

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ: РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ**Г.Г. Марраш**

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці, Україна

Ключові слова:
артеріальна гіпертензія, медико-соціальні чинники, якість життя, медична сестра терапевтичного відділення, профілактика артеріальної гіпертензії.

Буковинський медичний вісник. Т.24, № 4 (96). С. 48-57.

DOI: 10.24061/2413-0737.XXIV.4.96.2020.102

E-mail: galya.fedorchuk@gmail.com

Резюме. У роботі досліджено роль медико-соціальних та соціальних чинників, загального самопочуття і рівня якості життя у хворих на артеріальну гіпертензію. Закцентовано увагу на ролі медичної сестри терапевтичного відділення у профілактичному навчанні пацієнтів щодо формування здорового способу життя та зменшення патогенного впливу негативних соціальних чинників.

Мета – обґрунтування основних заходів профілактики АГ та покращання ЯЖ шляхом вивчення медичними сестрами медико-соціальних та соціальних чинників якості життя хворих на артеріальну гіпертензію.

Матеріал і методи. В опитуванні (шляхом анкетування) взяли участь 120 хворих на АГ КНП «Поліклініка №1» м. Чернівці, з них: чоловіків – 43,3%, жінок – 56,7% (віком від 23 до 79 років). За допомогою опитувальників вивчено медико-соціальні, соціологічні фактори впливу, загальне самопочуття та рівень якості життя. Дослідження проведено за всіма етичними правилами, зокрема з дотриманням принципів добровільності, конфіденційності, дослідницької доброчесності. Результати дослідження опрацьовано загальноприйнятими статистичними методами з використанням пакетів комп'ютерних програм STATISTICA 10 й представлено відповідною кількістю спостережень, відсотками, точним значенням р.

Результати. Серед обстежених переважала АГ I та II ступеня, обтяжена спадковість встановлена у 62,5 % (75 осіб). Виявлено недостатню кількість овочів, фруктів і риби в раціоні та вживання солі більше 5 г за добу (60%).

Більшість опитаних мають середню спеціальну освіту, менша частина – вищу. Дослідження соціального статусу: працівників було 71,62 %, більшість яких працювали повний день.

За результатами опитування, 22,09 % осіб зазначили відмінні умови роботи, 38,37 % – добрі, 25,58 % – задовільні та 13,96 % – погані умови праці. Установлено відсоток хворих (60,47 %), серед яких переважає відсоток респондентів із задовільними та поганими умовами праці (39,53%). Більшість респондентів (53,49%) вказали на задовільні та погані психологічні умови праці, що перевищує в незначній кількості працівників з відмінними та добрими умовами роботи (46,51%). Виявлено перевагу оцінки відмінних та добрих матеріально-технічних умов праці перед відмінними і добрими психологічними умовами (60,47 % проти 46,51 %).

Матеріальний стан більшість опитаних оцінили як середній (42,5 %). Рівень ЯЖ коливався від дуже високого до край низького. Чинники, які впливали на зниження рівня ЯЖ: показник «здоров'я» (1,44) «соціальний статус» (1,48), «задоволення від роботи, діяльності» (1,59), «соціальна активність» (1,62). Такі соціальні фактори впливу, як матеріальні труднощі, додаткова робота для збільшення доходу, були визначені як негативні впродовж останніх 6 міс. кожним другим пацієнтом; погіршення взаєморозуміння, погіршення стосунків: чоловік/дружина, діти, батьки, друзі, загроза безробіття для близьких і рідних – кожним третім респондентом.

Висновки

1. У 120 пацієнтів з артеріальною гіпертензією виявлено обтяжену спад-

ковість (62,5%), недостатнє вживання рекомендованої кількості овочів і фруктів (25,83%), риби у раціоні (12,5%) та надмірне вживання солі (60%), перевагу осіб із середньою спеціальною освітою та працівників (71,62%), з відмінними та добрими санітарно-технічними (60,47%) та задовільними і поганими психологічними (39,53%) умовами праці, із середнім матеріальним станом (42,5%) та коливанням рівня якості життя від дуже високого до надто низького.

2. Артеріальна гіпертензія погіршує якість життя пацієнтів, що характеризується зниженням показників як фізичного, так і психологічного станів.

3. Здатність адекватного сприйняття пацієнтами свого захворювання і формування відношення до питань лікування і профілактики залежить від рівня освіти.

4. Вчасна, рання діагностика артеріальної гіпертензії, соціальна підтримка та навчання є значущими предикторами прихильності до профілактики та лікування.

5. Навчання хворих на артеріальну гіпертензію здоровому способу життя через медичних сестер, сприяння зменшенню патогенного впливу негативних соціальних чинників, постійна пропаганда медичних знань сприятиме формуванню відповідального ставлення до збереження власного здоров'я, запобігатиме ускладненням, дозволить покращити якість життя і соціальну адаптацію.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Г.Г. Марраш

Ключевые слова:

артериальная гипертензия, медико-социальные факторы, качество жизни, медицинская сестра терапевтического отделения, профилактика артериальной гипертензии.

Буковинский медицинский вестник. Т.24, № 4 (96). С.48-57.

Резюме. В работе исследуется роль медико-социальных и социальных факторов, общего самочувствия и качества жизни у больных артериальной гипертензией. Акцентируется внимание на роли медицинской сестры терапевтического отделения в профилактическом обучении пациентов по формированию здорового образа жизни и уменьшения патогенного влияния негативных социальных факторов.

Цель – обоснования основных мер профилактики АГ и улучшения качества жизни путем изучения медицинскими сестрами медико-социальных и социальных факторов качества жизни больных артериальной гипертензией.

Материал и методы. В опросе (путем анкетирования) приняли участие 120 больных АГ КНП «Поликлиника №1» г. Черновцы, из них: мужчин – 43,3%, женщин – 56,7% в возрасте от 23 до 79 лет. С помощью опросников изучено медико-социальные, социологические факторы влияния, общее самочувствие и уровень качества жизни. Исследование проводилось по всем этическим правилам, в частности, с соблюдением принципов добровольности, конфиденциальности, исследовательской добродетели. Результаты исследования обработаны общепринятыми статистическими методами с использованием пакетов компьютерных STATISTICA 10 и представлены соответствующим количеством наблюдений, процентами, точным значением p .

Результаты. Среди обследованных преобладала АГ I и II степени, наследственность установлена в 62,5% (75 человек). Выявлено недостаточное количество овощей и фруктов, рыбы в рационе и употребление соли более 5 г в сутки (60%).

Подавляющее большинство опрошенных имели среднее специальное, меньше – высшее образование. Исследование социального статуса: работающих

Оригінальні дослідження

было 71,62%, большинство работали полный день.

По результатам опроса 22,09% лиц отметили отличные условия работы, 38,37% - хорошие, удовлетворительные - 25,58% и 13,96% плохие условия труда. Выяснено, процент больных (60,47%), среди которых имеют место отличные и хорошие санитарно-технические условия труда, преобладает процент респондентов с удовлетворительными и плохими условиями труда (39,53%). Большинство респондентов (53,49%) указали на удовлетворительные и плохие психологические условия труда, незначительно преобладало количество работающих с отличными и хорошими условиями работы (46,51%). Выявлено преимущество оценки отличных и хороших материально-технических условий труда, чем отличных и хороших психологических условий (60,47% против 46,51%).

Материальное положение большинство опрошенных оценили как средний (42,5%). Уровень КЖ колебался от очень высокого до очень низкого. Факторы, которые приводили к снижению уровня КЖ: показатель «здоровья» (1,44) «социальный статус» (1,48), «удовольствие от работы, деятельности» (1,59), «социальная активность» (1,62). Такие социальные факторы влияния, как материальные трудности, дополнительная работа для увеличения дохода были указаны как отрицательные в течение последних 6 мес. каждым вторым пациентом, ухудшение взаимопонимания, ухудшение отношений: муж / жена, дети, родители, друзья, угроза безработицы для близких и родных - каждым третьим респондентом.

Выводы

1. У 120 пациентов с артериальной гипертензией выявлено отягощенную наследственность (62,5%), недостаточное употребление рекомендованного количества овощей и фруктов (25,83%), рыбы в рационе (12,5%) и чрезмерное – соли (60%), преобладание лиц со средним специальным образованием и работающих (71,62%), с отличными и хорошими санитарно-техническими (60,47%) и удовлетворительными и плохими психологическими условиями труда (39,53%), со средним материальным положением (42,5%) и колебанием уровня качества жизни от очень высокого до очень низкого.
2. Артериальная гипертензия ухудшает качество жизни пациентов, проявляется снижением показателей как физического, так и психологического состояний.
3. Способность адекватного восприятия пациентами своего заболевания и формирование отношения к вопросам лечения и профилактики зависит от уровня образования.
4. Социальная поддержка, обучение и диагностика артериальной гипертензии значимых предикторами приверженности к профилактике и лечению.
5. Обучение медицинскими сестрами больных артериальной гипертензией основам здорового образа жизни, содействие уменьшению патогенного влияния негативных социальных факторов, постоянная пропаганда медицинских знаний будет способствовать формированию ответственного отношения к сохранению собственного здоровья, предотвратит осложнения, позволит улучшить качество жизни и социальную адаптацию.

MEDICAL AND SOCIAL FACTORS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION: THE ROLE OF THE NURSE

H.H. Mararash

Abstract. The paper examines the role of medical and social factors, general well-being, and quality of life in patients with hypertension. The role of the nurse of the therapeutic department in the preventive training of patients is

Key words: arterial hypertension, medical and social factors, quality of life, nurse of the therapeutic department, prevention of arterial hypertension.

Bukovinian Medical Herald. V.24, № 4 (96). P. 48-57.

emphasized to form a healthy lifestyle and reduce the pathogenic impact of negative social factors.

Objective – substantiation of the main measures for prevention of hypertension and improvement of quality of life by studying medico-social and social factors of patients' quality of life with arterial hypertension by nurses.

Material and methods. The survey (by questionnaire) involved 120 patients with arterial hypertension consulted at the Municipal Institution "Polyclinic №1" in Chernivtsi, including: men – 43.3%, women – 56.7% aged from 23 to 79 years. With the help of the questionnaires, medical and social, sociological factors of influence, general well-being and quality of life were studied. The research was conducted according to all ethical rules, in particular, in compliance with the principles of voluntariness, confidentiality, research integrity. The results of the study were processed by conventional statistical methods using computer packages STATISTICA 10 and presented by the appropriate number of observations, percentages, and the exact value of *p*.

Results. I and II degree AH prevailed among the examined individuals, and burdened heredity was found in 62.5% (75 people). Insufficient amount of vegetables and fruits, fish in the diet and salt intake of more than 5 g per day (60%) was found.

The vast majority of respondents had a secondary special, less of respondents – higher education. Social status survey: 71.62% were employed, most worked full time.

According to the survey, 22.09% of people noted excellent working conditions, 38.37% – good, satisfactory – 25.58%, and 13.96% poor working conditions. It was found that the percentage of patients (60.47%), among whom there are excellent and good sanitary and working conditions, exceeds the percentage of respondents with satisfactory and poor working conditions (39.53%). The majority of respondents (53.49%) indicated satisfactory and poor psychological working conditions, which slightly exceeded the number of employees with excellent and good working conditions (46.51%). The advantage of assessing excellent and good material and technical working conditions over excellent and good psychological conditions (60.47% vs. 46.51%) was revealed.

The financial condition of the majority of respondents was assessed as average (42.5%). The level of QOL fluctuated from very high to extremely low. Factors that led to a decrease in the level of QOL are the following: the indicator of "health" (1.44), "social status" (1.48), "job satisfaction" (1.59), "social activity" (1.62). Social factors such as financial difficulties, additional work to increase income were reported as negative during the last 6 months by every second patient; deterioration of mutual understanding, deterioration of relations: husband / wife, children, parents, friends, the threat of unemployment for relatives – every third respondent.

Conclusions

1. 120 Patients with hypertension have a burdened heredity (62,5%), insufficient consumption of the recommended amount of vegetables and fruits (25,83%), fish in the diet (12,5%), and excessive salt consumption (60%); the predominance of people is with secondary special education and workers (71,62%) with excellent and good sanitation and satisfactory and poor psychological working conditions (39,53%), with an average financial situation (42,5%) and fluctuations in the level of QOL from very high to extremely low.
2. Hypertension worsens the QOL of patients, which is manifested by a decrease in both physical and psychological states.
3. The ability of patients to adequately perceive their disease and form attitudes toward treatment and prevention depends on the level of education.

Оригінальні дослідження

4. *Social support, training and diagnosis of hypertension are significant predictors of commitment to prevention and treatment.*

5. *Education of patients with hypertension on the principles of a healthy lifestyle by nurses, assistance in reducing the pathogenic impact of negative social factors, the constant promotion of medical knowledge will contribute to the formation of a responsible attitude to maintaining their own health, prevent complications, improve the QOL and social adaptation.*

Вступ. Артеріальна гіпертензія (АГ) – одне з найпоширеніших захворювань серцево-судинної системи. Останніми роками в Україні зростає роль соціально-економічних чинників у механізмах АГ, які передбачають соціально визначені економічні фактори [1]. Рівень здоров'я громадян, а відповідно, середня тривалість їхнього якісного життя, формуються під впливом таких визнаних у світі складників: природних, соціально-економічних, суспільно-політичних, профілактичних умов та медичної допомоги [2].

Науковці В. М. Коваленко, В. М. Корнацький, Robert M. Carey, Paul Muntner до факторів, що впливають на формування і збереження здоров'я, відносять сімейний стан і взаємостосунки, добробут, доходи, якість харчування і фізичної активності, шкідливі звички, рівень культури та спосіб життя, освіти, статус професійної зайнятості, доступ до медичної допомоги та інші фактори [2, 12].

В. М. Корнацький, Д. М. Мороз звертають увагу на те, що вивчення якості життя (ЯЖ) дозволяє оцінити ступінь адаптації людини до хвороби та можливість виконання звичних функцій, які відповідають її соціально-економічному стану. Автори уточнюють, що це інтегральна характеристика фізичного, психологічного та соціального функціонування хворого на основі суб'єктивного сприйняття. Саме тому цей показник є способом впливу хвороби на людину, допомагає зрозуміти її потреби та можливі шляхи реабілітації. ЯЖ характеризує загальний добробут та ступінь задоволеності тими ланками життя, на які впливає стан здоров'я, і навпаки, захворювання змінює біосоціальний статус, що має відбиток на оцінці ЯЖ [3].

Огляд наукових публікацій показує, що сучасна стратегія профілактики та лікування АГ передбачає врахування механізмів впливу різноманітних чинників ризику, зокрема тих, що зумовлені способом життя, з-поміж яких стресогенні події, хронічний стрес на роботі, відсутність соціальної підтримки, низький соціально-економічний статус, напруженість сімейних стосунків тощо. Зокрема раннє виявлення та корекція дозволять значно покращити кардіоваскулярний прогноз [4].

Клінічні профілактичні послуги, зокрема скринінг захворювань, санітарно-просвітницька робота з населенням, є ключовими для зменшення смертності, втрати працездатності та покращення здоров'я нації. Збільшення кількості людей, які користуються перевагами та мають доступ до клінічних профілактичних послуг, продовжує залишатися головним завданням охорони здоров'я. Важливу роль у цьому процесі відіграє первинна

ланка медичної допомоги – медичні сестри у команді з сімейними лікарями. Т. А. Ларина та співавтори підкреслюють, що медичних працівників і пацієнта слід розглядати як два нерозривно дієвих складники єдиного лікувально-діагностичного процесу [5].

У процесі реформування системи охорони здоров'я переглядають роль середнього медичного персоналу щодо збільшення самостійності та розширення професійних компетенцій. Професійно підготовлені медичні сестри терапевтичного відділення стають важливим ресурсом у профілактиці захворювань. Адже перебіг більшості хронічних захворювань можна певною мірою контролювати і запобігати ускладненням, продовжити життя хворих і підвищити його якість. Тому значення роботи медичних сестер у цьому аспекті важко переоцінити. Однак вони також повинні бути мотивовані до вивчення питань профілактики, розуміти важливість і необхідність такої підготовки, вірити в її ефективність.

Огляд наукових публікацій показує, що є чимало досліджень щодо участі медсестри у контролі артеріального тиску (АТ) у пацієнтів, але бракує досліджень, які зосереджені на вивченні медичною сестрою медико-соціальних та соціальних чинників ризику і рівня ЯЖ у хворих на АГ.

Мета – обґрунтування основних заходів профілактики АГ та покращання ЯЖ шляхом вивчення медичними сестрами медико-соціальних та соціальних чинників якості життя хворих на артеріальну гіпертензію.

Матеріал і методи. В опитуванні (шляхом анкетування) взяли участь 120 хворих на АГ КНП «Поліклініка №1» м. Чернівці, з них: чоловіків – 43,3%, жінок – 56,7% віком від 23 до 79 (48,33±12,93) років. За допомогою опитувальників вивчено медико-соціальні, соціологічні фактори впливу, загальне самопочуття та рівень ЯЖ. Дослідження проводилося за всіма етичними правилами, зокрема з дотриманням принципів добровільності, конфіденційності, дослідницької доброчесності.

Для проведення дослідження використані: «Анкета вивчення медико-соціальних факторів впливу на розвиток і перебіг хвороб кровообігу», розроблена ДУ ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска» НАМН України; анкета оцінки загального самопочуття пацієнта; шкала оцінки якості життя (О. С. Чабан, О. О. Хаустова); анкета визначення соціальних факторів, які, можливо, впливають на здоров'я (О. О. Чабан) [2, 6].

Результати дослідження опрацьовано за допомогою загальноприйнятих статистичних методів з використанням пакетів комп'ютерних програм STATISTICA 10 й репрезентовано відповідною кількістю спостережень,

відсотками, точним значенням р.

Результати дослідження та їх обговорення. За тривалістю перебігу АГ коливалась у широких межах, однак чимало пацієнтів (82%) хворіли понад 10 років. Усі обстежені пацієнти були мешканцями міста. Залежно від рівня підвищення АТ виявилось, що серед обстежених переважала АГ I та II ступеня. Обтяжена спадковість встановлена у 62,5 % (75 осіб), у 37,5 % (45 осіб) – не зафіксовано подібного захворювання серед найближчих кровних родичів.

Аналіз наукових досліджень засвідчує, що характер харчування, склад продуктів, які переважають у раціоні людини, впливають на функціонування організму людини. Результати проведеного анкетування виявили недостатню кількість овочів і фруктів, риби у раціоні: рекомендовану кількість овочів щодня вживали тільки 31 (25,83%) особа, морську рибу три та більше разів на тиждень – 15 (12,5 %) опитаних, солоне та гостре 2-3 рази на тиждень споживали 35 (29,17%) осіб, здебільшого чоловіки.

Як відомо, одним із факторів харчування, які мають негативний вплив на розвиток АГ, є вживання кухонної солі. З'ясовано, що 72 особи (60 %) вживають понад 5 г солі за добу ($p < 0,05$), однак здебільшого зловживання характерне для чоловіків (71,15 % проти 51,47 % жінок) переважно старшого віку. А. А. Заздравнов звертає увагу на те, що стандартну рекомендацію щодо обмеження використання кухонної солі в раціоні осіб літнього віку реалізувати набагато складніше, ніж у молодших пацієнтів, у зв'язку з послабленням смакових відчуттів з віком [1].

Вагомими чинниками впливу на перебіг захворювання є шкідливі звички, зокрема куріння та зловживання алкоголем. Аналіз цих факторів дозволяє дійти висновку: 42 особи (35 %) зазначили, що курять, серед них 36 (85,71 %) чоловіків та 6 (14,29 %) жінок. Щодо вживання алкогольних напоїв, то 83 особи (69,16%) вживають з такою частотою: 2-3 рази на тиждень – 8 (6,67%), кілька разів на місяць – 38 осіб (31,67 %), кілька разів на рік – 36 опитаних (30 %) і щоденно – лише 1 особа (0,83 %).

У літературі підкреслено роль психосоціальних чинників, що мають вплив на підвищення АТ: соціальні (сімейний стан, стрес на роботі та вдома, низька соціальна підтримка та соціально-економічний статус – освіта, професія) і психологічні (депресія, тривожні розлади та ворожість, життєве виснаження і порушення сну, що зумовлені стресовими факторами) [7].

Рівень освіти відіграє важливу роль у розвитку АГ, оскільки від нього залежить здатність адекватного сприйняття пацієнтами свого захворювання і формування відношення до питань лікування і профілактики. З'ясовано рівень освіти респондентів: неповна середня – у 5 осіб (4,17 %), середня – у 24 осіб (20 %), середня спеціальна – у 46 осіб (38,33 %; здебільшого серед жінок – 47,06%), незакінчена вища – 10 (8,33 %) та вища – 35 осіб (29,17 %; здебільшого серед чоловіків – 40,38 %). Отже, більшість опитаних мають середню спеціальну

освіту, менша частина – вищу (рис.1).

Ю. Н. Замотаєв зазначає, що напружена і тривала праця є фактором, що уможливорює зміни в серцево-судинній системі, які спочатку мають адаптивний характер, але в подальшому можуть призвести до дезадаптивних процесів, що сприяють розвитку захворювання [8].

У всіх пацієнтів вивчали трудову діяльність: санітарно-технічні та психологічні умови праці, соціальний статус. Дослідження соціального статусу показало, що серед пацієнтів було 86 (71,62 %) осіб, які працюють: найбільша група респондентів, 53 особи (44,17 %) працювали повний день, що становить більшість ($p < 0,05$) порівняно з безробітними (13 осіб, 10,83%) та пенсіонерами (21 особа, 17,5 %), тоді як 33 особи (27,5 %) мали часткову зайнятість (рис. 1).

Задоволеність санітарно-технічними умовами на роботі пацієнти оцінювали за десятибальною шкалою (рис. 2). За результатами опитування, 19 (22,09 %) респондентів зазначили відмінні (9-10 балів) умови праці, 33 (38,37 %) – добрі (7-8 балів), задовільні (5-6 балів) – 22 особи (25,58 %) та 12 осіб (13,96 %) – погані. З'ясовано відсоток хворих (60,47 %), серед яких є з відмінними та добрими санітарно-технічними умовами роботи, однак переважає відсоток респондентів із задовільними та поганими (4 і менше балів) умовами праці (39,53%). Серед жінок переважав відсоток осіб з добрими умовами, $p < 0,05$, порівняно з поганими умовами.

Психологічні умови роботи оцінювали за десятибальною шкалою, де 10 – мінімально стресові умови (рис. 2). За результатами опитування, відмінні (9-10 балів) психологічні умови праці відзначають 14 осіб (16,28 %), добрі (7-8 балів) – 26 осіб (30,23 %), задовільні (5-6 балів) – 27 осіб (31,4 %) та погані (4 і менше балів) – 19 осіб (22,09 %).

Отже, 46 осіб (53,49 %) констатують задовільні та погані психологічні умови праці, що в незначній кількості переважає працівників з відмінними та добрими умовами праці (40 осіб, 46,51 %). Серед основних причин задовільних та поганих психологічних умов праці респонденти вказали на суперечність з колегами та керівниками, високий обсяг роботи та відповідальність, керівну посаду, роботу з великою кількістю людей, вимушене перебування на відповідній посаді через фінансові труднощі, низьку оплату праці, потребу допрацювати до пенсії. Усі зазначені фактори можуть сприяти психоемоційному напруженню.

З психотравматичних ситуацій найчастіше відзначалися велике емоційне напруження на роботі, серйозні матеріальні проблеми, конфлікти в родині, важкі захворювання і смерть рідних. Варто зазначити, що серед респондентів, які відзначили відмінні та добрі матеріально-технічні умови праці, переважає відсоток осіб з відмінними і добрими психологічними умовами (60,47 % проти 46,51 %).

У жінок і чоловіків клінічні скарги дещо відрізнялися. Переважна більшість жінок після закінчення роботи частіше відчували відчуття розбитості, сонливості, погіршення настрою, головний біль, біль у м'язах і сугло-

Оригінальні дослідження

бах. У них порівняно з чоловіками частіше виникало відчуття втоми, зниження працездатності.

Важливим фактором впливу на психоемоційний стан є сімейне оточення, у якому перебуває людина. Згідно з літературними відомостями, шлюб вважають одним із найпотужніших захисних механізмів соціальної підтримки і хворої, і здорової людини. А вдівство є, навпаки, гострою життєвою подією. Смертність від ССЗ серед овдовілих чоловіків набагато вища, ніж в одружених. Люди, що живуть тільки з одним членом сім'ї, не схильні до задоволеності своїм життям, натомість члени родини з трьох або більше осіб налаштовані оптимістичніше [1]. Більшість респондентів у шлюбі: одружені – 50 % жінок та 57,69 % чоловіків, що, звичайно, більше, порівняно з іншими групами, однаково серед чоловіків і жінок; серед розлучених – 11,76 % жінок та 13,46 % чоловіків; серед овдовілих – лише жінки (17,66 %); серед неодружених – 11,76 % жінок та 13,46 % чоловіків; у громадянському та повторному шлюбі було відповідно 4,41 % та 4,41 % жінок і 11,54% та 3,85 % чоловіків.

Задоволеність стосунками з рідними оцінювали за десятибальною шкалою, де 10 – гармонійні стосунки. Результати опитування свідчать про наявність гармонійних сімейних стосунків у 94 осіб (78,33 %). Конфліктні

стосунки констатували 21,67 % (26 осіб) хворих. Серед причин конфліктів відзначали матеріальні складнощі, непорозуміння з дітьми та/або батьками, стан здоров'я, значне навантаження на роботі.

Одним із вагомих факторів ризику розвитку АГ є рівень доходу людини, який разом зі станом здоров'я є найбільш значущими чинниками, що впливають на задоволеність життям і впевненість у майбутньому.

Матеріальний стан оцінювали через суб'єктивне сприйняття свого фінансового стану: більшість оцінили як середній – 42,5 % (51 осіб), що було більшим, $p < 0,05$, порівняно із середнім та поганим (14,17 %, 17 осіб) і дуже добрим (4,16 %, 5 осіб); як добрий – 39,17% (47 осіб); як дуже поганий – жодної особи. Фінансові можливості пацієнтів також впливають і на доступність якісного та збалансованого харчування, а також це пояснює споживання меншої кількості необхідних овочів, фруктів та морської риби.

Важливим суттєвим аспектом є релігійність хворого, оскільки це сприяє дотриманню здорового способу життя незалежно від віросповідання. Позитивну відповідь дали 109 пацієнтів (90,83%), негативну – 11 (9,17%).

Отже, опитування показало, що в результаті впливу несприятливих факторів виробничої діяльності в обстежених осіб спостерігається картина хронічного

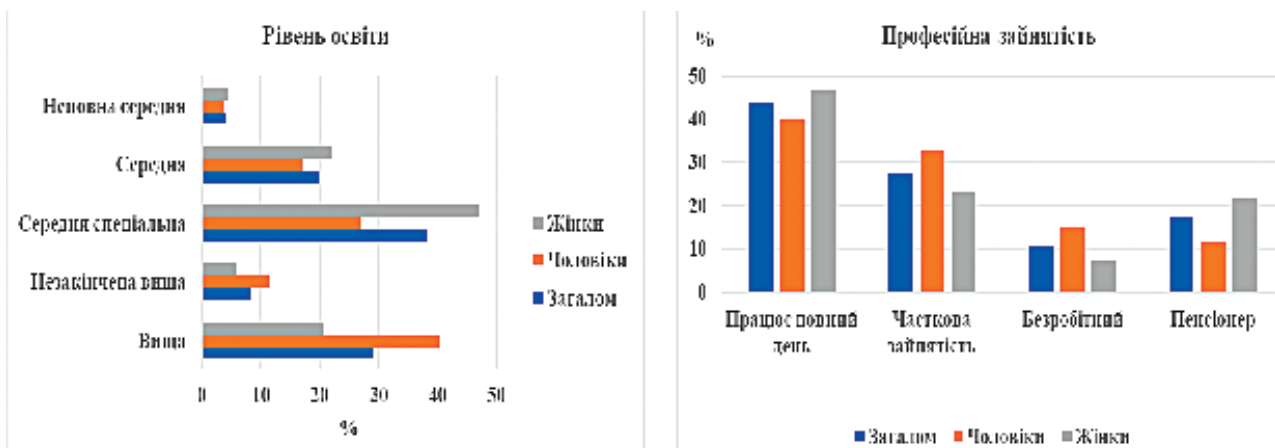


Рис. 1. Рівень освіти та професійна зайнятість пацієнтів

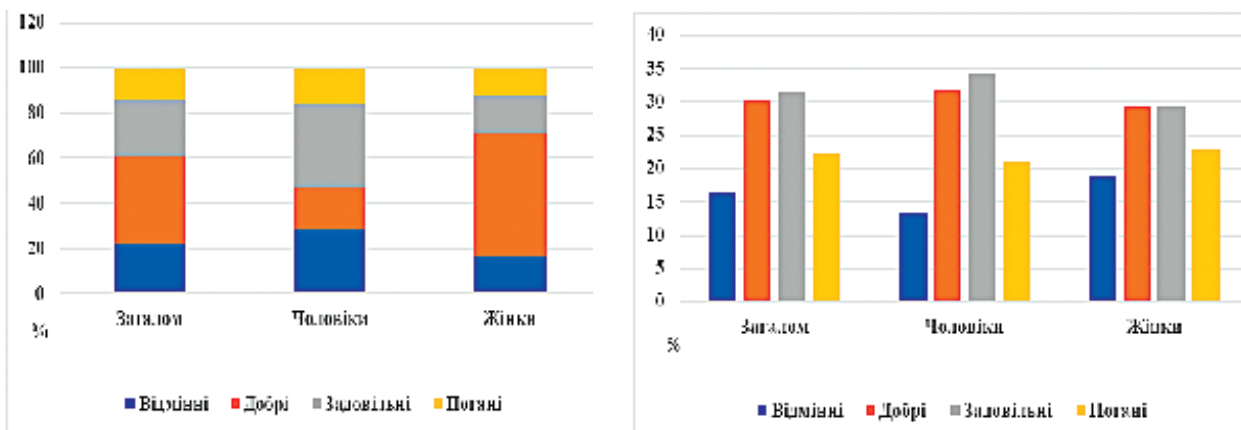


Рис. 2. Задоволеність санітарно-технічними та психологічними умовами на роботі

психоемоційного стресу. Це пояснює більший відсоток соціально-культурних чинників ризику (куріння, зловживання алкоголем, низький дохід та ін.), що демонструє недостатню інформованість пацієнтів про своє захворювання і заходи профілактики, які негативно впливають на розвиток захворювання. Їх вираженість зростає із віком та професійною діяльністю.

Науковці звертають увагу на те, що необхідним компонентом, який значно доповнює картину захворювання, є вивчення ЯЖ хворих як чинника впливу на здоров'я і біосоціальний статус людини, оскільки змінюється не тільки її фізичний стан, а й когнітивна та поведінкова сфери, емоційні реакції, стиль комунікації з оточенням, ставлення до себе, свого захворювання та інших людей, оцінка ступеня задоволеності різними аспектами свого життя у зв'язку з реальними або очікуваними змінами, зумовленими хворобою [3, 8].

В обстежених осіб рівень ЯЖ коливався від дуже високого до надто низького. Переважна більшість пацієнтів (50 осіб, 41,67 %) відзначили високий та 44 особи (36,67 %) – середній рівні, 16 осіб (13,33 %) – низький – 16 (13,33 %) та 5 (4,17 %) осіб – надто низький відповідно. Високий рівень ЯЖ був більшим ($p < 0,05$) порівняно з низьким рівнем. За гендерним розподілом більшість жінок у групі середнього рівня (42,65 %), а чоловіків – у групі високого рівня ЯЖ.

Аналіз чинників, які призводили до зниження рівня ЯЖ, за середнім балом оцінки критеріїв дозволив зробити відповідні висновки (рис.3). Найнижчою оцінкою пацієнти відзначили показник «здоров'я», який склав 1,44 і був повністю обґрунтованим. Наступні три показники репрезентували соціальну сферу людини – «соціальний статус» (1,48), «задоволення від роботи, діяльності» (1,59), «соціальна активність» (1,62), які є показниками незадоволення, що впливає на загальну ЯЖ. Наступні критерії мали посередню оцінку: «реалізованість» – 1,70, «фінансовий добробут» – 1,82, «задоволення від життя» – 1,88. Дуже високий та високий рівень ЯЖ здебільшого пацієнти визначали, урахувавши показники спільного проведення часу в родині, з друзями та підтримку друзів. Так, за критерій «любов» отриманий найвищий середній бал з усіх критеріїв – 2,33, «друзі» – 2,28 та «спільне проведення часу з сім'єю» – 1,94.

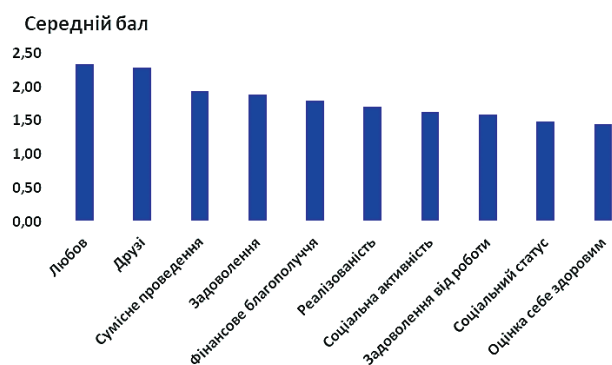


Рис. 3. Чинники рівня якості життя

Дослідження показало взаємозв'язок між освітою, професійною діяльністю та ЯЖ: чим вищий рівень освіти, тим краща ЯЖ. Пацієнти, які займаються професійною діяльністю, мали кращі відчуття якості здоров'я порівняно з пенсіонерами та безробітними.

Отримані дані свідчать про зниження рівня ЯЖ унаслідок соматичного та соціального компонентів. Слід зазначити пропорційне зниження показників ЯЖ зі збільшенням віку хворих.

Виявлено, що ЯЖ хворих на АГ залежить від ускладнень та супутніх захворювань. Тому важливими є їх профілактика та раннє лікування, що може запобігти подальшому погіршенню ЯЖ пацієнтів.

Robert M. Carey, Paul Muntner [12] вважають, що на стан здоров'я практично всіх людей впливають соціальні фактори. За допомогою анкети О. С. Чабана встановлено, що соціальні фактори впливу, зокрема матеріальні труднощі, додаткова робота для збільшення доходу, були кваліфіковані як негативні впродовж останніх 6 міс. кожним другим пацієнтом; погіршення взаєморозуміння, погіршення стосунків: чоловік/дружина, діти, батьки, друзі, загроза безробіття для близьких і рідних – кожним третім.

Отже, проведені дослідження медико-соціальних чинників ЯЖ та соціальних факторів демонструють картину стану пацієнта в цілому: до соматичного компонента додаються психологічний, соціальний, духовний чинники як передумови розвитку патології, що є визначальним у заходах профілактики, ранньої діагностики, лікування й реабілітації [4].

Ураховуючи стан пацієнта, необхідно покращувати його ЯЖ з опертям на всі сфери функціонування. Одним з елементів, що впливає на покращення самопочуття, є ефективне навчання, яке допомагає у розв'язанні проблем, пов'язаних з АГ, сприяє формуванню мотивації та нових психологічних станів, зміні поведінки хворих, їх самостійному контролю за своїм захворюванням, що дозволяє самостійно уникнути факторів, які негативно впливають на біопсихосоціальний стан хворої людини. З метою продовження тривалості життя пацієнтів не слід забувати про покращення їх щоденного функціонування, мінімізацію фізичних та психічних страждань та прагнення до їхньої повноцінної участі в сімейному та соціальному житті [9].

Адже, як зазначає М. М. Киселевич, А. В. Белятко і співавтори, тільки високомотивовані люди можуть змінити свій спосіб життя [10, 11]. Eva Drevenhorn підкреслює важливість соціальної підтримки хворих на АГ і визначає її як надання інформації, яка змушує людей вірити в те, що про них піклуються, їх люблять, поважають, цінують, і вони є частиною мережі спілкування і взаємних зобов'язань. Саме соціальна підтримка, навчання та діагностика АГ є значущими предикторами прихильності до лікування [13].

Роль медичних сестер терапевтичного відділення є очевидною і надзвичайно важливою. Вони повинні активно заохочувати хворих на АГ до змін у способі життя, стимулювати їх прихильність до лікування, сприяти

Оригінальні дослідження

зменшенню патогенного впливу негативних соціальних чинників, здійснювати постійну пропаганду медичних знань, знань з гігієни, формувати інформаційне поле, що сприятиме формуванню відповідального ставлення щодо збереження здоров'я, зниження захворюваності та смертності, вдосконалення ЯЖ і покращання соціальної адаптації [14]. Саме вони повинні допомагати пацієнтам зрозуміти та усвідомити відповідальність за власне здоров'я [10].

У своїй діяльності медичні сестри повинні здійснювати системний підхід до організації профілактики АГ, враховувати індивідуальний підхід із врахуванням всіх особистісних особливостей пацієнта, брати активну участь у плануванні та забезпеченні профілактики захворювань пацієнта і його сім'ї, використовувати стандарти у професійній діяльності, підвищувати компетентність, незалежність, творчу активність. Розширення меж компетенції, посилення інтелектуального навантаження, підвищення творчої ініціативи, довіра при самостійному виконанні окремих процесів є передумовою для розкриття потенційних здібностей медичних сестер, стимулом до самовдосконалення.

Правильно організоване навчання дозволить запобігти ускладненням та зберегти у хворих високу працездатність і задовільну ЯЖ.

Висновки

1. У 120 пацієнтів з артеріальною гіпертензією виявлено обтяжену спадковість (62,5%), недостатнє вживання рекомендованої кількості овочів і фруктів (25,83%), риби в раціоні (12,5%) та надмірне вживання солі (60%), перевагу осіб із середньою спеціальною освітою та тих, які працюють (71,62%), з відмінними та добрими санітарно-технічними (60,47%) і задовільними та поганими психологічними умовами праці (39,53%), із середнім матеріальним станом (42,5%) та коливанням рівня якості життя від дуже високого до вкрай низького.

2. Артеріальна гіпертензія погіршує якість життя пацієнтів, що викликає зниження показників як фізичного, так і психологічного станів.

3. Здатність адекватного сприйняття пацієнтами свого захворювання і формування відношення до питань лікування і профілактики залежить від рівня освіти.

4. Вчасна, рання діагностика артеріальної гіпертензії, соціальна підтримка та навчання є значущими предикторами прихильності до профілактики та лікування.

5. Навчання хворих на артеріальну гіпертензію здорового способу життя медичними сестрами, сприяння зменшенню патогенного впливу негативних соціальних чинників, постійна пропаганда медичних знань сприятиме формуванню відповідального ставлення до збереження власного здоров'я, запобігатиме ускладненням, дозволить покращити якість життя і соціальну адаптацію.

Перспективи подальших досліджень

Проводитимуться дослідження у визначеному науковому аспекті.

Список літератури

1. Заздравнов АА. Гіпертонічна хвороба у пацієнтів похи-

лого віку: акцент на соціальні аспекти захворювання. Сімейна медицина. 2016;2:87-9. DOI: [https://doi.org/10.30841/2307-5112.2\(64\).2016.102373](https://doi.org/10.30841/2307-5112.2(64).2016.102373).

2. Коваленко ВМ, Корнацький ВМ, редактори. Хвороби системи кровообігу як медико-соціальна і суспільно-політична проблема. Київ; 2014. 279 с.

3. Корнацький ВМ, Мороз ДМ. Вплив тривоги та депресії на якість життя пацієнтів із серцево-судинною патологією. Буковинський медичний вісник. 2015;19(4):84-8. DOI: <https://doi.org/10.24061/2413-0737.XIX.4.76.2015.218>.

4. Корнацький ВМ. Вплив медико-соціальних факторів на розвиток та перебіг хвороб системи кровообігу, ефективність їх лікування та профілактики. Український кардіологічний журнал. 2016;(Дод. 1):4-11.

5. Ларина ТА, Назаркина ИМ, Федосеева ЛС, Мельникова ОС. Воздействие на "пациент-ассоциированные" факторы риска артериальной гипертензии при реализации концепции управления качеством медицинской помощи больным на амбулаторно-поликлиническом этапе. Международный научно-исследовательский журнал. 2016;9.3:51-4. DOI: <https://doi.org/10.18454/IRJ.2016.51.164>.

6. Корнацький ВМ, Дорогой АП, Мороз ДМ. Методологія профілактики і ранньої діагностики хвороб системи кровообігу в сучасних умовах. Український кардіологічний журнал. 2015;1:75-80.

7. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Вплив стресу на розвиток і перебіг захворювань. Світ медицини та біології. 2017;1:194-202.

8. Замотаев ЮН. Медико-социальные факторы, влияющие на течение артериальной гипертензии и качество жизни. Клиническая медицина. 2012;4:25-31.

9. Яскевич РА, Давыдов ЕЛ. Подходы к обучению в «школе пациента с артериальной гипертензией» в пожилом и старческом возрасте и их влияние на качество жизни. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016;12.1:66-70.

10. Киселевич ММ. Медико-образовательные программы для пациентов. Медицинская сестра. 2014;5:38-40.

11. Белятко АВ, Нургалиева НК, Дербисалина ГА, Батарбекова ШК. Методы работы медицинских сестер с пациентами, имеющими поведенческие факторы риска (курение, алкоголь): обзор литературы. Наука и здравоохранение. 2019;21(4):60-71.

12. Carey RM, Muntner P, Bosworth HB, Whelton PK. Prevention and Control of Hypertension: JACC Health Promotion Series. J Am Coll Cardiol. 2018;72(11):1278-93. DOI: [10.1016/j.jacc.2018.07.008](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.07.008).

13. Drevenhorn E. A Proposed Middle-Range Theory of Nursing in Hypertension Care. Int J Hypertens [Internet]. 2018[cited 2020 Oct 16];2018:ID2858253. Available from: <http://downloads.hindawi.com/journals/ijhy/2018/2858253.pdf> DOI: <https://doi.org/10.1155/2018/2858253>.

14. Spies LA, Nanyonga RC, Nakaggwa F. Nurse-led interventions in the interim: waiting on universal health coverage. Int Nurs Rev. 2019;66(4):549-52. DOI: <https://doi.org/10.1111/inr.12558>.

References

1. Zazdravnov AA. Hipertonichna khvoroba u patsiientiv pokhyloho viku: aktsent na sotsial'ni aspekty zakhvoriuvannia [Hypertension in the elderly: an emphasis on the social aspects of the disease]. Simeina medytsyna. 2016;2:87-9. DOI: [https://doi.org/10.30841/2307-5112.2\(64\).2016.102373](https://doi.org/10.30841/2307-5112.2(64).2016.102373). (in Ukrainian).

2. Kovalenko VM, Kornats'kyi VM, editors. Khvoroby systemy krovoobihu yak medyko-sotsial'na i suspil'no-politychna problema [Diseases of the circulatory system as a medical, social and socio-political problem]. Kiev; 2014. 279 p. (in Ukrainian).

3. Kornatskyi VM, Moroz DM. Vplyv tryvohy ta depresii na yakist' zhyttia patsiientiv iz sertsevo-sudynnoi patolohiieiu [The effect of anxiety and depression on life quality of patients with cardiovascular disease]. Bukovyns'kyi medychnyi visnyk. 2015;19(4):84-8. DOI: <https://doi.org/10.24061/2413-0737.XIX.4.76.2015.218> (in Ukrainian).

4. Kornatsky VM. Vplyv medyko-sotsial'nykh faktoriv na rozvytok ta perebih khvorob systemy krovoobihu, efektyvnist' yikh

likuvannya ta profilaktyky [The influence of medical and social factors on the development and course of diseases of the circulatory system, the effectiveness of their treatment and prevention]. *Ukrains'kyi kardiologichnyi zhurnal*. 2016;(Dod 1):4-11. (in Ukrainian).

5. Larina TA, Nazarkina IM, Fedoseeva LS, Melnikova OS. Vozdeystvie na "patsient-assotsirovannyye" faktory riska arterial'noy gipertenzii pri realizatsii kontseptsii upravleniya kachestvom meditsinskoy pomoshchi bol'nym na ambulatorno-poliklinicheskom etape [Arterial hypertension's impact on "patient-associated" risk factors during implementation of health care quality management concept to patients at the outpatient stage]. *Mezhdunarodnyy nauchno-issledovatel'skiy zhurnal*. 2016;9.3:51-4. DOI: <https://doi.org/10.18454/IRJ.2016.51.164>. (in Russian).

6. Kornatsky VM, Dorogoy AP, Moroz DM. Metodolohiia profilaktyky i rann'oi diahnozyky khvorob systemy krovoobihu v suchasnykh umovakh [Methodology of the contemporary prevention and early diagnosis of cardiovascular diseases]. *Ukrainskyi kardiologichnyi zhurnal*. 2015;1:75-80. (in Ukrainian).

7. Kornatsky VM, Mikhal'chuk VM, Dyachenko LO. Vplyv stresu na rozvytok i perebih zakhvoriuvan' [The effects of stress on the development and course of diseases]. *Svit medytsyny ta biolohii*. 2017;1:194-202. (in Ukrainian).

8. Zamotaev YuN. Mediko-sotsial'nye faktory, vliayushchie na techenie arterial'noy gipertonii i kachestvo zhizni [Medico-social factors influencing the course of arterial hypertension and the quality of life]. *Klinicheskaya meditsina*. 2012;4:25-31. (in Russian).

9. Yaskevich RA, Davydov EL. Podkhody k obucheniyu v «shkole

patsienta s arterial'noy gipertoniey» v pozhilom i starcheskom vozraste i ikh vliyanie na kachestvo zhizni [Approaches to teaching in the "school of patients with arterial hypertension" in old and senile age and their impact on the quality of life]. *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy*. 2016;12.1:66-70. (in Russian).

10. Kiselevich MM. Mediko-obrazovatel'nye programmy dlya patsientov [Current ideas about therapeutic education]. *Meditsinskaya sestra*. 2014;5:38-40. (in Russian).

11. Beljatko AV, Nurgalieva NK, Derbisalina GA, Batarbekova SK. Metody raboty meditsinskikh sester s patsientami, imeyushchimi povedencheskie faktory riska (kurenie, alkogol'): obzor literatury [Nurses' work methods for patients with behavioral risk factors (smoking, alcohol): literature review]. *Nauka i zdavookhranenie*. 2019;21(4):60-71. (in Russian).

12. Carey RM, Muntner P, Bosworth HB, Whelton PK. Prevention and Control of Hypertension: JACC Health Promotion Series. *J Am Coll Cardiol*. 2018;72(11):1278-93. DOI: [10.1016/j.jacc.2018.07.008](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.07.008).

13. Drevenhorn E. A Proposed Middle-Range Theory of Nursing in Hypertension Care. *Int J Hypertens* [Internet]. 2018[cited 2020 Oct 16];2018:ID2858253. Available from: <http://downloads.hindawi.com/journals/ijhy/2018/2858253.pdf> DOI: <https://doi.org/10.1155/2018/2858253>.

14. Spies LA, Nanyonga RC, Nakaggwa F. Nurse-led interventions in the interim: waiting on universal health coverage. *Int Nurs Rev*. 2019;66(4):549-52. DOI: <https://doi.org/10.1111/inr.12558>.

Відомості про автора

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

Сведение об авторе

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

Information about the author

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

Надійшла до редакції 16.11.2020

Рецензент — проф. Пlesh I.A.

© Г.Г. Марараш, 2020