

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

Пилип'юк Галина Михайлівна

УДК: 616.1-082/.83:614.253.5

**РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПРОФІЛАКТИЦІ СЕРЦЕВО-
СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

**2230.01 – науковий співробітник
(сестринська справа, акушерство)**

**Науково-практична робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного
рівня “Магістр” зі спеціальності “Сестринська справа”**

Науковий керівник –
Борейко Лілія Дмитрівна
кандидат медичних наук,
доцент

Чернівці, 2017

Зміст

Вступ.....	3
Розділ I. Особливості серцево-судинних захворювань на сучасному етапі (огляд літератури).....	6
1.1. Епідеміологічні аспекти серцево-судинних захворювань.....	6
1.2. Фактори ризику серцево-судинних захворювань.....	13
1.3. Профілактика серцево-судинних захворювань.....	29
1.4. Загальна характеристика здорового способу життя.....	34
1.5. Роль медсестри в догляді та лікуванні пацієнтів на серцево-судинні захворювання.....	36
Розділ II. Матеріал та методи дослідження.....	42
Розділ III. Результати досліджень.....	48
3.1. Вивчення психосоціальних факторів у розвитку серцево-судинних захворювань.....	48
3.2. Рівень інформованості пацієнтів про серцево-судинні захворювання..	54
3.3. Особливості перебігу серцево-судинних захворювань в залежності від способу життя.....	60
3.3. Виявлення факторів ризику в хворих на серцево-судинні захворювання	64
Аналіз і узагальнення результатів дослідження.....	78
Висновки.....	93
Практичні рекомендації.....	95
Список використаних джерел.....	96

Вступ

Актуальність теми. Хвороби системи кровообігу (ХСК) – актуальна медико-соціальна проблема у сфері охорони здоров'я більшості країн світу. Так, за даними доповіді «Світова статистика охорони здоров'я: моніторинг показників здоров'я у відповідності цілей сталого розвитку» (квітень, 2016 р., м. Київ) у світі більше 10 млн осіб вмирають у віці до 79 років від ХСК і онкологічних [29, 43, 71]. Захворюваність населення України на серцево-судинні захворювання (ССЗ) і вихід їх на перше місце в структурі загальної смертності (68,0% від загалу в 2015 р.) свідчать про зростання цієї патології та є несприятливим показником стану популяційного здоров'я [18, 19, 20]. Згідно останніх даних найбільшу питому вагу у структурі ХСК має гіпертонічна хвороба (ГХ) – 55,8% та ішемічна хвороба серця (ІХС) – 26,7% [47, 71].

Захворюваність населення на ССЗ викликає не тільки зниження рівня здоров'я, але і тимчасову непрацездатність, зменшення середньої тривалості життя і в цілому – погіршення добробуту народу. Майже 30% чоловіків, які померли від неінфекційних захворювань, не досягли 60-річного віку [71].

Дані епідеміологічних досліджень свідчать про те, що поширеність ССЗ пов'язана з рівнем факторів ризику серед різних груп населення. Це біологічні характеристики, які не можна змінити, та фактори, які піддаються корекції.

ССЗ натепер є важливою медичною проблемою багатьох країн світу, тому що ця патологія залишається причиною високої смертності населення. Це не тільки захворювання, яке знижує якість життя, але й фактор, що призводить до ряду ускладнень [18, 42, 74].

Поєднання артеріальної гіпертензії (АГ) та ішемічної хвороби серця (ІХС), яке зустрічається більше ніж у 60% пацієнтів, значно підвищує ризик загрозливих для життя ускладнень: інфаркту міокарда, інсульту, серцевої недостатності [18, 22, 23].

Профілактика ХСК є однією з найбільш пріоритетних задач, оскільки 2/3 факторів ризику обумовлені способом життя, серед яких до психосоціальних відносять різноманітні стресогенні події життя, хронічний стрес на роботі, відсутність соціальної підтримки, низький соціально-економічний статус, напруженість сімейних стосунків та ін. [71].

Рівень здоров'я громадян, а відповідно їх середня тривалість якісного життя, формується під впливом визнаних у світі чотирьох складових: природних (генетичних і екологічних) та соціально-економічних, суспільно-політичних умов, а також здорово-охоронних профілактичних заходів і медичної допомоги [23, 24].

На сьогоднішній день вагоме місце у профілактиці ССЗ відіграє формування у свідомості медиків та пацієнтів розуміння важливості контролю стану факторів серцево-судинного ризику, який на даному етапі є недостатнім [90].

Боротьба з ССЗ є складним і багатогранним процесом, основними етапами якого є первинна профілактика, раннє виявлення та адекватне лікування [27, 40].

Тому своєчасне виявлення факторів, що впливають на стабілізацію та прогресування захворювання, може бути проведено лише за умов активного дослідження. При цьому важливу роль у профілактиці ССЗ відіграє діяльність середніх медичних працівників [47, 55, 71].

Мета роботи полягає у визначенні ролі медичної сестри у профілактиці серцево-судинних захворювань.

Завдання дослідження.

1. Визначити рівень обізнаності пацієнтів на АГ та ІХС про захворювання та модифікацію способу життя
2. Вивчити статево-вікові аспекти поширеності факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань у пацієнтів шляхом анкетування.
3. Виявити проблеми пацієнта та їх вирішити.
4. Визначити обсяг сестринських втручань.

5. Розробити рекомендації медичним сестрам щодо профілактики серцево-судинних захворювань та їх ускладнень.

Наукова новизна отриманих результатів. Вивчено і проведено аналіз інформованості пацієнтів про ССЗ. Отримано дані про більш тяжчий перебіг ССЗ в осіб, які не дотримуються здорового способу життя. Доведено роль медичної сестри у профілактиці ССЗ. Науково обґрунтовано та запропоновано алгоритм дій медичних сестер з визначення факторів ризику розвитку ХСК, рекомендацій здорового способу життя та обґрунтовано відповідний до цього об'єм допомоги згідно компетенції та досвіду медичної сестри.

Практичне значення одержаних результатів. Визначена роль медичної сестри у виявленні факторів ризику, модифікації способу життя, виконанні взаємозалежних та незалежних медичних втручань.

Особистий внесок магістранта:

1. Аналіз літератури.
2. Анкетування хворих на ССЗ.
3. Визначення факторів ризику (ФР).
4. Проведення статистичного аналізу результатів дослідження.
5. Проведення узагальнення отриманих даних та написання роботи.

Апробація роботи. Магістрант приймала участь і виступила з доповіддю на IV міжнародному медико-фармацевтичному конгресі студентів і молодих вчених «Інновації та перспективи сучасної медицини», ВІМСО /м. Чернівці, 5-7 квітня 2017 р./, а також на 71 науково-практичній конференції студентів, резидентів магістратури, клінічних ординаторів і молодих вчених з міжнародною участю (м. Самарканд, 18-19 квітня 2017 р.).

Публікації.

За матеріалами науково-практичної роботи опубліковано 3 тези.

РОЗДІЛ I

ОСОБЛИВОСТІ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ (огляд літератури)

В огляді літератури наведені дані про епідеміологічні аспекти та етіологічні чинники, фактори ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ), зокрема, ішемічної хвороби серця (ІХС) та артеріальної гіпертензії (АГ), а також про роль медсестри в догляді та лікуванні пацієнтів на ССЗ.

1.1. Епідеміологічні аспекти серцево-судинних захворювань

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) або хвороби системи кровообігу (ХСК) є основною причиною смерті у світі. За оцінками ВООЗ, щорічні втрати досягають більше 17 мільйона осіб, що складає 30% усіх випадків смерті, з них 7,3 млн від ІХС і 6,2 млн - цереброваскулярної патології. Більше 3 млн припадає на вікові групи до 60 років і їм, у значній мірі, можна запобігти. Частка випадків передчасної смерті коливається від 4% у країнах з високим рівнем доходу до 42% - з низьким, що приводить до зростаючої нерівності між країнами і групами населення стосовно частоти ССЗ та їх наслідків. Крім того, за останні 20 років смертність в країнах з високим рівнем доходу знижувалась, а з низьким і середнім - зростала швидкими темпами. В Європі серцево-судинна патологія зумовлює близько 40% усіх смертей віком до 75 років, з яких раптова серцева - більш як 60% [8, 19, 40].

За прогнозом, до 2030 року близько 25 млн осіб можуть померти від хвороб серця та інсульту, які залишаться і надалі основними її причинами. Найбільше соціально-економічне значення матимуть ІХС, інсульт, АГ та серцева недостатність, з якими пов'язують до 82% смертей [71].

ССЗ - одна із найважливіших медико-біологічних та соціальних проблем в Україні, посідають перше місце в структурі поширеності і зумовлюють майже дві третини усіх летальних випадків та третину причин

інвалідності, визначають тривалість та якість життя населення. Показники захворюваності і смертності є інтегральним показником економічного, соціального, культурного стану суспільства та перспективи його розвитку, у зв'язку із чим вкрай важливим є розробка заходів по подоланню цих негативних тенденцій, оскільки зниження смертності від ССЗ - проблема не лише охорони здоров'я, а й соціальна суспільства і держави [20, 56, 90].

На глобальному рівні серцево-судинні захворювання є причиною приблизно 17 млн випадків смерті у рік, що складає майже третину від загальної кількості смертей. Із них ускладнення від гіпертонії спричиняють 9,4 млн випадків щорічно: 45% - ішемічна хвороба серця і 51% - інсульт. Від артеріальної гіпертензії страждає близько 25% дорослого населення світу, поширеність, за прогнозами, у 2025 році зросте до 1,5 млрд осіб [18].

В Україні понад 12 млн осіб, хворих на гіпертонічну хворобу, що становить майже 30% дорослого населення, понад 45% не знають, що вони мають завищені показники артеріального тиску. Серед тих, що знають, 50% лікуються тільки місяць, постійно - лише 14%. Крім ускладнень для судинної системи, нирок і серця, гіпертонія сприяє ранньому старінню, зниженню пам'яті та інтелекту, супроводжує ожиріння, цукровий діабет, атеросклероз, що часто розвивається вже у віці 40-50 років. Однак відсоток осіб з адекватним контролем підвищеного артеріального тиску (АТ) залишається в популяції дуже низьким, і, відповідно, ризики коронарної хвороби серця, серцевої недостатності, фібриляції передсердь, інсульту, хвороб периферичних артерій, ниркової недостатності залишаються неконтрольованими [24, 87].

За даними Центру медичної статистики у 2015 році кількість дорослих, які мають ХСК склала 52,5% усього населення, із них працездатного - 36,9% від дорослого. Найбільш поширена АГ (10450502; працездатних - 4612465). Зареєстровано 7804725 випадків ІХС, 42371 інфарктів міокарда і 98319 інсультів [71].

За 2009-2013 рр. поширеність ХСК зросла на 3,5%, захворюваність

зменшилась на 5,9%. Найбільше зростає поширеність ІХС (+5,2%), АГ (+3,3%). Спостерігається зростання захворюваності і смертності від хвороб, патогенетично обумовлених розвитком атеросклерозу, який є причиною нестабільної стенокардії, інфаркту міокарда, ішемічного інсульту, раптової серцевої смерті. Пов'язані з атеросклерозом і атеротромбозом проблеми є провідними причинами захворюваності і смертності у всьому світі [43].

За даними досліджень Коваленка В.М., Корнацького В.М. віково-статеві особливості поширеності і захворюваності ХСК - із збільшенням віку вони зростають. Якщо серед всього населення частка поширеності і захворюваності на ХСК у структурі усіх хвороб складає 31,5% і 6,9%, то у пенсійному віці – 50,5% і 18,4% відповідно, у якому значна питома вага ІХС (39,4% і 29,9%), АГ (27,0% і 18,3%), стенокардії (13,6% і 9,1%) та цереброваскулярної патології (13,6% і 21,5%), особливо при поєднанні з гіпертонічною хворобою (ГХ) [71].

У чоловіків та жінок відзначається чітке зростання АГ з віком: до 40 років частіше у чоловіків, після 50 – частіше у жінок. Підвищення показників максимального АГ починається вже з 20 років. Спочатку воно повільне, але після 40-літнього віку реєструють більш крутий підйом. У жінок всіх вікових груп до 45 років показники АГ нижчі, ніж у чоловіків, але з періменопаузального періоду у жінок максимальний АГ суттєво вищий.

Після встановлення АГ з віком склалося враження, що АГ – ознака старіння організму, але це переконливо тільки щодо систолічної АГ в осіб, старших 50-60 років.

Серед осіб з підвищеним АГ знають про наявність захворювання 46,9% сільських і 85,1% міських мешканців, лікуються – відповідно 12,4% та 61,2%, ефективність лікування становить 6,2% та 20,5%. Отже, ситуація щодо контролю АГ незадовільна як у сільській популяції, так і в міській, проте у сільській місцевості вона вкрай несприятлива [25].

Серед міських мешканців 81% хворих (58% чоловіків і 88% жінок) знають про підвищення у них АГ, приймають антигіпертензивні засоби 48%

осіб (36% чоловіків і 56% жінок), лікування ефективне лише в 19% (9% чоловіків і 25% жінок). З віком поступово зростає обізнаність хворих про наявність АГ та охоплення медикаментозним лікуванням, у той час як ефективність лікування залишається майже незмінною. Ситуація щодо контролю цієї патології більш несприятлива у чоловіків. Вищі показники контролю АГ в жіночій популяції порівняно з чоловічою зумовлені тим, що, як відомо, жінки приділяють своєму здоров'ю більше уваги і ретельніше виконують призначення лікаря.

Головним фактором ризику розвитку ІХС є підвищений артеріальний тиск. Ризик смертності від ІХС, залежний від систолічного АТ, становить 41% у чоловіків (40-59 років) і 34% у жінок (30-69 років). Поєднання АГ та ІХС, яке зустрічається більше ніж у 60% пацієнтів, значно підвищує ризик ускладнень: інфаркт міокарда, інсульт, серцева недостатність [20].

Так як АГ найбільш поширена у старших вікових групах, то показники поширеності і захворюваності на ІХС з гіпертонічною хворобою у цій віковій групі значно вищі (відповідно у 2,4 і 2,0 разів, ніж у групі «дорослі» та у 6,8 і 3,5 рази, ніж у групі «працевдатні»).

Особливо небезпечна артеріальна гіпертензія ускладненнями для похилого віку. У 2013 році зареєстровано всього 6873121 осіб пенсійного віку з гіпертонічною хворобою (всі форми), що становить 60014,7 на 100 тис. населення, і в 1,8 разу перевищує показник у дорослих. Працевдатного віку хворіють 5283065 (19659,7), а їх питома вага у поширеності і захворюваності на АГ усіх дорослих складає 43,5% і 55,4% [43].

Рівень поширеності, захворюваності та смертності ХСК має помітні коливання в різних регіонах, що пов'язано з наявністю чинників ризику і соціально-демографічних показників, які відрізняються територіально. Показник поширеності ХСК серед всього населення за останні 5 років зріс на 3,8%, а захворюваності незначно зменшився. Показник інвалідності від ХСК за період 2009-2013 рр. зменшився на 8,2% (від 11,0 до 10,1 на 10 тисяч населення) [21].

Аналіз динаміки поширеності і захворюваності ХСК серед усього населення за період 1985-2013 рр. показав, що показник поширеності зростав протягом всього періоду, а динаміка смертності - характеризувалася періодами зростання та спаду.

Питома вага гіпертонічної хвороби у структурі поширеності і захворюваності хвороб системи кровообігу найвища для усіх вікових груп: дорослих, відповідно - 46,4% і 41,2%; пенсійного віку - 41,2% і 35,8% та працездатних - 55,0% і 45,9%. Серед дорослих сільських мешканців в 2013 році хворих на АГ (всі форми) було зареєстровано 3681770 осіб; тих, які звернулися вперше - 274293, що складає відповідно 47,0% в структурі ХСК. Поширеність ХСК, асоційованих з АГ, найвища у осіб пенсійного віку, особливо від ішемічної хвороби серця [42, 78].

Для усіх вікових груп спостерігаємо, що протягом останніх 5- 10 років зростає питома вага поширеності ІХС з АГ у структурі поширеності ІХС та інсультів з АГ у поширеності інсультів.

За 2000-2013 рр. зросли показники виявлення хворих з артеріальною гіпертензією і цереброваскулярною патологією (у тому числі і асоційованої з АГ); знизилась поширеність інсультів серед дорослих і працездатних, в т.ч. з АГ. Смертність від судинних уражень мозку зменшилась на 11,4% (серед працездатних - на 23,4%); від інсультів показник зріс у дорослих (22,2%), але зменшився у працездатних (-2,9%).

У 2015 році найбільший внесок у смертність від ХСК має ІХС - 68,9% (у 2010 - 67,6); зростає частка інфаркту міокарда [71].

Значні відмінності спостерігаються в показниках смертності сільського і міського населення: від ХСК у селі становить 1221,6 і на 25,9% вищий середнього (970,6) та на 42,8% - у місті (855,6). Серед жінок значно більша такої у чоловіків (1031,8 і 899,3 відповідно), особливо серед сільських (1355,8), перевищуючи на 52,9% показник у міського жіночого населення (886,8) і на 65,6% чоловіків у місті (818,7). Така тенденція спостерігається протягом тривалого часу. Від ІХС помирає 660,5; серед сільських мешканців

(обидві статі) - 880,5 (перевищує середній на 33,3%), а показник у місті (559,8) на 57,3%. При цьому сільські жінки помирають майже у 1,7 разу частіше міських (відповідно 978,7 і 574,0), а чоловіки в 1,4 разу (769,9 і 543,0) [70, 71].

Аналіз ураження населення гіпертонічною хворобою (без ішемічної) різних вікових груп, у тому числі сільського, свідчить, що показник поширеності найвищий у мешканців села та у працездатних, а серед населення пенсійного віку поширеність і захворюваність гіпертонічною хворобою (без згадування про ішемічну) значно менша.

ХСК - провідна причина смерті у жінок розвинутих країн (55% - жінок і 43% - чоловіків). Згідно даних Американської асоціації серця у США 32 млн жінок і 30 млн чоловіків мають ІХС, від якої щорічно вмирає більше 0,5 млн жінок. Одночасно, в країнах Західної Європи, США, Канаді, Австралії протягом останніх десятиліть намітилась стійка тенденція до зниження смертності, що різко відрізняється від ситуації в Україні, де абсолютні величини найвищі в Європі. Летальність у 5-8 разів вища, ніж у Франції та Італії, перевищивши показники від онкологічних причин [13, 22, 71].

У кожної восьмої жінки у віці 45-54 років виявляється клінічна картина ІХС, а після 65 років - у 30%. Більше 9 млн дорослого і майже 3 млн працездатного страждають від ІХС, при цьому стабільна стенокардія, як її найчастіший прояв, відмічається більш ніж у третини з них. Внаслідок більшої тривалості життя жінок ніж чоловіків (майже 9 років), у них вище вірогідність розвитку ССЗ і пов'язаної з ними інвалідності і смертності, головна причина непрацездатності [13].

За даними досліджень відділу медико-соціальних проблем кардіології (2016) ХСК є провідною причиною смертності та інвалідності населення працездатного віку. Питома вага поширеності і захворюваності ХСК у структурі усіх хвороб становить відповідно 24,2% і 6,6%. Найбільший внесок у поширеність та захворюваність ХСК має ГХ (55,8% та 44,0% відповідно) та ІХС (26,7% і 23,1%).

У структурі поширеності і захворюваності відсоток працездатних до усіх дорослих хворих на ССЗ є значним (37,0% і 50,5%); зокрема, при ГХ – 44,1% і 56,2%, ІХС - 28,3% та 43,6%. Так, у 2015 році серед працездатних вперше виявлено 899700 випадків ХСК, що на 30,4% менше, ніж у 2010, поширеність також зменшилась на 14,4%.

У структурі смертності від ХСК частка осіб працездатного віку складає 18,7%; від ХСК – 8,8%, зокрема, від ІХС – 6,8%, гострого інфаркту міокарда – 19,2%, ГХ – 39,8%. При цьому показники смертності у сільських мешканців працездатного віку вищі середніх в Україні і таких у місті, та значно перевищують аналогічні в країнах Євросоюзу [71].

Дані літературних джерел свідчать, що смертність від ХСК в Україні продовжує посідати одне з перших місць у Європі як серед всього, так і працездатного населення. У більшості країн Європи стандартизований показник зменшується завдяки програмам профілактики [18, 19, 56].

Негативна тенденція зростання показника смертності як від усіх хвороб, так і по причині ХСК в усіх регіонах України, починаючи з 2013 року, залишає прогноз песимістичним.

Все вищезгадане дозволяє стверджувати, що ССЗ – величезна епідемія ХХІ століття, яка має суттєве економічне значення, оскільки від неї гине чимало людей в розквіті творчих сил.

Контроль факторів ризику в популяції вважається одним із основних напрямків у системі лікувально-профілактичних заходів щодо серцево-судинних захворювань [73].

1.2. Фактори ризику серцево-судинних захворювань

Для проведення конкретних і ефективних превентивних заходів серед населення необхідно мати повну та достовірну інформацію щодо поширеності факторів ризику в популяції [1, 73].

Згідно результатів проведеного дослідження ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» (2016) серед факторів ризику виникнення та розвитку ХСК, що не модифікуються, перше місце посідає спадковість – 64% пацієнтів відмічають наявність патології серцево-судинної системи серед найближчих родичів. Оскільки на обтяжену спадковість впливати важко, необхідно досягати мінімізації інших факторів ризику, які можуть бути модифіковані [71].

У наш час загально визнано, що епідемія хронічних неінфекційних захворювань, у тому числі і серцево-судинних, значною мірою пов'язана зі способом життя і виникненням унаслідок цього фізіологічних факторів ризику [67]. Зниження підвищених рівнів ризик-факторів супроводжується спадом захворюваності та смертності населення. На підставі цих взаємозв'язків створено концепцію факторів ризику, суть якої полягає в тому, що хоча причини розвитку хронічних неінфекційних захворювань остаточно не відомі, проте за даними експериментальних, клінічних та епідеміологічних досліджень визначені чинники пов'язані зі способом життя, оточуючим середовищем, генетичними особливостями людини, які сприяють розвитку і прогресуванню цих хвороб. Ця концепція є науковою базою їх профілактики [55].

Серед факторів, пов'язаних зі способом життя, система стратегічних цілей у галузі хронічних неінфекційних захворювань виділяє куріння, незбалансоване харчування, недостатню фізичну активність, зловживання алкоголем, малорухомий спосіб життя тощо. Їх корекція сприятиме зниженню індивідуального ризику за рахунок впливу на такі біологічні чинники, як надлишкова маса тіла та ожиріння, порушення жирового і вуглеводного обміну [23].

Імовірність захворіти на ССЗ збільшується при наявності факторів ризику. Останні сприяють виникненню і прогресуванню атеросклерозу вінцевих судин серця (табл. 1) [74].

Таблиця 1

Фактори ризику ІХС

Фактор
1. Дисліпопротеїнемія: загальний холестерин > 5,2 ммоль/л, тригліцериди > 2,3 ммоль/л і α -холестерин < 0,9 ммоль/л або їх поєднання
2. Артеріальна гіпертензія: АД \geq 140/90 мм рт. ст.
3. Куріння навіть однієї цигарки в день
4. Вік: чоловіки – після 45 років, жінки – після 55 років
5. Спадковість: наявність у родичів ІХС, АГ або РКС у віці до 60 років
6. Ожиріння, індекс Кетле більше 30
7. Гіподинамія
8. Цукровий діабет
9. Гіперурикемія
10. Підвищений рівень психоемоційного напруження, психологічний тип А.

Статистично вірогідне зниження смертності від ХСК серед населення більшості економічно розвинутих країн дослідники пов'язують саме зі зниженням кількості та рівня основних факторів ризику: куріння, загального холестерину й АТ, а також із широким впровадженням в медичну практику сучасних методів діагностики і лікування [29].

Вік є базовим фактором ризику ХСК, перш за все за рахунок прогресування атеросклерозу та поширення АГ. Саме тому, вік має сприйматись, як фактор позитивної залежності [32].

В Україні, за даними популяційних досліджень ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, поширеність факторів ризику ССЗ серед жінок працездатного віку (20-50 років) значна, динаміка їх за 20-річний період має прогресивний характер, при цьому відносний ризик смертності збільшується залежно від кількості факторів ризику. Так, відносний ризик смертності від ССЗ зростає в чоловіків від 1,0 (за відсутності факторів ризику) до 7,9 (якщо три фактори ризику поєднуються з артеріальною гіпертензією (АГ)), у жінок — відповідно

від 1,0 до 3,4 [26, 71]. Чоловіча стать є ФР розвитку більш ранньої ІХС. Жінки у передменопаузальний період завдяки відповідному естроген-прогестероновому фону мають ендогенний захист від ІХС. Цей захист дещо менше проявляється у тих жінок, які хворіють на цукровий діабет (ЦД) та палять, очевидно, за рахунок більшої агресивності гіперглікемії та паління. У жінок віком до 60–70 років ризик розвитку ІХС нижчий, ніж у чоловіків, а інфаркт міокарда (ІМ) виникає у них у середньому на 10 років пізніше, ніж у чоловіків. Після 60–70 років ризик розвитку ІХС зрівнюється у чоловіків і жінок [68].

Також спостерігали підвищення частоти випадків хвороби з віком – чоловіки досягали піку захворюваності на 6-му десятку життя, а жінки – після 70 років. До 40-річного віку ІМ зустрічався виключно у чоловіків, а після 40 років у жінок реєстрували лише окремі випадки ІМ. У віці до 50 років ІМ у жінок спостерігали в 10 разів менше, ніж у чоловіків. На 6-му десятку життя спостерігали поступове вирівнювання поширеності ІМ в обох групах [3, 82].

Сьогодні не викликає сумніву, що рівень артеріального тиску (АТ) — основний фактор ризику розвитку кардіоваскулярних подій [79]. Результати досліджень з вивчення АГ свідчать, що близько 54 % усіх інсультів, 47 % випадків ІХС і 25 % інших ССЗ зумовлені наявністю АГ [76]. У жінок АГ розвивається значно пізніше, ніж у чоловіків, що пов'язано з протекторною дією естрогенів. Як і в чоловіків, поширеність цього захворювання в них збільшується з віком. Однак, після 65 років підвищення АТ й вірогідність розвитку ускладнень у жінок зустрічається частіше, ніж у чоловіків аналогічних вікових груп. Але якщо в чоловіків середній рівень систолічного АТ досягає свого піку в середньому віці, то в жінок він продовжує зростати і стає максимальним приблизно у 80 років. Тому, не дивлячись на те, що у віці 50 років систолічний АТ в чоловіків у середньому вище на 7 мм рт. ст., ніж у жінок, після 60 років цей показник вищий у жінок [27].

Розглядаючи АГ з позицій сумарного серцево-судинного ризику, чітко простежуємо гендерні відмінності. До 45 років у жінок порівняно із чоловіками того ж віку частота ІХС в 4—6 разів нижча, а за наявності ІХС ризик розвитку інфаркту міокарда (ІМ) нижчий у 2 рази. Значно нижчий і ризик раптової смерті аритмічного генезу. Після 45—50 років у жінок підвищується не лише частота розвитку АГ, а й ризик виникнення ІХС та сумарний серцево-судинний ризик. У дослідженнях науковців чоловіків, що мали середній ризик ССЗ, виявлено 14,7 %, тоді як жінок — удвічі більше. Водночас серед чоловіків було значно більше осіб із низьким додатковим ризиком порівняно із жінками (40,5 проти 23,0 % відповідно). Помірний та високий ризик реєстрували майже в однакових частках, тоді як жінок, що мали дуже високий ризик, було більше, ніж чоловіків (27,9 проти 22,3 % відповідно) [45, 64].

Близько 20–25 років тому загальноприйнятою була думка про те, що у жінок, особливо старшого віку, допустимі вищі рівні АТ і що АГ у цій групі коригувати не обов'язково. Однак, у подальших дослідженнях було виявлено тісний зв'язок між підвищеним АТ та ІХС у жінок [86]. Ізольована систолічна АГ переважає серед жінок старшого віку (приблизно у 30 % жінок, яким понад 65 років) і призводить до значної втрати еластичності стінки судини. У цих жінок спостерігається підвищений ризик смертності внаслідок інсульту та ІХС [103].

Рання менопауза пов'язана з підвищенням діастолічного АТ. Гормонозамісна терапія (ГЗТ) естрогенами переважно знижує рівень АТ у жінок у постменопаузальний період, особливо у тих, у кого початковий АТ незначно підвищений [86].

Отже, з огляду на прогноз, серед жінок більше осіб як з мінімальним, так і з дуже високим кардіоваскулярним ризиком.

Водночас, слід зазначити, що підвищений АТ є чинником ризику розвитку інсульту, ІХС, і передчасної смерті [38, 104]. Тривалий перебіг

призводить до ураження органів-мішеней: серця, головного мозку, нирок. Навіть не суттєве підвищення АТ являє собою небезпеку для здоров'я [].

Добре відомо, що наявність передчасної ІХС в родині підвищує ризик захворюваності на цю патологію у чоловіків. У жінок сімейний характер ІХС також є незалежним ФР, хоча значущість його нижча, ніж у чоловічої статі. Наявність раннього ІМ у одного з батьків підвищує відносний ризик ІХС у жінок в 2,8 рази.

До поведінкових факторів ризику, які мають доведений вплив на виникнення та розвиток ХСК віднесені: низька фізична активність, куріння, зловживання алкоголем, нераціональне харчування тощо, які в сукупності формують спосіб життя пацієнта, а отже в комплексі визначають ризик виникнення ХСК [61].

Одним із провідних потенційно модифікованих чинників ризику є надлишкова маса тіла та ожиріння [63, 97]. За даними Держкомстату України у 2013 р. майже 55% громадян мали надмірну вагу тіла. Чимало проспективних досліджень встановили незалежний внесок надмірної маси тіла і підвищення рівня АТ, захворюваність і смертність від серцево-судинних та інших хронічних неінфекційних захворювань. За результатами багатофакторного аналізу даних 26-річного Фремінгемського дослідження ожиріння є вагомим фактором ризику хвороб системи кровообігу як у чоловіків, так і в жінок [47].

Стандартизований за віком показник поширеності надлишкової маси тіла становить 33% у чоловіків і 27% серед жінок. З віком незалежно від статі цей показник зростає. Крім того, кожний восьмий чоловік і кожна п'ята жінка, що мешкають у міській місцевості, страждають від ожиріння. Проблеми з вагою мають більше половини дорослого населення України, причому поширеність ожиріння серед жінок в 1,7 раза вища, ніж у чоловіків [30]. Слід зазначити, що надлишкова маса тіла, й особливо ожиріння, надзвичайно важко піддаються контролю на популяційному рівні. Разом з тим, впродовж 25-річного періоду спостереження поширеність надлишкової

маси тіла в чоловічій популяції істотно зменшилась, а частота ожиріння майже не змінилась. У жіночій популяції реєструються позитивні зміни щодо обох показників.

За результатами досліджень, у жінок з індексом маси тіла 29 і більше ризик розвитку ІХС в три рази вищий, ніж у жінок з нормальною масою тіла, однак цей показник менше впливає на смертність від ІХС, ніж на захворюваність. Дані кількох досліджень свідчать також про те, що надмірна маса тіла є більш серйозним прогностичним маркером ІХС у жінок, ніж у чоловіків [63].

Значно підвищується ризик розвитку ІХС внаслідок впливу ожиріння на рівень АТ, толерантність до глюкози і рівень ліпідів. Однак і після виключення впливу останніх трьох факторів залишається невеликий ізольований ефект ожиріння на частоту виникнення ІХС. За даними Фремінгемського дослідження, у жінок з нормальною масою тіла ризик розвитку ІМ нижчий на 35–60 % порівняно з таким у жінок з надмірною масою тіла.

У жінок існує зв'язок між жировою тканиною, синтезом естрогенів і метаболізмом ліпопротеїнів. У жінок з надмірною масою тіла вищий рівень естрогену в сальній тканині. І хоча активність естрогену значно нижча, ніж естрадіолу, він все ж проявляє певні ефекти. У таких жінок менопауза настає пізніше, ніж у тих, хто має нормальну масу тіла, що забезпечує у перших більший захист від остеопорозу, але, з іншого боку, сприяє підвищенню ризику розвитку раку ендометрію. Ці дані свідчать про те, що активність естрогену проявляється по-різному у жінок з нормальною і надмірною масою тіла. І залишається незрозумілим, як ожиріння та рівень естрогену впливають на ризик розвитку ІХС [57, 102].

Тип ожиріння (андроїдний, абдомінальний або центральний) є незалежним ФР серцево-судинних захворювань у жінок. Ризик розвитку ІХС значно зростає у жінок з підвищеним співвідношенням талія–стегно. У них переважно виявляють інсулінорезистентність, знижений рівень ХС ЛПВЩ,

гіпертригліцеридемію, АГ, знижений рівень статевих гормонзалежних глобулінів. Ці характеристики становлять термін “метаболічний синдром Х”, однак простежується зв’язок між деякими патогенетичними механізмами та клінічними проявами метаболічного і кардіального синдромів Х.

У жінок з центральним типом ожиріння порівняно з тими, які мали переважно периферичний тип, встановлено вищий рівень вільного тестостерону. У жінок з абдомінальним типом ожиріння вищий рівень антигену до активатора – інгібітора плазміногена-1 і знижений фібринолітичний потенціал, вони також частіше палять і ведуть здебільшого малорухливий спосіб життя, ніж жінки з нормальною масою тіла. Однак, немає достатніх даних про те, що зменшення маси тіла у жінок сприяє зниженню у них ризику розвитку ІХС.

Проведені епідеміологічні дослідження переконливо довели наявність зв’язку між порушеннями ліпідного обміну та розвитком серцево-судинних захворювань [12, 98]. Встановлено, що серед населення визначається висока поширеність гіперхолестеринемії: відповідних профілактичних втручань потребують 37% чоловіків і 50% жінок, причому у 17% чоловіків і 31% жінок рівень загального холестерину в крові коливається від 5,2 до 6,2 ммоль/л, а у кожного п’ятого обстеженого незалежно від статі (20% чоловіків і 19% жінок) його вміст дорівнює або перевищує 6,2 ммоль/л. З віком в осіб обох статей частота гіперхолестеринемії поступово зростає: у пацієнтів віком 55-64 роки цей фактор ризику виявляють у 4 рази частіше, ніж серед осіб віком 18-24 роки. Середній рівень загального холестерину в крові в українській популяції є досить високим: $5,2 \pm 0,05$ ммоль/л у чоловіків і $5,4 \pm 0,04$ ммоль/л у жінок.

До віку настання менопаузи рівень холестерину (ХС) ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ) нижче у жінок, ніж у чоловіків, і після настання менопаузи починає підвищуватися, а пізніше стає вищим, ніж у чоловіків. Рівні тригліцеридів (ТГ) і, зокрема ліпопротеїну, також підвищуються, тоді як рівень ХС ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ) знижується після менопаузи. В цілому ж у жіночій популяції рівень ХС ЛПВЩ залишається

вищим упродовж усього життя. Підвищення рівня ХС ЛПНЩ після менопаузи може бути пов'язане зі зниженням активності рецепторів до ХС ЛПНЩ. Знижується також активність ферменту печінкової ліпази зі зниженням рівня естрогенів, що також може впливати на концентрацію ХС ЛПВЩ [88].

Серед показників ліпідного обміну найбільш значущим фактором ризику розвитку ІХС у жінок вважається низький рівень ХС ЛПВЩ. Високий рівень загального ХС і ТГ однаковою мірою дозволяють передбачати розвиток ІХС у представників обох статей, хоча деякі дослідники відзначають більшу значущість підвищення рівня ТГ для жінок. Високий рівень ТГ часто пов'язаний з іншими ФР – надмірною масою тіла, стресами, вживанням алкоголю. Вміст ХС ЛПНЩ є потужним предиктором розвитку ІМ у жінок [88].

Впродовж останніх 25 років, на жаль, зареєстровано негативні зміни середньопопуляційних рівнів ліпідних показників як серед чоловіків, так і серед жінок, причому серед останніх – більш виражені. Зростання вмісту загального холестерину супроводжується істотним зниженням середніх показників холестерину ліпопротеїдів високої щільності. Отже, ліпідний профіль у популяції стає все більш атерогенним.

Серед факторів ризику, що аналізуються, найбільш поширеним у чоловіків (45%) і найменше – у жінок (16%) є куріння, яке посилює ефект інших серцево-судинних чинників ризику, таких як вік, стать, АТ, цукровий діабет [11].

Через ганглії симпатичної нервової системи нікотин підсилює продукцію катехоламінів, що призводить до збільшення частоти серцевих скорочень, підвищення АТ та спазму гладеньких м'язів артеріол. Одночасно оксид вуглецю тютюнового диму підвищує проникність інтими артерій. Створюються сприятливі умови для відкладання холестерину і утворення атеросклеротичних бляшок з підвищенням агрегації тромбоцитів.

Тютюнокуріння — один із найбільш значущих чинників, які впливають на ліпідний профіль. Так, зниження рівня холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХСЛПВЩ) у жінок, що курять, більш виражене, ніж у чоловіків, а кількість викурених цигарок позитивно корелює з рівнем тригліцеридів. Вміст ХСЛПВЩ пов'язаний з віком і виявився максимальним у жінок з низькою масою тіла, високим споживанням алкоголю, які не курили, а рівень холестерину ліпопротеїдів низької щільності зростав у міру збільшення індексу маси тіла (ІМТ) й був вищим у жінок, що курили. Цей факт підтверджують і результати українського епідеміологічного дослідження, в якому збільшення поширеності куріння в жіночій популяції корелювало з негативною динамікою частоти дисліпідемій.

На сучасному етапі особливу увагу привертає поширення тютюнокуріння серед молоді. У дослідженні В.В. Чоп'як та співавт. (2011) встановлено, що серед юнаків, частка регулярних курців-хлопців була більшою, ніж частка регулярних курців-дівчат, проте серед дівчат спостерігалася тенденція до збільшення вживання тютюнової продукції з віком [93]. За даними опитування осіб юного віку, збільшення кількості курців відбувається переважно за рахунок жіночої статі на тлі зниження вікової межі початку куріння [11].

З віком серед чоловіків поширеність цієї шкідливої звички істотно зменшується від 52% у 18-24 роки до 31% у 55-64 роки переважно внаслідок погіршення стану здоров'я та виникнення захворювань. Серед жінок найбільша поширеність куріння (28%) у віковій групі 25-34 роки, а в подальшому частота його також знижується.

За результатами 25-річного моніторингу епідеміологічної ситуації серед чоловіків поширеність цієї шкідливої звички зменшилась від 50 до 45%. При цьому середня кількість викурених за день цигарок залишається незмінною і досить високою ($15,3 \pm 0,4$ за добу). Серед жінок протягом періоду спостереження поширеність куріння зростає від 7 до 16%, причому в усіх

вікових групах. Жінки в середньому викурюють $8,4 \pm 0,5$ цигарок на день. Проблема куріння жінок в Україні набуває актуальності, по-перше, через швидке зростання поширеності цієї шкідливої звички, а по-друге, через її значення у виникненні серцево-судинних захворювань. Установлено, що істотний внесок у розвиток ішемічної хвороби серця у жінок віком до 55 років вносять такі фактори, як куріння у поєднанні з гіперглікемією, відхилення у ліпідному профілі, гінекологічні захворювання та хвороби щитовидної залози [59].

Передчасна ІХС у жінок віком 45–55 років асоціюється одночасно з високою частотою паління, абдомінальним типом розподілу підшкірно-жирової клітковини, підвищенням рівня ТГ і ХС ЛПНЩ [13].

Результати досліджень показують, що викурювання однієї цигарки перешкоджає сприятливій дії естрогенів навіть у тих фазах менструального циклу, коли їх концентрації максимальні. У такий спосіб куріння скорочує репродуктивне життя жінок, зумовлює ранню менопаузу, порушує ритм менструального циклу й може призводити до порушення фертильності. Виявлено, що куріння втричі підвищує ризик коронарних подій навіть до настання менопаузи. Слід пам'ятати, що для жінки куріння в молодому віці — це ризик, порівнянний з ризиком, зумовленим менопаузою, тобто куріння — один із найсильніших чинників, що сприяють «омолодженню» ІХС в жіночій популяції. Крім того, жінки, які курять та одночасно приймають гормонозамінну терапію, ризикують іще більше, ніж курці, котрі не вживають гормональні препарати [11].

Одним з найпоширеніших факторів ризику є недостатня фізична активність та є фактором ризику смертності [94].

Результати проведених епідеміологічних досліджень свідчать про високу поширеність недостатньої фізичної активності серед населення України – 43,6%. Цей показник у жіночій популяції перевищує аналогічний у чоловіків: 48,0 і 37,2% відповідно. Розповсюдженість недостатньої фізичної

активності не залежить від віку і майже однаково висока в усіх вікових десятиріччях [71].

Встановлено, що 40,8% чоловіків та 43,5 % жінок витрачають 5 год і більше на сидіння в робочий час; компенсувати недостачу фізичної активності обстежені намагаються головним чином у літній період за рахунок ходьби. Тільки 19,3% чоловіків і 14,0% жінок займаються ранковою гімнастикою і лише 16,5% чоловіків і 7,6% жінок – будь-яким видом спорту.

Люди, професійна діяльність яких пов'язана з фізичним навантаженням, значно менше зацікавлені у фізичній активності в години дозвілля. Однак, як профілактична дія перевагу має фізична активність саме в години дозвілля, а не під час виконання професійних обов'язків.

Останнім часом фізична активність у вільний від роботи час набуває все більшої популярності. Дослідження свідчать про вірогідне збільшення питомої ваги дорослого населення, яке регулярно займається фізичною культурою і спортом. Проте, не більше 20% населення мають той рівень фізичної активності, що рекомендується для поліпшення стану серцево-судинної системи.

Аналіз 25-річної динаміки поширеності недостатньої фізичної активності свідчить про вірогідне збільшення в українській популяції кількості чоловіків, які ведуть малорухомий спосіб життя, від 18,7 до 37,2%, а жінок – від 35,7 і до 48,0%, причому негативні зміни стосуються всіх вікових груп [25].

Особи з низьким рівнем фізичної активності ризикують мати серцево-судинну патологію у 2 рази частіше за тих, у кого її рівень достатній. За результатами досліджень, фізично активні жінки мають на 60-75% нижчий ризик ІХС, ніж малорухомі. В епідеміологічному обстеженні 6 тис. осіб протягом 6 років спостереження встановлено, що у хворих на ІХС з найвищим рівнем фізичної тренуваності в 4 рази менша смертність, ніж у пацієнтів з низькою фізичною підготовкою [12].

Тільки за рахунок підвищення інтенсивності фізичних навантажень можна досягти зниження загальної смертності та смертності від ішемічної хвороби серця на 27-31%, причому цей ефект значно превалює над іншими в зміні способу життя.

При гіподинамії підвищена активність симпатoadреналової системи з гіперпродукцією катехоламінів. Вона сприяє слабкості серцевої системи аж до розвитку "гіпокінетичної хвороби". Ризик серцево-судинних захворювань зростає в 3 рази порівняно з тренуваними особами. При фізичній активності підвищується тонус блукаючого нерва (гіпотонія, брадикардія), збільшується кількість функціонуючих колатералей в міокарді і прискорюється розпад катехоламінів в м'язах.

Дослідженнями доведено, що найнижчий ризик загальної і коронарної смертності визначається серед осіб з невеликою і помірною фізичною активністю. Активний відпочинок понад 4 год у вихідні дні, помірні заняття садівництвом та регулярні прогулянки протягом 40 і більше хвилин на день істотно знижують загальну смертність. Нажаль, на сьогодні констатують факт, що частота гіподинамії в популяції вдвічі збільшилась серед чоловіків і в 1,5 рази серед жінок.

Вплив фізичної активності на рівень ліпідів крові відрізняється у жінок у перед- і постменопаузальний період. У постменопаузальний період фізичні вправи сприяють зниженню концентрації ендогенних естрогенів у жінок через зменшення маси жирової тканини, що може призводити до небажаного впливу дефіциту естрогенів на рівень ХС і ХС ЛПНЩ [12].

Зловживання алкоголем та великою кількістю кухонної солі також сприяють виникненню захворювання [5, 8]. Надмірне вживання алкоголю асоціюється з підвищенням ризику розвитку АГ та смертністю від серцево-судинних подій. Щоденне вживання алкогольних напоїв має обмежуватися двома порціями спиртного (або 30 мл етанолу) для більшості чоловіків та однією порцією на день для жінок чи для людей з низькою масою тіла, при цьому бажано виключати пиво. За даними дослідження за участю чоловіків і

жінок віком від 30 до 69 років, кожен третій чоловік уживав алкоголь дозами, більшими від межових, що викликало соматичні розлади. Така тенденція була помітнішою у віці 30-59 років. У старшій віковій групі кількість чоловіків, що зловживали алкоголем, зменшилась до 18 %. Серед жінок цей показник був значно нижчим і не перевищував 1,5 %. Аналіз результатів дослідження серед хворих на АГ виявив, що після 40 років кількість жінок, які нерегулярно вживають алкоголь, зменшується, тоді як серед чоловіків, навпаки, збільшується. Зловживання алкоголем визнано однією з найчастіших причин вторинної гіпертригліцеридемії в чоловіків.

Встановлена роль психологічних чинників у захворюваності і смертності при ІХС, доведений зв'язок між стресовими подіями і поширеністю тривожних і депресивних розладів у хворих ХСК. Значними стресорами, що передували маніфестації захворювання були втрата близьких, конфліктні ситуації в сім'ї, політичні події, вплив засобів масової інформації, матеріальні труднощі [71].

Тривалі психоемоційні перевантаження, надмірні негативні емоції прискорюють розвиток ССЗ. Насамперед це стосується людей психологічного типу А. Це особи амбіційні, нерідко з агресивним типом поведінки, які не вміють відпочивати, створюють самі собі шалений темп життя. Тривалі психоемоційні перенапруження підсилюють синтез катехоламінів, що призводить до підвищення АТ і спазму коронарних судин. Проте не всі кардіологи згодні з тим, що саме психологічний тип А сприяє виникненню ІХС [15, 16, 17, 83].

Психосоціальні ФР розвитку ССЗ відрізняються у чоловіків і жінок. На прикладі менеджерів однієї з великих компаній було встановлено, що у жінок-менеджерів при поверненні додому з роботи спостерігають вищий рівень норадреналіну в сечі, а також підвищений пульс і АТ порівняно з такими показниками у менеджерів-чоловіків. Виявлено також, що робота в умовах психоемоційного напруження підвищувала ризик розвитку ССЗ у жінок [28, 46, 106].

Доведено, що у пацієнтів на ССЗ порівняно зі здоровими особами спостерігається більше депресивних станів, більше життєвого виснаження і зниження цікавості до життя, менше здатності справитися з проблемами, гірша якість життя і менша віра в майбутнє. Депресія пов'язана з вищим ризиком фатальних наслідків ІХС, причому цей фактор більш вагомий у жіночій когорті. Тип особливості А має велике значення, хоча він більш значущий у жінок, ніж у чоловіків. Є інші дані про те, що ця характерологічна особливість недостовірно знижує захворюваність та смертність жінок від ІХС [15, 48].

Поганий матеріальний стан, відсутність соціальної підтримки, низький рівень освіти, тяжка фізична праця, а також наявність тільки однієї дитини є важливими ФР ІХС у жінок. Встановлено також більш високу смертність від ІХС у самотніх жінок і тих, яким недостатньо допомагають в сім'ї, у веденні домашнього господарства [58].

Одними з основних причин, чому жінки хворіють на ІХС на 10–15 років пізніше, ніж чоловіки, є гормональні відмінності і протекторна роль жіночих статевих гормонів. Непрямим доказом цього є те, що передчасна менопауза і оофороектомія достовірно підвищують ризик ІХС та ІМ у жінок [69]. Встановлено, що у жінок поширеність ІХС залежить також від характеру менструального циклу. Цікаво, що застосування пероральних контрацептивів може зменшувати ризик розвитку ІХС. За даними коронарографії, у жінок, які не палять і приймають пероральні контрацептиви, в 2 рази менша кількість і розміри атеросклеротичних бляшок порівняно з тими, які палять і не застосовують контрацептиви [39].

Постменопауза певним чином впливає на ряд систем, що відіграють роль у виникненні ІХС. Дефіцит естрогенів призводить до підвищення рівня ХС ЛПНЩ, ТГ, зниження рівня ХС ЛПВЩ [59]. Інший важливий механізм виникнення ІХС – зміни системи гемостазу. Основними доведеними фактами в менопаузі є підвищення рівня фібриногену, VII фактора згортання, інгібітора тканинного активатора плазміногена, продукції тромбоксану.

Ряд дослідників обґрунтували, що в передменопаузальний період естрогени проявляють протекторний вплив на судинний тонус, функцію ендотелію, антиішемічну дію, причому останнє доведено експериментально під час внутрішньокоронарного введення естрадіолу.

Наявність цукрового діабету (ЦД) нівелює захисну роль жіночої статі щодо виникнення ІХС. У “Дослідженні здоров’я медсестер” було встановлено, що цукровий діабет підвищує ризик розвитку ІХС у жінок в 7 разів, тоді як у чоловіків – лише у 4. Наявність ЦД – найбільш важливий ФР ІХС у жіночій популяції.

Агресивність перебігу ЦД у жінок збільшується в кілька разів із настанням періоду менопаузи. При цьому захворюванні погіршується сприйняття естрогенів рецепторами, що протидіє їх захисній ролі проти виникнення ІХС у жінок у період передменопаузи. ЦД може також посилювати негативні ефекти інших відомих ФР ІХС у жінок. У жінок з ЦД відзначено вищу захворюваність і смертність від ІХС, ніж у чоловіків. Цей факт можна пояснити тим, що статеві гормони впливають на метаболізм інсуліну та глюкози.

Порушена толерантність до глюкози є предиктором розвитку ІХС, який опосередковується через механізми інсулінорезистентності та гіперінсулінемії. Інсулінорезистентність індукує атерогенні зміни ліпідів і ліпопротеїнів, що може бути особливо важливим у пацієнтів жіночої статі з синдромом Х. Естрогени можуть позитивно впливати на толерантність до глюкози і зумовлювати інші позитивні ефекти у жінок – хворих із даним синдромом Х.

У 3% вагітних розвивається гестаційний ЦД, який може бути маркером підвищеного ризику виникнення ІХС. У третини цих жінок пізніше розвиваються інсуліннезалежний ЦД, АГ і гіперліпідемія з гіперхолестеринемією, а також виявляють зміни на ЕКГ.

Стратифікація ризику у хворих на АГ (Рекомендації Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіологів, 2003)

Інші фактори ризику та перебігу хвороби	Артеріальний тиск (мм рт. ст.)				
	Нормальний 120-129/ 80-84	Нормальний високий 130-139/ 85-89	Ступінь 1 140-159/ 90-99	Ступінь 2 160-179/ 100-109	Ступінь 3 ≥180 і ≥110
Немає інших факторів ризику	Середній у популяції	Середній у популяції	Низький	Помірний	Високий
1-2 ризик-фактори	Низький	Низький	Помірний	Помірний	Дуже високий
3 або більше ризик-факторів, ураження органів-мішеней або цукровий діабет	Помірний	Високий	Високий	Високий	Дуже високий
Супутні клінічні ускладнення	Високий	Дуже високий	Дуже високий	Дуже високий	Дуже високий

Ризик серцево-судинних ускладнень визначається рівнем АТ, а також наявністю супутніх факторів ризику або вже наявних уражень органів-мішеней. Таким чином, у деяких хворих абсолютний ризик виникнення серцево-судинних ускладнень визначається не наявністю підвищення АТ, а супутніх клінічних ситуацій. Грунтуючись на даних багатоцентрових досліджень, виділяють 4 ступеня ризику: низький (імовірність виникнення серцево-судинних ускладнень упродовж 10 років не перевищує 15%); помірний (ризик серцево-судинних ускладнень – 15-20%); високий (ризик ускладнень – 20-30%); дуже високий (відповідно понад 30%) [75].

Водночас, слід зазначити, що підвищений АТ, АГ є чинником ризику розвитку інсульта, ІХС, і передчасної смерті. Тривалий перебіг призводить до ураження органів-мішеней: серця, головного мозку, нирок [33]. Навіть не

суттєве підвищення АТ являє собою небезпеку для здоров'я. Так, 60% ускладнень з боку серцево-судинної системи відзначають у хворих з помірним підвищенням спостерігається позитивна кореляція між рівнем АТ і загальною смертністю: чим нижчі САТ і/або ДАТ у будь-якому віці, тим нижче смертність, і, навпаки [65].

Однією з важливих рис нових рекомендацій ВООЗ є індивідуалізація терапевтичних підходів залежно від наявності ризик-факторів серцево-судинних ускладнень у хворого на ХСК.

Підводячи підсумок підрозділу слід зазначити, що кожний з наведених чинників може бути провідним, але в більшості випадків – є наслідком поєднаної дії декількох факторів.

1.3. Профілактика серцево-судинних захворювань

Про нагальну потребу профілактики неінфекційних захворювань вказано у загальнодержавній програмі «Здоров'я 2020: український вимір» на 2012-2020 рр. Зазначено, що профілактичні заходи у 2,7 разів менш затратні, ніж лікування хворих. При цьому здоровий (оптимальний) спосіб життя населення у 5 разів більш ефективний, ніж лікувально-діагностична діяльність системи охорони здоров'я. Головним засобом збереження і зміцнення здоров'я населення є система громадського здоров'я та мотивація населення до здорового (оптимального) способу життя [8, 44, 72].

Стратегія формування здорового способу життя та індивідуальна стратегія високого ризику (диспансеризація) дозволять при незначних фінансових затратах знизити через 5-10 років смертність від ХСК на 40-50%. [53]. Ліквідувати ССЗ неможливо, але знизити їх поширеність – реальність. Необхідно змінити відношення до них населення і медиків, і тоді ССЗ стануть керованою епідемією ХХІ століття.

Виділяють три напрями профілактики ХСК [85]:

1) популяційний - забезпечується корекцією способу життя і чинників навколишнього середовища;

- 2) на рівні факторів ризику (здорові особи із високим ризиком ХСК);
- 3) вторинна профілактика.

Первинна профілактика – це сукупність заходів, спрямованих на попередження дії факторів ризику, які призводять до виникнення клінічних симптомів захворювання. Метою первинної профілактики є попередження ССЗ та їх клінічних проявів: стенокардії, інфаркту міокарда, інсульту, порушень серцевого ритму та провідності, раптової коронарної смерті [2].

Вторинна профілактика – це заходи, спрямовані на зменшення ускладнень захворювання, покращання його клінічного перебігу та прогнозу. Такі заходи включають оптимальне лікування АГ, дисліпідемії, цукрового діабету, зміни умов праці та правильне працевлаштування хворих з рекомендаціями лікарських комісій, видача рекомендацій хворим з профілактики захворювань залежно від умов праці, диспансерне спостереження [89].

Запровадження Шкіл здоров'я для пацієнтів на АГ – одна з ефективних форм вторинної профілактики АГ в первинній ланці охорони здоров'я шляхом стратегії формування ЗСЖ [53, 94].

Мета популяційної стратегії – зменшення впливу факторів ризику ХСК в сучасній популяції людей. Відомо, що ССЗ розвиваються не тільки у осіб з високим ступенем ризику, але і при середньому ступені, тобто комбінації 2-3 факторів. Певною мірою хвороба має епідемічний характер за поширеністю і смертністю. Немає потреби ділити людей на певні групи, бо 2/3 населення промислово розвинених країн має один або кілька факторів ризику ІХС.

Первинна популяційна профілактика проводиться зі здоровими людьми. При її проведенні важко переоцінити роль засобів масової інформації (радіо, телебачення, газети), які повинні давати об'єктивну інформацію і підвищувати санітарно-гігієнічний рівень кожного громадянина. У людей необхідно збуджувати мотивацію до збереження власного здоров'я як категорії також економічної. Дуже нелегко добитись

модифікації способу життя, бо "звичка – це друга натура". Але людина повинна зрозуміти, що "Здоров'я – це ще не все, але якщо немає здоров'я, то все нічого не варте". Первинна профілактика закладається в дитячому віці (сім'я, школа, дитсадок). Завдання батьків, вчителів, медиків полягає в тому, щоб навчити дитину, а потім юнака і дівчину, вести здоровий спосіб життя ("Хочеш бути здоровим, будь розсудливим змолоду"). Насамперед необхідно навчити раціонально харчуватись з обмеженням калорійності за рахунок тваринних жирів (холестерин, полінасичені жирні кислоти) та моносахаридів (глюкоза, цукор). Вага людини має залишатись ідеальною протягом всього життя (індекс Кетле 21–25). Відмова від куріння протягом всього життя. Слід навчити дитину правильно реагувати на стресові ситуації, які завжди будуть періодично виникати. При наявності АГ в юнацькому віці диспансерне спостереження, контроль за АТ, немедикаментозна, а при необхідності – і медикаментозна гіпотензивна терапія. Важливе значення належить фізичній активності, боротьбі з гіподинамією. Важливе значення має контроль за рівнем АТ. АГ має бути контрольованою.

Першочерговим завданням практичної ланки є виявлення людей з високим ризиком серцево-судинних катастроф і зменшення ускладнень. Скринінг факторів ризику розвитку серцево-судинних катастроф слід здійснювати у родичів пацієнтів з передчасним виникненням ІХС та АГ: чоловіків віком до 55 років, жінок – до 65 років. Саме у таких пацієнтів спостерігається високий ризик виникнення ССЗ.

Необхідність активної профілактики визначається наступним:

1. Хвороби системи кровообігу - головна причина смертності і інвалідності, світова медико-соціальна проблема суспільства;
2. В основі серцево-судинних захворювань лежить атеросклероз, що не виявляється симптомами, аж до виникнення серцево-судинних катастроф;
3. Летальний результат і інші ускладнення трапляються, як правило, раптово і повноцінна допомога часто не може бути надана;

4. В більшості випадків ХСК можна попередити, впливаючи на чинники ризику в системі загальнодержавних комплексних заходів;
5. Медикаментозна корекція здатна понизити вірогідність серцево-судинних катастроф, подовжити середню тривалість життя.

Близько 80% випадків передчасної смерті від інфарктів і інсультів можна запобігти завдяки правильному харчуванню, регулярній фізичній активності і відмові від куріння, а також підтримуючи нормальну масу тіла [4]. Чинниками ризику для серцево-судинних захворювань, у тому числі й інсульту, є підвищені рівні АТ, холестерину і глюкози у крові, куріння, зловживання алкоголем, недостатнє споживання овочів і фруктів, ожиріння і фізична інертність. Тому аналіз їх впливу є найоптимальнішим методом розкриття причин і закономірностей епідеміологічних процесів, їх прогнозних тенденцій та обґрунтування напрямків профілактики.

У пацієнтів на ССЗ цільовий рівень АТ повинен бути нижчим за 140/90 мм рт.ст., а в деяких групах пацієнтів на ССЗ (супутній цукровий діабет) з високим ризиком серцево-судинних ускладнень – нижчим за 130/85 мм рт. ст. Якщо цього не вдається досягти зміною способу життя, слід застосувати медикаментозну терапію [80].

Приблизно 10% українців ведуть малорухомий спосіб життя, а 6,3% мають недостатнє фізичне навантаження протягом тижня. Близько 11% осіб віком 18-29 років мають малорухомий ритм життя порівняно з 3,7% у Чехії та 7,1 в Угорщині (жінки більше, ніж чоловіки). Переважає малорухомість серед тих, хто живе в містах та зростає з добробутом. Значно зростає у населення на Сході і знижується на Півдні та Заході. Більш рухливими є ті, які перебувають у шлюбі, мають вищу освіту, живуть в невеликому місті або селі.

Згідно з даними досліджень фізична активність знижує ризик виникнення ССЗ [6]. Фізичні вправи (біг, ходьба, плавання, гімнастика) знижують в плазмі рівень атерогенних ліпопротеїдів і катехоламінів, покращують кровопостачання міокарда за рахунок функціонування

колатералей. До того ж люди, які займаються фізичними вправами, худорляві і нерідко утримуються від куріння. Модифікація способу життя включає в себе обмеження негативних психоемоційних стресових ситуацій. Корисними можуть стати методи психологічної корекції, спрямовані на досягнення релаксації та контролю над стресом.

Україна посідає друге місце за рівнем смертності від зловживання алкоголем (включаючи алкогольний психоз) у Європейському регіоні, де стандартизовані показники смертності вдвічі менші. 20% українців надмірно вживають алкоголь, з них понад 80% - чоловіки, і вони становлять 30% дорослого чоловічого населення. Найбільша частка чоловіків, які зловживають алкоголем, у віці 18-29 років - 28,0%; у віці 40-49 років - 26,7%. У цьому ж віці і найбільша частка жінок - 35,8%. Зловживання алкоголем більш поширене на півночі та в центрі (26,7%), на півдні - 14,2% [71].

Медико-соціальна ефективність профілактичних програм дуже висока. Зниження на 1% рівня холестерину в популяції дозволяє скоротити смертність від ІХС на 2-4%, а зменшення поширеності тютюнопаління на 1% попереджує 2 тисячі смертей [7].

Нормалізація ліпідного складу плазми крові позитивно впливає на коронарний кровоплин і клінічні прояви ІХС. Після 30 років бажано контролювати рівень атерогенних ліпопротеїдів в плазмі крові. При концентрації загального ХС більше 5,2 ммоль/л необхідно дотримуватись гіпохолестеринемічної дієти. У хворих з клінічними проявами ІХС і високим рівнем ХС (менше 5,7 ммоль/л) застосовують гіпохолестеринемічні засоби [14].

Первинна профілактика серцево-судинних захворювань - завдання суспільства; здійснення вторинної профілактики - системи державної охорони здоров'я. Досягнення мети можливе лише при взаємодії на національному рівні.

Світовий досвід показує, що профілактика, спрямована на зміну способу життя, є універсальною "вакциною" проти ІХС.

Всі повинні правильно розуміти, що і при прийомі ліків слід продовжувати немедикаментозні методи, спрямовані на корекцію способу життя - це стосується і режиму харчування, і фізичної активності, і скорочення споживання алкоголю, і, нарешті, відмови від куріння.

1.4. Загальна характеристика здорового способу життя

Спосіб життя людини – це інтегральне, багатофакторне поняття, яке об'єднує різноманітні фактори, умови і форми життєдіяльності людини, завдяки яким забезпечується формування певного рівня її здоров'я, виконання фізичних, духовних і соціальних функцій [60].

Здоровий спосіб життя (ЗСЖ) - спосіб життя окремої людини з метою профілактики хвороб і зміцнення не лише власного здоров'я, але і суспільного здоров'я як сукупності здоров'я численних індивідуумів. В цьому вбачається винятково важлива соціальна роль і біологічна функція здорового способу життя [8, 60].

Здоровий спосіб життя є передумовою для розвитку інших сторін життєдіяльності людини, досягнення нею активного довголіття і повноцінного виконання функцій.

Актуалізація проблематики ЗСЖ пов'язана із:

1) зростанням і зміною характеру навантажень, які відчуває людина, її біологічна природа у зв'язку з ускладненням суспільного життя, зміною її ритму, різким зростанням міжлюдських контактів, які провокують негативні зміни в стані здоров'я, призводять до зміни характеру захворювань і домінуванням серед них "хвороб цивілізації" - серцево-судинних і онкологічних;

2) стурбованістю держав і громадян з приводу стану здоров'я і збільшенням ризиків техногенного, екологічного, психологічного, політичного і військового характеру;

3) визнанням міждисциплінарного статусу зазначених проблем і критикою у зв'язку з цим традиційно домінуючою біомедичної парадигми

мислення з боку соціології, психології, соціальної антропології та інших наук, пов'язаних з вивченням людини.

Здоровий спосіб життя - це реалізація комплексу дій у всіх основних формах життєдіяльності людини: трудової, громадської, сімейно-побутової, дозвілдової [10].

У вузькобіологічному сенсі йдеться про фізіологічні адаптаційні можливості людини до впливів зовнішнього середовища і зміни станів внутрішнього середовища. У ЗСЖ включають різні складові, але більшість з них вважають базовими :

1) 1) навколишнє середовище: безпечна і сприятлива для проживання, знання про вплив навколишніх предметів на здоров'я;

2) 2) відмова від шкідливих звичок: куріння, вживання наркотиків, вживання алкоголю.

3) 3) харчування: помірне, відповідне фізіологічними особливостями конкретної людини, інформованість про якість використовуваних продуктів;

4) 4) руху: фізично активне життя, включаючи спеціальні фізичні вправи (наприклад, фітнес) з урахуванням вікових і фізіологічних особливостей;

5) 5) гігієна організму: дотримання правил особистої і громадської гігієни, володіння навичками першої допомоги, загартовування.

На фізіологічний стан людини великий вплив чинить його психоемоційний стан, який залежить, у свою чергу, від його ментальних установок.

Також виділяють додатково наступні аспекти ЗСЖ [50]:

1) емоційне самопочуття: психогігієна, вміння справлятися з власними емоціями;

2) інтелектуальний самопочуття: здатність людини дізнаватися і використовувати нову інформацію для оптимальних дій у нових обставинах;

3) духовне самопочуття: здатність встановлювати дійсно значущі, конструктивні життєві цілі і прагнути до них, оптимізм.

Виділяють також "соціальне самопочуття" - здатність взаємодіяти з іншими людьми.

Не дивлячись на значну кількість даних про особливості розвитку ССЗ точних відомостей про вплив здорового способу життя на розвиток ускладнень є недостатнім.

Є епідеміологічний феномен, як на Заході, так і у нас, - поширеність основних факторів ризику серцево-судинних захворювань має негативну кореляцію з освітнім рівнем населення. Найбільше їх поширення спостерігається при найменшому загальноосвітньому рівні, останній, як правило, відображає і рівень санітарної культури. Відповідно і навички здорового способу життя слід культивувати з урахуванням освітнього рівня тієї чи іншої категорії населення. Так що проблема ця зовсім не проста, але, не вирішивши її, неможливо розраховувати на зміну в кращу сторону ситуації з високим рівнем смертності від серцево-судинних захворювань.

Пропаганда ЗСЖ, активне виявлення осіб з чинниками ризику, постійне спостереження за хронічними хворими, зокрема з нестабільним перебігом захворювання, навчання пацієнтів самоконтролю за своїм станом - все це лягає на плечі медичних сестер [101].

Медична сестра може і повинна в рамках своєї діяльності розвивати позитивну мотивацію населення на ЗСЖ і прививати навички збереження і зміцнення здоров'я.

1.5. Роль медсестри в догляді та лікуванні пацієнтів на серцево-судинні захворювання

Метою сестринського втручання є покращання самопочуття пацієнта. В даний час роботу медичної сестри можна розглядати як новий вид професійної діяльності медичного, психолого-педагогічного і соціально-правового характеру, метою якого є збереження, зміцнення і відновлення здоров'я [66, 99].

Зміна способу життя (ЗСЖ) необхідна більшості пацієнтам на ССЗ і особам з високим ризиком розвитку даної патології. Однак, в останніх публікаціях звертається увага на значну різницю між рекомендаціями зі зміни способу життя і фактичним дотриманням їх на практиці.

Зміна поведінкових факторів ризику є аналогічною як для пацієнтів на ІХС та АГ, так і для осіб з високим рівнем ризику розвитку цієї патології, але зміни зазначених факторів ризику (неправильне харчування, паління, сидячий спосіб життя), що склалися протягом багатьох років, вимагають професійного підходу [9, 100].

Багатьом пацієнтам важко змінити спосіб життя за порадою медичної сестри. Це властиво особам соціально й економічно дезадаптованим, самотнім та тим, що перебувають у стресовому родинному стані.

Крім того, негативні емоції, а саме депресія, гнів і ворожий настрій, можуть стати бар'єром для профілактичних заходів у цієї групи осіб. Медсестра може перебороти ці бар'єри за допомогою простого набору питань. Однак, незважаючи на те, що розуміння медсестри може бути корисним, а в деяких випадках і достатнім для усунення факторів ризику, постійні негативні емоції можуть потребувати досвідченої психологічної консультації або медикаментозної терапії [84].

Медична сестра є творчо мислячим, активним фахівцем свої справи, її завдання - формувати у пацієнта відчуття відповідальності за своє здоров'я перед собою і родичами.

Необхідно обговорити з пацієнтом, чи знає він, що викликає у нього біль, що таке стенокардія, які фактори провокують напад, які заходи сприяють зменшенню частоти нападів стенокардії, а відповідно, покращанню якості життя [51, 62, 81, 96].

У завдання медсестри входять: спостереження за динамікою стану хворого, дотримання ним дієти та режиму, правильністю прийому ліків [52, 54]. При роботі з пацієнтами на ССЗ медсестра повинна переконати його в успіху лікування при дотриманні рекомендацій лікаря [34, 35].

Численні дослідження виявляють низьку прихильність пацієнтів профілактиці виникнення захворювань. Всього лише 8-17% пацієнтів виконують рекомендації по зміні способу життя. Інші часто допускають відхилення від наказаного режиму, а при поліпшенні стану влаштовують собі періоди «лікарських канікул». Наприклад, медична сестра може пояснювати пацієнтові, що необхідно зменшувати індекс Кетле, або індекс маси тіла (ІМТ), який по нормах Всесвітньої організації охорони здоров'я рівний 18,5-24,9. Крім того, в раціон необхідно ввести достатню кількість мікроелементів і вітамінів. Контроль ваги можна здійснювати простим способом, вимірюючи розмір талії. Збільшення талії указує на ризик виникнення абдомінального ожиріння.

Особливу увагу необхідно приділяти пацієнтам, які захворіли вперше, мало знають про своє захворювання, немає досвіду оцінки свого стану - в цій ситуації роль медичної сестри може бути неоціненною. Вона може допомогти пацієнтові адекватно оцінити симптоми хвороби, особливості дії препаратів, їх побічні ефекти. Може застерегти про непотрібної активності пацієнтів під час загострення хвороби [95].

Дуже важливими компонентами сестринського втручання є: навчання пацієнта самоконтролю за своїм станом і надання самодопомоги, при його погіршенні члени сім'ї хворого навчаються медсестрою прийомам і правилам догляду виконання нескладних медичних маніпуляцій, надання долікарської допомоги при погіршенні стану [31].

Оскільки психосоціальні фактори незалежні від стандартних факторів ризику, при будь-якій можливості необхідно прагнути до їх нормалізації.

Стратегічні кроки для підвищення ефективності рекомендацій включають:

- розвиток довірливих стосунків між медсестрою і пацієнтом;
- розуміння пацієнтом зв'язку між способом життя, здоров'ям і хворобою;
- допомога пацієнтам у зміні поведінкових звичок;

- зацікавленість пацієнтів у цій модифікації;
- залучення пацієнтів до ідентифікації і визначення факторів ризику;
- використання комбінації стратегій для зміцнення самосвідомості пацієнта;
- проектування плану модифікації способу життя;
- контроль ефективності при наступному спостереженні;
- залучення до цієї проблеми інших підрозділів охорони здоров'я.

Медична сестра допомагає пацієнтам бути залученими у навчальний процес і вносить свій особистий внесок до профілактики захворювання, задоволеності пацієнтів лікуванням [77].

При навчанні пацієнта та його родичів, медсестра може використовувати: інтерактивну лекцію-бесіду, інтерактивний семінар, практичні заняття з вимірювання АТ, підрахунку частоти пульсу та частоти серцевих скорочень, обчислення індексу маси тіла, калорійності раціону, використовуючи при цьому мультимедійні й інші технічні засоби навчання, методичні розробки, відеофільми, відеоролики, буклети, освітні статті, брошури.

Під час проведення бесіди медсестра повинна пам'ятати, що однією із важливих умов ефективного спілкування з пацієнтом – це вміння його слухати, дати можливість висловитись, формулювати питання таким чином, щоб він міг чітко викласти свою позицію.

Проблеми пацієнтів [49]:

- незнання факторів ризику ССЗ;
- нерозуміння необхідності зміни способу життя для попередження нападів стенокардії;
- недооцінювання важкості свого стану і можливих наслідків свого захворювання;
- необхідність дотримання програми лікування;

- незнання діагностики больового синдрому у лівій половині грудної клітки як прояву захворювання;
- поінформованість про наявність підвищеного АТ;
- незнання можливих ускладнень, до яких призводить ССЗ;
- біль голови;
- дратівливість, тривожні стани;
- порушення сну;
- зниження зору;
- необхідність дотримання режиму побуту, праці, харчування.

Дії медичної сестри при догляді за хворими на ССЗ:

1. Навчання пацієнтів методам розслаблення для зняття напруги і тривоги.
2. Проведення бесід із пацієнтами:
 - а) про значення дотримання режиму праці та відпочинку, харчового режиму;
 - б) про вплив куріння і прийому алкоголю на ІХС та АГ;
 - в) про значення систематичного прийому ліків і періодичного відвідування лікаря;
 - г) про принципи дієтотерапії при ІХС та АГ.
3. Навчання пацієнтів і членів їх сімей:
 - а) визначення частоти пульсу і вимірювання АТ;
 - б) розпізнавання перших ознак нападу стенокардії та гіпертонічного кризу;
 - в) надання першої долікарської допомоги при виникненні болю у лівій половині грудної клітки та підвищенні артеріального тиску.
4. Контроль за харчуванням.
5. Контроль маси тіла пацієнта.

6. Формування у пацієнтів навичок і вмінь щодо зниження несприятливого впливу на здоров'я поведінкових факторів ризику (раціональне харчування, рухова активність, управління стресом, відмова від шкідливих звичок).

7. Роздача ліків пацієнтам, пояснення правил прийому та контролю за регулярністю прийому. Пацієнти повинні знати, що відчуття печії язика при прийомі нітрогліцерину свідчить про те, що препарат діє, що прийом ліків може супроводжуватись відчуттям пульсації в голові і припливами, що після прийому нітрогліцерину вставати і сідати треба повільно.

8. Підготовка хворих до обстеження (аналізи сечі, крові, електрокардіографії, велоергометрії та інше).

9. Контроль за дотриманням пацієнтами рухового режиму (при больовому синдромі у лівій половині грудної клітки, порушенні мозкового кровообігу, нападі серцевої астми догляд здійснюється як за важким хворим, вимушеним дотримуватися суворого ліжкового режиму).

Висновки:

1. Соціальна значимість проблеми ССЗ визначається високим зростанням захворювання, в зв'язку з цим виявлення факторів серцево-судинного ризику та навчання пацієнтів принципам профілактики становить важливу частину лікувального процесу.

2. Однією зі складових успішної боротьби з ІХС та АГ є підвищення інформованості населення та готовності його до профілактики, формування установки на здоровий спосіб життя.

3. У вирішенні цих важливих, соціально значимих завдань важлива роль належить медичним сестрам.

РОЗДІЛ II

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Матеріали дослідження

Обстежено 80 пацієнтів на серцево-судинні захворювання (ССЗ), зокрема ішемічну хворобу серця (ІХС) та артеріальну гіпертензію (АГ), різного віку, які перебували на стаціонарному лікуванні у I терапевтичному відділенні ОКУ "Лікарня швидкої медичної допомоги" м. Чернівці.

Верифікація діагнозу ІХС та АГ здійснювалась на основі скарг, анамнестичних даних, а також за допомогою клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження. Дизайн дослідження складався з первинного обстеження, розподілу хворих на групи. А саме, для вивчення найбільш вагомих ФР та особливостей перебігу ССЗ в залежності від способу життя всі пацієнти були розділені на 2 групи.

Критерієм розподілу на групи був результат анкетування (див. додаток), яка була розроблена відповідно до основних та додаткових складових, що формують здоровий спосіб життя. Група 1 (ті, що дотримувалися ЗСЖ) – 33 пацієнти та група 2 (не дотримувалися ЗСЖ) – 47 пацієнтів.

Критерієм відбору хворих до першої групи був сумарний бал, за результатами анкетування, більше нуля, до другої групи – нуль і менше нуля (додаток В).

У 40 хворих діагностована артеріальна гіпертензія (АГ). Розподіл хворих за стадіями (ступенями) АГ здійснювали за класифікацією ВООЗ (1999) та ІХ Конгресу кардіологів України (2008) [41, 61].

До хворих на I ст. АГ були включені пацієнти з середнім рівнем АТ – 140 – 159 і 90-99 мм.рт.ст. без об'єктивних ознак органічних ушкоджень органів-мішеней (головний мозок, серце, орган зору, нирки). До хворих на II ст. АГ – з рівнем АТ 160-179 і 100-109 мм.рт.ст. з явними об'єктивними ознаками ураження органів-мішеней з компенсованими функціональними можливостями. Частіше за все це були: гіпертрофія лівого шлуночка серця (за даними ЕКГ, УЗД серця), генералізоване звуження артерій сітківки, зміни

кровонаповнення півкуль головного мозку за гіпертензивним варіантом за даними РЕГ. Хворих на АГ III ст. об'єднували високий рівень АТ, що перевищував за систолічним 180 мм.рт.ст., за діастолічним – 110 мм.рт.ст. Крім цього, чітко визначили об'єктивні ознаки органічного ураження органів-мішеней (одного чи декількох) з явним порушенням їх функції. Частіше, це були ускладнення АГ у вигляді перенесеного інфаркту міокарда чи інсульту. Хворих на АГ III ст. з органічними та явними функціональними змінами активності нирок до груп обстежених не брали.

За давністю АГ коливалась в широких межах. Найдовший анамнез захворювання спостерігався у хворих на II та III стадію (ступінь).

Основними симптомами перебігу АГ у хворих були: головний біль, що виникав частіше у другу половину дня під вечір, зниження працездатності, порушення сну (непокій, часті пробудження, тривалий час засинання) тривожність характеру до помірної дратівливості, нестриманість, підвищена втомлюваність. У хворих на II ст. АГ спостерігались: виражений головний біль, періодичний біль в ділянці серця, частіше пов'язані з високим рівнем АТ при зміні погоди, барометричного тиску, фізичному та нервовому напруженні. Ця частина хворих була найбільш масовою, часто перебувала в стаціонарних умовах в періоди загострення – під час кризового перебігу. Група хворих на АГ III ст. представлена переважно реконвалісцентами після перенесених гострих форм порушень центрального та коронарного кровообігу.

У 29 пацієнтів діагностована ішемічна хвороба серця (ІХС) (дифузний кардіосклероз, стабільна стенокардія напруги II та III функціональних класів (ФК). Критеріями виключення були гострий інфаркт міокарду, нестабільна стенокардія, хронічна серцева недостатність (III-IV клас), тяжкі порушення серцевого ритму та провідності, тяжкі ураження печінки та нирок. У 11 пацієнтів була діагностовано коморбідна патологія ІХС+АГ.

Пацієнтам на ІХС було проведено обстеження з урахуванням скарг (вивчався характер та інтенсивність болю за грудиною та в ділянці серця, їх вираженість, іррадіація, тривалість, зв'язок з фізичним навантаженням,

наявність головного болю і головокружіння, наявність та вираженість клінічних ознак недостатності кровообігу, ефективність лікарських засобів), даних анамнезу (тривалість ІХС, супутньої АГ, сімейний анамнез, відомості про перенесені та супутні захворювання), особливостей формуючого стилю життя, об'єктивних та додаткових методів дослідження.

За давністю ССЗ коливались в широких межах. Найдовший анамнез захворювання спостерігався у хворих на ІХС II та III ФК та на АГ II-III ст.

2.2. Методи дослідження

1. Клініко-анамнестичне дослідження.

У пацієнтів визначали методом анкетування за їх інформаційної згоди за допомогою спеціально розробленого опитувальника такі параметри:

- інформованість про наявність ССЗ та фактори ризику (ФР);
- рівень знань про можливі ускладнення ССЗ;
- рівень знань про нормальні показники АТ;
- рівень вмінь щодо вимірювання АТ та пульсу;
- рівень готовності пацієнтів щодо отримання інформації про ССЗ;
- рівень знань про профілактику ССЗ.

З метою виявлення та аналізу психосоціальних чинників впливу на розвиток та перебіг ССЗ застосовували наступне:

1. «Анкета вивчення медико-соціальних факторів впливу на розвиток і перебіг ХСК» (затверджена на засіданні Вченої ради ДУ ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України, 2004р.) (додаток А).
2. Опитувальник соціальних факторів, які, можливо, впливають на здоров'я за Чабаном О.С. (додаток Б).

В ході клініко-анамнестичного дослідження, проводилось вивчення антропометричних даних хворих обох груп, які включали в себе: вагу, індекс маси тіла, окружність талії; визначення типу ожиріння.

Проводилось анкетування суб'єктів дослідження для виявлення ФР (підвищений АТ, спадкова схильність, соціально-економічний статус, професія, спосіб життя: режим дня, шкідливі звички, рухова активність та ін.); тривалість захворювання, дані про успішність попереднього лікування.

При вивченні ФР використовували наступні методики [94]:

1. Індекс маси тіла (індекс Кетле) визначали як відношення маси тіла (кг) до квадрата росту (m^2). Для оцінки використовувались критерії ВООЗ: індекс Кетле $\leq 18,5$ - МТ недостатня, від 18 до 24,9 - МТ нормальна, від 25 до 29,9 - МТ надлишкова, ≥ 30 - ожиріння.
2. Окружність талії (ОТ) вимірювали між краєм нижнього ребра і крижовим відділом здухвинної кістки з точністю до 0,1 см.
3. Для оцінки абдомінального ожиріння використовували критерії АТР ІІІ (АТР ІІІ National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel ІІІ) - (ОТ ≥ 102 см для чоловіків і ≥ 88 см для жінок).
4. Оцінку прихильності пацієнтів до лікування визначали за тестом Моріскі–Гріна (додаток Г) .
5. Визначення стресостійкості за шкалою оцінки соціальної адаптації Т.Холмса, Р.Рає (додаток Д).
6. Оцінка загального рівня стресу за опитувальником Reeder L.G. (1973). Для оцінки результатів застосовувалась шкала Копиной О.С. с соавт. (1989) [46] (додаток Е).
7. Фізичну активність (ФА) визначали за опитувальником по оцінці рівня фізичної активності (додаток Є).
8. Визначення типу курильної поведінки за анкетною Д.Хорна (додаток Ж).
9. Оцінка ступеня ніотинової залежності за Фагерстремом (додаток З).
10. Ступінь мотивації пацієнта до відмови від куріння (додаток И).
11. Визначення ступеня потягу до алкогольних напоїв за допомогою короткого мічиганського алкогольного тесту по С.Гремлінгу и Ауэрбаху, 2002 (додаток І).

2. Інструментальне обстеження.

2.1. Вимірювання артеріального тиску за методом Короткова [66, 67, 79].

У хворих на АГ проводили вимірювання АТ за допомогою сфігмоманометра фірми “Microlife” в спокійних умовах при кімнатній температурі, після адаптації пацієнта до умов протягом не менше 5-10 хвилин.

Обстежуваний займав правильне положення, яке включало такі моменти: хворий спирався спиною на спинку крісла, ноги – опора на підлогу і не перехрещені; рука, на якій проводилося вимірювання, лежала розслаблено на опорі долонею догори; манжета знаходилася на рівні серця.

Вимірювання завжди проводили на одній і тій самій руці, частіше — на правій, що зручно лежала на столі, долонею догори, приблизно на рівні серця, вільна від стискуючого одягу. При діаметрі плеча менше 42 см використовували стандартну манжету, при діаметрі понад 42 см — спеціальну манжету (при використанні стандартної можлива значна помилка при визначенні тиску). Манжету накладали на плече, при цьому її нижній край розміщували приблизно на 2–3 см вище від внутрішньої складки ліктьового згину. Центр гумового мішка знаходився над плечовою артерією. Гумова трубка, що з'єднує манжету з апаратом і грушею, розміщувалася латерально щодо обстежуваного. При нагнітанні повітря в манжету пальпували пульс обстежуваного на радіальній артерії і стежили за показниками сфігмоманометра. При відповідному тиску в манжеті пульс зникав. Після цього тиск у манжеті піднімали ще на 20-30 мм. Далі, легенько відкривши гвинт і підтримуючи постійну швидкість випускання повітря (приблизно 2 мм на секунду) вислуховували артерію, доки ртуть у манжеті не знижувалася на 20 мм нижче рівня діастолічного тиску.

При вимірюванні аускультативним методом вислуховують тони Короткова, які мають такі прояви:

— I фаза — реєструється при появі слабких, але чітких стукаючих звуків, що поступово підсилюються. Поява I фази використовується для визначення величини систолічного АТ.

— II фаза — період, протягом якого чути свистячий шум, тони зростають в інтенсивності.

— III фаза — період, протягом якого тони залишаються чіткими та їх інтенсивність не зменшується.

— IV фаза — реєструється при зміні характеру тонів, їх приглушенні або зменшенні інтенсивності, можлива поява дуючих шумів.

— V фаза — реєструється при повному зникненні тонів. Цей момент використовується для визначення діастолічного АТ у дорослих.

Таким чином, систолічний тиск у дорослих визначали появою тонів Короткова (I фаза), діастолічний — повним їх зникненням (V фаза). Відлік рівня АТ здійснювали до найближчої парної цифри (тобто з інтервалом 2 мм). Якщо різниця між результатом становила понад 5 мм рт.ст., то ще раз визначали АТ. У випадках, коли АТ становив 120/80 мм рт.ст. і нижче, вимірювання проводили один раз. При першому візиті АТ вимірювали на обох руках, надалі використовували праву руку. У випадках, коли було визначено різницю у значенні АТ між руками більше ніж 10 мм рт.ст., усі наступні вимірювання проводили на руці, де було виявлено більший тиск, про що робили відмітку і попереджали хворого.

2.2. Електрокардіографія (ЕКГ) – це найдоступніша методика реєстрації й дослідження електричних полів, що утворюються при роботі серця, яка дозволяє об'єктивно оцінити стан серця.

ЕКГ проводили (за призначенням лікаря) всім пацієнтам для підтвердження чи встановлення діагнозу ІХС.

3. Статистичний метод.

Результати дослідження в цифровій формі вносились в спеціально створену базу даних, формування зведених таблиць та статистична обробка інформації проводилась за допомогою програми MS Excel (2007).

РОЗДІЛ ІІІ

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ

3.1. Вивчення психосоціальних факторів у розвитку серцево-судинних захворювань

Дослідження проводилось щодо вивчення чинників впливу на розвиток і перебіг серцево-судинних захворювань (ССЗ): спадкових, соціально-економічних, умов праці, сімейного статусу та психічного здоров'я.

Важливий вплив на психосоматичний рівень здоров'я можна оцінювати через аналіз задоволеності психологічними та санітарно-технічними умовами праці, задоволеності від роботи

Більше чинників ризику зумовлені способом життя, серед яких до психосоціальних відносять різноманітні стресогенні події життя: хронічний стрес на роботі, відсутність соціальної підтримки, низький соціально-економічний статус, напруженість стосунків тощо.

Вікові межі пацієнтів склали 32-85 років, при цьому середній вік хворих склав $55,6 \pm 7,63$. Найбільш представлена група пацієнтів у віці 50-69 років.

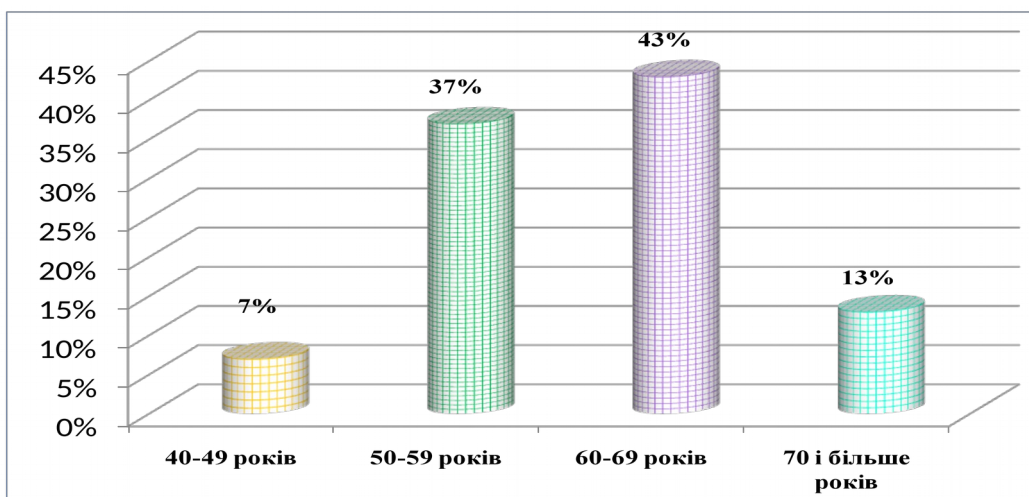


Рис. 3.1.1 Розподіл пацієнтів за віком

За нозологічними формами захворювань розподіл респондентів

відображено у таблиці 3.1. Найбільший відсоток представлений пацієнтами на артеріальну гіпертензію (АГ), менше - АГ + ІХС.

Табл.3.1.1

Розподіл пацієнтів за нозологіями

Нозологія	Абсолютна кількість респондентів	%
АГ	39	48,75
ІХС	27	33,75
АГ + ІХС	14	17,5

Слід відмітити, що кількість пацієнтів на АГ переважала у віковій категорії 40-55 років, на ІХС – 50-65 років, тоді як у групі коморбідної патології (АГ + ІХС) – старше 65 років.

Важливим було отримання інформації щодо місця проживання пацієнтів. Як видно із діаграми серед обстежених переважали мешканці сільської місцевості (67%).

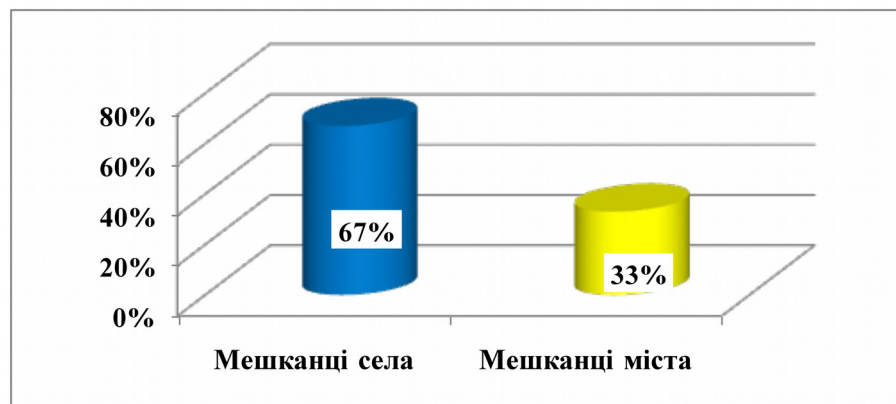


Рис. 3.1.2 Розподіл пацієнтів за місцем проживання

За освітою співвідношення було майже однакове 49% осіб з вищою, 51% пацієнтів - з середньою та середньою спеціальною освітою разом.

Вивченню підлягала трудова діяльність: санітарно-технічні та психологічні умови праці, наявність професійних шкідливостей, задоволення від роботи та соціального статусу.

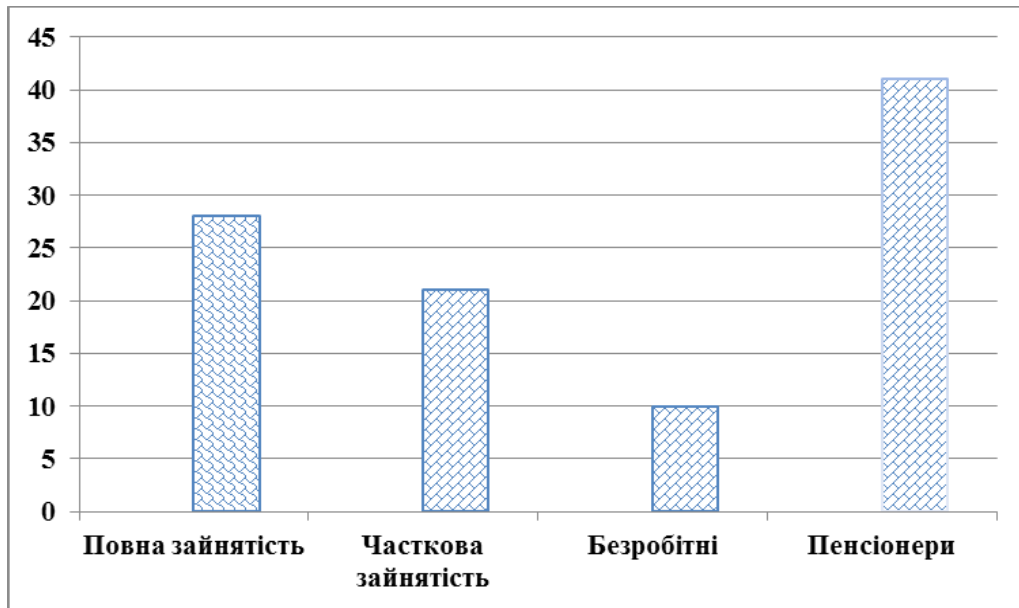


Рис. 3.1.3 Рівень професійної у зайнятості хворих на ССЗ

Дослідження соціального статусу обстежених показало, що більшу частку склали пенсіонери - 41%, а інші соціальні групи розподілились наступним чином: працівників з повною зайнятістю – 28%, осіб з частковою зайнятістю – 21%, безробітних – 10%.

Задоволення від роботи, якою займаються, відмічають більшість пацієнтів (53 %) на ССЗ (при цьому не відмічається суттєвих гендерних відмінностей), 35% - частково і лише 12% - взагалі не задоволені справою, якою займаються.

При цьому більшість працюючих (67%) відмітили наявність емоційного напруження та стресів на роботі, пов'язаних із конфліктними ситуаціями з колегами та керівництвом, відповідальністю за виконувану роботу, керівною посадою, роботою з великою кількістю людей, фінансовими проблемами, роботою через потребу досягнення пенсійного віку. Усі зазначені факти, безумовно, можуть сприяти психоемоційному напруженню та розвитку ССЗ.

66% опитаних хворих на ССЗ відмітили відмінні та добрі санітарно-технічні умови на роботі, менше – задовільні (21%), значно менше – погані умови праці (13%). Отже, переважає відсоток пацієнтів, які мають відмінні та добрі санітарно-технічні умови праці.

Як видно із діаграми щодо вивчення сімейного стану: більшість пацієнтів перебувають у шлюбі, серед розлучених переважають жінки.

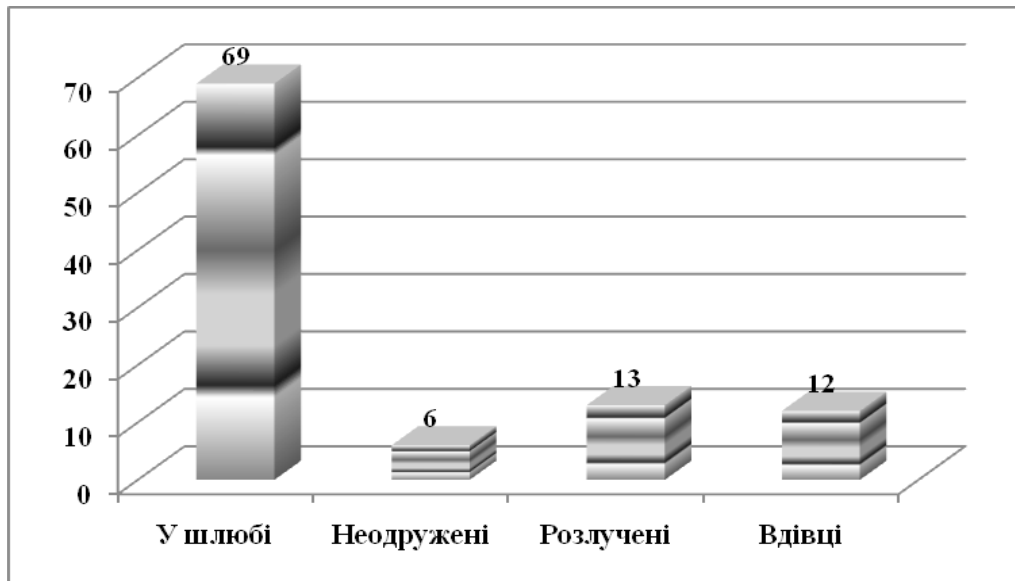


Рис. 3.1.3 Сімейний стан хворих на ССЗ

Важливим фактором впливу на психоемоційний стан є сімейне оточення, в якому перебуває людина. При оцінюванні сімейних стосунків з рідними 73% опитаних відмітили як гармонійні, а інші - пов'язують конфліктні відносини із фінансовими проблемами та відсутністю окремого житла, непорозуміння з дітьми та/або батьками.

Важливим було вивчення якості життя пацієнтів на ССЗ та їх емоційної сфери. Стійкість до стресів залежить від самої людини, від її темпераменту. Особи, що мають спокійний характер і є оптимістами, легше долають стреси порівняно з похмурими та песимістами. Самотні люди важче переносять різні психічні навантаження, ніж ті, які мають велику родину та багато друзів. Безперечно, багато залежить і від рівня освіченості та вміння розслабитися, які набуваються з досвідом. Велике значення у психологічній адаптації до свого захворювання має підтримка зі сторони родичів та близьких людей.

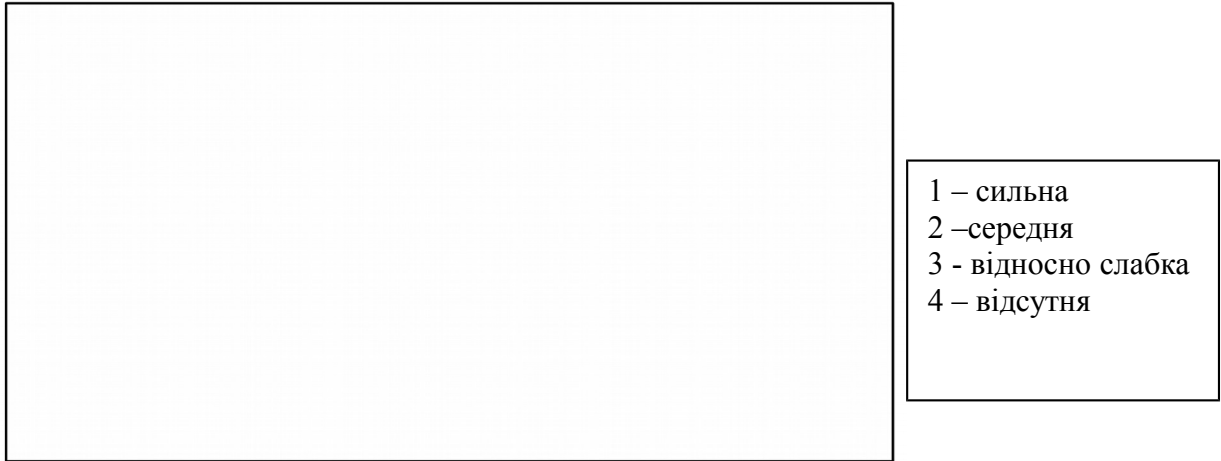


Рис. 3.1.4. Рівень підтримки оточуючих

Як видно із діаграми, більшість (37%) хворих на ССЗ відчують підтримку родичів середньо, 33% - сильну і лише у 5% - відсутня психологічна підтримка з боку родичів та близьких людей.

Велике значення для більшості хворих має виконання повсякденної діяльності.



Рис. 3.1.5. Виконання повсякденної роботи

Були отримані наступні результати: відповідь «важливо» дали 58% опитаних і 29% - «дуже важливо», тобто це має велике значення у психологічній адаптації пацієнтів до свого захворювання.

Таким чином, психологічна емоційна сфера і якість життя пацієнтів на ССЗ, а відповідно, і сам перебіг і результат захворювання залежить від того,

наскільки сильно пацієнти відчують підтримку близьких їм людей і можуть виконувати повсякденну роботу і навіть працювати.

При суб'єктивній оцінці свого матеріального становища більшість пацієнтів оцінила як середній, лише кілька – добрий, переважно пенсіонери відмітили як поганий.

Відомо, здоровому способу життя сприяє релігійність хворого (незалежно від віросповідання). Проведене опитування респондентів показало наступне: позитивну відповідь дали всі опитані.

Таким чином, дослідження психосоціального статусу показало, що більшість пацієнтів переймаються питаннями політики, матеріального стану (проживання та фінанси), сімейних взаємовідносин, нестабільністю та невпевненістю майбутнього. Особливості їх поведінки призводять до включення і інших факторів ризику ССЗ, таких, як АГ, зловживання алкоголем, куріння, підвищеного вживання вуглеводів з метою усунення стресу.

Вивчення психосоціальних факторів, формування у хворого світогляду по покращанню якості власного життя та усунення провокуючих факторів сприятиме профілактиці та запобігатиме прогресуванню серцево-судинних захворювань.

3.2. Рівень інформованості пацієнтів про серцево-судинні захворювання

Відомо, що на ефективність профілактичних та лікувальних заходів впливає інформованість пацієнтів про захворювання, причини виникнення, проблеми та можливості їх усунення, контроль показників, питання догляду чи самогляду, основні принципи діагностики, немедикаментозного та медикаментозного лікування, профілактичні заходи.

Дослідження проводили у всіх пацієнтів (n=80) на серцево-судинні захворювання (ССЗ) шляхом анкетування, яке здійснювалось з метою виявлення рівня інформованості про захворювання, фактори ризику (ФР).

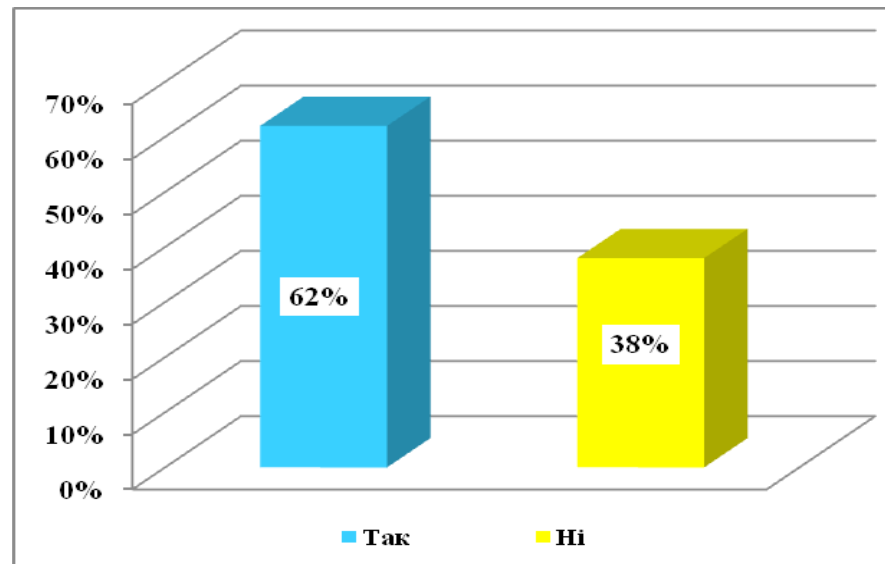


Рис. 3.2.1. Рівень інформованості пацієнтів про ССЗ та фактори ризику

Як видно із діаграми більшість пацієнтів (62%) інформовані про ССЗ та ФР розвитку. Респонденти знають про можливі причини виникнення захворювання та можливості їх усунення, основні проблеми.

Важливим і водночас цікавим було отримання відомостей від пацієнтів про імовірний ФР у розвитку захворювання в них. Всім пацієнтам було запропоновано перелік ФР ССЗ: підвищений АТ, надмірна маса тіла, наявність ССЗ у батьків (спадковість), порушення режиму сну, нераціональне харчування (підвищений вміст жирів, вуглеводів, надлишкове вживання солі), малорухомий спосіб життя, стресові ситуації, шкідливі звички (куріння,

зловживання алкоголем). Отримали наступні дані, які відображені на рис.3.2.2.

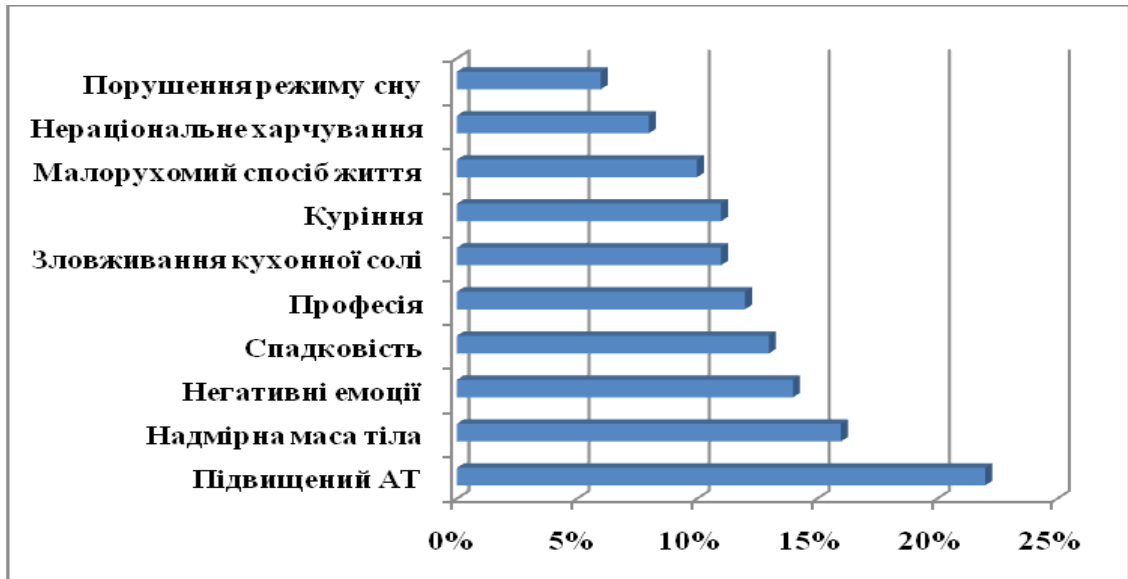


Рис. 3.2.2. Вирішальний ФР у розвитку ССЗ

Ми бачимо, що такі ФР як підвищений АТ (22%), надмірна маса тіла (16%), негативні емоції (14%), куріння (11%) наші пацієнти вважають найважливішими у виникненні даного захворювання в себе. Необхідно відмітити, що це є модифіковані чинники, тобто вони ж самі можуть змінити. Наведені дані свідчать, що пацієнти, достатньо обізнані і усвідомлюють «шкідливість саморуйнівної поведінки».

Важливим було отримання відомостей у пацієнтів щодо знань про своє захворювання.

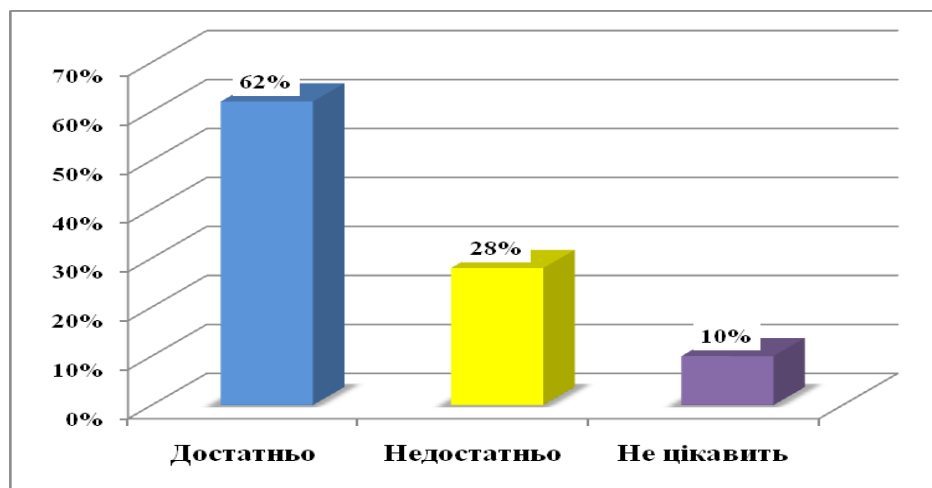


Рис. 3.2.3. Рівень знань пацієнтів про своє захворювання

Більшість пацієнтів (62%) знають про своє захворювання, що пов'язано із тривалим перебігом захворювання. Непокоять ті пацієнти, яких не цікавить ця інформація, що дозволяє думати про пасивне і невідповідальне ставлення до свого здоров'я.

У пацієнтів на АГ та групі коморбідної патології АГ + ІХС важливим було вміння правильно контролювати рівень АТ, частоту пульсу та здійснювати самоконтроль. Рівень вмінь відображено нижче.

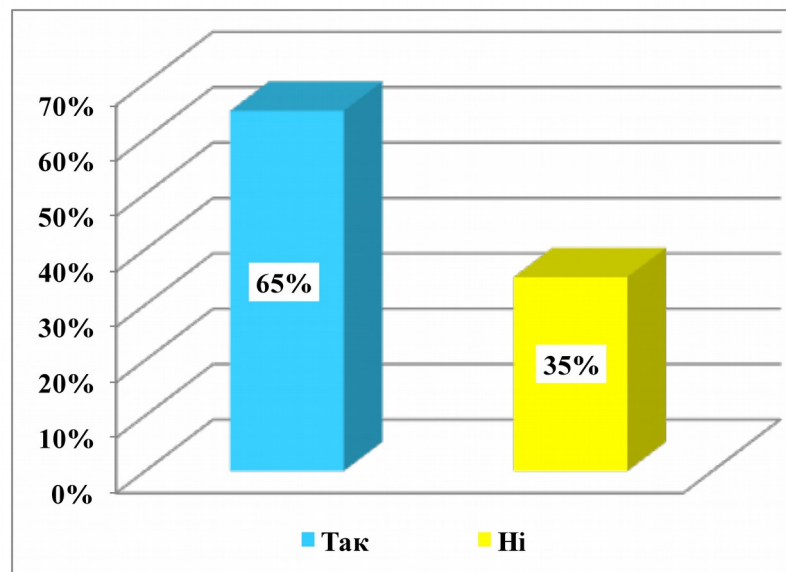


Рис. 3.2.4. Рівень вмінь вимірювання артеріального тиску

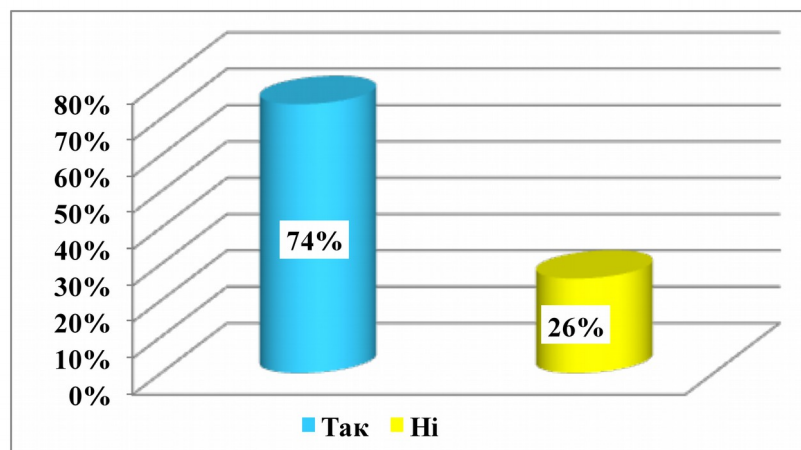


Рис. 3.2.5. Рівень вмінь підрахунку частоти пульсу

З діаграм видно, що пацієнти на АГ та АГ + ІХС недостатньо володіють навиками вимірювання АТ, підрахунку частоти пульсу і, відповідно,

здійснювати самоконтроль за цими показниками. Однак, підраховувати частоту пульсу вміє більша кількість пацієнтів (74%).

Для виконання цих маніпуляцій пацієнти, в першу чергу, повинні бути забезпечені засобами контролю АТ; по-друге, медична сестра повинна навчити пацієнта та його родичів правильно вимірювати АТ, здійснювати підрахунок пульсу та розуміти їх значення.

Кожний пацієнт на АГ та АГ + ІХС повинен володіти даними щодо нормальних показників АТ, можливих ускладнень. Це дозволяє правильно оцінювати свій стан, попереджувати можливий напад стенокардії і вчасно звертатися за медичною допомогою в разі необхідності.

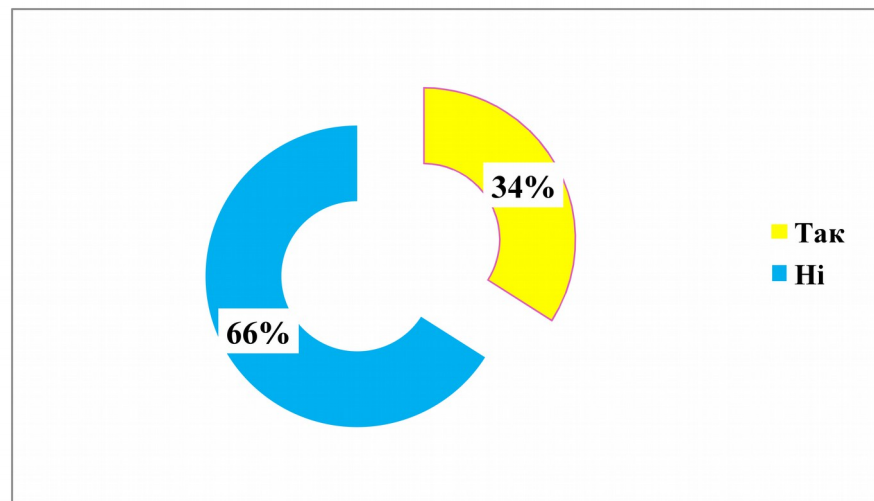


Рис. 3.2.6. Рівень знань про нормальні показники АТ

Як видно з діаграми, лише 34% опитаних пацієнтів не знають нормальні показники АТ, а 66% - ні.

Опитування респондентів щодо поінформованості про можливі ускладнення ССЗ показало, що 67% пацієнтів знають про ускладнення, зокрема такі, як інсульт та інфаркт, однак 33% - не володіють такою інформацією.

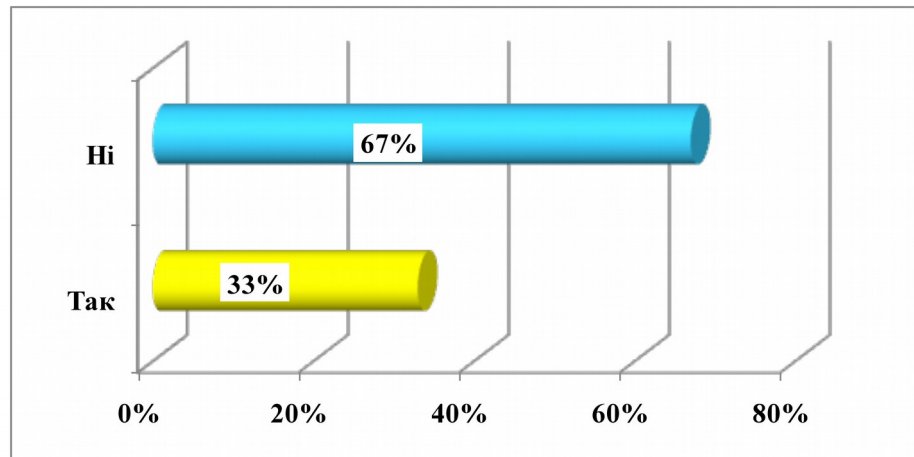


Рис. 3.2.7. Рівень знань про можливі ускладнення ССЗ

Результати анкетування показали недостатній рівень поінформованості пацієнтів про ССЗ та фактори, які провокують гіпертонічний криз та напад стенокардії, можливі ускладнення, нормальні показники АТ, недостатній рівень володіння практичними навиками вимірювання АТ, підрахунку частоти пульсу та здійснення самоконтролю. Ці дані є досить невтішними, а тому вимагають від медичних працівників, в т.ч. медичної сестри, проведення роз'яснювальної роботи. Це сприятиме самостійному контролю АТ, попередженню підвищення АТ та розвитку нападу стенокардії, покращанню взаємодії між медичною сестрою і хворим.

Вивчення обізнаності пацієнтів щодо профілактичних технологій ССЗ є доцільним, тому що такі дані – це основа для їх розробки, удосконалення та впровадження. Медичні сестри можуть використати поінформованість населення для впровадження профілактичних заходів з метою досягнення їх більш високої результативності і економії часу на проведення санітарно-освітньої роботи. Одним із способів удосконалення можливо використати розробку алгоритму дій медсестринського персоналу при виявленні деяких проблем пацієнта чи виявленні відомого пацієнту ФР (тютюнокуріння, вживання спиртних напоїв, нераціональне харчування, надлишкова маса тіла, низька фізична активність) [9, 10].

Оскільки більшість ФР є модифікованими, то важливим було виявлення рівня знань хворих про профілактичні заходи щодо ССЗ.

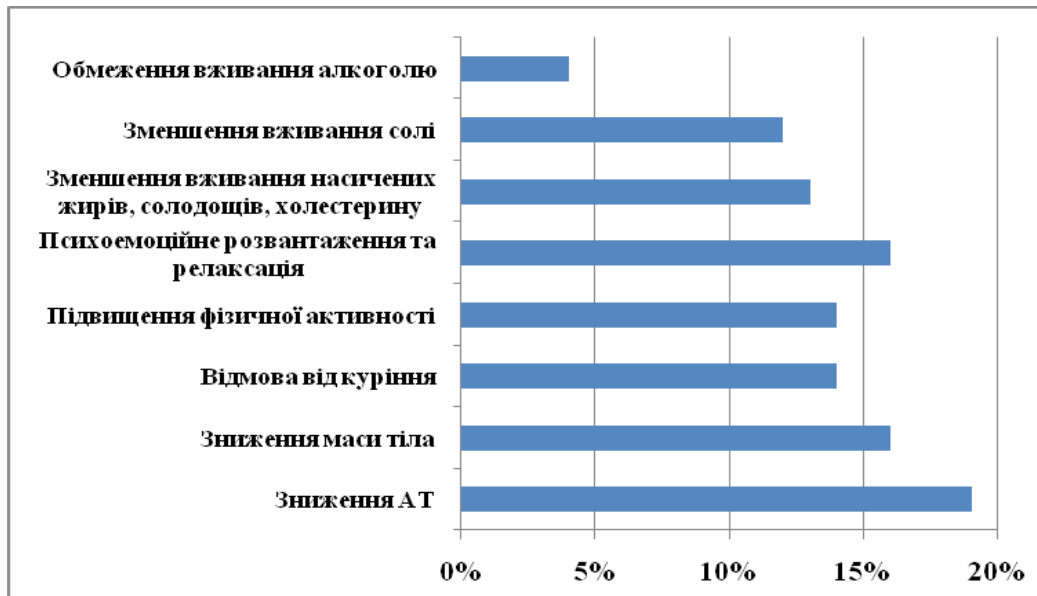


Рис. 3.2.8. Рівень знань про профілактичні заходи щодо ССЗ

З діаграми видно, що пацієнти знають про необхідність зниження рівня АТ (19%), зниження маси тіла при її надлишку (16%), відмову від куріння (14%), підвищення фізичної активності в години дозвілля (15%), психоемоційне розвантаження та релаксацію (16%) зменшення вживання насичених жирів, солодошів та холестерину (13%), обмеження вживання алкогольних напоїв (4%). Однак, поінформованість пацієнтів про профілактику даного захворювання є недостатньою, що, на нашу думку, є вагомою причиною зростання захворюваності на ССЗ.

Таким чином, результати анкетування продемонстрували дефіцит знань серед пацієнтів стосовно ССЗ, факторів ризику виникнення та профілактики серцево-судинних захворювань. Погана поінформованість не дозволяє формувати мотивацію до їх контролю, усвідомлювати необхідність профілактики та корекції факторів ризику.

3.3. Особливості перебігу серцево-судинних захворювань в залежності від способу життя

Для вивчення особливостей перебігу серцево-судинних захворювань (ССЗ) в залежності від способу життя всіх пацієнтів поділили на дві групи. Обидві досліджувані групи склалися з пацієнтів різної статі. Характеристика розподілу за статтю приведена в таблиці 3.1.1.

В групі 1, ті, що дотримуються здорового способу життя (ЗСЖ) чоловіки склали 42,4 %, а жінки 57,6 %. Тоді ж в групі 2, співвідношення склалося навпаки: чоловіків – 68,1%, жінок – 31,9%. Кількість жінок серед обох груп була порівняно більшою в групі зі ЗСЖ, а чоловіків - більшою у другій групі (табл. 3.3.1).

Таблиця 3.3.1

Розподіл хворих за статтю по групах

Стать	I група (n=33)		II група (n=47)	
	Кількісне значення	%	Кількісне значення	%
Жінки	19	57,6	15	31,9
Чоловіки	14	42,4	32	68,1

Перевага жінок серед хворих, які дотримуються ЗСЖ, можливо, пов'язана з більш відповідальним ставленням не лише до свого здоров'я, а й здоров'я своєї родини, як первинного осередку суспільства.

За числовими характеристиками бачимо, що найбільша кількість хворих на ССЗ у віці 50-69 років. В обох групах відмічається збільшення захворюваності хворих на ССЗ з віком. Спостерігається більша тенденція зростання захворюваності серед осіб, які не дотримуються ЗСЖ порівняно з 1 групою. У групі пацієнтів віком 70 та більше років відмічається зменшення їх кількості у зв'язку з розвитком у них ускладнень (інфаркт, інсульт).

Таблиця 3.3.2

Розподіл за віком хворих на ССЗ в залежності від способу життя

	I група (n=33)		II група (n=47)	
	Кількісне значення	%	Кількісне значення	%
40-49 років	4	12	8	17
50-59 років	13	40	20	42
60-69 років	10	30	15	32
70 та більше	6	18	4	9

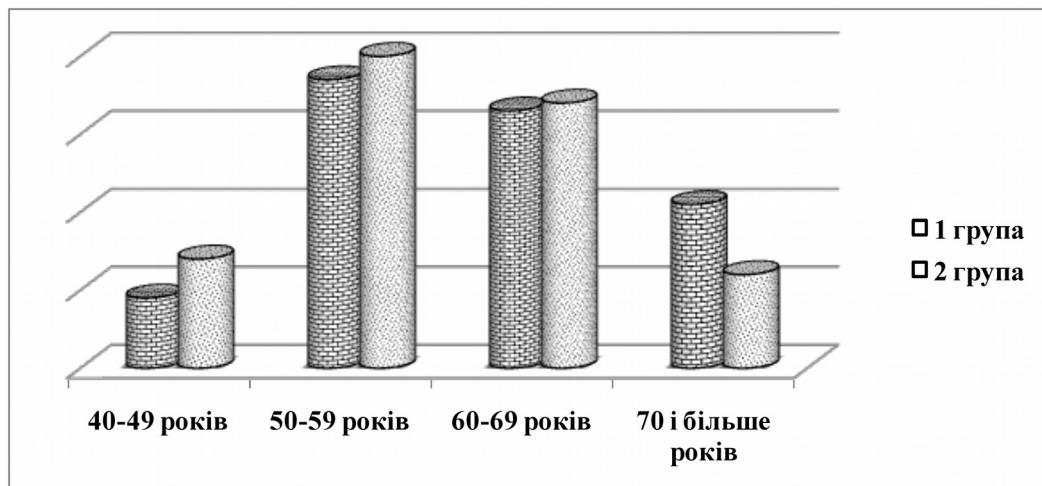


Рис. 3.3.1. Розподіл пацієнтів за віком у 1 та 2 групах

Важливим було визначення тривалості захворювання пацієнтів досліджуваних груп.

Рівень вперше виявлених захворювань серцево-судинної системи майже не відрізняється в обох групах, але при цьому потрібно враховувати, що часто ІХС та АГ мають безсимптомний перебіг і досить часто хворі звертаються за медичною допомогою після виникнення ускладнень. Суттєву перевагу займають хворі, "стаж" котрих перевищує 10 років і більшість таких хворих виявилось серед представників другої групи (53%).

Таблиця 3.3.3

Тривалість захворювання у хворих на ССЗ

	I група (n=33)	II група (n=47)
--	----------------	-----------------

	Кількісне значення	%	Кількісне значення	%
Вперше виявлено	5	15	8	17
1 – 10 років	12	36	14	30
Більше 10 років	16	49	25	53

Під час проведеного дослідження вивчали клінічні прояви, які наявні у наших пацієнтів. Отримані дані продемонстровані в таблиці 3.3.4.

Таблиця 3.3.4

Особливості клінічних проявів у хворих на ССЗ

	Група 1 (n=33)		Група 2 (n=47)	
	Кількісне значення	%	Кількісне значення	%
Біль в ділянці серця	29	87,8	38	80,9
Головний біль	29	87,9	37	78,7
Серцебиття	12	36,4	19	40,4
Перебої в роботі серця (скарги)	10	30,3	16	34
Задишка при фізичному навантаженні	25	75,8	35	74,5
Головокружіння	17	51,5	21	44,7
Мерехтіння мушок перед очима	17	51,5	24	51,1
Загальна слабкість	19	57,6	28	59,6

При вивченні клінічних даних виявлено, що більшість пацієнтів на ССЗ обох груп скаржаться на періодичні болі в ділянці серця та на головний біль, задишку при фізичному навантаженні та загальну слабкість.

Як бачимо, симптоми з якими звернулися пацієнти обох груп схожі, але процентне співвідношення турбує тим, що пацієнти з другої аналізованої групи пред'являли скарги частіше.

Таким чином, підсумовуючи результати дослідження, можна відмітити, що пацієнти 2 групи, які не дотримуються ЗСЖ, мають більш тяжчий перебіг

ССЗ, включаючи високий ступінь підвищення артеріального тиску, більшу частоту II та III стадії захворювання, більш виражену клінічну симптоматику.

Більшість пацієнтів обох груп тривалий час хворіють на ССЗ. У 8 хворих наявний цукровий діабет; у більшості – надлишкова маса тіла або ж ожиріння, тобто всі вони входили в групу високого коронарного ризику, а отже, потребували немедикаментозних та медикаментозних заходів вторинної профілактики, передбаченими існуючими рекомендаціями.

Отже, робота медичної сестри із пацієнтами на ССЗ з питання формування ЗСЖ сьогодні актуальна. Медсестра повинна володіти знаннями щодо проведення інформаційно-пропагандистської роботи серед таких пацієнтів з подальшим позитивним результатом. Навчання медичних сестер питань сестринської педагогіки є необхідною умовою підвищення ефективності профілактичної роботи з пацієнтами, які страждають на ССЗ.

3.4. Виявлення факторів ризику в хворих на серцево-судинні захворювання

Дані епідеміологічних досліджень свідчать про те, що поширеність серцево-судинних захворювань (ССЗ) пов'язана з рівнем ФР серед різних груп населення. Це біологічні характеристики, які не можна змінити, та фактори, які піддаються корекції.

Наявність АГ виявлено у більшості досліджуваних хворих, незважаючи на вік чи статеву приналежність і це дозволяє вважати її як фактор ризику розвитку ССЗ. Наявність АГ в анамнезі частіше зустрічалася у хворих на ССЗ 2 групи (рис. 3.4.1).

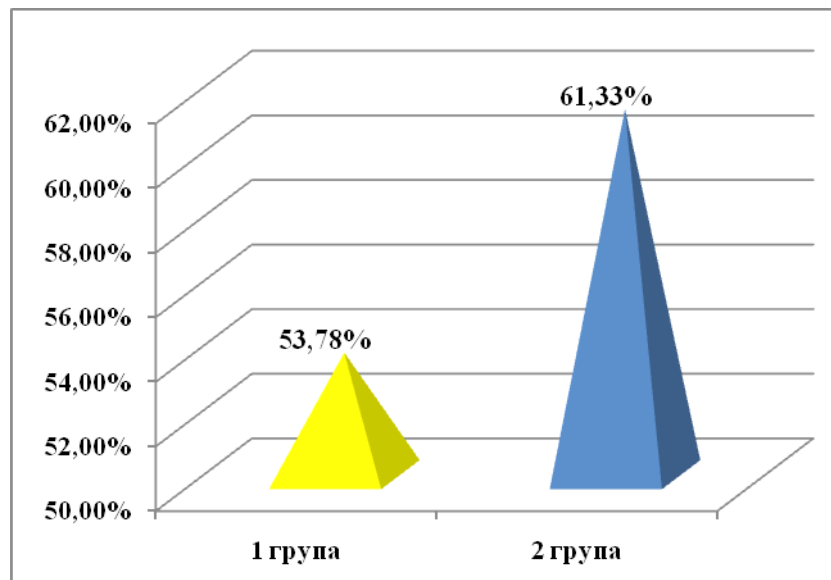


Рис. 3.4.1. Частота АГ серед хворих на ССЗ

Як видно з діаграми, АГ була в анамнезі у 1 групі у $53,78 \pm 9,07\%$, а у 2 групі у $61,33 \pm 8,03\%$ хворих.

При обстеженні у більшості хворих на АГ та ІХС+АГ на момент поступлення виявлено підвищений АТ та частоту пульсу, що перевищувала норму (дещо більше у 2 групі).

Одним з ФР розвитку ССЗ є підвищення маси тіла та ожиріння. Для цього у пацієнтів обох груп визначали індекс маси тіла (ІМТ, $\text{кг}/\text{м}^2$), за

допомогою якого можна визначити ризик ССЗ. Отримані результати подані в таблиці 3.4.2.

Таблиця 3.4.1

Індекс маси тіла у хворих на ССЗ

	І група (n=33)		ІІ група (n=47)	
	Кількісне значення	%	Кількісне значення	%
18,5 – 24,9 (нормальна маса тіла)	14	43	8	17
25 -29,9 (надлишкова маса тіла)	11	33	11	23
30,0 – 34,9 (ожиріння І ст.)	6	18	13	28
35,0 – 39,9 (ожиріння ІІ ст.)	2	6	15	32

Оцінка ІМТ у хворих на ССЗ виявила зміни даного показника в обох групах, однак дані таблиці демонструють перевагу хворих другої групи з підвищеною масою тіла та ожирінням І-ІІ ступеня, що свідчить підвищений та високий ризик серцево-судинних захворювань. Дослідження підтверджує той факт, що надмірна маса тіла викликає метаболічні порушення в організмі і веде до виникнення тяжкої патології. Відсутність контролю призводить до прогресування ожиріння, розповсюдження атеросклерозу.

Визначення окружності талії показало, що у жінок та чоловіків цей показник був підвищеним, що також вказує на високий та дуже високий ризик виникнення серцево-судинної патології. Вищим цей показник серед обстежених був у 2 групі пацієнтів.

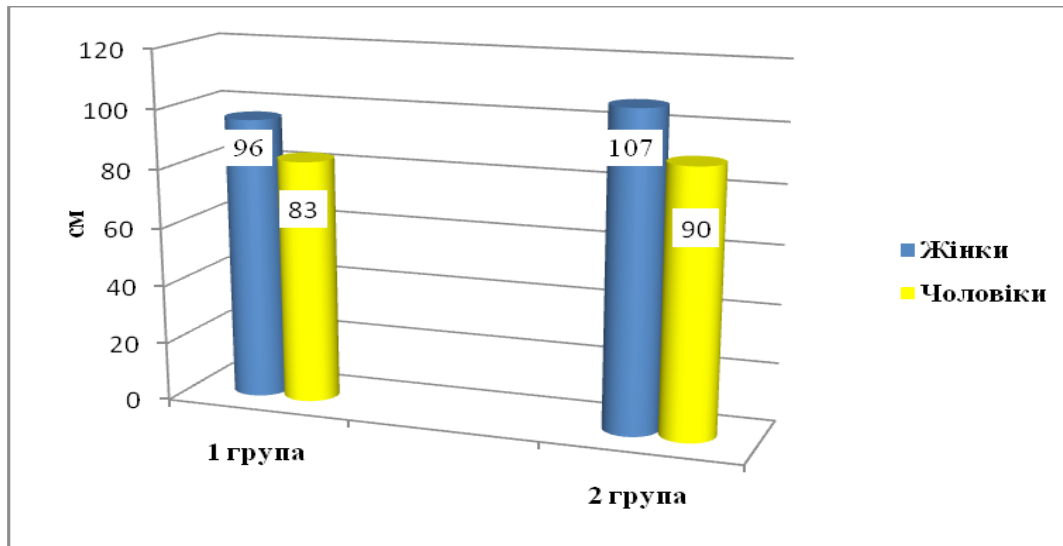


Рис. 3.4.2. Окружність талії у хворих на ССЗ

Серед обстежених пацієнтів переважав абдомінальний тип ожиріння (індекс талія/стегна був більше 0,9), який вказує на метаболічні порушення в організмі і приводить до виникнення та прогресування ССЗ. Необхідно відмітити, що абдомінальне ожиріння переважало у жінок порівняно з чоловіками. Однак, незалежно від статі цей показник зростав з віком.

Таким чином, дані дослідження співпадають з рядом досліджень, зокрема Фремінгемського, яке показало, що більшість пацієнтів з даною патологією мають надлишкову масу тіла. На кожний кілограм маси тіла ризик розвитку ускладнень підвищується на 5 %. Якщо вжити заходи щодо зниження маси тіла на 5-10 %, то це призведе до клінічно значущого зменшення вираженості метаболічних факторів ризику розвитку ССЗ.

Одним із вказаних ФР розвитку ССЗ пацієнти відмітили стрес. Важливим стресовим фактором може бути не один фактор або подія, а комплекс складних, взаємопов'язаних факторів, які в сукупності формують рівень соціальної адаптації людини, тобто його здатність зберігати рівновагу і мати достойну якість життя і здоров'я.

За шкалою оцінки соціальної адаптації Томаса Холмса, Річарда Рає визначали рівень стресостійкості. Отримані дані відображені на рис.3.4.3.

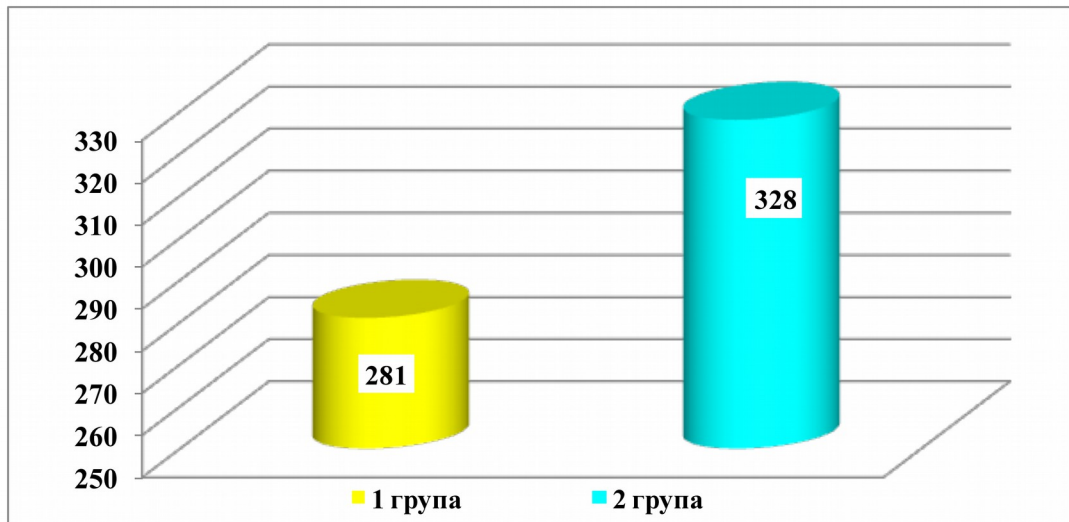


Рис. 3.4.3. Рівень стресостійкості у хворих на ССЗ

У пацієнтів 2 групи виявлено брак здатності до стрес-опору та низький рівень соціальної адаптації – $328,3 \pm 35,4$. Водночас у 1 групі виявлено більшу стресостійкість та соціальну адаптацію – $281,7 \pm 10,9$.

За допомогою опитувальника психологічного стресу Reeder L. визначали рівень стресу (табл. 3.3.3).

Таблиця 3.4.2

Рівень стресу за Reeder L.

	1 група (n=33) (M±m), бали	2 група (n=47) (M±m), бали
Чоловіки	$1,65 \pm 1,26$	$1,87 \pm 0,64$
Жінки	$1,36 \pm 0,1$	$1,58 \pm 0,2$

Діагностовано загальний високий рівень психосоціального стресу в усіх хворих, що пов'язано, можливо, із напруженим ритмом життя. При цьому в хворих 2 групи цей показник був найвищим, а у пацієнтів 1 групи він наближався до високого. Високий рівень стресу відмічався більше у пацієнтів на АГ та ІХС+АГ.

Також було виявлено, що у хворих на ССЗ спостерігається більше депресивних станів, більше життєвого виснаження і зниження цікавості до життя, менше здатності справитись з проблемами, гірша якість життя і менша віра в майбутнє. Депресія пов'язана з більшим ризиком фатальних наслідків ССЗ, причому цей фактор більше діє серед осіб жіночої статі.

Психосоціальні фактори ризику відрізняються між чоловіками і жінками. Виявлено, що більш стійкими до дії стресу в обох групах є жінки порівняно з чоловіками.

Для оцінки рівня фізичної активності (ФА) визначали рухову активність на роботі і в години дозвілля (у спортивному режимі).

Таблиця 3.4.3

Рівень фізичної активності

	І група (n=33)		ІІ група (n=47)	
	Абс.	%	Абс.	%
Низька (0-5 балів)	4	12	23	49
Середня (6-9 балів)	9	27	17	36
Достатня (10-12 балів)	14	43	6	13
Висока (більше 12 балів)	6	18	1	2

Як видно із таблиці 3.4.3, для пацієнтів, які дотримуються ЗСЖ характерна достатня (43%), середня (27%) та висока (12%) фізична активність. Для пацієнтів, які не дотримуються ЗСЖ – низька (49%) середня (36%), і достатня (13%) фізична активність. Виявлено, що з віком значно зростає кількість пацієнтів з малорухомим способом життя за рахунок заміни спортивних занять на використання комп'ютера, телевізора.

Із збільшенням рівня фізичного здоров'я підвищується толерантність до фізичного навантаження та зменшується вірогідність ішемічних проявів під час фізичних навантажень. Низький рівень фізичного здоров'я є незалежним ендогенним фактором ризику розвитку ССЗ та відображає наявність хронічної коронарної недостатності.

У пацієнтів двох груп визначали такий фактор ризику як куріння. Визначення типу курильної поведінки проводили за анкетною Д.Хорна. Особи, які викурювали хоча б одну цигарку за день, віднесені до курців. Серед осіб, які не курять, розрізняли: ніколи не курили і курили в минулому. Опитування показало, що у 1 групі все-таки курять 6 хворих, а в 2 групі – 18. Шкідлива звичка «курити» переважала серед чоловіків. Згідно цієї анкети розрізняють шість типів курильної поведінки. У більшості випадків має місце змішаний характер поведінки, але опитування дало можливість виділити домінуючий тип.

Таблиця 3.4.4

Типи курильної поведінки за Д.Хорном

Вид курильної поведінки	I група (n=6)	II група (n=18)
"Стимуляція"	-	2
"Гра із цигаркою"	5	-
"Розслаблення"	-	3
"Підтримка"	1	5
"Спрага"	-	4
"Рефлекс"	-	4

Дані табл.3.4.4 свідчать, що у групі пацієнтів, які дотримуються ЗСЖ більшість пацієнтів мають тип поведінки "гра із цигаркою" – для них важливі "курильні" аксесуари, курять мало, у ситуаціях спілкування, "за компанію", лише 1 пацієнт - "підтримка" (курять для зниження емоційного напруження).

У другій групі пацієнтів характерні "підтримка" (курять для зниження емоційного напруження), "спрага" (курять улюбленій ситуації, не дивлячись на заборону), "стимуляція" (високий ступінь психологічної залежності від нікотину), "розслаблення" (курять лише у комфортних умовах, кидають курити довго), "рефлекс" (курять багато, автоматично).

Визначення типу курильної поведінки допомагає у виборі тактики при профілактиці та лікуванні тютюнопаління.

Оцінка статусу куріння, крім визначення типу курильної поведінки, також включає оцінку: ризику розвитку захворювань, ступеня нікотинової залежності, ступеня мотивації кинути курити.

Оцінку куріння як фактору ризику розвитку ССЗ проводили за індексом куріння (ІК). Отримані результати індексу куріння подані у табл. 3.4.5.

Таблиця 3.4.5

Індекс куріння		
	1 група (n=6), (M±m)	2 група (n=18), (M±m)
Індекс куріння=кількість цигарок за деньx12	37±2,1	150±8,1

Таким чином, індекс куріння у другій групі свідчить про високий ризик розвитку ССЗ.

Опитування курців показало, що куріння допомагає їм стимулювати розумову діяльність; концентрувати увагу (зосередитись); розслабитися, відпочити; отримати задоволення; спілкуватися; знизити масу тіла; жити.

Це свідчить про неналежне відношення до свого здоров'я.

За допомогою тесту Фагерстрема шляхом опитування проводили оцінку ступеня нікотинової залежності. Отримані результати подано на рис.3.4.4.

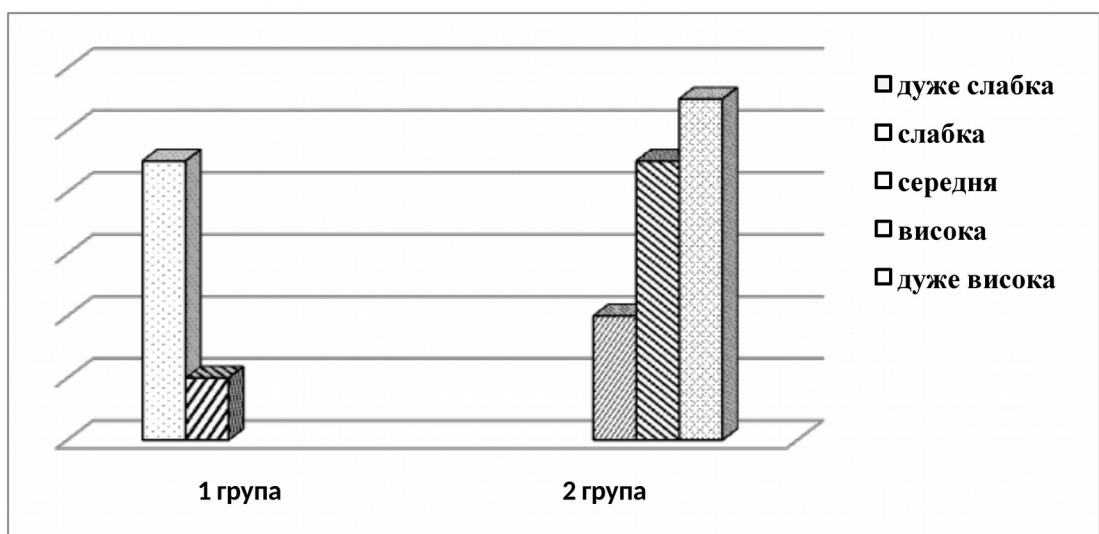


Рис. 3.4.4. Ступінь нікотинової залежності

З цієї діаграми видно, що для пацієнтів 1 групи характерна дуже слабка та слабка нікотинова залежність, для пацієнтів 2 групи – середня, висока та дуже висока нікотинова залежність.

Оцінка ступеня мотивації та готовності до відмови від куріння показали: всі пацієнти 1 групи мають високу мотивацію до відмови від куріння, другої – слабку (12 пацієнтів) і у 6 пацієнтів відсутня мотивація.

Припинення куріння істотно знижує ризик виникнення, а також полегшує перебіг і покращує прогноз усіх уже наявних ССЗ. Особам, яким важко кинути курити, можна рекомендувати курс застосування нашкірних пластирів з ніотином.

Важливим було вивчення такого фактору ризику як вживання алкоголю. По кількості вживання алкоголю поділили наступним чином: ніколи не вживали алкоголь впродовж останнього року; мало і помірно - для чоловіків <168 г етанолу в тиждень, для жінок <84 г етанолу в тиждень; багато — для чоловіків ≥ 168 г етанолу в тиждень; для жінок ≥ 84 г етанолу в тиждень. Отримані результати подано в табл.3.3.7.

Таблиця 3.4.6

Рівень вживання алкоголю

	I група (n=33)		II група (n=47)	
	Абс.	%	Абс.	%
Ніколи	29	88	30	64
Мало і помірно	4	12	16	34
Багато	-	-	1	2

Отже, 59% пацієнтів не вживають алкоголь, 20% - мало і помірно та лише 2% - багато. Аналіз гендерних та вікових особливостей вживання алкоголю показав, що зловживають алкоголем більше чоловіки, однак, з віком виявлена тенденція до вживання алкоголю у жінок.

З метою виявлення ступеня потягу до алкогольних напоїв проведено опитування за допомогою короткого мічиганського алкогольного тесту по С.Гремлінгу і Ауербаху (2002), що дозволяє визначити потребу для пацієнта у професійній консультації з приводу звички до вживання алкогольних напоїв.

Згідно з отриманим даними основна кількість пацієнтів (98%) здатні самі контролювати потребу алкоголю, розробити свій план контролюючого вживання алкоголю і може не дозволити алкоголю контролювати себе; 2 % пацієнтів необхідно звернутися за медичною допомогою, щоб змінити звички вживання алкогольних напоїв.

Імовірність покращання клінічної картини прямо пропорційно залежить від регулярності прийому медикаментозних препаратів. Крім того, необхідно враховувати те, що погана прихильність до медикаментозного лікування, як правило, супроводжується і поганою прихильністю у відношенні до немедикаментозних методів лікування. Оцінку прихильності пацієнтів до лікування визначали за допомогою тесту Моріскі–Гріна.

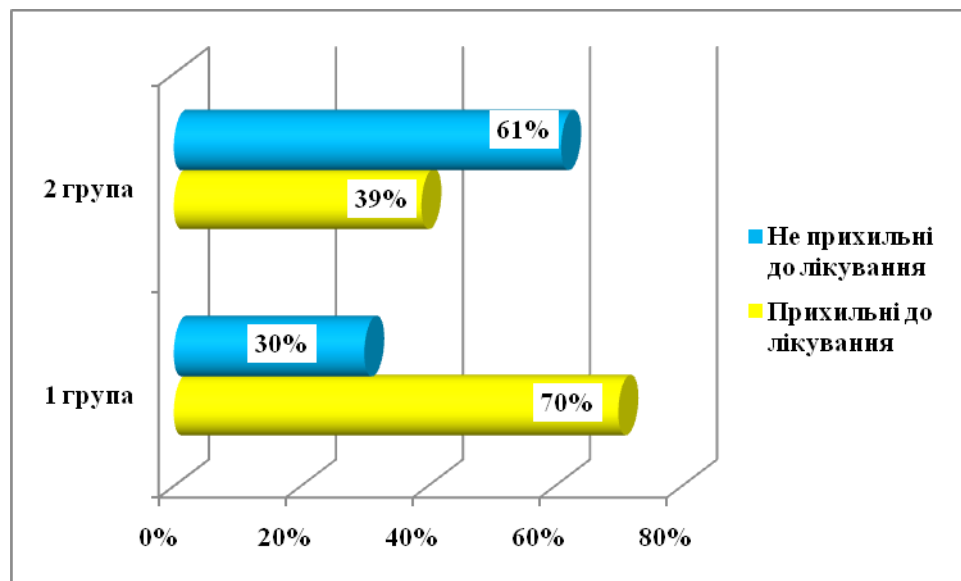


Рис. 3.4.5. Оцінка прихильності пацієнтів до лікування за тестом Моріскі-Гріна

У 2 групі 61% пацієнтів не є прихильними до лікування. Недостатня прихильність до лікування, яка супроводжується частою відміною і

наступним відновленням лікування, збільшує імовірність ускладнень, пов'язаних з першою дозою прийому препаратів і синдромом відміни.

Таким чином, в обох групах було виявлено ФР. Однак, у пацієнтів 2 групи (не дотримуються ЗСЖ) виявлено більший відсоток ФР, а відповідно і більший відсоток ризику розвитку серцево-судинних ускладнень.

Знання ФР пацієнтами на ССЗ дозволяє проводити профілактику та прогресування цього захворювання. У кожної людини своє уявлення про здоров'я і хвороби, і медична сестра повинна бути готова взаємодіяти з будь-якою особою. Розуміння пацієнтом всіх факторів, що впливають на розвиток захворювання, зміна її ставлення до власного здоров'я може бути метою сестринського втручання в профілактиці ССЗ.

Підвищення фізичної активності дозволяє підвищити рівень фізичного здоров'я до безпечного та підтримувати його. Разом з тим, фізичне тренування значно розширює функціональні можливості системи кровообігу, збільшує загальну фізичну працездатність, сприяє корекції рівня АТ та надлишкової маси тіла.

Отже, профілактичні заходи щодо ССЗ, які здійснюватиме медична сестра, повинні включати корекцію виявлених факторів ризику. Їх модифікація спрямована на зниження АТ, зменшення маси тіла при її надлишку; підвищення фізичної активності в години дозвілля; зменшення вживання їжі насиченої жирами, солодощів; відмову від паління; обмеження вживання алкогольних напоїв; психоемоційне розвантаження та релаксацію.

Основна мета дієтотерапії у профілактиці ССЗ - зниження концентрації холестерину плазми, зменшення кількості споживаних калорій, зниження надмірної маси тіла. У ході вторинної профілактики дієта - обов'язковий компонент всіх лікувальних заходів. Набирає популярність «середземноморська дієта», яка включає зерновий хліб, овочі, фрукти, рибу і морепродукти, оливкову і ріпакову олію, птицю, зернові продукти.

Незалежно від характеру профілактики (первинна /вторинна) всім курцям потрібно наполегливо рекомендувати повністю відмовитися від куріння - самого важливого з модифікуючих ФР ССЗ, атеросклерозу периферичних артерій та мозкового інсульту.

Важливим було визначення готовності всіх пацієнтів щодо отримання цієї інформації та способів її надання.

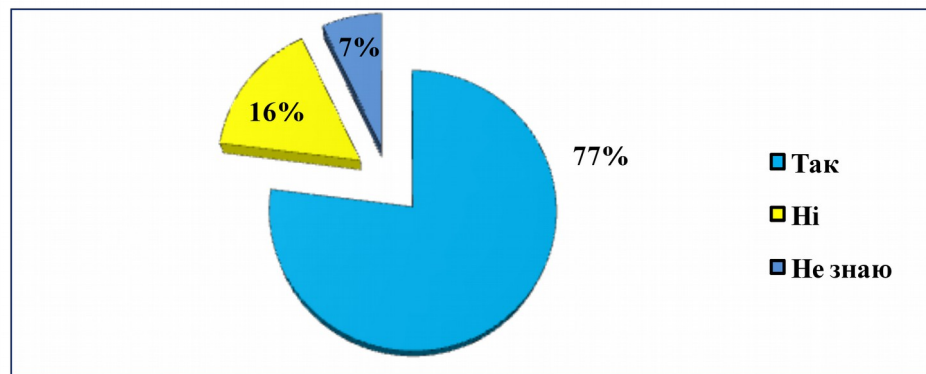


Рис. 3.4.6. Рівень готовності пацієнтів щодо отримання інформації про ССЗ

Як видно з діаграми, 77% пацієнтів бажають отримати інформацію про ССЗ. Такий великий відсоток є досить позитивним. Однак, насторожує 16% опитаних, які не бажають бути обізнаними про своє захворювання. І лише 7% пацієнтів відмовляються від будь-якої інформації.

Із запропонованих пацієнтам шляхів отримання інформації були: засоби масової інформації, усна бесіда, санбюлетень, пам'ятки з усним коментарем медичної сестри, пам'ятка без пояснень.



Рис. 3.4.7. Шляхи отримання інформації пацієнтами

Ми бачимо, що 37% пацієнтів хотіли б отримати цю інформацію через засоби масової інформації (телебачення, радіо, преса) та мережу Internet, 21% - у вигляді пам'ятки без пояснень медичної сестри, 20% - у вигляді стендової доповіді (санбюлетень), 15% - отримати пам'ятку з усним коментарем медичної сестри і лише 7% - шляхом усної бесіди.

Слід відмітити, що отримувати інформацію шляхом усної бесіди мали бажання пацієнти старшого віку, переважно пенсіонери, а користуватись засобами масової інформації - пацієнти молодшого віку досліджуваної групи.

На думку пацієнтів, потрібно підвищити доступність отримання інформації щодо профілактики захворювань на прийомах у лікувальних закладах, публікацій у місцевій пресі, збільшити кількість теле- і радіопередач про здоров'я.

Під час інформування пацієнтів медичні сестри пропонують використовувати бесіди, лекції, інші методи. Більшість медсестер у своїй практичній діяльності використовують лише мовне спілкування, і менше - комп'ютерні можливості, відеофільми, в т.ч. інтернет-ресурси.

Результати анкетування показали, що медичні сестри відмічають труднощі при підготовці до проведення профілактичних заходів, які пов'язані з: відсутністю для сестринського персоналу методичних рекомендацій, інформаційних листів, наочних посібників (35%), браком часу (27%),

відсутністю терпіння (4%), недостатністю знань з методики проведення профілактичної роботи та володіння педагогічною майстерністю (29%), відсутністю у пацієнта бажання слухати та отримувати інформацію (9%); 8% опитаних не могли вказати причину, 16% медичних сестер ніяких труднощів не відчують.

Отже, для інформування пацієнтів слід забезпечити медичних сестер методичними рекомендаціями, у яких було б наведено теоретичні та практичні основи профілактики ССЗ та здорового способу життя.

Навчання пацієнта способам управління хронічними захворюваннями набуває особливого змісту і стає важливою частиною щоденної роботи медичної сестри. Навчання - одна з функцій сестринського персоналу. Сюди входить навчання пацієнтів та їх родичів навичкам догляду та самогляду, правилам прийому лікарських засобів, основ раціонального харчування, заходам профілактики захворювань.

Отже, до функцій медичної сестри повинні відноситися:

- навчання пацієнтів та їх родичів правил:
 - розпізнавання болю у лівій половині грудної клітки серцевого походження;
 - підрахунку частоти пульсу, вимірювання АТ та його контролю;
 - надання першої долікарської допомоги при виникненні болю у лівій половині грудної клітки;
 - надання першої долікарської допомоги при підвищенні АТ;
 - дотримання пацієнтами рухового режиму;
 - систематичного прийому ліків, контролю за регулярністю прийому і періодичного відвідування лікаря.
- проведення бесіди щодо зміни модифікації способу життя:
 - ліквідації стресового стану;
 - корекції маси тіла за наявності ожиріння;
 - регулярне виконання фізичних вправ (динамічних), відмова від фізичних навантажень ізометричного типу;

- зменшення вживання насичених жирів та холестерину, кухонної солі;
- дотримання режиму праці та відпочинку з виключенням чинників, які травмують психіку;
- нормалізація сну;
- повна відмова від куріння, зменшення вживання алкоголю.

Все це сприятиме:

- покращанню інформованості хворих про своє захворювання;
- зменшенню показників АТ;
- формуванню їх мотивації до збереження свого здоров'я;
- підвищенню відповідальності за своє здоров'я як за свою особисту цінність.

Для ефективності роботи взаємини між лікарем, медичною сестрою та пацієнтом повинні бути побудовані за принципом єдиної команди, в центрі уваги якої знаходиться пацієнт. Важливу роль в довготривалій ефективності навчальних заходів відіграють педагогічні та психологічні аспекти. Успіх навчання визначається формуванням мотивації пацієнтів, чим займається медсестра під керівництвом лікаря. Важливим є професіоналізм медичного персоналу, постійне професійне зростання, самовдосконалення. Необхідно відзначити важливу партнерську роль взаємин медичної сестри і пацієнта.

Отже, здійснення сестринської діяльності потребує не тільки медичних, але й педагогічних та наукових знань, що є можливим за умов ступеневого навчання медсестри.

АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Україна посідає одне з перших місць в Європі за показниками смертності від хвороб системи кровообігу, які істотно перевищують аналогічні показники у Франції, Німеччині, Польщі, Великобританії [20, 21].

Захворюваність населення України на серцево-судинні захворювання (ССЗ) і вихід їх на перше рангове місце в структурі загальної смертності свідчать про зростання поширеності цієї патології та є несприятливим показником стану популяційного здоров'я [20, 21, 47, 71].

Основні показники інвалідності населення зумовлені зростанням захворюваності на ССЗ, погіршенням соціально-економічних умов життя та екологічної ситуації, зменшення доступності та якості медичної допомоги [42, 43, 89].

Захворюваність населення на ССЗ викликає не тільки зниження рівня здоров'я, але і тимчасову непрацездатність, зменшення середньої тривалості життя і в цілому – погіршення добробуту народу.

Поширеність ССЗ пов'язана з рівнем факторів ризику (ФР) серед різних груп населення. Це біологічні характеристики, які не можна змінити, та фактори, які піддаються корекції. Тому важливим є своєчасне виявлення факторів, що впливають на стабілізацію та прогресування захворювання.

Профілактика ССЗ базується на основі концепції про ФР. Своєчасне виявлення пацієнтів із ФР ССЗ, усунення їх дії та подальше спостереження за пацієнтами групи ризику є одним із важливих завдань медичних сестер. Профілактичні заходи дозволяють знизити захворюваність та смертність на серцево-судинні захворювання. Концепція оцінки ризику практично всіма вченими розглядається як головний механізм оптимізації тактики введення хворих на ССЗ.

Важливий вплив на психосоматичний рівень здоров'я можна оцінювати через аналіз задоволеності психологічними та санітарно-технічними умовами праці, задоволеності від роботи.

Більше чинників ризику зумовлені способом життя, серед яких до психосоціальних відносять різноманітні стресогенні події життя: хронічний стрес на роботі, відсутність соціальної підтримки, низький соціально-економічний статус, напруженість стосунків тощо [47, 71].

На сьогоднішній день вагоме місце у профілактиці ССЗ та їх ускладнень відіграє формування у свідомості як медичного персоналу так і пацієнтів розуміння важливості контролю стану факторів серцево-судинного ризику, який на даному етапі є недостатнім.

Своєчасне виявлення факторів, що впливають на стабілізацію та прогресування ССЗ, може бути проведено лише за умов активного дослідження. Важливу роль у профілактиці ССЗ відіграє діяльність середніх медичних працівників.

Дослідження пацієнтів проводили шляхом анкетування, яке здійснювалось з метою виявлення психосоціальних факторів у розвитку захворювання, рівня інформованості пацієнта про захворювання, модифіковані та немодифіковані ФР [47, 58]. Вікові межі пацієнтів склали 32-85 років, при цьому середній вік хворих склав $55,6 \pm 7,63$. Кількість пацієнтів на АГ переважала у віковій категорії 40-55 років, на ІХС – 50-65 років, тоді як у групі коморбідної патології (АГ + ІХС) – старше 65 років.

Серед обстежених переважали мешканці сільської місцевості (67%), за освітою співвідношення було майже однакове 49% осіб з вищою, 51% пацієнтів - з середньою та середньою спеціальною освітою разом. Дослідження соціального статусу обстежених показало, що більшу частку склали пенсіонери - 41%, найменше було безробітних – 10%.

Задоволення від роботи, якою займаються, відмічають більшість пацієнтів (53 %) на ССЗ (при цьому не відмічається суттєвих гендерних відмінностей), 35% - частково і лише 12% - взагалі не задоволені справою, якою займаються. При цьому більшість працюючих (67%) відмітили наявність емоційного напруження та стресів на роботі, пов'язаних із конфліктними ситуаціями з колегами та керівництвом, відповідальністю за

виконувану роботу, керівною посадою, роботою з великою кількістю людей, фінансовими проблемами, роботою через потребу досягнення пенсійного віку. Усі зазначені факти, безумовно, можуть сприяти психоемоційному напруженню та розвитку ССЗ.

66% опитаних хворих на ССЗ відмітили відмінні та добрі санітарно-технічні умови на роботі, менше – задовільні (21%), значно менше – погані умови праці (13%). Отже, переважає відсоток пацієнтів, які мають відмінні та добрі санітарно-технічні умови праці.

Щодо сімейного стану респондентів: більшість пацієнтів перебувають у шлюбі, серед розлучених переважають жінки. При оцінюванні сімейних стосунків з рідними 73% опитаних відмітили як гармонійні, а інші - пов'язують конфліктні відносини із фінансовими проблемами та відсутністю окремого житла, непорозуміння з дітьми та/або батьками.

Велике значення у психологічній адаптації до свого захворювання має підтримка зі сторони родичів та близьких людей. Більшість (37%) хворих на ССЗ відчують підтримку родичів середньо, 33% - сильну і лише у 5% - відсутня психологічна підтримка з боку родичів та близьких людей. При суб'єктивній оцінці свого матеріального становища більшість пацієнтів оцінила як середній, лише кілька – добрий, переважно пенсіонери відмітили як поганий.

Отже, дослідження психосоціального статусу показало, що більшість пацієнтів переймаються питаннями політики, матеріального стану (проживання та фінанси), сімейних взаємовідносин, нестабільністю та невпевненістю майбутнього.

Більшість пацієнтів інформовані про ССЗ, зокрема, ішемічну хворобу серця та артеріальну гіпертензію) та ФР розвитку захворювання. Виявлено, що такі ФР як підвищений АТ (22%), надмірна маса тіла (16%), негативні емоції (14%), куріння (11%) наші пацієнти вважають найважливішими у виникненні даного захворювання в себе. Більшість пацієнтів (62%) пацієнтів знають про своє захворювання, що пов'язано із тривалим перебігом

захворювання. Непокоять ті пацієнти, яких не цікавить ця інформація, що дозволяє думати про пасивне і невідповідальне ставлення до свого здоров'я.

У пацієнтів на артеріальну гіпертензію (АГ) та ішемічну хворобу серця (ІХС) з коморбідною АГ важливим було вміння правильно контролювати рівень артеріального тиску (АТ), частоту пульсу та здійснювати самоконтроль. Виявлено, що пацієнти недостатньо володіють навиками вимірювання АТ, підрахунку частоти пульсу і, відповідно, здійснювати самоконтроль за цими показниками. Однак, підраховувати частоту пульсу вміє більша кількість пацієнтів (74%).

Для виконання цих маніпуляцій пацієнти, в першу чергу, повинні бути забезпечені доступними засобами контролю АТ; по-друге, медична сестра повинна навчити пацієнта та його родичів правильно вимірювати АТ, здійснювати підрахунок пульсу та розуміти їх значення.

Кожний пацієнт на АГ та ІХС з супутньою АГ повинен володіти даними щодо нормальних показників АТ, можливих ускладнень. Це дозволяє правильно оцінювати свій стан, попереджувати можливий напад стенокардії і вчасно звертатися за медичною допомогою в разі необхідності. Отримані результати свідчать про низький рівень знань пацієнтів нормальних показників АТ, а тому вимагають від медичної сестри, проведення роз'яснювальної роботи. Це сприятиме самостійному контролю АТ, попередженню підвищення АТ та розвитку нападу стенокардії, покращанню взаємодії між медичною сестрою і хворим.

Результати анкетування показали низький рівень інформованості пацієнтів про ССЗ та фактори, які провокують підвищення АТ та напад стенокардії, можливі ускладнення, нормальні показники АТ, недостатній рівень володіння практичними навиками вимірювання АТ, підрахунку частоти пульсу та здійснення самоконтролю.

При визначенні готовності всіх пацієнтів щодо отримання цієї інформації та спосіб її надання виявлено, що більшість пацієнтів бажають отримати інформацію про ССЗ. Однак, насторожують ті опитані, які не

бажають бути обізнаними про АГ та ІХС або ж відмовляються від будь-якої інформації. Виявлено, що 37% пацієнтів хотіли б отримати цю інформацію через засоби масової інформації (телебачення, радіо, преса) та мережу Internet, 21% - у вигляді пам'ятки без пояснень медичної сестри, 20% - у вигляді стендової доповіді (санбюлетень), 15% - отримати пам'ятку з усним коментарем медичної сестри і лише 7% - шляхом усної бесіди. Слід відмітити, що отримувати інформацію шляхом усної бесіди мали бажання пацієнти старшого віку, переважно пенсіонери, а користуватись засобами масової інформації - пацієнти молодшого віку досліджуваної групи.

Вивчення обізнаності пацієнтів щодо профілактичних технологій ССЗ є доцільним, тому що такі дані – це основа для їх розробки, удосконалення та впровадження. Оскільки більшість ФР є модифікованими, то важливим було виявлення рівня знань хворих про профілактичні заходи щодо серцево-судинних захворювань. Встановлено, що пацієнти знають про необхідність зниження рівня АТ (19%), зниження маси тіла при її надлишку (16%), відмову від куріння (14%), підвищення фізичної активності в години дозвілля (15%), психоемоційне розвантаження та релаксацію (16%) зменшення вживання насичених жирів, солодощів та холестерину (13%), обмеження вживання алкогольних напоїв (4%). Однак, поінформованість пацієнтів про профілактику даного захворювання є недостатньою, що, на нашу думку, є вагомою причиною зростання захворюваності на хвороби системи кровообігу (ХСК).

Отже, результати анкетування показали про недостатню обізнаність пацієнтів щодо ІХС та АГ і володіння навиками вимірювання АТ, підрахунку пульсу, недостатню психологічну адаптацію, неналежне відношення до немедикаментозних та медикаментозних методів лікування.

Навчання пацієнта способам управління хронічними захворюваннями набуває особливого змісту і стає важливою частиною щоденної роботи медичної сестри [51, 53]. Навчання - одна з функцій сестринського персоналу. Сюди входить навчання навичкам догляду та самогляду, правилам прийому

лікарських засобів, основ раціонального харчування, заходам профілактики захворювань.

Отже, у функції сестринського персоналу повинно входити навчання пацієнтів розпізнавання головного болю, запаморочення, болю у лівій половині грудної клітки серцевого походження, підрахунку частоти пульсу, вимірювання АТ, надання першої долікарської допомоги при підвищенні артеріального тиску, виникненні болю у лівій половині грудної клітки, дотримання пацієнтами рухового режиму, систематичного прийому ліків, контролю за регулярністю прийому і періодичного відвідування лікаря, а також проведення бесіди щодо зміни модифікації способу життя: зменшення маси тіла за наявності ожиріння, регулярне виконання фізичних вправ (динамічних), відмова від фізичних навантажень ізометричного типу, зменшення вживання насичених жирів та холестерину, солі, дотримання режиму праці та відпочинку з виключенням чинників, які травмують психіку, нормалізація сну, повна відмова від куріння, зменшення вживання алкоголю.

Для ефективності роботи взаємини між лікарем, медичною сестрою та пацієнтом повинні бути побудовані за принципом єдиної команди, в центрі уваги якої знаходиться пацієнт. Вирішальну роль в довготривалій ефективності навчальних заходів відіграють педагогічні та психологічні аспекти. Успіх навчання визначається формуванням мотивації пацієнтів, чим займається медсестра під керівництвом лікаря. Тому таким важливим є професіоналізм медичного персоналу, постійне професійне зростання, самовдосконалення.

Для вивчення особливостей перебігу ССЗ в залежності від способу [9, 60] життя всіх пацієнтів поділили на дві групи. Обидві досліджувані групи склалися з пацієнтів різної статі. В групі 1, ті, що дотримуються здорового способу життя жінок було більше, тоді як у 2 групі переважали чоловіки.

Перевага жінок серед хворих, які ведуть здоровий спосіб життя, можливо, пов'язана з більш відповідальним ставленням не лише до свого здоров'я, а й здоров'я своєї родини, як первинного осередку суспільства.

За віковою характеристикою найбільша кількість хворих на ССЗ була у віці 50-69 років. В обох групах пацієнтів відмічається збільшення захворюваності з віком. Спостерігається більша тенденція зростання захворюваності серед осіб, які не дотримуються ЗСЖ порівняно з 1 групою. У групі пацієнтів віком 70 та більше років відмічається зменшення їх кількості у зв'язку з розвитком у них ускладнень (інфаркт, інсульт).

Рівень вперше виявлених захворювань серцево-судинної системи майже не відрізняється в обох групах, але при цьому потрібно враховувати, що часто ІХС та АГ мають безсимптомний перебіг і досить часто хворі звертаються за медичною допомогою після виникнення ускладнень. Суттєву перевагу займають хворі, "стаж" котрих перевищує 10 років і більшість таких хворих виявилось серед представників другої групи (53%).

При вивченні клінічних даних виявлено, що більшість пацієнтів на ССЗ обох груп скаржаться на періодичні болі в ділянці серця та на головний біль, задишку при фізичному навантаженні та загальну слабкість.

Слід відмітити, що симптоми з якими звернулися пацієнти обох груп подібні, але процентне співвідношення турбує тим, що пацієнти з другої аналізованої групи пред'являли скарги частіше.

Таким чином, підсумовуючи результати дослідження, можна відмітити, що пацієнти 2 групи, які не дотримуються ЗСЖ, мають більш тяжчий перебіг ССЗ, включаючи високий ступінь підвищення артеріального тиску, більшу частоту II та III стадії захворювання, більш виражену клінічну симптоматику.

Отже, робота медичної сестри із пацієнтами на ССЗ з питання формування ЗСЖ сьогодні актуальна. Медсестра повинна володіти знаннями щодо проведення інформаційно-пропагандистської роботи серед таких пацієнтів з подальшим позитивним результатом. Навчання медичних сестер питань сестринської педагогіки є необхідною умовою підвищення ефективності профілактичної роботи з пацієнтами, які страждають на ССЗ.

Дані епідеміологічних досліджень свідчать про те, що поширеність ССЗ пов'язана з рівнем ФР серед різних груп населення. Це біологічні характеристики, які не можна змінити, та фактори, які піддаються корекції.

Наявність АГ в анамнезі виявлено у більшості досліджуваних хворих, незважаючи на вік чи статеву приналежність і це дозволяє вважати її як фактор ризику розвитку ССЗ. Наявність АГ в анамнезі частіше зустрічалася у хворих на ССЗ 2 групи.

При обстеженні у більшості хворих на АГ та ІХС+АГ на момент поступлення виявлено підвищений АТ та частоту пульсу, що перевищувала норму (дещо більше у 2 групі).

Одним з ФР розвитку ССЗ є підвищення маси тіла та ожиріння. Встановлено перевагу хворих другої групи з підвищеною масою тіла та ожирінням I-II ступеня, що свідчить про підвищений ризик серцево-судинних захворювань. При вимірюванні окружності талії встановлено, що у жінок та чоловіків цей показник був підвищеним, що також вказує на високий та дуже високий ризик виникнення серцево-судинної патології. Вищим цей показник серед обстежених був у 2 групі пацієнтів. Серед обстежених пацієнтів переважав абдомінальний тип ожиріння, який вказує на метаболічні порушення в організмі і приводить до виникнення та прогресування ССЗ. Необхідно відмітити, що абдомінальне ожиріння переважало серед жінок порівняно з чоловіками. Однак, незалежно від статі цей показник зростав з віком.

Одним із вказаних ФР розвитку ССЗ пацієнти відмітили стрес. Важливим стресовим фактором може бути не один фактор або подія, а комплекс складних, взаємопов'язаних факторів, які в сукупності формують рівень соціальної адаптації людини, тобто його здатність зберігати рівновагу і мати достойну якість життя і здоров'я. У пацієнтів 2 групи виявлено брак здатності до стрес-опору та низький рівень соціальної адаптації, водночас у 1 групі виявлено більшу стресостійкість та соціальну адаптацію. В усіх хворих діагностовано загальний високий рівень психосоціального стресу, що

пов'язано, можливо, із напруженим ритмом життя. При цьому в хворих 2 групи цей показник був найвищим, а у пацієнтів 1 групи він наближався до високого. Високий рівень стресу відмічався більше у пацієнтів на АГ та ІХС+АГ. Психосоціальні фактори ризику відрізняються між чоловіками і жінками. Виявлено, що більш стійкими до дії стресу в обох групах є жінки порівняно з чоловіками. Також було виявлено, що у хворих на ССЗ спостерігається більше депресивних станів, більше життєвого виснаження і зниження цікавості до життя, менше здатності справитись з проблемами, гірша якість життя і менша віра в майбутнє. Депресія пов'язана з більшим ризиком фатальних наслідків ССЗ, причому цей фактор більше діє серед осіб жіночої статі.

Рівень фізичного здоров'я є прогностичним критерієм ризику розвитку ССЗ, відбиваючи ступінь рухових можливостей людини та динаміку ендогенних маркерів захворювання. Для пацієнтів, які дотримуються ЗСЖ характерна достатня, середня та висока фізична активність. Для пацієнтів, які не дотримуються ЗСЖ – низька, середня і достатня фізична активність.

Вивчення такого фактору ризику як куріння показало, що у групі пацієнтів, які дотримуються ЗСЖ більшість пацієнтів мають тип поведінки "гра із цигаркою", "за компанію", "підтримка". У другій групі пацієнтів характерні "підтримка", "спрага", "стимуляція", "розслаблення", "рефлекс". Індекс куріння у другій групі свідчить про високий ризик розвитку ССЗ та про неналежне відношення до свого здоров'я. Оцінка ступеня нікотинової залежності показала, для пацієнтів 1 групи характерна дуже слабка та слабка нікотинова залежність, для пацієнтів 2 групи – середня, висока та дуже висока нікотинова залежність. Оцінка ступеня мотивації та готовності до відмови від куріння показали: всі пацієнти 1 групи мають високу мотивацію до відмови від куріння, другої – слабку (12 пацієнтів) і у 6 пацієнтів відсутня мотивація.

Важливим було вивчення такого фактору ризику як вживання алкоголю. В цілому, більшість пацієнтів (59%) не вживають алкоголь, 20% - мало і

помірно та лише 2% - багато. Аналіз гендерних та вікових особливостей вживання алкоголю показав, що зловживають алкоголем більше чоловіки, однак, з віком виявлена тенденція до вживання алкоголю у жінок.

Основна кількість пацієнтів здатні самі контролювати потребу алкоголю, розробити свій план контролюючого вживання алкоголю і може не дозволити алкоголю контролювати себе; 2 % пацієнтів необхідно звернутися за медичною допомогою, щоб змінити звички вживання алкогольних напоїв.

Імовірність покращання клінічної картини прямо пропорційно залежить від регулярності прийому медикаментозних препаратів. Крім того, необхідно враховувати те, що погана прихильність до медикаментозного лікування, як правило, супроводжується і поганою прихильністю у відношенні до немедикаментозних методів лікування.

У 2 групі 61% пацієнтів не є прихильними до лікування. Недостатня прихильність до лікування, яка супроводжується частою відміною і наступним відновленням лікування, збільшує імовірність ускладнень, пов'язаних з першою дозою прийому препаратів і синдромом відміни.

Таким чином, в обох групах було виявлено ФР. Однак, у пацієнтів 2 групи (не дотримуються ЗСЖ) виявлено більший відсоток ФР, а відповідно і більший відсоток ризику розвитку серцево-судинних ускладнень.

Відомо, що найкращий спосіб запобігти розвитку будь-якої хвороби полягає в ліквідації її причини.

Знання ФР пацієнтами на ССЗ дозволяє проводити профілактику та прогресування цього захворювання. У кожної людини своє уявлення про здоров'я і хвороби, і медична сестра повинна бути готова взаємодіяти з будь-якою особою. Розуміння пацієнтом всіх факторів, що впливають на розвиток захворювання, зміна її ставлення до власного здоров'я може бути метою сестринського втручання в профілактиці ССЗ.

Професійно підготовлені медичні сестри можуть стати важливим ресурсом, допомогти хворому усвідомити суть того, що відбувається, показати зв'язок між його поведінкою і небезпекою для здоров'я, необхідність

дотримання рекомендацій з лікування та ведення ЗСЖ для попередження ускладнень.

При цьому необхідно враховувати вік пацієнта, його соціальний статус і особистісні якості. Адже декому достатньо просто розповісти про проблему, декому необхідно показати ілюстрований матеріал, а дехто потребує переконливих статистичних підтверджень.

Знання - важливий, але недостатній стимул для зміни своєї поведінки. Для кожного індивідуума привід і мотивація до змін різні, і медсестрі слід допомогти пацієнту в пошуку мотиву. Пацієнт повинен сам вибрати фактори ризику, на які він може вплинути. Відмовитися від шкідливих звичок відразу - непосильне завдання для багатьох, необхідно порадити хворому, якими проблемами йому слід зайнятися в першу чергу.

Досить часто важко змінити спосіб життя особам соціально й економічно дезадаптованим, самотнім та тим, що перебувають у стресовому родинному стані. Крім того, негативні емоції, а саме депресія, гнів і ворожий настрій, можуть стати бар'єром для профілактичних заходів у цієї групи осіб.

Завдання щодо зміни способу життя повинні бути реалістичними, точно сформульованими, певними в часі. Необхідно мати можливість оцінювати виконання цих завдань. Медсестра повинна враховувати готовність пацієнта до сприйняття інформації та залучати його до процесу навчання, заохочувати до встановлення власних цілей і самооцінки, навчати справлятися з труднощами, пов'язаними з дотриманням різних режимів.

Профілактичні заходи щодо ССЗ, які здійснюватиме медична сестра, повинні бути спрямовані на формування ЗСЖ, покращання обізнаності щодо ФР і можливостей запобігання їх дій та модифікацію виявлених вже ФР.

Вони передбачають: зміну раціону харчування (як кількісно, так і якісно, обмеження вживання кухонної солі; зменшення вживання насичених жирів, солодоців та речовин, що містять холестерин; обмеження споживання алкоголю не більше 20 г /день етанолу для чоловіків і не більше 10 г/ день етанолу для жінок); підтримку здорового харчування і нормальної ваги,

регулярну фізичну активність при малорухливому способі життя, відмову від куріння, психоемоційне розвантаження та релаксацію [89].

Принципи формування способу життя залежать від рівня розвитку цивілізації і можливостей їх індивідуальної реалізації у формі фізіологічно обґрунтованих біологічних, духовних і соціальних функцій.

При проведенні профілактичних заходів медична сестра може застосовувати індивідуальну, групову або масову роботу, використовуючи при цьому різні засоби: відео- і аудіо матеріали (відеофільми, відео-презентації), інформаційні буклети, санбюлетні, плакати, пам'ятки тощо. Найбільш ефективним є групове навчання (запровадження Шкіл здоров'я – форма вторинної профілактики ССЗ), так як відбувається обмін досвідом між пацієнтами, взаємодія і зіставлення думок, позитивний емоційний настрій, економія часу, можливість використання проблемних ситуацій.

Все це сприятиме покращанню інформованості хворих про своє захворювання; формуванню їх мотивації до збереження свого здоров'я; підвищенню відповідальності за своє здоров'я як за свою особисту цінність.

Досить часто пацієнти не мають реального уявлення про стан власного здоров'я, і медична сестра може вплинути на пацієнта, переконати його вести ЗСЖ, уникати ФР, які можуть призвести до хвороби.

Завдання медичної сестри - зробити пацієнта активним борцем за підтримку і відновлення власного здоров'я. При цьому діяти вона повинна так, щоб цілі її діяльності були внутрішньо прийняті пацієнтом.

Медична сестра повинна виступати в ролі організатора умов з підтримки і відновлення здоров'я пацієнта, його консультанта та безпосереднього виконавця за все, що потрібно для досягнення мети. Результат цієї спільної діяльності буде залежати від рівня взаєморозуміння в усьому. Слід аналізувати всі отримані дані про пацієнта, при цьому враховуючи зауваження самого пацієнта по кожній проблемі, сформувані спільно з пацієнтом його проблеми за факторами ризику ССЗ, намітити цілі і сестринські втручання.

Для реалізації модифікації поведінкових ФР є необхідним:

- розвиток довірливих стосунків між медсестрою і пацієнтом;
- розуміння пацієнтом зв'язку між способом життя, здоров'ям і хворобою;
- допомога пацієнтам у зміні поведінкових звичок;
- зацікавленість пацієнтів у цій модифікації;
- залучення пацієнтів до ідентифікації і визначення ФР;
- використання комбінації стратегій для зміцнення самосвідомості пацієнта;
- проектування плану модифікації способу життя;
- контроль ефективності при наступному спостереженні.

Для отримання позитивного результату навчання пацієнтів повинно бути науково обгрунтованим, організованим і базуватися не лише на медичних, а й на психологічних і педагогічних знаннях медичної сестри.

Слід пам'ятати, що успіх буде більш ймовірним, якщо буде підтримуватися, з одного боку медичною сестрою, а з іншого боку – наявністю сильної мотивації з боку самих пацієнтів.

В процесі надання медичних послуг медичні сестри повинні активно брати участь у лікувальному процесі. У своїй діяльності медична сестра повинна здійснювати системний підхід до організації сестринської профілактики захворювань; індивідуальний підхід і врахування всіх особистісних особливостей пацієнта; брати активну участь в плануванні та забезпеченні профілактики захворювань пацієнта і його сім'ї; використовувати стандарти у професійній діяльності; підвищувати компетентність, незалежність, творчу активність. Все це дозволить покращити якість життя пацієнтів.

Стратегія пропаганди здорового способу життя та індивідуальна стратегія високого ризику (диспансеризація) дозволять при незначних фінансових затратах знизити через 5-10 років смертність від ССЗ на 40-50% [53, 55].

Отже, у своїй професійній діяльності медична сестра повинна сприяти формуванню у хворого світогляду по покращанню якості власного життя, покращувати інформованість пацієнтів на ССЗ про своє захворювання, підвищувати їх прихильність до лікування, формувати мотивацію до збереження свого здоров'я та підвищувати відповідальність за своє здоров'я як за свою особисту цінність.

Пропонується алгоритм дій медсестринського персоналу при виявленні деяких проблем пацієнта:

Проблема пацієнта: дефіцит знань про ССЗ і фактори ризику

Мета: пацієнт дізнається про ССЗ, фактори ризику захворювання і навчиться їх уникати.

План:

1. Забезпечити достатньо часу для обговорення проблеми з пацієнтом щодня.
2. Провести бесіду з родичами про необхідність психологічної підтримки.
3. Розказати пацієнту про фактори ризику: надмірну масу тіла, стрес, фізичну активність, шкідливі звички, харчування.
4. При наявності шкідливих звичок продумати і обговорити з пацієнтом шляхи їх усунення.
5. Порекомендувати спеціальну літературу щодо ССЗ.
6. Провести бесіду з пацієнтом і родичами про раціональне харчування.

Проблема пацієнта: дефіцит знань про ускладнення ССЗ

Мета: пацієнт продемонструє знання про ускладнення та їх наслідки.

План:

1. Забезпечити достатньо часу для обговорення проблем з пацієнтом.
2. Розказати пацієнту про ознаки, характерні для гіпертонічного кризу, інфаркту, інсульту.

3. Навчити пацієнта і його родичів правилам діагностики головного болю, болю в лівій половині грудної клітки серцевого походження.

4. Переконати пацієнта у важливості своєчасного звернення до лікаря.

5. Навчити пацієнта необхідним правил поведінки при ССЗ і переконати в необхідності їх дотримання: а) правил немедикаментозної терапії; б) правил медикаментозної терапії.

6. Навчити пацієнта надання першої долікарської допомоги при гіпертонічному кризі та нападі стенокардії.

7. Провести бесіду з пацієнтом про безпеку самолікування.

Рекомендації пацієнту щодо профілактики ССЗ:

- контролюйте рівень АТ;
- контролюйте масу тіла;
- відрегулюйте своє харчування за принципами збалансованого харчування при помірному обмеженні продуктів і страв, які містять велику кількість тваринних жирів, холестерину і солі, їжа повинна бути насичена вітамінами;
- уникайте психоемоційних перевантажень у професійній роботі та побуті;
- збільшіть фізичну активність;
- відрегулюйте свій режим праці і відпочинку;
- відмовтеся від шкідливих звичок (куріння, зловживання алкоголем);
- необхідні динамічні навантаження невисокої інтенсивності до 4-5 разів на тиждень протягом 30-45 хвилин.

Висновки

1. У 38 % пацієнтів на серцево-судинні захворювання виявлено низький рівень поінформованості про своє захворювання та фактори ризику, можливі ускладнення, нормальні показники артеріального тиску, недостатній рівень володіння практичними навиками вимірювання артеріального тиску, підрахунку частоти пульсу, неналежне відношення до немедикаментозних та медикаментозних методів лікування.

2. Виявлено, що у пацієнтів на серцево-судинні захворювання з віком незалежно від статі зростає кількість модифікованих факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань. Дослідження психосоціального статусу показало, що більшість пацієнтів (62 %) переймаються питаннями політики, матеріального стану (проживання та фінанси), сімейних взаємовідносин, нестабільністю та невпевненістю майбутнього.

3. Виявлено, що у хворих на серцево-судинні захворювання вираженість проблем залежить від способу життя. Для осіб, які не дотримуються здорового способу життя, характерними є більш виражені клінічні прояви, вищий рівень ризику розвитку серцево-судинних ускладнень.

4. Однією із функцій медичної сестри є навчання пацієнтів на серцево-судинні захворювання (надання інформації про захворювання та фактори ризику, навчання навиків догляду та самодогляду, правил прийому лікарських засобів, правил вимірювання артеріального тиску та підрахунку пульсу), що сприятиме підвищенню інформованості, формуванню активної позиції хворих щодо лікування й профілактики серцево-судинних захворювань, оптимізації способу життя.

5. Ефективним додатковим методом комплексної терапії хворих на серцево-судинні захворювання і перспективою для подальшої наукової розробки і впровадження в практику роботи лікувально-профілактичних установ є навчання пацієнтів, основою ефективності якого є професійна компетентність медичної сестри в області сестринської педагогіки. На ефективність профілактичної роботи впливають: зміст і форма проведення профілактичної

роботи, рівень організації профілактичної роботи, партнерська роль взаємин медсестри і пацієнта, матеріально-технічне забезпечення, потреби та інтереси пацієнтів, здатність медсестри до творчої діяльності.

Практичні рекомендації

1. При обстеженні пацієнта на серцево-судинні захворювання вивчати психосоціальний статус та виявляти фактори ризику розвитку захворювання шляхом анкетування.
2. Формувати у свідомості пацієнтів розуміння важливості контролю та модифікації факторів серцево-судинного ризику.
3. Приділяти увагу питанням формування здорового способу життя як однієї з основних дій, спрямованих на попередження раннього розвитку та ускладнень серцево-судинних захворювань.

Список використаних джерел

1. Аничков Д.А., Шостак Н.А. Новые маркеры сердечно-сосудистого риска: от исследований к клиническим рекомендациям. *Клиницист*. 2014. N1. С. 4-7.
2. Апанасенко Г.Л. Первичная профилактика ишемической болезни сердца в практике семейного врача. *Сімейна медицина*. 2008. N4. С. 53-59.
3. Артериальная гипертензия у женщин: вопросы эпидемиологии, патофизиологии, лечения /Дядык А.И. и др. *Серце і судини*. 2007. N 1. С. 116-120.
4. Ахаладзе М.Г. Разгрузочно-диетическая терапия больных с артериальной гипертензией и ожирением. *Журнал практичного лікаря*. 2009. N 1. С. 7-10.
5. Бабкин А.П., Гладких В.В. Роль поваренной соли в развитии артериальной гипертензии. *Международный медицинский журнал*. 2009. Т. 15, N 3. С. 40-44.
6. Балаж М., Марченко О. Фізична реабілітація осіб з ішемічною хворобою серця з метаболічним синдромом. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2010. N2. С. 56-59.
7. Балева Е.С., Алешкина О.Ю. Перспективы исследования качества жизни больных ишемической болезнью сердца. *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2011. Т. 1. N 7 С. 43-44.
8. Бідучак А. С. Оцінка поінформованості населення з питань профілактики хронічних неінфекційних захворювань та здорового способу життя. *Буковинський медичний вісник*. 2013. Т.17, N 4(68). С. 206-209.
9. Бідучак А. С. Ставлення медичних працівників до здорового способу життя. *Буковинський медичний вісник*. 2014. Т.18, N 1(69). С. 178-181.
10. Бобрецова С.В., Плаксин В.А. Здоровый образ жизни: теория и практика. *Медицинская сестра*. 2010. N 7. С. 31-33.

11. Відмова від тютюнокуріння у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями (методичні рекомендації для лікарів) /уклад. Кваша О.О. та ін. *Міжнародний ендокринологічний журнал*. 2014. № 8. С. 155-161.
12. Влияние физических тренировок на физическую работоспособность, гемодинамику, липиды крови, клиническое течение и прогноз у больных ишемической болезнью сердца после острых коронарных событий при комплексной реабилитации и вторичной профилактике на амбулаторно-поликлиническом этапе /Аронов Д. М. и др. *Кардиология*. 2009. N 3. С. 49-56.
13. Волков В.І., Строна В.І. Гендерні та вікові особливості ішемічної хвороби серця. *Здоров'я України*. 2007. N 12/1. С. 33-35.
14. Волков В.И., Исаева А.С. Особенности диагностики и лечения ишемической болезни сердца у женщин. *Диабет і серце*. 2009. N 1. С. 57-64.
15. Гаврилькевич В.К. Роль емоційно-особистісних якостей дорослих у етіології та патогенезі ішемічної хвороби серця. Зб. наук. праць «Проблеми загальної та педагогічної психології» /за ред. С.Д. Максименка. 2009. Т. XI, Ч. 7. С.117-128.
16. Гаврилькевич В.К. Серце як орган емоційної сфери людини: порівняльний аналіз філософських і психофізіологічних досліджень. Зб. наук. праць «Актуальні проблеми психології» /за ред. С.Д. Максименка. 2009. Т. 7, Вип. 18. Київ; Миколаїв: ТОВ «Фірма «Іліон», 2009. С. 65-69.
17. Гаврилькевич В.К. Роль почуттів у етіології та патогенезі ішемічної хвороби серця Зб. наук. праць «Актуальні проблеми психології» /за ред. С.Д. Максименка. 2010. Т. 7, Вип. 21. С. 46-49.
18. Гайдаєв Ю.О., Корнацький В.М. Проблеми здоров'я та напрямки його покращання в сучасних умовах патології. *Український кардіологічний журнал*. 2007. N 5. С. 12-16.
19. Стан здоров'я населення України та забезпечення надання медичної допомоги (аналітично-статистичний посібник) /під ред. Ю.О. Гайдаєва. Київ: Віпол, 2007. 97 с.
20. Гандзюк В.А. Аналіз захворюваності на ішемічну хворобу серця в

Україні. *Український кардіологічний журнал*. 2014. N 3. С. 45-52.

21. Гандзюк В.А. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу серед населення України на сучасному етапі: національний та регіональний аспекти. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2014. N 2(60). С. 74-78.

22. Гендерные особенности факторов сердечно-сосудистого риска у пациентов Украины и Европы по данным EUROASPIRE IV: общая практика /Коваленко В.Н и др. Матеріали XVII Національного конгресу кардіологів України (21-23 вер. 2016, м. Київ). *Український кардіологічний журнал*. 2016. Дод. 3. С. 15-23.

23. Горбась І.М. Епідеміологія основних факторів ризику серцево-судинних захворювань. *Артерильная гипертензия*. 2008. N 2. С. 15-18.

24. Горбась І.М. Епідеміологічна ситуація щодо серцево-судинних захворювань в Україні: 30-річне моніторування. *Практична ангіологія*. 2010. N 9-10(38). С. 5-12.

25. Горбась І.М., Смирнова І.П. Популяційні аспекти серцево-судинних захворювань у дорослого населення України. *Артериальная гипертензия*. 2007. Спец. вып. С. 2-8.

26. Горбась І.М. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: поширеність і контроль. *Здоров'я України*. 2007. N 11. С. 62-63.

27. Горбась І.М., Барна О.М., Сакалош В.Ю. Оцінка поширеності та контролю факторів ризику серцево-судинних захворювань серед населення та лікарів. *Ліки України*. 2010. N 1. С. 4-9.

28. Громова Е.А. Психосоциальные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (обзор литературы). *Сибирский медицинский журнал*. 2012. Т. 27, N 2. С. 22-29.

29. Динаміка стану здоров'я народу України та регіональні особливості (аналітично-статистичний посібник) /під ред. Коваленка В.М. Київ: СПД ФО «Коломіцин В.Ю., 2012. С. 54-62.

30. Дінова О.П., Тащук В.К. Вікові особливості клініко-функціонального

стану хворих на ішемічну хворобу серця. *Буковинський медичний вісник*. 2008. Т. 12, N1. С. 60-64.

31. Егоров И.В., Цурко В.В. Артериальная гипертензия: самоконтроль пациента как главное условие достижения целевого давления. *Справочник поликлинического врача*. 2008. N 11. С. 41-43.

32. Ельгарова Л.В. Динаміка поширеності факторів ризику атеросклерозу серед осіб молодого віку. *Медицина праці та промислова екологія*. 2007. N 5. С. 29-34.

33. Жарінов О.Й. Ризик серцево-судинних подій у хворих з артеріальною гіпертензією та ураженням нирок. *Український кардіологічний журнал*. 2008. N 1. С. 56-59.

34. Жарінов О.Й. Лікування артеріальної гіпертензії з супутньою ішемічною хворобою серця. *Сучасні препарати та технології*. 2012. N 2-3 (88-89). С. 61-63.

35. Золотарьова Н.А., Медянка Ю.С. Метаболічна терапія в серцево-судинній патології. *Одеський медичний журнал*. 2010. N2 (118). С. 73-77.

36. Измерение артериального давления. В кн.: Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи: практикум: учеб. пособ. /под ред. Б.В. Кабарухина. Ростов-на-Дону: Феникс, 2008. С. 121-123.

37. Ильинцев И.В., Попов И.А. Рутинные "простые" методы контроля за работой сердечно-сосудистой системы. *Медицинская сестра*. 2007. N 5. С. 21-23.

38. Кваша О.О., Малацківська О.В. Внесок артеріальної гіпертензії в смертність населення. *Артериальная гипертензия*. 2007. Темат. номер. С. 6-7.

39. Кисилев А.Р., Нейфельд И.В., Балашов С.В. Факторы сердечно-сосудистого риска у женщин в постменопаузе. *Клиницист*. 2014. N1. С. 9-14.

40. Клименко В.І., Коваленко А.В. Хвороби системи кровообігу: стан здоров'я та перспективи змін. *Запорізький медичний журнал*. 2014. N 1 (82). С. 23-25.

41. Коваленко В.М., Сіренко Ю.М., Дорогой А.П. Реалізація Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні. *Український кардіологічний журнал*. 2010. Дод. 1. С. 3 – 12.
42. Коваленко В.М., Дорогой А.П. Серцево-судинні хвороби: медично-соціальне значення та стратегія розвитку кардіології в Україні. Матеріали XVII Національного конгресу кардіологів України (21-23 вер. 2016, м. Київ). *Український кардіологічний журнал*. 2016. Дод. 3. С. 5-14.
43. Коваленко В.М., Корнацький В.М. Регіональні медико-соціальні проблеми хвороб системи кровообігу (аналітико-статистичний посібник). Київ, 2013. 239 с.
44. Коваленко В.Н., Пархоменко А.Н. Пути решения проблем в кардиологии. *Здоровье Украины*. 2008. N 8. С. 36-37.
45. Кокина А.Г., Богачев Р.С. Гендерные аспекты ишемической болезни сердца. *Интернаука*. 2016. N 1(1). Ч. 1. С. 51-53.
46. Копина О.С., Сулова Е.А., Заикин Е.В. Популяционные исследования психосоциального стресса как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний. *Кардиология*. 1996. Т. 36, N 3. С. 53-56.
47. Корнацький В.М. Вплив факторів ризику на розвиток та перебіг хвороб системи кровообігу. Матеріали XVII Національного конгресу кардіологів України (21-23 вер. 2016, м. Київ). *Український кардіологічний журнал*. 2016, Дод. 3. С. 205-208.
48. Корнацький В.М., Мороз Д.М. Рання діагностика тривоги та депресії як факторів ризику серцево-судинної патології. *Український медичний часопис*. 2015. N 3(107). С. 80-81.
49. Короткова Ю.Г. Факторы риска при ишемической болезни сердца. *Медсестра*. 2009. N 11/09. С. 33-35.
50. Курочка В.Л. Формування здорового способу життя у пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями: наукове обґрунтування вдосконалення роботи лікаря загальної практики. *Запорожский медицинский журнал*. 2013. N 1(76). С. 70-75.

51. Кушнірук Н.В. Оцінка показників якості життя у хворих на артеріальну гіпертензію. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2008. N 12(2). С. 447-450.
52. Лаптева Е.С., Петров В.Н. Артериальная гипертензия: принципы диагностики, лечения и сестринского ухода. *Медицинская сестра*. 2007. N 5. С. 12-15.
53. Лашкул З.В. Вивчення знань факторів ризику захворюваності і смертності від артеріальної гіпертензії у керівників лікувальних закладів первинної ланки. *Вісник проблем біології і медицини*. 2014. Т. 1, Вип. 3. С. 197-198.
54. Лебедева М.В. Как лечить артериальную гипертонию? Школа для пациента. *Справочник поликлинического врача*. 2008. N 2. С. 24-27.
55. Лисенко Г.І. Мінцер В.О. Стратегія управління ризиками в оптимізації тактики ведення хворих на ішемічну хворобу серця. *Сімейна медицина*. 2010. N 2. С. 52-55.
56. Манойленко Т.Г., Ревенько І.Л., Гандзюк А.В. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу (аналітико-статистичний посібник). Київ, 2009. 146 с.
57. Манжуловський В., Мухаммед А., Лукашевич І. Серцево-судинні захворювання: сучасні проблеми, методи лікування, реабілітації і профілактики. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2011. N 2. С. 72-75.
58. Маркова М.В., Бабич В.В., Степанова Н.М. Психосоціальний стрес та негативний вплив макро й мікросоціальних чинників як складова розвитку хвороб системи кровообігу. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика*. 2008. N 4. С. 336-348.
59. Мітченко О.І., Лутай М.І. Дисліпідемії: діагностика, профілактика та лікування. Київ: Четверта хвиля, 2007. 56 с.
60. Москаленко В.Ф. Здоровий спосіб життя: теорія та практика. *Охорона здоров'я України*. 2002. N 2 (5). С. 4-6.

61. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів /ред. Ю.М. Мостовий. Вінниця, 2007. С. 198-199.
62. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Москва: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. 320 с.
63. Ожирение и артериальная гипертензия /Шилов А.М. и др. *Лечащий врач*. 2008. N 2. С. 8-12.
64. Ольбинская Л.И., Морозова Т.Е. Артериальная гипертензия у больных с высоким сердечно-сосудистым риском. *Лечащий врач*. 2007. N 3. С. 12-18.
65. Орловський В.Ф., Жаркова А.В., Орловський О.В. Особливості перебігу ішемічної хвороби серця, асоційованої з кислотозалежними захворюваннями шлунково-кишкового тракту. *Вісник СумДУ. Серія Медицина*. 2012. N 2. С. 86-91.
66. Особливості догляду за хворими на гіпертонічну хворобу В кн.: Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: підручник /за ред. В.І. Литвиненка. Київ: Медицина, 2008. С. 291-292.
67. Остроумова О.Д. Образ жизни пациента с артериальной гипертонией (повышенным артериальным давлением): наиболее часто задаваемые вопросы. *Справочник поликлинического врача*. 2008. N 1. С. 33-37.
68. Оценка распространенности факторов риска в случайной городской выборке мужчин и женщин /Евдокимова А.А. и др. *Профилактическая медицина*. 2010. N 2. С. 3-8.
69. Питецька Н.І., Ковальова О.М. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: гендерні особливості. *Медицина транспорту України*. 2011. N 4. С. 83-89.
70. Поширеність артеріальної гіпертензії у міській популяції України залежно від ступеня та типу ожиріння /Мітченко О.І та ін. *Міжнародний ендокринологічний журнал*. 2015. N 5. С. 13-18.
71. Проблеми здоров'я і медичної допомоги та модель покращання в сучасних умовах: посібник /під ред. Коваленка В.М. Київ: ДУ «ННЦ

«Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска, 2016. 262 с.

72. Профілактика серцево-судинних захворювань: роль сімейного лікаря /Росул М.М. та ін. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. N 1(33). С. 178-182.

73. Саханда І.В., Негода І.С., Сятиня М.Л. Фактори ризику виникнення, структура і динаміка розвитку серцево-судинної захворюваності населення України. *Ліки України*. 2015. N 4(25). С. 116-118.

74. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих / під ред. Коваленка В. М., Лутая М. І. , Сіренка Ю. М. . Київ, 2007. 121 с.

75. Свіщенко Є.П. Виявлення та лікування артеріальної гіпертензії в Україні: реальність та перспективи. *Український кардіологічний журнал*. 2010. Дод. 1. С. 13-15.

76. Свищенко Е.П., Безродная Л.В., Борткевич О.П. Эссенциальная артериальная гипертензия. *Український медичний часопис*. 2008. N 2. С. 5-34.

77. Сестринский процесс при гипертонической болезни. В кн.: Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи: практикум: учеб. пособ. /под ред. Б.В. Кабарухина. Ростов-на-Дону: Феникс, 2008. С.169-175.

78. Сиренко Ю. Н. Классификация, диагностика и стратификация риска при артериальной гипертензии. *Артериальная гипертензия*. 2007. Темат. номер. С. 27-28.

79. Сіренко Ю.М. Гіпертонічна хвороба і артеріальні гіпертензії. Київ: Здоров'я, 2011. 304 с.

80. Сметаніна К.І. Фармацевтична профілактика серцево-судинних захворювань: метод. реком. Львів, 2011. 53 с.

81. Спостереження за пацієнтом з гіпертонічною хворобою і догляд за ними. В кн.: Сестринська справа: підручник /за ред. В.І. Литвиненка та ін. Київ: Медицина, 2008. С. 633-635.

82. Стаднюк Л.А., Приходько В.Ю. Артеріальна гіпертензія у хворих старших вікових груп: особливості патогенезу, клініки, лікування.

Мистецтво лікування. 2008. N 1. С. 9-14.

83. Степанова Н.М. Особливості психоемоційного стану пацієнтів з артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця. *Психіатрія*. 2010. N 1. С. 49-54.

84. Степанова Н.М. Психокорекційні заходи в комплексному лікуванні пацієнтів з артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця. *Медична психологія*. 2010. N 4. С. 28-35.

85. Стратегія розвитку профілактики в охороні здоров'я в Україні /Сердюк А.М. та ін. *Журнал НАМН України*. 2012. Т. 18, N 3. С. 358–371.

86. Ташук В.К., Дінова О.П. Статевий диморфізм клініко-функціонального стану хворих на ішемічну хворобу серця. *Буковинський медичний вісник*. 2008. Т. 12, N 2. С. 44-48.

87. Теренда Н.О. Прогностична оцінка захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2014. N 4(62). С. 31-35.

88. Ткачева О.Н., Майчук Е.Ю., Прохорович Е.А. Дислипидемія у жінок. Москва: Мед. книга, 2007. 123 с.

89. Трибрат Т.А., Шуть С.В., Зодова Т.М. Аналіз інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу. *Вісник проблем біології і медицини*. 2014. Т. 3, Вип. 2. С. 306-309.

90. Хвороби системи кровообігу як медико-соціальна і суспільно-політична проблема: аналітично-статистичний посібник /під ред. Коваленка В.М. Київ: ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска, 2014. 280 с.

91. Целуйко В.Й., Яковлева Л.М. Вплив прихильності до медикаментозного лікування на прогноз у хворих на ішемічну хворобу серця. *Ліки України*. 2012. N 6(162). С. 37-40.

92. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування). Київ: ТОВ “ДСГ Лтд”, 2004. 96 с.

93. Чоп'як В.В., Зубченко С.О. Ризик розвитку патологічних станів у

студентської молоді під впливом тютюнопаління. *Український медичний часопис*. 2011. N 1(81). С. 90-94.

94. Школа здоровья для пациентов с артериальной гипертонией. Информационно-методическое пособие для врачей /под ред. Р.Г. Оганова. Москва, 2002. 124 с.

95. Шокина И.Ю., Петрова А.И. Профилактика осложнений гипертонической болезни. *Медицинская сестра*. 2011. N5. С. 18-22.

96. Ягенський А.В., Січкарук І.М. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці. *Внутренняя медицина*. 2007. N 3. С. 27-32.

97. Zhang C, Rexrode KM, van Dam RM, Li TY, Hu FB. Abdominal obesity and the risk of all cause, cardiovascular and cancer mortality: sixteen years of followup in the US women. *Circulation*. 2008 Apr 1;117(13):1658-67.

98. Galderisi M, de Simone G, Cicala S, Parisi M, Errico AD, Innelli P, et al. Coronary flow reserve in hypertensive patients with hypercholesterolemia and without coronary heart disease. *Am J Hypertens*. 2007;20 (2):177-83.

99. Koelewijn-van Loon MS, van der Weijden T, Ronda G, van Steenkiste B, Winkens B, Elwyn G, et. al. Improving lifestyle and risk perception through patient involvement in nurse-led cardiovascular risk management: a clusterrandomized controlled trial in primary care. *Prev. Med*. 2010 Jan-Feb;50(1-2):35-44.

100. Voogdt-Pruis HR, Beusmans GH, Gorgels AP, Kester AD, Van Ree JW. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomized trial. *Br J Gen Pract*. 2010 Jan; 60(570): 40–6.

101. Berra K, Fletcher BJ, Hayman LL, Miller NH. Global cardiovascular disease prevention: a call to action for nursing: the global burden of cardiovascular disease. *J Cardiovasc Nurs*. 2011 Jul-Aug;26(4):35-45.

102. Dupuy AM, Carrière I, Scali J, Cristol JP, Ritchie K, Dartigues JF, et al. Lipid levels and cardiovascular risk in elderly women: a general population study of the effects of hormonal treatment and lipid lowering agents. *Climacteric*. 2008 Feb;11(1):74-83.

103. Loomba RS, Arora R. Prevention of coronary heart disease in women. *Ther Adv Cardiovasc Dis.* 2008 Oct;2(5):321-7.
104. Boden-Albala B, Sacco RL, Lee HS, Grahame-Clarke C, Rundek T, Elkind MV, et al. Metabolic Syndrome and Ischemic Stroke Risk. Northern Manhattan Study. *Stroke.* 2008 Jan;39(1):30–5.
105. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence. *Med. Care.* 1986 Jan;24(1):67-74.
106. Vlachaki C, Maridaki-Kassotaki K. Coronary Heart Disease and Emotional Intelligence. *Glob J Health Sci.* 2013 Nov; 5(6): 156–165.

Анкета
вивчення медико-соціальних факторів впливу
на розвиток і перебіг хвороб системи кровообігу

Історія хвороби / Медична картка амбулаторного хворого № _____

1. П.І.Б. _____

2. Вік (число повних років) _____

3. Стать чоловіча жіноча

4. Зріст (см) _____

5. Вага (кг) _____

6. Адреса, телефон _____

7. Освіта _____

Неповна середня | Середня | Середня спеціальна | Незакінчена вища |

Вища |

8. Основне захворювання (початок, ускладнення - дати) _____

9. Супутні захворювання _____

10. Характер лікування _____

Регулярне | Курсове | Періодичне | Диспансерний нагляд |

11. Хто з родичів хворів таким захворюванням що і Ви?

	Мати	Батько	Дід	Баба	Брати/Сестри
Так					
Ні					
Не знаю/ Не пам'ятаю					

12. Рівень Вашої фізичної активності з метою оздоровлення?

Регулярно | Інколи | Не займаюсь |

13. Відмітьте, як часто Ви вживаєте:

	Кожного дня	2-3 рази /тиждень	1 раз / тиждень	2 -3 рази / місяць	1 раз / місяць	Інше
Овочі та фрукти						
Морську рибу						
Солоне, гостре						

14. Скільки грам солі на добу Ви вживаєте? - до 5 г - більше 5 г

15. Як часто Ви вживаєте алкогольні напої?

Щоденно	2-3 рази на тиждень	Кілька разів на місяць	Кілька разів на рік	Не вживаю

16. Чи палите Ви? - так - ні

17. Професійна зайнятість:

Учень	Працює повний день	Часткова зайнятість	Безробітний	Пенсіонер

18. В якій мірі Ви задоволені санітарно-технічними умовами на роботі?
(0 - дуже погані, 10 - дуже гарні)

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

19. В якій мірі Ви задоволені психологічними умовами на роботі?
(0 - дуже погані, 10 - дуже гарні)

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

20. Сімейний стан

<input type="checkbox"/> Заміжня, одружений	<input type="checkbox"/> Повторний шлюб
<input type="checkbox"/> Розведена (ний)	<input type="checkbox"/> Громадянський шлюб
<input type="checkbox"/> Вдова, вдівець	<input type="checkbox"/> Незаміжня, неодружений

21. Відмітьте, будь ласка, в якій мірі Ви задоволені стосунками з рідними
(0 - взагалі не задоволений/-на, 10 - дуже задоволений/-на)

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

22. Як Ви оцінюєте своє матеріальне становище?

| ...Дуже погане | ...Погане | Середнє | ...Добре | ...Дуже добре |

23. Чи вірите Ви в Бога? - так - ні

24. Як часто відвідуєте богослужіння? - часто - рідко

25. Чи дотримуєтесь Ви посту? - так - ні

Додаток Б

Анкета визначення соціальних факторів, які, можливо, впливають на здоров'я
(Чабан О.С.)

1.	Матеріальні труднощі.	
2.	Погіршення стосунків: чоловік/дружина, діти, батьки, друзі.	
3.	Погіршення взаєморозуміння.	
4.	Погіршення сексуального життя.	
5.	Наявність нервової атмосфери вдома.	
6.	Жалість, співчуття, переймання: чоловік/дружина, діти, батьки, друзі.	
7.	Скорочення часу сумісного проведення.	
8.	Збільшення навантаження по господарству, у квартирі, вимушена	
9.	Додатково працювати для збільшення доходу.	
10.	Погіршення якості проведення дозвілля.	
11.	Зменшення спілкування поза домом (церква, вихід у місто, кіно, театр).	
12.	Обмеження часу перегляду телепрограм.	
13.	Наявна загроза майбутньому.	
14.	Погіршення умов проживання.	
15.	Погіршення якості харчування.	
16.	Погіршення здоров'я членів сім'ї: чоловік/дружина діти, батьки, друзі.	
17.	Погіршення стосунків на роботі з керівництвом.	
18.	Погіршення стосунків на роботі з колегами.	
19.	Погіршення стосунків з сусідами.	
20.	Погіршення стосунків з друзями.	
21.	Вплив навколишнього середовища.	
22.	Вплив засобів масової інформації.	
23.	Політичні події.	
24.	Події в іншій державі.	
25.	Зміни стосунків між людьми в цілому.	
26.	Стосунки в організаціях, комунальних закладах.	
27.	Поїздки на заробітки (поїздки за кордон).	

28.	Вживання алкоголю близькими та рідними: чоловік/дружина, діти, батьки, друзі.	
29.	Загроза безробіття для близьких і рідних: чоловік/дружина, діти, батьки	

Інструкція: відзначте ті пункти, які є актуальними для Вас як мінімум останні півроку

Схема анкетування хворих для розподілу на групи спостереження

1. Навколишнє середовище		Оцінка
Місце проживання:		0
1	- квартира,	1
2	- приватний будинок,	-1
3	- гуртожиток.	
Оточуючі предмети:		
0	☞ Чи користуєтесь ви компю'тером?	
2	- Так	-1
3	- Ні	1
Тривалість перебування перед комп'ютером на добу?		
1	- Більшість робочого дня (робота пов'язана з комп'ютером)	-1
		0
2	- 2-3 години на день, кожен день.	1
3	- 2-3 години на день, не кожен день.	
Стаж користування?		
1	- менше 5 років	0
2	- 5 років і довше	-1
Чи користуєтесь Ви мобільним телефоном?		
1	- Так	-1
2	- Ні	1
1 стаж користування?		
2	- менше 5 років	0
3	- 5 років і довше	-1
1 ☞ середня тривалість розмов протягом дня?		
1	- менше однієї години	0
2	- більше години	-1
1 ☞ місце знаходження вишки мобільного зв'язку?		
2	- Поблизу роботи, житла	-1
3	- Поблизу відсутня	0
2. Саморуїнуюча поведінка		
Паління:		
0	☞ Ви палите?	
2	- Так	-1
3	- Ні	1
1 ☞ Стаж паління?		
2	- Менше 10 років	0
3	- 10-20 років	-1
4	- Більше 20 років	-2
1 ☞ Пачка/день		
2	- Менше 1 пачки	0
3	- 1 пачка	-1
4	- Більше 1 пачки	-2

1	☺ Вид цигарок?	
2	- Стандартні	-1
3	- Легкі	0
4	- Без фільтру	-2
Алкоголь:		
1	☺ Чи вживаєте Ви алкогольні напої?	
2	- Так	-1
3	- Ні	1
<i>One drink:</i>		
- пиво (0.33)		
- вино слабоалкогольне (120 мл)		
- вино кріплене (80 мл)		
- горілка або коньяк (40 мл)		
1	☺ Оберіть звичні для вас напої та їх кількість:	
	- пиво до (0.33)	0,25
	- пиво більше (0.33)	-0,25
	- вино слабоалкогольне до (120 мл)	0,25
	- вино слабоалкогольне більше (120 мл)	-0,25
	- Вино кріплене до (80 мл)	
	- Вино кріплене більше (80 мл)	0,25
	- водка або коньяк до (40 мл)	-0,25
	- водка або коньяк більше (40 мл)	0,25
1	Оберіть звичну для Вас частоту вживання однієї «алкогольної одиниці» на день:	-0,25
2 жінки:		
3	- До 2/день;	0,5
4	- Більше 2/день	-0,5
5	- До 3/день ;	0,5
6	- Більше 3/день	-0,5

3. Харчування	
1	Яким продуктам віддасте перевагу?:
0	- Овочі, фрукти
1	- Мучні вироби
2	- крупи
3	- м'ясо
	-жирне м'ясо(свинина, сало, баранина)
	-не жирне (говядина, птиця, кролик)
	-риба, морепродукти
	- солоне
	- гостре
	-не захоплююсь спеціями
	- солодке до 30-40 г
	- більше 30-40 г
	Чай
	-чорний
	-зелений
	---пакетики
	---листовий
	-----1-2 ч/день
	-----більше 2ч/день
	Кава
	-мелена
	- розчинна
	---якість в/ср
	--- н/ср
	-----1-2 ч/день
	-----більше 2ч/день
	Соки, компоти
	-домашні
	-промислового виробництва
	Вода
	Чи користуєтесь фільтрами для очищення питної води?
1	- Так
2	- Ні
1	⊗ Чи дотримуетесь обмеження споживання солі до 4г/добу
2	- Так
3	- Ні
4. Рух	

1.В дозвілля: Спортивна хотьба, біг підтюпцем, плавання, спортивні ігри, спортивні заняття? 1 - Так 2 - Ні 3 ☼ Інтенсивність: - висока - середня - низька 1 ☼ Частота: 1-2 р в 6 міс	0 -1 1 0,5 0 0
1-2 р. на міс 1-2р. на тиждень 1 ☼ Тривалість: - менше 30 хв. - Менше 1 години - понад 1 годину	0,5 1 0,5 1 0
2. Робота: - гіподинамічна - динамічна	-1 1
3. Відпочинок: - активний - пасивний 1 ☼ Чи є у Вас дача, сад, город? 2 - Так 3 - Ні 4 ☼ Частота відвідування? 5 - кожен тиждень 6 - рідше ніж 1/тиждень 1 ☼ Інтенсивність роботи за день, %? 2 - До 50 % 3 - Понад 50 %	1 0 0 0 0,5 0 0,5 0
5.Гігієна організму.	
1 ☼ Чи завжди дотримуєтесь рекомендованного лікування? 2 - Так 3 - Ні 4 ☼ Чи проводите вдома самоконтроль АТ? 5 - Так 6 - Ні 7 ☼ Чи проводите загартовування? 8 - Так 9 - Ні	1 -1 1 0 0 -1

-ступінь?	
1 о Обливання	0.5
2 о Контрастний душ	0,5
3 о Купання в прорубі	1
6. Емоційне самопочуття	
1 ☼ Чи вмієте приборкувати власні емоції (помисленість, неврівноваженість)?	
2 - Так	1
3 - Ні	0
1 ☼ Чи зазнаєте впливів хронічних стресів?	
2 - Так	-1
3 - Ні	0
4 ☼ Чи були випадки гострих стресів?	
5 - Так	-1
6 - Ні	0
7. Інтелектуальне самопочуття	
☼ Чи пов'язана ваша робота з інтелектуальною діяльністю?	
1 - Так	1
2 - Ні	0
☼ Чи займаєтесь Ви цнтелектуальною діяльністю вдома (інтернет, мистецтво, кросворди та ін.)?	
3 - Так	1
4 - Ні	0
8. Духовне самопочуття	
1 ☼ Чи вважаєте себе оптимістом?	
2 - Так	1
3 - Ні	0
4 ☼ Чи відвідуєте Ви церкву?	
5 - Так	0.5
6 - Ні	0
7 ☼ Як часто?	
8 о Кожен тиждень	1
9 о Кожен місяць	0,5
10 о Лише на великі релігійні свята	0

Критерієм відбору хворих на ССЗ до першої групи (пацієнти, які дотримуються ЗСЖ) є сумарний бал більше нуля, до другої групи (пацієнти, які не дотримуються ЗСЖ)– нуль і менше нуля.

Тест Моріскі–Гріна**Оцінка прихильності пацієнтів до лікування**

Включає 4 запитання:

- 1) чи забували ви коли-небудь прийняти препарати?
- 2) чи ставитеся ви іноді не уважно до годин прийому ліків?
- 3) чи пропускаєте ви прийом препаратів, якщо почуваете себе добре?
- 4) якщо ви почуваете себе погано після прийому ліків, чи пропускаєте ви наступний прийом?

Відповідь "Так" означає 0 балів, "Ні" – 1 бал.

Прихильними до лікування вважали хворих, які набирали 4 бали, не прихильними – менше 3.

Шкала оцінки соціальної адаптації (Т. Холмс, Р. Прає)

№ п/п	Життєва подія	Бал
1	Смерть чоловіка (жінки)	100
2.	Розвід	73
3	Окреме проживання подружжя за рішенням суду	65
4.	Перебування у місцях позбавлення волі	63
5.	Смерть близького родича	63
6.	Серйозне тілесне пошкодження або хвороба	53
7.	Одруження	50
8.	Звільнення з роботи	47
9.	Відновлення відношень з чоловіком (жінкою)	45
10.	Вихід на пенсію	45
11 .	Великі переміни у здоров'ї або поведінці члена сім'ї	44
12.	Вагітність	40
13.	Сексуальні труднощі	39
14.	Поява нового члена сім'ї (народження, усиновлення, приїзд старшого родича і т.п.)	39
1 5.	Велика перебудова у бізнесі (злиття, реорганізація, банкрутство й т. п.)	39
16.	Великі зміни фінансового положення (стало набагато гірше або набагато краще, ніж зазвичай)	38
17.	Смерть близького друга	37
18.	Перехід на зовсім інший вид роботи	36
19.	Різка зміна кількості суперечок з дружиною (їх стало більше або менше, ніж зазвичай з приводу виховання дітей, особистих звичок та ін.)	35
20.	Отримання позики на велику суму (більше 10 тис. дол.), для покупки дому, фірми і т.д.	31
21 .	Втрата права викупу закладної або погашення позики	30
22.	Великі зміни в службовому становищі на роботі (підвищення, зниження, перехід на аналогічну посаду)	29
23.	Вихід сина або дочки з будинку (вступ у шлюб, вступ на навчання й ін.)	29
24.	Натягнуті відносини з ріднею чоловіка (дружини)	29
25.	Видатні особисті досягнення	28

26.	Початок й припинення дружиною роботи поза домом	26
27.	Початок або припинення офіційної освіти	26
28.	Різка зміна життєвих умов (будівля нового будинку, перебудова, погіршення житла або районі)	25
29.	Перегляд особистих звичок (одяг, манери, зв'язки й т.д.)	24
30.	Важкі відносини з начальником	23
31.	Серйозні зміни часу роботи	20
32.	Зміна місця проживання	20
33.	Перехід у нову школу	20
34.	Великі зміни у звичайному типі й тривалості відпочинку	19
35.	Різкі зміни в релігійній активності (значно більше або значно менше, ніж звичайно)	19
36.	Різкі зміни в суспільній активності (відвідування клубів, кінотеатрів, знайомих й ін.)	18
37.	Одержання невеликої позики (менш 10 тис. дол.) на покупку холодильника, <u>телевізора й ін.</u>	17
38.	Серйозні зміни привички сну (значно більше або значно менше, ніж звичайно, зміна режиму)	16
39.	Різка зміна числа зустрічей членів родини (значно більше або значно менше, ніж звичайно)	15
40.	Різка зміна привичок прийому їжі (значно більше або значно менше, інші години, оточення й ін.)	15
41.	Відпустка	13
42.	Різдво	12
43.	Невелике правопорушення (безбілетний проїзд, перехід вулиці в невстановленому місці, порушення громадського порядку й ін.)	11

Оцінка результатів:

сума балів 150 і менше – відносно невелика кількість змін у житті і низька сприйнятливість до порушень здоров'я, викликаних стресом в наступні 2 роки;

сума балів вище 300 – шанс порушень здоров'я, пов'язаних зі стресом, зростає до 80% (на основі статистичної моделі прогнозування Холмса-Рае.

Опитувальник на визначення рівня стресу (Reeder L.)

№ п/п	Твердження	Відповіді			
		Так, згідний	Швидше згідний	Швидше не згідний	Ні, не згідний
1.	Мабуть, я людина нервова	1	2	3	4
2.	Я дуже турбуюся про свою роботу	1	2	3	4
3.	Я часто відчуваю нервову напругу	1	2	3	4
4.	Моя повсякденна діяльність викликає велике напруження	1	2	3	4
5.	Спілкуючись з людьми, я часто відчуваю нервову напругу	1	7	3	4
6.	До кінця дня я абсолютно виснажений фізично й психічно	1	2	3	4
7.	У моїй сім'ї часто виникають напружені відносини	1	2	3	4

Шкала рівня психологічного стресу (Копина О. С. и соавт., 1989)

Рівень стресу	Середній бал	
	чоловіки	жінки
високий	1-2	1-1,82
середній	2,01-3	1,83-2,82
низький	3,01-4	2,83-4

Опитувальник по оцінці рівня фізичної активності

Вид діяльності	Ні	Менше 0,5 годин	0,5 до 1 години	1-2 години	Більше 2 годин	Сума балів
Бали						
	0	1	2	3	4	
Ходжу пішки до роботи і за покупками щоденно						
Займаюся фізкультурою щотижня						
Знаходжусь в русі на роботі						

Оцінка результатів:

0-5 балів – фізична активність низька;

6-9 балів – фізична активність середня;

10-12 балів – фізична активність достатня;

Більше 12 балів – фізична активність висока.

Типи курильної поведінки

Анкета Д. Хорна

Категорії питань	Завжди	Часто	Не дуже часто	Рідко	Ніколи
А. Я курю для того, щоб не дати собі розслабитись	5	4	3	2	1
Б. Часткове задоволення від куріння я отримую ще до закурювання, розминаючи цигарку	5	4	3	2	1
В. Куріння приносить мені задоволення і дозволяє розслабитись	5	4	3	2	1
Г. Я закурюю цигарку, коли виходжу з себе, серджуся на що-небудь	5	4	3	2	1
Д. Коли у мене закінчуються сигарети, мені здається нестерпним час, поки я їх не дістану	5	4	3	2	1
Е. Я закурюю автоматично, навіть не помічаючи цього	5	4	3	2	1
Ж. Я курю, щоб стимулювати себе, підняти тонус	5	4	3	2	1
З. Часткове задоволення мені приносить сам процес закурювання	5	4	3	2	1
И. Куріння приносить мені задоволення	5	4	3	2	1
К. Я закурюю сигарету, коли мені не по собі і я засмучений чимось	5	4	3	2	1
Л. Я дуже добре відчуваю ті моменти, коли не курю	5	4	3	2	1
М. Я закурюю нову сигарету, не помічаючи, що попередня ще не догоріла в попільниці	5	4	3	2	1
Н. Я закурюю, щоб «підштовхнути» себе	5	4	3	2	1
О. Коли я курю, задоволення я отримую, випускаючи дим і спостерігаючи за ним	5	4	3	2	1

П. Я хочу закурити, коли зручно влаштувався і розслабився	5	4	3	2	1
Р. Я закурюю, коли відчуваю себе пригніченим і хочу забути про всі неприємності	5	4	3	2	1
С. Якщо я деякий час не курив, мене починає мучити відчуття голоду за цигаркою	5	4	3	2	1
Т. Виявивши у себе в роті цигарку, я не можу пригадати, коли я закурив її	5	4	3	2	1

Блоки питань характеризують 6 типів курильної поведінки:

А+Ж+Н= Стимуляція; Г+К+Р= Підтримка; Б+З+О= "Гра з цигаркою";

Д+Л+С= Спрага; В+И+П= Розслаблення; Е+М+Т = Рефлекс.

Додаток 3

Тест Фагерстрема (Оцінка ступеня нікотинової залежності)

Питання	Відповідь	Бали
1. Як швидко після того, як Ви прокинулися, Ви викурюєте першу цигарку?	Упродовж перших 5 хв.	3
	Упродовж 6-30 хв.	2
2. Чи важко Вам утриматися від куріння в місцях, де куріння заборонено?	Так	1
	Ні	0
3. Від якої цигарки Ви не можете легко відмовитися?	Перша вранці	1
	Всі інші	0
4. Скільки цигарок Ви викурюєте в день?	10 або менше	0
	11-12	1
	21-30	2
	31 і більше	3
5. Ви курите більш часто в перші години вранці, після того, як прокинетесь, ніж впродовж подальшого дня?	Так	1
	Ні	0
6. Курите ви, якщо сильно хворі і змушені перебувати в ліжку цілий день	Так	1
	Ні	0

Ступінь нікотинової залежності визначається за сумою балів:

0-2 – дуже слабка залежність;

3-4 – слабка залежність;

5 –6 – середня залежність;

6-7 – висока залежність;

8-10 – дуже висока залежність.

Оцінка ступеня мотивації і готовності до відмови від куріння

1) Кинули б ви курити, якщо би це було легко?		2) Як сильно Ви хочете кинути курити?	
Відповідь	Бал	Відповідь	Бал
Безумовно ні	0	Не хочу взагалі	0
Найімовірніше, ні	1	Слабке бажання	1
Можливо, так	2	В середньому ступені	2
Найімовірніше, так	3	Сильне бажання	3
Безумовно, так	4	Однозначно хочу кинути курити	4

Максимальне значення суми балів – 8, мінімальне – 6.

Оцінка результатів:

Сума балів більше 6 – пацієнт має високу мотивацію до відмови від куріння і йому можна запропонувати лікувальну програму з метою повної відмови від куріння.

Сума балів від 4-6 – слабка мотивація. Пацієнту можна запропонувати коротку лікувальну програму з метою зниження куріння і посилення мотивації.

Сума балів 3 і нижче означає відсутність мотивації і пацієнту можна запропонувати програму зниження інтенсивності куріння.

Короткий мічиганський алкогольний тест (С.Гремлинг и Ауэрбах, 2002)

Питання	Бали відповідей	
	Так	Ні
1. Чи вважаєте ви себе людиною, яка дотримується норми в питті?	0	2
2 Чи вважають Вас знаючою свою норму людиною ваші друзі та рідні?	0	2
3 Чи відвідували Ви коли-небудь збори товариств анонімних алкоголіків?	0	5
4 Чи доводилося Вам втрачати друзів або коханих через алкоголь?	2	0
5 Чи виникали у Вас проблеми на роботі, пов'язані з прийомом алкоголю?	2	0
6. Чи траплялося Вам нехтувати своїми обов'язками, сім'єю або роботою протягом двох або більше днів поспіль через те, що ви пили?	2	0
7. Чи траплялися з Вами колись біла гарячка, виражений тремор, чи доводилося Вам чути або бачити після міцної випивки речі, яких насправді не було?	2	0
8. Чи зверталися Ви до кого-небудь за допомогою у зв'язку з вживанням алкоголю?	0	5
9. Чи були Ви в лікарні через вживання алкоголю?	0	5
10. Чи доводилося Вам зазнавати арешту за водіння в нетверезому стані або після вживання алкоголю?	7	0

Оцінка результатів:

сума балів 6 і більше – Вам необхідно звернутися за професійною допомогою, щоб змінити звички вживання алкогольних напоїв;

сума балів менше 6 – Ви здатні самі контролювати потребу алкоголю, розробити свій план контролюючого вживання алкоголю і можете не дозволити алкоголю контролювати себе.