній вік яких склав 54,6±8,11 років. Переважали хворі віком від 50 до 59 років – 14осіб (46,6%) як серед чоловіків, так і серед жінок. Не виключено, що фізичне та психологічне перенавантаження в працездатному віці впливає на рівень захворюваності (табл. 1.1)

Всього	Стать		
	Чоловіки (=13) %	Жінки (=17) %	Всього(=30) %
1	6	9	15
До 40	12	9,8	9,4
41-50	38,6	34,3	29
51-59	43,4	46,9	46,6
60 і старще	20	25,8	23,5

Таблиця 1.1 – Розподіл хворих за віком і статтю

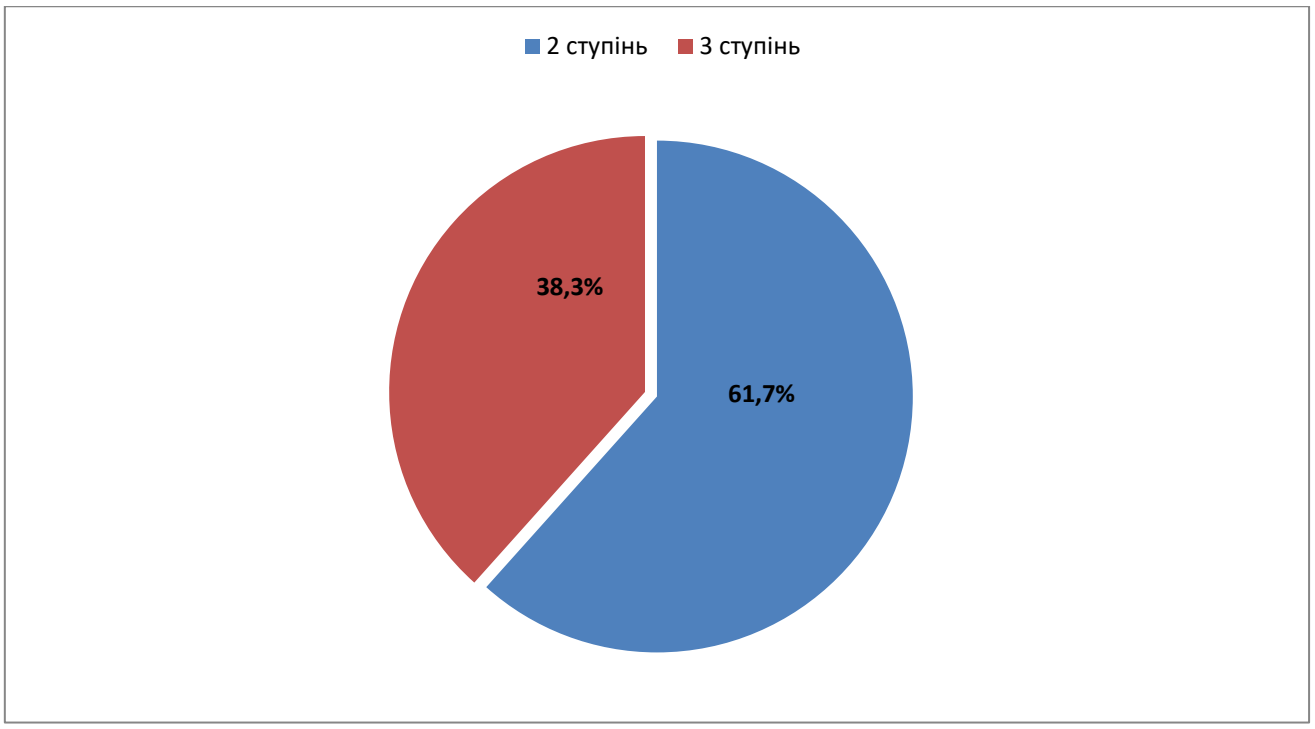


Рисунок 1.1 – Розподіл хворих ГХ 2 стадії за ступенем.

IIступінь -61,7%

IIIступінь-38,3%

Хворим визначали ІМТ (табл. 2.2). У дослідження пацієнтів з ожирінням III ступеня не включали.

Показник	Контрольна група (n=10)	I група (n=49)	II група (n=47)	III група (n=45)
Індекс маси тіла	25,6±2,3	27,6±3,7	26,9±3,9	28,8±3,6

Таблиця 1.2 – Показники індексу маси тіла в обстежуваних хворих.

Діагноз захворювання та лікувальну тактику встановлювали згідно рекомендацій Європейського товариства з гіпертензії та Європейського товариства кардіологів по веденню хворих на ГХ, розроблених в 2007 та 2013 роках, рекомендацій комітету ВООЗ (1996 р.) та Уніфікованого клінічного протоколу по артеріальній гіпертензії (2012 р.)

Рандомізацію хворих на ГХ проводила в порядку зверненням на консультацію. Критеріями включення у дослідження були: наявність есенціальної ГХ II стадії

2-3 ступенів з високим і дуже високим ризиком, в яких за результатами попереднього лікування не досягнуто цільового рівня АТ.

В обстеження не включали хворих на симптоматичну ГХ, з вадами серця, інфарктом міокарда й гострим порушенням мозкового кровообігу в анамнезі, з тяжкою СН (III – IV ФК за NYHA), тяжкими порушеннями ритму серця та провідності, ознаками тромбофлебіту, тромбоемболії, печінковою і нирковою недостатністю, онкологічними, ендокринними, імунними, інфекційними та бронхолегеневими захворюваннями.

Середня тривалість захворювання становила 7,24±3,17 років. До 5 років було 7 (28,4%), 5-10 років – 12 (43,2%), більше 10 років – 20 (28,4%) хворих

(рис. 1.2). Кількість хворих з тривалістю захворювання до 5 років є найменшою, що, можливо, обумовлено недостатньо вираженою симптоматикою та відсутністю тяжких ускладнень, не викликали потреби звертатися до лікаря.

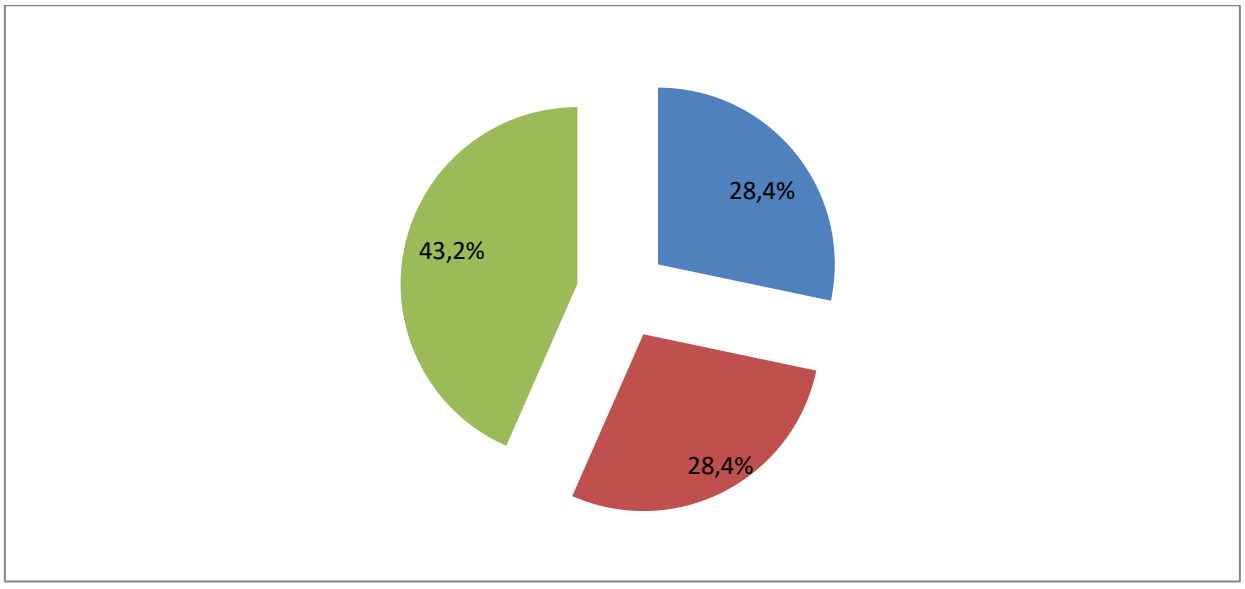


Рисунок 1.2 – Розподіл хворих на ГХ за тривалістю захворювання

до 5 років -28,4%

5-10 років -28,4%

більше10років-43,2%

Серед обстежених нами хворих на ГХ у 5 (46,66%) була обтяжена спадковість по материнській лінії, у 3 (38,33%) — по батьківській, у 4(11,66%) — по материнській та батьківським лініях. У 5 (50%) пацієнтів на ГХ хворіли також брати чи/та сестри. У 6 (61,66%) хворих ГХ асоціювалась з порушенням вуглеводного обміну (рівень глюкози вище 7 ммоль/л або наявність цукрового діабету), у 3 (33,33%) – з палінням (табл. 1.2)

Фактори ризику	Хворі на ГХ, n=60 (абс. /%)
Обтяжена спадковість по материнській лінії	46,66%
Обтяжена спадковість то батьківській лінії	38,33%
Обтяжена спадковість по материнській та батьківській лінії	11,66%
Ожиріння	63,33%
Паління	33,33%
Порушення вуглеводного обміну	61,66%

Табличка 1.2.Фактори ризику виникнення гіпертонічної хвороби

Таким чином, на сучасному етапі найбільш поширеними ускладненнями гіпертонічної хвороби є ішемічна хвороба серця, порушення мозкового кровообігу, ураження судин очного дна, ниркова недостатність. Гіпертонічна хвороба найчастіше асоціюється з такими факторами ризику як ожиріння, порушення вуглеводного обміну або цукровий діабет, паління, спадкова схильність.

Основними клінічними ознаками у хворих на ГХ ІІ стадії були біль голови, запаморочення, серцебиття, біль в ділянці серця, задишка, порушення сну, загальна слабкість (рисунок 1,3)

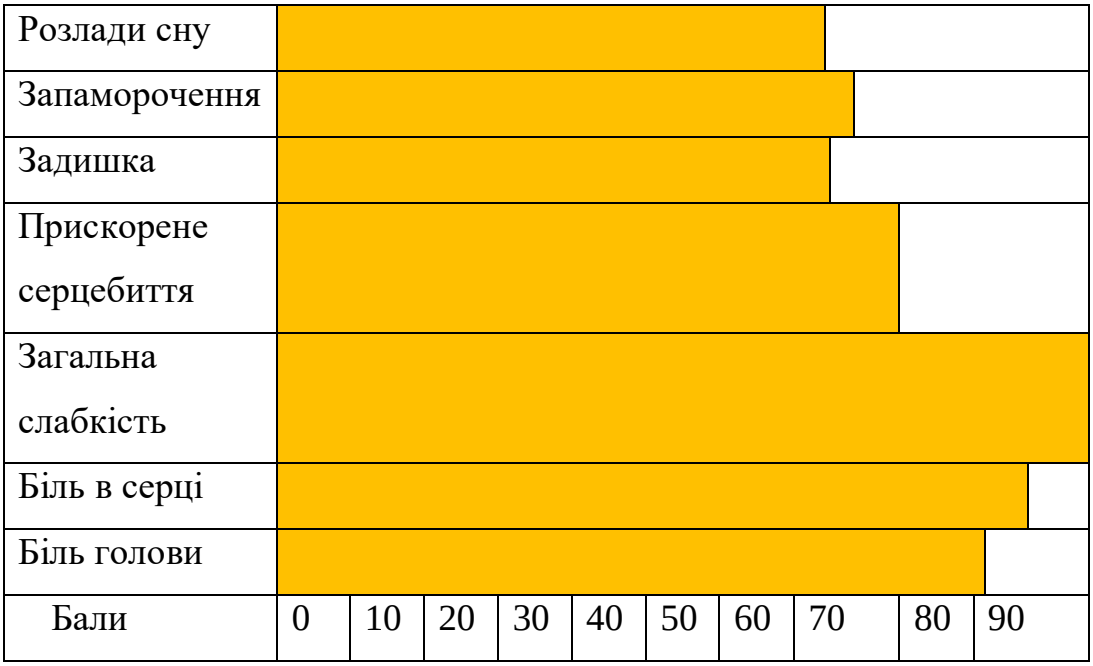


Рисунок 1.3 – Основні клінічні ознаки ГХ ІІ стадії

Аналіз клінічної картини захворювання представлений в табл. 1.3. У 30(50%) хворих на ГХ перебіг ускладнявся серцево-судинними розладами, про що свідчили скарги хворих на стискаючий біль в ділянці серця – 10(36,66%), задишку –12(26,66%), пастозність чи набряки гомілок – 8 (20%); у 25 (41,66%) – ураженням центральної нервової системи, про що свідчили скарги хворих на головний біль – у 20 (25%), запаморочення – у 13 (21,66%), порушення сну – у 7 (11,66%).

Скарги		Хворі на ГХ, n = 30 (абс. /%)
Кардіальні	болі в ділянці серця	36,66%
	задишка	26,66%
	пастозність чи набряки гомілок	20%

Церебральні	головний біль	25%
	запаморочення	21,66%
	порушення сну	11,66%

Табличка 1.3. Частота виявлення скарг у обстежених пацієнтів на ГХ.

Артеріальний тиск у хворих в середньому склав 164,14 ± 14,25/ 93,78 ± 8,04 мм рт.ст., у здорових АТ – 118,00 ± 5,88/ 75,75 ± 4,64 мм рт. ст. (табл. 2.3).

У 24 (60%) хворих була тахікардія (частота пульсу і частота серцевих скорочень відповідно більше ніж 100 уд. за хв.).

Група Рівень АТ	Контрольна група, n=10	Хворі на ГХ,п=30	Р
САТ, мм рт. ст.	118,00±5,88	167,14±14,25	<0,05
ДАТ, мм рт. ст.	75,75±4,64	93,78±8,04	<0,05
Пульс ударів в хвилину.	62,25±4,05	90,36±10,65	<0,05

Табличка1.4.Характеристика гемодинамічних показників у хворих на гіпертонічну хворобу

Гіпертензивне серце діагностовано у 8 (84,4%) хворих за даними клінічного обстеження та ехоКГ. Ангіопатія сітківки ока виявлена у 5 (59,6%) хворих. У 2 (19,9%) хворих встановлено транзиторну протеїнурію. У 8 (58,2%) діагностовано поєднання ГХ з ІХС (стабільна стенокардія напруги II-III ФК). Порушення ритму (суправентрикулярна тахікардія, фібриляція передсердь, поодинока шлуночкова екстрасистолія) виявлено у 2 (20,6%) хворих.

У 20 (33,33%) хворих внаслідок ГХ спостерігалось порушення функції нирок, про що свідчило підвищення рівня креатиніну в крові на 26,5 %.

Зміни судин на очному дні при огляді офтальмологом виявлені у всіх хворих: у 25 (41,66%) – звуження артерій, у 28 (46,66%) – звуження артерій та розширення вен, у 8 (13,33%) – крововиливи на сітківці.

Усі пацієнти пройшли огляд невропатолога. Дисциркуляторна енцефалопатія була виявлена у 9 (15%) хворих на ГХ, астеноневротичний синдром – у 25 (41,6%), вестибуло-атактичний – 16 (26,66%), цефалічний – 22 (36,66%), ліквorно-гіпертензівний – 18 (30%), та інші – у 12 (20%) хворих на ГХ. Після огляду кардіолога та реєстрації ЕКГ діагноз стенокардія напруги 2 функціональний клас був виставлений у 16 (26,66%) хворих, дрібновогнищевий інфаркт міокарда – у 8 (13,33%) хворих, серцева недостатність – у 17 (28,33%) хворих, порушення ритму та провідності серця – у 10 (16,66%) хворих.Частота ускладнень гіпертонічної хвороби наведена на рис. 1.4.:

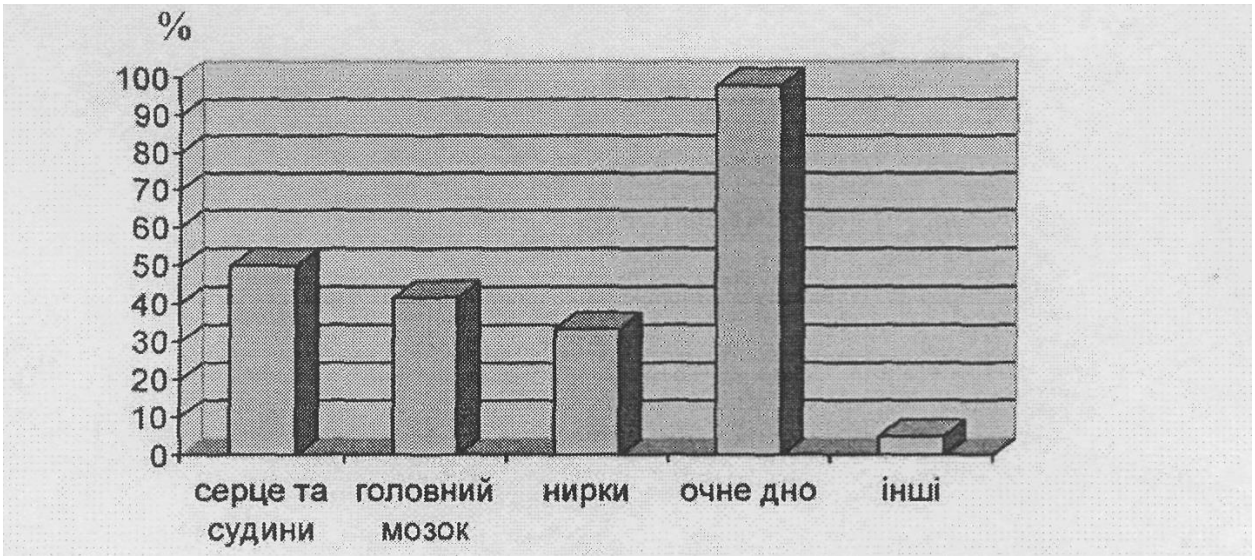


Рис.1.4. Частота ускладнень у хворих на гіпертонічну хворобу.

Антропометрична характеристика хворих на гіпертонічну хворобу наведена в табл. 1.5.

У 18 (63,33%) хворих артеріальна гіпертензія асоціювалась з таким фактором ризику як ожиріння (ІМТ більше 30 кг/м^2). Показник співвідношення талії до стегон (ОТ/ОС) у хворих на ГХ в середньому склав 99,8±2,27, що свідчило про наявність у хворих абдомінальної форми ожиріння (переважне відкладання жиру у нижній частині тулуба).

Показники	Контрольна група, n=10	Хворі на ГХ, n=30	p
ІМТ, кг/м^2	21,92±0,69	34,8±0,8	<0,05
ОТ, СМ	90,71±1,61	99,8±2,27	<0,05
ОТ/ОС	0,713±0,01	1,05±0,01	<0,05

Табличка 1.5.Антропометрична характеристика хворих на гіпертонічну хворобу.

У хворих на ГХ 1 ступінь ожиріння виявлений у 23 (28,33%) хворих, 2 ступінь – у 22 (36,66%), 3 ступінь – у 15 (25%) пацієнтів

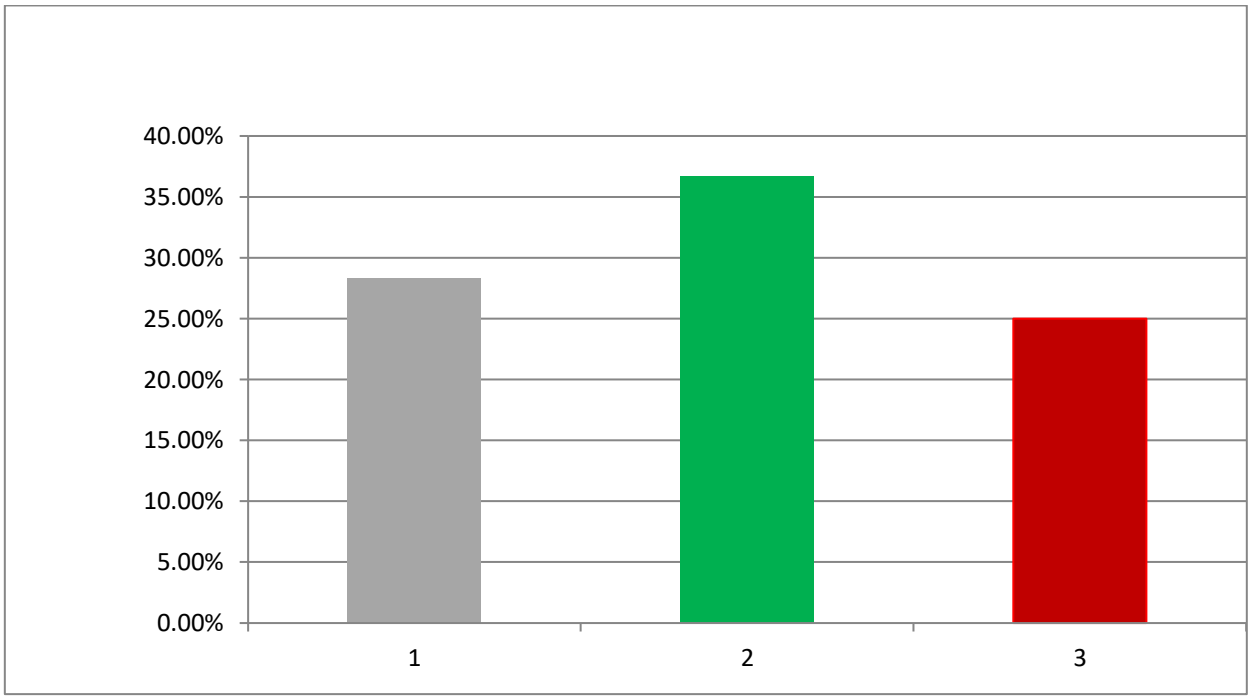


Рис. 1.5. Розподіл хворих за ступенем ожиріння

1ступинь-28,33%

2ступінь-36,66%

3ступінь25%

Відповідно до середньодобового рівня ЧСС за даними ДМАТ та характеру лікування хворі розподілені на 3 групи:

I група (n = 49) – середньодобова ЧСС становила менше 70 уд./хв. – отримувала фіксовану комбінацію лізиноприлу 10 мг та амлодипіну 5 мг:
1 підгрупа (n = 26) – розувастатин 10 мг;
2 підгрупа (n = 23) – розувастатин 10 мг + равісол;

II група (n = 47) – середньодобова ЧСС становила більше 80 уд./хв. – отримувала фіксовану комбінацію бісопрололу 5 мг і амлодипіну 5 мг (алотендин 5/5):

1 підгрупа (n = 23) – розувастатин 10 мг;

2 підгрупа (n = 24) – розувастатин 10 мг + равісол;

У III групі (n = 45) – середньодобова ЧСС становить 70-80 уд./хв. – почергово отримувала комбінації лізиноприлу 10 мг та амлодипіном 5 мг, бісопрололу 5 мг і амлодипіном 5 мг:

1 підгрупа (n = 23) – розувастатин 10 мг;

2 підгрупа (n = 22) – розувастатин 10 мг + равісол.

Статистучну одробку отриманих результатів проводили з використанням пакету статистичного аналізу даних Statistica 10.0. При створенні даних використовували редактор електронних таблиць Microsoft office Excel 2007.

2.3. Лікування,профілактика хворих на гіпертонічну хворобу.

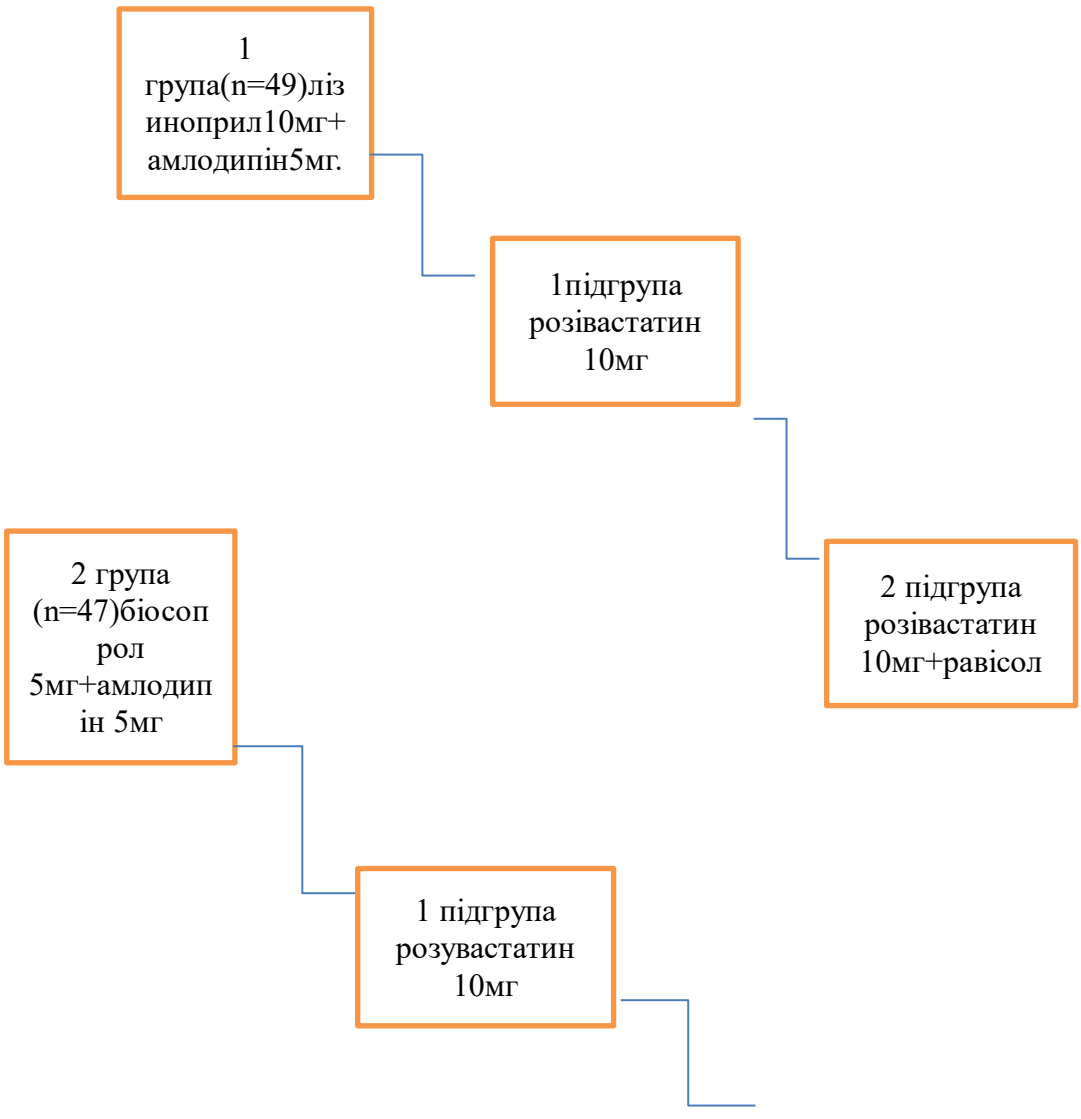
Принципи лікування.

На ранній стадії і при м’якій формі гіпертонічної хвороби основним методом корекції артеріального тиску спочатку є зміна способу життя. Особливої уваги надається оздоровленню способу життя, зниженню надлишку маси тіла, обмеженню вживанню насичених жирів і холестерину, обмеженню прийому кухонної солі та рідини. Оздоровчі методи включають відмову від куріння, зловживання спиртними напоями, міцним чаєм і кавою. Хворому на гіпертонічну хворобу бажано забезпечити повноцінний відпочинок, достатній нічний сон, регулярні динамічні фізичні навантаження. Оскільки у виникненні та прогресуванні гіпертонічної хвороби певне значення мають психоемоційні перевантаження (стреси), тому треба навчити хворого правильно реагувати на різні складні життєві ситуації.

Усунення психотравмуючих факторів сприяє навіть видужанню на ранній стадії хвороби. Поряд з психотерапією, голковколюванням і аутогенним тренуванням важлива роль належить вмінню хворого адаптуватись до мікросоціального середовища. Тільки в разі недостатнього ефекту від немедикаментозних засобів

лікування протягом 3-6 місяців і підвищення діастолічного артеріального тиску, який зберігається вище 95 мм рт.ст., переходять до медикаментозної терапії. До гіпотензивних засобів відносять

п’ять основних груп препаратів: діуретики (гіпотіазид, фуросемід, верошпірон тощо); бета-адреноблокатори (пропранолол, атенолол, тразікор тощо); альфа-адреноблокатори (празозин, тетразозин тощо); антагоністи кальцію (верапаміл, ніфедипін тощо); інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (каптоприл, еналаприл тощо), антогоністи ангіотензинових рецепторів (лозартан тощо). Крім того, досить широко використовуються препарати, які мають центральний механізм дії (клофелін, гемітон, метилдофа), а також периферичні симпатолітики (ізобарин, ісмелін тощо), прямі вазодилататори (гідралазин тощо), гангліоблокатори



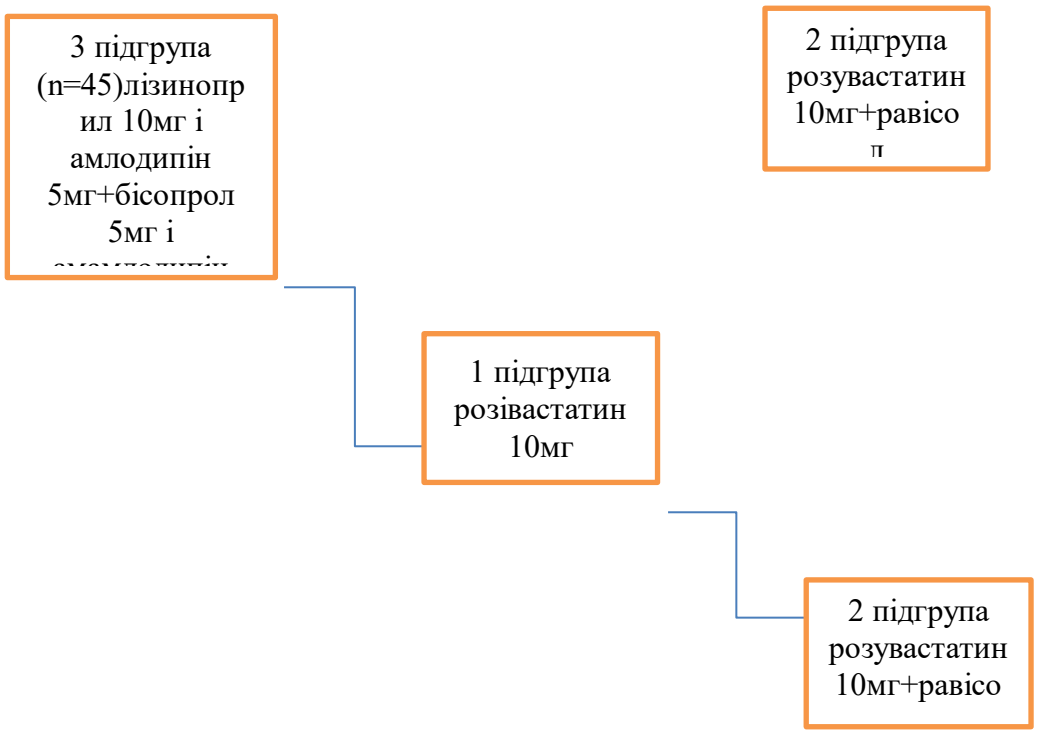


Рисунок 3,1-Розподіл хворих на групи залежно від лікування

2.4.Роль медичної сестри у догляді за хворими на гіпертонічну хворобу.

АГ належить немедикаментозному та медикаментозному лікуванню, спрямованому на нормалізацію артеріального тиску, зміну вираженості або зникнення несприятливих клінічних проявів гіпертонічно хвороби і супутніх захворювань, поліпшення якості життя і зниження смертності . Медсестра разом із лікарем, пацієнтом і членами його сім' бере участь у заходах щодо попередження розвитку (первинна профілактика) та уповільнення прогресування (вторинна профілактика) гіпертонічно хвороби.

При плануванні догляду медсестра інформує пацієнта і членів його сім'я про суть захворювання, загальні принципи його попередження і лікування, організація психологічно , фізично , соціально та економічно допомоги хворому з боку родичів та заходи щодо зміни звичного для нього стилю життя. Ми закликаєм хворого до співпраці, навчає його прийомам самодогляду та збереження особисто безпеки, зміцнює віру в безпеку та ефективність лікувальних заходів.

Медична сестра терапевтичного кабінету виконувала наступні завдання:

- оптимізація, удосконалення та підвищення охоплення, доступності та якості медично профілактичної допомоги населенню, зокрема пацієнтам з артеріальною гіпертензією;
- підвищення інформованості пацієнтів з гіпертонічною хворобою про

захворювання та його чинники ризику;

- підвищення відповідальності пацієнта за збереження свого здоров'я;
- формування раціонального та активного ставлення пацієнта до захворювання, мотивації до оздоровлення, прихильності до лікування та виконання рекомендацій лікаря;
- формування у пацієнтів умінь і навичок з самоконтролю за станом здоров'я, надання першо долікарської допомоги у випадках загострень і криз;
- формування у пацієнтів навичок і вмінь щодо зниження несприятливого впливу на їхнє здоров'я поведінкових факторів ризику, харчування, рухово активності, керування стресом, відмови від шкідливих звичок;
- формування у пацієнтів практичних навичок з аналізу причин, чинників, що впливають на здоров'я, і навчання пацієнтів складання індивідуального плану оздоровлення.

На розвиток, прогресування і смертність від серцево-судинних захворювань впливає безліч природних і соціальних факторів, що мають назву факторів ризику. В першу чергу, це спосіб життя, який визначає стан здоров'я на 50-55 %, стан навколишнього середовища, генетичні особливості людини і рівень медично допомоги. З позиці модифікаційцих факторів ризику за допомогою профілактичних програм найбільш важливими є артеріальна гіпертензія, зловживання алкоголем, куріння, нераціональне харчування, ожиріння і низька фізична активність. До цих факторів, що є загальними для більшості економічно розвинених кран, в нашій кра ні додаються психосоціальні фактори, які також негативно впливають на здоров'я населення . Поряд із перерахованими

факторами ризику, які умовно можна назвати змінними, оскільки вони можуть піддаватися корекці , виділяють ті, які не піддаються корекці - незмінні. Також необхідно враховувати при прогнозуванні розвитку та прогресуванні гіпер тонічно хвороби у кожного індивідуума: вік, стать, генетичні особливості

Розділ 3.

Обговорення отриманих результатів

Протягом останніх кількох років у практиці здорового охорони здоров'я все більшу роль привертають увагу приватні медичні центри.

Розвиток приватного сектору в медичній галузі зумовлений кризою державної системи охорони здоров’я.

Застаріле обладнання в державних закладах охорони здоров’я, низький рівень надання безоплатної медичної допомоги та неякісна медична допомога призводять до того, що всі люди повинні почати надавати медичну допомогу в приватних медичних закладах.

У 1990 роках, низький рівень безкоштовних медичних послуг та низька якість медичної допомоги змусили більшу кількість людей звертатися за медичними послугами до приватних медичних установ.

Недостатня кількість коштів у медичній галузі та низькі зарплати медичного персоналу змусили лікарів та молодший медичний персонал переорієнтуватися на приватні підприємства, де можна досягти фінансового успіху завдяки професійним знанням. Розвиток приватного сектору в медичній галузі призвів до появи мультидисциплінарних медичних установ та професійних організацій, які захищають інтереси приватних медичних установ, що покращило добробут та медичну культуру людей та збільшило рівень захворюваності.

Приватна медична практика — це підприємницька діяльність, і медична діяльність (надання платних медичних послуг) може приносити дохід. І оскільки приватний медичний заклад (або приватний медичний заклад) є компанією,

багато ділових правил застосовуються до учасників медичного ринку.

Основний фактор зростання приватних медичних центрів: бажання організувати власну медичну практику. Ініціатором створення медичного центру є лікар. Він може бути ключовою фігурою майбутнього медичного

центру та сучасного стану ринку медичних послуг . Представництво площі через переваги платної медичної допомоги та умов надання платної медичної допомоги інвестори хочуть створити приватний медичний центр на основі власних внутрішніх мотивів.

Переваги приватних медичних центрів: стягувати офіційну плату за послуги, експерти відбирають пацієнтів, забезпечують усіма необхідними матеріалами, вас цінують, справедливими цінами, доступним часом, достатнім часом прийому, почуттям відповідальності та організованим ставленням до лікувального процесу, якісною діагностикою та лікування, ввічливий та уважний персонал, зручне та приємне приміщення в приміщенні.

Працюючи медичною сестрою в терапевтичному кабінеті, приватного медичного центру, я досліджувала хворих з гіпертонічною хворобою.

У дослідженні включено 30 хворих на ГХ II стадії 1-2-3 ступенів, які перебували на амбулаторному лікуванні в терапевтичному кабінеті , та 10 практично здорових осіб. Серед хворих з ГХ було 13 чоловіків (42,6%) та 17 жінок (57,4%), середній вік яких склав 54,6±8,11 років. Переважали хворі віком від 50 до 59 років – 14 осіб (45,4%) як серед чоловіків, так і серед жінок. Не виключено, що фізичне та психологічне перенавантаження в працездатному віці впливає на рівень захворюваності.

Рандомізацію хворих на ГХ проводила в порядку зверненням на консультацію. Критеріями включення у дослідження були: наявність есенціальної ГХ II стадії 2-3 ступенів з високим і дуже високим ризиком, в яких за результатами попереднього лікування не досягнуто цільового рівня АТ.

В обстеження не включали хворих на симптоматичну ГХ, з вадами серця, інфарктом міокарда й гострим порушенням мозкового кровообігу в анамнезі з тяжкою СН (III – IV ФК за NYHA), тяжкими порушеннями ритму серця та провідності, ознаками тромбофлебіту, тромбоемболії, печінковою і нирковою недостатністю, онкологічними, ендокринними, імунними, інфекційними та бронхолегеневими захворюваннями

Контрольну групу склали 10 практично здорові особи без підвищених показників АТ, ГХ в анамнезі, які не перебували на диспансерному спостереженні з приводу соматичної патології

Розподіл хворих за ступенем ГХ:хворі на Г Х 2-го ступеня було найбільше і становило 61,7%,на ГГ 3-го – 38,3%.

Діагноз захворювання та лікувальну тактику встановлювали згідно рекомендацій Європейського товариства з гіпертензії та Європейського товариства кардіологів по веденню хворих на ГХ, розроблених в 2007 та 2013 роках, рекомендацій комітету ВООЗ (1996 р.) та Уніфікованого клінічного протоколу по артеріальній гіпертензії (2012 р.)

Середня тривалість захворювання становила 7,24±3,17 років. До 5 років було 7 (28,4%), 5-10 років – 12 (43,2%), більше 10 років – 20 (28,4%) хворих (рис. 1.2). Кількість хворих з тривалістю захворювання до 5 років є найменшою, що, можливо, обумовлено недостатньо вираженою симптоматикою та відсутністю тяжких ускладнень, не викликали потреби звертатися до лікаря.

Серед обстежених нами хворих на ГХ у 5 (46,66%) була обтяжена спадковість по материнській лінії, у 3 (38,33%) — по батьківській, у 4(11,66%) — по материнській та батьківським лініях. У 5 (50%) пацієнтів на ГХ хворіли також брати чи сестри.

У 50% хворих на ГХ перебіг ускладнявся серцево-судинними розладами, про що свідчили скарги хворих на стискаючий біль в ділянці серця – 10(36,66%), задишку –12(26,66%), пастозність чи набряки гомілок – 8 (20%); у 25 (41,66%) – ураженням центральної нервової системи, про що свідчили

скарги хворих на головний біль – у 20 (25%), запаморочення – у 13 (21,66%),порушення сну – у 7 (11,66%).

Артеріальний тиск у хворих в середньому склав 164,14 ± 14,25/ 93,78 ± 8,04 мм рт.ст., у здорових АТ – 118,00 ± 5,88/ 75,75 ± 4,64 мм рт. ст. (табл. 2.3).

У 24 (60%) хворих була тахікардія (частота пульсу і частота серцевих скорочень відповідно більше ніж 100 уд. за хв.).Ускладнення зі сторони серця сягало 50%, головного мозку 40%, нирки 30%, очне дно 100%, інші 0-10%.

Гіпертензивне серце діагностовано у 8 (84,4%) хворих за даними клінічного обстеження та ехоКГ. Ангіопатія сітківки ока виявлена у 5 (59,6%) хворих: I ступінь – у 3 (26,3%), II – у 4 (33,3%). У 2 (19,9%) хворих встановлено транзиторну протеїнурію. У 8 (58,2%) діагностовано поєднання ГХ з ІХС (стабільна стенокардія напруги II-III ФК). Порушення ритму (суправентрикулярна тахікардія, фібриляція передсердь, поодинока шлуночкова екстрасистолія) виявлено у 2 (20,6%) хворих.

У 20 (33,33%) хворих внаслідок ГХ спостерігалось порушення функції нирок, про що свідчило підвищення рівня креатиніну в крові на 26,5 %.

Зміни судин на очному дні при огляді офтальмологом виявлені у всіх хворих: у 25 (41,66%) – звуження артерій, у 28 (46,66%) – звуження артерій та розширення вен, у 8 (13,33%) – крововиливи на сітківці.

Усі пацієнти пройшли огляд невропатолога. Дисциркуляторна енцефалопатія була виявлена у 9 (15%) хворих на ГХ, астеноневротичний синдром – у 25 (41,6%), вестибуло-атактичний – 16 (26,66%), цефалічний – 22 (36,66%), ліквorно-гіпертензівний – 18 (30%), інші – у 12 (20%) хворих на ГХ. Після огляду кардіолога та реєстрації ЕКГ діагноз стенокардія напруги 2
функціональний клас був виставлений у 16 (26,66%) хворих, дрібновогнищевий інфаркт міокарда – у 8 (13,33%) хворих, серцева недостатність – у 17 (28,33%) хворих, порушення ритму та провідності серця – у 10 (16,66%) хворих.

Медична сестра терапевтичного кабінету розом з лікарем виконує диспансерне спостереження за хворим з гіпертонічною хворобою. Медична сестра приймає участь в обстеженні хворих, інформування хворого про суть хвороби, принципах лікування, організація здорового спосібу життя. Медична сестра спостерігала за виконанням пацієнтом призначень лікаря та рекомендацій лікаря.

Таким чином, для повноцінного і комфортного диспансерного спостереження за хворими в сучасном світі потрібен високий рівень професіоналізма не тільке врача , а також медичної сестри, сучасне оснащення, комфортні битові та психологічні умови, відповідне уважне ставлення медичних працівників , в том числі медичних сестер, до пацієнтів, достатній час на розмови з пацієнтом та при необхідності з його рідними, зручний час роботи для пацієнта .

Все це як раз може дозволити собі приватна система охорони здоров’я, велику роль при цьому відводиться роботі медичної сестри.

Висновок

1. Приватні медичні центри мають ряд преваг за порівнянням з державним медичним закладом в звя’зку з цим на сучасном етапі розвитку медицини важливу роль набувають державно-приватні партнерства як форма взаємо відносин держави та приватного бізнесу
2. У групі хворих на гіпертонічну хворобу які, що знаходяться під наглядом в терапевтиному кабінеті приватного медичного центру, переважали хворі гіпертонічної хвороби 2 стадії(61,7%),жіночого полу(57,4%), середній вік яких становить 54,6±4,11років. Середня тривалість захворювання становить 7,24±3,17 років. Спадковий фактор був виявлений у 84,9%хворих.
3. У групі хворих на гіпертонічну хворобу гіпертензивне серце діагностовано у 84,4% хворих, ангіопатія сітківки ока-у 59,6%,протенурія-у 19,9%, поєднання гіпертонічної хвороби з іщемічною хворобою серця- у 58,2%, порушення ритму- у 20,6%.
4. Роль медичної сестри тарапевтичного кабінету приватного медичного центру полягає в тім, щоб під контролем лікаря підібрати програму диспансерного спостереження хворого, крім того медична сестра проводит моніторинг артеріального тиску, здійснює психологічну допомогу хворому з гіпертонічною хворобою. Знайомить з інформацією про хворобу, здоровий спосіб життя, супроводжує хворого для проведенння додаткових методів дослідження(ЕКГ, УЗД,Ro-дослідження) та допомогає при їх проведенні, супроводжує хворих для консультації у суміжних фахівців.

Список використаних джерел:

1.Дарвай А. Податкова оптимізація та управління фінансами в медичному бізнесі. Приватний лікар:учеб.пос./Дарвай А.-Херсон — 2016. — № 8. — С. 20-23.

2.Кудина Э. Б. Частная практика врача — лекарство от кризиса . Приватний лікар:учеб.пос./ Кудина Э. Б—Київ- 2017. — № 2. — С. 12-13.

3.Лепешина О. Приватна медицина та ринок: чи можливий гармонійний союз?.Приватний лікар:учеб.пос./Лепешина О.—Рівне- 2017. — N 8. — С. 6-9.

4.Мартишин О. Медична реформа в Україні: роль приватної медицини ,Український медичний часопис:учеб.пос./ Мартишин О.-Тернопіль — 2017. — № 5. — С. 61-63.

5.Маленко О. Роль медсестри в процесі одужання пацієнта:учеб.пос./ О. Маленко .Журнал головної медичної сестри.-Київ- 2020. - N 1. - С.71

6.Балабанова К. Медсестринство за стандартами Європи: три важливі зміни в роботі:учеб.пос./К. Балабанова -Довідник головної медичної сестри..Київ - 2020. - N 1. - С.7-8

7.Боб А.О. Журнал медсестринство - Порівняння показників організаційної роботи приватного та комунального некомерційного консцльтативного-діагностичних центрів:учеб.пос./Боб А.О.-м.Миколаїв.-2020р.№3.-с-15-17.

8.Шевчук Ю. В. Розвиток державно-приватного партнерства у контексті вдосконалення фінансового забезпечення сфери охорони здоров’я.учеб.пос./ Ю. В. Шевчук- Економічний вісник університету. – 2017. –м.Миколаєв- Вип. 33/1. – С. 416–428.

9.Фурсо Н. Журнал медсестринство - Сестринська справа як об’єкт соціального аналузу:учеб.пос./Фурсон Н.-Тернопіль-2020р-№1-с.-25-27.

10.Визир В.А. Особенности васкулярного ремоделирования и экстракраниального кровотока, сывороточного уровня уротензина II и ангиотензина II у пациентов с артериальной гипертензией .(Дисертантом

проведено відбір хворих, інструментальне обстеження пацієнтів, імуноферментне визначення УТ II та АТ II у сироватці обстежуваних, статистичний аналіз отриманих даних, узагальнення та підготовка статті до друку). :учеб.пос./ В.А. Визир, В.В. Школовой -Изд-во «Мир науки». – Астана, Казахстан, -2015р. – С. 356-365.

11.Абашник Н.М. Журнал медсестринство -Роль медичної сестри в Україні та усвіті:учеб.пос./Абашник Н.М.-Харків-2019р-с.7-9.

12.Ткаченко В. І. Історія розвитку та сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні, нормативно-правова база впровадження сімейної ме-дицини в Україні:учеб.пос./В. І. Ткаченко-Сімейна медицина. – 2015. – N 3. – С. 12–17.

13.Яковлєва О.Г. Журнал медсестринство- організація системи первинної медтко-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та роль медичної сестри:учеб.пос./Яковлєва О.Г.-Севєродонецьк 2019р.№3.-с.24-26.

14.Жавріченко К.В. Журнал медсестринство -Фактори ризику гіпертонічної хвороби:учеб.пос./ Жавріченко К.В.-м.Тернопіль-2019р.№2-с67-69.

15.А. І. Смачило, Г. С. Сивак, О. В. Камінська, І. І. Паньків .Участь медичної сестри у формуванні комплаєнсу до лікування пацієнтів із гіпертонічною хворобою серця.ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України» 2019р.№1-с.21-23.

16.Н. В. Карел, Н. І. Ярема, Н. І. Рега, С. О. Ястремська. Частота виявлення артеріальної гіпертензії серед пацієнтів відомчої поліклініки. ДВНЗ «Тернопільський національний медичний університетімені І. Я. Горбачевського МОЗ України» .Журнал сестринська справа 2019р.№2 с.5-7.

17.Меленко А. Оренда житлового приміщення для здійснення приватної медичної практики:учеб.пос./Меленко А.Практика- управління медичним закладом. м Миколаїв— 2015. — N 9. — С. 7-15

18.Нижник А. 5 кроків до приватної медичної практики;учеб.пос./Нижник А. -Приватний лікар. Одеса— 2017. — № 2. — С. 16-17.

19..Нижник,А. Ведення кадрового діловодства в закладах охорони здоров’я та у лікарів приватної практики:учеб.пос./Нижник.А.- Приватний лікар. Чернігів— 2017. — N 6. — С. 28-33.

20.Пащенко В. Бізнес-план організації приватної медичної практики з надання стоматологічних послуг населенню:учеб.пос./Пащенко В.-Практика управління медичним закладом. Черкаси— 2016. — N 8. — С. 53-65.

21.Проект «Я ваш лікар»: як стати успішним та незалежним : Приватний лікар. — 2016. — № 5. — С. 8-9.

22.С чего начинается частная медицинская практика: первые шаги // Приватний лікар. — 2017. — № 2. — С. 15.

23.Труш В. Топ 10 помилоко при овідкриті приватної практики і приватної практики лікарів.:учеб.пос./Труш В-Чернігів — 2016. — № 9. — С. 40-42.

24.Перейти до:а б Allison Kaplan Sommer (7 серпня 2005).A private medical mecca that attracts patients worldwide(англ.). Israel21c. Процитовано 30 листопада 2016.

25.Загальна психологія. Підручник. – К., 2017р.ст78-80

26.Основи медичної етики / Назар П. С., Віденський Ю. Г., Грандо О. А. — К.: Здоров'я, 2018р. — 344с.

27.Розробка нової європейської політики здорового розвитку - Здоров'я-2020: Перше засідання Європейського форуму заполітика здорового забезпечення для державних державних служб вишого звена (Андорра-ла-Велла, Андорра, 9–11 березня 2011 р.)с 34-40

28.Реформи фінансування здорового забезпечення. ОПИТ стран с переходной экономикой Implementing health financing reform: Lessons from countries in transition Под ред. Kutzin J., Cashin C., Jakab M. Ed. by Kutzin J., Cashin C., Jakab M. / Европейское региональное бюро ВОЗ /Европейская Обсерватория по системам и политке здравоохранения WHO Regional Office
for Europe / European Observatory for Health Systems and Policies

29. Баршай Т. И. Образ ідеальной медичної сестри у випускників медичного

коледжу – медсестер .стратегічні пріоритети: Т. И. Баршай.2017р. – Режим доступа : http://media. miu. by/files/store/items/uses/xvii/mim uses xvii 34QQ4.pdf.

30. Безкоровайна У. Ю. Порівняльний аналіз ролі медичної сестри в Україні та у світі :учеб.пос./У. Ю. Безкоровайна.м Вінниця Інвестиції: практика та досвід. – 2016. – № 15. – С. 88–91.

31.Веткина О. А. Путі оптимізація діяльності середнього медтчного персоналу:учеб пос./Веткина О.А./м Житомир-2018р. ст 34-36

32.Неділько Р. В. Оцінка вітчизняної системи державного управління освітою медичної сестри та подальшим працевлаштуванням :учеб.пос./Р. В. Неділько .м Полтава Інвестиції: практика та досвід. – 2016. – № 7. – С. 133–136.

33. Закон України "Про Державний бюджет України" Відомості Верховної Ради (ВВР), 2016, № 5, ст.54. Місто Київ.

34.Т.О.Антропова. Медсестринство в сімейній медицині: підруч. для студ. вищ. мед. закладів .— 2-ге вид, стер.— . Київ 2015р.— 488 с.

35.Медична реформа в Україні 2016-2020 рік.

36.Авраменко Т. П. Кадрова політика у реформуванні сфери охорони здоров'я : аналітична доповідь :учеб.пос./Т. П. Авраменко.м Луцк – К. : НІСД, 2018р. – 35 с.

37. Банчук М. В. Стратегія розвитку та реформування медсестринства в Україні :учеб.по./ М. В. Банчук, О. П. Волосовець, Т. І. Чернишенко - Магістр медсестринства. – 2019. – № 1. – С. 18–21.

38. Про зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників : наказ МОЗ України від 10.04.2019 р. № 805.

39. В. С. Караник, А. М. Дзядзько, М. Ю. Масюк, И. И. Новик - Реформа здорового забезпечення США глазами білорусів: використання американського досвіду з метою підвищення ефективності та доступності

медичної допомоги в Республіці Білорусь - В. С. Караник, А. М. Дзядзько, М. Ю. Масюк, И. И. Новик - Питання організації та інформатизація здорового забезпечення. - 2014. - № 2. - С. 30–35.

40. Криницька І.Я., Марущак М.І., Кліщ І.М. Особливості професійної підготовки медичних сестер на сучасному етапі.мКривий Ріг- Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2017. № 4 (74). С. 84–86.

41.Шатило В.Й., Кравчук Л.С. Система управління сестринським персоналом у закладах охорони здоров'я України. Хірургія дитячого віку. мУжгород-2018. № 1 (58). С. 113–115.

42. Гордійчук С.В. Якість формування професіоналізму майбутніх фахівців в умовах магістратури шляхом стандартизації медичної освіти.

43.Стратегічні пріоритети-URL: http://lib.iitta.gov.ua/707280/1/ Gordiychuk_S.V._YAkist_formuvannya_profesio nalizmu_maybutnikh_fakhivtsiv_v_umovakh_ magistraturi%5B1%5D.pdf. 2019p

44.Пікон К.С. Можливості використання американського досвіду професійної підготовки фахівців сестринської справи в системі професійної освіти медичних сестер в Україні. Збірник наукових праць. м.Черкасси. Серія : Педагогічні науки : в 2 т. 2017. Вип. LXXIX. Т. 2. С. 162–165.

45.Підготовка молодших спеціалістів здійснюється за спеціальністю 223 "Медсестринство" спеціалізація «Сестринська справа» на підставі наказу Міністерства освіти і науки України №92-л "Про переоформлення ліцензій", сертифікату про акредитацію Міністерства освіти і науки України серія НД – І №1678624 від 15 березня 2016 року та Акту узгодження спеціальностей.

46.*Бедрик І.О., Буравльов Л.О*. Державне регулювання приватної медичної діяльності: організаційно-правові засади . Економіка та держава. м. Хмельницький – 2008. - № 6. – С. 94 – 96.

47.Поняття, принципи й види загальнообов'язкового державного соціального страхування // URL: studies.in.ua/soc_zabezp/1566-ponyattya-principi-ta

-vidizagalnoobovyaz…, 2018.

48.Національні рахунки соціального захисту (НРСЗ) в Україні у 2016 році: Статистичний збірник / Державна служба статистики УкраїниURL:https://ukrstat.org/uk/operativ/operativ2016/vvp/kvznr/arh_-kvznr_2016_u.htm

49.Міністерство охорони зров'я України Наказ 19.07.2016р. м.Київ №801 Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 22 серпня 2016 р. за N 1167/29297 "Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи"

50.Антонов С.В.Договір про надання платних медичних послуг: від укладення до виконання -м.Краматорск Управління закладом охорони здоров'я. – 2007. – № 3. – С. 18 – 23.

51.Міністерство охорони здоров'я України. Наказ від 30.12.2011 N 1008 «Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я»

52.Коваленко В.М., Корнацкого В.М. ,Д.М.Мороз, Т.С. Манойленко, А.П. Дорогой, В.В. Кравченко .Проблеми здоров'я і медичної допомоги та модель покращання в сучасних умовах (посібник). Київ, 2016. – 261 с.

53.Наказ Міністерства охорони здоров'я від 20.02.2017 № 165 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я від 18.12.2017№1621) «Примірне положення про госпітальний округ»

54.Кравченко В.В. Методика організації консультативно-діагностичного центру на принципах державно-приватного партнерства .В.В. Кравченко-Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я. Реєстр № 114–2018.

55.Ran Reznik (4 грудня 2009).בדקנו: האם אשפוז בבי"ח פרטי שווה את הכסף?.Ynet. Процитовано 30 листопада 2016.

56.studies.in.ua (2018), "Concept, principles and types of compulsory state social insurance", available at: studies.in.ua/soc_zabezp/1566-ponyattya-principi-ta-vidizagalnoobovyaz (Accessed 10 May 2018).

57.Josef Woodman (2015).*Patients Beyond Borders: Everybody's Guide to Affordable, World-Class Medical Travel*(англ.). Healthy Travel Media. с.13.9.ISBN9780990315407. Процитовано 30 Листопада 2016.

58.buklib.net (2018), "Concept, principles and types of compulsory state social insurance", available at: buklib.net/ books/23406 (Accessed 10 May 2018).

59."HMC to Tatarstan. (Herzliya Medical Center)".*Israel Business Today* (англ). HighBeam Research. 2 червня 1995. Архів оригіналу за 30 березень 2018. Процитовано 30 November 2016

60.Shai Niv (3 серпня 2016). דני אנגל שהמציא את "סטנדרט הבריאות" ינהל את מדיקל

61.Josef Woodman (2015).*Patients Beyond Borders: Everybody's Guide to Affordable, World-Class Medical Travel*(англ.). Healthy Travel Media. с.139.ISBN9780990315407. Процитовано 30 Листопада 2016.

62.Вища освіта у Великобританії. URL: http:// kudapostupat.ua/navchannya-u-velykobryt aniyi/.

63.Медична освіта в Німеччині. URL: http:// www.college-hq.com/uk/medicinskoe-obra zovanie-v-germanii/.

64.Як стати медсестрою в Польщі? URL: https:// www.evromed.org.ua/kem-yavlyaetsya-med sestra-v-polshe/.

65.Ларокко С.А. Обучение медсестер в США. Медицинская сестра. 2010. № 8. С. 41–43.

66.Медична освіта в Німеччині. URL: https:// dyvys.org/stati/medichna-osvita-v-nimechchinivishi-umovi-navchannya-vartist/.

67.State Statistics Service of Ukraine (2017), "National Social Security Accounts (NRCPs) in Ukraine in 2016", available at: https://ukrstat.org/uk/operativ/operativ2016/vvp/kvznr/arh_kvznr_2016_u.htm (Accessed 10 May 2018).

68.Allison Kaplan Sommer (7 серпня 2005).A private medical mecca that attracts patients worldwide(англ.). Israel21c. Процитовано 30 листопада 2016.

69.Judy Siegel (21 грудня 1993).HERZLIYA MEDICAL CENTER OPENS GAZA CLINIC WITH ARAB BUSINESSMEN.The Jerusalem Post. Процитовано 30 листопада 2016.

70."HMC to Tatarstan. (Herzliya Medical Center)".*Israel Business Today*(англ).HighBeam Research. 2 червня 1995. Архів оригіналу за 30 березень 2018. Процитовано 30 November 2016.

71.Mirovaya of Health Statistics (2012), available at: http://www.who.int/gho/publications/world_health_6 statistics/EN_WHS2012_Full.pdf (Accessed 4 July 2016).

72. The official site of The Ministry of Health of Ukraine (2016), available at: http://www.moz.gov.ua/ua/ portal/ (Accessed 7 July 2016).

73. Kuzminskyi, P.Y. (2019). Derzhavne upravlinnia systemoiu pidhotovky medychnykh sester v Ukraini: vstup do problemy [State management of training nurses system in Ukraine: introduction to the problem]. Derzhavn upravlinnia: udoskonalennia ta rozvytok – Public administration: improvement and development, 5 [in Ukrainian].

74.Karanik, V.S., Dzyadzko, A.M., Novik, I.I., & Masyuk, M.Yu. (2018). Reforma zdravookhranenyia SshA glazami belorusov: ispolzovaniye amerikanskogo opyta s tselyu povysheniya efektivnosti i dostupnosti meditsinskoy pomoshchi v Respublike Belarus [Health care reform of the US: point of view of Belarusian specialists: use of the American experience with the purpose of increase of efficiency and availability of medical aid in the Republic of Belarus].Voprosy organizatsyi i informatizastsyi zdravookhraneniya – Issues of organization and informatization of public health, 7, 37-50 [in Russian].

75.Makhnovska, I.R. (2017). Stanovlennia ta evoliutsiia stupenevoi medsestrynskoi osvity v Ukraini [The formation and evolution of grade nursing education in Ukraine].

Visnyk Zhytomyrskoho derzhavnoho universytetu imeni Ivana Franka – Journal of Zhytomyr State University named after Ivan Franko, 60, 154-158 [in Ukrainian].

76.Registered Nurse: Nursing: Academic Departments: Mesa Community College, 2018.

77.VOOZ (1983), "Resolution of the Assembly of WHO 36.11 36", available at: http://www.who.dk/document/ e71523R.pdf (Accessed 20 February 2016). 6. VOOZ (1989), "Resolution of the Assembly of WHO 42.27 42", available at: http://www.who.dk/document/ e71523R.pdf (Accessed 20 February 2016).

78.Phaahla, E. (2015), "What the South African State does for the poor: II Social Insurance", available at: hsf.org.za/resource-centre/hsf-briefs/what-the-southafrican-state-does-for-the-poor-ii-social-insurance (Accessed 10 May 2018).

79.Ciccone D. K. Arguing for a centralized coordination solution to the 365 public-private partnership explosion in global health :D. K. Ciccone - Glob. Health Promot. – 2018. – Vol. 17, No. 2. – P. 48–51.

80.Brogaard L. The impact of innovation training on successful outcomes in public–private partnerships : L. Brogaard - Public Manage. Rev. – 2017. – Vol. 19, No. 8. – P. 1184–1205.

81.Piepoli M., Hoes AW, Agewell S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Eur Heart J. 2016;37(29):2315-81.

82.National Heart Foundation of Australia. Guideline for The Diagnosis and Management of Hypertension in Adults – 2016. Australia; 2016:1-74.

81.Гіпертонія. Діагностика, лікування та профілактика гіпертонічної хвороби - www.hypertoniya.r

82.Хиць А. Оновлені клінічні рекомендації, нова класифікація артеріальної гіпертензії та спрощена класифікація кардіоваскулярного ризику. Мкиїв. Редакція журналу «Український медичний часопис» 2020р. с.14-15

83.International Society of Hypertension (2020) Hypertension Clinical Practice Guidelines (ISH, 2020). Medscape, May 29.

84.Unger T., Borghi C., Charchar F. et al.(2020) 2020International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension,75(6):13341357.doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026

85. Олена Коробка. Рекомендації щодо введення пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Практичні «Кардіологія, Ревматологія, Кардіохірургія» Стратегічні пріоритети:№ 4 (71) 2020 р.

86. Nedilko, R.V. (2016). Otsinka vitchyznianoi systemy derzhavnoho upravlinnia osvitoiu medychnoi sestry ta podalshym pratsevlashtuvanniam. [Evaluation of the national system of public education management of a nurse and subsequent employment]. Investytsii: praktyka ta dosvid – Investment: Practice and Experience, 7, p. 133-136.

87.Karanik, V.S., Dzyadzko, A.M., Novik, I.I., & Masyuk, M.Yu. (2014). Reforma zdravookhranenyia SshA glazami belorusov: ispolzovaniye amerikanskogo opyta s tselyu povysheniya efektivnosti i dostupnosti meditsinskoy pomoshchi v Respublike Belarus [Health care reform of the US: point of view of Belarusian specialists: use of the American experience with the purpose of increase of efficiency and availability of medical aid in the Republic of Belarus]. Voprosy organizatsyi i informatizastsyi zdravookhraneniya – Issues of organization and informatization of public health, 7, p.37-50 .

88 . The official site of The Ministry of Health of Ukraine (2016), available at: http://www.moz.gov.ua/ua/ portal/ (Accessed 7 July 2016).

89. Decentralization in HealthcareAnalyses and Experiences in Central and Eastern Europe. – Budapest, 2015. – 543 p.

90.Gaбl P, Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D. Hungary: Health system review. Health Systems in Transition, 2018; 13(5): 1–266.

91. SaltmanR.Currentreformproposalsin social health insurance countries / R. Saltman, H. Dubois // Eurohealth. – 2016. – Vol. 11. – № 1. – P. 10–13

92.Hassmiller S. Nursing's role in healthcare reform / S. Hassmiller // American Nurse Today. - 2016 - Vol. 5, № 9.-P.68-69.

93. Patterson E. Primary health care and general practice nurses: what is the nexus? / E. Patterson, K. Price, D. Hegney // Australian Journal of Primary Health. - 2015. - Vol.11 (1). - P. 9.

94. Browne G. Better care: An analysis of nursing and healthcare system outcomes / G. Browne, S. Birch, L. Thabane // Canadian Health Services Research Foundation. 2018 Режим доступу: http://archives.enap.ca/ bibliotheques/2013/06/030429355.pdf O

95.Vizir V.A. Features of 24-hour monitoring of blood pressure, serum urotensin II and angiotensin II in patients with arterial hypertension / V.A.Vizir, V.V. Shkolovyi // Vydavatel «Osviceni». – Прага, Чехия, 2015. – С. 967-976. (Дисертантом проведено відбір хворих, інструментальне обстеження пацієнтів, імуноферментне визначення УТ ІІ та АТ ІІ у сироватці обстежуваних, статистичний аналіз отриманих даних, узагальнення та підготовка статті до друку).

96.Vizir V.A. Relationship between cardiac rhythm disorders, serum urotensin II and angiotensin II levels in patients with stage II hypertension and carotid atherosclerosis in dynamics of treatment with candesartan and lercanidipine / V.A.Vizir, O.V. Demidenko, V.V. Shkolovyi // Запорожский медицинский журнал. – 2016. – №5 (98). – С. 10-14. (Дисертантом проведено відбір пацієнтів, призначення терапії, інструментальне обстеження хворих та імуноферментне визначення сироваткових рівнів АТ ІІ та УТ ІІ в динаміці лікування, статистичний аналіз отриманих даних, узагальнення та підготовка статті до друку).

97. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC).2018.p-45-47
98. Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults.Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8) 2018.p-42
99.Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension (2013 ASH/ ISH)
100.Kawecka-Jaszcz K. Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego w zależności od płci w świetle badań epi-demiologicznych w Polsce / Kalina Kawecka-Jaszcz, Aneta Pośnik-Urbańska, Piotr Jankowski. 2016.p-1-6.
101.An Expert Opinion from the European Society of Hypertension European Union Geriatric Medicine Society Working Group on the Management of Hypertension in Very Old, Frail Subjects / A. Benetos, C. J. Bulpitt, M. Petrovic [et al.] Hypertension. – Vol.(2016) 67 (5). – P. 820–825.
102.A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control / SPRINT Research Group, J. T. Jr. Wright, J. D. Williamson [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2015. – Vol. 373 (22). – P. 2103–2116