

Н. О. ТЕРЕНДА, А. Г. ШУЛЬГАЙ, Н. О. СЛОБОДЯН, Л. М. РОМАНЮК

МУЛЬТИСЕКТОРАЛЬНИЙ ПІДХІД У НАДАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ЯК ВАЖЛИВА СКЛАДОВА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України,
м. Тернопіль, Україна

Мета: обґрунтувати мультисекторальний підхід у наданні медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда (ІМ).

Матеріали і методи. Використано методи системного підходу та системного аналізу для комплексного дослідження проблем надання медичної допомоги хворим на ІМ та концептуального моделювання для обґрунтування мультисекторального підходу в наданні медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда.

Результати. Важливим доменом оптимізованої системи надання медичної допомоги хворим на ІМ є мультидисциплінарна робоча система з чітко визначеними структурними та організаційними технологіями, інтеграційними зв'язками, яка буде ефективно працювати та виконувати свої завдання тільки при застосуванні мультисекторального підходу.

Якісний та ефективний процес надання медичної допомоги пацієнтам з ІМ буде відбуватись тільки при наявності якісного та ефективного фундаменту, що включає процеси та рішення на рівні державних органів влади, територіальних громад, соціальних служб, громадських організацій та засобів масової інформації. Значну роль у боротьбі з факторами ризику (ФР) розвитку ІМ, ранній госпіталізації пацієнтів з ІМ, призначенні оптимального лікування відіграє соціальне середовище, в якому перебуває пацієнт.

Висновки. Міжсекторальна співпраця і міждисциплінарна структурна та функціональна координація дій у наданні медичної допомоги хворим на ІМ забезпечить рівноправний доступ пацієнтів до спеціальних медичних послуг, удосконалення та розширення комунікаційних зв'язків різної спрямованості, що дозволить покращити якість життя пацієнтам з ІМ.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: мультисекторальний підхід; міждисциплінарні комунікації; система надання медичної допомоги; інфаркт міокарда; соціальне середовище.

Серцево-судинні захворювання є основною глобальною причиною смерті (17,3 млн людей помирають щороку при прогнозуванні збільшення цих цифр до 23 млн у 2030 р.) і одним з найважливіших факторів, що спричиняють зростання поширеності неінфекційних захворювань у світі. З усіх випадків смерті від серцево-судинних захворювань близько 80 % становлять атеросклеротичні захворювання, зокрема ішемічна хвороба серця, у тому числі інфаркт міокарда (ІМ), та цереброваскулярні захворювання, у тому числі інсульт.

Важливою компонентою надання медичної допомоги пацієнтам з ІМ є міждисциплінарна взаємодія, командний підхід у лікуванні таких пацієнтів. Проблеми з комунікацією є однією з основних причин помилок медичного характеру, що створює небезпечні умови для пацієнтів [13]. Неefективна командна робота може бути суттєвим джерелом незадоволення медичного персоналу своєю професією, що може призвести до розвитку в них синдрому вигорання [16], підвищити психосоматичну захворюваність [14]. Емпіричні дослідження доводять, що злагоджена командна

робота сприяє підвищенню якості лікувального процесу [12], зменшенню смертності пацієнтів та повторної госпіталізації у блок реанімації та інтенсивної терапії [4].

Мета роботи: обґрунтувати мультисекторальний підхід у наданні медичної допомоги хворим на ІМ.

Матеріали і методи. Використано методи системного підходу та системного аналізу для комплексного дослідження проблем надання медичної допомоги хворим на ІМ та концептуального моделювання для обґрунтування мультисекторального підходу в наданні медичної допомоги хворим на ІМ.

Результати дослідження та їх обговорення. У результаті проведених досліджень [2, 3, 9] та аналізу літератури виявлено низький рівень довіри пацієнтів до системи охорони здоров'я (ОЗ), недотримання ними рекомендацій лікаря щодо здорового способу життя, приймання антигіпертензивних препаратів, недостатню роль у профілактиці та діагностиці ІМ лікарів первинного рівня, недостатній рівень координованої співпраці

медичних працівників на різних рівнях надання медичної допомоги.

Незважаючи на низку нормативно-правових актів (постанови КМУ № 185, № 534, наказ МОЗ України № 1181), на сьогодні недостатньо врегульовано питання системної співпраці служб і закладів системи ОЗ, міжсекторальної взаємодії державних та територіальних органів влади, залучення громадських організацій до процесу надання медичної допомоги пацієнтам з ІМ.

Отримані дані лягли в основу розробки оптимізованої системи надання медичної допомоги хворим на ІМ (рис. 1). Важливим доменом оптимізованої системи надання медичної допомоги

хворим на ІМ є мультидисциплінарна робоча система з чітко визначеними структурними та організаційними технологіями, інтеграційними зв'язками, яка буде ефективно працювати та виконувати свої завдання тільки при застосуванні мультисекторального підходу.

Якісний та ефективний процес надання медичної допомоги пацієнтам з ІМ буде відбуватись тільки при наявності якісного та ефективного фундаменту, що включає процеси та рішення на рівні державних органів влади, територіальних громад, соціальних служб, громадських організацій та засобів масової інформації (ЗМІ).

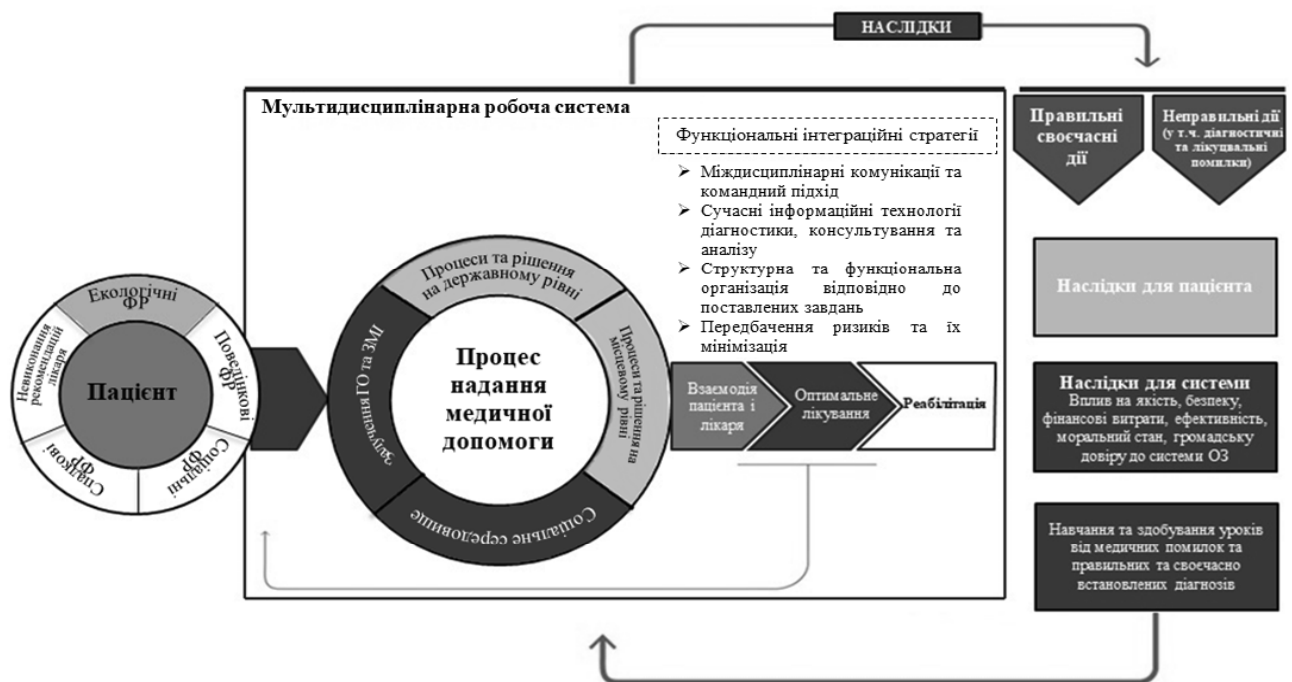


Рис. 1. Оптимізована система надання медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда.

Кабінет Міністрів України шляхом прийняття нормативно-правових актів на міжсекторальному рівні повинен формувати політику громадського здоров'я в Україні. Залучення міністерств і відомств, а не лише Міністерства охорони здоров'я, сприятиме збільшенню ролі раціонального харчування та профілактики ожиріння (підвищення вмісту органічних продуктів у раціоні населення, контроль за використанням стабілізаторів та консервантів при виробництві продуктів харчування), відмові від тютюнокуріння (істотні підвищення цін на тютюн, звуження сфер продажу тютюнових виробів), широкому використанню населенням різних форм і засобів рухової активності (проекування та планування будівництва міст, їх інфраструктури), покращенню стану довкілля (розробка і впровадження проектів рекреації, контроль над викидами в навколишнє середовище та будівництво очисних споруд,

побудова сміттєпереробних заводів, покращення транспортної інфраструктури). Залучення інвестицій в економіку України та створення нових робочих місць дозволить знизити рівень безробіття та покращити матеріальне становище населення. Подальше розширення і впровадження державних програм із реімбурсації антигіпертензивних середників сприятиме зменшенню ризику розвитку ІМ.

На регіональному рівні за умов проведення децентралізації влади зростає роль місцевих громад, які повинні активно долучитися до пропаганди здорового способу життя (ЗСЖ): проведення інтерактивних заходів із залученням медичних працівників та медичних психологів, створення місць для активного відпочинку (спеціальні парково-оздоровчі зони із інтенсивним озелененням та умовами для активного відпочинку і масового спорту, велосипедні доріжки, спортивні

майданчики, фітнес-клуби), проектування та створення зон у містах, вільних від особистого транспорту, а лише для громадського.

Також велике значення надається об'єднаним територіальним громадам у створенні нових робочих місць, які дозволять зменшити рівень безробіття, особливо для осіб віком 45–59 років, у яких відсутність зайнятості є одним із визначальних факторів ризику (ФР) розвитку ІМ. Задля цього потрібно широко запроваджувати досвід європейських країн щодо створення умов розвитку малого і середнього бізнесу, залучення інвестицій. Про значну ефективність таких напрямків свідчить досвід високорозвинутих країн світу [1, 6, 8, 10].

Значну роль у боротьбі з ФР розвитку ІМ, ранній госпіталізації пацієнтів з ІМ, призначенні оптимального лікування відіграє соціальне середовище, в якому перебуває пацієнт. Сім'я, близькі родичі, друзі впливають на психологічний мікроклімат навколо пацієнта, зменшуючи або збільшуючи ФР розвитку ІМ (стресові стани, приймання антигіпертензивних препаратів) [5, 15]. Значну частку соціального середовища займають соціальні мережі, через які пацієнт отримує підтримку рідних, друзів, інформацію про своє захворювання, сучасні методи діагностики, лікування. Саме тому ЗМІ із залученням соціальних мереж повинні формувати світогляд населення з позиції ЗСЖ, донесення до кожного жителя України необхідності самостійного піклування про стан власного здоров'я, ведення активного способу життя, створення громадського мікроклімату, в

якому куріння стає непрестижним. Зміщення акценту в діяльності вітчизняних ЗМІ в позитивну, оптимістичну сторону має стати не тільки фактором поліпшення соціальної ситуації в суспільстві, а й одним із важливих напрямків покращення психологічного здоров'я населення України.

Враховуючи значну доступність соціальних мереж до пацієнтів, необхідно на всіх ланках системи охорони здоров'я від рівня МОЗ до сімейного лікаря широко інформувати хворих про ФР розвитку ІМ, сучасні високоефективні методи діагностики та лікування ІМ.

Важливою парадигмою нашої системи є міждисциплінарний підхід, що передбачає чітке встановлення маршруту пацієнта між закладами різних рівнів, визначену роль кожного члена мультидисциплінарної команди при діагностиці та проведенні лікування. Інтеграція повинна бути як структурна, так і функціональна. За даними рисунка 2, під час надання комплексної медичної допомоги пацієнту з ІМ сімейний лікар співпрацює з низкою закладів та спеціалістів різних рівнів медичної допомоги, що передбачає чітку взаємодію всіх структурних елементів системи.

Для того, щоб мультидисциплінарна координувана система працювала як єдиний механізм потрібно розробляти функціональні інтеграційні стратегії (міждисциплінарні комунікації та командний підхід, сучасні інформаційні технології діагностики, консультування та аналізу, структурна та функціональна організація відповідно до поставлених завдань, передбачення ризиків та їх мінімізація) (див. рис. 1).

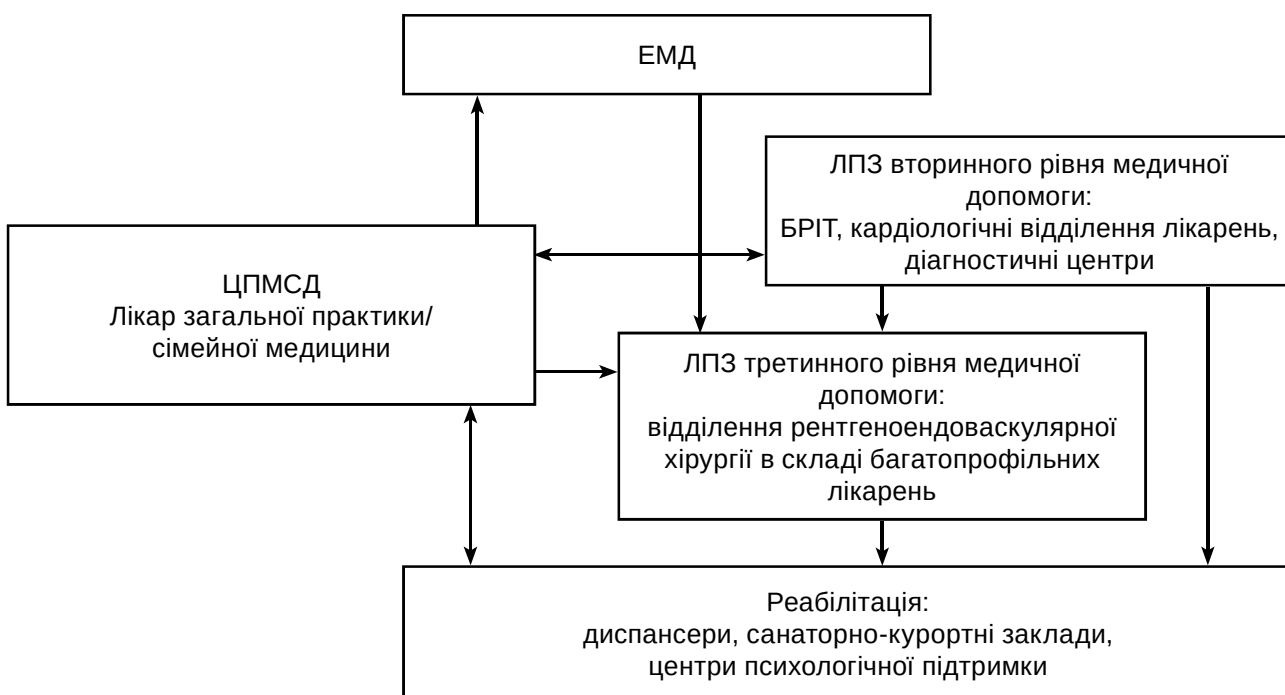


Рис. 2. Комунікації на рівні закладів охорони здоров'я та пацієнта з метою надання якісної медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда.

Зважаючи на таку мультиструктурну організацію процесу надання медичної допомоги пацієнтам з ІМ, потрібно розробляти механізми міждисциплінарної комунікації, тому першою функціональною інтеграційною стратегією ми визначили «Міждисциплінарні комунікації та командний підхід», відповідно до якої потрібно розробляти комунікаційні протоколи.

Безперечно запровадження міждисциплінарних комунікацій та маршруту пацієнта потребує розвитку та імплементації сучасних електронних технологій [7], тому однією із запропонованих нами інноваційних стратегій, які мають запроваджуватись для досягнення мети, повинно стати застосування сучасних інформаційних технологій діагностики, консультування та аналізу, що конгруентно з цілями та завданнями реформування системи охорони здоров'я – запровадження eHealth.

Запровадження телемедичних технологій, доступ до мережі «Інтернет» дають можливість дистанційної консультації та діагностики, спеціальної експертизи, коли відстань і час є критичними чинниками для пацієнта, що є особливо цінним для віддалених клінічних установ. Крім того, ІТ-технології можуть допомагати приймати діагностичні рішення, сприяти виявленню помилок, а також ранньому та віддаленому спостереженню за станом здоров'я пацієнта, навіть коли він перебуває за межами закладу охорони здоров'я, дистанційному навчанню пацієнта та його соціального середовища (родичів, близьких осіб). При цьому розгортання медичних інтервенційних технологій вимагає скоординованого плану забезпечення безпеки та ефективності роботи обладнання та програмного забезпечення, що підтримує організаційні та робочі процеси. Їх матеріальне забезпечення лягає на державні органи влади та об'єднані територіальні громади.

Наступною організаційною інтеграційною технологією є формування структурної та функціональної організації мультидисциплінарної робочої системи відповідно до поставлених завдань. Основним елементом організації є рівень практичних навичок та вмінь медичного персоналу. Знання залишаються ключовими для точності діагностики, а зусилля, спрямовані на його просування, є суттєвими.

На процес надання медичної допомоги хворим на ІМ можуть впливати чинники, які пов'язані як із становищем держави, суспільства, так і стану системи ОЗ. На загальнодержавному рівні боротьба із ФР розвитку ІМ може гальмуватись процесами невиконання законів, постанов щодо екологічних проблем, якості харчових продуктів (реформа судової системи), фінансово-економічним станом країни (виконання державного бюджету,

залучення внутрішніх та зовнішніх інвестицій), достатньо ефективним фінансуванням державних програм із реімбурсації медикаментів, на місцевому рівні – процесами створення об'єднаних територіальних громад, що порушує фінансування закладів ОЗ, створення нових робочих місць (посилення процесів децентралізації країни). Також на сьогодні ще існує незрілість громадянського суспільства щодо широкого створення громадських об'єднань, у тому числі із залученням їх до боротьби з ФР розвитку ІМ, захисту прав пацієнтів (програми розвитку громадянського суспільства). Не завжди спостерігається готовність самого пацієнта та його оточення до співпраці з медичними працівниками щодо корекції поведінки, сумлінного виконання рекомендацій лікаря. У системі ОЗ потрібно постійно підвищувати рівень практичних навичок та вмінь медичних працівників щодо виконання клінічних та локальних протоколів ведення пацієнтів, використання сучасних ІТ-технологій, досвіду командної співпраці лікарів різних рівнів надання медичної допомоги.

Важливо доносити до пацієнта інформацію про необхідність дотримання режиму праці та відпочинку, раціонального харчування, усунення або уникнення значних психоемоційних навантажень, регулярного медикаментозного лікування, корекції поведінкових ФР.

Проте ця робота не повинна стосуватись лише медичних працівників. Враховуючи важливість особистісного фактора в розвитку серцево-судинної патології та, зокрема, ІМ необхідно виробити у самих пацієнтів відповідальне ставлення до стану власного здоров'я, навчити ефективно взаємодіяти з медичними службами та активно брати участь у прийнятті рішень щодо лікування та контролю власної хвороби. Задля підвищення ефективності даної моделі доцільно залучати соціальне середовище пацієнта.

Ці етапи можуть супроводжуватись як регулярним контролем сімейного лікаря та медичної сестри, так й інших фахівців (рис. 3).

Що стосується іншого напрямку лікаря – встановлення правильного та своєчасного діагнозу, то необхідно впроваджувати специфічні стратегії, що посилюють доступ до медичної допомоги належної компетентності, забезпечують високоякісні послуги діагностичного тестування, створюють робоче середовище з безпечними та ефективними медичними інформаційними технологіями та покращеним доступом до міжнародних медичних інформаційних ресурсів.

У сільській місцевості медичні працівники, які не є лікарями, надають первинну медичну допомогу, використовуючи прості клінічні алгоритми, що не завжди забезпечують високу якість діагностичного та лікувального процесу. Тому ці заклади повинні бути забезпечені сучасними

ІТ-технологіями, доступним діагностичним обладнанням для покращення процесу діагностики

ІМ з наступним екстремим направленням пацієнта у спеціалізовані заклади системи ОЗ.

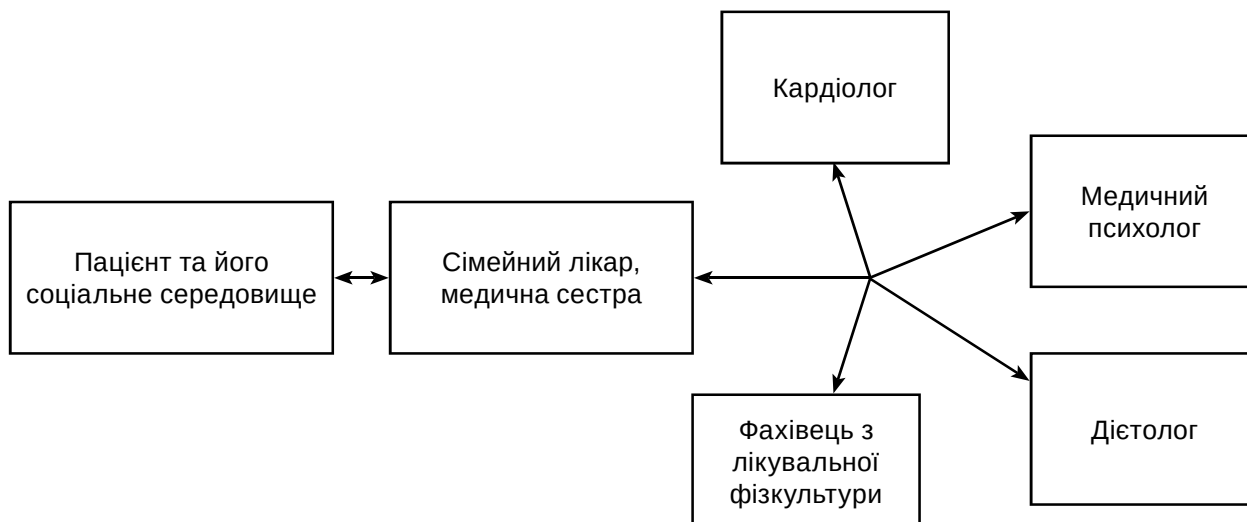


Рис. 3. Міждисциплінарні комунікації на первинному рівні медичної допомоги.

Реабілітація. Кардіореабілітація пацієнта після ІМ розпочинається з перших днів перебування в стаціонарі та включає поступове розширення рухового режиму залежно від клінічного перебігу і методу лікування. В подальшому пацієнта направляють на санаторно-курортне лікування і він перебуває під диспансерним наглядом кардіолога.

Даними низки досліджень встановлено, що пацієнти, які перенесли ІМ, мали вищий рівень прогнозованої 2-річної смертності, велику ймовірність розвитку післяінфарктної стенокардії і, відповідно, нижчий рівень якості життя [11, 17]. На нашу думку, необхідною умовою зменшення емоційного навантаження у таких пацієнтів є обов'язковий нагляд у медичного психолога.

До реабілітації пацієнтів, які перенесли ІМ, і у яких сформувалася інвалідність, необхідно широко залучати соціальні служби, які повинні сприяти соціально-побутовій адаптації клієнта з наступним включенням його в навколишнє життя. На основі розробки індивідуальних реабілітаційних програм для пацієнтів, які перенесли ІМ, потрібно створювати умови для інтеграції особи у суспільство, організовувати умови для розвитку, набуття вмінь самостійно регулювати і контролювати власну поведінку. Допомога і сприяння, які надають інваліду різними установами та

організаціями, повинні бути адекватними його стану і самопочуттю, прийматися (чи відхилятися) на добровільній основі, сприяти самопомозі та спонукати до неї. Важливим чинником є також і залучення до реабілітації пацієнта його соціального середовища. Важливо навчати членів сім'ї, рідних, друзів методів психологічної підтримки хворого, розуміння поведінкових ФР, що сприяли розвитку ІМ, та шляхів їх подальшого зменшення або усунення. При цьому можна використовувати як безпосередні контакти із самим пацієнтом та його рідними, так і сучасні інформаційні технології (мережа «Інтернет», соціальні мережі).

Висновки

Міжсекторальна співпраця і міждисциплінарна структурна та функціональна координація дій у наданні медичної допомоги хворим на ІМ забезпечить рівноправний доступ пацієнтів до спеціальних медичних послуг, удосконалення та розширення комунікаційних зв'язків різної спрямованості, що дозволить покращити якість життя пацієнтам з ІМ.

Перспективи подальших досліджень полягають у оцінці результатів впровадження запропонованої міжсекторальної співпраці, міждисциплінарної структурної та функціональної координації дій.

Список літератури

1. *Взаємодія «держава-громада» заради здоров'я: зарубіжний досвід боротьби з неінфекційними захворюваннями* / Н. О. Рингач, О. М. Дзюба, О. Р. Ситенко, А. О. Керецман // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2015. – № 1. – С. 35–41.
2. *Теренда Н. О.* Оптимізація зміни поведінки пацієнтів як один із елементів моделі профілактики та надання інтенсивної медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда / Н. О. Теренда // Вісник наукових досліджень. – 2017. – № 3. – С. 56–59.

3. Фактори ризику в розвитку інфаркту міокарда та шляхи їх корекції / Н. О. Теренда, Н. Я. Панчишин, О. Н. Литвинова, Ю. М. Петрашик // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3 (44). – С. 266–269.
4. Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units / J. G. Baggs, M. H. Schmitt, A. I. Mushlin [et al.] // *Crit. Care Med.* –1999. – Vol. 27. – P. 1991–1998.
5. Association of functional and structural social support with medication adherence among individuals treated for coronary heart disease risk factors: Findings from the REasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) study / Favel L. Mondesir, April P. Carson, Raegan W. Durant [et al.] // *Sport and Exercise Science.* – 2018. Access mode : <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0198578>
6. Changes in traditional risk factors no longer explain time trends in cardiovascular mortality and its socioeconomic differences / K. Harald, S. Koskinen, P. Jousilahti [et al.] // *J. Epidemiol. Community Hlth.* – 2008. – Vol. 62, No. 3. – P. 251–257.
7. Cresswell K. M. Ten key considerations for the successful implementation and adoption of large-scale health information technology / K. M. Cresswell, D. W. Bates, A. Sheikh // *J. Am. Med. Inform. Assoc.* –2013. – Vol. 20 (1). – P. 9–13. doi: 10.1136/amiainl-2013-001684.
8. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) / J. Perk, G. De Backer, H. Gohlke [et al.] // *Eur. Heart J.* – 2012. – Vol. 33 (13). – P. 1635–1701.
9. Morbidity and prevalence of cardiovascular diseases in Ukraine: trends and forecasts until 2025 / N. Terenda, Y. Petrashyk, N. Slobodian [et al.] // *Georgian Medical News* – 2018. – Vol. 9 (282). – P. 79–82.
10. Novel therapeutic concepts: the epidemic of cardiovascular disease in the developing world: global implications / B. J. Gersh, K. Sliwa, B. M. Mayosi, S. Yusuf // *Eur. Heart J.* 2010. – Vol. 31 (6). – P. 642–648.
11. Perceived stress in myocardial infarction: long-term mortality and health status outcomes / S. V. Arnold, K. G. Smolderen, D. M. Buchanan [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2012. – Vol. 60 (18). – P. 1756–1763.
12. Rafferty A. M. Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? / A. M. Rafferty, J. Ball, L. H. Aiken // *Qual. Health Care* – 2001. – Vol. 10. – P. 32–37.
13. Reducing diagnostic errors through effective communication: Harnessing the power of information technology / Hardeep Singh, Aanand Dinkar Naik, Raghuram Rao, Laura Ann Petersen // *J. Gen. Intern. Med.* – 2008. – Vol. 23 (4). – P. 489–494.
14. Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants / M. Kivimäki, R. Sutinen, M. Elovainio [et al.] // *Occup. Environ. Med.* – 2001. – Vol. 58. – P. 361–366.
15. The role of depression in chronic disease management: An analysis of the U.S. behavioral risk factor surveillance system / B. Latoya, K. Greta, G. Masil G., A. Balamurugan // *Public Health Open Access.* – 2018. – Vol. 2 (2). – P. 53–68.
16. Thomas E. J. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians / E. J. Thomas, J. B. Sexton, R. L. Helmreich // *Crit. Care Med.* –2003. – Vol. 31. – P. 956–959.
17. Usefulness of persistent symptoms of depression to predict physical health status 12 months after an acute coronary syndrome / D. D. Thombs, R. C. Ziegelstein., D. E. Stewart [et al.] // *Am. J. Cardiol.* – 2008. – Vol. 101, No. 1. – P. 15–19.

References

1. Rynhach, N.O., Dziuba, O.M., Sytenko, O.R., & Keretsman, A.O. (2015). Vzaiemodiiia "derzhava-hromada" zarady zdorovia: zarubizhnyi dosvid borotby z neinfektsiinymy zakhvoriuvanniamy [State-community interaction for health: foreign experience in the fight against noncommunicable diseases]. *Visnyk sotsialnoi hihieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy – Bulletin of Social Hygiene and Organization of Health Care of Ukraine*, 1, 35-41 [in Ukrainian].
2. Terenda, N.O. (2017). Optyimizatsiia zminy povedinky patsiiientiv yak odyn iz elementiv modeli profilaktyky ta nadannia intensyvnoi medychnoyi dopomohy khvorym infarktom miokarda [Optimization of patient behavior change as one of the elements of the model of prevention and provision of intensive medical care for patients with myocardial infarction]. *Visnyk naukovykh doslidzhen – Bulletin of Scientific Research*, 3, 56-59 [in Ukrainian].
3. Terenda, N.O., Panchyshyn, N.Ya., Lytvynova, O.N., & Petrashyk, Yu.M. (2017). Faktory ryzyku u rozvytku infarktu miokarda ta shliakhy yikh korektsii [Risk factors in the development of myocardial infarction and ways of their correction]. *Ukraina. Zdorovia natsii – Ukraine. Nation's Health*, 3 (44), 266-269 [in Ukrainian].
4. Baggs, J.G., Schmitt, M.H., Mushlin, A.I., Mitchell, P. H., Eldredge, D. H., Oakes, D. et al. (1999). Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Crit. Care Med.*, 27, 1991-1998.
5. Mondesir, F.L., Carson, A.P., Durant, R.W., Lewis, M.W., Safford, M. M., & Levitan, E.B. (2018). Association of functional and structural social support with medication adherence among individuals treated for coronary heart disease risk factors: Findings from the REasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) study. *Sport and Exercise Science*. Retrieved from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0198578>
6. Harald, K., Koskinen, S., Jousilahti, P., Torppa, J., Vartiainen, E., & Salomaa, V. (2008). Changes in traditional risk factors no longer explain time trends in cardiovascular mortality and its socioeconomic. *J. Epidemiol. Community Hlth.*, 62 (3), 251-257.
7. Cresswell, K.M. Bates, D.W., & Sheikh, A. (2013). Ten key considerations for the successful implementation and adoption of large-scale health information technology. *J. Am. Med. Inform. Assoc.*, 20 (1), 9-13.
8. Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., & Graham I. (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur. Heart J.*, 33 (13), 1635-1701.

9. Terenda, N., Petrashyk, Y., Slobodian, N., Lishtaba, L., & Yuriyiv, K. (2018). Morbidity and prevalence of cardiovascular diseases in Ukraine: trends and forecasts until 2025. *Georgian Medical News*, 9 (282), 79-82.
10. Gersh, B.J., Sliwa, K., Mayosi, B.M., & Yusuf, S. (2010). Novel therapeutic concepts: the epidemic of cardiovascular disease in the developing world: global implications. *Eur. Heart J.*, 31 (6), 642-648.
11. Arnold, S.V., Smolderen, K.G., Buchanan, D.M., Li, Y., & Spertus, J.A. (2012). Perceived stress in myocardial infarction: long-term mortality and health status outcomes. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 60 (18), 1756-1763.
12. Rafferty, A.M., Ball, J., & Aiken, L.H. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Qual. Health Care*, 10, 32-37.
13. Hardeep Singh, Aanand Dinkar Naik, Raghuram Rao, Laura Ann Petersen (2008). Reducing diagnostic errors through effective communication: Harnessing the power of information technology. *J. Gen. Intern. Med.*, 23 (4), 489-494.
14. Kivimäki, M., Sutinen, R., Elovainio, M., Vahtera, J., Räsänen, K., Töyry, S., et al. (2001). Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occup. Environ. Med.*, 58, 361-366.
15. Latoya, B., Greta, K., Masil, G., & Balamurugan, A. (2018). The role of depression in chronic disease management: An analysis of the U.S. behavioral risk factor surveillance system. *Public Health Open Access.*, 2 (2), 53-68.
16. Thomas, E.J., Sexton, J.B., & Helmreich, R.L. (2003). Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit. Care Med.*, 31, 956-959.
17. Thombs, B.D., Ziegelstein, R.C., Stewart, D.E., Abbey, S.E., Parakh, K., & Grace, S.L. (2008). Usefulness of persistent symptoms of depression to predict physical health status 12 months after an acute coronary syndrome. *Am. J. Cardiol.*, 101, (1), 15-19.

МУЛЬТИСЕКТОРАЛЬНИЙ ПІДХІД В ОКАЗАННІ МЕДИЦИНСЬКОЇ ПОМОЦІ БОЛЬНИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ЯК ВАЖЛИВА СОСТАВЛЯЮЩА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВ'Я

Н. А. Теренда, А. Г. Шульгай, Н. А. Слободян, Л. Н. Романюк

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МЗ України, г. Тернопіль, Україна

Цель: обосновать мультисекторальный подход в оказании медицинской помощи больным инфарктом миокарда (ИМ).

Материалы и методы. Использованы методы системного подхода и системного анализа для комплексного исследования проблем оказания медицинской помощи больным ИМ и концептуального моделирования для обоснования мультисекторального подхода в оказании медицинской помощи больным инфарктом миокарда.

Результаты. Важным доменом оптимизированной системы оказания медицинской помощи больным ИМ является мультидисциплинарная рабочая система с четко определенными структурными и организационными технологиями, интеграционными связями, которая будет эффективно работать и выполнять свои задачи только при применении мультисекторального подхода.

Качественный и эффективный процесс оказания медицинской помощи пациентам с ИМ будет происходить только при наличии качественного и эффективного фундамента, включая процессы и решения на уровне государственных органов власти, территориальных общин, социальных служб, общественных организаций и средств массовой информации. Значительную роль в борьбе с факторами риска развития ИМ, ранней госпитализации пациентов с ИМ, назначении оптимального лечения играет социальная среда, в которой находится пациент.

Выводы. Межсекторальное сотрудничество и междисциплинарная структурная и функциональная координация действий в оказании медицинской помощи больным ИМ обеспечит равноправный доступ пациентов к специальным медицинским услугам, совершенствованию и расширению коммуникационных связей различной направленности, что позволит улучшить качество жизни пациентов с ИМ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мультисекторальный подход; междисциплинарные коммуникации; система оказания медицинской помощи; инфаркт миокарда; социальная среда.

A MULTI-SECTORAL APPROACH TO PROVIDING MEDICAL ASSISTANCE TO PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AS AN IMPORTANT PUBLIC HEALTH COMPONENT

N. O. Terenda, A. G. Shulgai, N. O. Slobodian, L. M. Romanyuk

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine

Purpose: substantiation of a multisectoral approach in the provision of medical care for patients with myocardial infarction (MI).

Materials and Methods. Methods of systematic approach and system analysis were used to comprehensively investigate the problems of providing medical care to patients with MI and conceptual modeling to substantiate the multisectoral approach in providing care to patients with MI.

Results. An important domain of an optimized system of medical care for patients with MI is a multidisciplinary working system with well-defined structural and organizational technologies, integration links, which will work effectively and fulfill its tasks only when applying a multisectoral approach.

A qualitative and effective process of providing medical care to patients with MI will only take place if there is a qualitative and effective foundation, including processes and decisions at the level of state authorities, territorial communities, social services, public organizations and the media. The social environment in which the patient resides plays a significant role in the fight against FR development of MI, early hospitalization of patients with MI, and the appointment of optimal treatment.

Conclusions. Cross-sectoral collaboration and cross-disciplinary structural and functional coordination of care delivery for patients with MI will ensure equal access for patients to specialty medical services, improving and expanding communication across multiple disciplines, which will improve the quality of life for patients with MI.

KEYWORDS: multisectoral approach; interdisciplinary communications; medical care system; myocardial infarction; social environment.

Рукопис надійшов до редакції 30.08.2019 р.

Відомості про авторів:

Теренда Наталія Олександрівна – доктор медичних наук, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; тел.: +38(0352) 52-72-33.

Шульгай Аркадій Гаврилович – доктор медичних наук, професор кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; тел.: +38(0352) 52-72-33.

Слободян Наталія Олександрівна – кандидат економічних наук, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; тел.: +38(0352) 52-72-33.

Романюк Любов Миколаївна – кандидат медичних наук, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; тел.: +38(0352) 52-72-33.