CHAPTER 15

ПОПУЛЯЦІЙНИЙ СКРИНІНГ ЯК ІНСТРУМЕНТ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ МЕТАБОЛІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: ДОСВІД ПРОГРАМИ «НАЦІОНАЛЬНИЙ СКРИНІНГ 40+» В УКРАЇНІ

Гетьман О. І.
DOI https://doi.org/10.30525/978-9934-26-727-7-15

ВСТУП

Метаболічні захворювання є однією з провідних причин передчасної смертності, інвалідизації та зниження якості життя. Їх поширеність невпинно зростає, а тривалий безсимптомний перебіг зумовлює пізнє виявлення та високий тягар для системи охорони здоров'я. Саме тому сучасна профілактична медицина дедалі більше орієнтується на раннє виявлення факторів ризику та їх своєчасну корекцію ще до розвитку клінічно вираженої патології.[1]

Відповідно до міжнародних рекомендацій, популяційний скринінг є ключовим інструментом раннього виявлення кардіометаболічних факторів ризику та профілактики неінфекційних захворювань. Водночас практичний досвід реалізації скринінгу свідчить, що саме по собі виявлення факторів ризику не гарантує покращення показників здоров'я населення. Без подальшої інтерпретації результатів, медичного супроводу та підтримки зміни поведінки профілактичний потенціал скринінгу залишається реалізованим лише частково.[2]

Традиційно ефективність популяційного скринінгу оцінюють за кількістю обстежених осіб і виявлених факторів ризику. Проте такі показники не відображають реального впливу на здоров'я населення, оскільки виявлення ризиків не гарантує зміни способу життя чи виконання профілактичних рекомендацій. Отже, між встановленням ризику та

---

1 World Health Organization. Noncommunicable diseases. 2025;
GBD 2021 Risk Factors Collaborators. The Lancet. 2024.

2 NHS Health Check: Best Practice Guidance.
NHS Screening Programmes.
Visseren F.L.J. et al. 2021 ESC Guidelines… DOI: 10.1093/eurheartj/ehab484.

реальним покращенням здоров'я існує етап, який потребує цілеспрямованої організації та підтримки.[3]

Сучасні моделі поведінкових змін (COM-B, Behaviour Change Wheel, Health Belief Model, Transtheoretical Model, Self-Determination Theory) доводять, що ефективність профілактики визначається не лише діагностикою, а й підтримкою пацієнта у формуванні стійкої здорової поведінки. У цьому контексті популяційний скринінг може розглядатися не лише як інструмент раннього виявлення ризику, а як початкова ланка безперервного профілактичного процесу.[4]

Такий підхід змінює традиційну модель скринінгу, доповнюючи лабораторне обстеження інтерпретацією результатів, оцінкою кардіометаболічного ризику, персоналізованим консультуванням, маршрутизацією, цифровим супроводом, повторним контактом і контролем виконання рекомендацій. Саме ця послідовність створює умови для формування здорового способу життя і забезпечує реальний профілактичний ефект.[5]

Отже, ефективність профілактики визначається не кількістю виявлених факторів ризику, а організацією безперервного супроводу пацієнта:

---

[3] Glasgow R. E., Harden S. M., Gaglio B. et al. RE-AIM planning and evaluation framework: Adapting to new science and practice with a 20-year review. Frontiers in Public Health. 2019. Vol. 7. Article 64. DOI: 10.3389/fpubh.2019.00064.

Aerts N., Van Royen K., Van Bogaert P. et al. Understanding factors affecting implementation success and sustainability of a comprehensive prevention program for cardiovascular disease in primary health care. Primary Health Care Research & Development. 2023. Vol. 24. Article e18. DOI: 10.1017/S1463423623000063.

Rakers M., van Hattem N., Plag S. et al. Population health interventions for cardiometabolic diseases in primary care: A scoping review and RE-AIM evaluation of current practices. Frontiers in Medicine. 2024. Vol. 10. Article 1275267. DOI: 10.3389/fmed.2023.1275267.

[4] Michie S., van Stralen M. M., West R. The Behaviour Change Wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implementation Science. 2011. Vol. 6. Article 42. DOI: 10.1186/1748-5908-6-42.

Rosenstock I. M. Historical origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. 1974. Vol. 2(4). P. 328–335.

Prochaska J. O., DiClemente C. C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1983. Vol. 51(3). P. 390–395.

Ryan R. M., Deci E. L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. American Psychologist. 2000. Vol. 55(1). P. 68–78.

[5] Visseren F. L. J. et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal. 2021. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab484.

NHS England. NHS Health Check: Best Practice Guidance.

Dineen T. E. et al. Implementation of diabetes prevention programs into clinical practice and community settings: A systematic search and review. Implementation Science Communications. 2025. DOI: 10.1186/s43058-025-00757-2.

координацією, медичною комунікацією, цифровими інструментами та повторним моніторингом.[6]

У цьому розділі популяційний скринінг розглядається як організаційна модель формування здорового способу життя та профілактики метаболічних захворювань. Програма «Національний скринінг 40+» наведена як приклад її практичного впровадження. Такий підхід дозволяє перейти від оцінки скринінгу як окремої діагностичної процедури до його розуміння як складової сучасної системи безперервної профілактики, орієнтованої на довготривалу зміну поведінки та збереження метаболічного здоров'я населення.[7]

1. Популяційний скринінг як організаційний інструмент формування здорового способу життя

Популяційний скринінг – це систематичне обстеження визначених груп населення для раннього виявлення факторів ризику та захворювань. Він залишається одним із ключових інструментів профілактичної медицини, проте останніми роками його роль суттєво переосмислено. Сучасні рекомендації дедалі частіше розглядають його не як ізольовану діагностичну процедуру, а як складову комплексної системи профілактики, що поєднує раннє виявлення ризику, клінічну оцінку, медичне консультування, підтримку пацієнта та подальший моніторинг.[8]

Особливого значення такий підхід набуває у профілактиці метаболічних захворювань, розвиток яких визначається поєднанням біологічних, поведінкових і соціальних чинників. Артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, ожиріння, порушення вуглеводного обміну та хронічна хвороба нирок зазвичай не виникають ізольовано, а формують взаємопов'язаний комплекс кардіометаболічних

---

[6] Glasgow R. E. et al. (RE-AIM).

Damschroder L. J., Reardon C. M., Klimas J. E. et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for implementation research (CFIR). Implementation Science. 2009. Vol. 4. Article 50. DOI: 10.1186/1748-5908-4-50.

Aerts N. et al. (2023).

[7] Hetman O. I., Alifer O. O., Matiash L. O. Effective interaction in the medical environment... DOI: 10.30525/978-9934-26-549-5-15.

Hetman O. I., Adelzberg O. Strategies of Effective Medical Communication in Clinical Practice and Education... DOI: 10.30525/978-9934-26-655-3-27.

[8] World Health Organization. Noncommunicable diseases. 2025.

NHS England. NHS Health Check: Best Practice Guidance.

NHS England. NHS Screening Programmes.

порушень, що суттєво підвищує ризик серцево-судинних ускладнень і передчасної смерті.[9]

Сучасна профілактична медицина переходить від оцінки окремих показників до визначення індивідуального кардіометаболічного ризику, що інтегрує клінічні, лабораторні та поведінкові чинники.[10]

Саме комплексна оцінка кардіометаболічного ризику є основою персоналізованої профілактики. Вона дає змогу визначити пріоритетні напрями профілактичних втручань, обрати їхню інтенсивність, своєчасно маршрутизувати пацієнта та забезпечити раціональне використання ресурсів системи охорони здоров'я.[11]

Важливим елементом цього процесу є лабораторна діагностика. Біохімічні показники не лише підтверджують наявність факторів ризику, а й створюють об'єктивну основу для клінічної інтерпретації стану пацієнта. Визначення рівня глюкози або HbA1c, показників ліпідного профілю, функції нирок, альбумінурії та інших лабораторних маркерів дозволяє своєчасно виявити приховані порушення, оцінити ступінь ризику та визначити напрями подальших профілактичних заходів. Проте самі лабораторні результати не мають самостійної профілактичної цінності, якщо не супроводжуються їх професійною інтерпретацією та поясненням значення для конкретної людини.[12]

Тому сучасні міжнародні рекомендації зміщують акцент із виявлення факторів ризику на їх подальший супровід, інтегруючи скринінг із первинною медичною допомогою, повторною оцінкою ризику та довготривалим спостереженням. Такий підхід спрямований не лише на раннє виявлення патології, а насамперед на підтримку здорової поведінки та запобігання розвитку захворювань.[13]

Науковим підґрунтям такого підходу є моделі поведінкової медицини: COM-B, Behaviour Change Wheel, Health Belief Model, Transtheoretical Model і Self-Determination Theory, які обґрунтовують роль мотивації,

---

[9] World Health Organization (2025).
GBD 2021 Risk Factors Collaborators (2024).
Visseren et al. ESC Guidelines (2021).

[10] Visseren et al. ESC Guidelines (2021).

[11] Visseren et al. ESC Guidelines (2021).
NHS Health Check.

[12] Visseren et al. ESC Guidelines (2021).
NHS Health Check. Dineen et al. (2025).

[13] World Health Organization (2025).
NHS Health Check.
NHS Screening Programmes.
Visseren et al. (2021).

умов, сприйняття ризику та професійної підтримки у зміні поведінки. Незважаючи на відмінності, усі ці концепції об'єднує спільна ідея: стійкі зміни способу життя виникають не внаслідок отримання інформації про ризик, а завдяки безперервному процесу підтримки, мотивації та взаємодії.[14]

Отже, сучасний популяційний скринінг доцільно розглядати як організаційний механізм, що запускає процес формування здорового способу життя. Його результатом має бути не лише встановлення наявності факторів ризику, а створення умов для усвідомлення ризику, прийняття профілактичних рішень, підвищення прихильності до рекомендацій і довготривалої зміни поведінки. Таким чином, профілактична цінність скринінгу визначається не фактом проведення лабораторного обстеження, а здатністю системи охорони здоров'я забезпечити безперервний шлях пацієнта від отримання результатів до їх практичної реалізації у повсякденному житті.[15]

2. Організаційна модель безперервної профілактики: від лабораторного результату до зміни поведінки

Сучасні уявлення про профілактику неінфекційних захворювань свідчать, що ефективність популяційного скринінгу визначається не лише якістю лабораторної діагностики, а й здатністю системи охорони здоров'я забезпечити безперервний супровід людини після отримання результатів обстеження. Саме тому профілактичний потенціал скринінгу реалізується не в момент виявлення факторів ризику, а в процесі їх клінічної інтерпретації, комунікації з пацієнтом, спільного прийняття рішень та подальшої підтримки виконання профілактичних рекомендацій.[16]

На підставі аналізу сучасних наукових підходів і практичного досвіду реалізації популяційних програм профілактики пропонується розглядати

---

[14] Michie et al. Behaviour Change Wheel.
Rosenstock. Health Belief Model.
Prochaska & DiClemente. Transtheoretical Model.
Ryan & Deci. Self-Determination Theory.

[15] Glasgow et al. RE-AIM.
Aerts et al. (2023).
Rakers et al. (2024).
Dineen et al. (2025).
Damschroder et al. CFIR.

[16] World Health Organization. Noncommunicable diseases. 2025.
NHS England. NHS Health Check: Best Practice Guidance.
Visseren F. L. J. et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal. 2021. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab484.

скринінг як елемент безперервного профілактичного циклу, у якому кожний наступний етап логічно продовжує попередній і створює умови для формування здорової поведінки.[17]

Запропонована організаційна модель включає послідовні взаємопов'язані етапи:

популяційний скринінг → лабораторна діагностика → оцінка кардіометаболічного ризику → персоналізоване консультування → маршрутизація пацієнта → цифровий супровід → повторний контакт → контроль виконання рекомендацій → формування здорового способу життя → зниження кардіометаболічного ризику.

У цій моделі лабораторна діагностика є відправною точкою профілактичного процесу.[18] Її основне завдання полягає не лише у виявленні відхилень лабораторних показників, а й у створенні доказової основи для подальшої оцінки індивідуального ризику. Інтерпретація результатів дозволяє перейти від окремих біохімічних показників до цілісного розуміння стану здоров'я пацієнта та визначення його індивідуальної потреби у профілактичних втручаннях.[19]

Наступним етапом є оцінка кардіометаболічного ризику, яка інтегрує клінічні, лабораторні та поведінкові фактори. Саме оцінка ризику перетворює набір лабораторних результатів на клінічно значущу інформацію, зрозумілу як лікарю, так і пацієнту. Персоналізація ризику підвищує усвідомлення необхідності профілактичних заходів і створює підґрунтя для спільного прийняття рішень щодо подальшої тактики.[20]

Ключовим компонентом моделі є персоналізоване консультування. Його метою є не лише інформування пацієнта про результати обстеження, а й формування розуміння причин виявлених змін, їхнього можливого впливу на здоров'я та потенційних переваг модифікації способу життя. Ефективне консультування передбачає активний діалог, врахування

---

[17] Glasgow R. E. et al. RE-AIM planning and evaluation framework. Frontiers in Public Health. 2019. DOI: 10.3389/fpubh.2019.00064.

Aerts N. et al. Understanding factors affecting implementation success... Primary Health Care Research & Development. 2023. DOI: 10.1017/S1463423623000063.

Rakers M. et al. Population health interventions for cardiometabolic diseases... Frontiers in Medicine. 2024. DOI: 10.3389/fmed.2023.1275267.

Dineen T. E. et al. Implementation of diabetes prevention programs... Implementation Science Communications. 2025. DOI: 10.1186/s43058-025-00757-2.

[18] Visseren F. L. J. et al. (2021).

NHS England. NHS Health Check.

[19] Visseren F. L. J. et al. (2021).

[20] Visseren F. L. J. et al. (2021).

NHS England. NHS Health Check.

індивідуальних особливостей, рівня готовності до змін та спільне визначення досяжних профілактичних цілей.[21]

Безперервність профілактики забезпечує індивідуальна маршрутизація пацієнта, що визначає потребу в додаткових обстеженнях, консультаціях спеціалістів, лабораторному контролі та подальшому спостереженні. Такий підхід забезпечує наступність медичної допомоги та запобігає втраті пацієнта після завершення скринінгу.[22]

Не менш важливим елементом є цифровий супровід, який забезпечує підтримку комунікації між пацієнтом і системою охорони здоров'я після завершення первинного візиту. Використання цифрових інструментів дає можливість своєчасно інформувати пацієнта, нагадувати про повторні консультації чи лабораторні дослідження, підтримувати прихильність до рекомендацій та спрощувати взаємодію з медичною командою. Таким чином цифрові технології стають інструментом підтримки безперервності профілактичного процесу.[23]

Наступний етап – повторний контакт із пацієнтом – має принципове значення для оцінки результативності проведених втручань. Саме повторна взаємодія дозволяє оцінити зміни способу життя, уточнити труднощі, які виникли під час виконання рекомендацій, скоригувати індивідуальний план профілактики та підтримати мотивацію до подальших змін. У цьому контексті профілактика розглядається як динамічний процес, що потребує регулярного супроводу, а не як одноразова консультація.[24]

Важливим компонентом моделі є оцінка прихильності до виконання рекомендацій. Вона дозволяє перейти від оцінки медичних показників до аналізу реальної поведінки пацієнта та визначити, наскільки запропоновані профілактичні заходи були інтегровані у його повсякденне життя. Саме прихильність є одним із ключових предикторів довгострокової ефективності профілактичних програм.[25]

---

[21] Michie S. et al. Behaviour Change Wheel. 2011.
Ryan R. M., Deci E. L. Self-Determination Theory. 2000.
Rosenstock I. M. Health Belief Model. 1974.
Prochaska J. O., DiClemente C. C. Stages of Change. 1983.

[22] NHS England. NHS Health Check.
Visseren F. L. J. et al. (2021).

[23] Glasgow R. E. et al. RE-AIM. 2019.
Damschroder L. J. et al. CFIR. 2009.

[24] Glasgow R. E. et al. RE-AIM. 2019.
Dineen T. E. et al. (2025).
Aerts N. et al. (2023).

[25] Ryan R. M., Deci E. L. (2000).
Michie S. et al. (2011).

Таким чином, запропонована організаційна модель змінює традиційне розуміння популяційного скринінгу. Його завершенням є не отримання лабораторного висновку, а запуск безперервного процесу взаємодії між пацієнтом і системою охорони здоров'я. Кожний етап – від інтерпретації результатів до повторного моніторингу – виконує самостійну функцію, однак лише їхня інтеграція забезпечує досягнення головної мети профілактики – формування здорового способу життя та зниження кардіометаболічного ризику.[26]

Отже, популяційний скринінг доцільно розглядати як універсальну організаційну модель безперервної профілактики, що поєднує лабораторну діагностику, оцінку ризику, персоналізовану медичну комунікацію, маршрутизацію, цифровий супровід і повторний контроль у єдину систему. Саме така інтеграція перетворює результати скринінгу на реальні поведінкові зміни та створює умови для довгострокового збереження метаболічного здоров'я населення. [27]

3. Практична реалізація організаційної моделі безперервної профілактики: досвід програми «Національний скринінг 40+»

Практичний досвід реалізації програми «Національний скринінг 40+» показав, що ефективність популяційного скринінгу визначається не окремими етапами обстеження, а цілісною організацією маршруту пацієнта, яка забезпечує безперервний медичний супровід. На відміну від традиційного підходу, де процес завершується видачею результатів лабораторних досліджень, запропонована модель інтегрує всі етапи в єдиний профілактичний процес.

Перший прийом був спрямований не лише на збір анамнезу та визначення обсягу лабораторних досліджень. Уже на цьому етапі лікар оцінював фактори ризику, пояснював мету скринінгу, ознайомлював пацієнта з подальшим маршрутом і мотивував пройти лабораторне обстеження без відтермінування. Таким чином формування прихильності до профілактики розпочиналося ще до отримання результатів досліджень.

Лабораторний етап включав персоналізований перелік досліджень відповідно до індивідуального профілю ризику. Залежно від клінічної

---

[26] Glasgow R. E. et al. RE-AIM. 2019.

Damschroder L. J. et al. CFIR. 2009.

[27] Hetman O. I., Alifer O. O., Matiash L. O. Effective interaction in the medical environment... 2026. DOI: 10.30525/978-9934-26-549-5-15.

Hetman O. I., Adelzberg O. Strategies of Effective Medical Communication in Clinical Practice and Education... 2026. DOI: 10.30525/978-9934-26-655-3-27.

ситуації виконували визначення ліпідного профілю, HbA1c, креатиніну з розрахунком швидкості клубочкової фільтрації, електролітів, альбумін-креатинінового співвідношення сечі та інших показників. Отримані результати використовувалися як основа для комплексної оцінки кардіометаболічного ризику, а не як кінцева мета скринінгу.

Після отримання результатів лікар проводив їх комплексну оцінку із застосуванням валідованих інструментів стратифікації ризику, формував індивідуальний профіль пацієнта та визначав подальшу тактику профілактики. Це забезпечувало інтеграцію лабораторної діагностики з клінічним прийняттям рішень.

Другий контакт був спрямований на завершення клінічного маршруту. Незалежно від формату взаємодії лікар уточнював діагноз (за потреби), визначав подальшу тактику ведення, оформлював електронні направлення, рецепти та інші медичні призначення. Пацієнт отримував персоналізований консультативний висновок із чітким планом подальших дій.

Наступним етапом була маршрутизація пацієнта відповідно до отриманих результатів. Вона передбачала направлення на додаткові обстеження, консультації лікарів-спеціалістів, динамічне спостереження або повторний лабораторний контроль. Для пацієнтів із критичними лабораторними відхиленнями застосовувався окремий алгоритм оперативного реагування, що забезпечував швидкий початок необхідних лікувально-діагностичних заходів.

Отже, практична реалізація програми підтвердила, що профілактичний потенціал популяційного скринінгу визначається не кількістю проведених лабораторних досліджень, а ефективною організацією безперервного маршруту пацієнта. Послідовне поєднання первинної консультації, лабораторної діагностики, оцінки кардіометаболічного ризику, персоналізованого консультування, маршрутизації та повторного контакту створює умови для підвищення прихильності до профілактичних рекомендацій і формування здорового способу життя.

У цьому контексті маршрут пацієнта слід розглядати не як адміністративну послідовність дій, а як ключовий організаційний механізм безперервної профілактики метаболічних захворювань.[28]

[28] Hetman O. I., Alifer O. O., Matiash L. O. Effective interaction in the medical environment... 2026. DOI: 10.30525/978-9934-26-549-5-15.

Hetman O. I., Adelzberg O. Strategies of Effective Medical Communication in Clinical Practice and Education... 2026. DOI: 10.30525/978-9934-26-655-3-27.

3.1. Медична комунікація як інструмент формування здорового способу життя

Одним із ключових елементів запропонованої організаційної моделі стала медична комунікація, яка розглядалася не як супровід лабораторного дослідження, а як самостійний інструмент формування здорової поведінки. Практичний досвід реалізації програми «Національний скринінг 40+» продемонстрував, що навіть високоякісна лабораторна діагностика не забезпечує профілактичного ефекту, якщо пацієнт не розуміє клінічного значення отриманих результатів, не усвідомлює власний рівень ризику та не має чіткого плану подальших дій. [29]

З цієї причини комунікація була інтегрована в усі етапи маршруту пацієнта. Уже під час першого прийому лікар пояснював мету програми, значення оцінки факторів ризику та роль кожного етапу скринінгу. Це сприяло формуванню активної позиції пацієнта, зменшенню невизначеності та підвищенню готовності пройти лабораторне обстеження без відтермінування.

Після отримання результатів лабораторних досліджень основним завданням лікаря ставала не констатація відхилень, а їх інтерпретація в контексті індивідуального кардіометаболічного ризику. Лабораторні показники використовувалися як основа для персоналізованого обговорення факторів ризику, а не як самоціль. Пацієнту пояснювали не лише те, які показники виходять за межі референтних значень, а насамперед їх клінічне значення, можливий вплив на здоров'я та способи корекції виявлених порушень. Такий підхід допомагав перевести числові результати лабораторних досліджень у зрозумілі для пацієнта рекомендації щодо зміни способу життя.[30]

Особлива увага приділялася мотиваційному консультуванню. Замість акценту на можливих негативних наслідках лікарі використовували партнерський стиль спілкування, орієнтований на підтримку пацієнта у прийнятті рішень щодо власного здоров'я. Рекомендації формулювалися як конкретні, досяжні та практично реалізовані дії, що стосувалися харчування, фізичної активності, контролю маси тіла, відмови від тютюнопаління, зменшення вживання алкоголю або необхідності подальших консультацій і додаткових обстежень. Це відповідало

---

[29] World Health Organization. Noncommunicable diseases. 2025.
NHS England. NHS Health Check: Best Practice Guidance.
Visseren F. L. J. et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal. 2021. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab484.

[30] Visseren F. L. J. et al. 2021 ESC Guidelines...
NHS England. NHS Health Check: Best Practice Guidance.

сучасним підходам поведінкової медицини, згідно з якими зміна поведінки є результатом поєднання усвідомлення ризику, внутрішньої мотивації та доступності зрозумілих алгоритмів дій. [31]

Важливим компонентом комунікації став повторний контакт із пацієнтом після завершення лабораторного етапу. Незалежно від формату взаємодії – повторного візиту, телефонної консультації чи письмового консультативного висновку – лікар мав переконатися, що пацієнт зрозумів результати обстеження, усвідомив подальший маршрут та отримав відповіді на всі запитання. Таким чином повторна комунікація виконувала не лише інформаційну, а й підтримувальну функцію, сприяючи збереженню мотивації до виконання рекомендацій. [32]

Практична реалізація програми також показала доцільність оцінки прихильності пацієнтів до рекомендацій як складової профілактичного процесу. Під час повторних контактів оцінювалися готовність пацієнта виконувати рекомендовані заходи, наявність труднощів та потреба в додатковому консультуванні або зміні маршруту. Це дозволяло своєчасно виявляти бар'єри до зміни поведінки та адаптувати подальший медичний супровід. [33]

Отже, досвід програми «Національний скринінг 40+» підтверджує, що медична комунікація є одним із ключових організаційних механізмів профілактики метаболічних захворювань. Її функція полягає не лише в передачі медичної інформації, а у формуванні усвідомлення індивідуального ризику, підтримці мотивації та підвищенні прихильності до профілактичних рекомендацій. Саме тому лабораторний результат у запропонованій моделі розглядається не як кінцева мета скринінгу, а як інструмент персоналізованої взаємодії між лікарем і пацієнтом, що забезпечує перехід від виявлення факторів

---

[31] Michie S. et al. The Behaviour Change Wheel. Implementation Science. 2011. DOI: 10.1186/1748-5908-6-42.

Rosenstock I. M. Historical origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. 1974.

Prochaska J. O., DiClemente C. C. Stages and processes of self-change of smoking. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1983.

Ryan R. M., Deci E. L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. American Psychologist. 2000.

[32] Glasgow R. E. et al. RE-AIM planning and evaluation framework. Frontiers in Public Health. 2019. DOI: 10.3389/fpubh.2019.00064.

Damschroder L. J. et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for implementation research (CFIR). Implementation Science. 2009. DOI: 10.1186/1748-5908-4-50.

[33] Aerts N. et al. Understanding factors affecting implementation success and sustainability... Primary Health Care Research & Development. 2023. DOI: 10.1017/S1463423623000063.

Dineen T. E. et al. Implementation of diabetes prevention programs into clinical practice and community settings... Implementation Science Communications. 2025. DOI: 10.1186/s43058-025-00757-2.

ризику до стійкої зміни поведінки та формування здорового способу життя. [34]

3.2. Цифровий супровід як механізм забезпечення безперервної профілактики

Одним із ключових компонентів запропонованої організаційної моделі став цифровий супровід пацієнта, який забезпечував безперервність профілактичного процесу між окремими етапами медичного маршруту. На відміну від традиційного підходу, коли цифрові технології використовуються переважно для інформування про результати досліджень або запису на прийом, у програмі «Національний скринінг 40+» вони були інтегровані в систему медичного супроводу як інструмент підтримки взаємодії між пацієнтом і лікарем.[35]

Цифровий супровід розпочинався ще на етапі першого прийому. Лікар перевіряв актуальність контактних даних пацієнта, погоджував формат подальшої комунікації та пояснював послідовність наступних кроків після виконання лабораторних досліджень. Такий підхід забезпечував передбачуваність маршруту, формував очікування пацієнта та зменшував ризик втрати контакту після завершення лабораторного етапу.

Після виконання досліджень результати автоматично надсилалися пацієнтові електронними каналами зв'язку. Для полегшення їх сприйняття використовувалася візуальна індикація за принципом «світлофора», що дозволяла швидко зорієнтуватися у власних показниках та зрозуміти необхідність подальших дій. Водночас цифрова передача результатів не розглядалася як завершення програми. Вона була лише початком наступного етапу персоналізованої взаємодії з лікарем.

Важливим елементом цифрового супроводу були повторні контакти після отримання лабораторних результатів. Залежно від клінічної ситуації та попередньо узгодженого формату пацієнт отримував телефонну консультацію або письмовий консультативний висновок із персоналізованими рекомендаціями. Під час такого контакту лікар оцінював розуміння пацієнтом результатів обстеження, уточнював

---

[34] Hetman O. I., Alifer O. O., Matiash L. O. Effective interaction in the medical environment: Interdisciplinary approaches and international context. 2026. DOI: 10.30525/978-9934-26-549-5-15.

Hetman O. I., Adelzberg O. Strategies of Effective Medical Communication in Clinical Practice and Education: From Pause to AI Support. 2026. DOI: 10.30525/978-9934-26-655-3-27.

[35] Glasgow R. E. et al. RE-AIM planning and evaluation framework. Frontiers in Public Health. 2019. DOI: 10.3389/fpubh.2019.00064.

Damschroder L. J. et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for implementation research (CFIR). Implementation Science. 2009. DOI: 10.1186/1748-5908-4-50.

подальші дії, за потреби коригував маршрут і відповідав на запитання. Таким чином цифрові канали забезпечували не лише передачу інформації, а й підтримували клінічне консультування після завершення лабораторного етапу.[36]

Окрему роль цифровий супровід відігравав у контролі виконання рекомендацій. Пацієнтам нагадували про необхідність повторних лабораторних досліджень, консультацій сімейного лікаря або профільного спеціаліста, проходження додаткових обстежень та дотримання індивідуального плану профілактики. Для осіб із критичними лабораторними відхиленнями застосовувався fast-протокол, який передбачав пріоритетний контакт із пацієнтом для оперативної організації повторного обстеження, термінової консультації або початку лікування. Такий алгоритм дозволяв мінімізувати затримки між виявленням клінічно значущих змін і прийняттям необхідних медичних рішень.

Практичний досвід реалізації програми продемонстрував, що цифрові інструменти є найбільш ефективними тоді, коли інтегровані в загальну систему медичного супроводу. Їхня цінність полягає не у використанні сучасних технологій як таких, а у здатності забезпечити безперервність взаємодії між пацієнтом і системою охорони здоров'я, підтримати виконання рекомендацій та своєчасно реагувати на зміни клінічної ситуації.[37]

Отже, цифровий супровід у запропонованій організаційній моделі слід розглядати не як інструмент інформування, а як невід'ємний механізм безперервної профілактики. Поєднання електронної передачі результатів, дистанційних консультацій, повторних контактів, нагадувань і контролю виконання рекомендацій забезпечує збереження прихильності пацієнта до профілактичних заходів та підтримує довготривалу зміну поведінки, що є необхідною умовою ефективної профілактики метаболічних захворювань.[38]

---

[36] Aerts N. et al. Understanding factors affecting implementation success and sustainability of a comprehensive prevention program for cardiovascular disease in primary health care. Primary Health Care Research & Development. 2023. DOI: 10.1017/S1463423623000063.

Dineen T. E. et al. Implementation of diabetes prevention programs into clinical practice and community settings. Implementation Science Communications. 2025. DOI: 10.1186/s43058-025-00757-2.

[37] Michie S. et al. The Behaviour Change Wheel. Implementation Science. 2011. DOI: 10.1186/1748-5908-6-42.

Ryan R. M., Deci E. L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. American Psychologist. 2000.

[38] Hetman O. I., Alifer O. O., Matiash L. O. Effective interaction in the medical environment: Interdisciplinary approaches and international context. 2026. DOI: 10.30525/978-9934-26-549-5-15.

Hetman O. I., Adelzberg O. Strategies of Effective Medical Communication in Clinical Practice and Education: From Pause to AI Support. 2026. DOI: 10.30525/978-9934-26-655-3-27.

3.3. Лабораторні маркери як основа персоналізації профілактичних заходів

У запропонованій організаційній моделі лабораторна діагностика виконувала значно ширшу функцію, ніж підтвердження або виключення патологічних змін. Кожен лабораторний показник розглядався як підстава для персоналізації профілактичної тактики, визначення подальшого маршруту пацієнта та організації його медичного супроводу. Таким чином лабораторні результати ставали відправною точкою для прийняття клінічних і організаційних рішень, спрямованих на зниження кардіометаболічного ризику.[39]

Особливе значення в програмі мало визначення рівня **HbA1c**, що дозволяло оцінити ризик розвитку або наявність порушень вуглеводного обміну без необхідності спеціальної підготовки пацієнта. Отриманий результат використовувався не лише для стратифікації ризику, а й для індивідуального консультування щодо харчування, контролю маси тіла, фізичної активності та визначення потреби у подальшому спостереженні або дообстеженні. За наявності відхилень планувався повторний контроль відповідно до клінічної ситуації.[40]

Підвищений рівень **тригліцеридів** розглядався як привід для уточнення метаболічного статусу та корекції модифікованих факторів ризику. Відповідно до алгоритму програми пацієнтам із концентрацією тригліцеридів ≥4,5 ммоль/л рекомендувалося повторне визначення показника натще для підтвердження результату.[41] Одночасно лікар надавав рекомендації щодо харчування, обмеження вживання алкоголю, збільшення фізичної активності та контролю маси тіла, а за необхідності організовував подальше дообстеження.[42]

Оцінка функції нирок проводилася шляхом визначення **креатиніну з автоматичним розрахунком швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ)**. Зниження ШКФ слугувало підставою для поглибленої оцінки ризику хронічної хвороби нирок, корекції факторів ризику та маршрутизації пацієнта для подальшого спостереження або консультації профільного спеціаліста. Таким чином показник використовувався

---

[39] Visseren F. L. J. et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal. 2021. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab484.

[40] Visseren F. L. J. et al. 2021 ESC Guidelines...

[41] Visseren F. L. J. et al. 2021 ESC Guidelines...

[42] Visseren F. L. J. et al. 2021 ESC Guidelines...

[43] Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease*. *Kidney International*. 2024. DOI: 10.1016/j.kint.2023.10.018.

не ізольовано, а як елемент комплексної оцінки кардіометаболічного ризику.[43]

Важливим компонентом програми було визначення **співвідношення альбумін/креатинін сечі (ACR)** у пацієнтів із відповідними показаннями. Виявлення альбумінурії дозволяло ідентифікувати ранні прояви ураження нирок ще до розвитку вираженого зниження їх функції. Отримані результати визначали необхідність подальшого моніторингу, повторного лабораторного контролю та своєчасної маршрутизації пацієнта відповідно до чинних клінічних рекомендацій.

Окреме значення мав контроль рівня **калію**, особливо у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, хронічною хворобою нирок або під час застосування лікарських засобів, здатних впливати на електролітний баланс. Виявлення відхилень вимагало оцінки потенційних причин, аналізу безпеки фармакотерапії, повторного лабораторного контролю та, за необхідності, корекції лікування.[44]

Практичний досвід реалізації програми засвідчив, що клінічна цінність лабораторної діагностики визначається не кількістю виконаних досліджень, а їх інтеграцією в систему персоналізованої профілактики. Кожен лабораторний показник ставав підставою для конкретного управлінського рішення: визначення індивідуального ризику, надання персоналізованих рекомендацій, планування повторного контролю, маршрутизації пацієнта та організації подальшого медичного супроводу. Саме такий підхід забезпечував перехід від констатації лабораторних змін до активного управління кардіометаболічним ризиком і підтримував реалізацію головної мети програми – формування здорового способу життя та профілактику метаболічних захворювань.[45]

3.4. Fast-протокол як організаційний механізм забезпечення операційної ефективності та безпеки пацієнта

Однією з ключових організаційних особливостей програми «Національний скринінг 40+» стало впровадження Fast-протоколу – стандартизованого алгоритму дій лікаря, розробленого для забезпечення високої пропускної здатності скринінгової програми без втрати її профілактичної ефективності та клінічної безпеки.

---

[43] Visseren F. L. J. et al. 2021 ESC Guidelines...

[44] Visseren F. L. J. et al. 2021 ESC Guidelines...

[45] Hetman O. I., Alifer O. O., Matiash L. O. Effective interaction in the medical environment: Interdisciplinary approaches and international context. 2026. DOI: 10.30525/978-9934-26-549-5-15.

Hetman O. I., Adelzberg O. Strategies of Effective Medical Communication in Clinical Practice and Education: From Pause to AI Support. 2026. DOI: 10.30525/978-9934-26-655-3-27.

Необхідність такого підходу була зумовлена специфікою популяційного скринінгу, який передбачає значну кількість звернень, обмежений час лікарського прийому та потребу в оперативному прийнятті клініко-організаційних рішень. Тому основним принципом програми визначено модель **«один пацієнт – один очний візит»**, за якої максимальний обсяг профілактичних заходів виконується під час первинного звернення.

У межах першого візиту лікар проводив клінічне обстеження, оцінку факторів ризику, призначав лабораторні дослідження, за наявності показань формував електронні направлення до профільних спеціалістів і надавав пацієнту персоналізований маршрут подальших дій. Після надходження лабораторних результатів лікар без повторного виклику пацієнта вносив дані до ЕСОЗ, розраховував індивідуальний кардіометаболічний ризик за шкалами SCORE2 або SCORE2-OP, документував результати та завершував епізод медичної допомоги.

Таким чином, Fast-протокол є насамперед **організаційною моделлю роботи лікаря**, яка стандартизує виконання всіх етапів скринінгу, оптимізує використання часу, зменшує адміністративне навантаження та забезпечує завершеність профілактичної послуги без необхідності планового повторного візиту. Подальше встановлення або уточнення діагнозу, призначення лікування, довготривале спостереження та контроль виконання рекомендацій здійснювалися сімейним лікарем або профільним спеціалістом відповідно до визначеної маршрутизації.

Водночас модель передбачала окремий **протокол реагування на критичні лабораторні значення**, який застосовувався лише у виняткових клінічних ситуаціях. Його метою було не продовження скринінгового процесу, а забезпечення своєчасного реагування на потенційно небезпечні для пацієнта стани.

У разі отримання критичного лабораторного результату лабораторія невідкладно інформувала лікаря скринінгу відповідно до затвердженого алгоритму. Лікар оперативно оцінював клінічну значущість виявленого відхилення, встановлював контакт із пацієнтом, уточнював його стан, надавав необхідні рекомендації та визначав подальшу маршрутизацію. Залежно від клінічної ситуації пацієнт направлявся до сімейного лікаря, профільного спеціаліста або отримував рекомендацію щодо негайного звернення за екстреною медичною допомогою.

Принципово важливо, що цей алгоритм не змінював концепцію програми і не передбачав переходу лікаря скринінгу до довготривалого ведення пацієнта. Його функція полягала у забезпеченні безпечного завершення скринінгового етапу та своєчасній передачі пацієнта на відповідний рівень медичної допомоги.

Таким чином, у програмі «Національний скринінг 40+» Fast-протокол виконував дві взаємодоповнювальні функції: **операційну** – стандартизацію та оптимізацію роботи лікаря в умовах великого навантаження, і **клінічну** – забезпечення швидкого реагування на критичні лабораторні результати. Поєднання цих механізмів дозволило зберегти баланс між високою операційною ефективністю програми, безпекою пацієнтів та безперервністю профілактичного маршруту.

3.5. Організаційна модель «5К» як механізм забезпечення безперервності профілактики

Практична реалізація запропонованої організаційної моделі вимагала не лише чітко визначеного маршруту пацієнта, а й ефективної взаємодії між усіма учасниками процесу. Для цього в програмі «Національний скринінг 40+» була розроблена організаційна модель «5К», яка забезпечувала координацію всіх етапів надання профілактичної допомоги та підтримувала її безперервність.[46]

На відміну від класичного представлення організаційних принципів як окремих складових, модель «5К» розглядається як причинно-наслідковий механізм, у якому кожен компонент підсилює наступний.

Координація забезпечувала узгодженість дій між лабораторією, лікарями, адміністративними працівниками та цифровими сервісами. Чіткий розподіл функцій, стандартизовані алгоритми та визначення відповідальності кожного учасника дозволяли мінімізувати втрату інформації й уникати дублювання процесів.

Ефективна **команда** створювала основу для реалізації єдиного маршруту пацієнта. Лікарі скринінгу, лабораторні фахівці, координатори та інші учасники програми працювали як взаємопов'язана система, де кожен виконував визначену роль у досягненні спільної профілактичної мети.

Наступним елементом була **комунікація**, що забезпечувала зрозумілу та своєчасну взаємодію між медичними працівниками й пацієнтами. Саме вона поєднувала результати лабораторних досліджень із персоналізованими рекомендаціями, маршрутизацією та подальшими діями пацієнта.

Контроль якості передбачав систематичний моніторинг виконання алгоритмів, аналіз типових помилок, оцінку показників ефективності та

---

[46] Hetman O. I., Alifer O. O., Matiash L. O. Effective interaction in the medical environment: Interdisciplinary approaches and international context. 2026. DOI: 10.30525/978-9934-26-549-5-15.
Hetman O. I., Adelzberg O. Strategies of Effective Medical Communication in Clinical Practice and Education: From Pause to AI Support. 2026. DOI: 10.30525/978-9934-26-655-3-27.

впровадження коригувальних заходів. Це дозволяло підтримувати однакові стандарти роботи незалежно від регіону реалізації програми.

Завершальним компонентом став **континуїтет** — безперервність профілактичного процесу. Він забезпечував логічний перехід від скринінгу до подальшого ведення пацієнта сімейним лікарем або профільним спеціалістом без втрати інформації та порушення маршруту.

Таким чином модель «5К» функціонувала як єдиний організаційний механізм:

Координація → Команда → Комунікація → Контроль якості → Континуїтет → безперервність медичного супроводу → підвищення прихильності до рекомендацій → формування здорового способу життя → зниження кардіометаболічного ризику.

Саме взаємозв'язок цих компонентів забезпечував трансформацію окремих профілактичних заходів у цілісну систему, здатну підтримувати довготривалу зміну поведінки пацієнтів.[47]

3.6. Використання NPS як інструменту безперервного вдосконалення організаційної моделі

Важливою складовою управління програмою стало систематичне вивчення досвіду пацієнтів. На відміну від традиційного використання показника **Net Promoter Score (NPS)** як інструменту оцінки задоволеності сервісом, у програмі його застосовували для аналізу ефективності організації профілактичного маршруту та виявлення процесів, що потребували вдосконалення.[48]

Після завершення скринінгу учасники програми оцінювали власний досвід взаємодії із системою. Аналіз відповідей дозволяв визначити не лише загальний рівень задоволеності, а й конкретні етапи маршруту, які викликали труднощі або потребували організаційних змін. Особлива увага приділялася питанням доступності інформації, зрозумілості рекомендацій, тривалості окремих етапів, якості комунікації та зручності маршруту пацієнта.

Отримані результати використовувалися як основа для управлінських рішень. Виявлені проблеми аналізувалися медичними регіональними кураторами, після чого переглядалися алгоритми роботи, оновлювалися інформаційні матеріали, удосконалювалися стандарти комунікації та організаційні процеси. Таким чином оцінка пацієнтського досвіду ставала

---

47 Glasgow R. E. et al. RE-AIM planning and evaluation framework. 2019.
Damschroder L. J. et al. CFIR. 2009.

48 Reichheld F. F. The One Number You Need to Grow. Harvard Business Review. 2003.

не кінцевим показником ефективності, а інструментом циклу постійного покращення програми.[49]

У запропонованій моделі NPS виконував функцію елемента системи управління якістю:

NPS → оцінка досвіду пацієнта → виявлення організаційних бар'єрів → удосконалення процесів → покращення взаємодії → підвищення прихильності до рекомендацій → зростання профілактичної ефективності програми.

Такий підхід демонструє, що успішність популяційного скринінгу визначається не лише клінічними показниками чи кількістю обстежених осіб, а й здатністю організації систематично аналізувати власні процеси та адаптувати їх відповідно до потреб пацієнтів. Саме безперервне вдосконалення організаційної моделі створює умови для підтримки довготривалих поведінкових змін і забезпечує стійку ефективність профілактичних програм.[50]

Практичний досвід реалізації програми «Національний скринінг 40+» підтвердив, що профілактична ефективність популяційного скринінгу визначається не окремими лабораторними дослідженнями, а цілісною організацією процесу. Поєднання лабораторної діагностики, оцінки кардіометаболічного ризику, персоналізованого консультування, стандартизованої маршрутизації пацієнтів, цифрової підтримки, механізмів оперативного реагування на критичні результати та системи управління якістю забезпечує безперервність профілактичного процесу. Отримані результати підтверджують практичну придатність запропонованої організаційної моделі та свідчать про можливість її адаптації для інших популяційних програм профілактики неінфекційних захворювань.[51]

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволяє сформулювати такі висновки.

1. Популяційний скринінг доцільно розглядати не лише як метод раннього виявлення факторів ризику, а як організаційний інструмент формування здорового способу життя. Його профілактична цінність полягає у започаткуванні безперервної взаємодії між пацієнтом і системою

---

[49] Glasgow R. E. et al. RE-AIM...
Damschroder L. J. et al. CFIR...

[50] Aerts N. et al. (2023).
Dineen T. E. et al. (2025).

[51] Hetman O. I., Alifer O. O., Matiash L. O. 2026.
Hetman O. I., Adelzberg O. 2026.

охорони здоров'я, спрямованої на своєчасне виявлення кардіометаболічних ризиків, їх оцінку та підтримку здорової поведінки.

2. Профілактична ефективність популяційного скринінгу визначається не окремими лабораторними дослідженнями, а організацією безперервного профілактичного процесу. Інтеграція лабораторної діагностики, оцінки кардіометаболічного ризику, персоналізованого консультування, маршрутизації пацієнта, цифрового супроводу та контролю виконання рекомендацій забезпечує перехід від виявлення факторів ризику до формування стійких поведінкових змін.

3. У роботі запропоновано організаційну модель безперервної профілактики, у якій популяційний скринінг є початковим етапом єдиного профілактичного циклу. На відміну від традиційного підходу, що завершується встановленням факторів ризику, запропонована модель інтегрує лабораторну діагностику, клінічну оцінку ризику, медичну комунікацію, персоналізовані рекомендації, цифрові технології та організаційні механізми забезпечення якості в єдину систему підтримки здорового способу життя.

4. Практичний досвід реалізації програми «Національний скринінг 40+» в Україні підтвердив доцільність застосування запропонованої організаційної моделі. Використання стандартизованого маршруту пацієнта, персоналізованої медичної комунікації, цифрового супроводу, fast-протоколу реагування на критичні лабораторні результати, системи оцінки досвіду пацієнтів (NPS) та організаційної моделі «5К» забезпечило безперервність профілактичного процесу, своєчасну маршрутизацію пацієнтів, підтримку виконання профілактичних рекомендацій і підвищення організаційної ефективності програми.

5. Запропонована організаційна модель має універсальний характер і може бути адаптована для впровадження інших популяційних програм профілактики неінфекційних захворювань. Її використання створює передумови для переходу від моделі, орієнтованої переважно на раннє виявлення патології, до моделі довготривалого управління кардіометаболічними ризиками, формування здорового способу життя та розвитку профілактичної медицини відповідно до сучасних міжнародних підходів.

Таким чином, результати дослідження підтверджують висунуту гіпотезу про те, що популяційний скринінг набуває максимальної профілактичної ефективності лише за умови його інтеграції в систему безперервного медичного супроводу. Саме організація процесу, а не окремі діагностичні втручання, визначає здатність скринінгових програм сприяти формуванню здорового способу життя, зниженню кардіометаболічного ризику та підвищенню ефективності профілактики метаболічних захворювань.

АНОТАЦІЯ

Зростання поширеності метаболічних захворювань зумовлює необхідність удосконалення популяційних профілактичних програм і переходу від раннього виявлення факторів ризику до моделей безперервної профілактики. Метою дослідження є обґрунтування популяційного скринінгу як організаційного інструменту довготривалої взаємодії між пацієнтом і системою охорони здоров'я. Методологічною основою стали аналіз міжнародних рекомендацій, концепцій поведінкової медицини та узагальнення досвіду реалізації програми «Національний скринінг 40+» в Україні. Запропоновано організаційну модель безперервної профілактики, що інтегрує лабораторну діагностику, оцінку кардіометаболічного ризику, персоналізоване консультування, маршрутизацію пацієнтів, цифровий супровід і контроль виконання рекомендацій. Практичну верифікацію моделі здійснено під час реалізації програми «Національний скринінг 40+», де впроваджено стандартизований маршрут пацієнта, fast-протокол реагування на критичні результати, цифровий супровід, систему оцінки досвіду пацієнтів (NPS) та організаційну модель «5К». Показано, що ефективність популяційного скринінгу визначається насамперед організацією безперервного медичного супроводу, своєчасною маршрутизацією та підтримкою виконання профілактичних рекомендацій. Запропонована модель має універсальний характер і може бути адаптована для інших програм профілактики неінфекційних захворювань.

Література

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2025. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases (дата звернення: 29.07.2026).

2. GBD 2021 Risk Factors Collaborators. Global burden of 88 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2021. The Lancet. 2024.

3. NHS England. NHS Health Check: Best Practice Guidance. URL: https://www.healthcheck.nhs.uk/professionals/ (дата звернення: 14.07.2026).

4. NHS England. NHS Screening Programmes. URL: https://www.gov.uk/topic/population-screening-programmes (дата звернення: 14.07.2026).

5. Visseren F. L. J., Mach F., Smulders Y. M. et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal. 2021. Vol. 42(34). P. 3227–3337. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab484.

6. Glasgow R. E., Harden S. M., Gaglio B. et al. RE-AIM planning and evaluation framework: Adapting to new science and practice with a 20-year review. Frontiers in Public Health. 2019. Vol. 7. Article 64. DOI: 10.3389/fpubh.2019.00064.

7. Aerts N., Van Royen K., Van Bogaert P. et al. Understanding factors affecting implementation success and sustainability of a comprehensive prevention program for cardiovascular disease in primary health care. Primary Health Care Research & Development. 2023. Vol. 24. Article e18. DOI: 10.1017/S1463423623000063.

8. Rakers M., van Hattem N., Plag S. et al. Population health interventions for cardiometabolic diseases in primary care: A scoping review and RE-AIM evaluation of current practices. Frontiers in Medicine. 2024. Vol. 10. Article 1275267. DOI: 10.3389/fmed.2023.1275267.

9. Dineen T. E., Bean C., Bohlouli A. et al. Implementation of diabetes prevention programs into clinical practice and community settings: A systematic search and review. Implementation Science Communications. 2025. Vol. 6. Article 74. DOI: 10.1186/s43058-025-00757-2.

10. Michie S., van Stralen M. M., West R. The Behaviour Change Wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implementation Science. 2011. Vol. 6. Article 42. DOI: 10.1186/1748-5908-6-42.

11. Rosenstock I. M. Historical origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. 1974. Vol. 2(4). P. 328–335.

12. Prochaska J. O., DiClemente C. C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1983. Vol. 51(3). P. 390–395.

13. Ryan R. M., Deci E. L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. American Psychologist. 2000. Vol. 55(1). P. 68–78.

14. Damschroder L. J., Reardon C. M., Klimas J. E. et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for implementation research (CFIR). Implementation Science. 2009. Vol. 4. Article 50. DOI: 10.1186/1748-5908-4-50.

15. Hetman O. I., Alifer O. O., Matiash L. O. Efektyvna vzaiemodiia v medychnomu seredovyshchi: mizhdystsyplinarni pidkhody, mizhnarodnyi kontekst [Effective interaction in the medical environment: Interdisciplinary approaches and international context]. Current Dimensions of Health Research: Proceedings of the International Scientific Conference (Riga, March 4–5, 2026). Riga: Baltija Publishing, 2026. DOI: 10.30525/978-9934-26-549-5-15.

16. Hetman O. I., Adelzberg O. Strategies of Effective Medical Communication in Clinical Practice and Education: From Pause to AI Support. Current Dimensions of Health Research: Proceedings of the International Scientific Conference (Riga, March 4–5, 2026). Riga: Baltija Publishing, 2026. DOI: 10.30525/978-9934-26-655-3-27.

17. Reichheld F. F. The One Number You Need to Grow. Harvard Business Review. 2003. Vol. 81, No. 12. P. 46–54.

18. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney International. 2024. URL: https://kdigo.org/guidelines/ckd-evaluation--and-management/ (дата звернення: 09.10.2026).

Information about the author:
Hetman Olesia Ivanivna,
Candidate of Medical Sciences,
Assistant at the Department of General Practice (Family Medicine),
Bogomolets National Medical University,
Head of the Department of Medical and Preventive Care,
Synevo Ukraine Diagnostic Center
Kyiv, Ukraine