

ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ЗА УЧАСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ

Л. Д. Борейко, Г. Г. Марараиш

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

Ключові слова:
артеріальна гіпертензія, артеріальний тиск, фактори ризику, спосіб життя, медична сестра, профілактика.

Клінічна та експериментальна патологія. 2020. Т.19, №1(71). С.30-37.

DOI:10.24061/1727-4338. XIX.1.71.2020.309

E-mail: galya.fedorchuk@gmail.com

Артеріальна гіпертензія (АГ) – найбільш поширена недуга з-поміж усіх серцево-судинних захворювань (ССЗ), на яку страждає близько 31% усіх людей на планеті. Результати епідеміологічних досліджень засвідчують, що поширеність такого захворювання переважно зумовлене рівнем модифікованих і немодифікованих факторів ризику (ФР).

В умовах реформування системи охорони здоров'я України важливим є запровадження якісно нових заходів щодо профілактики АГ та діяльності з формування здорового способу життя. Управління складною поведінкою способу життя хворих на АГ вимагає досвіду різних медичних працівників. Зокрема, професійна компетентність медичних сестер дозволяє активно залучати і їх до реалізації сучасних технологій профілактики захворювання та зміцнення здоров'я. Своєчасне виявлення ФР, усунення їх дії, організація та проведення занять із пацієнтами є важливими завданнями медичних сестер.

Мета роботи – дослідити вплив модифікованих факторів ризику на розвиток артеріальної гіпертензії та визначити роль медичної сестри в їх управлінні на рівні первинної ланки охорони здоров'я.

Матеріал та методи. В опитуванні (шляхом анкетування) взяли участь 120 хворих на АГ, з них: чоловіків – 43,3%, жінок – 56,7% віком від 23 до 79 (48,33±12,93) років. Вимірювали офісний артеріальний тиск (АТ) і виявляли фактори ризику (ФР).

Результати. За тривалістю перебігу АГ коливалась у широких межах, однак чимало пацієнтів (82%) хворіли понад 10 років. Більшість хворих 73 (60,83%) мали АГ першого ступеня, децю менше - другого 29 (24,17%), 18 (15%) - третього ступенів. Серед обстежених переважали хворі (81,67%) з надлишковою масою тіла та ожирінням I-II ступеня. Так, у 60 (50%) пацієнтів спостерігався андройдний (абдомінальний) тип розподілу жирової тканини, що вказує на метаболічні порушення в організмі. В усіх хворих діагностовано загальний середній і високий рівні психосоціального стресу, що пояснюється, ймовірно, напруженим ритмом життя. Для більшості характерним є низький (62,5%), середній (34,12%) і лише 3,33% достатній рівень фізичної активності. Анкетування засвідчило, що 42 особи (35%) із опитаних курять і мають змішаний тип курильної поведінки, середній (40%) та слабкий (31%) ступені нікотинової залежності. Раціон багатьох пацієнтів містить надмірне споживання солі, жирів та холестерину; спостерігається порушення режиму харчування, недостатнє споживання овочів і фруктів.

Висновки. У пацієнтів на АГ з віком зростає кількість модифікованих ФР розвитку ССЗ. Тому виявлення ФР, навчання пацієнтів щодо їх усунення є важливим складником професійної роботи медичної сестри, що сприятиме покращенню якості життя, профілактиці, оптимізації комплексного лікування та стабілізації АГ.

Ключевые слова:
артериальная гипертензия, артериальное давление, факторы риска, образ жизни, медсестра, профилактика.

Клиническая и экспериментальная патология. 2020. Т.19, №1 (71). С.30-37.

ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ У БОЛЬНИХ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ С УЧАСТІЕМ МЕДИЦИНСКОЇ СЕСТРИ

Л. Д. Борейко, Г. Г. Марараиш

Артеріальна гіпертензія (АГ) – найбільш поширена недуга з-поміж усіх серцево-судинних захворювань (ССЗ), на яку страждає близько 31% усіх людей на планеті. Результати епідеміологічних досліджень засвідчують, що поширеність такого захворювання переважно зумовлене рівнем модифікованих і немодифікованих факторів ризику (ФР).

В умовах реформування системи охорони здоров'я України важливим є запровадження якісно нових заходів щодо профілактики АГ та діяльності з формування здорового способу життя. Управління складною поведінкою образу життя хворих на АГ вимагає досвіду різних медичних працівників. Зокрема, професійна компетентність медичних сестер дозволяє активно залучати і їх до реалізації сучасних технологій профілактики захворювання та зміцнення здоров'я.

Своєчасне виявлення ФР, усунення їх дії, організація та проведення занять із пацієнтами є важливими завданнями медичних сестер.

Цель работы – исследовать влияние модифицированных факторов риска на развитие артериальной гипертензии и определить роль медицинской сестры в их управлении на уровне первичного звена здравоохранения.

Материал и методы. В опросе (путем анкетирования) приняли участие 120 больных АГ, из них: мужчин – 43,3%, женщин – 56,7% в возрасте от 23 до 79 (48,33±12,93) лет. Измеряли офисное артериальное давление (АД) и выявляли факторы риска (ФР). Результаты исследования обработаны общепринятыми статистическими методами с использованием пакетов компьютерных STATISTICA V.6.0 и представлены соответствующим количеством наблюдений, процентами, точным значением *p*.

Результаты. По длительности течения АГ колебалась в широких пределах, однако многие пациенты (82%) болели более 10 лет. Большинство больных 73 (60,83%) имели АГ первой степени, несколькоменьше – второй 29 (24,17%), 18 (15%) – третьей степеней. Среди обследованных преобладали больные (81,67%) с избыточной массой тела и ожирением I- II степени. Так, в 60 (50%) пациентов наблюдался андронидный (абдоминальный) тип распределения жировой ткани, что указывает на метаболические нарушения в организме. У всех больных диагностирован обций средний и высокий уровни психосоциального стресса, объясняется, вероятно, напряженным ритмом жизни. Для большинства характерен низкий (62,5%), средний (34,12%) и только 3,33% достаточный уровень физической активности. Анкетирование показало, что 42 человека (35%) из опрошенных курят и имеют смешанный тип курительного поведения, среднюю (40%) и слабую (31%) степени никотиновой зависимости. Рацион многих пациентов содержит избыточное потребление соли, жиров и холестерина; наблюдается нарушение режима питания, недостаточное потребление овощей и фруктов.

Выводы. У пациентов на АГ с возрастом увеличивается количество модифицированных ФГ развития ССЗ. Поэтому выявление ФР, обучение пациентов по их устранению является важной составляющей профессиональной деятельности медицинской сестры, что будет способствовать улучшению качества жизни, профилактике, оптимизации комплексного лечения и стабилизации АГ.

IDENTIFICATION OF RISK FACTORS IN ARTERIAL HYPERTENSION PATIENTS WITH PARTICIPATION OF A NURSE

L. D. Boreyko, H. H. Mararash

Arterial hypertension (AH) is the most frequent among cardiovascular diseases (CVD). About 31% of people suffer from it. The data of epidemiological studies indicate that occurrence of the disease is considerably caused by the level of modified and non-modified risk factors (RF).

Under conditions of reforms in the health care system of Ukraine implementation of qualitatively new measures concerning AH prevention and activity to form a healthy life style have become rather important. Management of a complicated behavior and life style of AH patients requires experience and mutual efforts of various medical professionals. Professional competence of nurses enables to involve them in realization of up-to-date technologies in order to prevent diseases and strengthen health.

Timely detection of RFs, elimination of their action, organization of patients' education is one of the important tasks of nurses.

Purpose of the study. To investigate the effect of modified risk factors on the development of arterial hypertension and determine the role of a nurse in the management of the disease on the level of primary health care.

Material and methods. 120 AH patients were involved into the study by means of a survey including 43,3% of men and 56,7% of women aged from 23 to 79 (48,33±12,93). Their arterial pressure was measured and risk factors were found. The results obtained were processed by means of the common statistical methods using the packages of computer software STATISTICA V.6.0. The results of the study are presented in the number of observations, percentage, and accurate *p* value.

Discussion. The period of arterial hypertension varied widely, though the majority of patients (82%) suffered from it more than 10 years. The main part of patients – 73 (60,83%) were afflicted with I degree of AH, 29 patients (24,17%) had II degree and 18 individuals (15%) – III degree. The overweight patients and those with I – II degree of obesity prevailed (81,67%). For example, 60 patients (50%) had android (abdominal)

Key words:

arterial hypertension, nurse, risk factor, management, healthy life style, prevention.

Clinical and experimental pathology. 2020. Vol.19, №1 (71). P.30-37.

type of the adipose tissue distribution, which is indicative of metabolic disorders in the body. All the patients were diagnosed to have moderate and high levels of psychosocial stress, which might be associated with an intensive and stressful life style. The majority of patients were characterized by a low (62,5%) and moderate (34,12%) levels of physical activity; and only 3,33% of them had sufficient level of physical activity. The survey found that 42 (35%) individuals smoked having a mixed type of smoking habits, moderate (40%) and mild (31%) degree of nicotine abuse. The majority of patients mentioned excessive intake of salt, fats and cholesterol, disturbed dietary habits, insufficient intake of vegetables and fruit.

Conclusions. *The amount of modified risk factors promoting development of cardiovascular diseases increases in AH patients with age. Detection of RFs, education of patients concerning their elimination is an integral part of nurse's everyday work. It will promote improvement of life quality, prevention, optimization of a comprehensive treatment and stabilization of arterial hypertension.*

Вступ

Як зазначає Європейське регіональне бюро ВООЗ, близько 85,5 млн. європейців у 2015 році страждали на ССЗ. Поширеною недугою є артеріальна гіпертензія (АГ), на яку хворіє 31% усіх людей на планеті (у 2010 році – 26%). За попередніми підрахунками вчених, кількість осіб з гіпертензією до 2025 року збільшиться на 15-20% і налічуватиме близько 1,5 млрд [1, 2]. Згідно зі статистикою 2017 року, найбільший внесок у структурі поширеності, захворюваності та смертності ССЗ серед працездатного населення в Україні має АГ (55,5 %, 46,4 % та 39,5 % відповідно) [2].

Результати епідеміологічних досліджень засвідчують, що поширеність АГ значно зумовлена рівнем ФР серед різних груп населення. Виділяють модифіковані ФР: низьку фізичну активність (професійну і побутову); надмірне споживання кухонної солі; дисбаланс харчування; дисліпідемію; зловживання алкоголем, кавою; куріння; гормональну контрацепцію у жінок; професійні шкідливості; психоемоційні стреси; надлишкову масу тіла, а також ФР, що не підлягають корекції – обтяжена спадковість, стать, вік, соціально-економічний статус [3, 4].

Зниження артеріального тиску (АТ) за допомогою зміни способу життя, антигіпертензивних препаратів тощо можуть суттєво зменшити ризик ССЗ та інсульту. Навіть помірне зниження систолічного АТ на 10 мм рт. ст. або діастолічного АТ на 5 мм рт. ст. сприятимуть зниженню ризику смертності від ішемічної хвороби серця та інсульту на 22% та 41% відповідно [5].

В умовах реформування системи охорони здоров'я України важливим є запровадження якісно нових заходів щодо профілактики АГ та діяльності з формування здорового способу життя. Управління складною поведінкою способу життя хворих на АГ вимагає досвіду від різних медичних працівників, зокрема лікарів, медсестер, дієтологів, фармацевтів, психологів та інших [6]. Професійна компетентність медичних сестер дає змогу активно залучати їх до організації сучасних технологій профілактики захворювання, зміцнення здоров'я [7].

Згідно із дослідженнями Kathy Berra, управління медичною сестрою поведінковими ФР у хворих на АГ, зміни способу життя сприятимуть зменшенню

серцево-судинних ризиків. Нині важливим є розширення участі медсестер у профілактиці ССЗ, щоб зменшити смерть та втрату працездатності від цієї світової епідемії [6, 8]. Тому своєчасне виявлення осіб із підвищеним рівнем АТ і факторів, що впливають на його прогресування і стабілізацію, може бути проведено лише за умов ґрунтовного дослідження.

Мета роботи

Вивчити вплив модифікованих факторів ризику на розвиток артеріальної гіпертензії та визначити роль медичної сестри в управлінні серцево-судинними ризиками на рівні первинної медичної допомоги.

Матеріал та методи

Використано бібліосемантичний, соціологічний і статистичний методи. В опитуванні (шляхом анкетування) взяли участь 120 хворих на АГ, з них: чоловіків – 43,3%, жінок – 56,7% віком від 23 до 79 (48,33±12,93) років.

Вимірювали офісний АТ тричі в положенні сидячи після п'ятнадцяти хвилин відпочинку на плечовій артерії на стороні, де показник АТ був вищим, із подальшим розрахунком середнього арифметичного з трьох показників. Виявляли ФР: підвищений АТ; ожиріння (індекс маси тіла (кг/м²), тип розподілу жирової тканини (індекс талія/стегно); ступінь нікотинової залежності (тест Фагерстрема); рівень стресу (опитувальник Рідера Л. Г., шкала Копіна О. С.); рівень фізичної активності (ФА) (рухова активність на роботі і в години дозвілля – у спортивному режимі); вживання алкоголю, ступінь потягу до алкогольних напоїв (короткий мічиганський алкогольний тест С. Гремлінга і Ауербаха); прихильність пацієнтів до лікування (тест Моріскі – Гріна) [9].

Результати дослідження опрацьовано загальноприйнятими статистичними методами з використанням пакетів комп'ютерних STATISTICA V.6.0 й представлено відповідною кількістю спостережень, відсотками, точним значенням р (р<0,05).

Результати та їх обговорення

Обстежені пацієнти були віком від 24 до 79 років, середній вік – 48,33±12,93 років. За кількісними характеристиками бачимо, що найбільша кількість

хворих на АГ – 40-59 років (рис.1а).

У групі пацієнтів віком 70 і більше років виявлено зменшення їх кількості через розвиток ускладнень (інфаркт, інсульт). За давністю АГ коливалась у широких межах, однак більшість (82%) хворіли

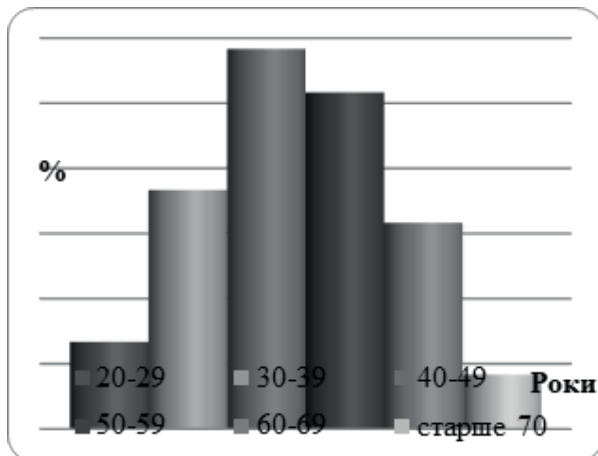


Рисунок 1. Розподіл пацієнтів за віком (а) та статтю (б)

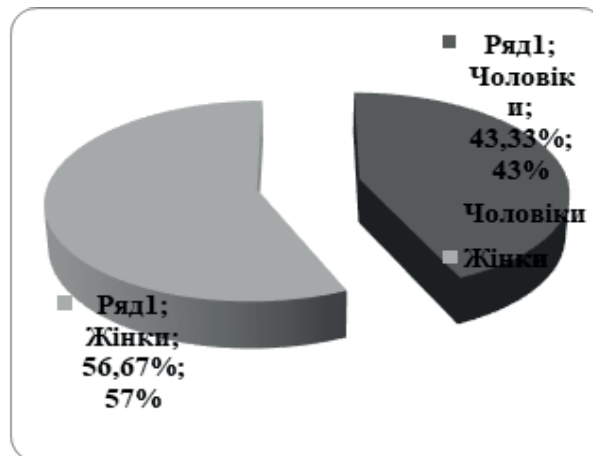
виявлено: систолічний – $158,47 \pm 2,37$ мм рт. ст., діастолічний – $94,58 \pm 2,27$ мм рт. ст. Залежно від рівня підвищення АТ серед обстежених переважала АГ I та II ступенів. Розподіл пацієнтів за ступенем АГ наведено у таблиці 1.

Зокрема, САТ у пацієнтів на АГ III ступеня був

понад 10 років.

З-поміж 120 обстежених пацієнтів переважали особи жіночої статі (68 (56,67%) жінок та 52 (43,33%) чоловіків) (рис.1б).

При вимірюванні АТ у всіх пацієнтів (у середньому)



показово вищим порівняно з САТ у хворих на АГ I та II ступенів, $p < 0,05$. Гендерних особливостей щодо рівня АТ не виявлено.

Також зафіксовано різницю за ступенем підвищення АТ у всіх пацієнтів та серед чоловіків і жінок відповідно. Більшість хворих 73 (60,83%)

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за ступенем АГ

Ступінь АГ		Разом n=120, M±m	У тому числі	
			Жінки n=68, M±m	Чоловіки n=52, M±m
I ступінь n=73 (60,83 %)	САТ, мм рт. ст.	144,38 ±2,13	143,95±2,18	145±3,09
	ДАТ, мм рт. ст.	92,33±2,09	92,09±2,26	92,67±2,88
II ступінь n=29 (24,17 %)	САТ, мм рт. ст.	163,79±3,87*	164,38±3,11	163,08±3,30
	ДАТ, мм рт. ст.	98,62±2,44	97,50±2,96	100,0±3,13
III ступінь n=18 (15 %)	САТ, мм рт. ст.	193,94±3,19*^	193,33±4,14*^	194,56±4,12*^
	ДАТ, мм рт. ст.	108,89±2,99	116,67±3,22	101,11±3,67
Середнє		САТ, мм рт. ст.	158,47±2,37	
		ДАТ, мм рт. ст.	94,58±2,27	

Примітка:

* – достовірна різниця САТ порівняно з пацієнтами АГ I ступеня, $p < 0,05$;

^ – достовірна різниця САТ порівняно з пацієнтами АГ III ступеня, $p < 0,05$.

мали АГ першого ступеня (63,24% жінок та 57,7% чоловіків), $p < 0,05$, порівняно з АГ другого 29 (24,17%) осіб (23,53% жінок та 25% чоловіків) та 18 (15%) третього ступенів (15% жінок та 9% чоловіків) відповідно.

Одним з ФР розвитку АГ є ожиріння. Виявлено перевагу хворих (81,67%) з надлишковою масою тіла та ожирінням I – II ступенів (рис. 2).

Відповідні результати засвідчили, що нормальну

масу тіла мали 36 (30%) хворих: жінок – 22 (32,35%), чоловіків – 14 (26,92%). Надлишкову масу тіла виявлено у 56 (46,67%) пацієнтів, що, достовірно, є вищим порівняно з ожирінням, $p < 0,05$: жінок – 24 (35,29%) особи, чоловіків – 32 (61,54%), $p < 0,05$. Ожиріння I ступеня виявлено у 22 (18,33%) пацієнтів: жінок – 18 (26,48%), чоловіків – 4 (7,69%); II ступеня – у 6 осіб (3,85%): жінок – 4 (5,88%), чоловіків – 2 (3,85%) пацієнтів (рис. 2а).

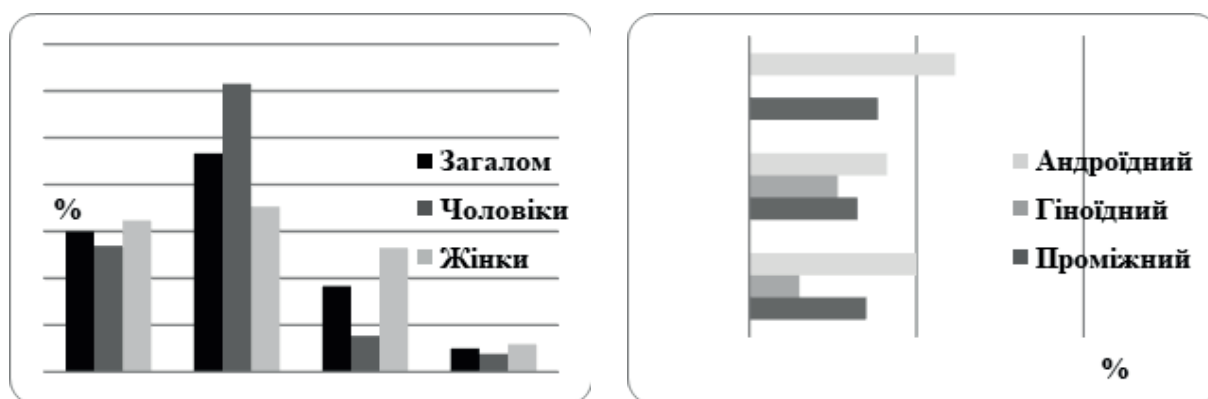


Рисунок 2. Розподіл пацієнтів на АГ за ІМТ (а) та ТРЖТ (б)

Як відомо, на розвиток ССЗ впливає не лише ступінь ожиріння, а й тип розподілу жирової тканини (ТРЖТ). Особлива увага акцентується на абдомінальному ожирінні, важливому незалежному чиннику серцево-судинного ризику й ризику розвитку АГ [3].

Проміжний тип розподілу жирової тканини (ТРЖТ) виявлено у 42 (35%) обстежених пацієнтів, серед жінок – у 22 (32,36%), серед чоловіків – у 20 (38,46%); гіноїдний тип ТРЖТ спостерігався у 18 (26,47 %) хворих, з-поміж яких були лише жінки; андроїдний ТРЖТ – у 60 (50%) обстежених пацієнтів, що було більшим порівняно з проміжним ТРЖТ, $p < 0,05$, серед жінок у 28 (41,12%) осіб і серед чоловіків – у 32 (61,54%), що також було достовірно

більшим, порівняно із жінками, $p < 0,05$ (рис. 2б).

В обстежених пацієнтів переважав андроїдний (абдомінальний) ТРЖТ, що засвідчує про метаболічні порушення в організмі; призводить до виникнення та прогресування АГ, вказує на високий і дуже високий ризик виникнення ССЗ. Незалежно від статі такий показник зростає із віком. На жаль, спостерігалась тенденція щодо збільшення кількості опитаних із надлишковою масою тіла й ожирінням з віком обстежуваних (і чоловіків, і жінок).

Аналіз наукових досліджень засвідчує, що психоемоційний стрес збільшує ризик серцево-судинних ускладнень переважно в осіб, що реагують на нього підвищенням АГ [10]. Стрес є поширеним ФР розвитку АГ (рис. 3).

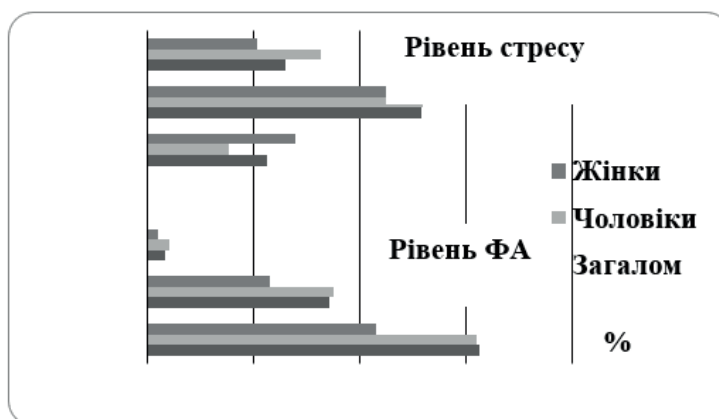


Рисунок 3. Рівень психоемоційного стресу та ФА

У багатьох хворих діагностовано загальний середній і високий рівні психосоціального стресу, що пов'язано, можливо, із активним і напруженим ритмом життя. У чоловіків виявлено середній (51,93%) і високий (32,69%) рівні стресу, а в жінок – середній (51,47%) і низький (27,94%) відповідно. Отже, рівень психосоціального стресу у чоловіків був вищий, ніж у жінок, а також вищим в осіб працездатного віку. За віковою категорією: низьким рівень стресу був в осіб 60–69 (53%) та старших за 70 років (60%); середнім – у групі 20–29 (63%) і 30–39 років (50%) і високим – в осіб 30–39 (14%) та 40–49 (9%) років. Показник високого рівня психоемоційного стресу спостерігався переважно в осіб з АГ I ступеня, а середній – АГ II ступеня.

Оцінка рівня фізичної активності продемонструвала, що більшість хворих на АГ мали низький (62,5%), середній (34,12%) і лише 3,33% достатній

рівні, $p < 0,05$ (рис. 3). Високого рівня ФА не було в жодного пацієнта. Гендерних особливостей не виявлено. У людей молодого та середнього віку зафіксовані середня та достатня ФА; з віком значно зростає кількість пацієнтів, що ведуть малорухомий спосіб життя.

Важливим ФР є куріння. Відповідно до анкетних даних, 42 особи курять (36 чоловіків і 6 жінок), більше у віковій групі 30–49 років. Щодо курильної поведінки, у більшості випадків є змішаний тип поведінки, але опитування дало можливість виділити домінуючий тип: багатьом властива курильна поведінка "розслаблення" (50%, $p < 0,05$), "гра із цигаркою" (40,48%), "підтримка" (30,95%), "стимуляція" (21,43%), "спрага" (16,67%) менше – "рефлекс" (4,76%). Визначення типу курильної поведінки допомагає у виборі методів профілактики та лікування тютюнокуріння.

Статус куріння, крім визначення типу курильної поведінки, також містить оцінку ступеня нікотинової залежності та мотивацію позбутись такої шкідливої звички. Виявлено середній (40%) і слабкий (31%) ступені нікотинової залежності. Оцінка ступеня мотивації та готовності до відмови від куріння є такою: 12 (28,57%) пацієнтів мають високий ступінь мотивації,

25 (59,52%) – слабкий, а у 5 (11,9%) опитаних відсутня мотивація. Так, з віком мотивація до відмови від куріння зростає.

Отже, відповідно до опитування така шкідлива звичка допомагає курцям стимулювати розумову діяльність; концентрувати увагу (зосередитись); розслабитися, відпочити; отримати задоволення; спілкуватися; зменшити масу тіла; жити. Це засвідчує про неналежну турботу стосовно свого здоров'я.

Важливим було вивчення такого ФР, як вживання алкоголю. Зокрема,

89 осіб (74,17%) не вживають алкоголь, 22,5% (27 осіб) – мало і помірно, 3,3% – багато. За гендерним аналізом, зловживають алкоголем більше чоловіки. Результати короткого мічиганського алкогольного тесту засвідчують, що основна кількість пацієнтів (97%) здатні самі контролювати потребу алкоголю, розробити свій режим споживання алкоголю; 3% пацієнтів необхідно звернутися за медичною допомогою, щоб змінити звички вживання алкогольних напоїв.

Щодо режиму та раціонального харчування, то у більшості пацієнтів виявлено порушення режиму харчування, надмірне вживання жирів і холестерину, недостатню кількість овочів і фруктів у щоденному раціоні. Переважна кількість пацієнтів (72 осіб, 60%) відзначає зловживання солі, що вірогідно було більшим порівняно із хворими, які вживають до 5 г на день, $p < 0,05$ та більше чоловіки (37 осіб, 71,15%), що є вірогідно більшим порівняно з іншими, $p < 0,05$.

Успішна нормалізація АТ прямо пропорційно залежить від регулярності прийому антигіпертензивних препаратів. Зокрема, необхідно враховувати те, що погана прихильність до медикаментозного лікування, як правило, супроводжується і поганою прихильністю у відношенні до немедикаментозних методів лікування, що більше перешкоджає зниженню АТ. За допомогою тесту Моріскі-Гріна у 89 осіб (74,17%) виявлено низьку прихильність, що було порівняно більшим відсотком щодо високої прихильності. У чоловіків та жінок також показник низької прихильності до лікування був достовірно вищим, ніж в осіб з високою прихильністю та переважав серед хворих на АГ I – II ступенів і молодого віку. Так, у жінок (порівняно з чоловіками) прихильність до лікування була дещо вищою, що вказує на більш відповідальне ставлення до свого здоров'я.

Отже, у хворих на АГ при дослідженні ФР виявлено: перевагу хворих із надлишковою масою тіла й ожирінням I-II ступенів та андройдного (абдомінального) ТРЖТ, середній і високий рівні психосоціального стресу, низьку ФА, середній ступінь нікотинової залежності та низьку мотивацію

Клінічна та експериментальна патологія. 2020. Т.19, №1(71)

до відмови від куріння, надмірне споживання солі й жирної їжі, порушення режиму харчування, недостатню кількість овочів і фруктів, а також низьку прихильність до лікування.

Отримані результати підтверджують необхідність залучення медичних сестер до управління ФР (виявлення та їх модифікацію). Через велику кількість пацієнтів, це, ймовірно, має важливе значення на національному рівні щодо організації серцево-судинної профілактики [11]. Для ефективності роботи між лікарем, медичною сестрою та пацієнтом взаємини повинні бути побудовані за принципом єдиної команди, у центрі уваги якої знаходиться пацієнт [12, 13].

Профілактичні заходи щодо АГ, які здійснюватиме медична сестра, повинні містити корекцію виявлених ФР [5]: зменшення маси тіла за наявності ожиріння та підвищеної маси тіла (підтримання індексу маси тіла в межах 18,5-24,9 кг/м²); збільшення фізичної активності за допомогою низки регулярних фізичних вправ (наприклад, швидка ходьба, мінімум 30 хвилин у день упродовж більшості днів тижня; дотримання правильного режиму праці та відпочинку; використання антигіпертензивної дієти (DASH) або споживання великої кількості фруктів, овочів та різних молочних продуктів зі зниженим вмістом насичених жирів і холестерину; зменшення споживання солі до кількості, що не перевищує 100 ммоль на добу (2,4 г натрію або 6 г натрію хлориду); відмову від куріння та споживання алкогольних напоїв.

Модифікація способу життя суттєво впливатиме на покращення самопочуття пацієнтів, дозволить здійснювати контроль і запобігти ускладненням. Тому важливим є навчання пацієнтів, яке допоможе в подальшому підготуватися до самоконтролю. Отримавши відповідні знання, пацієнт зможе самостійно вимірювати й розпізнавати симптоми підвищення АТ, дотримуватися правил здорового способу життя [5].

Контроль і самоконтроль АГ повинні охоплювати такі напрями: когнітивний – знання симптомів, які можуть засвідчити про підвищення АТ, фармакологічних і немедикаментозних методів зниження АТ, показників у нормі, ФР та ускладнень АГ; психомоторний – вміння правильно вимірювати АТ, приймати ліки, отримувати додаткові знання про захворювання; афективний – навички щоденних вимірювань АТ, зміни способу життя [5].

Опанування практичних навичок пацієнтами з модифікації поведінкових ФР щодо запобігання розвитку (первинна профілактика) та уповільнення прогресування (вторинна профілактика) потребує також участі й підтримки членів сім'ї, друзів [6, 14]. Пацієнтів необхідно поінформувати (засоби масової інформації; усна бесіда; санбюлетені; пам'ятки з усним коментарем медичної сестри; пам'ятка без пояснень) так, щоб вони зрозуміли про серцево-судинний ризик і потенційні наслідки способу життя й активно брали участь у спільному прийнятті рішень.

Отже, вищенаведені заходи вимагають ґрунтовних

знань медичних сестер щодо профілактики АГ і ведення здорового способу життя, корекції ФР та умінь правильного вимірювання АТ, визначення пульсу з метою формування мотивації хворих до їх контролю, що є можливим при активному професійному зростанні та самовдосконаленні медсестер.

Висновки

1. У пацієнтів на АГ з віком зростає кількість модифікованих ФР розвитку ССЗ: надлишкова маса тіла і ожиріння I- II ступеня, андройдний ТРЖТ, середній та високий рівні психосоціального стресу, низька ФА, середній ступінь нікотинової залежності та низька мотивація до відмови від куріння, порушення режиму харчування, недостатня кількість у раціоні овочів і фруктів, надмірне споживання солі, насичених жирів та холестерину.

2. Важливим є формування у пацієнтів розуміння контролювати та корегувати фактори серцево-судинного ризику.

3. Виявлення ФР, навчання пацієнтів щодо їх усунення є важливим складником щоденної роботи медичної сестри, що сприятиме покращенню стану здоров'я, профілактиці та стабілізації АГ.

Перспективи подальших досліджень

Проводитимуться дослідження у визначеному науковому аспекті.

Список літератури

1. Дячук ДД, Мороз ГЗ, Гідзинська ІМ, Ласиця ТС. Поширеність факторів ризику серцево-судинних захворювань в Україні: сучасний погляд на проблему. Український кардіологічний журнал. 2018. № 1. С. 91–101.
2. Коваленко ВМ, Корнацький ВМ, редактори. Стан здоров'я народу України та медичної допомоги третинного рівня. Київ; 2019. 223 с.
3. Питецька НІ. Артеріальна гіпертензія та ожиріння у хворих літнього віку. Проблеми старення и долголетия. 2016;25(1):98–104.
4. Скибчик ВА, Соломенчук ТМ. Кардіоваскулярна профілактика. Артеріальна гіпертензія. 2018;2:79-88. doi: <http://dx.doi.org/10.22141/2224-1485.2.58.2018.131070>
5. Sawicka KM, Prasał M, Krzyżanowska E, Łuczyk RJ, Trąbka M, Daniluk J. Preparation of patients with low pressure lifting patients. Journal of Education, Health and Sport. 2017; 7(8):135-49. doi: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.844063>
6. Berra K, Miller NH, Jennings C. Nurse-Based Models for Cardiovascular Disease Prevention From Research to Clinical Practice. J Cardiovasc Nurs [Internet]. 2011[cited 2020 Jan 18];26(4 Suppl):S46-S55. Available from: https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=1211772&Journal_ID=54006&Issue_ID=1211735 doi: 10.1097/JCN.0b013e318213ef5c
7. Сафононов ДТ. Роль среднего медицинского персонала первичного звена в ведении пациентов с артериальной гипертонией. Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2013;8:15–21.
8. Hayman L.L., Berra K., Fletcher B.J., Houston Miller N. The Role of Nurses in Promoting Cardiovascular Health Worldwide. Journal of the American College of Cardiology. 2015. Vol. 66, Issue 7. P. 864–866. doi: 10.1016/j.jacc.2015.06.1319

9. Школа Здоровья для пациентов с артериальной гипертонией / под ред. Р.Г. Оганова. Москва, 2002. 124 с.
10. Подольський ОВ, Стеблюк ВВ. Рівень стресорного напруження та оцінка якості життя у пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Світ медицини та біології. 2014;3:90-3.
11. Voogdt-Pruis HR, Beusmans GH, Gorgels AP, Kester AD, Van Ree JW. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. Br J Gen Pract. 2010;60(570):40-6. doi: 10.3399/bjgp10X482095
12. Drevenhorn E. A Proposed Middle-Range Theory of Nursing in Hypertension Care. International Journal of Hypertension. 2018. Vol. 2018. P. 2858253. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5842681/pdf/IJHY2018-2858253.pdf> (Last accessed: 15.12.2019). doi: 10.1155/2018/2858253
13. Yu EY, Wan EY, Wong CK, Chan AK, Chan KH, Ho SY, et al. Effects of risk assessment and management programme for hypertension on clinical outcomes and cardiovascular disease risks after 12 months: a population-based matched cohort study. J Hypertens. 2017;35(3):627-36. doi: 10.1097/HJH.0000000000001177
14. Felipe GF, de Abreu RN, Moreira TM. Aspects of the nursing consultation with hypertensive patients cared for in the family health program. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(4):620-6. doi: 10.1590/s0080-62342008000400002

References

1. Dyachuk DD, Moroz GZ, Hydzynska IM, Lasitsya TS. Poshyrenist' faktoriv ryzyku sertsevo-sudynnykh zakhvoriuvan' v Ukraini: suchasnyi pohliad na problemu [The prevalence of risk factors of cardiovascular diseases in Ukraine]. Ukrainian Cardiology Journal. 2018. № 1. P. 91-101. (in Ukrainian)
2. Kovalenko VM, Kornats'kyi VM, redaktory. Stan zdorov'ia narodu Ukrainy ta medychnoi dopomohy tretynnoho rivnia [Health status of the people of Ukraine and tertiary care]. Kiev; 2019. 223 p. (in Ukrainian)
3. Pytetskaia NI. Arterial'na hipertenziya ta ozhyrinnya u khvorykh litn'oho viku [Hypertension and obesity in elderly patients]. Problemy starenija i dolgoletija. 2016;25(1):98–104. (in Ukrainian)
4. Skybchik VA, Solomenchuk TM. Kardiovaskularna profilaktyka [Cardiovascular prevention]. Arterial'na hipertenziya 2018;2:79-88. doi: <http://dx.doi.org/10.22141/2224-1485.2.58.2018.131070> (in Ukrainian)
5. Sawicka KM, Prasał M, Krzyżanowska E, Łuczyk RJ, Trąbka M, Daniluk J. Preparation of patients with low pressure lifting patients. Journal of Education, Health and Sport. 2017;7(8):135-49. doi: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.844063>
6. Berra K, Miller NH, Jennings C. Nurse-Based Models for Cardiovascular Disease Prevention From Research to Clinical Practice. J Cardiovasc Nurs [Internet]. 2011[cited 2020 Jan 18];26(4 Suppl):S46-S55. Available from: https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=1211772&Journal_ID=54006&Issue_ID=1211735 doi: 10.1097/JCN.0b013e318213ef5c
7. Safokhonov DT. Rol' srednego medicinskogo personala pervichnogo zvena v vedenii pacientov s arterial'noj gipertoniej [The role of nursing staff in primary care of management of patients with arterial hypertension]. Siberian Medical Journal (Irkutsk). 2013;8:15–21. (in Russian)
8. Hayman L.L., Berra K., Fletcher B.J., Houston Miller N. The Role of Nurses in Promoting Cardiovascular Health Worldwide. Journal of the American College of Cardiology. 2015. Vol. 66, Issue 7. P. 864–866. doi: 10.1016/j.jacc.2015.06.1319

9. Shkola Zdorov'ya dlya patsientov s arterial'noy gipertoniey [School of Health for patients with arterial hypertension] / pod red. R.G. Oganova. Moscow, 2002. 124 p. (in Russian)
10. Podolsky AV, Steblyuk VV. Riven' stresomoho napruzhenia ta otsinka yakosti zhyttia u patsientiv z arterial'noiu hipertenzieiu [Level of stressor tension and evaluation of quality of life in patients with hypertension]. World of Medicine and Biology. 2014;3:90-3. (in Ukrainian)
11. Voogdt-Pruis HR, Beusmans GH, Gorgels AP, Kester AD, Van Ree JW. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. Br J Gen Pract. 2010;60(570):40-6. doi: 10.3399/bjgp10X482095
12. Drevenhorn E. A Proposed Middle-Range Theory of Nursing in Hypertension Care. International Journal of Hypertension. 2018. Vol. 2018. P. 2858253. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5842681/pdf/IJHY2018-2858253.pdf> (Last accessed: 15.12.2019). doi: 10.1155/2018/2858253
13. Yu EY, Wan EY, Wong CK, Chan AK, Chan KH, Ho SY, et al. Effects of risk assessment and management programme for hypertension on clinical outcomes and cardiovascular disease risks after 12 months: a population-based matched cohort study. J Hypertens. 2017;35(3):627-36. doi: 10.1097/HJH.0000000000001177
14. Felipe GF, de Abreu RN, Moreira TM. Aspects of the nursing consultation with hypertensive patients cared for in the family health program. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(4):620-6. doi: 10.1590/s0080-62342008000400002

Відомості про авторів:

Борейко Л.Д. – к.мед.н., доцент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці.

Марараш Г.Г. – аспірант кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти Буковинського державного медичного університету», м. Чернівці.

Информация об авторах:

Борейко Л.Д. – к.мед.н., доцент кафедры ухода за больными и высшего медсестринского образования Буковинского государственного медицинского университета, г. Черновцы.

Марараш Г.Г. – аспирант кафедры ухода за больными и высшего медсестринского образования Буковинского государственного медицинского университета, г. Черновцы.

Information about authors:

Boreyko L.D. – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, the Department of Nursing and Higher Nursing Education, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi.

Mararash H.H. – Postgraduate student, the Department of Nursing and Higher Nursing Education, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi.

Стаття надійшла до редакції 2.01.2020

Рецензент – проф. Волошин О.І.

© Борейко Л. Д., Марараш Г. Г., 2020

