

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

Марараш Галина Григорівна

УДК: 616-083:614.253.5:616.12-008331.-084

РОЛЬ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ
У ПРОФІЛАКТИЦІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

22 – охорона здоров'я

223 «Медсестринство»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії.

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Г.Г. Марараш

Науковий керівник:
Борейко Лілія Дмитрівна,
кандидат медичних наук, доцент

Чернівці – 2021

АНОТАЦІЯ

Марараш Г.Г. Роль професійних компетенцій медичної сестри у профілактиці артеріальної гіпертензії. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 223 «Медсестринство», 22 «Охорона здоров'я». – Буковинський державний медичний університет, МОЗ України, Чернівці, 2021.

В Україні зареєстровано понад 12 млн. осіб хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), що становить 32,2% населення дорослого віку. Незважаючи на успіхи в діагностиці та лікуванні АГ, досягнуті за останні роки, саме ця патологія займає провідне місце у структурі кардіоваскулярних захворювань.

Досвід розвинених країн світу показує, що найбільш ефективними щодо зниження смертності від серцево-судинних захворювань є профілактичні заходи.

Результати досліджень останніх років вказують на важливу роль медичних сестер у вирішенні значимих завдань. Важливою є розробка, впровадження та оцінка ефективності професійних компетенцій медичних сестер для профілактики АГ шляхом навчання пацієнтів з використанням сестринських технологій.

Дисертаційна робота присвячена питанням підвищення ефективності профілактики АГ шляхом впровадження організаційних заходів з урахуванням професійних компетенцій медичної сестри.

Завданнями дослідження було: провести теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми ролі професійних компетенцій медичної сестри у профілактиці АГ в науковій літературі; оцінити рівень поінформованості про захворювання та фактори ризику (ФР) розвитку АГ у хворих; вивчити фактори ризику АГ у пацієнтів; провести аналіз медико-соціальних факторів та показників якості життя хворих з АГ; вивчити рівень сформованості професійних компетенцій медичної сестри та розробити модель їх розвитку; розробити, впровадити та оцінити ефективність Програмно-цільового проєкту формування професійних компетенцій медичних сестер і навчальної програми з профілактики АГ.

Запропоновано комплексний підхід емпіричного дослідження, результати якого були інтегровані у формувальну частину дослідження. Для досягнення поставленої мети на констатувальному етапі вибірку складало 120 хворих з АГ. З метою вивчення професійних компетенцій медичних сестер проведено опитування 156 медичних сестер первинної ланки, які проводили профілактичну роботу з хворими на АГ.

Обстежені пацієнти були віком від 23 до 79 років, середній вік склав $48,33 \pm 12,93$ років. Найбільша кількість хворих на АГ – у віці 40-59 років. Серед обстежених пацієнтів переважали особи жіночої статі (68 (56,67 %) жінок та 52 (43,33 %) чоловіків). Основна частина хворих 73 (60,83 %) мали АГ першого ступеня, менше 29 (24,17 %) другого та 18 (15 %) третього ступенів. Відповідно до поставлених завдань було сформовано 2 групи пацієнтів: I група (основна) – 68 осіб, які брали участь у навчальній програмі з профілактики АГ; II група (контрольна) – 52 особи, з якими не проводилось навчання.

Медичні сестри були віком від 17 до 65 років. Переважна більшість із них мали вищу категорію (78 осіб, 50 %) та диплом «молодшого спеціаліста» (132 особи, 84,62 %). За стажем роботи – наступний розподіл: від 1 до 10 років працювали 32, 69 % (51 особа), 11-20 років – 32,05 % (50 осіб), 21-30 років – 25,64 % (40 осіб) і понад 30 років – 9,62 % (15 осіб).

Досліджено питання участі медичної сестри у профілактиці АГ, зокрема, визначення рівня поінформованості пацієнтів про захворювання, виявлення ФР та медико-соціальних факторів і показників якості життя (ЯЖ) у хворих з АГ.

Виявлено у пацієнтів з АГ низький рівень поінформованості про своє захворювання, недостатнє володіння навиками вимірювання АТ, підрахунку пульсу, неналежне відношення до немедикаментозних та медикаментозних методів лікування, зростання кількості модифікованих ФР і зниження ЯЖ.

Досліджено рівень сформованості професійних компетенцій медичної сестри, яка бере участь у профілактиці АГ. Встановлено, що рівень комунікабельності, емпатійності, оптимізму, невпевненість у собі як у професіоналові є найбільш

релевантними у контексті здійснення завдань профілактики АГ. Розроблено модель факторів професійно-особистісних компетенцій медичної сестри.

Розроблено та проведено Тренінг професійних компетенцій медичної сестри для медичних сестер, які працювали у команді з лікарями та брали безпосередню участь в організації та проведенні занять із пацієнтами щодо профілактики АГ. Тренінг з формування професійних компетенцій складався з циклу структурованих 12 занять.

Особливу увагу під час навчально-тренінгової роботи приділяли медичним сестрам, які за результатами попередньої оцінки їх обізнаності в основних теоретичних і практичних питаннях профілактичної роботи серед пацієнтів з АГ потрапили у першу групу, чий рівень реалізації профілактично-просвітницької роботи схарактеризовано як недостатній.

Виявлено у медичних сестер підвищення рівня комунікабельності, комунікативної культури, емпатійних здібностей, ставлення до себе як до професіонала у сенсі самоповаги, саморозуміння і впевненості у собі та зниження емоційних бар'єрів у спілкуванні.

Ґрунтуючись на доведеній ефективності запропонованої тренінгової програми, спільно з викладачами кафедри психології і філософії Буковинського державного медичного університету було розроблено та впроваджено у навчальний процес студентів-майбутніх медичних сестер (2 курс, 3-й семестр) навчальну дисципліну «Тренінг комунікативної компетентності медичної сестри».

Розроблено навчальну програму з профілактики АГ та проведено навчання пацієнтів з АГ. Навчальна програма з профілактики АГ була розрахована на 8 занять, включала сукупність засобів і методів індивідуального та групового впливу на пацієнтів з АГ, спрямована на підвищення рівня їх знань, інформованості та практичних навичок щодо раціонального лікування захворювання, профілактики ускладнень та підвищення якості життя. Через рік для визначення ефективності проведеного навчання з профілактики АГ проводилося обстеження пацієнтів, аналогічне тому, яке передувало навчанню.

Виявлено підвищення рівня інформованості про захворювання, можливі ускладнення, ФР, оволодіння навичками вимірювання АТ, підрахунку пульсу та ведення щоденника самоконтролю, а також підвищення рівня мотивації та прихильності до лікування.

Запропоновано Програмно-цільовий проєкт як керівництво для медичних сестер на основі розробленої Моделі факторів професійно-особистісних компетенцій медичної сестри; навчальної дисципліни «Тренінг комунікативної компетентності медичних сестер» для студентів 2 курсу спеціальності «Медсестринство»; Тренінгу професійних компетенцій медичної сестри для практикуючих медичних сестер та навчальної програми з профілактики АГ.

Ключові слова: медична сестра, профілактика, професійні компетенції, артеріальна гіпертензія, фактори ризику, профілактичні заходи, тренінг, навчальна програма.

ANNOTATION

Mararash H.H. The role of nurse's professional competence in prevention of arterial hypertension. – Qualification scientific paper as a manuscript.

The thesis to obtain the academic degree of Candidate of Medical Sciences (Doctor of Philosophy) on specialty 223 «Nursing», 22 «Health care». – Bukovinian State Medical University, the Ministry of Health of Ukraine, Chernivtsi, 2021.

Over 12 000 000 of people with arterial hypertension (AH) are registered in Ukraine. It is approximately 32,2% of the adult population. In spite of certain success in diagnostics and treatment of AH achieved during the recent years, this pathology takes a leading position in the structure of cardiovascular diseases.

Experience of developed countries of the world is indicative of the effectiveness of preventive measures in decreasing mortality rate caused by cardiovascular diseases.

Results of the recent studies are indicative of an important role of nurses in solution of these important issues. Development, implementation and assessment of nurse's professional competence effectiveness are rather relevant for AH prevention by means of teaching patients and applying nursing technologies.

The thesis deals with the issues of increasing effectiveness of AH prevention by means of introduction of organizational measures considering nurse's professional competence.

The tasks of the study were to make theoretical-methodological analysis of approaches to the investigation of issues concerning the role of nurse's professional competence in AH prevention in the scientific literature available; to evaluate the level of awareness concerning the disease and risk factors promoting development of AH; to study risk factors promoting AH in patients; to analyze medical-social factors and indices of the quality of life of Ah patients; to study the level of formation of nurse's professional competence and develop the model of its formation; to develop, introduce and assess the effectiveness of the program-targeted project concerning the formation of nurse's professional competence and curriculum on AH prevention.

A comprehensive approach of empirical study is suggested, and its results are integrated into a formative part of the study. To achieve the aim 120 patients with AH

were involved into the study at the ascertaining stage. In order to learn professional competence of nurses 156 nurses working in the primary health care and were involved into the preventive work with patients suffering from AH were interviewed.

The patients examined were from 23 to 79 years of age, their average age was $48,33 \pm 12,93$. The majority of patients were 40-59 years old. Women prevailed among the patients examined (68 (56,67 %) of women and 52 (43,33 %) men). The major part of the patients 73 (60,83 %) suffered from stage 1 AH, 29 (24,17 %) patients – from stage 2 AH and 18 (15 %) – stage 3 AH. According to the tasks outlined 2 groups of patients were formed: I group (main) – 68 individuals participating in the educational program on AH prevention; II group (control) – 52 individuals not involved into the study.

The age of nurses was from 17 to 65. The majority of them had the highest professional qualify (78 individuals, 50 %) and Diploma of a «Junior Specialist» (132 individuals, 84,62 %). The nurses were divided according to their working experience in the following way: 32, 69% (51 nurses) had working experience from 1 to 10 years, 11-20 years – 32,05% (50 nurses), 21-30 years – 25,64 % (40 nurses) and more than 30 years – 9,62 % (15 nurses).

The questions concerning nurse's participation in AH prevention, and evaluation of awareness of patients about their disease in particular, identification of risk factors, medical-social factors and quality of life indices in patients with AH were investigated.

Patients with AH were found to be inadequately aware of their disease, insufficient mastering the skills to measure blood pressure, pulse rate count, improper attitude to non-pharmacological and pharmacological methods of treatment, an increase amount of modified risk factors and reduced quality of life.

The level of formation of professional competence of a nurse participating in prevention of AH was examined. The level of communication, empathy, optimism, lack of self-confidence as a professional were found to be the most relevant in the context of realization of tasks concerning AH prevention. The model of nurse's professional-personal competence factors was developed.

Training of professional competence for nurses who worked in the team with doctors and participated in the organization of teaching patients with AH was developed and held. Professional competence training consisted of a cycle of structured 12 lessons.

Special attention during educational-training work was paid to nurses who by the results of preliminary assessment of their awareness of the main theoretical and practical issues on preventive work among patients with AH were included into the first group. Their level of realization of preventive-educational work was characterized as unsatisfactory.

After training nurses presented higher level of communication and communication culture, empathic abilities, increase self-esteem, self-comprehension and self-confidence, and decreased emotional barriers in communication.

On the basis of the evidenced efficiency of the suggested training program together with the lecturers of the Department of Psychology and Philosophy, Bukovinian State Medical University, the new educational subject “Training of nurse’s communication competence” (2nd year, 3rd semester) was developed and introduced into the educational process of students – future nurses.

The curriculum on AH prevention was elaborated and teaching patients with AH was organized. The curriculum on AH prevention is intended for 8 lessons including the sum total of means and methods of individual and group influence on patients with AH, which was directed to increase of their knowledge, awareness and practical skills concerning rational treatment of the disease, prevention of complications and improvement of life quality. In a year in order to determine the efficiency of the training on AH prevention carried out the patients underwent examination similar to that one before training.

An increase level of awareness about the disease, possible complications, risk factors, improved skills of measuring blood pressure, calculation of pulse rate, self-control diary, an increased level of motivation and inclination to treatment were found. The Program-Targeted project as a guide for nurses on the basis of the developed Model of nurse’s professional-personal competence factors, the educational subject “Training of nurse’s communication competence” for the 2nd-year students on specialty “Nursing”;

Training of nurse's professional competence for practicing nurses and the curriculum on AH prevention was suggested.

Key words: nurse, prevention, professional competence, arterial hypertension, risk factors, preventive measures, training, curriculum.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Борейко ЛД, Марараш ГГ. Виявлення факторів ризику у хворих на артеріальну гіпертензію за участі медичної сестри. Клінічна та експериментальна патологія. 2020;19(1):30-37. doi: <https://doi.org/10.24061/1727-4338.XIX.1.71.2020.5> (Здобувач проводила обстеження пацієнтів, приймала участь в обробці результатів та у підготовці матеріалів до друку).

2. Марараш ГГ. Поінформованість хворих на артеріальну гіпертензію. Роль медичної сестри. Клінічна та профілактична медицина. 2020;1:32-9. doi: [https://doi.org/10.31612/2616-4868.1\(11\).2020.04](https://doi.org/10.31612/2616-4868.1(11).2020.04)

3. Марараш ГГ. Характеристика професійно-особистісної компетентності медичних сестер. Art of Medicine. 2020;2:108-15. doi: <https://doi.org/10.21802/artm.2020.2.14.108>

4. Марараш ГГ. Медико-соціальні чинники та якість життя у хворих на артеріальну гіпертензію: роль медичної сестри. Буковинський медичний вісник. 2020;24(4). doi: <https://doi.org/10.24061/2413-0737.XXIV.4.96.2020.102>

5. Борейко ЛД., Марараш ГГ. Оцінка ефективності навчання хворих з артеріальною гіпертензією, Фаховий журнал «Вісник медичних і біологічних досліджень», № 1 (7) 2021. doi: <https://doi.org/10.11603/bmbr.2706-6290.2021.1> (Здобувач проводила обстеження пацієнтів, приймала участь у обробці результатів та у підготовці матеріалів до друку).

6. Тимофієва МП., Борейко ЛД, Марараш ГГ. Розвиток професійно-особистісних компетенцій медичної сестри для профілактики артеріальної гіпертензії», Фаховий журнал Україна. Здоров'я нації», № 2 (2021): doi: <http://healty-nation.uzhnu.edu.ua/issue/view/14202>. (Здобувач виконала літературний пошук, приймала участь у обробці результатів та у підготовці матеріалів до друку).

7. Mararash NN. Modeling factors of professional-personality competence of a nurse valuable in the scope of prevention of arterial hypertension. Medical Science. 2020;24(106):4517-24. Web of Science.

8. Марараш ГГ. Роль медико-соціальних чинників у розвитку артеріальної гіпертензії. ВІМСО Journal. Збірник матеріалів Буковинського міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів і молодих вчених, Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», 2018 рік, Україна, м. Чернівці. 2018;2018: с. 178.

9. Марараш ГГ. Структурна модель професійно-особистісної компетентності медичної сестри. В: Бойчук ТМ, Івашук ОІ, Безрук ВВ, редактори. Матеріали 101-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»; 2020 Лют 10, 12, 17; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2020, с. 116. (Здобувач виконала літературний пошук, приймала участь у обробці результатів та у підготовці матеріалів до друку).

10. Марараш ГГ. Якість життя у хворих на артеріальну гіпертензію. В: Матеріали XVI Міжнародної наукової конференції студентів, молодих вчених та фахівців. Актуальні питання сучасної медицини; 2019 Бер 28-29; Харків. Харків: ХНУ ім. В.Н. Каразіна; 2019, с. 170-171.

11. Марараш ГГ, Любіна ЛА. Соціально-психологічна компетентність у структурі професійної компетентності медичної сестри. В: Зорій НІ, Бойчук ТМ, Івашук ОІ, редактори. Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених. Студентське самоврядування в системі академічної культури; 2019 Березень 14-15; Чернівці. Чернівці: БДМУ; 2019, с. 119-120. (Здобувач виконала літературний пошук, приймала участь у обробці результатів та у підготовці матеріалів до друку).

12. Марараш ГГ. Фактори професійно-особистісної компетентності медичної сестри, значущі для профілактики артеріальної гіпертензії. В: Матеріали XI науково-практичної конференції з міжнародною участю «Вища освіта та практика в медсестринстві»; 2020 Жов 22-23; Житомир. Житомир; 2020, с. 125-135.

13. Марараш ГГ. Обізнаність медичних сестер щодо профілактичних заходів артеріальної гіпертензії, Матеріали підсумкової 102-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу

Буковинського державного медичного університету, 8,10,15 лютого 2021 року. Україна, м. Чернівці. с. 117.

14. Марараш ГГ. Роль професійно особистісних компетенцій медичної сестри в системі сімейної медицини, Матеріали XIX міжнародної науково-практичної онлайн-конференції з системної сімейної психотерапії УСП,16-18 жовтня 2020 року Україна, м. Чернівці. с. 41-44.

15. Тимофієва МП., Марараш ГГ. Умови розвитку професійно-особистісних компетенцій медичної сестри в галузі профілактики артеріальної гіпертензії», «Роль сучасної медицини у житті людини та її місце у формуванні здорового способу життя» збірник матеріалів». 26-27 березня 2021 року. Україна, м. Львів. с. 41-45. (Здобувач виконала літературний пошук, приймала участь у обробці результатів та у підготовці матеріалів до друку).

16. Марараш ГГ. Теоретико-методологический анализ исследования профессиональной компетентности медицинского работника. Материалы международной научно-практической конференции Актуальные проблемы психиатрии, медицинской психологии и суицидологии: современная практика и направления развития; 2019 Окт 17-18; Самарканд. Проблемы биологии и медицины. 2019;4.1: с. 62.

17. Марараш ГГ. Уровень осведомленности больных артериальной гипертензией. Материалы научно-практической конференции с международным участием. Инновационные технологии в медицине; 2018 Ноя 30-Дек 01; Самарканд. Проблемы биологии и медицины. №4,1(105) 2018;4.1: с. 84-85.

18. Марараш ГГ. Виявлення факторів ризику у хворих на артеріальну гіпертензію. In: International scientific and practical conference Modern methods for diagnostics and treatment: the experience of EU countries; 2019 Dec 27-28; Lublin, Poland. Lublin; 2019, p. 70-74.

19. Марараш ГГ. Роль навчальної програми в модифікації факторів ризику у хворих з артеріальною гіпертензією, XXV Міжнародна науково-практична конференція "Implementation of modern science and practice", 11-14 травня 2021р., с. 278-280. м. Варна, Болгарія.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	15
ВСТУП.....	16
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ РОЛІ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПРОФІЛАКТИЦІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	23
1.1 Аналіз поширеності артеріальної гіпертензії.....	23
1.2 Фактори ризику розвитку артеріальної гіпертензії.....	26
1.3 Профілактика артеріальної гіпертензії.....	32
1.4 Роль медичної сестри в профілактиці захворювання.....	36
1.5 Професійні компетенції медичної сестри.....	44
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	53
2.1 Клінічна характеристика обстежених хворих.....	53
2.2 Дизайн дослідження.....	56
2.3 Інструментальні методи дослідження.....	61
2.4 Методи статистичної обробки отриманих результатів.....	62
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР.....	64
3.1 Характеристика комунікативного компоненту професійно- особистісних компетенцій медичних сестер.....	64
3.2 Особливості особистісно-поведінкового компоненту професійних компетенцій медичних сестер.....	71
3.3 Мотиваційний компонент професійно-особистісних компетенцій медичної сестри.....	79
3.4 Моделювання факторів професійно-особистісних компетенцій медичної сестри, значущих у контексті здійснення профілактично-просвітницької роботи.....	83
РОЗДІЛ 4. ПОІНФОРМОВАНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ.....	101

4.1 Поінформованість пацієнтів про АГ.....	101
4.2 Фактори ризику розвитку захворювання у пацієнтів з АГ.....	106
4.3 Медико-соціальні чинники та якість життя у пацієнтів з АГ...	118
РОЗДІЛ 5 ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ НАВЧАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ.....	127
5.1 Умови формування професійно-особистісних компетенцій медичної сестри.....	127
5.2 Умови розвитку комунікативної компетентності медичних сестер.....	136
5.3 Оцінка ефективності проведеного навчання пацієнтів з АГ....	156
АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	167
ВИСНОВКИ	186
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	189
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	190
ДОДАТКИ.....	222

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АГ	Артеріальна гіпертензія
АТ	Артеріальний тиск
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГХ	Гіпертонічна хвороба
ДАТ	Діастолічний артеріальний тиск
DASH	Dietary Approaches to Stop Hypertension
ESH	Європейське товариство гіпертензії
ESC	Європейське товариство кардіологів
ЗСЖ	Здоровий спосіб життя
ІХС	Ішемічна хвороба серця
К	Компетенції
МС	Медична сестра
ПОК	Професійно-особистісні компетенції
ССЗ	Серцево-судинні захворювання
САТ	Систолічний артеріальний тиск
ТРЖТ	Тип розподілу жирової тканини
ФР	Фактори ризику
ХСК	Хвороби системи кровообігу
ЯЖ	Якість життя

ВСТУП

Артеріальна гіпертензія (АГ) є найбільш розповсюдженою патологією серцево-судинної системи і зустрічається більше, ніж у 25 % дорослого населення у порівнянні з іншими захворюваннями [46, 48, 104, 147].

АГ, безсумнівно, вкрай важлива медико-соціальна проблема, оскільки вона є найпоширенішою хронічною патологією в популяції, а її численні ускладнення – провідними причинами смертності та інвалідизації як в Україні, так і в усьому світі [31, 99, 148].

В Україні зареєстровано понад 12 млн. осіб хворих на АГ, що становить 32,2% населення дорослого віку [48, 105]. Незважаючи на успіхи в діагностиці та лікуванні АГ, досягнуті за останні роки, саме ця патологія займає провідне місце у структурі кардіоваскулярних захворювань [30].

Досвід розвинених країн світу показує, що найбільш ефективними щодо зниження смертності від серцево-судинних захворювань є профілактичні заходи [39, 50, 120].

Сучасна стратегія профілактики та лікування передбачає врахування механізмів впливу різноманітних факторів ризику, раннє виявлення та корекція яких дозволить значно покращити кардіоваскулярний прогноз [33, 108, 131].

Тому профілактика АГ має бути скерована, перш за все, на формування у хворого світогляду з покращення якості свого життя та усунення провокуючих факторів, що спричиняють захворювання. Виявлення керованих факторів ризику з метою їх подальшої модифікації є основна складова заходів щодо зниження персонального ризику серцево-судинних подій поряд з досягненнями цільового АТ [26, 34, 120].

На сьогодні вагоме місце у профілактиці АГ та її ускладнень відіграє формування у свідомості медиків та пацієнтів розуміння важливості контролю стану факторів серцево-судинного ризику, який на даному етапі є недостатнім [118]. З огляду на це, проблема профілактики є надзвичайно актуальною.

У вирішенні цих важливих, соціально вагомих завдань важлива роль належить медичним сестрам [78, 83]. Їх роботу можна розглядати як новий вид професійної

діяльності медичного, психолого-педагогічного і соціально-правового характеру, метою якого є збереження, зміцнення і відновлення здоров'я [57, 89].

Для надання якісної сестринської допомоги необхідна наявність декількох складових і, перш за все, добре навчений медичний персонал, який в повному обсязі володіє декількома компетенціями [37, 40, 62, 100, 109].

Однак відсутні чіткі відомості чи достатньо підготовлені медичні сестри до роботи в напрямку профілактики АГ. Необхідність розробки, впровадження та оцінки ефективності професійних компетенцій медичних сестер для профілактики артеріальної гіпертензії, а насамперед, навчання пацієнтів з використанням сестринських технологій, є особливо актуальними.

Все це визначає необхідність вивчення ролі медичної сестри у профілактиці АГ.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Дисертаційна робота є фрагментом планових науково-дослідних робіт кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти Буковинського державного медичного університету: «Фактори ризику прогресування есенційної гіпертензії та метаболічного синдрому за комплексної оцінки гемодинаміки, функціональної активності нирок, циркадіанної структури артеріального тиску в обґрунтуванні антигіпертензивної терапії» (№ державної реєстрації 0116U002935) та «Інтегральна оцінка серцево-судинної системи, функціональної активності нирок та печінки у хворих з артеріальними гіпертензіями та метаболічним синдромом» (№ державної реєстрації 0121U110024). Здобувач є співвиконавцем зазначених науково-дослідних робіт.

Мета роботи: підвищення ефективності профілактики артеріальної гіпертензії шляхом впровадження організаційних заходів з виявлення рівня поінформованості та факторів ризику з урахуванням професійних компетенцій медичної сестри.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми ролі професійних компетенцій медичної сестри у профілактиці артеріальної гіпертензії в науковій літературі.

2. Дати оцінку рівня поінформованості про захворювання та фактори ризику розвитку артеріальної гіпертензії у пацієнтів.

3. Вивчити фактори ризику артеріальної гіпертензії у пацієнтів.

4. Провести аналіз медико-соціальних факторів та показників якості життя хворих з артеріальною гіпертензією.

5. Вивчити рівень сформованості професійних компетенцій медичної сестри та розробити модель їх розвитку.

6. Розробити, впровадити та оцінити ефективність Програмно-цільового проєкту формування професійних компетенцій медичних сестер і навчальної програми з профілактики АГ.

Об'єкт дослідження: професійні компетенції медичної сестри в організації профілактики артеріальної гіпертензії.

Предмет дослідження: професійні компетенції медичної сестри, поширеність факторів ризику розвитку АГ та рівень поінформованості хворих, організація профілактики АГ за участі медичної сестри.

Методи дослідження: бібліосемантичний, соціологічний (опитування), клінічний, інструментальний, антропометричний, емпіричний, моделювання, статистичний.

Наукова новизна дисертаційної роботи полягає в тому, що дисертанткою вперше:

- *обґрунтовано* питання участі та рівня професійних компетенцій медичної сестри у профілактиці артеріальної гіпертензії, зокрема, визначення рівня поінформованості пацієнтів про захворювання, виявлення факторів ризику та медико-соціальних факторів і показників якості життя у хворих з артеріальною гіпертензією. Виявлено у пацієнтів з АГ низький рівень поінформованості про своє захворювання, недостатнє володіння навиками вимірювання АТ, підрахунку пульсу, неналежне відношення до немедикаментозних та медикаментозних методів лікування, зростання кількості модифікованих факторів ризику і зниження якості життя;

- *уточнено* роль професійних компетенцій медичної сестри для виконання її професійних обов'язків та для участі у профілактиці АГ;
- *вивчено* рівень сформованості комунікативних, особистісно-поведінкових та мотиваційних компетенцій медичної сестри, яка бере участь у профілактиці АГ. Встановлено, що рівень комунікабельності, рівень емпатійності, рівень оптимізму, невпевненість у собі як у професіоналові є найбільш релевантними у контексті здійснення завдань профілактики АГ. *Розроблено* модель факторів професійно-особистісних компетенцій медичної сестри;
- *запропоновано* Програмно-цільовий проєкт як керівництво для медичних сестер на основі розроблених: Моделі факторів професійно-особистісних компетенцій медичної сестри; навчальної дисципліни «Тренінг комунікативної компетентності медичних сестер» для студентів 2 курсу, спеціальності Медсестринство; «Тренінгу професійних компетенцій медичної сестри» для медичних сестер; навчальної програми з профілактики АГ;
- *доведено* ефективність тренінгу та виявлено підвищення рівня комунікабельності, комунікативної культури, емпатійних здібностей, ставлення до себе як до професіонала у процесі самоповаги, саморозуміння і впевненості у собі та підвищення рівня навичок подолання психологічних бар'єрів у спілкуванні;
- *розроблено* навчальну програму з профілактики АГ та проведено навчання пацієнтів з АГ. Виявлено підвищення рівня поінформованості про захворювання, можливі ускладнення, фактори ризику, оволодіння навичками вимірювання артеріального тиску, підрахунку пульсу та ведення щоденника самоконтролю, а також підвищення рівня мотивації та прихильності до лікування.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що обґрунтовано роль професійних компетенцій медичної сестри для виконання її професійних обов'язків та для участі у профілактиці АГ. Встановлено, що

оцінка релевантних компонентів (рівень комунікабельності, емпатійності, оптимізму та невпевненості у собі як у професіоналові) необхідна у контексті здійснення заходів профілактики АГ.

Запропоновано Програмно-цільовий проєкт як керівництво для медичних сестер на основі розроблених: моделі факторів професійно-особистісних компетенцій медичної сестри; навчальної дисципліни «Тренінг комунікативної компетентності медичних сестер»; «Тренінгу професійних компетенцій медичної сестри» для медичних сестер; розроблено рекомендації для медичних сестер з профілактики АГ у процесі фахової підготовки та з метою підвищення кваліфікації практикуючих медсестер, а також для проведення заходів з профілактики АГ.

Запропоновано «Тренінг професійних компетенцій медичної сестри» для медичних сестер з метою покращення комунікативного, особистісно-поведінкового та мотиваційного компонентів компетенцій та доведено його ефективність.

Надано рекомендації медичній сестрі щодо діагностики артеріальної гіпертензії. Вказано на важливість вивчення рівня поінформованості хворих про захворювання та фактори ризику розвитку артеріальної гіпертензії, медико-соціальні фактори та рівень якості життя.

Розроблено навчальну програму з профілактики АГ та доведено ефективність проведення медичною сестрою навчання пацієнтів з метою покращення їх знань та вмінь з профілактики АГ.

Основні результати дисертаційного дослідження впроваджено у *практику* НКП «Поліклініка №1», м. Чернівці, КНП «8-ма міська клінічна лікарня м. Львова», КНП «Городоцької міської багатопрофільної лікарні» Хмельницької області, КНП «Вижницька багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування» Чернівецької області; у *навчальний процес* кафедр догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, психології і філософії Буковинського державного медичного університету, кафедри внутрішньої медицини та управління охорони здоров'я Вищого навчального комунального закладу Львівської обласної ради «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського», кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного

університету ім. І.Я. Горбачевського, Чернівецького медичного фахового коледжу, що підтверджено відповідними актами впровадження.

Особистий внесок здобувача. Здобувачем особисто визначено напрямок наукового дослідження, самостійно сформульовано мету та завдання дослідження, розроблено дизайн та обсяг роботи, обрано методи для досягнення мети дослідження. Особисто автором проведено науково-патентний пошук та аналіз наукової літератури з даної проблеми. Самостійно було проведено опитування пацієнтів з артеріальною гіпертензією та медичних сестер, які здійснюють профілактичну роботу. Дисертантом особисто проведено статистичний аналіз результатів дослідження, їх аналіз та узагальнення, написано всі розділи дисертації, сформульовано висновки. Підготовка наукових публікацій до друку та оприлюднення результатів роботи на наукових форумах різного рівня проводились здобувачем самостійно. У наукових статтях, опублікованих спільно зі співавторами, участь здобувача є визначальною і полягає у проведенні літературного пошуку, клінічно-інструментальних досліджень, статистичній обробці, аналізі отриманих даних та формулюванні висновків. Запозичень ідей та розробок співавторів публікацій не було, конфлікти інтересів відсутні.

Апробація результатів дослідження. Основні положення дисертаційного дослідження оприлюднені на: Міжнародному медико-фармацевтичному конгресі студентів і молодих вчених (Чернівці, 2018 р.), научно-практической конференції с международным участием «Инновационные технологии в медицине» (Самарканд, 30 ноября – 1 декабря 2018 г.), IV міжнародній науково-практичній конференції студентів та молодих вчених «Студентське самоврядування в системі академічної культури» (Чернівці, 2019 р.), XVI Міжнародній науковій конференції студентів, молодих вчених та фахівців «Актуальні питання сучасної медицини» (Харків, 28-29 березня 2019 р.), международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии, медицинской психологии и суицидологии: современная практика и направления развития» (Самарканд, 17-18 октября 2019 г.); International scientific conference «Modern methods for diagnostics and treatment: experience of EU countries» (Люблін, 27-28 грудня 2019 р.), 101-й підсумковій

науковій конференції професорсько-викладацького персоналу БДМУ (Чернівці, 10-12, 17 лютого 2020 р.), XIX міжнародній науково-практичній онлайн-конференції з системної сімейної психотерапії УСП (Чернівці, 16-18 жовтня 2020 р.), науково-практичній конференції з міжнародною участю «Вища освіта та практика в медсестринстві» (Житомир, 22-23 жовтня 2020 р.), 102-й підсумковій науково-практичній конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу БДМУ (Чернівці, 8-10, 15 лютого 2021 р.), XXV міжнародній науково-практичній конференції "Implementation of modern science and practice" (Варна, 11-14 травня 2021 р.).

Публікації. За результатами роботи опубліковано 19 наукових праць: 6 статей у фахових виданнях, рекомендованих МОН України та 1 – у закордонному виданні, яке індексується у міжнародній базі даних Web of Science, 12 тез – у матеріалах конгресу, наукових та науково-практичних конференцій.

Обсяг і структура дисертації. Дисертаційна робота викладена на 262 друкованих сторінках, складається зі вступу, огляду літератури, опису матеріалів і методів досліджень, трьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення одержаних результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел та 21 додатків. Обсяг основного тексту дисертації складає 172 сторінок друкованого тексту. Робота ілюстрована 14 таблицями та 39 рисунками. Список використаних бібліографічних джерел містить 259 найменувань, із них – 128 кирилицею та 131 латиницею.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ РОЛІ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПРОФІЛАКТИЦІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

У першому розділі дисертаційного дослідження розв'язано перше завдання. Воно полягає у проведенні аналізу поширеності артеріальної гіпертензії (АГ), факторів ризику (ФР), заходів профілактики та теоретико-методологічного аналізу й узагальненні основних підходів до проблеми професійної компетентності медичної сестри (МС) в контексті профілактики АГ. Констатовано важливість здійснення компетентними МС профілактичних заходів в запобіганні та лікуванні АГ. Проаналізовано та зазначено, що МС складає основу первинної ланки охорони здоров'я. Підкреслюється, що роль МС в поінформованості про здоровий спосіб життя, прихильності до лікування та модернізації способу життя пацієнтів полегшують перебіг захворювання.

1.1 Аналіз поширеності артеріальної гіпертензії

Артеріальна гіпертензія (АГ) залишається найпоширенішим неінфекційним захворюванням у світі, яке призводить до тимчасової та стійкої втрати працездатності і смертності незалежно від статусу країни чи рівня доходів її громадян, і є основною причиною таких ускладнень, як інсульт та інфаркт міокарду, гіпертонічний криз [80, 89, 154].

АГ – це патофізіологічне і клінічне поняття, яке об'єднує стани, для яких є характерним тривале підвищення гідростатичного тиску в артеріях великого кола кровообігу. АГ може бути первинною (есенціальною) або вторинною (симптоматичною) [39, 45, 96].

На АГ страждає приблизно 30% дорослого населення Європи та є в цьому регіоні причиною майже 7,5 мільйона смертей на рік, а також найбільш поширеним діагнозом в роботі служб екстреної медицини.

За прогнозами експертів, кількість хворих на АГ зростатиме й надалі, досягнувши у 2025 році близько 1,5 млрд осіб. В осіб віком понад 60 років поширеність АГ перевищує 60%. 9,4 мільйона щорічних випадків смерті, або 16,5% усіх випадків смерті, може бути зумовлено підвищенням кров'яного тиску. В це число входять 51% випадків смерті в результаті інсультів та 45% випадків смерті в результаті ішемічної хвороби серця [26, 50, 218, 232].

Гіпертонія також є основним фактором ризику (ФР) для серцево-судинної недостатності та когнітивних порушень [244, 255].

За даними ВООЗ від вересня 2019 р.: у світі 1130 мільйонів осіб страждають гіпертонією, і більшість з них (близько двох третин) живуть в країнах з низьким і середнім рівнем доходу; у 2015 р. гіпертонія зустрічалася в 1 з 4 чоловіків і в 1 з 5 жінок; тільки 1 з 5 осіб з АГ контролює проблему як таку; гіпертонія є однією з основних причин передчасної смерті у світі [20, 167].

У структурі поширеності хвороб системи кровообігу (ХСК) найбільшу питому вагу має гіпертонічна хвороба (усі форми) – 55, 9%, а її поширеність серед осіб працездатного віку складає 36,7 %. [49, 168]. У зв'язку з цим підвищений АТ розглядається як важливий ФР ураження органів-мішеней, що визначає прогноз пацієнта, будучи провідною причиною інвалідності та смертності населення працездатного віку [33, 34, 80, 177].

Більш ніж 40% пацієнтів не отримують лікування, дві третини не контролюють і лише близько 34% контролюють рівень АТ, але у менш як 15% таких пацієнтів АТ контролюється на рівні $\leq 140/90$ мм рт. ст. Контроль АТ знижує показники захворюваності й смертності від серцево-судинних захворювань (ССЗ) [50, 93].

В Україні понад 12 млн пацієнтів з АГ, що становить майже 30% дорослого населення, понад 45% не знають, що вони мають завищені показники АТ. Серед тих, що знають, 50% лікуються тільки місяць, постійно – лише 14%. Крім серцево-судинних ускладнень АГ сприяє ранньому старінню, зниженню пам'яті та інтелекту, супроводжує ожиріння, цукровий діабет, атеросклероз, що часто розвивається вже у віці 40-50 років. Слід зазначити, що відсоток осіб з адекватним контролем

підвищеного АТ залишається в популяції дуже низьким, і, відповідно, ризики розвитку серцево-судинних ускладнень (коронарної хвороби серця, серцевої недостатності, фібриляції передсердь, інсульту, хвороб периферичних артерій, ниркової недостатності) залишаються неконтрольованими [48].

Оскільки АГ найбільш поширена у старших вікових групах, то показники поширеності й захворюваності гіпертонічною хворобою у цій віковій групі значно вищі. Найбільший показник поширеності відзначається у віковій категорії 55-64 роки (серед жителів сіл: 80 % чоловіків, 72 % жінок; серед жителів міст: 65,9% чоловіків, 76,2% жінок). З усіх пацієнтів обізнані про свою хворобу 63%, отримують лікування 38%, а досягають цільового рівня АТ тільки 14%.

Україна є одним з європейських лідерів за розповсюдженістю цереброваскулярних захворювань та смертністю від інсультів. Ці патологічні стани створюють значне навантаження на систему охорони здоров'я, соціальне забезпечення, економіку та суспільство в цілому. Інсульти є третьою за частотою причиною смерті в Україні (14% усіх летальних наслідків).

ІХС та АГ (окремо чи в поєднанні) зумовлюють до 80% випадків серцевої недостатності у світі. В Україні 86% хворих на СН мають АГ, яка у 2/3 випадків є неконтрольованою [104].

В цей час тенденцію високого АТ у великих, урбанізованих країнах та регіонах можна побачити протилежною. Дослідження науковців [161, 174, 179, 196] наочно показують збільшення рівня захворюваності на гіпертонію в країнах з низьким та середнім рівнем доходів. Дослідження, проведене в США під назвою NHANES (Національне обстеження здоров'я та харчування) в рамках Національної програми з Дослідження охорони здоров'я та харчування, показало, що 31,3% населення страждає на гіпертонію, що становить 65,2 мільйона дорослих. У жінок гіпертонія зустрічається у 20% разів частіше, ніж у чоловіків, а у жінок у віці старше 65 років – до 74%. У жінок спостерігалася тенденція до зростання з віком [26, 194].

АТ має важливе значення для визначення стану пацієнта і подальших підходів до догляду, враховуючи втручання та лікування, засновані на початкових показниках АТ. Точне вимірювання та зменшення на 10 мм рт. САТ може зменшити

ризик смерті пацієнта від інсульту на 40%, від серцево-судинних захворювань – 30%. Але існує проблема, яка свідчить, що значній кількості медсестр не вдається точно виміряти АТ [149, 169, 178, 245]. Про ці проблеми говорять і Leblanc M, Cloutier L та Poirier P [206].

У 30% людей з АГ розвиваються різні серцево-судинні ускладнення, що свідчить про необхідність належного підходу до раннього виявлення та управління станом [210].

Таким чином, аналіз показників поширення, захворюваності, інвалідності та смертності від АГ свідчить, що значна їх частина припадає на працездатний вік та з кожним роком АГ «молодіє» [95].

1.2 Фактори ризику розвитку артеріальної гіпертензії

На сьогодні АГ є важливою проблемою охорони здоров'я, яка впливає на провідні ФР захворюваності мільярдів людей у всьому світі та глобальної смертності [21, 174].

Для проведення конкретних і ефективних превентивних заходів серед населення необхідно мати повну та достовірну інформацію щодо поширеності ФР в популяції [26, 33]. Вивченню впливу ФР на швидкість прогресування та розвиток ускладнень АГ, організацію профілактики, підвищення якості її надання присвятили вітчизняні дослідники [26, 31, 32, 118].

Загальновизнано, що епідемія хронічних неінфекційних захворювань, у тому числі й серцево-судинних, значною мірою пов'язана зі способом життя і виникненням унаслідок цього фізіологічних ФР [41, 49]. Зниження підвищених рівнів ФР супроводжується спадом захворюваності та смертності населення. На підставі цих взаємозв'язків створено концепцію ФР, 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, навколишнім середовищем, генетичними особливостями людини, які сприяють розвитку і прогресуванню цих хвороб. Ця концепція є науковою базою їх профілактики [33, 34, 49].

Фактори, що впливають на здоров'я, науковці поділили на 2 основні групи: внутрішні (біологічні) й зовнішні (природні та соціальні). До першої групи чинників відносили стать, вік, конституційні особливості, спадковість, тип вищої нервової діяльності. До другої – спосіб життя і соціальні умови (географічні, кліматичні, екологічні, професійні чинники, особливості способу життя тощо) [25, 33, 34].

Експерти ВООЗ поділили ФР на ті, які можна модифікувати (куріння, гіподинамія, неправильне харчування, надмірна вага, АТ вище 140/90 мм рт. ст., холестерин крові вище 5 ммоль/л, порушення метаболізму глюкози, надмірні стреси) та ті, які не модифікуються (вік, стать, спадковість) [34,48]. Дослідники вказують, що виникнення і перебіг АГ тісно пов'язані з наявністю ФР [34].

Вік. Встановлено пряму залежність між АТ і віком. У пацієнтів, у яких гіпертензія стартувала у віці до 35 років, ризик ураження органів-мішеней значно вищий, ніж у нормотензивних осіб. Причому значення має не стаж АГ, а саме вік старту захворювання. У пацієнтів з маніфестацією АГ у 16-18 років, наприклад, ризик розвитку термінальної хронічної хвороби нирок у 5 разів більший, ніж у нормотензивних пацієнтів [246].

Загалом рівень діастолічного АТ (ДАТ) підвищується до 55 років, потім змінюється мало, систолічний (САТ) – постійно зростає з віком. Результати Framingham Heart Study, як зазначає у своїх дослідженнях Питецька Н.І., свідчать, що АГ розвивається близько у 60% населення літнього віку [9, 92].

Стать. Середні рівні АТ і поширеність АГ у жінок молодого і середнього віку дещо менші, ніж у чоловіків. Пізніше ця залежність змінюється аж до реверсії.

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 у жінок він продовжує зростати і стає максимальним приблизно у 80 років [52, 89, 247].

Спадковість є одним з найвпливовіших факторів майбутнього розвитку АГ. Виявлено тісну кореляцію між АГ найближчих родичів (батьки, брати, сестри). У осіб, які мають найближчих родичів до 55 років з АГ, ризик розвитку гіпертонії збільшується у чотири рази.

Маса тіла. Кореляція між масою тіла і рівнем АТ пряма, значна і стійка. Надлишкова маса асоціюється з 2-6 кратним підвищенням ризику виникнення АГ. Проблемі ожиріння приділяється значна увага, що пов'язано з його високою поширеністю серед населення. За результатами Framingham Heart Study, причиною розвитку АГ стало збільшення маси тіла у 80 % чоловіків і 61 % жінок, при цьому її збільшення на 5 % підвищує ризик розвитку АГ упродовж 4 років на 30 %. З'ясовано, що вірогідність розвитку АГ в осіб з надмірною масою тіла на 50 % вища, ніж в осіб з нормальною масою тіла [48, 92].

Аліментарні фактори. Споживання натрію, особливо у формі хлориду, понад фізіологічної норми впливає на АТ і, відповідно, ризик розвитку АГ. Підвищений рівень Ca^{2+} та знижений Mg^{2+} сприяє підвищенню АТ, посиленню гіпертрофії серця, підвищенню судинного опору. Встановлений тісний зв'язок між споживанням насичених жирів, рівнем холестерину в крові та розповсюдженістю ХСК. Переважання в харчовому раціоні овочів та фруктів, риби, білого курячого м'яса, обмеження вживання тваринних жирів, холестерину і солодоців сприяє зменшенню рівня АТ. АГ виникає втричі частіше серед тих, хто вживає від 1 до 5 чашок кави на день у порівнянні з тими, хто не вживає кави взагалі. Відновлення пресорного ефекту кофеїну відбувається через декілька годин після вживання кави. Кофеїн, що міститься в міцній каві, підвищує ДАТ у чоловіків з гіпертензією на 8 мм рт. ст., а у осіб з нормальним АТ – на 3 мм рт. ст.

Алкоголь. Вживання алкоголю прямо корелює з рівнем АТ, причому як епізодично, так і хронічно. Залежність між вживанням алкоголю і поширеністю АГ має вигляд J-подібної кривої. Частота АГ найменша серед осіб, що вживають алкоголь в окремих випадках, і поступово зростає в залежності від зростання щоденної кількості вживаних алкогольних напоїв.

Куріння (в т. ч. пасивне). Нікотин різко підвищує АТ навіть у завзятих курців. Негативний вплив залежить від числа викурених цигарок та тривалості тютюно-років. Ефект кожної цигарки триває близько 30 хвилин. Вже на 1-й хвилині після її викурювання САТ підвищується на 15 мм рт. ст., а на 4-й – на 25 мм рт. ст. При однакових рівнях АТ мозковий інсульт та ІХС в осіб, що курять, виникає в 2-3 рази частіше, ніж у тих, хто не курить Куріння посилює ефект інших ФР, таких як вік, стать, АТ, цукровий діабет [48].

Фізична активність. У осіб, що ведуть малорухомий спосіб життя, ризик виникнення АГ на 20-50% вищий, ніж у фізично активних. Доведено, що у пацієнтів з АГ вищий рівень фізичної активності асоціюється з нижчим рівнем АТ [82]. Однак надмірні фізичні навантаження сприяють підвищенню АТ, а фізична активність в години дозвілля – навпаки. Регулярні аеробні фізичні навантаження є досить ефективним засобом немедикаментозного лікування АГ [171].

Підвищений АТ. Існує пряма залежність між підвищеним АТ і ризиком розвитку ССЗ. Зв'язок між рівнем АТ і ризиком розвитку подій доказаний для будь-якого віку та всіх етнічних груп. Виявлено, що після 50 років рівень САТ є більшим предиктором ускладнень, ніж рівень ДАТ. Водночас високий ДАТ пов'язаний зі збільшенням серцево-судинного ризику в осіб віком менше ніж 50 років. Підвищений пульсовий АТ має несприятливе прогностичне значення в людей середнього та старшого віку. Як правило, у пацієнтів з АГ є дисметаболічні фактори ризику та субклінічне ураження органів-мішеней [36, 50].

Психосоціальні фактори. В літературі підкреслюється роль психоемоційних факторів як предикторів розвитку кардіологічної патології. Ця група факторів складається з двох підгруп: хронічні стресори (сімейний стан, ситуація на роботі, низька соціальна підтримка, низький соціальний статус) та емоційні фактори (депресія, тривожні стани та ін.) [33, 36, 84].

Стрес сприяє підвищенню АТ. Як зазначає Корнацький В.М. та співавт., захворюваність на АГ збільшується при наближенні до урбанізованих центрів, населення яких залучено у ритм сучасного життя з його психоемоційними та фізичними перевантаженнями, що підкреслює значення соціального стресу в

патогенезі захворювання [53]. Значними стресорами, за даними Коваленка В.М. та Корнацького В.М., що передували маніфестації захворювання були втрата близьких, стихійне лихо, важке соматичне захворювання, конфліктні ситуації в сім'ї, розлучення, політичні події, матеріальні труднощі, втрата роботи [48].

Соціально-економічний статус. Важливими ФР в останні роки вважають поганий матеріальний стан, відсутність соціальної підтримки, низький рівень освіти, тяжку фізичну працю, сімейний статус.

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, освіту, статус професійної зайнятості, доступ до медичної допомоги та інші фактори [54, 156].

В країнах із розвинутою економікою визначається зворотний зв'язок між АТ і рівнем освіти, доходів та професійним статусом. Досвід більшості країн свідчить, що зі зростанням економіки в суспільстві реєструється неухильне підвищення рівнів АТ і поширеності АГ серед малозабезпечених верств населення.

Дохід пацієнта (економічна складова) є одним із чинників, які зумовлюють доступність терапії та визначають прихильність до тривалого лікування. З'ясовано, що в пацієнтів з високим доходом рівень АТ був нижчим, ніж у хворих із низьким та середнім доходом. Дослідники вважають, що це зумовлено віковими особливостями та більш «здоровим» способом життя осіб з більшим достатком [82].

Важливе значення у розвитку АГ відіграє сімейний статус пацієнтів. Одним з найпотужніших захисних механізмів соціальної підтримки вважають шлюб, а гострою життєвою подією, навпаки, розлучення. Доведено, що смертність від ХСК серед розлучених і овдовілих чоловіків, а також серед тих, що ніколи не перебували в шлюбі, набагато вище, ніж в одружених [33].

Освіта є одним з індикаторів соціально-економічного статусу. Виявлено, що низький рівень освіти підвищує ризик розвитку АГ. У своїх дослідженнях Міщенко Л.А. вказує, що серед соціально-економічних факторів високий рівень освіти є одним із визначальних предикторів ефективного контролю АТ, навіть більш значущим, ніж

рівень доходу. А також відмічає, що досягти ефективного контролю АГ можуть більше особи, які працюють, порівняно з пенсіонерами, а також одружені та розлучені порівняно з пацієнтами, які належать до категорії «вдовець/вдова» [82].

У дослідженнях Коваленка В.М. та Корнацького В.М. звернено увагу на такий важливий фактор як стрес на роботі та відмічають, що з більш високим ризиком розвитку АГ пов'язаний високий рівень відповідальності при низькій зарплаті та обмеженому переліку повноважень і нереалізовані кар'єрні можливості [48].

Професійні навантаження, недотримання ЗСЖ стають додатковими ФР прогресування та ускладнення АГ, та впливають на якість життя [10, 26, 39, 118, 131, 135]. За даними Centers for Disease Control and Prevention (CDC) гіпертонія знижує якість життя [157].

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. 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 [54].

Для хворих з АГ характерні високі значення показників соціального функціонування, які свідчать про збереження пацієнтами соціальних контактів. Виявлено зниження фізичного та рольового функціонування, інтенсивності болю, зумовлених фізичним станом. Це свідчить про те, що для пацієнтів з АГ характерно обмеження фізичної активності та зниження повсякденної діяльності [43, 136].

Порушення сну. За даними досліджень, одним з факторів, що можуть викликати порушення з боку серцево-судинної системи, є порушення сну. Відомо, що деривація сну асоціюється з розвитком АГ, а підвищення активності симпатичної нервової системи разом зі змінами секреції мелатоніну розглядають як основні патофізіологічні механізми, що залучаються в прогресування ССЗ за умови

недостатньої тривалості нічного сну. Вважається, що остання є потенційно модифікованим ФР АГ [98].

Відповідно до оновлених практичних рекомендацій Міжнародного товариства гіпертензії (International Society of Hypertension — ISH) щодо лікування АГ найпоширенішими додатковими факторами є цукровий діабет, порушення обміну ліпідів, ожиріння, гіперурикемія, метаболічний синдром, малорухливий спосіб життя, а також шкідливі звички (куріння, алкоголь). Кардіоваскулярний ризик слід оцінювати у всіх пацієнтів з АГ за допомогою простих у використанні показників рівнів АТ та додаткових ФР відповідно до спрощеної версії класифікації [246].

Загально визнано, що поширеність АГ значною мірою пов'язана зі способом життя і виникненням внаслідок цього ФР. На підставі вивчення цих взаємозв'язків створена концепція ФР, покладена в основу їх профілактики.

1.3 Профілактика артеріальної гіпертензії

Профілактика АГ – це скоординовані дії, спрямовані на усунення або зменшення поширеності захворювання і пов'язаної з ними інвалідності та передчасної смертності. Рекомендовані до застосування у клінічній практиці заходи профілактики ґрунтуються на результатах клініко-епідеміологічних досліджень щодо АГ та досліджень щодо впливу заходів профілактики на захворюваність і смертність, проведених на засадах доказової медицини.

В останні роки зростає усвідомлення того, що для ефективного управління цим захворюванням потрібна більша участь пацієнтів, родин та громад, а також кваліфіковані медичні кадри, які приділяють увагу соціальним, екологічним і політичним факторам здоров'я.

Слід переорієнтувати медичні послуги для підвищення участі пацієнтів у прийнятті рішень щодо їх лікування та профілактики [49].

Як зазначають Скибчик В.А., Соломенчук Т.М., на суспільному рівні виділяють три різні стратегії сучасної кардіоваскулярної профілактики [106]: первинну профілактику для осіб низького ризику (сукупність заходів, спрямованих на запобігання виникненню ФР); первинну профілактику для осіб високого ризику

(з метою впливу на ФР та запобігання виникненню ССЗ); вторинну профілактику для осіб із ССЗ і їх еквівалентами (з метою запобігання виникненню ускладнень ССЗ).

Особливо актуальними тепер є оновлені прийняті Європейські рекомендації з профілактики АГ, присвячені новим методичним підходам до профілактики, що базуються на позиціях доказової медицини [246].

Дослідники Скибчик В.А., Соломенчук Т.М. звертають увагу, що сучасна кардіоваскулярна профілактика включає чотири послідовні етапи: оцінка індивідуального серцево-судинного ризику; визначення ключових індивідуальних цілей серцево-судинної профілактики; вибір методів немедикаментозних та фармакологічних втручань і складання плану щодо зниження ризику для конкретного пацієнта; моніторинг результатів, і за необхідності – корекція заходів профілактичних втручань [106, 165, 183].

Підвищення поінформованості пацієнтів щодо дотримання засад ЗСЖ і корекція виявлених ФР є обов'язковими складовими сучасних клінічних настанов з лікування та профілактики ССЗ. Такий підхід, за даними ВООЗ, є універсальною «вакциною» проти АГ, а застосування перелічених заходів сприяє зменшенню її нових випадків на 50%. Важливим є усвідомлення пацієнтами необхідності виконання профілактичних заходів та лікування. Тому інформовані пацієнти, які беруть участь та мають активну роль (наділені повноваженнями), будуть більш ефективно взаємодіяти з медичними працівниками, намагаючись виконати завдання, яке покращує їх здоров'я.

Згідно з поглядами Коваленка В.М. і Корнацького В.М., найголовнішим для зниження ризиків виникнення хронічних захворювань є зменшення основних ФР (особливо поведінкових та змінних) спільно з виявленням захворювань на ранніх етапах, своєчасним лікуванням та контролем [49].

Заходи з корекції ФР передбачають: обмеження вживання кухонної солі, зменшення маси тіла при її надлишку, обмеження вживання алкогольних напоїв, зменшення вживання насичених жирів, солодоців та холестерину, відмову від

куріння, підвищення фізичної активності, психоемоційне розвантаження та релаксацію.

Лікування (немедикаментозне і медикаментозне) необхідно починати якомога раніше і проводити його постійно, як правило, все життя. Поняття «курсове лікування» до антигіпертензивної терапії неприйнятне.

Як показують численні дослідження [29, 35, 42], дотримання ЗСЖ може запобігти чи затримати початок маніфестації гіпертензії, зменшити ступінь ССЗ. Ефективні зміни способу життя в деяких пацієнтів на початку захворювання можуть затримати призначення медикаментозної терапії. Проте варто пам'ятати, що ці заходи не повинні затримувати початок медикаментозної терапії у хворих на АГ та з високим серцево-судинним ризиком [30, 50, 166].

Близько 80% випадків передчасної смерті від інфарктів і інсультів можна запобігти завдяки профілактичним заходам, які повинні включати корекцію виявлених ФР: 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 знизеним 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); зниження АТ <140/90 мм рт. ст.; відмову від куріння та споживання алкогольних напоїв [235].

Рудик Ю.С., Чернишов В.А., Коваленко В.М. у своїх наукових дослідженнях зазначають, що складна політична ситуація та військовий конфлікт в Україні суттєво впливають на стан здоров'я як військовослужбовців, так і громадян. Адже гострий і хронічний стрес здебільшого викликають небажану реакцію з боку серцево-судинної системи. Дослідження свідчать, що найвагомими ФР, які асоціюються з розвитком АГ, є хронічний стрес і пов'язані з ним тривожні й депресивні розлади. Тому модифікація способу життя повинна містити обмеження

негативних психоемоційних стресових ситуацій. Допоміжними можуть стати методи психологічної корекції, спрямовані на досягнення релаксації та контролю над стресом [98].

За даними літератури, у Європейських клінічних настановах з профілактики ССЗ зазначено, що корекція психосоціальних ФР може протидіяти психосоціальному стресу, депресії і тривозі, що полегшує зміну поведінки, поліпшує ЯЖ та прогноз [32, 200].

Імовірність успішної нормалізації АТ прямо пропорційно залежить від приймання антигіпертензивних препаратів. Крім того, необхідно враховувати те, що погана прихильність до медикаментозного лікування, як правило, супроводжується і поганою прихильністю у відношенні до немедикаментозних методів лікування, що ще більше перешкоджає зниженню АТ [35, 99, 175].

Залучення пацієнтів до активної участі в процесі довготривалого лікування, постійне підтримання мотивації щодо виконання рекомендацій по прийманню фармакологічних препаратів та дотриманню заходів немедикаментозної корекції є важливою складовою успішного лікування. Для профілактики гіпертензивних кризів вирішальне значення має регулярне лікування гіпертонії, яке поліпшує перебіг захворювання і зменшує частоту ускладнень [194, 199].

Контроль та самоконтроль АГ повинний охоплювати такі напрямки: когнітивний – знання симптомів, які можуть свідчити про підвищення АТ, фармакологічних та немедикаментозних методів зниження АТ, показників у нормі, ФР та ускладнень АГ; психомоторний – здатність правильно вимірювати АТ, приймати ліки, здобувати додаткові знання про захворювання; афективний – навички щоденних вимірювань АТ, зміни способу життя [9, 39, 42, 50, 180, 235].

Медичні сестри є ключовим викликом у вторинній профілактиці інсульту, забезпечуючи догляд та підтримуючи дотримання пацієнтами заходів вторинної профілактики та зміни способу життя [129, 176, 201].

Набуття у пацієнтів навичок з модифікації поведінкових ФР щодо запобігання розвиткові та уповільнення прогресування потребує також участі та підтримки членів сім'ї та друзів, оскільки зміни факторів матимуть наслідки для всієї родини

та їх оточення [138, 144]. Модифікація способу життя суттєво впливатиме на покращення самопочуття пацієнтів, дозволить здійснювати контроль та запобігти ускладненням. Тому важливим є навчання пацієнтів. Отримавши відповідні знання, пацієнт зможе самостійно вимірювати та розпізнавати симптоми підвищення АТ, дотримуватися засад ЗСЖ [14, 44].

В сучасних умовах сестринський персонал – багаточисельна категорія медичних працівників в охороні здоров'я, і цей ресурс необхідно використовувати для здійснення заходів профілактики. Перерозподіл обов'язків у питаннях профілактики та навчання медичними сестрами зробить медичну допомогу більш доступною, що дозволить покращити якість первинної й вторинної допомоги.

Важливою умовою виконання профілактичних заходів з АГ є підвищення кваліфікації медичних кадрів, в т. ч. і МС, які надають допомогу на рівні первинної ланки охорони здоров'я.

1.4 Роль медичної сестри в профілактиці захворювання

На сьогодні в одужанні пацієнта вагому роль відіграє професійна діяльність МС. Так, у Європі та інших країнах МС сприймається не тільки як помічник лікаря, а й як абсолютно самостійний медичний працівник, який в змозі та в праві самостійно приймати рішення стосовно відновлення працездатності та реабілітації хворого, а також діагностики й лікування [89, 104].

У процесі реформування системи охорони здоров'я переглядають роль середнього медичного персоналу щодо збільшення самостійності та розширення професійних компетенцій. Професійно підготовлені МС стають важливим ресурсом у профілактиці захворювань. Адже перебіг більшості хронічних захворювань можна певною мірою контролювати та запобігати ускладненням, продовжити і підвищити якість життя хворих. Тому значення роботи МС в цьому аспекті важко переоцінити. Однак вони також повинні бути мотивовані до вивчення питань профілактики, розуміти важливість і необхідність такої підготовки, вірити в її ефективність [137].

Сестринська справа – це складова частина системи охорони здоров'я, спрямована на розв'язання проблем індивідуального та громадського здоров'я

населення в мінливих умовах навколишнього середовища, і охоплює діяльність по зміцненню здоров'я, профілактиці захворювань, надання психосоціальної допомоги та догляду людям, які мають фізичні й (або) психічні захворювання, а також непрацездатним всіх вікових груп.

Як свідчать дані досліджень, у багатьох європейських країнах МС складають основу первинної ланки охорони здоров'я. Так, у шведській системі охорони здоров'я МС відіграють все більшу роль, надаючи висококваліфіковану допомогу пацієнтам з хронічними та складними станами; їм також надано обмежене право призначення лікарських засобів. У шведських медичних центрах пацієнта спочатку оглядає МС, яка потім може скерувати пацієнта до лікаря загальної практики або в лікарню. У Фінляндії 80% пацієнтів попередньо консультуються у МС, і лише потім, у разі необхідності, скеровуються до лікарів відповідного профілю, і тільки 20% пацієнтів поступають безпосередньо до лікарів. У Скандинавських країнах як у містах, так і в селах у центрах здоров'я також провідну роль відіграють МС. В Нідерландах рішення про надання допомоги пацієнтам лікарями в позаробочий час приймає МС на основі встановлених критеріїв [132]. В Англії МС, що спеціалізуються на допомозі людям з певними захворюваннями (цукровий діабет або бронхіальна астма), у повсякденній діяльності замінюють лікарів загальної практики – ведуть амбулаторний прийом для спостереження і навчання пацієнтів або займаються виїзною та освітньою діяльністю, спрямованою на підвищення кваліфікації інших медичних і соціальних працівників [133]. При ряді досліджень встановлено, що МС рідко мають доступ до продовження освітньої програми для вдосконалення своїх знань та навичок з вимірювання АТ [18, 162, 181].

МС є ключовим викликом у вторинній профілактиці інсульту, забезпечуючи догляд та підтримуючи дотримання пацієнтами заходів вторинної профілактики й зміни способу життя [116, 129, 176].

На жаль, проблеми доступу до медичної допомоги через неадекватний та несправедливий розподіл людських ресурсів для охорони здоров'я присутні у багатьох країнах світу. І така ситуація не стимулює розвиток ролі практики МС у ряді країн, всупереч тому, що гіпертонія є поширеною проблемою охорони здоров'я,

яку можна вирішити на рівні первинної медичної допомоги. МС, будучи найчисленнішими медичними працівниками, можуть навчитись виконувати цю роботу і зменшити показники захворюваності.

Запізніле виявлення АГ збільшує ризик розвитку у пацієнта серцевих захворювань, ниркової недостатності та інсульту, які є одними з основних причин смерті в багатьох країнах світу. Отже, навчання медичних працівників є необхідним для забезпечення точності вимірювання АТ, щоб підвищити ймовірність раннього виявлення та початку лікування [129, 194].

Сьогодні зростає роль медсестринських служб та МС як фахівця, яка першою контактує з пацієнтом, його родиною та оточенням і опікується ними в лікарні та вдома до кінця життя [58, 126, 205].

Хоча МС у всьому світі беруть участь у лікуванні пацієнтів з АГ, теоретичних вказівок для них немає. Існують теорії самообслуговування та самоконтролю хронічних захворювань загалом, але не стосовно гіпертонії [236].

Існує кілька теорій і моделей, розроблених для розуміння того, що визначає поведінку МС. В охороні здоров'я модель переконань у здоров'ї є найбільш часто використовуваною моделлю змін поведінки. У цій моделі цілепокладання, прийняття рішень та соціальне навчання інтегровані для прийняття власних рішень залежно від позитивних чи негативних установок. Включаються також сприйнятлива сприйнятливність та бар'єри для зміни поведінки.

Іншими моделями, які корисні для МС при навчанні пацієнтів щодо змін способу життя, є, наприклад, транстеоретична модель або етапи моделі змін, коли пацієнт проходить цикл підготовки щодо підтримання нової поведінки; модель саморегулювання, де мотивація до зміни способу життя залежить від сприйнятої загрози; теорія мотивації захисту, згідно з якою оцінка тяжкості загрози здоров'ю впливає на реакцію подолання; або модель зміцнення здоров'я, коли передбачувані переваги, бар'єри для дії, самоефективність, міжособистісні та ситуативні впливи впливають на зміну поведінки [132, 173, 210].

Досліджено, що догляд за пацієнтами з АГ включає консультування щодо зміни способу життя, вимірювання АТ та направлення до лікаря. Більш детальний опис втручань для МС представив Y. Huang [193].

Коли МС є членом команди з іншими медичними працівниками, які здійснюють догляд за гіпертоніком, спостерігається зниження АТ. Це результат зміненого способу життя, більш правильного приймання ліків та частіших повернень для подальших візитів. У цьому контексті для пацієнта зміна способу життя та приймання ліків означає здійснення самообслуговування [186].

Науковці P. Morrison та P. Burnard описали процес консультування як «засіб, за допомогою якого одна людина допомагає іншій прояснити свою життєву ситуацію та вирішити подальші напрями дій». Щоб діяти, пацієнт повинен мати можливість визначити те, що йому потрібно робити, припинити робити, продовжувати робити та приймати рішення [219].

Ряд досліджень показав, що МС після консультаційного тренінгу реалізували більше аспектів орієнтованості на пацієнта і були цілеспрямованими та більшою мірою обговорювали фактори способу життя зі своїми пацієнтами. Крім того, було продемонстровано вплив на параметри маси тіла пацієнтів, фізичну активність, сприймання стресу та частку пацієнтів, які досягли контролю АТ [173, 202].

Schwartz L. вважає, що МС унікально підходить для фундаментальної та екзистенціальної адвокації, крім простого надання пацієнту будь-якої правильної та об'єктивної інформації та патерналізму [238].

МС може зробити свій внесок, оцінюючи психосоціальне здоров'я пацієнтів та оцінюючи ризики для здоров'я. Розширення можливостей особистості сприяє заохоченню людей визначати свої цінності, потреби, цілі та ресурси, які вони мають для розв'язання проблем. Поінформованість, свобода, вибір та відповідальність – це чотири моменти розширення можливостей. Встановлено, що консультації МС містять розширення можливостей та функцій, орієнтованих на МС, у дослідженні з лікування АГ, які змінювались з часом [173].

Медсестринство – основна ланка медицини, яка вимагає особливої уваги. Всю свою діяльність МС спрямовує на впровадження етапів медсестринського процесу,

перебуваючи в постійному оточенні пацієнтів, взаємодіючи з ними, її діяльність спрямована на відновлення стану здоров'я та сприяє фізичному й психічному одужанню.

МС відіграє ключову роль у догляді за пацієнтами з АГ, здійснюючи заходи зі зміцнення здоров'я, що забезпечують контроль захворювання, запобігають ускладненням і покращують якість життя пацієнтів та їх сім'ї. Важливим є підвищення теоретичних і практичних знань пацієнтів та заохочення змін у ставленні до поведінки щодо здоров'я [128, 241].

Навчання пацієнта способами управління хронічними захворюваннями набуває особливого змісту і стає важливою частиною щоденної роботи МС. Інформовані пацієнти будуть більш ефективно взаємодіяти з медичними працівниками, намагаючись виконувати вказівки задля покращання здоров'я [158, 237].

Для ефективності роботи взаємини між лікарем, МС та пацієнтом повинні бути побудовані за принципом єдиної команди, в центрі уваги якої знаходиться пацієнт. Необхідно відзначити важливу партнерську роль взаємин між персоналом, пацієнтами та їх сім'ями з метою зміцнення здоров'я і залучення всіх до опіки [173, 233, 250].

Як зазначають А. В. Белятко і співавтори, тільки високомотивовані люди можуть змінити свій спосіб життя [14]. 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 [173, 243, 248].

Проведення навчальних профілактичних занять дає можливість і реальну цінність успішного контролю АГ як на індивідуальному, так і на популяційному рівні. Необхідно здійснювати пацієнтоорієнтований підхід, заохочуючи зміни поведінки як під час навчання, так і після [130].

Оскільки пацієнти з АГ потребують підтримки, щоб успішно дотримуватись призначеного їм терапевтичного лікування, МС мають виконувати провідну роль у наданні відповідної інформації для заохочення розширення можливостей

профілактики та лікування пацієнта. Необхідно заохочувати його до виявлення факторів способу життя, які мають вплив на АГ, визначати потенційні проблеми пацієнта та складати спільний план щодо запобігання ускладнень [129, 133, 134].

Набуття знань пацієнтів з АГ щодо управління ризиками захворювання покращує результати й сприяє їх активній участі у власному лікуванні.

Профілактичні заходи щодо АГ, які здійснюватиме МС, повинні включати корекцію виявлених ФР [226, 235, 249]: 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 регулярних аеробних вправ; дотримання режиму праці та відпочинку з виключенням чинників, які травмують психіку, психоемоційне розвантаження та релаксацію; використання антигіпертензивної дієти (DASH) або споживання великої кількості фруктів, овочів і різних молочних продуктів зі зниженим вмістом насичених жирів та 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; зниження споживання алкогольних напоїв.

Модифікація способу життя суттєво впливатиме на покращення самопочуття пацієнтів, дозволить здійснювати контроль та запобігти ускладненням. Тому важливим є навчання пацієнтів, яке допоможе надалі підготуватися до самоконтролю. Отримавши відповідні знання, пацієнт зможе самостійно вимірювати та розпізнавати симптоми підвищення АТ, дотримуватися засад ЗСЖ [231, 235, 252].

Важливо, щоб пацієнти були поінформовані про важливість прихильності до лікування, і в цьому ключова роль МС. Для того, щоб мати можливість виконувати всі завдання, що входять в сестринське втручання стосовно хворих з АГ, МС повинна бути ознайоmlена з останніми рекомендаціями, як фармакологічних, так і не фармакологічних, щодо лікування АГ [3, 22]. Будучи керівником групи пацієнтів, як це часто буває, МС повинна володіти знаннями про оцінювання результатів аналізів крові пацієнта, наприклад, щодо ліпідів крові, а також вимірювання АТ,

обводу талії та визначення індексу маси тіла. МС також повинна мати можливість оцінити індивідуальний профіль ризику пацієнта.

Медсестринські втручання повинні бути спрямовані не лише на зміну способу життя, а й емоційну підтримку пацієнтів, що сприяє підвищенню впевненості пацієнтів у терапевтичних втручаннях та догляді за собою [5, 6].

Дослідження показали, що оцінка МС соціодемографічних даних, фізичного і психічного здоров'я, способу життя та психосоціального контексту є важливою для планування зміцнення здоров'я у пацієнтів з АГ [134, 140, 150].

Професійна модель викладання в медсестринській практиці складається з чотирьох компонентів: ідеал соціальної послуги (характеристики професії); практичне середовище (середовище, що впливає на практику); стан пацієнта (погляд МС на пацієнта та втручання); стратегії медсестринської практики (унікальна сестринська справа). Ця модель застосовується у сестринській справі при лікуванні АГ, оскільки вона охоплює професійну автономію [150, 151, 155].

Кисилевич М.М. зазначає, що при проведенні навчальних занять з профілактики АГ необхідно використовувати такі науково-обґрунтовані принципи навчання: принцип адаптації (навчання наблизити до потреб і оточення конкретного пацієнта); принцип соціалізації (навчання повинно бути спрямоване на покращення якості життя); принцип усвідомлення і співучасті (розуміння пацієнтом важливості поставлених перед ним задач з розв'язання проблем його здоров'я); принцип наочності викладання (для підвищення зацікавленості пацієнта до навчання використовувати наочність); принцип систематичності та послідовності (заняття проводити відповідно до складеного плану і мають відповідати меті та задачам навчальної програми); принцип доступності (надані пацієнту рекомендації повинні бути практичними й простими, відповідати його інтелектуальному і соціальному рівню); принцип науковості (навчальні програми повинні відповідати сучасним науковим рекомендаціям); принцип зв'язку теорії з практикою (пацієнт повинен зрозуміти причини виникнення АГ, ФР, ускладнення та їх прояви, заходи профілактики і принципи лікування, принципи самоконтролю); принцип

закріплення отриманих знань (необхідно диференційовано підходити до навчання у пацієнтів різного віку) [44, 203, 224, 254].

МС – це активний, самостійний, в рамках своєї компетенції, фахівець, готовий не лише до виконань призначень лікаря, але і до незалежної роботи з пацієнтами, який може навчати пацієнтів та їх родичів правилам догляду, психологічного захисту; це сполучна ланка між людиною, яка потребує медичної допомоги, і лікарем, це фахівець, від якого суттєво залежить якість медичного обслуговування населення. За допомогою освітніх стратегій вона повинна сприяти адаптації хворого до захворювання, дотриманню лікування та запобігти ускладненням, а це означає, що пацієнта необхідно перетворити на агента самообслуговування та мультиплікатора його дій із сім'єю і суспільством [51, 141].

Н. Білім зазначав, що МС повинна мати потрібну кваліфікацію: наукову – для розуміння хвороби; технічну – для догляду за хворими; сердечну – для розуміння пацієнта [103]. Існує припущення, що довіра або відсутність її між пацієнтом та медичним працівником може мати значний вплив на результати медичної допомоги. Пацієнти, які довіряють медичному персоналу, частіше відчують поліпшені результати медичної допомоги та менше симптомів і частіше залишаються задоволеними своїм лікуванням [143, 146, 256, 259]. Спілкування між МС та пацієнтом дає змогу встановити зв'язок, який підтримує розвиток довіри [222].

Результати показують, що довіра не здобувається лише статусом професії МС, а вимагає справжніх зусиль для розвитку цієї довіри [189, 259]. Вплив МС на пацієнта є досить суттєвим. Так, ряд досліджень показав, що є деякі фактори, що спричиняють порушення в поведінці пацієнта, включають відсутність мотивації та підтримку сім'ї. Брак сімейної підтримки був пов'язаний з відсутністю сімейної самодостатності для лікування АГ, яка особливо вражає людей похилого віку [195].

Психоосвіта також створює краще розуміння хвороби як для пацієнта, так і для його сім'ї, заохочуючи самостійність через самообслуговування та сприяння індивідуальній відповідальності, а не поклагатися повністю на систему охорони здоров'я, екосистемні рамки, будівельні блоки функціональної системи охорони

здоров'я та теорії самообслуговування середнього рівня. І головним чином в цьому повинен допомагати медичний персонал, а саме – МС [87, 236].

Слід зазначити, ефективність лікування кожного конкретного пацієнта і досягнення успіхів у контролі АТ в цілому значною мірою залежить від узгодженості дій лікаря та медичної сестри, які надають медичну допомогу.

Різні елементи інтегрованого підходу МС до планування профілактичних заходів дали важливе, додаткове розуміння того, як розробити посередництво, щоб максимізувати прийнятність та легкість його виконання як пацієнтами, так і медичними працівниками [8, 14, 22, 124]. Реформування системи охорони здоров'я на сьогоднішній день розширило участь сестринського персоналу в організаційних питаннях. Наразі вже є усвідомлення того, що професія лікаря і професія МС є самостійними й взаємодоповнюючими медичними професіями [39, 40].

Однак МС продовжують відчувати невпевненість у власних знаннях і навичках. Тому важливим є збільшення ролі МС у сторону її професійної компетентності, підвищення професійного і соціального статусу, а також престижу роботи, що буде сприяти покращенню надання медичної допомоги [1, 19, 125, 160].

1.5 Професійні компетенції медичної сестри

Проблему професійної компетентності досліджують різні наукові галузі. Компетентнісний підхід сьогодні визначається як стратегічно важливий вектор розвитку професійної підготовки та його упровадження компетентнісного підходу є неодмінною складовою сучасної інноваційної парадигми освіти [3].

Саме компетентності є тими індикаторами, що дозволяють визначити готовність випускника до життя, та подальшого особистого розвитку й до активної участі в житті суспільства, а сформованого фахівця – до самовдосконалення, змін, гнучкості у процесі самореалізації. Тому перед прогресивною особистістю сьогодні стоїть завдання – формувати в собі насамперед вміння вчитись.

Міжнародна комісія Ради Європи у своїх документах розглядає поняття компетентності як загальні, або ключові, вміння, базові вміння, фундаментальні шляхи навчання, ключові кваліфікації, кроснавчальні вміння або навички, ключові

уявлення, опори, або опорні знання. У такому ключі компетентності передбачають: 1) спроможність особистості сприймати та відповідати на індивідуальні й соціальні потреби; 2) комплекс ставлень, цінностей, знань і навичок.

Саме поняття компетентностей визначають як «здатність застосовувати знання й уміння», що забезпечує активне застосування навчальних досягнень у нових ситуаціях, зокрема в міжособистісних відносинах – ситуаціях, що передбачають взаємодію з іншими людьми в соціальному контексті, так само як і в професійних ситуаціях.

Поняття ”компетентність”, “професійна компетентність”, ”компетентність спеціаліста” вживається в наукових працях як синонімічний ряд, оскільки за своєю суттю пов’язані з готовністю виконувати трудову, професійну діяльність. У дослідженнях закордонних вчених актуальною стала проблема формування компетентного робітника (Д. Аллі, Ш. Деррі, Дж. Каллаган, Д. Щербі) [63, 161, 204].

Згідно з означенням Міжнародного департаменту стандартів для навчання, досягнення та освіти (International Board of Standards for Training, Performance and Instruction (IBSTPI), поняття компетентності визначається як спроможність кваліфіковано провадити діяльність, виконувати завдання або роботу.

Звичайно, важливо відібрати та обґрунтовано ідентифікувати обмежений набір найважливіших компетентностей. У зв’язку з цим закордонні науковці запропонували поняття ключових (найвагоміших та найбільш інтегрованих) компетентностей, які 1) сприяють досягненню успіхів у житті; 2) сприяють підвищенню якості суспільних інститутів; 3) відповідають різним сферам життя [85, 208, 101, 213].

Зокрема, експерти програми Федерального статистичного департаменту Швейцарії та Національного центру освітньої статистики США й Канади «Визначення та відбір компетентностей: теоретичні й концептуальні засади» («DeSeCo») запропонували таку дефініцію поняття компетентності (competency): це здатність успішно задовольняти індивідуальні та соціальні потреби, діяти й виконувати поставлені завдання. Кожна компетентність побудована на поєднанні взаємовідповідальних пізнавальних ставлень і практичних навичок, цінностей,

емоцій, поведінкових компонентів, знань і вмінь, всього того, що можна мобілізувати для активної дії. Вони визначили три категорії ключових компетентностей як концептуальної бази: автономна діяльність; інтерактивне використання засобів; вміння функціонувати в соціально гетерогенних групах.

У листі МОНУ від 31.07.2008 №1/9-484 «Комплекс нормативних документів для розроблення складових системи галузевих стандартів вищої освіти» наведено перелік компетенцій, якими повинен володіти випускник. Відповідно, у наказі МОН України компетентність визначається як складне особистісне утворення, що інтегрує відповідно до вимог певної діяльності знання, уміння, навички, особистісний досвід її виконання, ставлення до процесу, результату, вона створює передумови активних самостійних дій. Тому компетентність не зводиться тільки до знань, окремих умінь і навичок, а належить до складних умінь і якостей особистості.

Як слушно зазначають С. Шишов та В. Кальней, компетенція – інтегративне поняття, що містить такі аспекти: 1) готовність до цілепокладання; 2) готовність до оцінювання; 3) готовність до дії; 4) готовність до рефлексії [127].

Сукупність компетенцій (компетентностей) складає компетентність. Компетентність – це поєднання відповідних знань і здібностей, що дозволяють виносити обґрунтовані судження про певні життєві чи професійні сфери й ефективно діяти в них. Компетентність є результатом набуття компетенцій [119]. Тобто, компетентність передбачає досвід самостійної діяльності на основі універсальних знань.

Отже, як бачимо з проведеного вище теоретичного аналізу, у науці диференціюють поняття «компетентність» і «компетенції».

Компетентність – це знання, досвід у певній галузі. Рівень компетентності – характеристика результатів професійної практики для окремої людини. Компетентність розглядається як сукупність компетенцій, наявність знань і досвіду, необхідного для ефективної професійної діяльності. Компетенція – це те, що розцінюється (освітнім стандартом, програмою навчання, замовником послуг, вимогами працедавця тощо) як образ результату, який повинен бути досягнутий у результаті здобування освіти.

Поняття «професійна компетентність» (ПК) означає, що суб'єкт діяльності здатний виконувати свої професійні обов'язки на рівні сучасних вимог; це система спеціальних знань, умінь і навичок, досвід виконання професійних дій, а також сукупність певних особистісних якостей, які визначають способи виконання професійних функцій. Професійна компетентність безпосередньо пов'язана з професійним досвідом і є необхідною складовою професіоналізму фахівця.

Німецький дослідник Уте Клемент вважає, привабливість терміну «компетенція» замість терміну «кваліфікація», поширеному у вітчизняній науці та практиці за радянських часів, полягає у відкритому всеосяжному значенні. Якщо «кваліфікація» описує функціональну відповідність між вимогами робочих місць і метою освіти, то «компетентність» повинна мати можливість діяти адекватно ситуації в широких галузях [79]. Компетентний фахівець спрямований у майбутнє, передбачає зміни, мотивований до самоосвіти, має високий рівень професійної підготовки.

У дослідженнях європейських науковців термін «професійні компетенції» розглядається як [61, 170, 216]:

- ефективне використання здібностей, що дозволяє плідно виконувати професійну діяльність згідно з посадовими обов'язками (Іспанія (INEM));
- оволодіння знаннями, уміннями та здібностями, що необхідні для роботи за спеціальністю при одночасній автономності й гнучкості стосовно розв'язання професійних проблем; розвинуте співробітництво з колегами та професійним міжособистісним середовищем (Німеччина (BIBB));
- компетенції, як конструкти проектування стандартів, що являють собою «елементи компетенції», в які входять: критерії діяльності, галузь застосування, необхідні знання (Великобританія, Національна рада професійних кваліфікацій);
- інтегроване поєднання знань, здібностей і установок, що дозволяє людині виконувати трудову діяльність (Швеція (LERNIA)).

Українськими провідними науковцями в структурі професійної компетентності виділені такі компетенції: методологічна, проектувальна, комунікативна, творча, менеджерська та науково-дослідна [51, 55, 62].

Узагальнена модель професійної компетентності фахівця складається з трьох компонентів (компетенцій): універсальні професійні компетенції (якості, необхідні фахівцеві, незалежно від його професії і спеціалізації); поліфункціональні компетенції (якості, необхідні фахівцям, що належать до споріднених професій); функціональні компетенції (набір професійних компетенцій, відповідних основним видам діяльності фахівця) [4]. Для досягнення успіху в професійній діяльності необхідним є розвиток кожного елементу цієї системи.

Роговим Є.І. розроблено концепцію розвитку особистості фахівця, яку вважають відбиттям розвитку професіоналізму або концепцією розвитку особистості фахівця у процесі становлення його професійної компетентності. На сьогодні визначено три напрямки формування професійної компетентності [43]:

1. Формування особистісного стилю діяльності у результаті зміни системи виконання діяльності, її функції й ієрархічної побудови.
2. Становлення професійного світогляду на основі зміни особистості суб'єкта.
3. Становлення професійної культури внаслідок зміни когнітивних, емоційних і практичних компонентів установки суб'єкта стосовно об'єкта діяльності, перетворення впливу на об'єкт у процесі взаємодії.

Розглядаючи професійну компетентність у сфері медичної допомоги, О.Є. Антонова та З.П. Шарлович [8] зазначають, що вищі медичні заклади готують випускників як соціальних особистостей, здатних розв'язувати певні проблеми і завдання діяльності за умови опонування системою умінь і компетенцій. Ця система професійних компетенцій медичної сестри, на думку названих авторів, складається з

– соціально-особистих (підтримка необхідного для професійної діяльності інтелектуального рівня шляхом самоосвіти та самоаналізу; володіння креативним та системним мисленням; толерантне ставлення до протилежних думок; уміння брати участь у дискусіях та виборі оптимальних рішень; комунікабельність і адаптивність; доцільна критичність та самокритичність; уміння передбачати кінцевий результат та наполегливо досягати мети; екологічне мислення);

– загальнонаукових (базові уявлення про основи філософії; уміння неупереджено, науково, логічно аналізувати ситуації і соціальні процеси та роль

особистості в них; базові знання соціології та медичної соціології, історії медицини та медсестринства; розуміння причинно-наслідкових зв'язків розвитку суспільства; уміння вирішувати практичні професійні завдання в сучасних умовах державотворення; об'єктивно і критично оцінювати життєво важливу соціальну інформацію);

– інструментальних;

– загальнопрофесійних (базові уявлення про предмет професійної діяльності, становлення сфери медичних послуг та медичної допомоги, інституційні засади розвитку сфери медицини / медсестринства; володіння методами спостереження, опису, ідентифікації, класифікації, аналізу й оцінювання об'єктів діяльності; базові уявлення про основні закономірності й сучасні досягнення в основах теорії та методології організації та методи контролю надання медичної допомоги й медичних послуг; застосування на практиці принципів медсестринської етики та деонтології, розуміння соціальних наслідків своєї професійної діяльності; знання основ правознавства і законодавства України в галузі охорони здоров'я; виконання робіт відповідно до вимог безпеки життєдіяльності й охорони праці; комунікативні навички; розуміння шляхів розвитку медсестринства; сучасні уявлення про особливості та проблеми розвитку закладів охорони здоров'я);

– спеціалізовано-професійних (використання теоретичних знань і практичних навичок з медсестринства у внутрішній медицині, в хірургії, онкології, анестезіології та реаніматології, педіатрії, в акушерстві та гінекології, у разі виникнення інфекційних хвороб, в офтальмології, отоларингології, неврології, психіатрії та наркології, в галузі громадського здоров'я; у галузі медичної та соціальної реабілітації з метою відновлення здоров'я населення, під час виникнення надзвичайних ситуацій; застосування теоретичних знань і практичних умінь щодо підбору та використання обладнання, устаткування та матеріалів для виконання робіт; практичне використання комп'ютерних технологій у галузі професійної діяльності тощо; виконання стандартів медсестринських маніпуляцій, процедур та планів догляду);

– професійно-педагогічних компетенцій (володіння знаннями, уміннями та навичками здійснювати просвітницьку діяльність серед населення, визначати потребу й рівень знань пацієнта і його родини, рівень їх домагань та складання плану інформування щодо елементів само- і взаємодогляду, та, використавши всі механізми навчальної взаємодії, забезпечити теоретичну підготовку та практичне відпрацювання елементів догляду) [182].

Всупереч впровадженню сучасних методів терапії в нашій країні та за кордоном, серцево-судинні захворювання, зокрема АГ, особливо під час пандемії Covid, знаходяться в центрі уваги теоретичної та практичної медицини. Важливе значення надається навчанню пацієнтів, що призводить до збільшення тривалості їх життя. Навчаючи пацієнта, МС допомагає йому адаптуватися до захворювання з метою збереження максимально можливого рівня якості життя [159].

Проте виникає питання, чи достатньо підготовлені МС до роботи в напрямку профілактики АГ. Необхідність розробки, впровадження й оцінки ефективності нової моделі розвитку професійно-особистісних компетенцій МС для профілактики АГ, а насамперед навчання пацієнтів з використанням сестринських технологій, є особливо актуальним.

Реалізація професійно-педагогічних компетенцій МС – важлива складова професійної діяльності під час допомоги пацієнту з АГ. Актуальним напрямком у формуванні прогресивних підходів щодо подолання проблем, пов'язаних з неефективністю лікування АГ, є застосування профілактичної програми [8, 143,218]. Світовий досвід наочно демонструє не тільки високу клінічну, а й економічну ефективність цієї форми роботи [223].

Для надання якісної сестринської допомоги необхідна наявність декількох складових і, перш за все, добре навчений медичний персонал, який в повному обсязі володіє декількома компетенціями. Результати дослідження дозволили констатувати, що середній медичний персонал – активний і рівноправний учасник лікувально-діагностичного процесу, самостійний суб'єкт, від діяльності якого залежить ефективність лікування, реабілітації, одужання пацієнта.

Компетентність є результатом набуття компетенцій, і тому за своєю суттю поняття «компетентність» є значно ширшим від поняття «компетенція».

Компетенція є первинною статичною категорією компетентнісного підходу, яка описує вимоги до дискретного результату навчальної діяльності – одиничної здатності людини виконувати певне соціально чи професійно значуще завдання.

Компетентність – якість особистості, її певне надбання, що ґрунтується на знаннях, досвіді, моральних засадах і проявляється у критичний момент завдяки вмінню знаходити зв'язок між ситуацією та знаннями, прийняттю адекватного розв'язання нагальної проблеми.

Першою, важливою і неодмінною ланкою формування професійно-особистісних компетенцій є освітні навчальні програми у вищому медичному закладі. Професійна компетентність як сукупність здібностей, якостей та особливостей медичної сестри, а також знань, умінь і досвіду є важливим чинником підготовки МС до виконання її професійних обов'язків.

Аналіз досліджень розкриває той факт, що найнижче оцінені критерії компоненту професійної компетентності МС пов'язані, наприклад, із застосуванням інформаційних технологій у повсякденному медичному обслуговуванні та мотивацією вдосконалення професійних знань та навичок, які можуть бути пов'язані з оцінкою дослідницьких бар'єрів.

Найвище оцінені критерії компоненту професійної компетентності МС пов'язані з освітою пацієнта та його родичів, підтримкою пацієнта протягом процесу відновлення та здатністю вчасно реагувати у надзвичайних ситуаціях. В дослідженні Мікелсоне, М., Реніґере, Р., & Дреймане, С. згадано головні фактори, що перешкоджають розвитку компетенцій та досліджень – відсутність мотивації (стагнація), відсутність самоосвіти, відсутність співпраці та підтримки з боку медичної команди, особливо лікарів, оскільки МС не дають можливості брати участь у діалозі щодо результатів дослідження. МС вказують на необхідність подальшої освіти щодо важливості досліджень у галузі охорони здоров'я, а також статистичних методів, обробки даних та інтерпретації способів, які могли б вплинути на погляди МС на важливість досліджень у галузі охорони здоров'я на даний час [148, 215, 217].

Технічні навички, знання, вміння спілкуватися, співпереживання, вміння відчувати відповідні ситуації та емоції, знання того, як розуміти інших, є ключем до професійного успіху МС в галузі догляду [13, 225].

Сфера допомоги є специфічною та вимогливою для медичного працівника, викликає емоційний стрес та різноманітні переживання, які можуть збільшити рівень професійного вигорання. МС з високим рівнем емоційного інтелекту можуть бути вирішальними фігурами щодо прийняття рішень у догляді за пацієнтами [163].

З дослідження Hanifi N, Parvizy S, Joolae S, Ghamari-Zare Z, Purfarzad Z, Adib-Najbaghery M. зауважимо проблему сприйняття студента-медичну сестру лікарем, практикуючою МС, пацієнтами та родичами пацієнтів [187, 190].

МС, які закінчили навчання (молоді фахівці) мають проблеми зі сприйняттям їх як професіоналів і тут виступає поняття довіри пацієнтів до медичних сестер. Студенти-медсестри мають недоліки в їх комунікативній компетентності, що стосуються спілкування з пацієнтом щодо призначених ліків [187]. Страх мати справу з пацієнтом, відсутність впевненості та емоційні переживання – основні відомі причини, які змушують медичну сестру віддалятися від пацієнтів.

На наш погляд, такі висновки підтверджують необхідність дослідження та розвитку професійно-особистісних компетенцій МС.

Отже, АГ є однією з актуальних медичних та соціально-економічних проблем у світі та в Україні зокрема, через високі показники захворюваності, смертності та інвалідності. Розвитку та ускладненому перебігу АГ сприяють модифіковані (надмірна вага, куріння, зловживання алкоголем, підвищений артеріальний тиск, гіперліпідемія тощо) та немодифіковані (вік, стать, спадковість) ФР.

На сьогодні активно розробляються заходи з профілактики АГ щодо усунення або зменшення негативного впливу ФР. При цьому важливою є участь медичної сестри [90].

Розвиток професійних компетенцій медичної сестри – важлива складова професійної діяльності при здійсненні профілактичної роботи.

Результати досліджень даного розділу наведено в таких публікаціях [16, 64, 65, 67, 70, 72].

РОЗДІЛ II. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Клінічна характеристика обстежених хворих

Дисертаційна робота виконувалася впродовж 2017-2021 рр. на кафедрі догляду за хворими та вищої медсестринської освіти Буковинського державного медичного університету.

Робота виконана на базі КНП "Міська поліклініка №1 м. Чернівці згідно угоди, підписаної між установами. При виконанні роботи брали за основу загальноприйняті світові та вітчизняні нормативно-правові документи: основні стандарти GCP (Good Clinical Practice, Належна клінічна практика, 1966); Гельсінську декларацію світової медичної асоціації щодо етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964-2004 рр.) з дотриманням вимог наказів МОЗ України (№ 690 від 23.09.2009 та № 523 від 12.07.2012).

Карта досліджень та формуляр інформованої згоди пацієнта схвалені комісією з питань біомедичної етики Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (протокол № 2 від 19.10.2017 р.).

У дослідження включено 120 пацієнтів з АГ. Критеріями включення були діагностована АГ (верифікація діагнозу здійснювалась на основі скарг, анамнестичних даних, а також за допомогою клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження) та інформована письмова згода пацієнта на участь у дослідженні.

Розподіл хворих за стадіями АГ здійснювали відповідно до клінічних рекомендацій з артеріальної гіпертензії Європейського товариства гіпертензії (ESH) та Європейського товариства кардіологів (ESH) 2013 та 2018 рр.

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 ЕГ у вигляді перенесеного інфаркту міокарда чи інсульту.

Основними симптомами перебігу АГ у хворих були: головний біль, що виникав частіше у другу половину дня під вечір, зниження працездатності, порушення сну (неспокій, часті пробудження, тривалий час засинання), тривожність характеру до помірної дратівливості, нестриманість, підвищена втомлюваність.

У хворих на АГ II ст. 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.

Група хворих на АГ III ст. представлена переважно реконвалісцентами після перенесених гострих форм порушень центрального та коронарного кровообігу.

Обстежені пацієнти були віком від 23 до 79 років, середній вік склав $48,33 \pm 12,93$ років. Найбільша кількість хворих на АГ у віці 40-59 років (рис. 2.1 а). Серед обстежених пацієнтів переважали особи жіночої статі (68 (56,67 %) жінок та 52 (43,33 %) чоловіків) (рис. 2.1 б).

У групі пацієнтів віком 70 і більше років виявлено зменшення їх кількості в зв'язку з розвитком ускладнень (інфаркт, інсульт). За давністю АГ коливалась в широких межах, однак більшість (82 %) хворіли більше 10 років.

Основна частина хворих 73 (60,83 %) мали АГ першого ступеня, менше 29 (24,17 %) другого та 18 (15 %) третього ступенів.

Найдовший анамнез захворювання спостерігався у хворих на II та III стадію (ступінь).

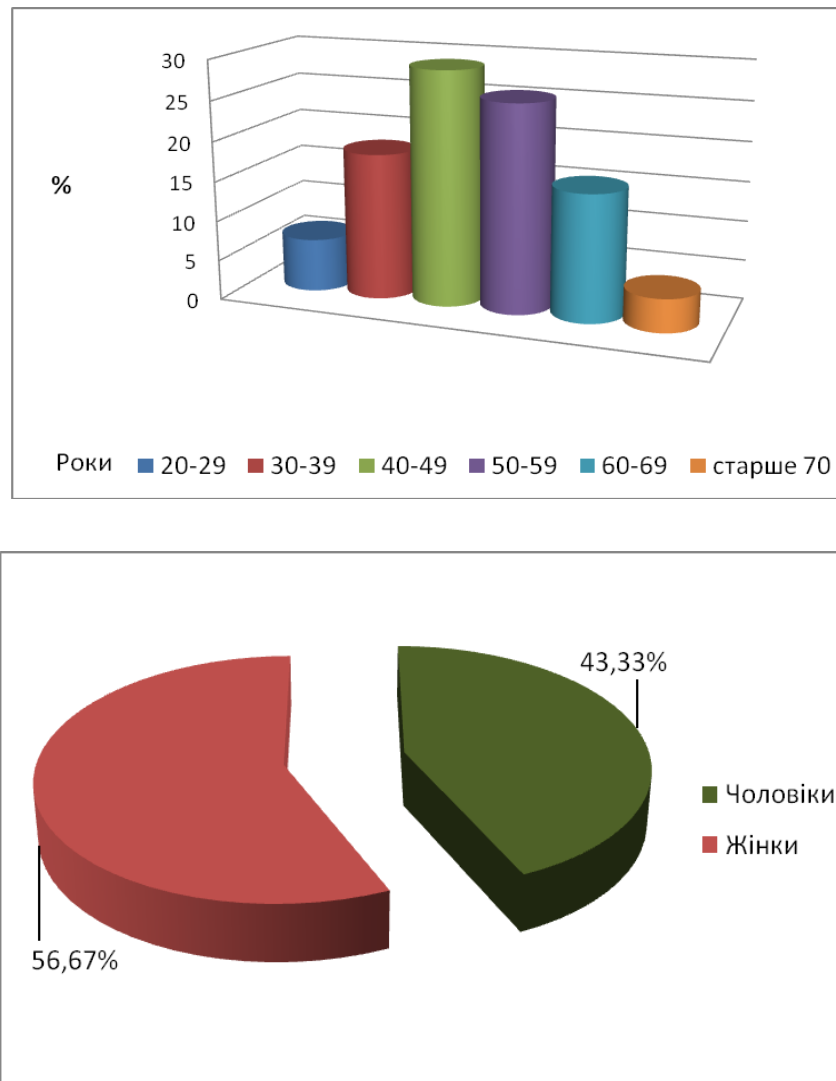


Рис. 2.1. Розподіл пацієнтів за віком (а) та статтю (б)

При зборі анамнезу звертали увагу на наявність скарг, характерних для АГ, порушень мозкового кровообігу, захворювань нирок. Визначали наявність артеріальної гіпертензії у родичів, супутніх серцево-судинних захворювань та цукрового діабету, а також факторів ризику: куріння, гіперліпопротеїнемію, малорухомий спосіб життя, ожиріння, споживання кухонної солі, холестерину і насичених жирних кислот.

З метою вивчення професійних компетентностей МС проведено опитування 156 медичних сестер поліклінік м. Чернівці, які проводили профілактичну роботу з хворими на АГ.

МС були віком від 17 до 65 років, найбільша кількість була у віці 26-35 років (рис. 2.2).

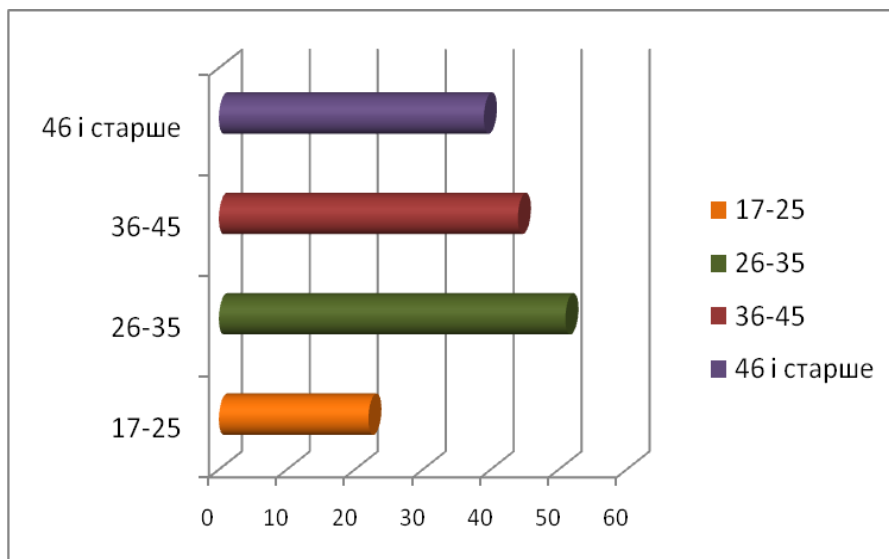


Рис. 2.2. Розподіл медичних сестер за віком

Розподіл за категорією: без категорії було 20 МС (12,82 %), 2 категорію мали 11 осіб (7,05 %), 1 – 47 МС (30,13 %), а вищу категорію мали 78 осіб (50 %) (рис. 2.3).

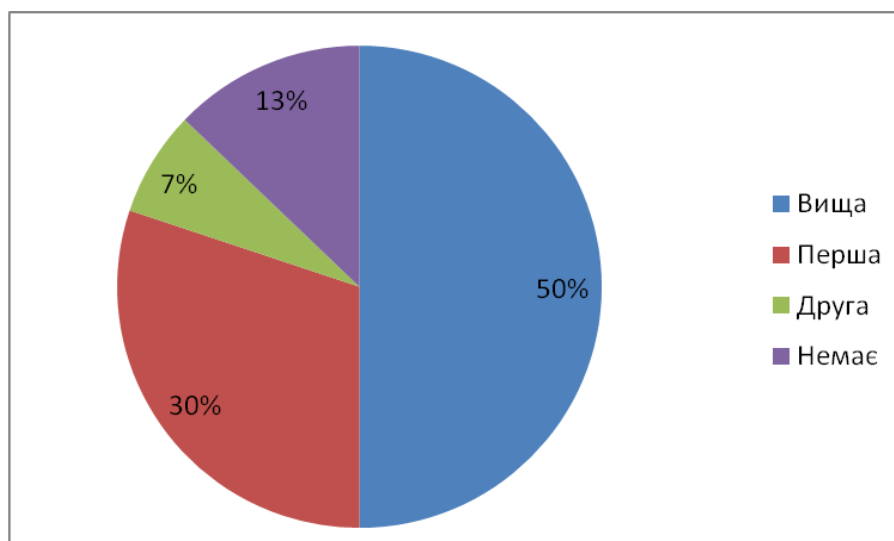


Рис. 2.3. Розподіл медичних сестер за категорією

Розподіл МС за стажем роботи: від 1 до 10 років працювали 32, 69% (51 особа), 11-20 років – 32,05% (50 осіб), 21-30 років – 25,64 % (40 осіб) і більше 30 років – 9,62 % (15 осіб).

За освітою більшість МС мали диплом «молодшого спеціаліста» (132 особи, 84,62 %), а диплом «бакалавра» – лише 24 МС (15,38 %).

2.2 Дизайн дослідження

На I етапі дослідження були проведені загально-клінічні обстеження, що включали збір скарг, детальне вивчення анамнезу, об'єктивне обстеження (визначення частоти пульсу, вимірювання рівня систолічного і діастолічного АТ).

У пацієнтів за спеціально розробленою анкетою [додаток А] шляхом анкетування визначали рівень поінформованості про наявність АГ (ступінь підвищення АТ, стадія АГ); фактори ризику (ФР); рівень знань про показники пульсу та АТ в нормі; можливі ускладнення АГ; рівень вмінь щодо вимірювання АТ та підрахунку пульсу; самостійний контроль АТ; рівень готовності пацієнтів щодо отримання інформації про АГ; рівень знань про профілактику АГ.

В ході клініко-анамнестичного дослідження проводилось вивчення антропометричних показників хворих, які включали в себе: вагу, індекс маси тіла, обвід талії та стегон; визначення типу ожиріння.

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

При вивченні ФР використовували наступні методики [86]:

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. Обвід талії (ОТ), обвід стегон (ОС) та їх співвідношення (значення вище 0,8 у жінок і 1,0 у чоловіків вказує на підвищений ризик атеросклерозу).

3. Для оцінки абдомінального ожиріння використовували критерії АТР III (АТР III National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III) – (ОТ ≥ 102 см для чоловіків і ≥ 88 см для жінок).

4. Оцінку прихильності пацієнтів до лікування визначали за тестом Моріскі–Гріна [додаток Б].

5. Визначення стресостійкості проводили за шкалою оцінки соціальної адаптації Т.Холмса, Р.Рає [додаток В].

6. Для оцінки загального рівня стресу використовували опитувальник Reeder L.G. (1973). Для оцінки результатів застосовувалась шкала Копіної О.С. і співавт. (1989) [додаток Г].

7. Фізичну активність (ФА) визначали за опитувальником по оцінці рівня фізичної активності [додаток Д].

8. Визначення типу курильної поведінки – за анкетною Д.Хорна [додаток Е].

9. Оцінка ступеня ніотинової залежності – за Фагерстремом [додаток Є].

10. Ступінь мотивації пацієнта до відмови від куріння [додаток Ж].

11. Визначення ступеня потягу до алкогольних напоїв – за допомогою короткого мічиганського алкогольного тесту по С.Гремлінгу і Ауербаху, 2002 [додаток З].

З метою виявлення та аналізу психосоціальних і соціальних чинників застосовували «Анкету 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) [додаток И] та «Анкету визначення соціальних факторів, які, можливо, впливають на здоров’я (Чабан О.С.) [додаток І] [49].

Дослідження якості життя (ЯЖ) проводилось за опитувальником [49], що містив 8 запитань, які відображають різні сторони ЯЖ [додаток Ї].

У відповідності до поставлених завдань було сформовано 2 групи пацієнтів:

I група (основна) – 68 осіб, які брали участь у початковій програмі з профілактики АГ;

II група (контрольна) – 52 особи, які не брали участі у початковій програмі.

Навчальна програма з профілактики АГ включала сукупність засобів і методів індивідуального та групового впливу на пацієнтів з АГ, спрямована на підвищення рівня їх знань, інформованості та практичних навичок щодо раціонального лікування захворювання, профілактики ускладнень і підвищення ЯЖ.

Програма є організаційною формою профілактичного групового консультування (гігієнічного навчання), медичною профілактичною послугою, яка надається пацієнтам з АГ в первинній ланці охорони здоров'я.

Мета Навчальної програми з профілактики АГ – оптимізація, вдосконалення і підвищення охоплення, доступності та якості медичної профілактичної допомоги пацієнтам з АГ.

Програма була розрахована на 8 занять, кожне з яких містило інструкцію для МС з методики проведення заняття. Темі занять включали поняття про АГ, ускладнення, здорове харчування, ожиріння, фізичну активність, куріння, стрес, медикаментозне лікування. Для кращого візуального сприйняття матеріалу розроблені мультимедійні презентації.

Заняття мали єдину структуру і склалися з трьох частин: вступна, основна і заключна. Вступна частина включала в себе знайомство з темою і метою та завданням заняття. Основна частина була присвячена поясненню навчального матеріалу, контролю засвоєного матеріалу і відпрацювання практичних навичок.

При підбиванні підсумків кожного заняття МС підкреслювала основні аспекти теми заняття, відзначала обов'язкові успіхи пацієнтів і давала завдання із закріплення набутих практичних умінь, давала запитання на засвоєваність матеріалу. Для закріплення отриманих знань їм видавалися інформаційні листи.

Активна частина занять спрямована на розвиток у пацієнтів умінь і навичок, які необхідні в повсякденному житті для найбільш ефективного контролю АГ і збереження здоров'я.

Дослідження професійних компетенцій медичної сестри.

Комунікативний компонент у МС вивчали за допомогою тесту «Комунікабельність» за В.Ф. Ряховським [додаток Й], тесту «Діагностика рівня розвитку комунікативної культури» за С.В. Знаменською [додаток К] і методики «Діагностика емоційних бар'єрів в міжособистісному спілкуванні» за В.В. Бойко [додаток Л].

Особистісно-поведінковий компонент досліджували за допомогою методики В.В. Бойко «Діагностика рівня емпатійних здібностей» [додаток М] та Шкали активності й оптимізму (AOS) Шуллера і Комуніані в адаптації Н.Водоп'янової і М.Штейна [додаток Н].

Мотиваційний компонент – за допомогою методики «Мотивація вибору медичної професії» у модифікації А.А. Василькової [додаток О] і опитувальника «Ставлення до себе як до професіонала» А.С. Борисюк [додаток П].

Зазначені методики є валідними й надійними психодіагностичними інструментами, які дозволяють комплексно й, разом з тим, у стислі часові терміни здійснювати оцінку сформованості різних елементів вибраних для дослідження компонентів професійно-особистісної компетентності МС.

Для вивчення того, як МС орієнтуються в питаннях профілактики АГ, була розроблена авторська анкета комбінованого типу [додаток Р].

Тренінг професійних компетенцій МС був проведений для МС, які працювали у команді з лікарями та брали безпосередню участь в організації і проведенні занять із пацієнтами щодо профілактики АГ (n=156) – це ті ж МС, котрі брали участь у констатувальному етапі нашого дослідження.

Тренінг з формування професійних компетенцій проводили 1 раз на тиждень тривалістю 1,5 години протягом 3-х місяців, розподіливши МС на підгрупи за місцем роботи по 12-25 учасниць. Усього для кожної підгрупи було проведено по 12 занять. Теми занять включали поняття компетентності та модель професійно-особистісних компетенцій МС, тренінг «проблемних» зон професійного спілкування, подолання бар'єрів спілкування, розвиток невербальної комунікації, емоційного інтелекту, рефлексивної компетентності, емпатії як способу саморегуляції медичної сестри, взаємодії медичної сестри в колективі, толерантності, формування «я-концепції» як складової професійної самосвідомості, «спілкування без конфліктів», навичок запобігання професійному вигорянню МС, тренінг зниження тривожності.

Особливу увагу під час навчально-тренінгової роботи приділяли МС, які за результатами попередньої оцінки їх обізнаності в основних теоретичних і

практичних питаннях профілактичної роботи серед пацієнтів з АГ потрапили у першу групу, чий рівень реалізації профілактично-просвітницької роботи можна охарактеризувати як недостатній. З ними проводили додаткові індивідуальні бесіди, додатково розбирали окремі вправи, надавали їм більше можливостей для вправлення у групі, заохочували до різних активностей, важливих у контексті заданої тематики тренінгу.

На II етапі дослідження через два тижні після проведеного Тренінгу професійних компетенцій проводилося контрольне дослідження професійно-особистісних компетенцій, зокрема комунікативної компетентності МС із застосуванням тих ж методик, що й на констатувальному етапі.

Для визначення ефективності проведеного навчання з профілактики АГ через рік проводилося обстеження пацієнтів, аналогічне тому, яке передувало навчанню.

2.3 Інструментальні методи дослідження

Вимірювання артеріального тиску.

При вимірюванні АТ використовувався метод Короткова. Вимірювання АТ у хворих з АГ проводилось у положенні сидячи, обов'язково з опорою на спинку стільця із розслабленими і не схрещеними ногами, оскільки це виключало підвищення АТ за рахунок скорочення м'язів.

Рука, на якій вимірювався АТ, була повністю розслаблена і утримувалась нерухомо до кінця вимірювання, зручно розташована на столі, на рівні серця (приблизно на рівні 4-го міжребер'я). Такі умови вимірювання дозволяли уникнути впливу гідростатичного стовпа на значення АТ, що показується приладом. Манжету накладали на плече без одягу таким чином, щоб між нею і поверхнею плеча залишалася відстань розміром в палець, а нижній край манжети був на 2,5 см вище ліктьової ямки. В ході вимірювання шкалу манометра розташовували на рівні очей, щоб знизити ймовірність помилки при зчитуванні показань.

Повітря в манжеті швидко нагнітали за допомогою груші до тих пір, поки тиск в манжеті не перевищував орієнтовний (визначений попередньо по пульсу) систолічний АТ приблизно на 20-30 мм рт. ст.

Повільно і плавно (із швидкістю зниження тиску на 2 мм рт. ст. за 1 секунду, а при високому тиску понад 200 мм рт. ст. допустимо збільшення швидкості випускання повітря до 4-5 мм рт. ст.) випускали повітря з манжети. При випусканні повітря поява тону (1 фаза тонів Короткова) відповідала систолічному АТ, повне зникнення тонів при подальшому вислуховуванні (5-а фаза тонів Короткова) – діастолічному АТ. Повторні вимірювання АТ виконували через 1-2 хвилини. Середнє значення двох і більше послідовних вимірювань набагато точніше відображало рівень АТ, ніж одноразове вимірювання.

АТ вимірювали послідовно на обох руках. Це особливо важливо при першому виявленні підвищеного рівня АТ. При виявленні стійкої асиметрії, що становило більше 10 мм рт. ст. вимірювання повторювали. Всі наступні вимірювання АТ проводили на руці з вищими цифрами АТ. Якщо асиметрія АТ була відсутня, вимірювання проводили на неробочій руці. Результати вимірювань записували в щоденник для контролю та корекції лікарем лікування.

2.4 Методи статистичної обробки отриманих результатів

Статистичний аналіз отриманих у ході емпіричного дослідження даних було здійснено за допомогою пакету STATISTICA 12.6. Враховуючи непараметричний розподіл деяких вихідних показників, достовірність різниці середніх величин та частоти вияву ознаки визначали за допомогою Н-критерію Крускала-Уолліса, багатofункціонального критерію ϕ^* Фішера і W-критерію Вілкоксона.

Н-критерій Крускала-Уолліса – це непараметрична альтернатива одномірному (міжгруповому) дисперсійному аналізу. Він використовується для порівняння трьох або більше незалежних вибірок. У нашому дослідженні даний критерій використовували для того, щоб виявити достовірні відмінності у показниках професійно-особистісної компетенції медичних сестер, які мають різну кваліфікаційну категорію.

Багатofункціональний критерій ϕ^* Фішера оцінює достовірність відмінностей між процентними частками двох вибірок, в яких зареєстрований цікавий для дослідження ефект. Його ще називають «кутовим перетворенням Фішера», оскільки

його суть полягає в «перекладі» процентних часток у величини центрального кута, який вимірюється в радіанах. Більшій відсотковій частці буде відповідати більший кут ϕ , а меншій частці – менший кут, але співвідношення тут не лінійні. При збільшенні розбіжності між кутами ϕ_1 і ϕ_2 і збільшенні чисельності вибірок значення критерію зростає. Чим більша величина ϕ^* , тим більше ймовірно, що відмінності між вибірками достовірні.

W-критерій Вілкоксона – це непараметричний аналог парного критерію Стьюдента (t-критерій для залежних вибірок) для порівняння досліджуваних, наприклад, до і після впливу. Цей непараметричний критерій заснований на рангах. У нашому дослідженні даний критерій використовували для того, щоб виявити статистично достовірні відмінності у показниках професійно-особистісної компетенції медичних сестер до та після навчання (участі у Тренінгові професійної компетенції медичної сестри).

Порівняння між вибірками точно вимірюваних ознак, які виражаються стандартизованими величинами і утворюють близький до нормального розподіл (наприклад, величину артеріального тиску, частоту пульсу у пацієнтів тощо), здійснювали за допомогою параметричного t-критерію Стьюдента. Найбільш часті випадки застосування t-критерію пов'язані з перевіркою рівності середніх значень у двох вибірках.

Для вияву зв'язків між досліджуваними ознаками розраховували коефіцієнт рангової кореляції r_s за Спірменом. Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена використовується для виявлення й оцінки тісноти зв'язку між двома рядами кількісних показників, що зіставляються. У тому випадку, якщо ранги показників, упорядкованих за ступенем зростання або зменшення, в більшості випадків збігаються (більшому значенню одного показника відповідає більше значення іншого показника), робиться висновок про наявність прямого кореляційного зв'язку. Якщо ранги показників мають протилежну спрямованість (більшому значенню одного показника відповідає менше значення іншого), то говорять про зворотний зв'язок між показниками.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

3.1 Характеристика комунікативного компоненту професійно-особистісних компетенцій медичних сестер

Комунікативний компонент професійно-особистісних компетенцій МС включає в себе такі знання, уміння, переконання й установки фахівців, які дозволяють їм вибудовувати ефективне спілкування у професійній сфері. Це надзвичайно важливі компетенції, що складають визначальну частину медсестринства як професійної діяльності. На цьому наголошує, зокрема, З.Шарлович, вказуючи, що професійна компетентність МС передбачає, серед іншого, вміння співпрацювати, планувати і якісно здійснювати медичну (сестринську) діяльність на основі милосердя, толерантності, емпатії [125, 214]. Орієнтація на співпрацю, емпатія і толерантність є, з одного боку, складовими, а з іншого – проявами комунікативної культури і комунікабельності МС.

Комунікативна компетентність МС, як справедливо зазначають Б.М. Алієва та А.Ж. Егемназарова, передбачає також сформованість уміння встановлювати контакт і долати бар'єри у спілкуванні, володіння МС власними емоціями, здатність зберігати впевненість, контролювати свої реакції і поведінку в цілому [4].

Чистякова М. у своїй статті підкреслює, що рівень комунікативної підготовки МС, її готовність до емпатії – показник її професійної зрілості і готовності до виконання свого завдання в лікувально-діагностичному процесі [122].

Виходячи з вище сказаного, для вивчення комунікативного аспекту професійно-особистісних компетенцій МС ми дослідили рівень їх комунікабельності, рівень комунікативної культури і домінуючі «бар'єри» у встановленні емоційних контактів як перешкоджаючі комунікативній компетентності фактори.

Психодіагностика рівня комунікабельності відбувалася за допомогою тесту «Комунікабельність» за В.Ф. Ряховським [115], а рівень комунікативної культури

визначали за тестом «Діагностика рівня розвитку комунікативної культури» за С.В. Знаменською [38].

Первинна обробка даних показала, що майже половина (44,26%) МС виявляють високий рівень комунікабельності (рис. 3.1).

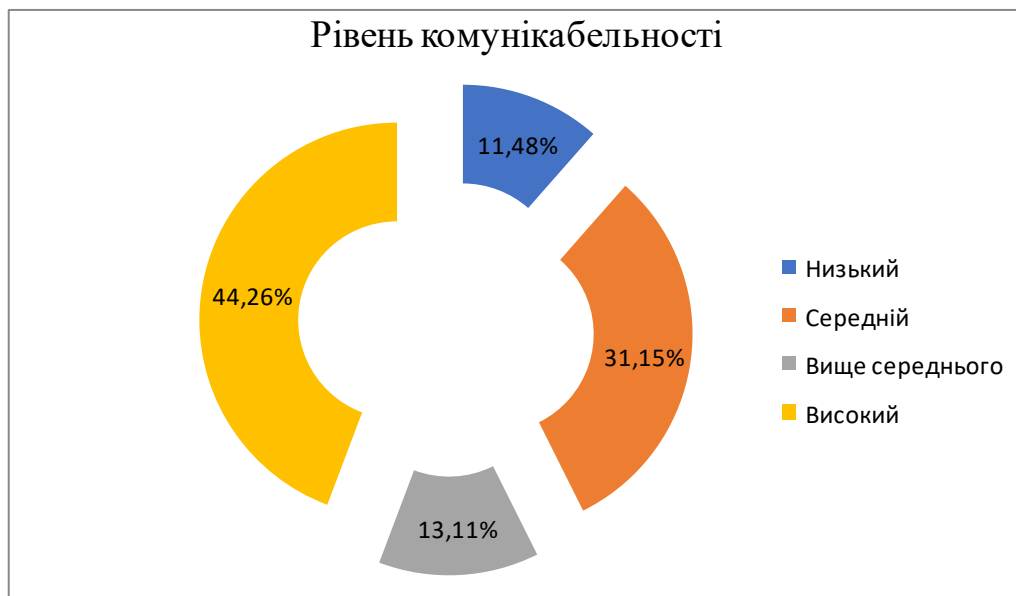


Рис. 3.1. Частота (%) вияву різних рівнів комунікабельності медичних сестер (n=156)

Високий рівень комунікабельності, за інтерпретацією тесту В.Ф. Ряховського, означає, що МС, для яких він властивий, вельми комунікабельні, цікаві, люблять висловлюватися з різних питань, але, часом, їх дратує присутність оточуючих. Вони охоче знайомляться з новими людьми, люблять бути в центрі уваги, нікому не відмовляють у проханнях, хоча й не завжди можуть їх виконати. Іноді дають яскраву афективну реакцію, але швидко заспокоюються. Для успішного здійснення своїх професійних обов'язків, зокрема ефективних профілактичних заходів, МС з таким рівнем розвитку комунікабельності потребують удосконалення навичок самоконтролю і самоорганізації.

Наступний за частотою вияву середній рівень комунікабельності (31,15%) означає, що МС, у яких він діагностується, певною мірою комунікабельні, в незнайомій обстановці відчувають себе досить упевнено. Нові проблеми їх не

лякають. І все ж з новими людьми вони сходяться з пересторогою, в суперечках і диспутах беруть участь неохоче.

У 13,11% МС виявляється вище середнього рівень комунікабельності – це нормальна комунікабельність. МС з таким рівнем комунікабельності допитливі, охоче слухають цікавого співрозмовника, досить терплячі в спілкуванні з іншими, відстоюють свою точку зору без запальності; без неприємних переживань ідуть на зустріч із новими людьми. Такий рівень комунікабельності можна вважати оптимальним для ефективного виконання медичною сестрою своєї професійної ролі, оскільки він дає змогу, з одного боку, бути уважним слухачем, а з іншого – проявляти ініціативу у спілкуванні, виступати наставником, переконувати, терпляче роз'яснювати, підтримувати.

Низький рівень комунікабельності діагностується в 11,48% МС. Це означає, що вони замкнуті, неговіркі, віддають перевагу самотності, тому мають мало друзів. Нова робота і необхідність нових контактів якщо й не викликає у них паніки, то надовго виводить із рівноваги. Ця когорта працівників середньої медичної ланки за такого рівня комунікабельності не зможе ефективно вирішувати виробничі завдання, якщо цілеспрямовано не розвиватиме комунікативний аспект своєї професійної компетентності і не пропрацюватиме ті, очевидно травматичні переживання, котрі пов'язані з недовірою до оточуючих.

Щодо сформованості комунікативної культури, то абсолютна більшість (91,80 %) МС показали середній її рівень, 4,92% – низький рівень і 3,28% – високий рівень комунікативної культури (рис. 3.2).



Рис. 3.2. Частота (%) вияву різних рівнів сформованості комунікативної культури медичних сестер (n=156)

Середній рівень сформованості комунікативної культури, за логікою тесту С.В. Знаменської, свідчить про те, що МС загалом мають достатньо виражений інтерес до інших людей, відносно охоче заводять нові знайомства, у багатьох ситуаціях можуть бути терпимими до інакшості партнера по спілкуванню, є більш-менш толерантними до неприємних емоцій у процесі спілкування, однак не завжди здатні прийняти випадки, коли необхідно брати ініціативу у процесі спілкування на себе, вибрати оптимальні способи вирішення конфліктних ситуацій, бути впевненими, спокійними і невимушеними в абсолютно новому оточенні тощо.

Низький рівень комунікативної культури виявлено в декількох (4,92%) респонденток. Для них характерним є виражене почуття невпевненості у спілкуванні; невміння розвивати тему спілкування і контакти загалом; відсутність зацікавленості у партнері спілкування як в особистості й бажання розкрити, пізнати його; низька власна ініціатива і нездатність цілеспрямовано впливати на процес взаємодії й узгоджувати суперечливі моменти; не сформованість чітких морально-етичних орієнтирів.

Високий рівень комунікативної культури передбачає не просто здатність до спілкування і сформовані афіліативні установки, а й уміння розвивати контакти, спрямовувати взаємодію до усвідомлюваної спільної мети, створювати у полі

спілкування сприятливий, комфортний психологічний мікроклімат, опираючись на гуманістичні морально-етичні засади, здатність нести відповідальність за результат спілкування. На жаль, такий рівень комунікативної культури притаманний лише одиницям (3,28%) із досліджуваних нами МС. І це становить вагоме завдання розвитку комунікативної культури медичних працівників середньої ланки.

Реалізація комунікабельності як сукупності відповідних здібностей, умінь, установок, і комунікативної культури як деякої світоглядної орієнтації у взаєминах з людьми у процесі професійного спілкування МС може бути утруднена різноманітними «перешкодами», що виникають через недостатній рівень розвитку її емоційної компетентності або емоційного інтелекту. Емоційний інтелект – це комплекс ментальних здібностей, які дозволяють усвідомлювати власні емоції та емоції інших людей і керувати ними [27]. Емоційні бар'єри чи «перешкоди» у спілкуванні – це фактори, що служать причиною неефективної взаємодії, конфліктів або сприяють їм. Бар'єри у спілкуванні «консервують» резерви духовно-психічного потенціалу індивіда або гальмують їх реалізацію в процесі його життєдіяльності. Власне емоційні бар'єри – це насамперед відмінності в емоційних станах партнерів по спілкуванню, а також відмінності в тому, як вони уміють обходитися з власними емоціями та емоціями людини, котра поруч [110].

Досліджуючи емоційні бар'єри за методикою «Діагностика емоційних бар'єрів в міжособистісному спілкуванні» В.В. Бойко [115], ми встановили, що середній бал за узагальнюючою шкалою виразності «перешкод» по групі респондентів складає 11,96 бала. Це досить високий показник, який діагностується у половини (50,82%) МС і свідчить про відчутний вплив звичних повсякденних емоцій на якість та ефективність їх спілкування, що дещо ускладнює їх взаємодію та взаєморозуміння з оточуючими. Ще 40,98% МС емоції суттєво заважають встановлювати контакти з людьми і дезорганізують їх спілкування. І лише 8,20% МС мають незначні емоційні проблеми у повсякденному спілкуванні (рис. 3.3).



Рис. 3.3. Частота (%) вияву різних рівнів виразності емоційних бар'єрів, «перешкод» у спілкуванні медичних сестер (n=156)

Щодо того, які конкретно емоційні бар'єри є найбільш актуальними для МС, то тут найчастіше (у 52,46% респонденток) виявляється небажання зближуватися з людьми; у 49,18% – негнучкість, нерозвиненість емоцій; у 47,54% МС відзначається невміння управляти своїми емоціями; у 45,90% – домінування негативних емоцій; і в 32,79% МС – неадекватний прояв емоцій.

Тобто, близько половини медичних працівників середньої ланки демонструють різного ступеню виразності емоційні бар'єри у спілкуванні з іншими людьми (рис. 3.4).

Кореляційний аналіз даних за допомогою критерію рангової кореляції Спірмена, r_s показав, що у МС з більш високою кваліфікаційною категорією як оцінкою рівня їх професійної майстерності вияв такого емоційного бар'єру, як неадекватний прояв емоцій достовірно знижується ($r_s = -0,26$ при $p = 0,05$), тобто чим вища кваліфікаційна категорія МС, тим менше у її спілкуванні виникає труднощів через неадекватний прояв емоцій. Тож підвищення професійної компетентності МС виявляється взаємопов'язаним, зокрема, з подоланням емоційних «перешкод» у спілкуванні.

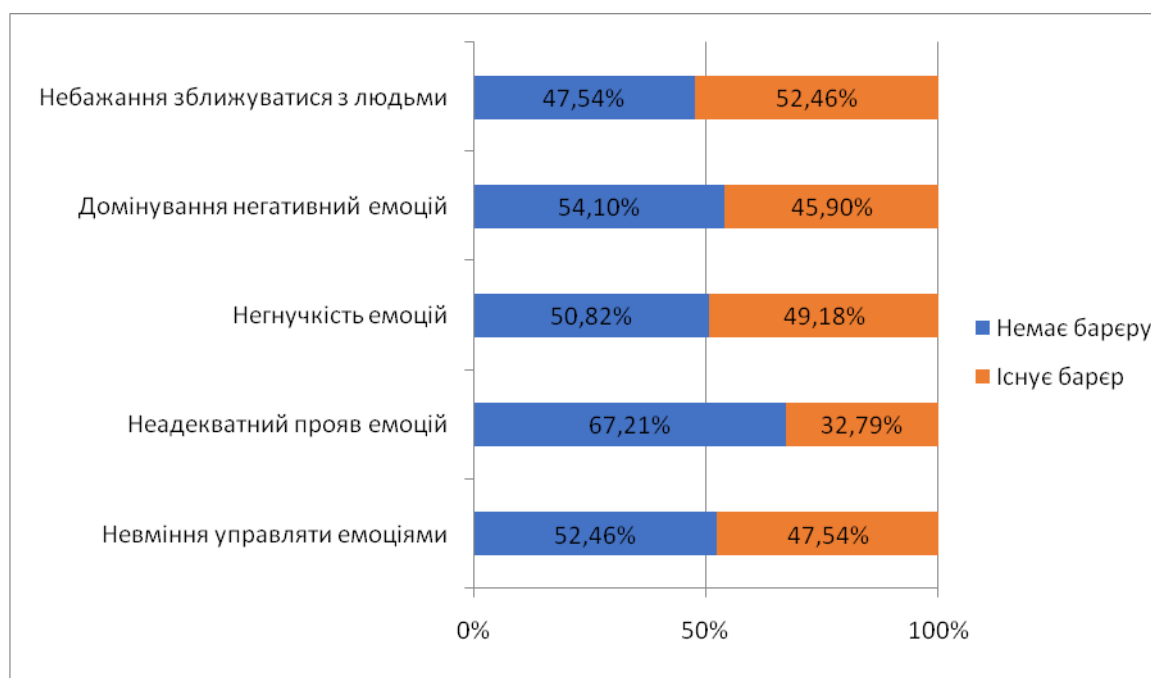


Рис. 3.4. Частота (%) діагностування різного виду емоційних бар'єрів, «перешкод» у спілкуванні медичних сестер (n=156)

Отже, характеризуючи комунікативний компонент професійно-особистісних компетенцій МС, потрібно відзначити переважаючий високий рівень їх комунікабельності, поєднаний із середнім рівнем сформованості комунікативної культури і наявністю відчутних і значних емоційних «перешкод» у спілкуванні, таких як небажання зближуватися з людьми, негнучкість, нерозвиненість емоцій, невміння управляти емоціями тощо. І це при тому, що доведено пряму взаємозалежність рівня професійної компетентності МС і її здатності до адекватного прояву емоцій.

Представлені результати показують, що усі МС потребують розвитку емоційної компетенції (чи емоційного інтелекту) як важливої складової комунікативного аспекту професійно-особистісних компетенцій.

3.2 Особливості особистісно-поведінкового компоненту професійних компетенцій медичних сестер

Особистісно-поведінковий компонент професійних компетенцій МС ми представили через емпатійні здібності, а також такі особистісні установки, як активність і оптимізм.

Емпатійність МС – це її здатність відчувати й переживати психічні стани, подібні до тих, які переживає пацієнт; здатність уявити себе на його місці і зрозуміти його становище й спосіб міркування. Емпатія може бути вродженою здатністю, що яскраво простежується з раннього дитинства. Емпатія також набувається у процесі соціалізації, що передбачає розвиток здатності приймати соціальні ролі й установки інших.

Емпатійність МС вивчали за допомогою методики В.В. Бойко «Діагностика рівня емпатійних здібностей» [94], яка дозволяє диференційовано підійти до дослідження даного феномену і розкрити розвиненість різних каналів емпатії особистості.

Раціональний канал емпатії характеризує спрямованість уваги, сприйняття і мислення емпатуючого на суть будь-якої іншої людини – її стан, проблеми, поведінку. Це спонтанний інтерес до іншої людини, який відкриває «шлюзи» емоційного та інтуїтивного її відображення.

Емоційний канал емпатії реалізується через здатність емпатуючого входити до емоційного резонансу з оточуючими – співпереживати, брати співучасть. Емоційна чутливість у цьому разі стає засобом «входження» до енергетичного поля партнера. Зрозуміти його внутрішній світ, прогнозувати його поведінку й ефективно впливати можливо тільки за умови енергетичного підлаштування.

Інтуїтивний канал емпатії – здатність бачити поведінку партнерів, діяти в умовах дефіциту вихідної інформації про них, спираючись на досвід підсвідомості. На рівні інтуїції замикаються і узагальнюються різноманітні дані про партнерів, що майже не залежать від оцінювальних стереотипів.

Установки, які сприяють чи перешкоджають емпатії, відповідно полегшують чи, навпаки, утруднюють дію всіх емпатійних каналів. Ефективність емпатії, мабуть,

знижується, якщо людина намагається уникнути особистих контактів, вважає недоречним виявити цікавість до іншої особистості, переконати себе спокійно ставитися до переживань і проблем оточуючих. Такі умонастрої різко обмежують діапазон емоційної чутливості й емпатійного сприйняття. Навпаки, різноманітні канали емпатії діють активніше і надійніше, якщо з боку установок особистості немає перешкод.

Проникаюча здатність в емпатії розцінюється як важлива комунікативна ознака людини, яка дає змогу створювати атмосферу відкритості, сердечності, щирості. Розслаблення партнера сприяє емпатії, а атмосфера напруженості, штучності, підозри перешкоджає вираженню і емпатійному розумінню.

Ідентифікація – ще одна необхідна умова успішної емпатії. Це вміння зрозуміти іншого на основі співпереживань, уявлення себе на його місці. В основі ідентифікації – легкість, рухливість і гнучкість емоцій, здатність до наслідування.

Загалом розподіл респонденток за загальним рівнем розвитку емпатійних здібностей виглядає так: високий рівень не діагностовано у жодної МС; середній рівень виявлено в 11,48 % досліджуваних; знижений рівень емпатії – у більшості медичних сестер (75, 41 %); і дуже низький рівень емпатійних здібностей продемонстрували 13,11 % МС (рис. 3.5).

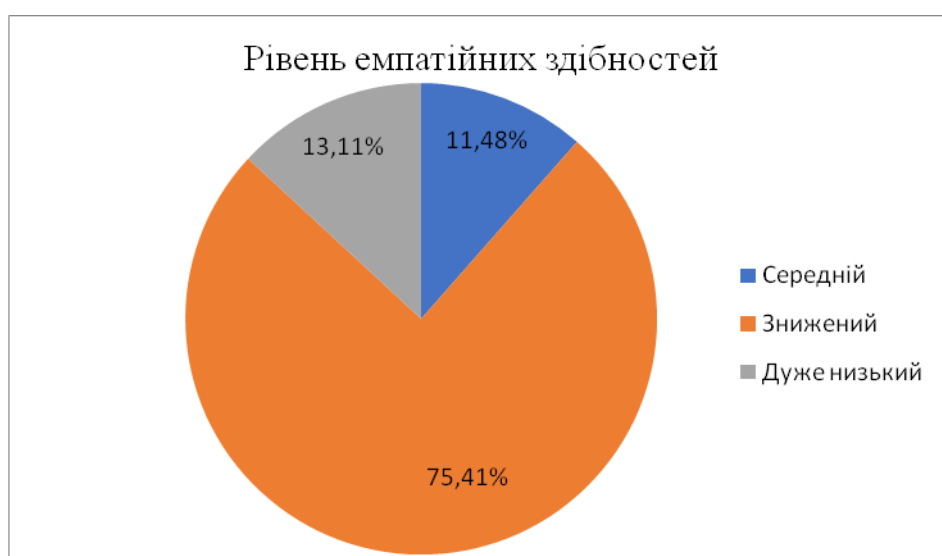


Рис. 3.5. Частота (%) вияву різних рівнів розвитку емпатійних здібностей медичних сестер (n=156)

Середній рівень розвитку емпатійних здібностей означає, що зазвичай людина тримає під контролем свої почуття, думки, емоції, не завжди здатна поділитися наболілою проблемою; вона розуміє емоційні вчинки інших людей, але вважає, що не треба виставляти свої почуття напоказ. Відтак МС, які виявляють середній рівень емпатійності не завжди можуть проявити толерантність, терпимість стосовно яскраво виражених емоцій пацієнтів, не завжди готові адаптувати своє сприймання конкретної ситуації до сприймання її іншою людиною для кращого розуміння того, що з нею відбувається.

Знижений рівень розвитку емпатії означає, що чужі емоції найчастіше є незрозумілими для цієї людини як стороннього спостерігача. Вона часто не розуміє емоційні вчинки інших, не намагається пояснити контекст, знайти виправдання імпульсивній поведінці іншого. У спілкуванні з близькими людьми буває більш чутливою і розуміючою. МС зі зниженим рівнем розвитку емпатії не схильні співчувати пацієнтам, сприймають їх емоції як капризність, поганий характер, нетерплячість, надмірну нервозність. Не завжди здатні врахувати емоційний стан пацієнта при оцінці його загального стану здоров'я і не надають цьому належного значення.

Дуже низький рівень розвитку емпатії свідчить про те, що людина відчуває значні труднощі у спілкуванні, не вміє співпереживати, емоційно відгукуватися на почуття, не розуміє вчинків, учинених під впливом душевних зворушень. МС, котрі виявляють дуже низький рівень емпатії, насправді дуже важко виконувати свої професійні обов'язки, оскільки вони щоразу мають серйозні проблеми із взаєморозумінням з пацієнтами та колегами. Для них практично недоступним є внутрішній світ іншої людини, як, власне, і свій особистий світ переживань також. Тому зрозуміти думку іншої людини, мотиви її поведінки, пов'язані з її емоційним станом, знайти точки дотику і домовитися їм вдається вкрай рідко.

Що стосується парціальних аспектів емпатії, то, як показано на рисунку 3.6, найкраще сформованим у МС є раціональний канал емпатії – високий рівень його розвитку демонструють 21,31 % респонденток, 72,13 % – середній рівень і

6,56 % – низький. Це означає, що МС дещо краще, ніж відчувати емоційний стан, вдається зрозуміти думку пацієнта, спонтанно зосередитися на його проблемі.

За ним за частотою вияву високого рівня сформованості у МС виступає ідентифікація в емпатії – у 14,75 %; середній рівень діагностується у 73,77 % і низький – в 11,48 % респонденток. Тобто деяким МС вдається досить реалістично відчувати стан пацієнта, поставивши себе на його місце, уявивши себе в його ситуації.

Щодо установок в емпатії, то лише в 11,48 % МС переважають такі установки, які сприяють емпатії, комунікації.

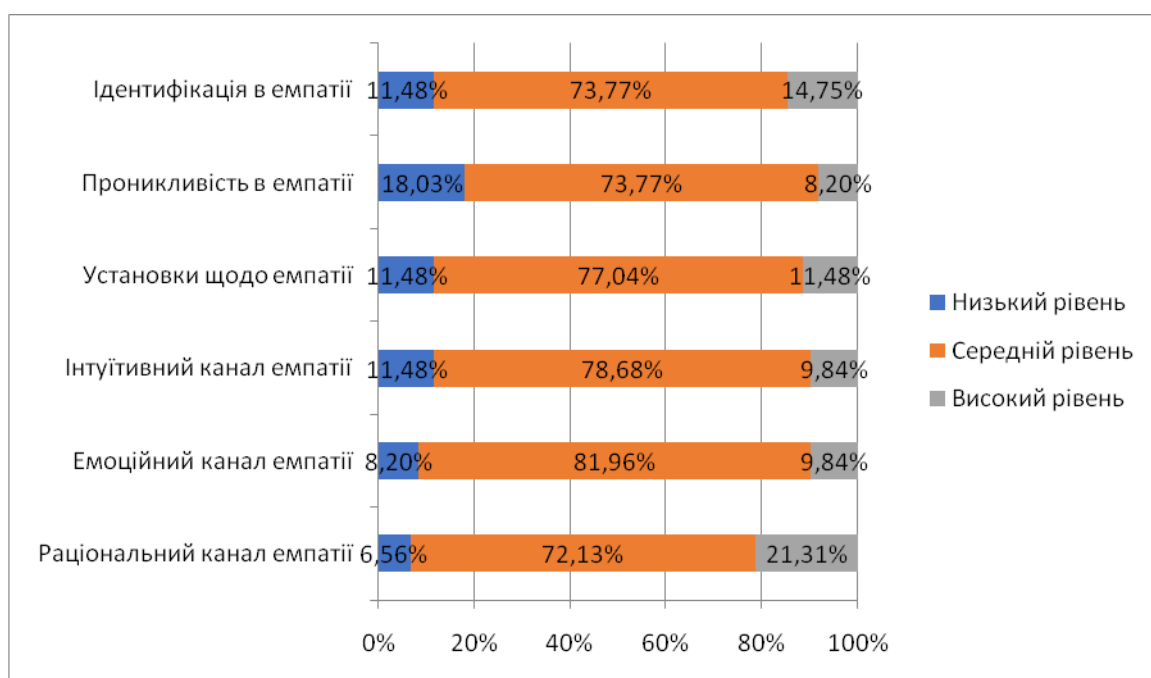


Рис. 3.6 Частота (%) вияву різних рівнів розвитку парціальних аспектів емпатії медичних сестер (n=156)

У 77,04 % опитуваних установки, які сприяють і які перешкоджають емпатії приблизно врівноважені. А в 11,48 % МС переважають несприятливі для емпатії установки, тобто перешкоджають встановленню контактів з людьми, прояву інтересу до їхньої особистісної сфери тощо.

Ще нижчим є розвиток емоційного та інтуїтивного каналів емпатії у досліджуваних МС – лише по 9,84 % з них показали високий рівень їх сформованості. Середній рівень продемонстрували 81,96 % респонденток за

емоційним каналом і 78,68 % – за інтуїтивним каналом емпатії. Низький рівень – 8,20 % і 11,48 % відповідно. Це означає, що більшості МС важко вдається відчутти емоційний стан пацієнта, бодай частково пережити ті почуття, які охоплюють пацієнта, стати синтонним з ним і щиро поспівчувати.

Складається враження про досить сильний психологічний захист, який працює у МС як «режим енергозбереження» в умовах професії, котра загрожує значним емоційним вигоранням працівника. І, можливо, саме цим таким недостатній загалом рівень емпатії досліджуваних і можна виправдати.

Найменш розвиненим аспектом емпатії МС є здатність до проникнення: високий рівень даної здатності виявляють лише 8,2 % респонденток, середній рівень – 77,73 % і низький рівень – 18,03 %. Тобто МС не вистачає умінь і здатності до встановлення довірливих, відкритих, щирих стосунків з пацієнтами, сприяти розслабленню пацієнта у спілкуванні з ними, викликати у нього бажання поділитися глибинними переживаннями.

При цьому, як показує кореляційний аналіз даних за допомогою критерію рангової кореляції Спірмена, з віком ($r_s = -0,35$ при $p = 0,006$) і зі збільшенням стажу професійної діяльності ($r_s = -0,37$ при $p = 0,004$) у МС спостерігається зниження установок, які сприяють емпатії. Тобто старші за віком МС, які мають значний стаж роботи, поступово втрачають інтерес до розуміння психічного стану пацієнтів (та й інших людей), відмежовуються від їхніх емоційних проявів і все більше занурюються у власні переживання.

Важливими з точки зору оцінки ПОК МС є такі особистісні характеристики, як оптимізм і активність. Як зазначають О.М. Воронін та Є.Л. Ніколаєв, оптимістично налаштовані фахівці краще використовують свої професійно важливі навички, а також намагаються розвинути нові необхідні навички. Фахівці-оптимісти краще адаптовані до реалій професійної діяльності, а менш оптимістичні – не прагнуть до саморозвитку у вибраній професії [24].

Оптимізм трактується як таке світосприйняття, що пройняте життєрадісністю, бадьорістю, твердою вірою у краще майбутнє, в успіх. У сучасній психологічній науковій літературі оптимізм вивчається як копінг-фактор (Н.Є. Водопьянова);

розкривається взаємозв'язок оптимізму та здоров'я (Дж. Вейлант, К.Петерсон, М.Селігман); роль оптимізму в педагогічній та учбовій діяльності (Г.С. Кожухарь, І.Харченко); оптимізм розглядається як професійно важлива якість (Н.Є. Водопьянова); як складова суб'єктивного благополуччя і щастя (М.Аргайл, М.С. Замишляєва, А.Кемпбелл, А.Маслоу, У. Роджерс, М.Чіксентміхай); оптимізм і надія (К.Мудзибаєв, М.Селігман); як індивідуальна властивість (Ч.Карвер і М.Шейер) та ін. Терещенко А.М. вказує: в науковій психології накопичено багато емпіричних фактів про те, що оптимізм сприяє соціальній адаптації, професійній успішності і зберігає психосоціальне здоров'я особистості. Єдиний негативний бік оптимізму – оптимісти не завжди здатні адекватно оцінити ризики [111].

Оптимізм варто вивчати невідривно від психологічної активності особистості. Активність особистості – це діяльне ставлення людини до світу, спроможність здійснювати суспільно важливі перетворення матеріального і духовного середовища на основі освоєння суспільно-історичного досвіду людства. Це активна життєва позиція людини, що виражається в її принциповості, послідовності обстоювання своїх поглядів, єдності слова і діла [2].

Оптимізм та особистісну активність МС вивчали за допомогою Шкали активності й оптимізму (AOS) Шуллера і Комуніані в адаптації Н.Водоп'янової і М.Штейна. Оптимізм у даній методиці розуміється як схильність людини вірити в свої сили й успіх, мати переважно позитивні очікування від життя й інших людей. «Оптимісти», як правило, екстравертовані, доброзичливі і відкриті для спілкування. Для протилежної категорії людей, «песимістів», властиві сумніви в своїх силах і доброзичливості інших людей, очікування невдачі, прагнення уникати широких контактів, замкнутість на своєму внутрішньому світі (інтровертованість). Під активністю у даному контексті розуміється енергійність, життєрадісність, безтурботність і схильність до ризику. Пасивність проявляється в тривожності, боязкості, невпевненості в собі і небажанні що-небудь робити.

Шкала AOS дозволяє діагностувати 5 типів особистості у залежності від комбінації та міри вираженості оптимізму й активності:

– реалісти (Р);

- активні оптимісти (АО – «ентузіасти»);
- активні песимісти (АП – «негативісти»);
- пасивні песимісти (ПП – «жертви»);
- пасивні оптимісти (ПО – «ледарі»).

Серед досліджуваних МС зазначені типи розподілилися так, як показано на рисунку 3.7.

Майже половина (49,18 %) респонденток виявилися реалістами, тобто здатними адекватно оцінювати поточну ситуацію відповідно до своїх сил і можливостей; вони задоволені тим, що мають, і досить стійкі до психологічного стресу.

Ще 36,07 % МС відповідно до їх самооцінок належать до типу активних оптимістів, або «ентузіастів». Для них характерні віра у свої сили, позитивне налаштування на майбутнє, активна діяльність, спрямована на досягнення поставлених цілей, бадьорість, життєрадісність, застосування проблемно-орієнтованих копінг-стратегій.

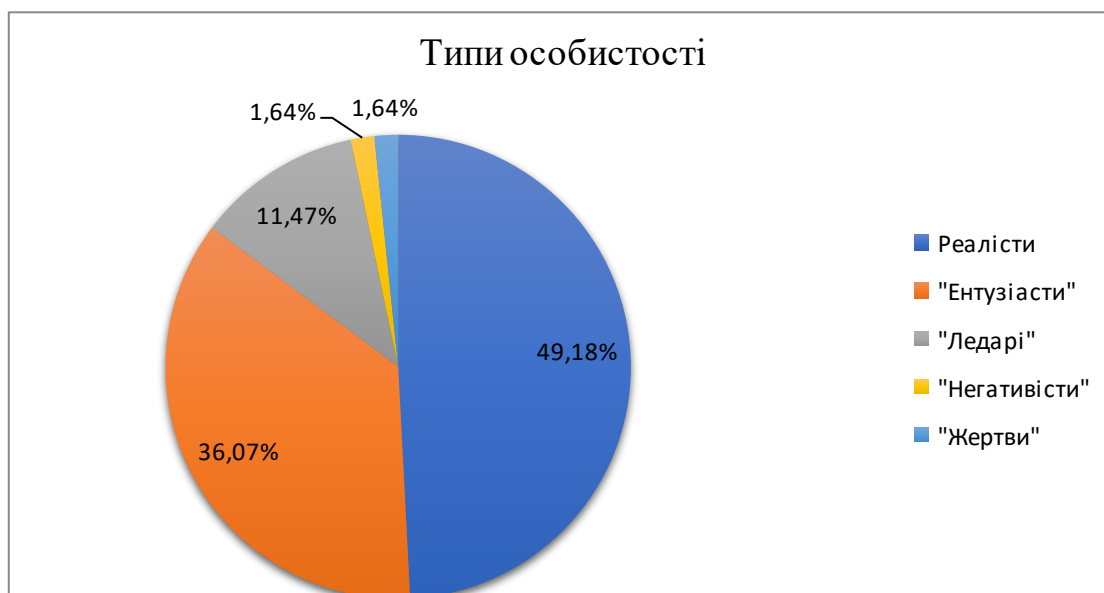


Рис. 3.7 Частота (%) вияву різних типів особистості медичних сестер (n=156) у залежності від комбінування та виразності оптимізму й активності як їхніх особистісних характеристик

На нашу думку, «реалісти» й «ентузіасти» – це найоптимальніші особистісні типи для МС, оскільки у своїй професійній діяльності їй важливо не тільки самій вірити у позитивний результат, але й вселяти цю віру у пацієнтів.

У народі побутує думка, що віра – це 50 % успіху будь-якої справи. Подібна думка зафіксована навіть у Біблії: «По вірі вашій нехай буде вам» (Мф 9:29). Тож віра пацієнта в одужання і відповідний настрой з боку медичного персоналу, особливо з боку МС, відіграє надзвичайно важливу роль у процесі лікування. І таку віру вселяти може лише той, хто сам її має і з ентузіазмом ставиться до виконання своїх професійних функцій. Крім того, за умов сучасної організації і реформування системи медичної допомоги в Україні працювати у середній ланці медицини ефективно можуть тільки справжні ентузіасти своєї справи.

У незначної частини (11,47 %) МС було діагностовано такий особистісний тип, як пасивний оптиміст («ледар»). Такі люди впевнені у тому, що «все буде добре», але при цьому не докладають ніяких зусиль для того, щоб це відбувалося. Вони добродушні, веселі, але їх характерною рисою є знижена активність – вони більше сподіваються на випадок, везіння, ніж на власні сили. Схильні до пасивного очікування і відкладання прийняття рішень. Даний тип справляє враження «економного режиму» – людина не особливо переймається необхідністю щось змінювати й задовольняється мінімальним. Для професійної діяльності медичної сестри такий особистісний тип є небажаним, оскільки МС має добре диференціювати ситуації, коли абсолютно необхідним є швидке прийняття нею важливих рішень і невідкладне їх втілення, уміння тверезо оцінювати обставини і реагувати, покладаючись на власний досвід і впевненість у собі. Відносно позитивною характеристикою даного типу можна вважати хіба що те, що така МС з великою долею ймовірності не зробить з власної ініціативи нічого такого, чого не прописано призначеннями лікаря, і тим самим не зашкодить пацієнту.

В одиничних випадках (по 1,64 %) серед МС діагностуються такі особистісні типи, як активні песимісти («негативісти») та пасивні песимісти («жертви»). Це, на нашу думку, найбільш небажані для МС як професіонала особистісні типи. Характеристики, які стоять за ними, практично унеможливають ефективне

виконання професійних обов'язків. «Негативісти» схильні до деструктивної активності, спрямованої на «руйнування старого», а не «будування нового». У важких ситуаціях вони частіше використовують агресивні стратегії подолання. Не вірять у позитивний результат, нерідко заперечують очевидні переваги чи достоїнства. «Жертви» зазвичай перебувають у пригніченому настрої, зневірені у власних силах, вважають себе жертвами обставин, намагаються усунути від вирішення проблем, не проявляють ініціативи і нічого не роблять для покращення свого життя.

Отже, характеризуючи особистісно-поведінковий компонент професійних компетенцій МС, потрібно відзначити переважаючий знижений рівень їх емпатійності, насамперед за рахунок недостатнього розвитку проникливості в емпатії, емоційного та інтуїтивного каналів емпатії. При цьому з віком і зі збільшенням стажу трудової діяльності у МС спостерігається зменшення установок, що сприяють емпатії, а з підвищенням кваліфікаційної категорії – ще й зниження загального рівня емпатійних здібностей. Однак вселяє надію те, що, з огляду на вираженість активності й оптимізму, серед МС переважають реалісти й «ентузіасти», тобто такі особистісні типи, які є найбільш оптимальними для представників даної професійної групи.

3.3 Мотиваційний компонент професійно-особистісних компетенцій медичної сестри

Мотивація вибору медичної професії є важливим елементом професійно-особистісних компетенцій МС. Адже мотивація вибору професії фахівцем та мотивація професійної діяльності часто зумовлюють мотивацію до взаємодії, зокрема медичної сестри з пацієнтами. Мотивація вибору професії здебільшого обумовлює мотивацію професійної діяльності, проте інколи ці фактори є різними [59]. При цьому і кваліфікація, і рівень компетенцій молодшої МС залежать від змісту її професійної мотивації [121]. Мотивація вибору професії МС може бути внутрішньою (власне усвідомлене бажання МС працювати саме за даною спеціалізацією) та зовнішньою (поради друзів, батьків, сімейна традиція, або

обставини, або ж вимушений вибір професії через держзамовлення та необхідність набору на вакантні місця). Мотивація вибору професії закладається при вступі, розвивається при навчанні у ВНЗ та по його закінченні плавно трансформується у мотивацію професійної діяльності та фахової взаємодії [211].

Мотиваційний компонент професійно-особистісних компетенцій МС, за нашими результатами, характеризується переважанням таких альтруїстичних мотивів вибору медичної професії, як «можливість піклуватися про здоров'я рідних», «бажання полегшити страждання важкохворих, людей похилого віку і дітей» (рис. 3.8).

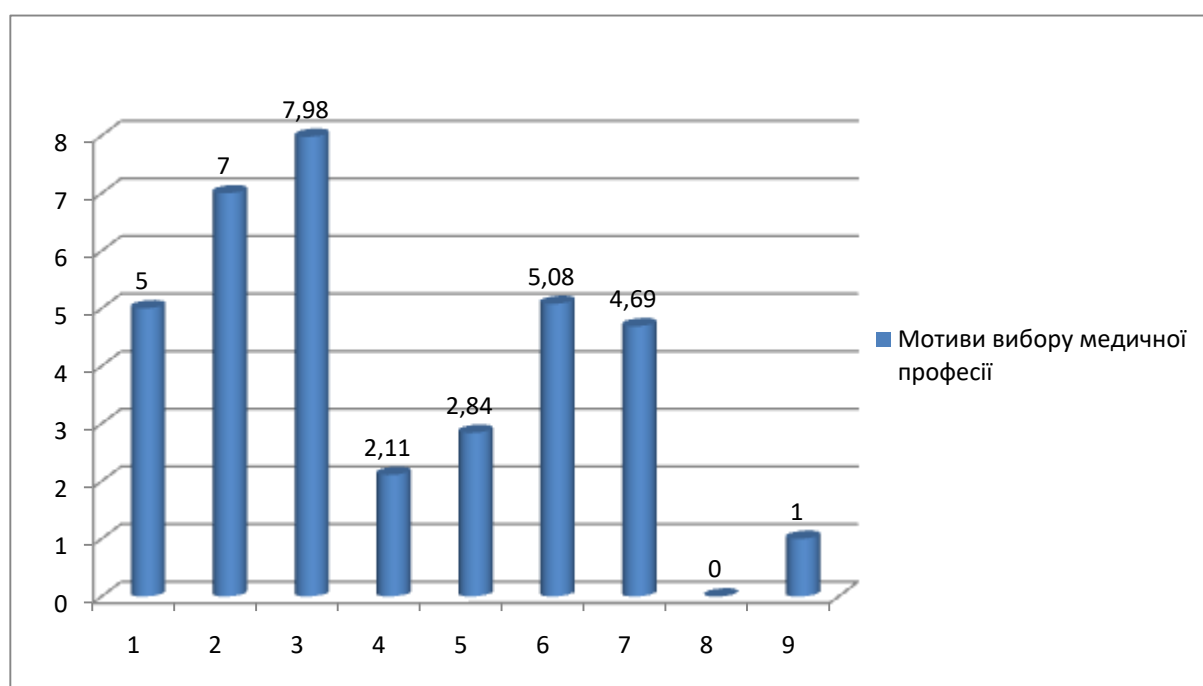


Рис. 3.8. Рівень (у рангах, середнє по групі) прояву різних мотивів вибору медичної професії у досліджуваних медичних сестер (n=156)

На третьому місці є така спонука, як «можливість піклуватися про своє здоров'я», на четвертому – «бажання лікувати людей», наближеною до них також є «можливість впливати на інших людей». Зовсім слабо на вибір професії медичної сестри вплинули такі спонуки, як «бажання вирішувати наукові медичні проблеми» і «престижність професії та сімейні традиції». Найнижчий ранг отримав такий мотив вибору медичної професії, як матеріальне зацікавлення. І жодного вибору не зафіксовано щодо такого мотиву, як доступність медикаментів.

Імовірно, що МС під час вибору професії цілком добре усвідомлювали, що ця професія в умовах системи охорони здоров'я України не принесе їм значних матеріальних і соціальних благ, однак може бути дуже ресурсною в моральному аспекті, породжуючи відчуття задоволення від процесу надання допомоги іншим людям. Підтвердженням цієї тези є переважання альтруїстичних мотивів у виборі майбутньої професії.

Цікаво, що наші результати узгоджуються з даними Н.І. Чернецької та О.І. Комолкіної [121], які показали, що у цілому такі фактори, як зацікавленість батьків і друзів, переїзд в інший населений пункт виявилися незначними для медсестер при виборі медичної професії. Однак серед зовнішніх мотивів для них важливо, щоб обрана професія дозволяла їм в майбутньому застосовувати професійні вміння в своїй родині. Ще на етапі вступу до медичного коледжу деякі студенти відзначають, що в їх сім'ях є люди (мати, батько та ін.), які потребують кваліфікованої медичної допомоги, і їх вибір медичної професії пов'язаний з бажанням надати рідним дану підтримку.

Пилипчук Л.С. з'ясувала, що мотиви престижу, сімейні традиції, матеріальна зацікавленість і можливість доступу до ліків (неконтрольована влада над пацієнтами) можуть вплинути найбільш негативно на взаємодію в діаді «медсестра – пацієнт» [100, 164]. Тому низькі рангові показники за цими мотивами у нашому дослідженні вселяють оптимізм.

Досліджуючи ставлення МС до себе як до професіонала, ми встановили, що інтегральний показник такого ставлення найчастіше (52,46 %) досягає середнього з тенденцією до низького та майже так само часто (44,26 %) – середнього з тенденцією до високого рівнів. Високі та низькі його значення зустрічаються в одиничних випадках. Інтегральний показник ставлення до себе як до професіонала відображає міру задоволення собою як фахівцем, знавцем своєї справи, поваги до себе, впевненості у своїх силах, знання й розуміння власних слабких і сильних сторін як професіонала, здатності контролювати свої професійні дії, відповідати за них.

Як показують результати дослідження, МС загалом досить самокритично ставляться до себе як до професіонала, або ж, можливо, не наважуються продемонструвати високе самоставлення. При цьому за парціальними параметрами самоставлення відносно вищі показники зафіксовано за шкалою самооцінки як професіонала (зокрема, 39,34 % оцінок середнього з тенденцією до високого та 11,48 % – оцінок високого рівнів). Порівняно нижчі показники були констатовані за шкалою самоповага як професіонала (зокрема, 60,66 % – середній з тенденцією до низького, 19,67 % – низький рівень). Досить низькі показники – за шкалою самопослідовність як професіонала (зокрема, 34,43 % – низький рівень, 27,87 % – середній з тенденцією до низького).

Статистичний аналіз за допомогою критерію Крускала-Уоллеса дозволив підтвердити достовірно ($p=0,05$) вищі показники за параметром аутосимпатія професіонала у підгрупі МС, які мають другу кваліфікаційну категорію (рис. 3.9).

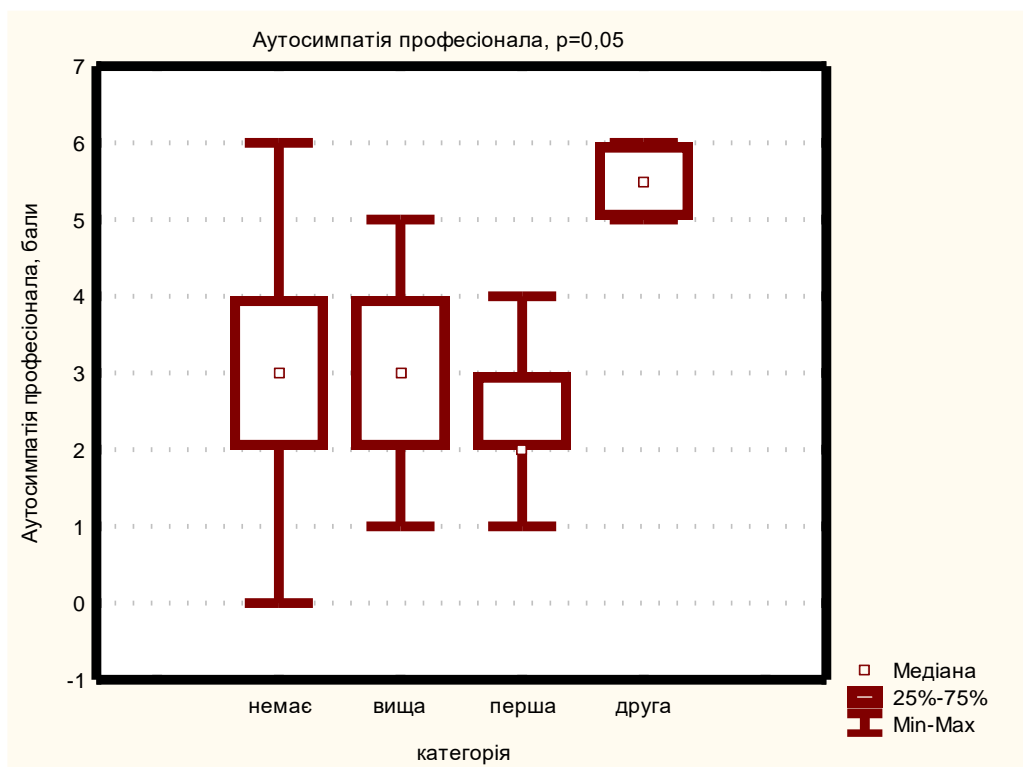


Рис. 3.9. Порівняння вияву аутосимпатії професіонала у медичних сестер ($n=156$), які мають різні кваліфікаційні категорії (за критерієм Крускала-Уоллеса)

Аутосимпатія проявляється у тому, що МС цінує себе досить високо як професіонала; у цілому її влаштовує те, який вона професіонал; вона не хоче

особливо змінюватися як професіонал; досить добре себе розуміє в тому, що стосується виконання професійної ролі; часом навіть сама собою захоплюється як професіоналом; відчуває, що їй, як професіоналу, вистачає енергії, волі, цілеспрямованості; думає, що як професіонал вона може бути привабливою для інших. Те, що такі уявлення й оцінки переважають у МС, які мають лише 2-гу кваліфікаційну категорію, і є, відповідно, значно нижчими у тих, хто має 1-у і вищу категорії, огульно видається парадоксальним.

Але, на нашу думку, це можна пояснити щонайменше двома аргументами. По-перше, нижчий рівень професійної кваліфікації зумовлює те, що МС (чи будь-який інший професіонал) ще недостатньо добре уявляє собі, чого вона поки що не знає і не вміє. А свої найменші успіхи може переоцінювати. По-друге, ця кваліфікаційна категорія (2-га) є, по суті, першим щаблем у кар'єрному поступові МС. Тому можливі до певної міри ейфорійні переживання МС й оптимістичне бачення себе у ролі того, хто піклується про здоров'я інших.

Пізніше, при підвищенні категорії, заглибленні у професію, знайомстві з її тонкощами, з розширенням своїх професійних знань така виражена аутосимпатія ослаблюється: за відомим принципом «Чим більше я знаю, тим більше я знаю, скільки я ще не знаю».

Актуальними засобами допомоги МС у подоланні своєї невпевненості як професіонала, розвитку самоповаги і самопослідовності є їх активне залучення до розробки і впровадження корпоративних програм підтримки особистого здоров'я, науково-дослідницьких, профілактичних, едукативних проектів.

3.4 Моделювання факторів професійно-особистісних компетенцій медичної сестри, значущих у контексті здійснення профілактично-просвітницької роботи

Огляд наукових публікацій показує: попри те, що немало досліджень присвячені розробці медсестринських стратегій сприяння контролю АТ у пацієнтів [192, 196], існує багато варіантів моделювання професійних компетенцій у їх загальній структурі [221], або компетентностей для МС у певній сфері, наприклад, у

професійній реабілітації [247] чи превенції інфекційних хвороб [139], все ще бракує досліджень, які зосереджені на виділенні релевантних для профілактики АГ факторів професійно-особистісних компетенцій МС.

Разом з тим, розробка теоретичної моделі факторів професійно-особистісних компетенцій МС, релевантних для здійснення завдань профілактики АГ, на нашу думку, сприятиме удосконаленню підготовки фахівців зі спеціальності «Медсестринство» та підвищення кваліфікації МС саме у напрямку здійснення превентивної діяльності серед населення відносно гіпертонії.

Для вирішення цього практичного завдання нами були більш глибоко проаналізовані результати дослідження професійно-особистісних компетенцій МС, які беруть безпосередню участь в організації і проведенні занять із пацієнтами щодо профілактики АГ (n=156). Першим кроком такого аналізу було виявлення кореляційних взаємозв'язків між компонентами професійно-особистісних компетенцій МС з метою виділити ті елементи, які є системоутворюючими, і довкола яких відбувається розгортання, «обростання» інших компетенцій. Для цього було застосовано статистичний аналіз за допомогою критерію Спірмена, який показав, що найбільш навантажені кореляційними взаємозв'язками стали такі елементи професійно-особистісних компетенцій МС, як рівень комунікабельності, мотив вибору медичної професії «можливість піклуватися про своє здоров'я», оптимізм, невпевненість/впевненість як професіонала, емпатійні здібності.

Мотив вибору медичної професії «можливість піклуватися про своє здоров'я» підсилюється у взаємозв'язку зі зростанням рівня комунікативної культури ($r_s=0,28$ при $p=0,03$); зі зниженням емпатійних здібностей ($r_s=-0,41$ при $p=0,001$), зокрема зі зниженням рівня розвитку раціонального каналу емпатії ($r_s=-0,41$ при $p=0,001$); з ослабленням самоповаги ($r_s=-0,36$ при $p=0,005$) і аутосимпатії ($r_s=-0,30$ при $p=0,02$) як професіонала; з погіршенням очікувань ставлення з боку інших ($r_s=-0,32$ при $p=0,01$) (рис. 3.10).

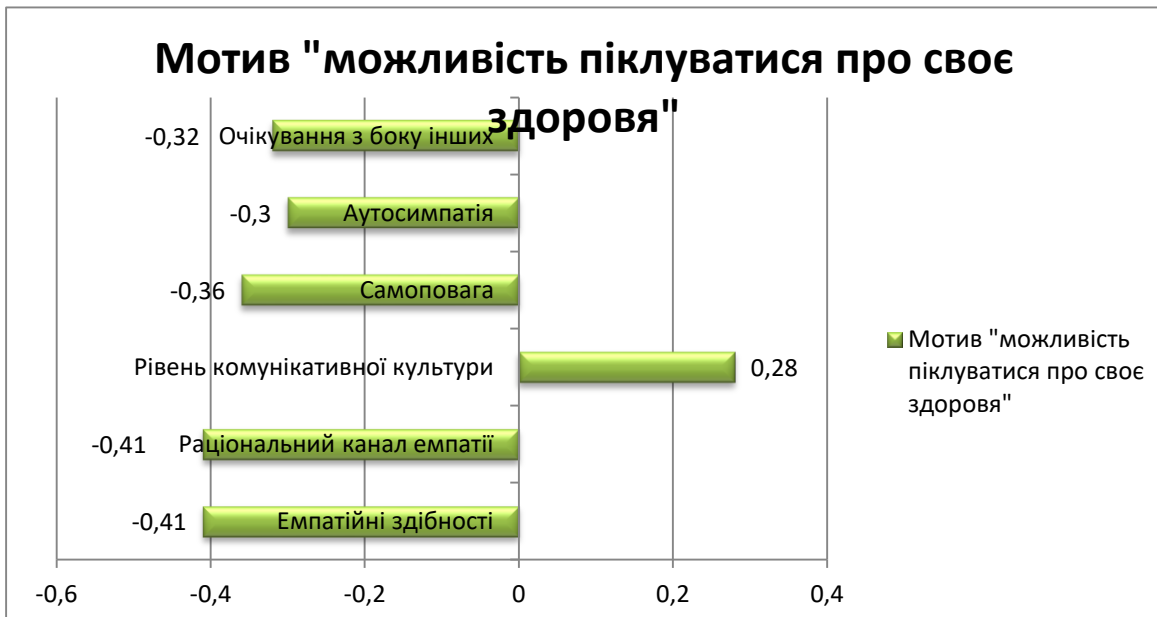


Рис. 3.10. Статистично достовірні кореляції мотиву «можливість піклуватися про своє здоров'я» як елемента ПОК медичних сестер з іншими елементами даного конструкту (за критерієм Спірмена, r_s)

Рівень комунікабельності знижується у взаємозв'язку із підсиленням таких бар'єрів спілкування, як неадекватний прояв емоцій ($r_s=-0,31$ при $p=0,00$), домінування негативних емоцій ($r_s=-0,26$ при $p=0,004$); з виразнішим розвитком емоційного каналу емпатії ($r_s=-0,58$ при $p=0,000001$) й установок, що сприяють емпатії ($r_s=-0,27$ при $p=0,04$); але зростає з підвищенням активності ($r_s=0,61$ при $p\leq 0,0000001$), оптимізму ($r_s=0,28$ при $p=0,03$); і покращенням саморозуміння як професіонала ($r_s=0,27$ при $p=0,04$) (рис. 3.11).

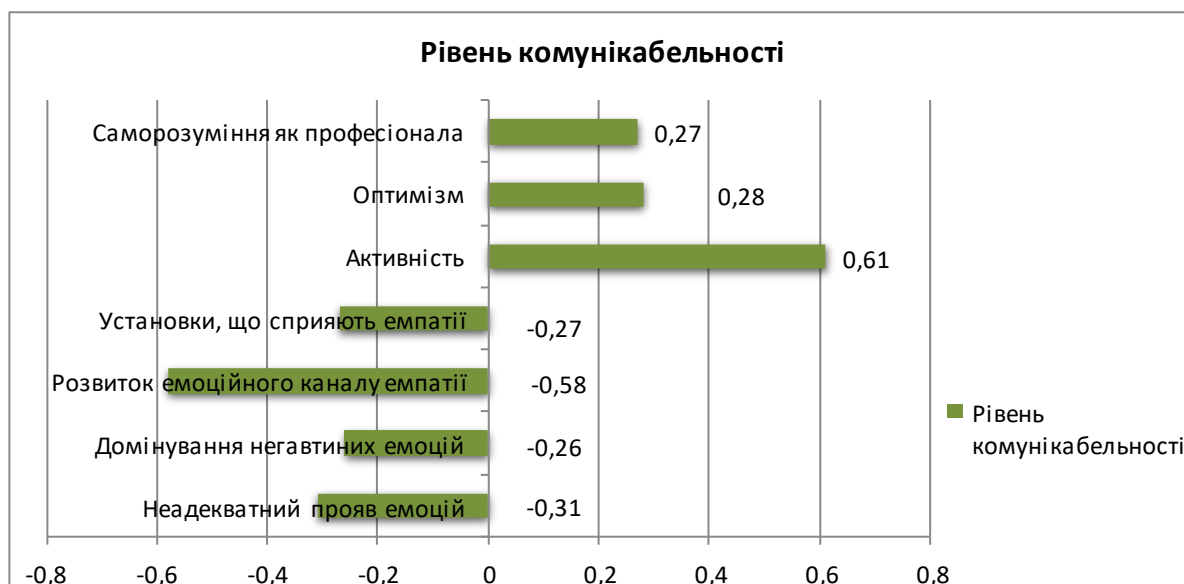


Рис. 3.11. Статистично достовірні кореляції рівня комунікабельності як елемента ПОК медичних сестер з іншими елементами даного конструкту (за критерієм Спірмена, r_s)

Оптимізм МС знижується у взаємозв'язку з підсиленням такого бар'єру спілкування, як небажання зближуватися з людьми ($r_s=-0,25$ при $p=0,05$); з нестабільністю самооцінки ($r_s=-0,37$ при $p=0,003$), зокрема з підсиленням негативної оцінки як професіонала ($r_s=-0,30$ при $p=0,02$); з більшою вираженістю мотиву «бажання вирішувати науково-медичні проблеми» ($r_s=-0,28$ при $p=0,03$); але зростає із покращенням саморозуміння як професіонала ($r_s=0,28$ при $p=0,03$) (рис. 3.12).

У свою чергу, *невпевненість як професіонала* у МС підсилюється у взаємозв'язку з таким бар'єром спілкування, як небажання зближуватися з людьми ($r_s=0,32$ при $p=0,01$); але й з такими мотивами вибору медичної професії, як «престиж професії» ($r_s=0,28$ при $p=0,03$), «бажання вирішувати науково-медичні проблеми» ($r_s=0,28$ при $p=0,03$), «можливість піклуватися про своє здоров'я» ($r_s=0,41$ при $p=0,001$), а ось у взаємозв'язку з актуалізацією мотиву «можливість впливати на інших людей» неувпевненість знижується ($r_s=-0,36$ при $p=0,004$) (рис 3.13).

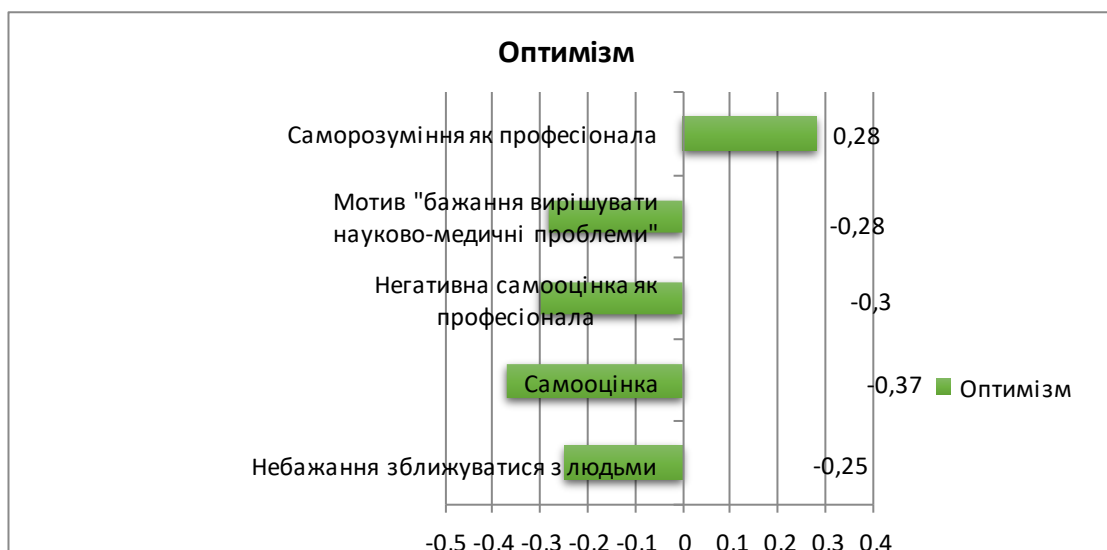


Рис. 3.12. Статистично достовірні кореляції оптимізму як елементу професійно-особистісних компетенцій МС з іншими елементами даного конструкту (за критерієм Спірмена, r_s)

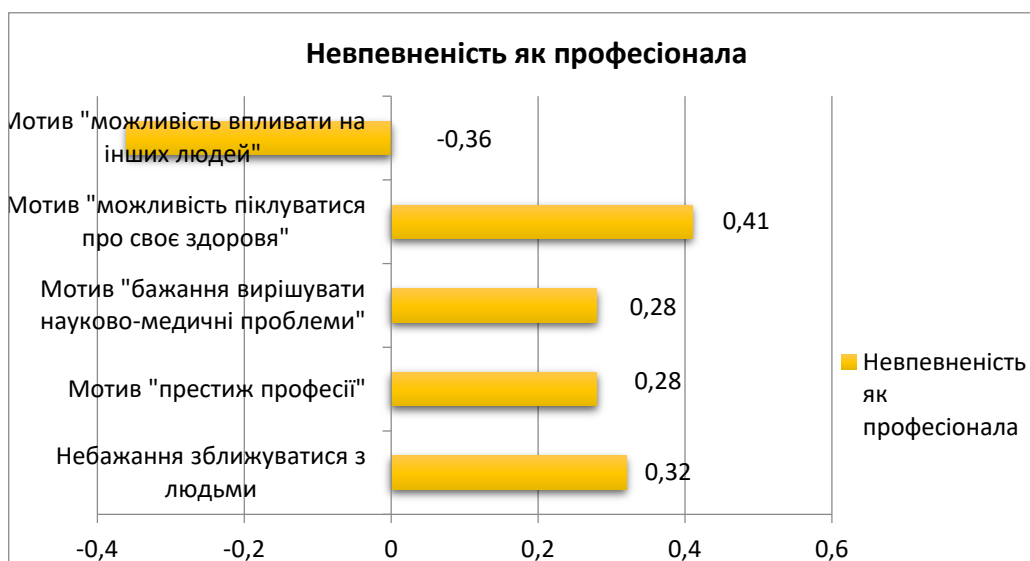


Рис. 3.13. Статистично достовірні кореляції невпевненості як професіонала медичних сестер з іншими елементами ПОК (за критерієм Спірмена, r_s)

Емпатійні здібності МС підвищуються у взаємозв'язку зі зниженням актуальності таких мотивів вибору медичної професії, як «престиж професії»

($r_s=-0,39$ при $p=0,002$), «можливість піклуватися про своє здоров'я» ($r_s=-0,41$ при $p=0,001$), але підвищенням актуальності мотиву «можливість впливати на інших людей» ($r_s=0,43$ при $p=0,0006$); менш вираженими вони є у медичних сестер, котрі мають вищі оцінки професіоналізму з боку головної медсестри ($r_s=-0,39$ при $p=0,002$) і вищу кваліфікаційну категорію ($r_s=-0,27$ при $p=0,04$) – рисунок 3.14.

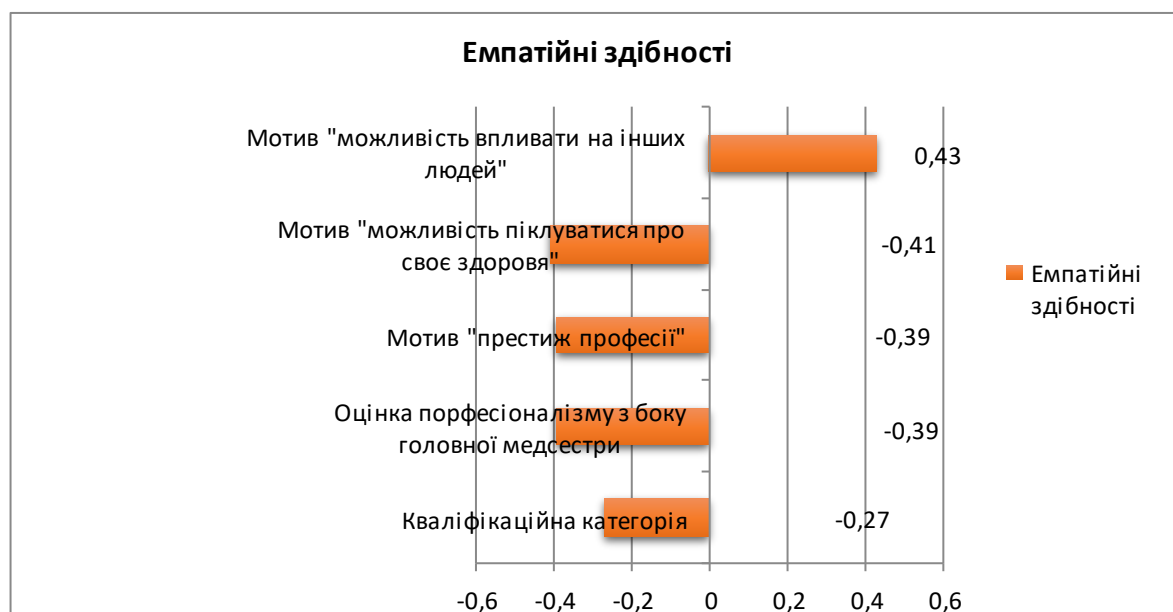


Рис. 3.14. Статистично достовірні емпатійних здібностей медичних сестер з іншими елементами ПОК (за критерієм Спірмена, r_s)

Загалом усі багаті й у цілому логічні кореляційні взаємозв'язки елементів професійно-особистісних компетенцій МС представлені на кореляційній пляді (рис. 3.15). Такі кореляції вказують на узгодженість результатів, отриманих за допомогою різних методик, і дозволяють робити обґрунтовані висновки.

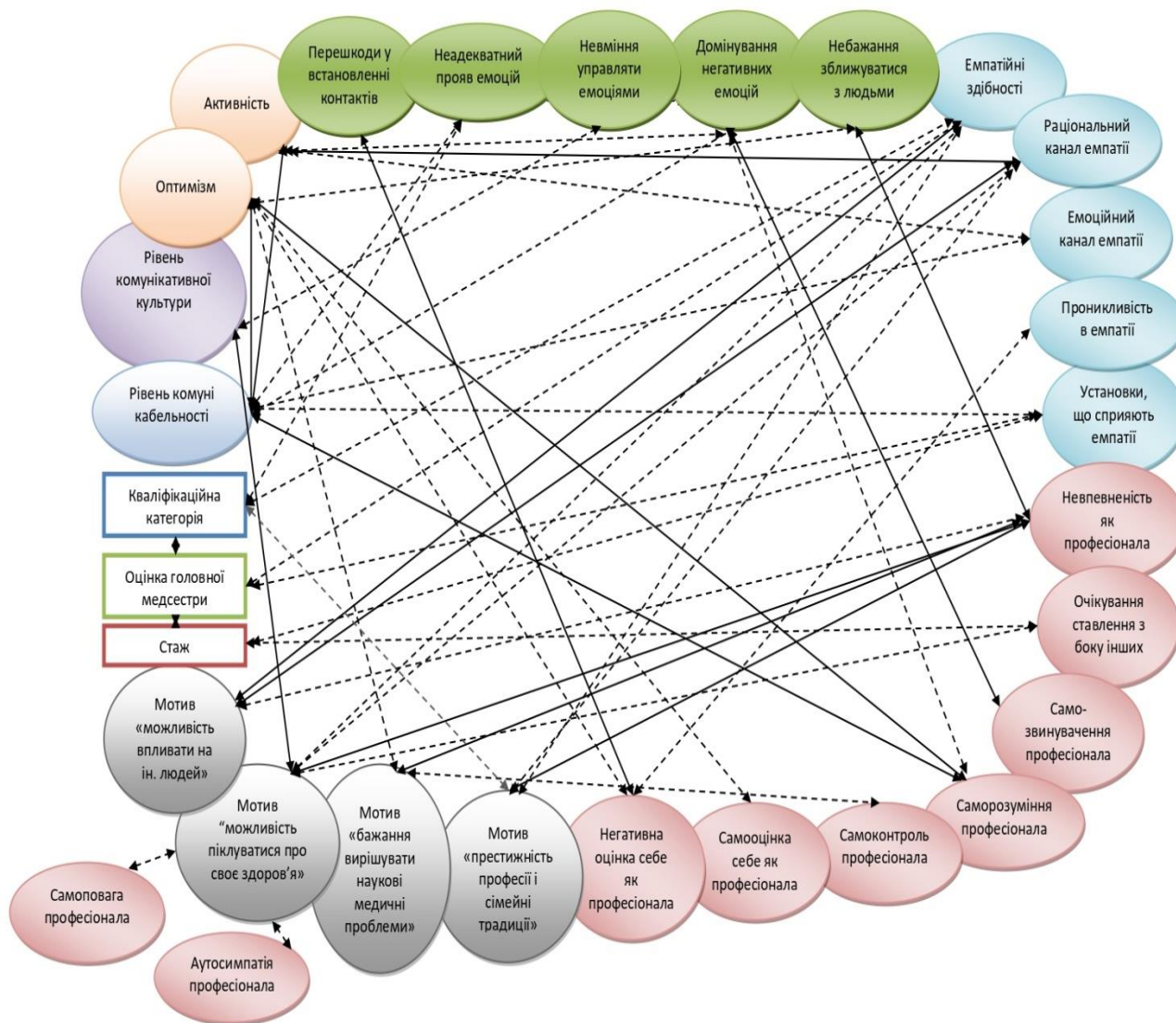


Рис. 3.15. Статистично достовірні кореляційні взаємозв'язки між елементами професійно-особистісних компетенцій медичних сестер (за критерієм Спірмена, r_s)

Примітка. Суцільною подвійною стрілкою позначені прямі статистично достовірні кореляції; пунктирною подвійною стрілкою позначені обернені кореляції

Для реалізації завдань нашого дослідження важливо було також з'ясувати рівень обізнаності МС в основних теоретичних і практичних питаннях профілактичної роботи серед пацієнтів з АГ. Тому другим кроком став кількісний і якісний аналіз відповідей медичних сестер на запитання спеціально розробленої анкети. Це дозволило згрупувати усіх опитаних МС у три групи відповідно до того, наскільки повною і правильною є їх власна обізнаність (компетентність) в основах профілактичної роботи з пацієнтами з АГ.

1-а група, чий рівень реалізації профілактично-просвітницької роботи можна охарактеризувати як недостатній, – сюди увійшли 20 % опитаних МС. Вони оцінюють свої знання про АГ як недостатні, однак при цьому готові поповнювати їх і розвивати свої навички; більшість відчувають труднощі при підготовці та проведенні профілактичних заходів; вони зазвичай не навчають пацієнтів правилам вимірювання АТ і підрахунку артеріального пульсу й подальшого самоконтролю; ці медичні сестри не завжди інформують пацієнтів про чинники ризику АГ та про методи її профілактики; вони й самі не дуже добре орієнтуються у нормах показників АТ, пульсу й у можливих ускладненнях АГ.

Серед труднощів проведення профілактичних заходів медсестри 1-ї групи називають брак відповідної інформаційної літератури українською мовою, відсутність для сестринського персоналу методичної літератури по профілактичній роботі, брак часу, відсутність терпіння у спілкуванні з пацієнтами.

Було змодельовано основні фактори ПОК МС першої групи відповідно до того, як вони проявилися у цих досліджуваних (рис. 3.16).

Комунікативний компонент ПОК медичних сестер першої групи характеризується переважанням (77 %) низького рівня комунікабельності (23 % – середній рівень) та емоційними бар'єрами, котрі дещо (52 %) або явно (48 %) перешкоджають ефективному спілкуванню. У структурі особистісного компоненту ПОК звертає на себе увагу насамперед знижена (58 %) та дуже низька (42 %) емпатійність, але при цьому високий (61 %) та середній рівень (39 %) оптимізму. Виражений оптимізм при низькій комунікабельності, емпатійності та недостатніх знаннях і навичках профілактичної роботи виступає швидше чинником ризику, ніж ресурсом, оскільки не дозволить побачити існуючі у пацієнта чи в роботі самої медичної сестри проблеми, що може бути шкідливим для пацієнта.

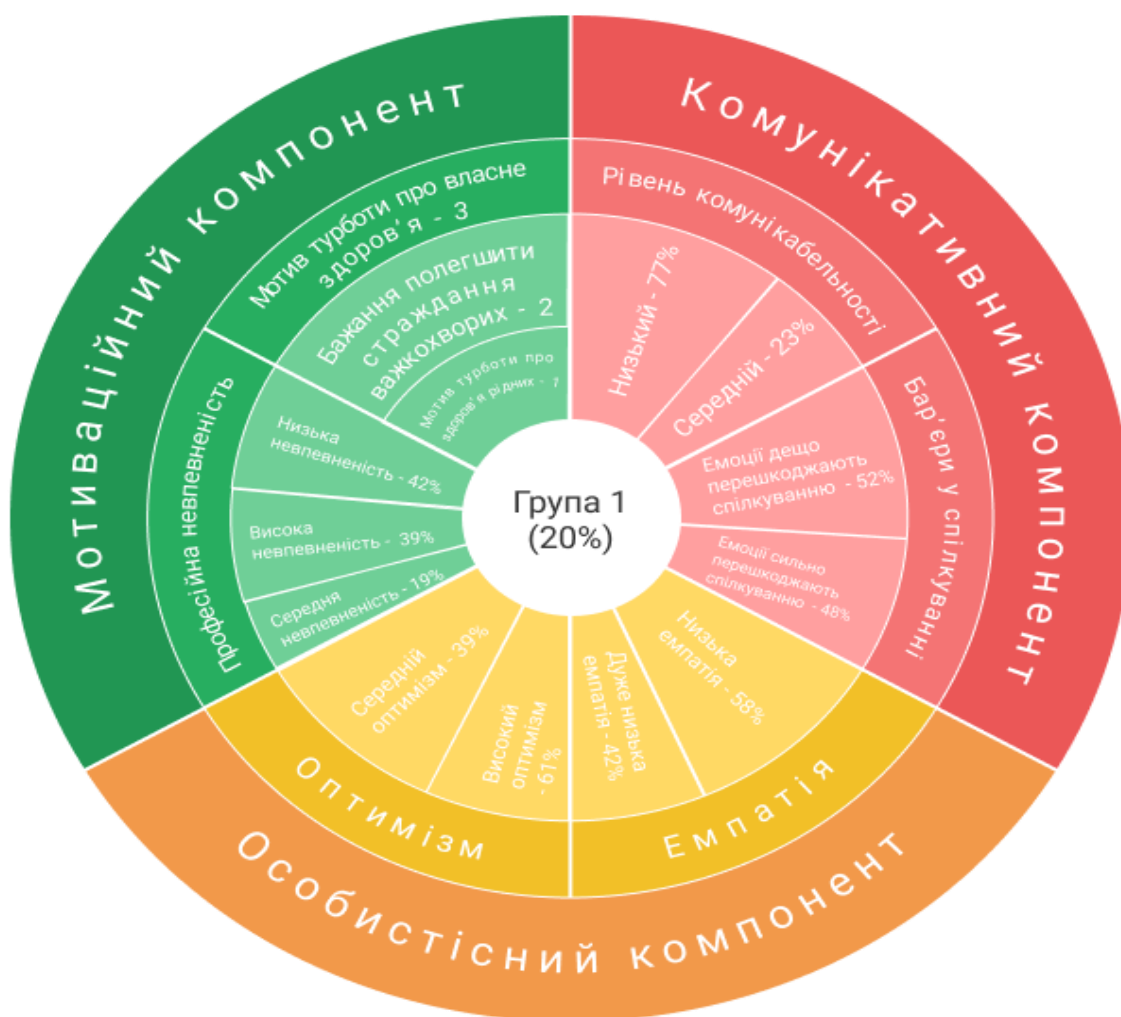


Рис. 3.16. Модель факторів професійно-особистісних компетенцій медичних сестер, релевантних у контексті здійснення завдань профілактики АГ (1 група – недостатній рівень реалізації профілактично-просвітницької роботи)

Мотиваційний компонент ПОК медичних сестер першої групи характеризується неоднозначним самоставленням респонденток як професіоналів: частина з них (39 %) виявляють високу невпевненість в собі, інша частина (42 %) – низьку, тобто досить впевнені в собі, і ще 19 % – середню невпевненість у собі.

Невпевненість в собі як у професіоналові, з одного боку, блокує ініціативність МС, значно ускладнює процеси прийняття рішень, відчутно впливає на її здатність переконувати інших людей, мотивувати їх до певного способу поведінки, що є дуже важливими моментами у профілактичній діяльності. З іншого боку, невпевненість у собі мала би спонукати фахівця до самовдосконалення, підвищення рівня своєї професійної майстерності. Тому її середній рівень вираженості, напевно, є найбільш

оптимальним. Щодо переважаючих мотивів вибору медичної професії, то в даній групі МС, як і у всій вибірці загалом, провідними є мотиви «можливість піклуватися про здоров'я рідних», «бажання полегшити страждання важкохворих, людей похилого віку і дітей», «можливість піклуватися про власне здоров'я». Останній став системоутворюючим з огляду на його множинні кореляційні взаємозв'язки з іншими елементами ПОК.

Здатність і бажання піклуватися про власне здоров'я – це частина загальної культури людини, ознака її зрілості, відповідальності. Якісно працювати може тільки здоровий професіонал. А в системі охорони здоров'я це твердження набуває особливого значення, адже пацієнти часто сприймають медичного працівника як модель здорової поведінки.

2-а група медичних сестер показала відносно достатній рівень реалізації профілактично-просвітницької роботи – сюди увійшли 51 % МС. Респондентки даної групи виявляють якийсь один з перерахованих далі варіантів порушення ефективності превенції: або оцінюють свої знання як недостатні, або не навчають пацієнтів вимірюванню АТ і підрахунку пульсу, або відчувають труднощі при підготовці та проведенні профілактичних заходів. При цьому не всі з них чітко орієнтуються у нормах показників АТ і пульсу. Ці МС самою головною перешкодою при підготовці та проведенні превентивних заходів вважають відсутність у пацієнта з АГ бажання слухати та отримувати інформацію, таким способом повністю заперечуючи свою відповідальність за реалізацію такого виду діяльності. Але при цьому вони добре орієнтуються у методах профілактичної роботи і способах попередження АГ.

Моделювання основних факторів ПОК медсестер другої групи дозволило виявити деякі характерні відмінності сформованості окремих її елементів (рис. 3.17).

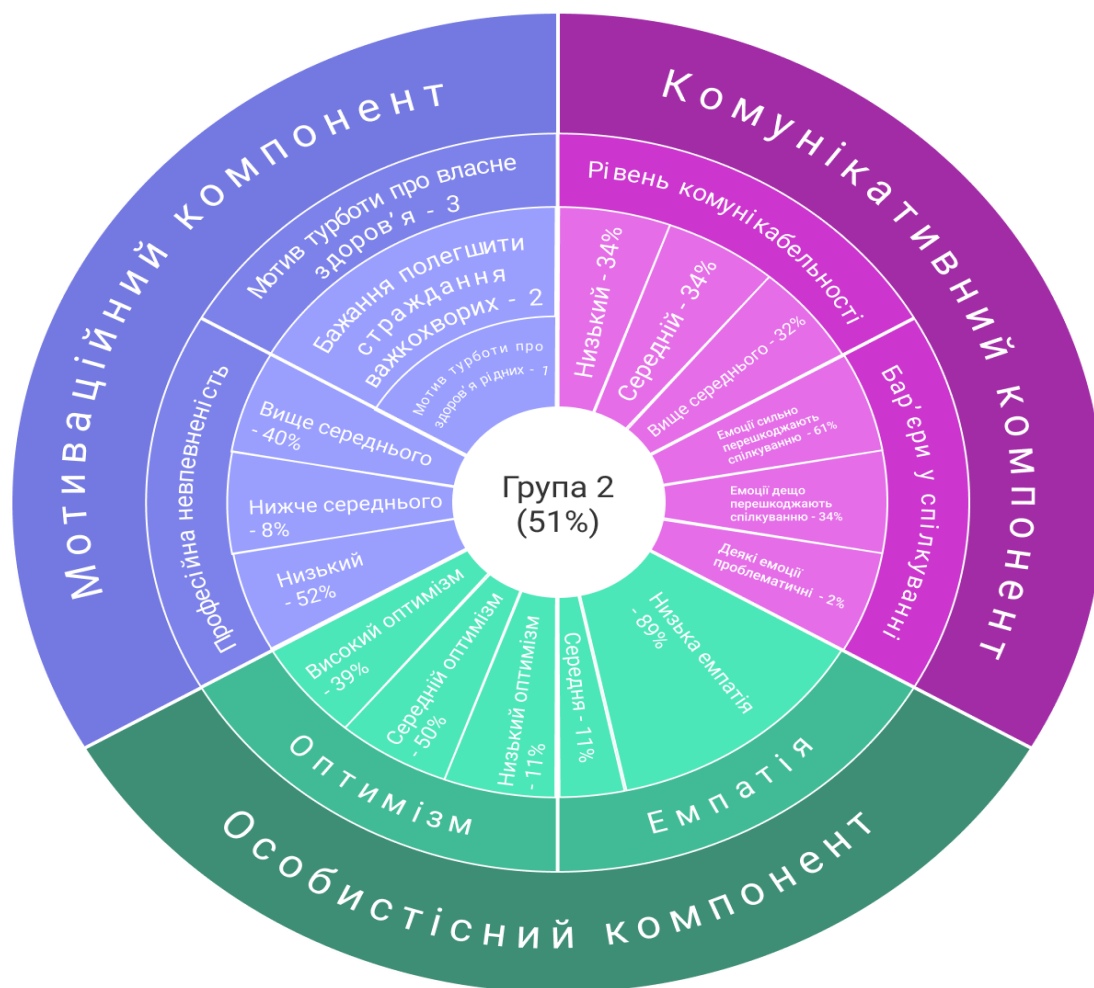


Рис. 3.17. Модель факторів професійно-особистісних компетенцій медичних сестер, релевантних у контексті здійснення завдань профілактики АГ (2 група – відносно достатній рівень реалізації профілактично-просвітницької роботи)

Тож у комунікативному компоненті ПОК медичних сестер, котрі увійшли у другу групу і виявили відносно задовільний рівень реалізації профілактично-просвітницької роботи, виділяються низький (34%), середній (34%) і вище середнього (32%) рівні комунікабельності. Тобто їх рівень комунікабельності дещо вищий від представниць 1-ї групи.

Однак емоційні бар'єри у спілкуванні залишаються досить вираженими: емоції явно заважають у спілкуванні 61% медичних сестер 2-ї групи, дещо заважають 34% і лише деякі емоційні проблеми у спілкуванні турбують 2% респонденток 2-ї групи. Особистісний компонент ПОК відзначається зниженою (89%) і середньою (11%) емпатійністю – дуже низької емпатійності у медичних

сестер даної групи діагностовано не було, на відміну від їхніх колег з 1-ї групи. А ось рівень оптимізму респонденток 2-ї групи дещо нижчий: високий оптимізм – 39 %, середній – 50 %, низький – 11 %, що може свідчити про більш критичне, реалістичне ставлення до людей, світу і подій, що в ньому відбуваються. У мотиваційному компоненті ПОК спостерігається така ж ієрархія мотивів професійної діяльності, як і в МС першої групи. А рівень невпевненості у собі як в професіоналові у МС другої групи порівняно нижчий, тобто вони більш впевнені у своїй компетентності, ніж респондентки 1-ї групи: низька невпевненість – 52 %, середня з тенденцією до низької – 8 %, середня невпевненість з тенденцією до високої – 40 %. Високої невпевненості у медсестер 2-ї групи виявлено не було.

3-я група медичних сестер продемонструвала достатній рівень реалізації профілактично-просвітницької роботи – сюди увійшли 29 % МС. Медсестри даної групи оцінюють свої знання про АГ як достатні, але при цьому готові їх поповнювати. Вони завжди інформують пацієнтів про фактори ризику АГ та методи і засоби профілактики підвищення АТ. Завжди навчають пацієнтів правилам вимірювання АТ і підрахунку пульсу та способам подальшого самоконтролю. Вони чітко знають нормальні, оптимальні й критичні показники АТ та пульсу, знають, які можуть бути ускладнення АГ, добре орієнтуються у диференціальній діагностиці АГ. Не відчувають труднощів при підготовці та проведенні профілактичних заходів і володіють досить багатим арсеналом методичних прийомів інформування та навчання пацієнтів (бесіда, тренінг навичок, стендова доповідь, друкована пам'ятка для пацієнта з усним поясненням медсестри, застосування інтернет-ресурсів та ЗМІ, e-mail-розсилка, школи здоров'я тощо).

Для третьої групи МС також було змодельовано фактори ПОК (рис. 3.18).

Комунікативний компонент ПОК медичних сестер третьої групи з достатнім рівнем реалізації профілактично-просвітницької роботи характеризується високим (40 %), вище середнього (27 %), середнім (23 %) та низьким (10 %) рівнями комунікабельності. Тож їх рівень комунікабельності вищий від представниць попередніх груп. Але емоційні бар'єри у спілкуванні все ще залишаються актуальними: емоції явно заважають у спілкуванні 50 % МС 3-ї групи, дещо

заважають 18 % і лише деякі емоційні проблеми у спілкуванні турбують 32 % респонденток 3-ї групи.

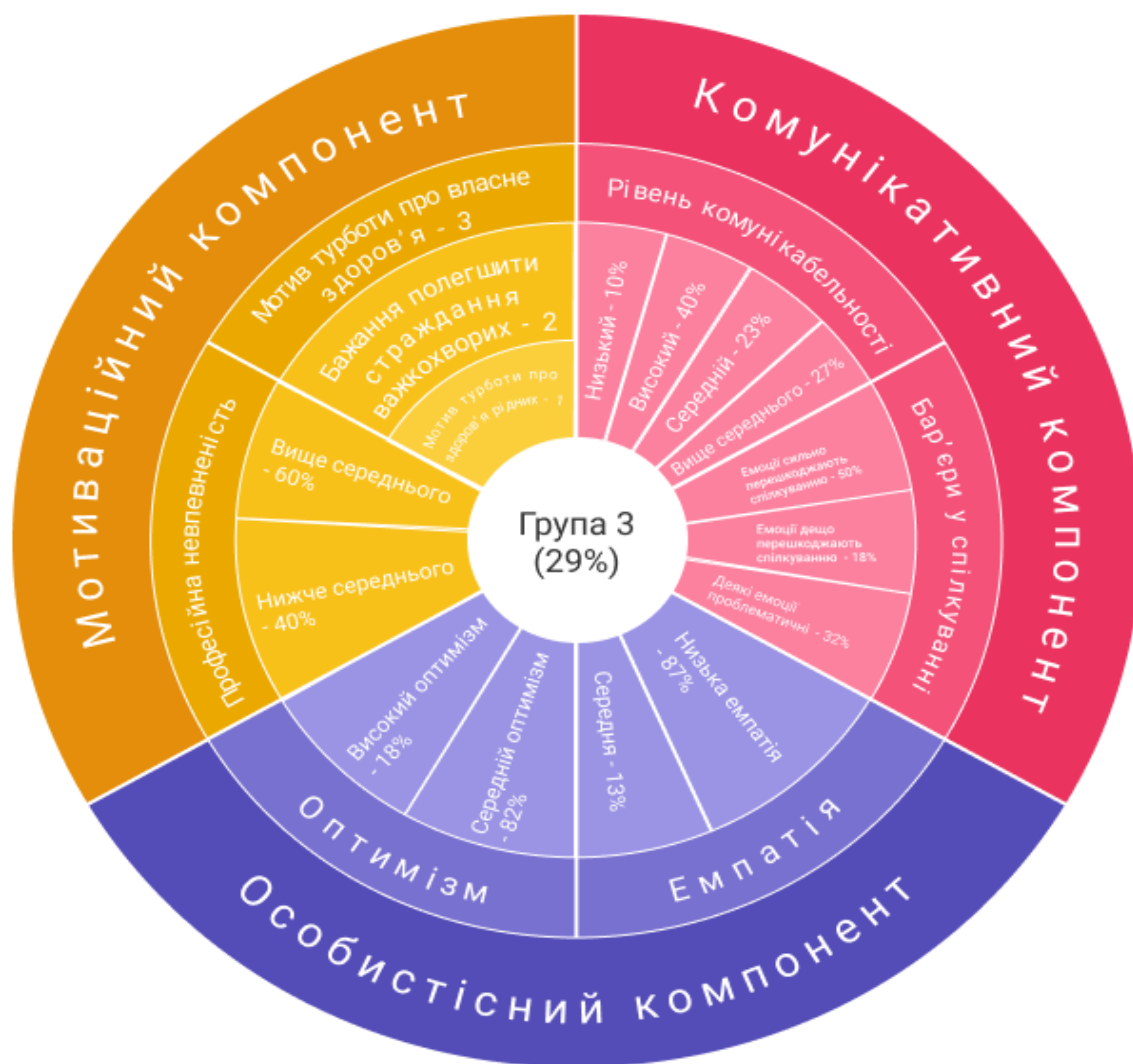


Рис. 3.18. Модель факторів професійно-особистісних компетенцій медичних сестер, релевантних у контексті здійснення завдань профілактики АГ (3 група – достатній рівень реалізації профілактично-просвітницької роботи)

Щодо особистісно-поведінкового компоненту, то рівень емпатійності як його фактору у даній групі теж вищий, ніж у представниць 1-ї групи, однак все ще не високий. Рівень оптимізму дещо вищий, ніж у 2-й групі: середні показники у 82 %, високі – у 18 % МС, котрі достатньо добре виконують профілактично-просвітницьку роботу серед пацієнтів з АГ. Мотиваційний компонент ПОК характеризується такою ж ієрархією мотивів професійної діяльності, як і в МС попередніх груп. Рівень невпевненості у собі як в професіоналові у МС третьої групи порівняно нижчий, ніж

у 1-ї групи і вищий, ніж у 2-ї групи: середня з тенденцією до низької – 40 %, середня невпевненість з тенденцією до високої – 60 %.

Представлені кореляційні взаємозв'язки і моделі факторів професійно-особистісних компетенцій МС дозволяють побачити, що рівень комунікабельності, рівень емпатійності, рівень оптимізму, невпевненість у собі як у професіоналові є найбільш релевантними у контексті здійснення завдань профілактики АГ. Ті МС, котрі мають вищий середнього рівень комунікабельності (і при цьому сформовані навички самоконтролю і самоорганізації), емпатійності, середній рівень оптимізму (залишаючись реалістами), не надто високу впевненість в собі як в професіоналові (залишаючи собі право на сумнів, зберігаючи усвідомлене прагнення продовжувати самовдосконалюватися), як правило, показують кращі результати у здійсненні профілактично-просвітницької роботи. Вони вміють знайти індивідуальний підхід до пацієнта, здатні мотивувати його до отримання нової інформації про свій стан здоров'я та про можливості його покращення, збереження й примноження результатів лікування, попередження рецидивів. Вони здатні підібрати відповідно до запиту пацієнта оптимальні способи подачі інформації і навчання, відчують, як найкраще скомпонувати та структурувати факти. Вони демонструють своєю поведінкою, як потрібно піклуватися про своє здоров'я, й уміло заохочують пацієнтів до змін, вселяючи їм віру в себе й формуючи позитивне налаштування на результат, на ЗСЖ. При цьому такі МС за досить добре розвинених лідерських якостей схильні демонструвати партнерську позицію відносно пацієнтів.

Комунікабельність та емпатійність МС можна віднести до так званих соціальних навичок. МС з добре розвиненими соціальними навичками знає, як лікувати пацієнтів, коли посміхатися, коли уважно вислухати пацієнта, коли погладити руку пацієнта та як заспокоїти членів сім'ї, коли вони побоюються. Це дозволяє їй здобути схвалення членів сім'ї, незважаючи на те, що протягом багатьох років лікування чи профілактика можуть бути малорезультативними, чи й зовсім безуспішними. Адже людська природа влаштована так, що пацієнти та члени їхніх сімей оцінюють, насамперед, наскільки добре до них ставилися чи почували себе під час перебування в лікарні.

З розвитком у МС комунікабельності зростає їхня загальна активність, тобто спроможність здійснювати суспільно важливі зміни, реалізуючи власну активну життєву позицію, принциповість, послідовність обстоювання поглядів (наприклад, на здоровий для кардіохворого спосіб життя), єдність слова і діла. Також зростає оптимізм і саморозуміння себе як професіонала. Останнє проявляється у здатності до рефлексії власної професійної діяльності, усвідомлення своїх «сильних» і «слабких» сторін як фахівця, свого професійного стилю спілкування з пацієнтами та колегами тощо.

Оптимізм у роботі МС проявляється, з одного боку, у тому, що оптимістично налаштована медсестра краще використовує свої професійно важливі навички, а також намагається розвинути нові, оскільки переконана в ефективності і перспективності своєї справи; з іншого боку, оптимістично налаштована МС не тільки сама вірить у позитивний результат, але й здатна вселити цю віру у пацієнтів. Віра пацієнта в одужання і відповідний настрій з боку медичного персоналу, особливо з боку МС, відіграє надзвичайно важливу роль у процесі лікування. І таку віру вселяти може лише той, хто сам її має і з ентузіазмом ставиться до виконання своїх професійних функцій.

Розвиток комунікабельності МС закономірно тягне за собою ослаблення таких комунікативних емоційних бар'єрів, як неадекватний прояв емоцій і домінування негативних емоцій, що дозволяє їй бути більш зрозумілою для пацієнта, приємною у спілкуванні, і сприяє розвитку його довіри до МС, а, отже, і до її порад та настанов.

Здається парадоксальним, що зі зростанням рівня комунікабельності ослаблюються емоційна емпатійність та установки, що сприяють емпатії МС. На нашу думку, в медичній професії все ж необхідним є дозований вияв емпатії, зокрема її емоційної складової, що дозволить більш холоднокровно і раціонально підходити до виконання професійних обов'язків, зберігати здатність до критичного осмислення ситуацій і більш ефективного прийняття рішень.

Цікаво, що підсилення емпатійності МС взаємопов'язане з ослабленням мотивів «престижність професії» (і тоді МС втрачатиме свій ентузіазм у роботі) і «можливість піклуватися про своє здоров'я» (і тоді не спрацьовуватиме роль

медсестри як моделі ЗСЖ), а також з нижчими оцінками, даними головною медичною сестрою професійної компетентності респонденток, і з нижчою кваліфікаційною категорією медсестер. Нагадаємо, що з віком і зі збільшенням стажу МС спостерігається ослаблення установок, що сприяють емпатії (відповідно $r_s = -0,35$ при $p = 0,006$ і $r_s = -0,37$ при $p = 0,004$). Це може підтверджувати висловлену вище думку про важливість оптимального рівня розвитку емпатії у МС для здійснення нею ефективних професійних інтервенцій.

S.W. Mercer і W.J. Reynolds вживають поняття клінічної емпатії і вважають, що вона передбачає здатність (а) розуміти ситуацію, перспективу та почуття пацієнта і їхнє значення; (b) донести це розуміння і перевірити його точність; та (c) діяти на цьому розумінні з пацієнтом корисним (терапевтичним) способом [224].

Однак, як зазначають автори, потрібна подальша робота, щоб визначити, чи потрібно і чи можливо покращити клінічну емпатію в умовах первинної медичної допомоги [226]. O. Yuguero, J.R. Marsal, M.E. Esquerda і J. Soler-Gonzalez на значній вибірці медичних працівників (лікарів і МС первинної медичної допомоги) та пацієнтів показали, що медичні працівники з високою емпатією мали значно кращий контроль та ефективність АТ, ніж ті, у кого низька емпатія ($p < 0,05$). Своїм дослідженням автори підтвердили висновок, що більш емпатійні медпрацівники, як правило, мають менше вигорання та кращі комунікативні навички [251]. L.D. Santo, S. Pohl, L. Saiani і A. Battistelli, опираючись на загально визнану диференціацію когнітивного та афективного вимірів емпатії, виявили, що підсилення у МС когнітивної емпатійності сприяє їхній більшій задоволеності своєю роботою та більшій залученості у професійну діяльність, а підсилення афективної емпатійності, навпаки, негативно впливає на самопочуття МС, підсилюючи емоційне навантаження і відштовхуючи її від пацієнта [234].

Отже, як бачимо, оптимально розвинена емпатія має вагоме значення для професійної діяльності МС, зокрема для успішного виконання нею такої задачі, як ефективний контроль АТ і профілактика АГ.

Зростання оптимізму МС співвідноситься з усуненням такого комунікативного бар'єру у спілкуванні, як небажання зближуватися з людьми, а

також зі зниженням негативної самооцінки як професіонала, з покращенням саморозуміння як професіонала, але й зі зниженням сили мотиву «бажання лікувати людей». Тобто занадто високий рівень оптимізму може стати причиною безпечності та безвідповідальності, поверхневості і свідчити про недостатньо зрілу особистісну і професійну позицію МС. Але у науковій літературі наявні й інші дані. Наприклад, K.W. Luthans, S.A. Lebsack і R.R. Lebsack на дещо більшій вибірці показали надзвичайно вагомий позитивний зв'язок між оптимізмом медичних сестер та оцінкою їх керівників щодо їхньої прихильності до місії лікування, показником внеску в підвищення задоволеності пацієнтів і загальним показником якості виконання роботи [209].

Невпевненість у собі як у професіоналові також має неоднозначні, але множинні взаємозв'язки у структурі професійно-особистісних компетенцій МС. З її підсиленням закономірно зміцнюється такий емоційний комунікативний бар'єр, як небажання зближуватися з людьми, але й значно виразнішими стають такі мотиви професійної діяльності, як «престижність професії», «бажання лікувати людей» і «можливість піклуватися про своє здоров'я», хоча слабшає мотив «можливість впливати на інших людей».

Схоже, що в сучасних українських реаліях медичної практики «благородна» професійна мотивація погано узгоджується з позитивним самовідчуттям медичних працівників первинної ланки. Очевидно, що МС, які мають подібні прагнення й установки, не зовсім комфортно почуваються у своєму професійному середовищі, відчуючи різку розбіжність між очікуваннями щодо самореалізації у професії і наявними можливостями у дійсності. Така невпевненість може суттєво заважати і професійному зростанню МС, і здійсненню нею, зокрема профілактичної роботи з пацієнтами. Адже саме упевненість у власній позиції, в собі як у носіїв адекватних інформацій та навичок, у своїх діях дозволяє МС бути переконливою, виступати потужним мотиватором пацієнта до змін, до прийняття конструктивних рішень, вселяти надію і відвагу.

Підсилення системоутворюючого відносно ПОК медичних сестер мотиву «можливість піклуватися про своє здоров'я» спостерігається не лише в тих

медичних сестер, які мають вищий рівень комунікативної культури, але й у тих, хто має нижчі емпатійні здібності (зокрема, менш розвинений її раціональний канал), нижчий рівень самоповаги, аутосимпатії як професіонала й очікувань з боку інших. Тут варто зазначити й те, що цей мотив також є важливим для оптимізації професійної компетентності МС. Адже здатність і бажання піклуватися про власне здоров'я – це частина загальної культури людини, ознака її зрілості, відповідальності. Якісно працювати може тільки здоровий професіонал. А в системі охорони здоров'я це твердження набуває особливого значення, адже пацієнти часто сприймають медичного працівника як модель здорової поведінки.

Отже, запропоновані моделі факторів професійно-особистісних компетенцій (ПОК) представляють рівень комунікабельності, рівень емпатійності, рівень оптимізму, невпевненість у собі як у професіоналові як найбільш релевантні у контексті здійснення МС завдань профілактики АГ. Зазначені компетенції виявилися основою для навчання пацієнтів способом підтримки здоров'я, попередження розвитку АГ, для академічної підготовки та постійного професійного розвитку. З кращими результатами профілактично-просвітницької роботи МС співвідносяться вищий середнього рівень комунікабельності й емпатійності, середній рівень оптимізму, не надто висока впевненість у собі як в професіоналові.

Представлені моделі відображають основні сфери ПОК медичної сестри та відповідні їм найголовніші компетенції у кількісних співвідношеннях за трьома групами: МС, чия профілактична робота може бути оцінена як: 1) недостатня; 2) відносно достатня; 3) достатня.

Моделі компетентностей можуть бути використані як робочі структури для орієнтації на персонал, інструменти оцінювання та проектування курсів для підвищення кваліфікації медичних сестер. А МС як агенти зміцнення здоров'я і попередження хвороб потребують специфічної освіти та підготовки разом із постійним професійним розвитком, щоб підтримувати особливу комбінацію знань та компетенцій, необхідних для забезпечення якості практики превенції.

Результати досліджень даного розділу наведено в таких публікаціях [67, 68, 73, 74, 113, 213].

РОЗДІЛ 4

ПОІНФОРМОВАНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

4.1 Поінформованість пацієнтів про АГ

Загальновідомо, що на ефективність профілактичних та лікувальних заходів впливає поінформованість пацієнтів про захворювання, причини виникнення, проблеми та можливості їх усунення, вимірювання та контроль АТ, основні принципи немедикаментозного та медикаментозного лікування, питання догляду чи самогляду, профілактичні заходи [172, 227].

Важливим було отримання відомостей у пацієнтів щодо знань про своє захворювання. Більшість пацієнтів (59 осіб, 49,17 %) знають про своє захворювання, що пов'язано із тривалим перебігом захворювання, недостатньо – 48 осіб (40 %), не цікавить – 10,83 % респондентів. Непокоять ті пацієнти, які недостатньо знають та їх не цікавить ця інформація, що дозволяє думати про пасивне і невідповідальне ставлення до свого здоров'я.

У ході анкетування на запитання про поінформованість щодо факторів ризику розвитку АГ отримали наступні дані: «так» відповіли 70,83 % респондентів, «ні» – 29,17 %. Статистично достовірна відмінність у поінформованості пацієнтів про ФР АГ виявилася за статевою ознакою. Застосування багатofункціонального критерію ϕ^* Фішера показало, що жінки поінформовані значно ($p=0,03$) краще за чоловіків: ствердні відповіді дали 32 чоловіки (61,53 %) та 53 жінки (77,94 %). Також краще поінформованими виявилися пацієнти у вікових групах 40-49 і 50-59 років, найгірше – у групах віком 20-29 і 30-39 років.

Важливим і водночас цікавим було отримання відомостей від пацієнтів про імовірний фактор ризику (ФР) у розвитку захворювання в них. Всім пацієнтам було запропоновано перелік ФР: вік, професія, надмірна маса тіла, наявність АГ у батьків (спадковість), порушення режиму праці та відпочинку, нераціональне харчування (підвищений вміст жирів, вуглеводів, надлишкове вживання солі), малорухомий

спосіб життя, стресові ситуації, шкідливі звички (куріння, зловживання алкоголем). Результати відображені на рисунку 4.1.



Рис. 4.1. Імовірний ФР розвитку АГ (за оцінками пацієнтів)

Загальна сума часток перевищує 100 %, оскільки хворі могли вказувати декілька ФР. Більшість жінок відмітили такі ФР, як емоційне навантаження, стрес, порушення режиму праці та відпочинку, нераціональне харчування; тоді як чоловіки переважно – вік, куріння, зловживання кухонною солі. Необхідно відмітити, що це є модифіковані фактори, тобто вони ж самі можуть змінити. Наведені дані свідчать, що пацієнти, достатньо обізнані і усвідомлюють «шкідливість саморуйнівної поведінки».

У своїх дослідженнях науковці з'ясували, що пацієнти з АГ найменш поінформовані про АГ та її ускладнення, показники АТ в нормі і зміни способу життя, необхідні у процесі лікування [230].

Результати анкетування щодо дотримання засад здорового способу життя (ЗСЖ): респонденти відповіли «так» – 31,7 %, «ні» – 18,3 %, «не завжди» – 50 %. Поняття ЗСЖ кожний пацієнт розумів по-різному. Отримали наступні варіанти відповіді: уникнення таких видів поведінки, як куріння, зловживання алкоголем,

наркотиками тощо; реалізація таких форм поведінки, як належне харчування, систематичне фізичне навантаження, боротьба зі стресом, відсутність залежності та ін.; правильна поведінка при різних захворюваннях.

У пацієнтів на АГ важливим є вміння правильно вимірювати та контролювати рівень АТ, підраховувати частоту пульсу. Більшість опитаних (79 %) мають тонометр в особистому домашньому користуванні. Вимірюють АТ один раз на добу (21 %), двічі на добу (9 %), один раз на тиждень (13 %), при погіршенні самопочуття – 24 % осіб, 9 % респондентів вимірюють спорадично, 21% пацієнтів не вимірюють АТ вдома через брак апарату, а 3 % не коментували це питання.

На питання «Чи вмієте Ви самостійно вимірювати АТ та здійснювати самоконтроль?» відповіді розподілились наступним чином: «так» – відповіли 69 % (переважно жінки), відповідно 31 % – «ні» (переважно чоловіки); підраховувати частоту пульсу вміють 73 % та 27 % опитаних – не вміють.

Науковці S. Pirasath and all відмічають, що пацієнти з АГ не усвідомлюють важливість контролю АТ і не дбають про регулярне вимірювання АТ, що передбачає необхідність освітньої та інтервенційної програми для пацієнтів з АГ [227].

Отже, АТ респонденти вимірюють не регулярно та при погіршенні самопочуття, що є недопустимим для пацієнтів хворих на АГ. Для виконання цих маніпуляцій пацієнти, в першу чергу, повинні бути забезпечені засобами контролю; по-друге, медична сестра повинна навчити пацієнта та його родичів правильно вимірювати АТ, здійснювати підрахунок пульсу та розуміти їх значення.

Кожний пацієнт на АГ повинен володіти даними щодо показників АТ в нормі, можливих ускладнень. Це дозволяє правильно оцінювати свій стан, попереджувати можливу гіпертонічну кризу і вчасно звертатися за медичною допомогою в разі необхідності.

Серед усіх респондентів показники АТ в нормі знають 81 (67,5 %) осіб, 32,5 % пацієнтів не володіють такими знаннями. За критерієм ϕ^* Фішера, жінки порівняно з чоловіками достовірно ($p=0,054$) краще орієнтуються у нормативних показниках АТ: правильні відповіді надали 50 (73,5 %) жінок та 31 (59,6 %) чоловіків. Також краще поінформовані щодо норми АТ у віковій категорії 40-49 років (рис. 4.2 а).

Опитування респондентів щодо поінформованості про можливі ускладнення АГ: 48 (40 %) пацієнтів знають про ускладнення, зокрема такі, як інсульт та інфаркт, однак 72 (60 %) опитаних – не володіють такою інформацією (відповідно 59,6 % чоловіків та 60,3 % жінок) (рис. 4.2 б).

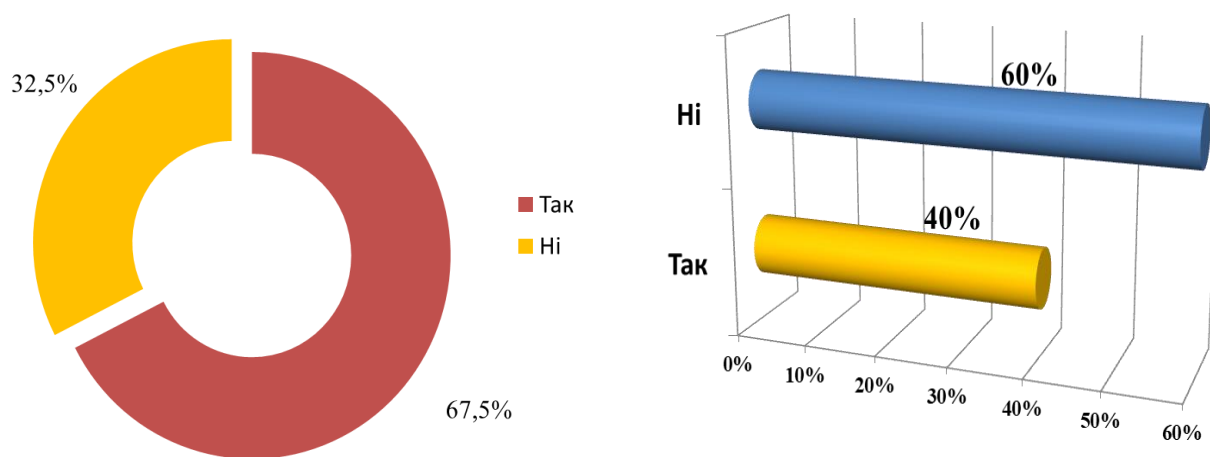


Рис. 4.2. Рівень знань про показники АГ в нормі (а) та можливі ускладнення (б)

В ході анкетування на питання «Коли ви приймаєте лікарські препарати при даному захворюванні?» 30 (25 %) опитаних відповіли – постійно, 69 (57,5 %) – лише при високому АГ, а 21 (17,5 %) респондент – курсами 1-2 тижні.

Дослідження показало, що погане сприйняття доброго здоров'я і нерегулярні відвідування лікаря є одними з найбільш важливих факторів необізнаності, нелікованої і неконтрольованої АГ [227].

Результати анкетування показали недостатній рівень поінформованості пацієнтів про АГ та можливі ускладнення, показники АГ в нормі, недостатній рівень володіння практичними навиками вимірювання АГ, 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 АГ, попередженню підвищення АГ, покращанню взаємодії між медичною сестрою і хворим.

Вивчення обізнаності пацієнтів щодо профілактичних технологій АГ 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 АГ. Пацієнти знають про необхідність зниження маси тіла при її надлишку (60 %), обмеження вживання кухонної солі (59 %), відмову від куріння (48 %), обмеження вживання алкогольних напоїв (26 %), зменшення вживання насичених жирів, солодоців та холестерину (68 %), підвищення фізичної активності в години дозвілля (68 %), психоемоційне розвантаження та релаксацію (59 %). Загальна сума часток перевищує 100 %, оскільки хворі вказували декілька профілактичних заходів. Однак поінформованість пацієнтів про профілактику даного захворювання є недостатньою, що, на нашу думку, є вагомою причиною зростання захворюваності на АГ.

На питання «Чи здатні Ви самостійно покращити своє здоров'я?» 50 (41,7 %) опитаних відповіли – «так», 29 (24,2 %) – «ні», а 41 (34,1 %) респондент – «не знає».

Таким чином, результати анкетування продемонстрували дефіцит знань серед пацієнтів стосовно АГ, зокрема, ФР виникнення та профілактики. Погана поінформованість не дозволяє формувати мотивацію до їх контролю, усвідомлювати необхідність профілактики та корекції ФР.

Важливим було визначення готовності всіх пацієнтів щодо отримання цієї інформації та способу її надання. Серед обстежених 68,3 % пацієнтів бажають отримати інформацію про АГ. Такий великий відсоток є досить позитивним. Однак насторожує 20 % опитаних, які не бажають бути обізнаними про своє захворювання, а 11,7 % пацієнтів не знають про доцільність отримання 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. Виявлено, що 42 % пацієнтів хотіли б отримати цю інформацію через засоби масової інформації (телебачення, радіо, преса) та 48 % – мережу Internet (сайти, e-mail-розсилка), 15 % – у вигляді пам'ятки без

пояснень медичної сестри, 39 % – у вигляді стендової доповіді (санбюлетень), 42 % – отримати пам'ятку з усним коментарем медичної сестри і 51 % – шляхом усної бесіди. Слід відмітити, що отримувати інформацію шляхом усної бесіди мали бажання пацієнти старшого віку, переважно пенсіонери, а через Internet – 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.

Зміни в сучасній системі охорони здоров'я потребують переоцінки ролі МС для зміцнення здоров'я. Цілями сприяння здоров'ю серед хворих на АГ є: інформування про фактори ризику АГ; переконання в тому, що існує ризик розвитку атеросклерозу та супутніх серцево-судинних захворювань (інсульт, ішемічна хвороба серця), хронічної хвороби нирок; ознайомлення з засадами ЗСЖ щодо: раціонального харчування, зменшення надмірної ваги, відмови від куріння, помірному споживання алкоголю, індивідуально підібраних фізичних навантажень, підтримання належних стосунків між людьми, боротьби зі стресом; розробка стратегії боротьби з ФР та подолання психосоматичного стресу (сім'я, медпрацівники); формування мотивації для ведення ЗСЖ шляхом стимулювання реалістичних прагнень, пристосованих до індивідуальних психофізичних особливостей особистості: фізична підготовленість, інтелектуальна робота, досвід, знання та вміння; посилення мотивації брати на себе відповідальність за власне здоров'я; формування власної незалежності пацієнта, підготовки до боротьби із захворюванням, вирішення життєвих проблем; посилення інтересу до отримання знань про здоров'я; збереження мотивації для ведення ЗСЖ.

4.2 Фактори ризику розвитку захворювання у пацієнтів з АГ

Дані епідеміологічних досліджень, як зазначає Питецька Н.І., свідчать, що поширеність АГ в значній мірі зумовлена рівнем ФР серед різних груп населення. Виділяють ФР, на які можна впливати: хронічний дефіцит фізичної активності (професійний і в побуті), надлишкове споживання кухонної солі, дисбаланс

харчування, дисліпідемія, зловживання алкоголем, кавою, куріння, гормональна контрацепція у жінок, професійні шкідливості, психоемоційні стреси, надлишкова маса тіла, а також ФР, які не піддаються корекції: обтяжена спадковість, стать, вік, соціально-економічний статус [92, 106].

Зниження АТ за допомогою зміни способу життя, антигіпертензивних препаратів або обох можуть істотно знизити ризик ССЗ та інсульту. Навіть помірне зниження систолічного АТ на 10 мм рт. ст. або діастолічного АТ на 5 мм рт. ст. сприяє зниженню ризику смертності від ішемічної хвороби серця та інсульту на 22 % та 41 % відповідно [235]. Професійна компетентність медичних сестер дозволяє активно залучати їх до організації сучасних технологій профілактики захворювання, зміцнення здоров'я [97].

Згідно досліджень Kathy Berra, управління медичною сестрою поведінковими ФР у хворих на АГ, зміни способу життя сприяють зменшенню серцево-судинного ризику. На сьогоднішній день, важливим є розширення участі медсестер у профілактиці ССЗ, щоб зменшити смерть та втрату працездатності від цієї світової епідемії [144, 257].

Тому своєчасне виявлення осіб із підвищеним рівнем АТ та факторів, що впливають на його стабілізацію і прогресування є актуальним.

При обстеженні у більшості хворих виявлено підвищений АТ і частоту пульсу, що перевищували норму. При вимірюванні АТ у всіх пацієнтів в середньому виявлено: систолічний – $158,47 \pm 2,37$ мм рт. ст., діастолічний – $94,58 \pm 2,27$ мм рт. ст. В залежності від рівня підвищення АТ серед обстежених переважала АГ I та II ступеня. Розподіл пацієнтів за ступенем АГ наведено у таблиці 4.1. Слід відмітити, що САТ у пацієнтів на АГ III ступеня був достовірно вищим порівняно з САТ у хворих АГ I та II ступеня, $p < 0,05$. Гендерних особливостей щодо рівня АТ не виявлено.

Також встановлено різницю за ступенем підвищення АТ у всіх пацієнтів та серед чоловіків і жінок. Основна частина хворих 73 (60,83 %) 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.

Дані епідеміологічних досліджень свідчать про те, що поширеність АГ пов'язана з рівнем ФР серед різних груп населення. Це біологічні характеристики, які не можна змінити, та фактори, які піддаються корекції. Тому своєчасне виявлення осіб із підвищеним рівнем артеріального тиску та факторів, що впливають на його стабілізацію та прогресування, може бути проведено лише за умов активного дослідження.

Таблиця 4.1

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	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	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	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. * – вірогідна відмінність САТ у порівнянні з пацієнтами АГ I ступеня, p<0,05;

^ – вірогідна відмінність САТ у порівнянні з пацієнтами АГ III ступеня, p<0,05.

Одним з ФР розвитку АГ є ожиріння. Для цього в дослідженні був врахований ІМТ (кг/м²). Отримані результати подані в таблиці 4.2. Виявлено

перевагу хворих (81,67 % обстежених) з надлишковою масою тіла та ожирінням I–II ступеня.

Аналіз одержаних даних показав, що масу тіла в нормі мали 36 (30 %) хворих. Серед жінок було 22 (32,35 %) таких особи, серед чоловіків – 14 (26,92 %). Надлишкову масу тіла виявлено у 56 (46,67 %) пацієнтів, зокрема, серед жінок було 24 (35,29 %) особи, серед чоловіків – 32 (61,54 %). Ожиріння I ступеня встановлено у 22 (18,33 %) пацієнтів, серед жінок було 18 (26,48 %) осіб, серед чоловіків – 4 (7,69 %), II ступеня – у 6 осіб (3,85 %), серед жінок було 4 (5,88 %) особи, серед чоловіків – 2 (3,85 %) пацієнти (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Індекс маси тіла пацієнтів на АГ

Індекс маси тіла	Разом		У тому числі			
	n=120	%	чоловіки n=52	%	жінки n=68	%
18,5 – 24,9 (нормальна маса тіла)	36	30	14	26,92	22	32,35
25 -29,9 (надлишкова маса тіла)	56	46,67	32	61,54	24	35,29
30,0 – 34,9 (ожиріння I ст.)	22	18,33	4	7,69	18	26,48
35,0 – 39,9 (ожиріння II ст.)	6	5	2	3,85	4	5,88

Відомо, що для ризику розвитку ССЗ велике значення має не ступінь ожиріння, а характер розподілу жирової тканини. Особлива увага приділяється абдомінальному ожирінню, як одному з найважливіших незалежних факторів серцево-судинного ризику й ризику розвитку АГ [92].

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 виявлено у 18 (26,47 %) хворих, серед яких були лише жінки, андроїдний ТРЖТ – у 60 (50 %) обстежених пацієнтів, що було більше порівняно з проміжним ТРЖТ, серед жінок у 28 (41,12%) осіб та серед чоловіків – у 32 (61,54 %), що було вірогідно ($p=0,013$, за критерієм ϕ^* Фішера) більшим, порівняно із жінками (табл. 4.3).

Серед обстежених пацієнтів переважав андроїдний (абдомінальний) ТРЖТ (індекс окружність талії/ об'єм стегон (ІТС) був більше 0,9 у чоловіків та 0,85 у жінок), який вказує на метаболічні порушення в організмі і приводить до виникнення та прогресування АГ та вказує на високий та дуже високий ризик виникнення ССЗ. Незалежно від статі цей показник зростає з віком.

Таблиця 4.3

Розподіл пацієнтів за ТРЖТ

Тип ожиріння	Разом		У тому числі			
	n=120	%	чоловіки n=52	%	жінки n=68	%
Проміжний (0,8-0,9)	42	35	20	38,46	22	32,36
Гіноїдний або жіночий (<0,8)	18	15	-		18	26,47
Андроїдний або чоловічий, абдомінальний (>0,9)	60	50	32	61,54 [^]	28	41,12

Примітка. [^] – достовірна відмінність у порівнянні з жінками: $p=0,013$, за критерієм ϕ^*

Фішера

Загалом спостерігалась тенденція до збільшення кількості опитаних із надлишковою масою тіла та ожирінням з віком обстежуваних ($r_s=0,45$ при $p=0,0006$, за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена), як серед чоловіків, так і жінок. Отримані дані свідчать про підвищений, високий та дуже високий ризик ССЗ.

Аналіз наукових досліджень дає підстави стверджувати, що психоемоційний стрес збільшує ризик серцево-судинних ускладнень переважно в осіб, що реагують на нього підвищенням АТ [98].

У більшості хворих діагностовано загальний середній та високий рівень психосоціального стресу, що пов'язано, можливо, із напруженим ритмом життя. У чоловіків виявлено середній (51,93 %) та високий (32,69 %) рівень стресу, а в жінок – середній (51,47 %) та низький (27,94 %) відповідно. Отже, рівень психосоціального стресу у чоловіків був вищий, ніж у жінок, оскільки у чоловіків достовірно ($p=0,048$, за критерієм ϕ^* Фішера) рідше діагностувався низький рівень стресу і з тенденцією до достовірної різниці ($p=0,068$, за критерієм ϕ^* Фішера) частіше діагностується високий рівень стресу. Психосоціальний стрес також вищий в осіб працездатного віку. За віковими категоріями: найнижчим рівень стресу був в осіб 60-69 (53 %) та старше 70 років (60 %), середнім – у групі 20-29 (63 %) і 30-39 років (50 %) та високим – в осіб 30-39 (14 %) та 40-49 (9 %) років. Виявлено, що показник високого рівня психоемоційного стресу спостерігався переважно в осіб з АГ I ступеня, а середній – АГ II ступеня.

Таблиця 4.4

Рівень психосоціального стресу

Рівень стресу	Разом		У тому числі			
	n=120	%	чоловіки n=52	%	жінки n=68	%
Високий	31	25,83	17	32,69	14	20,59
Середній	62	51,67	27	51,93	35	51,47
Низький	27	22,5	8	15,38*	19	27,94

Примітка. * - достовірна відмінність у порівнянні з жінками: $p=0,048$, за критерієм ϕ^* Фішера

Оцінка рівня фізичної активності показала, що переважна більшість хворих на АГ мали низький (62,5 %), середній (34,12 %) і лише 3,33 % достатній рівень (табл. 4.5). Високого рівня ФА не було в жодного пацієнта. Гендерних особливостей не виявлено. У людей молодого та середнього віку була середня та достатня ФА. Виявлено, що з віком значно зростає кількість пацієнтів з малорухомим способом життя.

Таблиця 4.5

Рівень фізичної активності

Рівень ФА	Разом		У тому числі			
	n=120	%	чоловіки n=52	%	жінки n=68	%
Низький (0-5 балів)	75	62,5	32	62	43	63
Середній (6-9 балів)	41	34,12	18	35	23	34
Достатній (10- 12 балів)	4	3,33	2	4	2	3
Високий (більше 12 балів)	—	—	—	—	—	—

Вагомими чинниками впливу на перебіг захворювання є шкідливі звички, зокрема куріння та зловживання алкоголем. Анкетування показало, що 42 особи (35 %), що курять, серед них 36 (85,71 %) чоловіків та 6 (14,29 %) жінок, найбільше у віковій групі 30-49 років. Визначення типу курильної поведінки показало, що у більшості випадків має місце змішаний характер поведінки, але опитування дало можливість виділити домінуючий тип: більшість пацієнтів мали тип курильної поведінки "розслаблення" (50 %), "гра із цигаркою" (40,48 %), "підтримка" (30,95 %), "стимуляція" (21,43 %), "спрага" (16,67 %) та менше – "рефлекс" (4,76 %). Діагностика типу курильної поведінки допомагає у виборі

тактики при профілактиці та лікуванні тютюнопаління. Розподіл курців за типом курильної поведінки наведено у таблиці 4.6.

Отримані дані свідчать, що більшість пацієнтів достовірно мали тип курильної поведінки "розслаблення" (50 %, $p < 0,05$) – курять лише у комфортних умовах, кидають курити довго; "гра із цигаркою" (40,48 %) – для них важливі "курильні" аксесуари, курять мало, у ситуаціях спілкування "за компанію"; "підтримка" (30,95 %) – курять для зниження емоційного напруження; "стимуляція" (21,43 %) – високий ступінь психологічної залежності від нікотину, "спрага" (16,67 %) – курять улюбій ситуації, не дивлячись на заборону; менше – "рефлекс" (4,76 %) – курять багато, автоматично. Діагностика типу курильної поведінки допомагає у виборі тактики при профілактиці та лікуванні тютюнопаління.

Таблиця 4.6

Типи курильної поведінки за Д. Хорном

Вид курильної поведінки	Разом		У тому числі			
	n=42	%	чоловіки n=36	%	жінки n=6	%
"Стимуляція"	9	21,43	9	25	-	
"Гра із цигаркою"	17	40,48	14	38,39	3	50
"Розслаблення"	21	50	19	52,78*	2	33,33
"Підтримка"	13	30,95	11	30,56	2	33,33
"Спрага"	7	16,67	7	19,44	–	–
"Рефлекс"	2	4,76	2	5,56	–	–

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

Оцінку ступеня нікотинової залежності проводили за тестом Фагерстрема шляхом опитування. Отримані результати подано у таблиці 4.7.

Встановлено середній (40 %) та слабкий (31 %) ступінь нікотинової залежності.

Оцінка ступеня мотивації та готовності до відмови від куріння показали: лише 12 (28,57 %) пацієнтів мають високий ступінь мотивації, 25 (59,52 %) – слабкий, а у 5 (11,9 %) опитаних – відсутня мотивація.

Таблиця 4.7

Ступінь нікотинової залежності

Ступінь нікотинової залежності	Разом		У тому числі			
	n=42	%	чоловіки n=36	%	жінки n=6	%
Дуже слабкий	4	9,52	3	8,33	1	16,67
Слабкий	13	30,95	10	27,78	3	50
Середній	17	40,49	15	41,67	2	33,33
Високий	4	9,52	4	11,11	-	
Дуже високий	4	9,52	4	11,11	-	

Виявлено, що з віком мотивація до відмови від куріння зростає ($r_s=0,34$ при $p=0,042$, за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена) (табл. 4.8).

Таблиця 4.8

Оцінка ступеня мотивації і готовності до відмови від куріння

Ступінь мотивації	Разом		У тому числі			
	n=42	%	чоловіки n=36	%	жінки n=6	%
Високий	12	28,57	11	30,56	1	16,67
Слабкий	25	59,53	22	61,11	3	50
Відсутність мотивації	5	11,9	3	8,33	2	33,33

Отже, 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.

Важливим було вивчення такого ФР, як вживання алкоголю. За кількістю 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.

В цілому, 89 осіб (74,17 %) не вживають алкоголь, 22,5% (27 осіб) – мало і помірно та лише 3,3% – багато (табл. 4.9).

Таблиця 4.9

Рівень вживання алкоголю

Рівень вживання алкоголю	Загальна кількість, n=120	%
Ніколи	89	74,16
Мало і помірно	27	22,5
Багато	4	3,33

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.

Результати показали, що основна кількість пацієнтів (97 %) здатні самі контролювати потребу алкоголю, розробити свій план контролюючого вживання алкоголю і можуть не дозволити алкоголю контролювати себе; 3 % пацієнтів необхідно звернутися за медичною допомогою, щоб змінити звички вживання алкогольних напоїв.

Аналіз наукових досліджень засвідчує, що характер харчування, склад продуктів, які переважають в раціоні людини, впливають на функціонування організму людини. Результати проведеного анкетування виявили недостатню кількість овочів і фруктів, риби в 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 з факторів харчування, які мають негативний вплив на розвиток АГ, є вживання кухонної солі. Переважна кількість пацієнтів (72 осіб, 60 %) відмічає зловживання солі. При цьому чоловіки достовірно ($p=0,013$, за критерієм ϕ^* Фішера) частіше зловживають сіллю у порівнянні з жінками (табл. 4.10) і переважно старшого віку. А.А. Заздравнов звертає увагу на те, що стандартну рекомендацію щодо обмеження використання кухонної солі в раціоні осіб похилого віку реалізувати набагато складніше, ніж у молодших пацієнтів, у зв'язку із послабленням смакових відчуттів з віком [36].

Таблиця 4.10

Вживання солі на добу

Кількість солі	Разом		У тому числі			
	n=120	%	чоловіки n=52	%	жінки n=68	%
До 5 г/добу	48	40	15	28,85*	33	48,53
Більше 5 г/добу	72	60	37	71,15*	35	51,47

Примітка. * - достовірна відмінність у порівнянні з жінками, $p=0,013$, за критерієм ϕ^* Фішера

Імовірність успішної нормалізації АТ прямо пропорційно залежить від регулярності прийому антигіпертензивних препаратів. Крім того, необхідно враховувати те, що погана прихильність до медикаментозного лікування, як правило, супроводжується і поганою прихильністю у відношенні до немедикаментозних методів лікування, що ще більше перешкоджає зниженню АТ.

Оцінку прихильності пацієнтів до лікування визначали за допомогою тесту Моріскі–Гріна (табл. 4.11). У 79 осіб (65,83 %) виявлено низьку прихильність, що було більше порівняно з високою прихильністю.

У чоловіків та жінок також показник низької прихильності до лікування був достовірно більшим, ніж в осіб з високою прихильністю. Серед цих пацієнтів більшість мали АГ I–II ступеня та були молодого віку. Варто відмітити, що у жінок

порівняно з чоловіками прихильність до лікування була незначно вищою, що вказує на більш відповідальне ставлення до свого здоров'я.

Таблиця 4.11

Оцінка прихильності пацієнтів до лікування за тестом Моріскі-Гріна

Рівень прихильності	Разом		У тому числі			
	n=120	%	чоловіки n=52	%	жінки n=68	%
Високий	41	34,17	17	32,69	24	35,29
Низький	79	65,83	35	67,31	44	64,71

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, у хворих на АГ при дослідженні ФР виявлено: перевагу хворих з надлишковою масою тіла і ожирінням I–II ступеня та андройдного (абдомінального) ТРЖТ, середній та високий рівні психосоціального стресу, низьку ФА, середній ступінь нікотинової залежності та низьку мотивацію до відмови від куріння, зловживання солі, порушення режиму харчування, недостатнє споживання овочів і фруктів, надмірне вживання жирів, а також низьку прихильність до лікування.

Отримані результати підтверджують необхідність залучення МС до управління ФР (виявлення та їх модифікацію). Через високий і зростаючий обсяг пацієнтів, це, ймовірно, має важливе значення на національному рівні щодо організації серцево-судинної профілактики [257].

Набуття навичок у пацієнтів з модифікації поведінкових ФР щодо попередження розвитку (первинна профілактика) та уповільнення прогресування (вторинна профілактика) потребує також участі та підтримки членів сім'ї та друзів

Слід зазначити, що всі ці заходи вимагають знань з боку МС щодо профілактики АГ і ведення здорового способу життя, корекції ФР та умінь правильного вимірювання АТ, підрахунку пульсу з метою формування мотивації

хворих до їх контролю, що є можливим при постійному професійному зростанні та самовдосконаленні медсестер.

4.3 Медико-соціальні чинники та якість життя у пацієнтів з АГ

В останні роки в Україні зростає роль соціально-економічних чинників в механізмах АГ, які передбачають соціально визначені економічні фактори [36]. Рівень здоров'я громадян, та, відповідно, середня тривалість їхнього якісного життя, формуються під впливом таких визнаних у світі складників: природних, соціально-економічних, суспільно-політичних, профілактичних умов та медичної допомоги [52, 188].

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 дозволяють значно покращити кардіоваскулярний прогноз [52].

За тривалістю перебігу АГ коливалась у широких межах, однак чимало пацієнтів (82 %) хворіли понад 10 років. Усі обстежені пацієнти були мешканцями міста. Обтяжена спадковість встановлена у 62,5 % (75 осіб), у 37,5 % (45 осіб) – не зафіксовано подібного захворювання серед найближчих кровних родичів.

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) [53].

Рівень освіти відіграє важливу роль в розвитку АГ, оскільки від неї 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. 4.3).

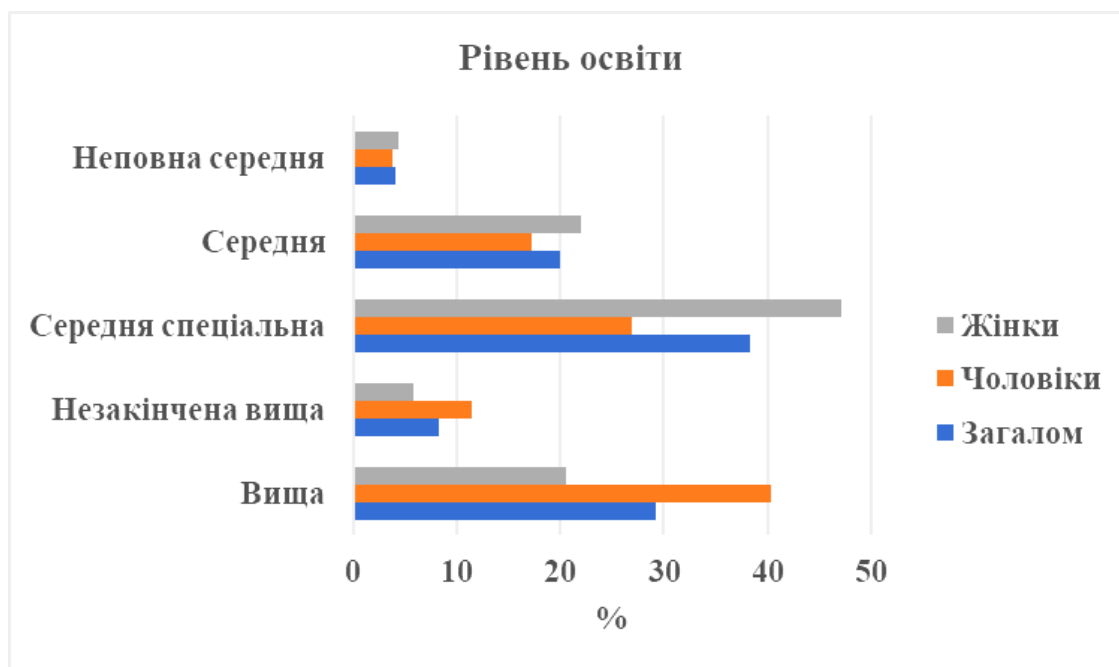


Рис. 4.3. Рівень освіти пацієнтів

Відомо, 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 [52].

У всіх пацієнтів вивчали трудову діяльність: санітарно-технічні та психологічні умови праці, соціальний статус. Дослідження соціального статусу показало, ще серед пацієнтів було 86 (71,62 %) осіб, які працюють: найбільша група респондентів, 53 особи (44,17 %), працювали повний день, що становить більшість ($p < 0,05$) у порівнянні з безробітними (13 осіб, 10,83 %) та пенсіонерами (21 особа, 17,5 %), тоді як 33 особи (27,5 %) мали часткову зайнятість (рис. 4.4).

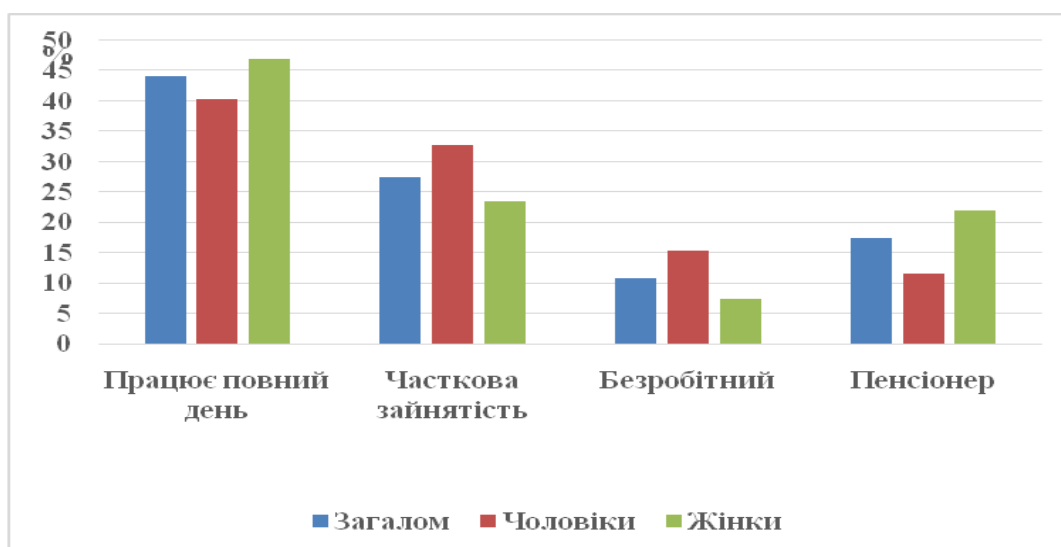


Рис. 4.4. Професійна зайнятість пацієнтів

Задоволеність санітарно-технічними умовами на роботі пацієнти оцінювали за десятибальною шкалою (рис. 4.5). За результатами опитування, 19 (22,09 %) респондентів зазначили відмінні (9-10 балів) умови роботи, 33 (38,37 %) – добрі (7-8 балів), задовільні (5-6 балів) – 22 особи (25,58 %) та 12 осіб (13,96 %) – погані умови праці. З'ясовано відсоток хворих (60,47 %), серед яких є з відмінними та добрими санітарно-технічними умовами роботи, однак переважає відсоток респондентів з 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.

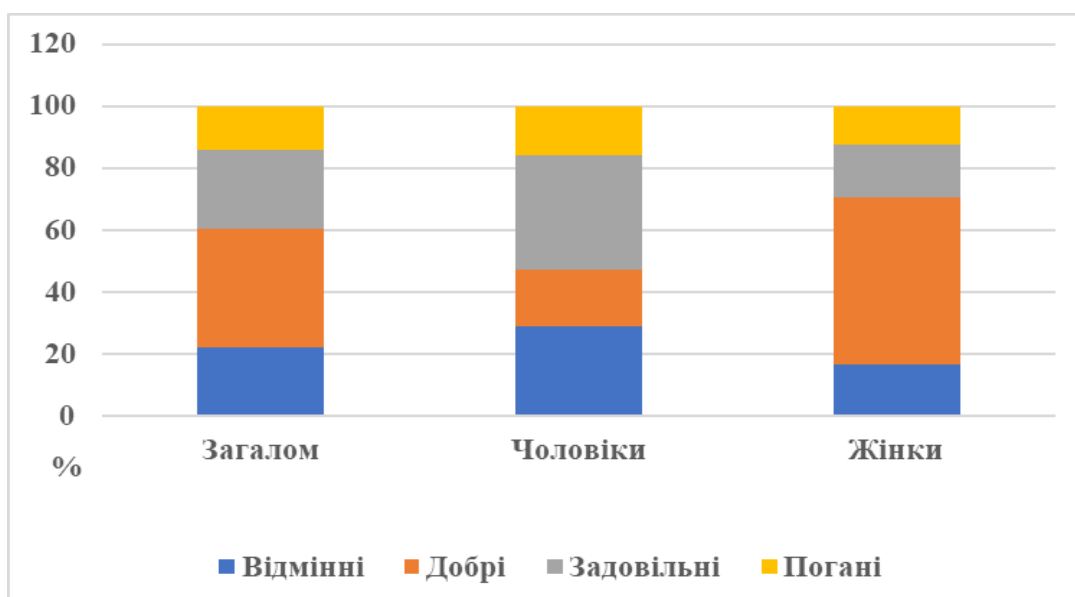


Рис. 4.5. Задоволеність санітарно-технічними умовами на роботі

Психологічні умови роботи оцінювали за десятибальною шкалою, де 10 – мінімально стресові умови (рис. 4.6). 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 %).

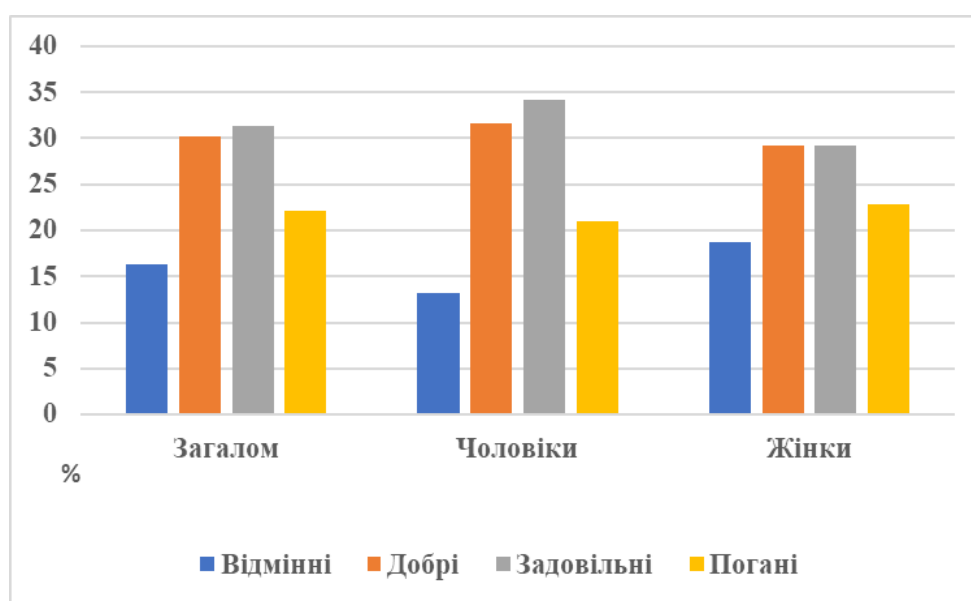


Рис. 4.6. Задоволеність психологічними умовами на роботі

Отже, 46 осіб (53,49 %) констатують задовільні та погані психологічні умови праці, що в незначній кількості переважає працівників з відмінними та добрими умовами роботи (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 психотравмувальних 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 в м'язах і суглобах. У них, порівняно з чоловіками, достовірно ($p=0,015$, за критерієм ϕ^* Фішера) частіше виникало відчуття втоми, зниження працездатності (52,78 % проти 33,33 %).

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 [36].

Більшість респондентів у шлюбі: одружені – 50 % жінок та 57,69 % чоловіків; 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 ФР 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 з 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 психоемоційного стресу. Це пояснює більший відсоток соціально-культурних чинників ризику (куріння, зловживання алкоголем, низький дохід і 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 біопсихосоціальний 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 [36, 54].

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 та 5 (4,17 %) осіб – надто низький відповідно. За гендерним розподілом більшість жінок у групі середнього рівня (42,65 %), а чоловіків (56 %) – у групі високого рівня ЯЖ.

Аналіз чинників, які призводили до зниження рівня ЯЖ, за середнім балом оцінки критеріїв, дозволив зробити відповідні висновки (рис. 4.7). 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 відзначали, 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.

Дослідження показало взаємозв'язок між освітою, професійною діяльністю та ЯЖ: чим вищий рівень освіти, тим краща ЯЖ ($r_s=0,43$ при $p=0,0007$, за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена); пацієнти, які займаються професійною діяльністю, мали кращі відчуття якості здоров'я порівняно з пенсіонерами та безробітними ($p=0,02$, за критерієм Крускала-Уоллеса).

Отримані дані свідчать про зниження рівня ЯЖ унаслідок соматичного та соціального компонентів. Слід зазначити пропорційне зниження показників ЯЖ зі збільшенням віку хворих ($r_s=-0,40$ при $p=0,002$, за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена).

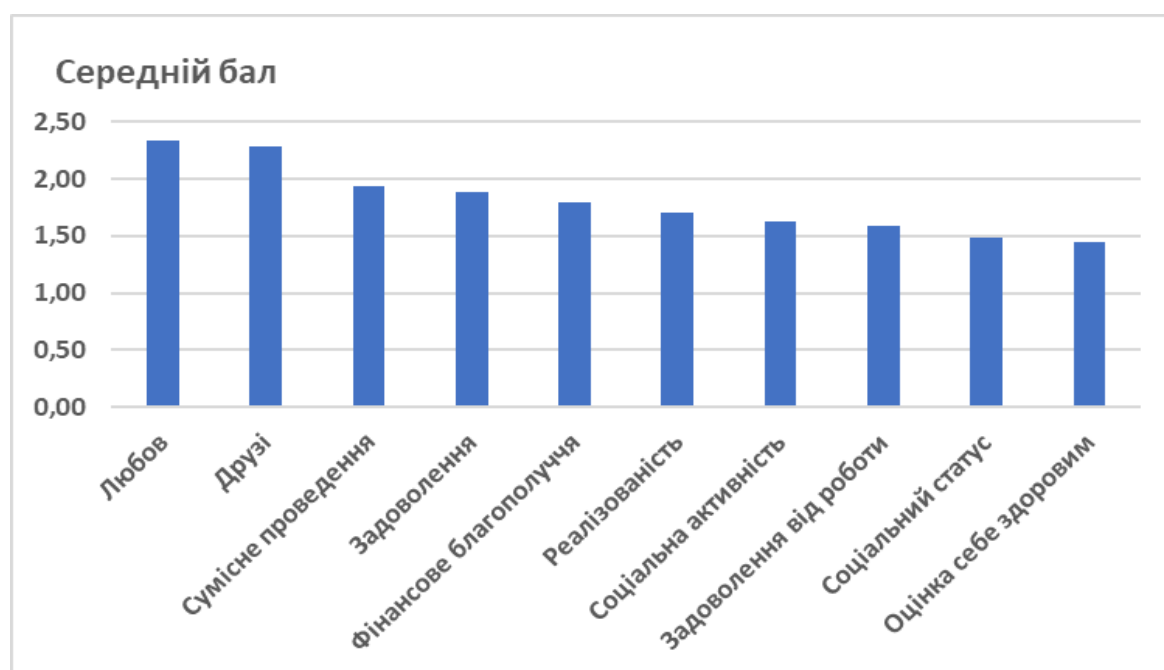


Рис. 4.7. Чинники рівня ЯЖ

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 [156] 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 [152].

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 [52].

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 і психічних страждань та прагнення до їхньої повноцінної участі в сімейному та соціальному житті [128, 198].

Роль МС є очевидною і надзвичайно важливою. Вони повинні активно заохочувати хворих на АГ до змін у способі життя, стимулювати їх прихильність до лікування, сприяти 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 [240]. Саме вони повинні допомагати пацієнтам зрозуміти та усвідомити відповідальність за власне здоров'я [86]. Правильно організоване навчання дозволить запобігти ускладненням та зберегти у хворих високу працездатність і задовільну ЯЖ.

Таким чином, у пацієнтів з АГ виявлено низький рівень поінформованості про своє захворювання, недостатнє володіння навиками вимірювання АТ, підрахунку пульсу, неналежне відношення до немедикаментозних та медикаментозних методів лікування. У пацієнтів з 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.

АГ погіршує ЯЖ пацієнтів, що викликає зниження показників як фізичного, так і психологічного станів. Здатність адекватного сприйняття пацієнтами свого захворювання і формування відношення до питань лікування і профілактики залежить від рівня освіти.

Вчасна, рання діагностика АГ, соціальна підтримка та навчання є значущими предикторами прихильності до профілактики та лікування. Важливим є формування у пацієнтів розуміння контролювати та корегувати фактори серцево-судинного ризику. Виявлення ФР, навчання пацієнтів щодо їх усунення є важливим складником щоденної роботи МС, що сприятиме покращанню стану здоров'я, профілактиці та стабілізації АГ.

Результати досліджень даного розділу наведено в таких публікаціях [64, 65, 66, 70, 75, 76].

РОЗДІЛ 5

ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ НАВЧАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ

5.1 Умови формування професійно-особистісних компетенцій медичної сестри

Незважаючи на впровадження сучасних методів терапії в нашій країні та за кордоном, ССЗ, зокрема, АГ, особливо під час пандемії Covid, як і раніше знаходяться в центрі уваги теоретичної і практичної медицини. Важливе значення надається навчанню пацієнтів, що приводить до збільшення тривалості їх життя. Навчаючи пацієнта, МС допомагає йому адаптуватися до захворювання з метою збереження максимально можливого рівня якості життя [6, 86, 89].

Проте виникає питання, чи достатньо підготовлені МС до роботи в напрямку профілактики АГ. Необхідність розробки, впровадження і оцінки ефективності нової моделі розвитку професійно-особистісних компетенцій медичних сестер для профілактики артеріальної гіпертензії, а насамперед навчання пацієнтів з використанням сестринських технологій, є особливо актуальним.

Реалізація компетенцій МС – важлива складова професійної діяльності під час допомоги пацієнту з АГ. Актуальним напрямком у формуванні прогресивних підходів щодо подолання проблем, пов'язаних з неефективністю лікування АГ, є застосування профілактичної програми [86, 135, 218]. Світовий досвід наочно демонструє не тільки високу клінічну, а й економічну ефективність цієї форми роботи [239]. Серед проблем охорони здоров'я в період проведення реформ проблема якості медичної допомоги виступає на одне з перших місць. Для надання якісної сестринської допомоги необхідна наявність декількох складових і, перш за все, добре навчений медичний персонал, який в повному обсязі володіє декількома компетенціями. Результати дослідження дозволили констатувати, що середній медичний персонал – активний і рівноправний учасник лікувально-діагностичного

процесу, самостійний суб'єкт, від діяльності якого залежить ефективність лікування, реабілітації, одужання пацієнта.

Компетентність є результатом набуття компетенцій, і тому за своєю суттю поняття «компетентність» є значно ширшим від поняття «компетенція».

Першою, важливою і невід'ємною ланкою формування професійно-особистісних компетенцій є освітні навчальні програми у вищому медичному закладі. Професійна компетентність як сукупність здібностей, якостей та особливостей медичної сестри, а також знань, умінь і досвіду є важливим чинником підготовки медичної сестри до виконання її професійних обов'язків [81].

Аналіз досліджень розкриває той факт, що найнижче оцінені професійні компетенції медсестри пов'язані, наприклад, із застосуванням інформаційних технологій у повсякденному медичному обслуговуванні та мотивацією вдосконалення професійних знань і навичок, які можуть бути пов'язані з оцінкою дослідницьких бар'єрів.

Найвище оцінені професійні компетенції МС пов'язані з освітою пацієнта та його родичів, підтримкою пацієнта протягом процесу відновлення та здатністю вчасно реагувати у надзвичайних ситуаціях. В дослідженні Mikelsone, M., Renigere, R., & Dreimane, S. згадано головні фактори, що перешкоджають розвитку компетенцій та досліджень – відсутність мотивації (стагнація), відсутність самоосвіти, відсутність співпраці та підтримки з боку медичної команди, особливо лікарів, оскільки МС не дають можливості брати участь у діалозі щодо результатів дослідження. Медсестри вказують на необхідність подальшої освіти щодо важливості досліджень у галузі охорони здоров'я, а також статистичних методів, обробки даних та інтерпретації способів, які могли б вплинути на погляди медсестер на важливість досліджень у галузі охорони здоров'я на даний момент [217].

Технічні навички, знання, вміння спілкуватися, співпереживання, вміння відчувати відповідні ситуації та емоції, знання того, як розуміти інших, є ключем до професійного успіху медичної сестри в галузі догляду [225].

Так, низка зарубіжних досліджень показала, що навчання пацієнтів за спеціальною структурованою програмою з епідеміології, клінічних і терапевтичних

аспектів АГ більш ніж у половини хворих сприяє досягненню цільового рівня АТ та підвищенню прихильності до лікування [230], достовірному зниженню АТ і зростанню частоти проведення самоконтролю [133, 163].

Медсестри, які закінчили навчання (молоді фахівці), мають проблеми зі сприйняттям їх як професіоналів, і тут виступає поняття довіри пацієнтів до МС. Вони мають недоліки в їх комунікативній компетентності, що стосуються спілкування з пацієнтом щодо призначених ліків [185, 187, 220].

Страх мати справу з пацієнтом, відсутність впевненості та емоційні переживання – основні відомі причини, які змушують медичну сестру віддалятися від пацієнтів. Це також підтверджують наші дослідження.

Для підвищення кваліфікації МС, удосконаленню підготовки фахівців зі спеціальності «Медсестринство», а саме у напрямку здійснення превентивної діяльності серед населення та хворих з АГ, нами розроблена модель факторів професійно-особистісної компетентності МС.

Для нашої моделі розвитку ПОК МС ми обрали три основні напрямки: спеціальні компетенції, комунікативні та особистісні компетенції.

Як інструмент, що дозволить розвинути професійні компетенції МС в напрямку профілактики та лікування хворих на АГ, пропонуємо **Програмно-цільовий проєкт**, який представлений такими розділами:

- 1) Модель факторів професійно-особистісних компетенцій медичної сестри;
- 2) Навчальна дисципліна, курс за вибором «Тренінг комунікативної компетентності медичної сестри»;
- 3) Тренінг професійних компетенцій медичної сестри;
- 4) Навчальна програма з профілактики АГ.

Основна мета реалізації проєкту полягала у підвищенні професійних компетенцій МС, представленні комплексної програми для формування навичок МС у проведенні заходів з профілактики АГ і покращення здоров'я пацієнтів.

Метою нашого проєкту є не тільки передача студентам-майбутнім МС та практикуючим МС сукупності знань, умінь і навичок у певній сфері, але і розвиток

кругозору, міждисциплінарного чуття, здібностей до індивідуальних креативних рішень, до самонавчання, а також формування гуманістичних цінностей.

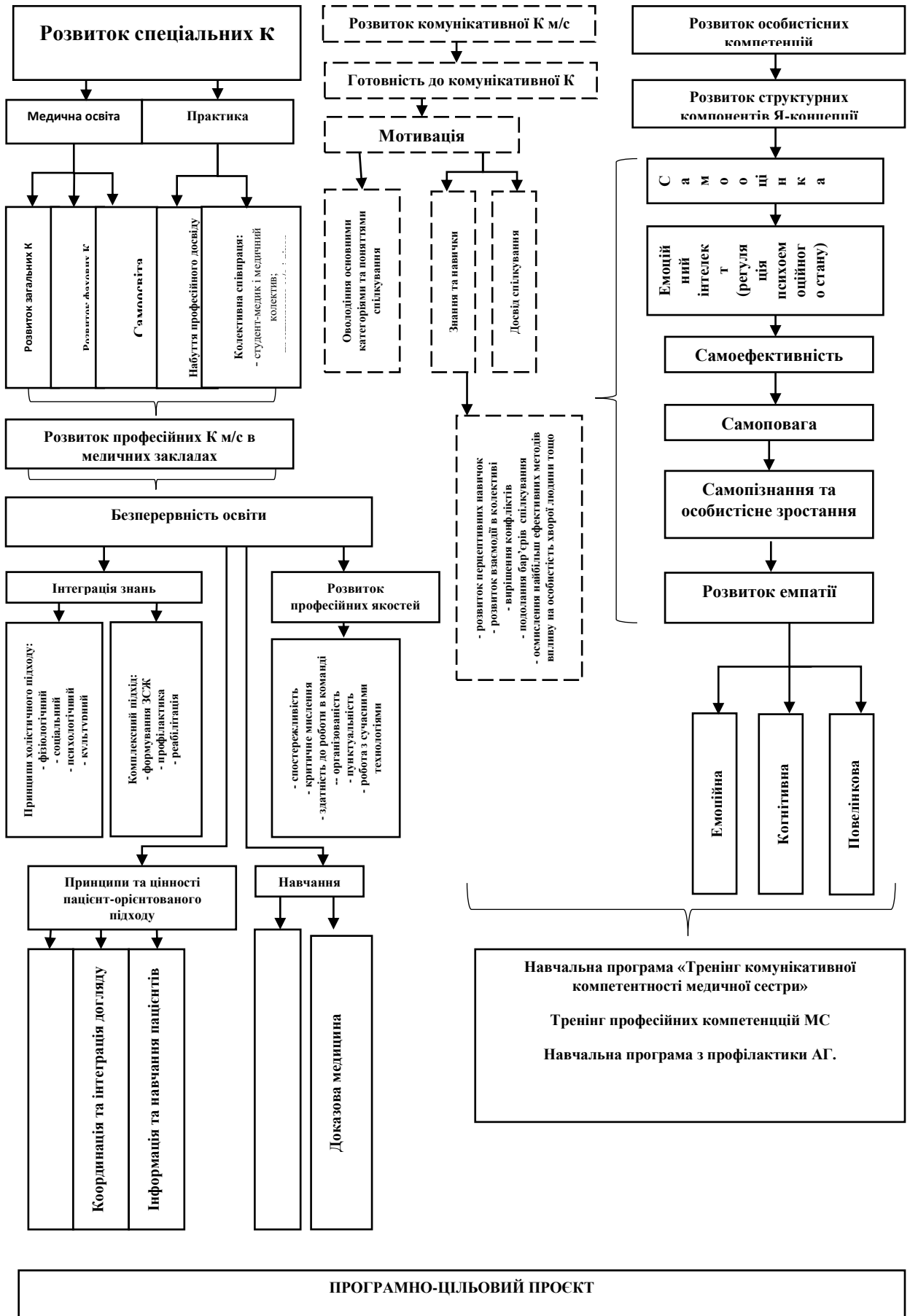
Умовами формування професійних компетенцій МС і необхідність підготовки її до терапевтичної взаємодії із пацієнтами з діагнозом АГ, обумовлені особливостями її діяльності:

- метою МС є вивчення пацієнта, його оточення як об'єктів дослідження для виявлення ставлення до здоров'я, хвороби, аналізу їх способу життя для вибору в подальшому спільних шляхів збереження або відновлення втраченого здоров'я;
- необхідною умовою є побудова терапевтичного альянсу «медична сестра – пацієнт» – комунікативні компетенції дозволяють формувати суб'єктну позицію пацієнта в лікувальному процесі;
- МС доводиться взаємодіяти з різними пацієнтами (тривожними, іпохондричними, агресивними й ін.), на психіку яких впливає захворювання, що змінює ставлення до життя, роботи, близьких людей і самого себе;
- низька прихильність пацієнтів до лікування, пов'язана з багатьма суб'єктивними й об'єктивними причинами, визнається сьогодні більшістю фахівців як найбільш суттєва перешкода для успішного лікування хворих з АГ;
- проведення профілактичних заходів.

Так як компетенція включає в себе сукупність якостей МС (знань, умінь, навичок, способів діяльності), а компетентність – володіння комплексом відповідних компетенцій, що включає особистісне ставлення до них та предмета діяльності, то вважаємо, що якість сформованості професійної компетентності базується на наступних факторах:

- поглиблене навчання в медичних навчальних закладах;
- обов'язкове проходження виробничої практики в лікувальних закладах;
- безперервність процесів навчання та професійного удосконалення;
- робота згідно з принципами «доказової медицини»;
- дотримання всіх стандартів проведення медсестринських маніпуляцій;
- принципи та цінності пацієнт-орієнтованого підходу;
- розвиток професійних якостей, який тісно пов'язаний з розвитком особистісних компетенцій.

МОДЕЛЬ РОЗВИТКУ ПРОФЕСІЙНО-ОСОБИСТІСНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ (К)



Під час роботи МС в медичному закладі важливо враховувати безперервність освіти, елементом якої є інтеграція знань з холистичного та комплексного підходів. Концепція холистичного підходу до навчання МС (холистична освіта) – це створення навчального процесу, що відображає цілісність сприйняття інформації через поєднання фізичного, психологічного, соціального, культурного джерел інформації.

Застосування засад доказової медицини в лікувальній практиці у різних країнах сприяло значному росту ефективності та безпечності будь-яких медичних втручань. Доказова медицина (evidence-based medicine) – розділ медицини, що базується на доказах і передбачає пошук, порівняння, аналіз та впровадження отриманих доказів для використання в інтересах хворих.

Комплексний підхід навчання МС включає: знання з формування здорового способу життя власного та пацієнта, знання превентивної допомоги та реабілітації.

Фактори, які впливають на результативність та ефективність профілактичної допомоги пацієнтам із захворюванням АГ, нерозривно пов'язані з якістю профілактичної допомоги загалом. Ці фактори можна розділити на кілька груп (рис. 5.1):

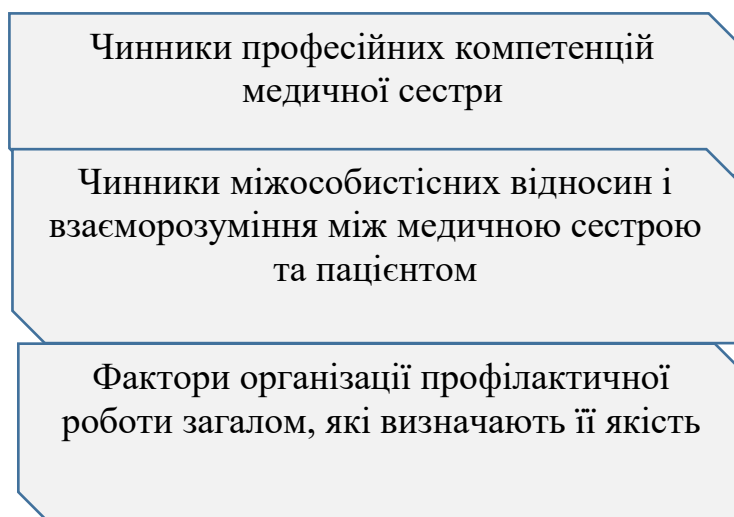


Рис. 5.1. Фактори впливу на ефективність профілактичної допомоги пацієнтам із АГ

Напрямами навчання МС в галузі пацієнт-орієнтованого підходу є наступні:

- тема цінностей і переконань пацієнтів;
- координація та інтеграція в процесі догляду;

- інформація та навчання пацієнтів.

Підвищення рівня знань та навичок МС з питань освіти пацієнта і подальше впровадження підходу, орієнтованого на пацієнта, є пріоритетними і важливими в процесі одужання пацієнтів і їхнього самопочуття під час хвороби.

Навчання пацієнтів – важлива функція кожної МС. Адже пацієнт має розуміти, що з ним відбувається, які його дії допоможуть йому одужати, а які, навпаки, погіршать його стан.

Успіх професійної діяльності МС залежить від особистісних компетенцій. Ефективний фахівець – той, хто володіє не лише професійними компетенціями, а й має високорозвинуті особистісні якості:

- здатність аналізувати власні дії;
- вміння слухати та управляти своїми емоційними станами;
- самокритичність;
- спроможність до самопізнання та особистісного зростання;
- здатність спілкуватись з пацієнтом з метою розуміння його психічного стану;
- здатність діяти терапевтичним шляхом (з урахуванням розуміння психологічного стану пацієнта).

Структурним елементом розвитку особистісних компетенцій МС вважаємо питання формування Я-концепції у професійній підготовці як провідного чиннику інтерпретації та інтеграції особистістю життєвого досвіду, джерела її очікувань і намірів, регулятора соціальної поведінки. Попри досить глибоку розробку різних аспектів цього питання, вчені не приділяють належної уваги виявленню динаміки змін Я-концепції у процесі професійної підготовки [114].

Я-концепція (від лат. *conceptus* – поняття) – це система уявлень людини про себе, яка містить усвідомлення:

- когнітивних (інтелектуальних) властивостей, які організуються в образі Я;
- рівня самоефективності;
- емоційно-ціннісних самоствавлень, що виявляються у самооцінці;
- суб'єктивно сприйнятих соціальних чинників [113];

У структурі Я-концепції елементом впевненості є самоефективність. Самоефективність – це усвідомлена здатність людини протистояти складним ситуаціям та впливати на ефективність діяльності і функціонування особистості загалом [123, 142]. Вона заснована на знанні та минулих переживаннях, з впевненістю особистості у власній здатності досягати результату.

Сформований певний рівень самоефективності забезпечує особистість методами та навичками лідерства, тому актуальним постає питання їх формування як в процесі навчання у ВНЗ, так і під час практичної діяльності медичної сестри.

Щодо питання впевненості МС вважаємо, що особистості з високим рівнем впевненості у свої можливості підходять до складних завдань як до викликів, які зможуть подолати, а не як до погроз, яких слід уникати. Такий ефективний прогноз сприяє самостійному інтересу і глибокій зосередженості в діяльності.

Актуальними засобами допомоги МС у формуванні особистісних компетенцій щодо подолання власної невпевненості як професіонала, а також розвитку самоповаги і самопослідовності, визначено активне залучення їх до розробки і впровадження корпоративних програм підтримки особистого здоров'я, науково-дослідницьких, профілактичних, едукативних проєктів, а ресурсом для розвитку професійно-особистісної компетентності – їхній оптимізм та альтруїстичні мотиви вибору медичної професії.

Розвиток і трансформація мотиваційної структури суб'єкта діяльності відбувається в процесі засвоєння професії, під час навчання та трудової діяльності. Цей розвиток відбувається у двох напрямках: по-перше, загальні мотиви особистості трансформуються у професійні; по-друге, зі зміною рівня професіоналізації змінюється і сама система професійних мотивів. Мотивація організує цілісну поведінку, підвищує професійну активність, суттєво впливає на формування цілі і вибір шляхів її досягнення [117].

Впродовж формування професійно-особистісних компетенцій МС проходить мотиваційний компонент:

- мотивація до розвитку професійних компетенцій;
- мотивація до розвитку комунікативних компетенцій;

– мотивація до самопізнання та саморозвитку.

Наступними складовими компонентами особистісних та комунікативних компетенцій є емпатійні здібності МС. Вважаємо за необхідне досліджувати та розвивати їх у МС.

У медицині термін «емпатія» має дещо інший відтінок: «клінічну емпатію» визначають як адекватне розуміння внутрішніх психічних процесів пацієнта стосовно його проблем зі здоров'ям [184]. К.А. Stepien та А. Baernstein характеризують клінічну емпатію не лише як розуміння емоцій пацієнта, але і як реалізацію проявів цього розуміння стосовно пацієнта [242]. На думку S. W. Mercera [184, 251], клінічна емпатія включає в себе:

- 1) здатність розуміти стан пацієнта, його почуття (емоції);
- 2) здатність спілкуватися з пацієнтом з метою розуміння його психічного стану, його емоцій та перевірки точності цього розуміння;
- 3) здатність діяти певним терапевтичним шляхом (з урахуванням розуміння психічного стану пацієнта).

Емпатію розглядають як єдність емоційних, когнітивних та вольових процесів. Серед видів емпатії виокремлюють такі:

- 1) емоційну – готовність відгукнутися на почуття і душевні хвилювання;
- 2) когнітивну – що ґрунтується на розумових процесах: здатності інтенсивно проаналізувати інформацію про співрозмовника, готовність зрозуміти і прийняти його позицію, а також здатності передбачити його психологічні реакції в конкретних ситуаціях;
- 3) поведінкову – реакція вольового типу, яка виражається у мотивації до альтруїстичної допомагаючої поведінки на користь іншої людини, спрямованої на поліпшення її емоційного стану.

Особливо важливим у контексті профілактичних задач, які вирішуються у роботі з пацієнтами хворими на АГ, є розвиток установок, що сприяють емпатії.

Медсестринська діяльність роздвоюється на дві протилежні парадигми: «*care oriented*» (зорієнтована на лікування) і «*patient oriented*» (зорієнтована на турботу), які

в зв'язку із завданнями медико-психологічного супроводу пацієнта в ідеалі повинні бути злиті в холістичному підході до терапії [11].

5.2. Умови розвитку комунікативної компетентності медичних сестер

У найбільш загальному вигляді комунікативну компетентність МС можна охарактеризувати як певний рівень сформованості міжособистісної і професійної успішності взаємодії з оточуючими, котрий необхідний індивіду для успішного функціонування у професійній та суспільній сферах. З цього випливає, що комунікативна компетентність залежить не тільки від індивідуальних особливостей людини, але й від тих змін, що відбуваються у суспільстві (системі охорони здоров'я, зокрема), і пов'язаної із цими змінами соціальною мобільністю самого фахівця-медика. Комунікативна культура МС передбачає також наявність професійних поглядів і переконань, установки на емоційно-позитивне ставлення до пацієнта незалежно від його особистісних якостей, і цілий комплекс комунікативних навичок і вмінь, необхідних МС для медичної взаємодії (побудови терапевтичного альянсу з пацієнтом).

Теоретико-методологічний аналіз даних, отриманих у ході дослідження особливостей комунікативної компетентності МС, технологій розвитку комунікативних характеристик особистості, а також результатів нашого дослідження дозволив визначити основні підходи до побудови програми комунікативної підготовки МС в процесі навчання.

Процес формування комунікативної компетентності буде проходити успішно, якщо враховувати специфіку комунікативної компетентності майбутніх МС; упроваджувати комплекс комунікативно-орієнтованих терапевтичних завдань, що поетапно ускладнюються; актуалізувати комунікативно-значущі цінності МС (толерантність, стресостійкість, професійну емпатію, милосердя тощо) [51].

За допомогою комунікативних компетенцій суб'єкт спілкування здійснює у процесі комунікативної діяльності обмін інформацією (розуміння її смислу та висловлення думок), вироблення спільної стратегії взаємодії та встановлення взаємин, сприймання та розуміння партнера зі спілкування [55].

Комунікативні компетенції МС, що лежать в основі встановлення терапевтичного альянсу з пацієнтом, дозволяють:

- краще розпізнавати й реагувати на вербальні й невербальні знаки пацієнтів;

- більш ефективно проводити діагностику, оскільки ефективна діагностика залежить не тільки від встановлення тілесних симптомів хвороби, але також від здатності МС виявити ті соматичні симптоми, причини яких можуть мати психологічну або соціальну природу, що важливо повідомити лікарю, тому що можливі інші плани лікування;

- домагатися схвалення пацієнтом плану лікування, тому що дослідження показали, що тренування комунікативних навичок впливає на згоду пацієнта приймати призначений йому лікарський засіб. Небажання дотримуватись призначеного лікування описується як найбільш серйозна проблема в медицині;

- передавати пацієнтам адекватну медичну інформацію й аргументовано переконувати їх у перевагах здорового способу життя, підвищуючи таким чином роль медичного працівника у зміцненні здоров'я й профілактиці хвороби;

- впливати на різні форми відображення хвороби (емоційна, інтелектуальна, мотиваційна), допомогти пацієнту поновити зв'язок зі світом, перебороти так звану засвоєну або навчену безпорадність, зруйнувати стереотипи, сформовані хворобою, і створити зразки здорового реагування;

- МС діяти більш ефективно в особливо делікатних ситуаціях взаємин з пацієнтом.

Вивчення нами стану готовності до компетентного професійного спілкування МС показало, що ця готовність знаходиться на досить низькому рівні. Загальна картина засвідчує наявність у більшості представників контингенту досліджуваних тенденції до побудови дистантних, статусних, «вертикально» орієнтованих взаємовідносин з людьми, а також відсутність навичок спілкування, яке мало б на меті розуміння, надання підтримки і виконувало б психотерапевтичні функції.

Разом з тим, слід зазначити, що контингент майбутніх МС дуже неоднорідний за своїм складом в аспекті готовності до компетентного спілкування і між медичними сестрами існують суттєві індивідуальні відмінності.

Результати нашого емпіричного дослідження показали, що низький рівень комунікабельності діагностується в 11,48 % МС. Щодо сформованості комунікативної культури, то абсолютна більшість (91,80 %) МС показали середній її рівень, 4,92 % – низький рівень.

Для МС з низьким рівнем комунікативної культури характерними є занижена самооцінка, прояв невпевненості у спілкуванні, відсутність мотивації до прояву активності та саморозвитку.

Частина МС потребує, перш за все, допомоги у розвитку відповідних комунікативних вмінь та навичок, які могли б забезпечити побудову ефективних взаємовідносин з пацієнтами і колегами.

Відповідно до цієї потреби у співпраці з викладачами кафедри психології та філософії Буковинського державного медичного університету було розроблено курс за вибором «Тренінг комунікативної компетентності медичної сестри» для студентів 2 курсу спеціальності «Медсестринство», який є теоретичним і практичним фундаментом побудови успішної взаємодії медичної сестри та пацієнта і надає можливість студентам не тільки оволодіти системою психологічних знань, а й забезпечує формування на цій основі психологічних вмінь, що є одним з важливих елементів у професійній підготовці та професійній діяльності фахівця; сприяє вирішенню та осмисленню найбільш ефективних методів впливу на особистість хворого.

Завданнями навчальної дисципліни «Тренінг комунікативної компетентності медичної сестри» стало формування у студентів системи психологічних знань; оволодіння основними категоріями та поняттями комунікативної компетентності; розвиток емоційної компетенції (емоційного інтелекту) як важливої складової комунікативного аспекту власної професійно-особистісної компетентності; розгляд перцептивних механізмів та ефектів соціальної перцепції; аналіз причин виникнення труднощів у спілкуванні; вміння долати бар'єри спілкування, розв'язувати

конфлікти, вирішення питань побудови та організації міжособистісної взаємодії в колективі, в аналізі різного роду професійних ситуацій, в осмисленні найбільш ефективних методів впливу на особистість хворої людини.

Навчальна дисципліна «Тренінг комунікативної компетентності медичної сестри» розбудовувалася нами довкола парадигми спілкування між пацієнтами та медичним персоналом як інструменту лікувального процесу. Якщо підходити до спілкування з цієї точки зору, то єдиним способом його оцінки може бути ступінь задоволеності процесом лікування всіх учасників комунікативного процесу. У свою чергу, ступінь задоволеності залежить від наявних очікувань щодо результату взаємодії у пацієнта, лікаря і медичної сестри.

Пацієнту легше отримати задоволення від процесу лікування в тому випадку, коли його потреба в здоров'ї обумовлена не тільки психофізичними потребами в комфорті і безпеці. У тому випадку, коли людина розглядає здоров'я як одну з основних умов для саморозвитку і самореалізації, ставиться до здоров'я, як до капіталу, вона готова до профілактичних процедур, готова обговорювати різні способи лікування. Ставлення до фізичного благополуччя як до показника соціального успіху дозволяє такому пацієнту орієнтуватися на вчасне звернення за медичною допомогою, розуміти необхідність вкладати гроші і час у своє здоров'я.

Спілкування МС з пацієнтом відбувається на двох рівнях. На першому, в процесі огляду, збору анамнезу, здійснення лікувальних процедур вони спілкуються «з тілом пацієнта», взаємодіючи з людиною, як з носієм хворого органу. При цьому особистісна ідентифікація ослаблена. На цьому рівні спілкування МС має беззаперечний кредит довіри. Другий, соціальний рівень, передбачає встановлення контакту з особистістю пацієнта. Саме на цій стадії відбувається пояснення пацієнтові стану його здоров'я, пропозиція плану лікувальних і профілактичних заходів, обговорюється вартість лікування. Ефективність переходу зі збереженням психологічного лідерства медсестри залежить від її ставлення до цінності «здоров'я». Якщо для самої МС поняття цінності здоров'я виходить за рамки фізичного комфорту, їй простіше встановити особистий контакт, і, якщо це необхідно, переконати пацієнта, наприклад, у необхідності профілактичних заходів.

Саме на таких світоглядно-ціннісних позиціях ґрунтується запропонована дисципліна «Тренінг комунікативної компетентності медичної сестри».

Впровадження даної навчальної дисципліни із застосуванням тренінгу як навчальної технології дозволяє цілеспрямовано формувати професійно-особистісні, зокрема, комунікативні компетенції майбутніх МС, забезпечуючи їм важливу ланку у переході від теоретичного навчання до клінічної практики, підвищуючи рівень задоволення від навчання, впевненості та рівень самоефективності.

Вважаємо, що формування комунікативних компетенцій під час тренінгу створює умови для набуття членами групи особистого досвіду спілкування у різноманітних ситуаціях міжособистісної взаємодії, дає можливість надавати та одержувати зворотний зв'язок, виявляти та вирішувати особистісні проблеми учасників, які можуть заважати ефективній комунікації тощо.

Мета Тренінгу професійних компетенцій медичної сестри – формування психологічних знань і відповідних умінь, які дозволять забезпечити ефективну комунікацію медсестра-пацієнт, розвиток комунікативної культури, професійно важливих особистісних якостей МС.

Запропонований «Тренінг професійних компетенцій медичної сестри» був проведений для МС, які працюють у команді з лікарями та беруть безпосередню участь в організації і проведенні занять із пацієнтами щодо профілактики АГ (n=156) – це ті ж медичні сестри, котрі брали участь у констатувальному етапі нашого дослідження. Через два тижні після завершення тренінгу провели контрольне дослідження професійно-особистісних компетенцій, зокрема комунікативної компетентності МС із застосуванням тієї ж батареї психодіагностичних методик, що й на констатувальному етапі (методики досліджень описані у розділі 2).

Статистичну обробку даних контрольного дослідження здійснювали за допомогою непараметричного критерію Вілкоксона для двох залежних вибірок, щоб порівняти персональні показники вираженості різних компетенцій; так, результат кожної МС порівнювався з її ж показником, отриманим до участі у програмі. Це

дало можливість перевірити, чи відбулися статистично достовірні зміни внаслідок участі МС у тренінгові.

Контрольне дослідження показало, що значуще змінилися такі складові комунікативного компоненту професійно-особистісних компетенцій МС, як рівень комунікабельності і комунікативної культури, емоційні бар'єри у спілкуванні; а також такий особистісний аспект компетентності, як емпатія та мотиваційний аспект у вигляді окремих проявів ставлення до себе як професіонала.

Як видно з рисунку 5.2, рівень комунікативної культури МС внаслідок участі у тренінговій програмі відчутно ($p=0,002$, за критерієм Вілкоксона) зріс, що свідчить про ефективність запропонованого учасникам навчання і змістову коректність укладеної програми.

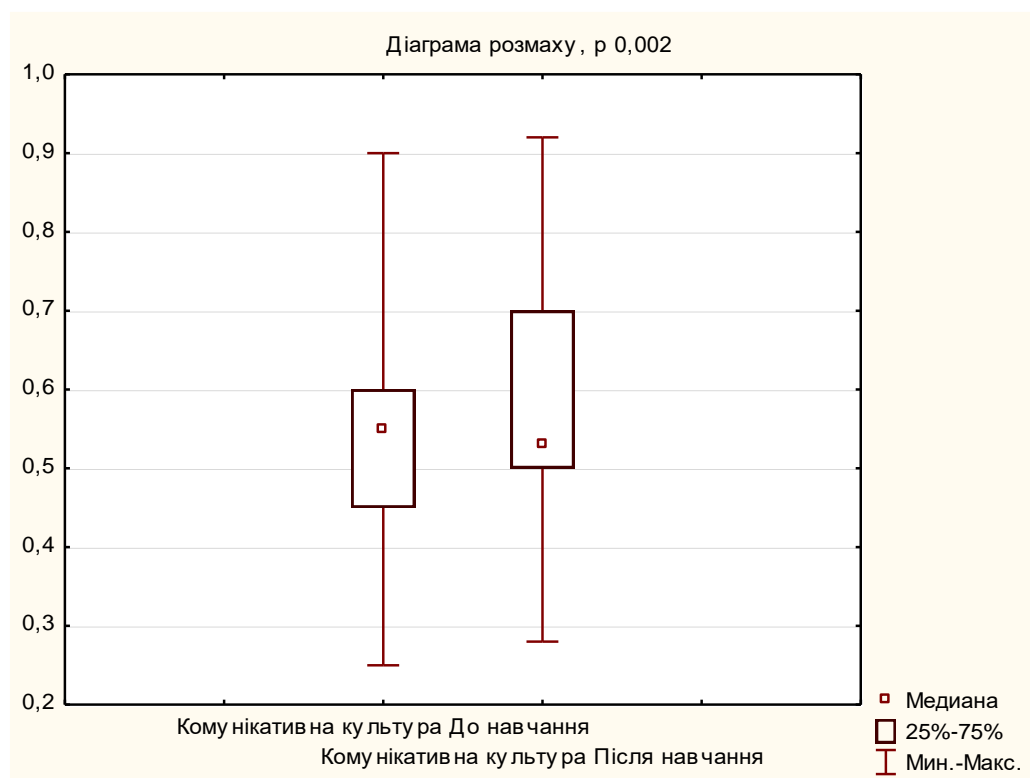


Рис. 5.2. Порівняння показників сформованості комунікативної культури медичних сестер ($n=156$) до участі у тренінгові професійних компетенцій та після нього (за критерієм Вілкоксона)

І хоча, як видно з рисунку, медіана у розподілі показників комунікативної культури МС після тренінгу дещо нижча, ніж у розподілі показників до тренінгу, загалом нормативні показники для групи після тренінгу стали вищими і охопили

діапазон середнього і вище середнього рівнів, тоді як до тренінгу були в діапазоні нижче середнього та середнього.

У процесі проведення тренінгу було відзначено, що МС по-особливому відгукувалися на такі чинники групової роботи, як сприятливий мікроклімат, комфортна й конструктивна взаємодія тренерів та учасниць, особистісно-орієнтоване спілкування, взаємна увага один до одного, підкреслення особистого успіху кожної учасниці. Ймовірно, що саме ці фактори сприяли підвищенню рівня комунікативної культури МС, адже довелося спостерігати, як запропоновані моделі взаємодії активно впроваджувалися у виконанні групових завдань. Також варто відмітити важливість культури обговорення почуттів учасниць тренінгу, яка системно позиціонувалася тренерами як важлива компетенція будь-якої зрілої особистості, зокрема й фахівця, котрий працює з людьми і в силу своїх професійних обов'язків виконує функції догляду, допомоги, опіки, навчання.

Важливим інструментом Тренінгу професійних компетенцій медичної сестри виступила рольова гра. У процесі проведення таких ігор МС пропонувалися моделі різних ситуацій спілкування, які часто дозволяли вийти за звичні рамки поведінкових стереотипів, знаходити й активно використовувати нові невідомі їм, такі, що не застосовувалися ними раніше, елементи культури спілкування. З цією метою при розігруванні будь-яких ситуацій кожній учасниці пропонувалися обставини, роль і дії, найменш характерні для її манери спілкування. Ігровий характер сприяв створенню на заняттях атмосфери психологічного комфорту, розкутості, невимушеності. Велика увага приділялася емоційній сфері учасниць, що висуває особливі вимоги до психологічного клімату занять.

Для успішного формування комунікативної культури ми вважали за необхідне детально аналізувати результати кожної вправи, якщо можливо, намагатися знаходити інші варіанти вирішення проблеми, звертаючи увагу не тільки на принципову правильність виконання завдання, а й на форму виконання. Після розбору та обговорення було корисно дати медсестрам-учасницям можливість повторити вправу з урахуванням висловлених зауважень і побажань, вирішити наявну проблему іншим способом.

Ефективність формування комунікативної культури МС в умовах сучасної безперервної професійної підготовки багато в чому залежить від знання норм, цінностей і установок, що реалізуються в спілкуванні; ставлення до людини як суб'єкту спілкування; знання психології спілкування, яке повинно будуватися на принципах довіри, взаєморозуміння, співробітництва.

Розвиткові комунікативної культури і комунікабельності МС сприяло опрацювання під час тренінгу таких проблемних питань: емпатія, толерантність як складові потреби в спілкуванні; показники незадоволеності потреби в спілкуванні; специфіка і проблеми формування культури професійного спілкування медичного працівника; поняття і складові комунікативної компетентності МС.

Як уже йшлося у попередньому розділі, рівень комунікабельності майже половини МС у констатувальному замірі був високим, а оптимальні її показники виявляли лише близько 13 % респонденток. У поєднанні із середнім рівнем комунікативної культури такі результати були не дуже втішними. Тому, звичайно, у тренінговій роботі основний акцент було зроблено на формування комунікативної культури медичних сестер. Але й показники комунікабельності після проходження програми також дещо зросли. За логікою тесту В.Ф. Ряховського, низькі бали свідчать про високу комунікабельність, а високі – про низьку.

Як видно з рисунку 5.3, рівень комунікабельності МС після проходження Тренінгу професійних компетенцій достовірно ($p=0,001$, за критерієм Вілкоксона) зріс, і в поєднанні з підвищенням рівня комунікативної культури це виявлялося у тому, що МС стали демонструвати більшу гнучкість у ситуаціях спілкування з різними людьми, усвідомили необхідність щоразу конструктивного, взаємно корисного спілкування, почали краще розуміти потреби партнера по спілкуванню і навчилися проясняти ці потреби у процесі обговорення, навчилися звертати увагу на свої власні мотиви спілкування і глибше усвідомлювати їх, навчилися краще слухати співрозмовника. Комунікабельність є однією з основ комунікативної культури, тому їх розвиток має відбуватися паралельно.

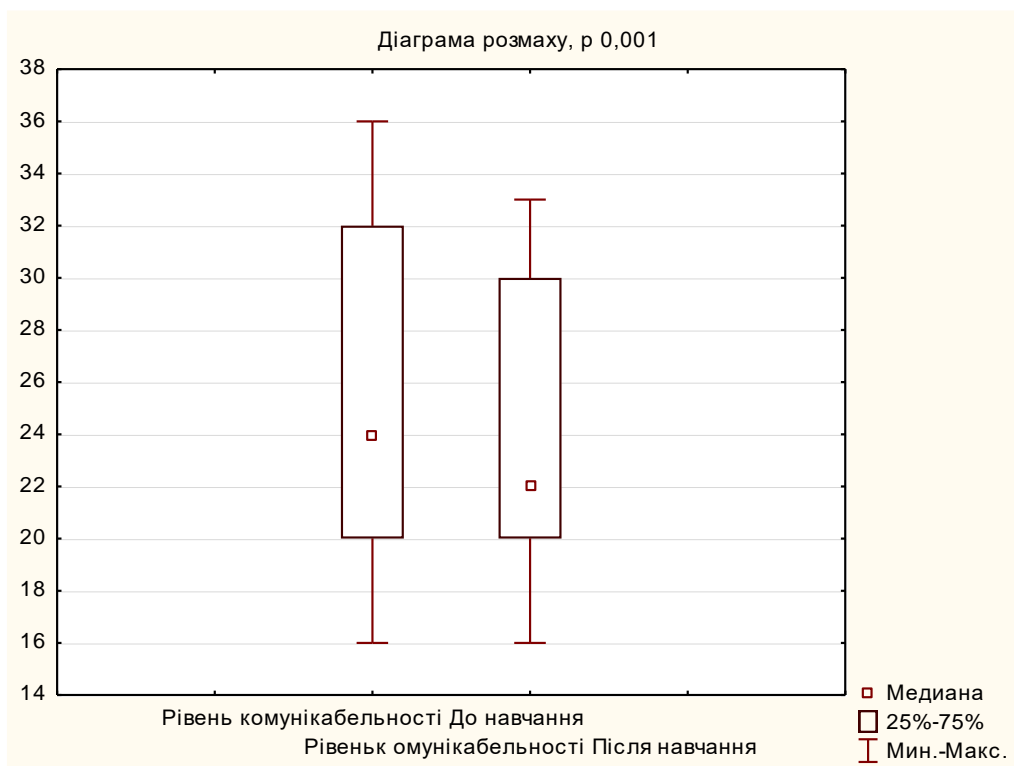


Рис. 5.3. Порівняння показників комунікабельності медичних сестер ($n=156$) до участі у тренінгові професійних компетенцій та після нього (за критерієм Вілкоксона)

Комунікабельність передбачає вміння слухати і розуміти співрозмовника, його почуття, думки і потреби. Для цього необхідна розвинена емпатія. Емпатія у процесі спілкування виконує наступні функції: 1) підсилює ступінь ідентифікації з партнером; 2) знімає напругу, відчуття дискомфорту, що викликаються переживаннями іншої людини; 3) сприяє задоволенню потреби у власному благополуччі; 4) розвиває егоїстичні способи поведінки і стратегії взаємодії «за себе»; 5) збільшує ступінь розуміння емоційних станів іншої людини; 6) актуалізує переживання неблагополуччя партнера безвідносно до власного дискомфорту; 7) сприяє задоволенню потреби в благополуччі; 8) обумовлює вибір альтруїстичних способів поведінки і стратегій взаємодії під девізом «за іншого» [15].

МС, як показали наші дослідження, до участі у навчально-тренінговій програмі мали в основному знижений рівень емпатійних здібностей. Тому розвиток цих компетенцій мав одне з пріоритетних значень.

Розвиткові емпатії як професійно-особистісної компетенції МС сприяє, насамперед, діалогове спілкування. Серед емоційно-інтелектуальних прийомів розвитку емпатії виділяють [11, 12, 102], такі: ідентифікація, когнітивна інтерпретація, резюмування, «Дзеркало», «Власні назви», підбадьорювання і запевнення, уточнюючі запитання, саморозкриття, емоційний відгук, встановлення особистого контакту, жарт і гумор, позитивне підкріплення.

Усі зазначені прийоми були закладені у практичну частину реалізованого нами Тренінгу професійних компетенцій медичної сестри й відпрацьовувалися у процесі рольових ігор. Очевидно, що саме їх використання дозволило достовірно ($p=0,001$, за критерієм Вілкоксона) підвищити рівень емпатії учасниць (рис. 5.4).

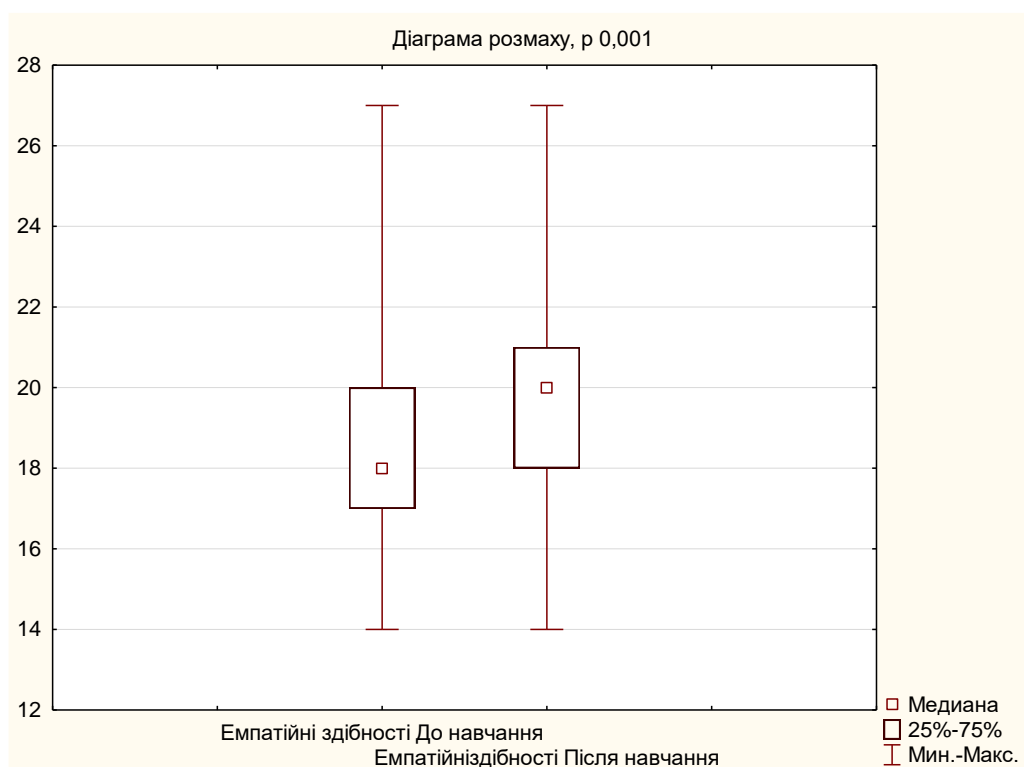


Рис. 5.4. Порівняння показників емпатії медичних сестер ($n=156$) до участі у тренінгові професійних компетенцій та після нього (за критерієм Вілкоксона)

Для подальшого підвищення рівня емпатії МС рекомендували бути уважними до своїх почуттів, вивчати їх, причину і динаміку їх розвитку; у спілкуванні з пацієнтами та колегами намагатися помічати самі дрібні деталі: міміка людини, її жести, тон голосу, реакції допоможуть визначити, в якому стані вона перебуває і що зараз відчуває; спробувати інтерпретувати почуття і стан іншої людини, подивитися на світ «очима» іншої людини, приміряючи на себе її почуття; вчитися слухати – не

просто проявляти співучасть, а чути партнера; обов'язково встановлювати особистий контакт з пацієнтами: звертатися за іменем; займати позицію на рівні очей пацієнта; намагатися вислуховувати пацієнтів до кінця, якщо навіть у медсестри мало часу, намагатися не перебивати пацієнта; пам'ятати, що вся інформація краще засвоюється не через слова, а через відносини; намагатися використовувати такий прийом взаємодії «демонстрація прихильності»: спокійна увага, усмішка, контакт очей, підбадьорливі жести.

Підвищення рівня емпатійних здібностей МС відбулося насамперед за рахунок зростання ($p=0,002$, за критерієм Вілкоксона) такого їх аспекту, як проникливість в емпатії (рис. 5.5).

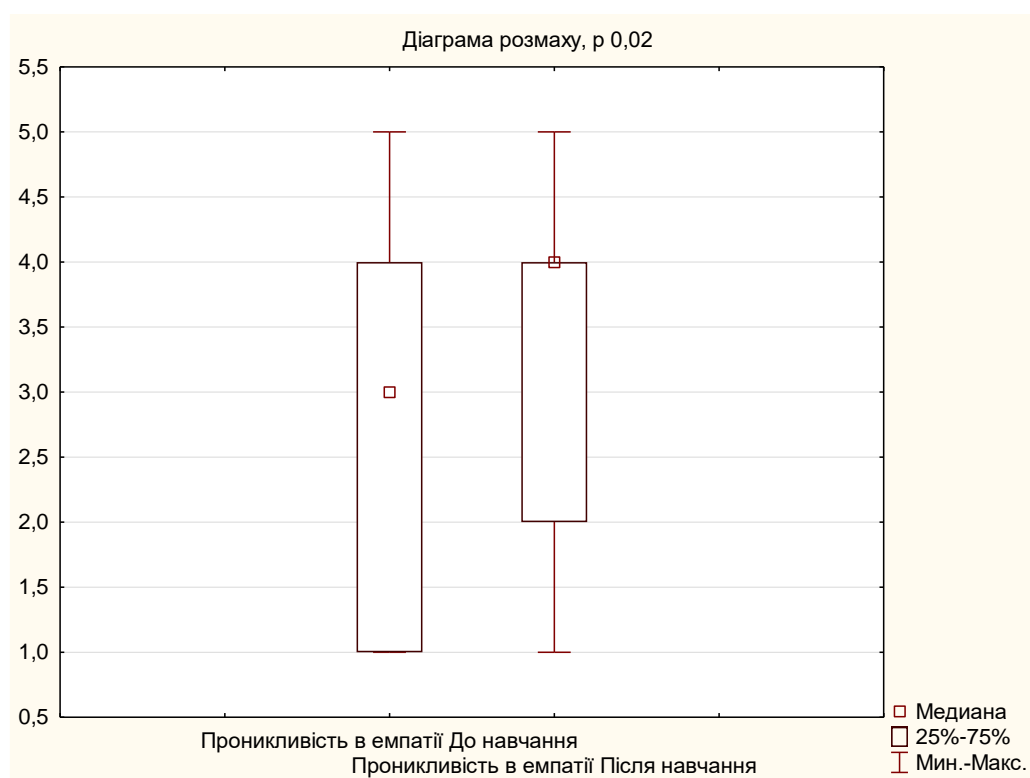


Рис. 5.5. Порівняння показників проникливості в емпатії медичних сестер ($n=156$) до участі у тренінгові професійних компетенцій та після нього (за критерієм Вілкоксона)

Це важлива комунікативна властивість людини, що дозволяє створювати атмосферу відкритості, довірливості, задушевності. Кожен з нас своєю поведінкою і ставленням до партнерів сприяє словесно-емоційного обміну або перешкоджає йому. Розслаблення партнера сприяє емпатії, а атмосфера напруженості,

неприродності, підозрливості перешкоджає розкриттю й емпатійному розумінню. Під час участі в Тренінгу професійних компетенцій МС приділяли багато уваги тому, щоб удосконалити свої уміння «вслухатися» у партнера по спілкуванню, встановивши з ним довірливі стосунки. Це сприяло швидкому й адекватному пізнанню людей і відносин, успішному прогнозуванню поведінки партнера, а, отже, – розвиткові проникливості в емпатії.

Оптимізації рівня емпатійності МС сприяло включення до обговорення та пропрацювання на тренінгу таких питань, як особливості вербального та невербального спілкування, види невербальної та вербальної комунікації, слухання як основний елемент вербальної комунікації, види слухання, методика задавання запитань у процесі слухання, техніки розвитку вербальної та невербальної комунікації, поняття етики медичного спілкування, рівність у спілкуванні медичного працівника і хворого, прояви провини, сорому, каяття, співпереживання, поняття і причини емоційного вигорання медичного працівника, фактори, що сприяють виникненню емоційного вигорання, стадії та основні симптоми вигорання, аналіз власних джерел негативних переживань на роботі, виявлення ресурсів професійної діяльності та інші.

Розвиток емпатії сприяє подоланню бар'єрів у спілкуванні, оскільки дозволяє краще розуміти особливості інших людей, більш продуктивно використовувати уяву для передбачення зміни ситуації і поведінки людини у ній, більш повно й точно будувати картину світу іншої людини [229].

Бар'єри в спілкування, згідно з поглядами більшості сучасних психологів, це психологічний стан, що переживається людиною як неадекватна пасивність, що перешкоджає спілкуванню. Бар'єри спілкування можуть бути пов'язані з характерами людей, їх прагненнями, поглядами, мовними особливостями, з манерами спілкування. У стані суб'єкта, на думку Н.В. Ключової і Ю.В. Касаткіної, при виникненні бар'єрів спостерігаються посилені негативні переживання (наприклад, переживання сорому, провини, страху, тривоги, зниження самооцінки тощо). Бар'єр спілкування може виникати як у зв'язку з емоційним станом партнерів

по спілкуванню, так і в зв'язку з розбіжністю смислів висловлювань, прохань, вказівок тощо [47].

З одного боку, як зазначає Т.Г. Григор'єва [28], опираючись на праці Б.Д. Паригіна [88], система психологічних бар'єрів сприяє підвищенню рівня психологічної захищеності особи по відношенню до все зростаючої психічної напруженості, з іншого боку, нейтралізує такий потужний резерв тонізації і стимуляції емоційної активності індивіда, яким є сфера його безпосереднього спілкування.

Контрольне дослідження вираженості емоційних бар'єрів у спілкуванні медичної сестри, проведене нами після участі респонденток у тренінговій програмі, показало, що зазначені перешкоди достовірно ($p=0,002$, за критерієм Вілкоксона) знизилися (рис. 5.6), хоча й не досягли іще бажаного рівня.

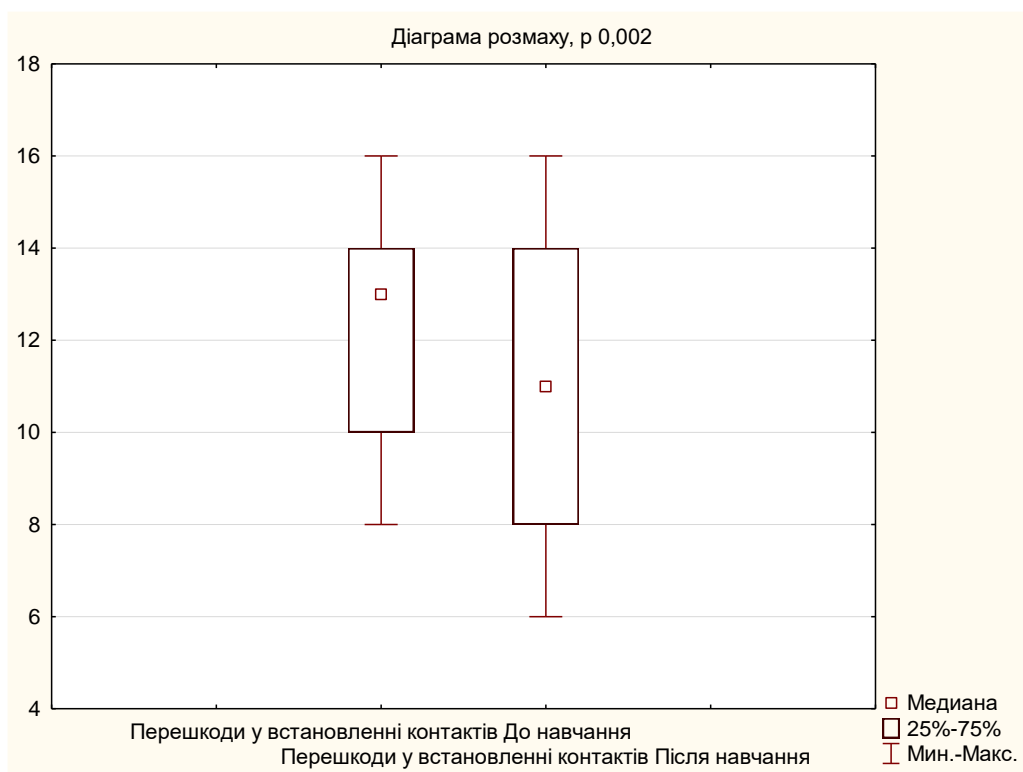


Рис. 5.6. Порівняння показників вираженості перешкод у встановленні контактів (бар'єрів спілкування) медичних сестер ($n=156$) до участі у тренінгові професійних компетенцій та після нього (за критерієм Вілкоксона)

Однак, можна говорити про те, що процес усвідомленого керування емоційними перешкодами у процесі спілкування медичних сестер вже запустився,

адже у рольових іграх та під час виконання різних тренінгових вправ учасниці вчилися розпізнавати ознаки бар'єрів, визначати їх основну причину, по-можливості цю причину усувати і досягати оптимальної залежності якості спілкування від власних емоцій. Для цього їм доводилося докладати значних зусиль до розвитку емоційної компетентності: здатності ідентифікувати власні емоції, уміння опанувати їх і керувати ними. І, як показало контрольне дослідження, МС досягли у цьому напрямку помітних успіхів. Рівень вираженості такого бар'єру у спілкуванні як невміння управляти емоціями у них достовірно ($p=0,002$, за критерієм Вілкоксона) знизився після участі у тренінговій програмі (рис. 5.7).

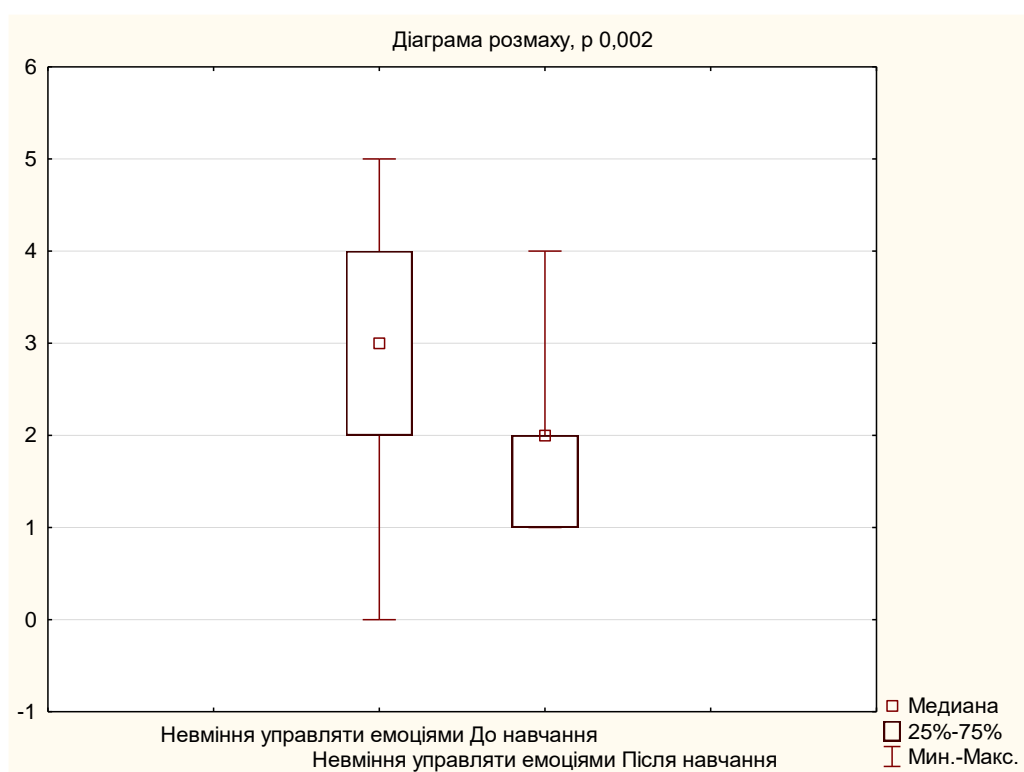


Рис. 5.7. Порівняння показників вираженості невміння управляти емоціями як перешкоди у встановленні контактів у медичних сестер ($n=156$) до участі у тренінгові професійних компетенцій та після нього (за критерієм Вілкоксона)

Уміння управляти своїми емоціями у спілкуванні належить до компетенцій, що забезпечуються емоційним інтелектом. Люди мають можливість виявляти та переживати широкий спектр емоцій у повсякденному житті. Однак деякі з них не здатні використовувати, розуміти та управляти цими емоціями. Цей факт свідчить про необхідність вдосконалення їх соціальних та емоційних навичок. Що стосується

медсестер, то на кожному рівні зазначена вище потреба вважається обов'язковою через особливий характер професії медсестри, яка ставить здорову або слабку людину в центр. Впроваджуючи програми соціального та емоційного навчання, медсестри можуть набути знань, поглядів та навичок, необхідних для розуміння та управління емоціями, досягнення позитивних цілей і підтримання позитивних відносин та прийняття підзвітних рішень [228]. Характер самої сестринської професії, спрямованої на зміцнення здоров'я, профілактику захворювань та догляд за фізично й психічно хворими та інвалідами будь-якого віку, вимагає від медсестер емоційного розуму для реагування на різноманітні обов'язки. Антропоцентричний характер сестринського догляду вимагає емоційного інтелекту як навички високого рівня, що сприяє ефективному, орієнтованому на пацієнта догляду [153].

Уміння МС визначити свої власні переживання, стиль своєї поведінки і підхід до пацієнта, розвіяти його гнітючі думки – це важливі якості медсестри. Від того, наскільки уважно медсестра ставиться до пацієнта, як налагоджується перший контакт між ними, значною мірою залежить психологічний настрій пацієнта, а також поліпшення його фізичного стану.

Спеціально для зниження проявів бар'єрів у спілкуванні до програми Тренінгу професійних компетенцій медичних сестер були включені такі питання, як причини виникнення труднощів у спілкуванні з пацієнтами різного віку; поняття і види бар'єрів у спілкуванні; дефектне спілкування: акцентуації характеру, ригідність, тривожність; деструктивне спілкування: обман, брехня, егоїзм; агресивно-конфліктна взаємодія; фонетичні та семантичні бар'єри; тренінг рефлексивних навичок та навичок саморегуляції.

Окрім того, що внаслідок участі у тренінговій програмі у МС покращилися показники власне комунікативної компетентності, сталися позитивні зміни й у мотиваційному компоненті їх професійно-особистісних компетенцій. Як показало контрольне дослідження, достовірно ($p=0,002$, за критерієм Вілкоксона) покращилося самоставлення МС до себе як до професіоналів (рис. 5.8).

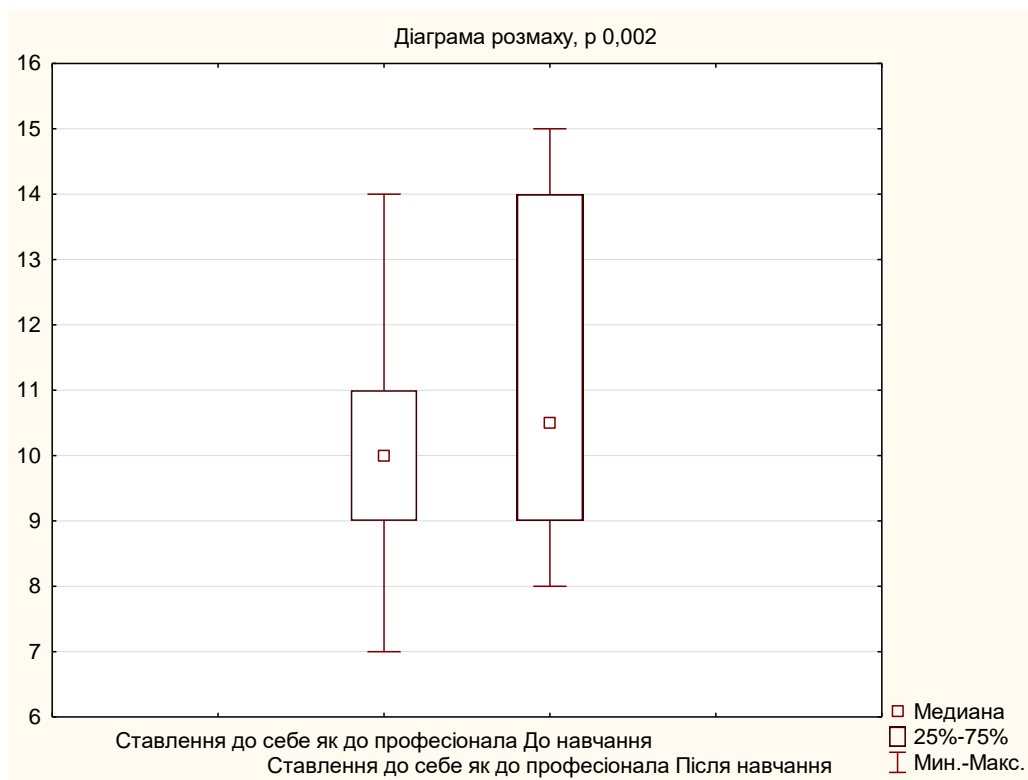


Рис. 5.8. Порівняння показників самоствавлення до себе як професіонала у медичних сестер ($n=156$) до участі у тренінгові професійних компетенцій та після нього (за критерієм Вілкоксона)

До участі у тренінгу самоствавлення абсолютної більшості респонденток не виходило за межі середніх показників, тобто медичні сестри загалом досить самокритично ставилися до себе як до професіонала, або ж, можливо, не наважувалися продемонструвати високе самоствавлення. У процесі тренінгової роботи проблема самоствавлення неодноразово піднімалася, оскільки самою програмою були передбачені такі питання, як поняття і складові Я-концепції професіонала, самоствавлення і самооцінка, самоповага професіонала, ставлення до критики, особистісне зростання. Ймовірно, що саме це сприяло оптимізації ставлення МС до себе як носія певної професійної ролі і реалізатора відповідних функцій. Зокрема, відчутно ($p=0,0003$, за критерієм Вілкоксона) підвищилася самоповага учасниць тренінгу (рис. 5.9).

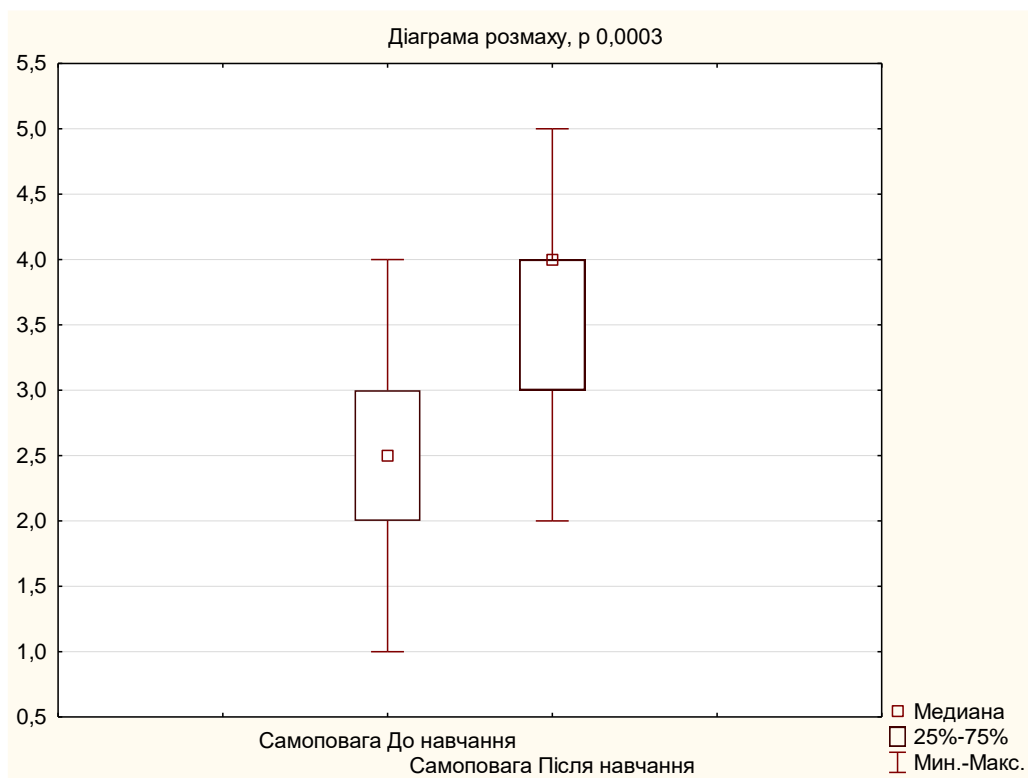


Рис. 5.9. Порівняння показників самоповаги як професіонала у медичних сестер ($n=156$) до участі у тренінгові професійних компетенцій та після нього (за критерієм Вілкоксона)

Вагоме значення самоповаги й адекватної самооцінки для успішної професійної діяльності МС підкреслюється багатьма дослідниками. Так, G.Manomenidis, Th.Kafkia, E.Minasidou et al. зазначають, що мультимодальні стратегії, які створюють та вдосконалюють структури, необхідні для підвищення самооцінки медсестер, повинні бути включені в освітні програми для медсестер [212]. Самооцінка розглядається як один із основних показників психічного здоров'я медичної сестри [191].

У процесі тренінгових занять МС доходили висновку, що їхня власна достатня самоповага дозволить їм ефективно допомагати пацієнтам задовольняти відповідні потреби: з повагою ставитися і звертатися до пацієнтів, визнавати й за необхідності підкреслювати значущість слів пацієнтів, щиро хвалити і вітати пацієнтів за досягнуті успіхи у лікуванні, допомагати їм ділитися своїми успіхами з іншими, допомагати пацієнтам у досягненні почуття власної гідності, вчити пацієнтів використовувати свої переваги. Така підтримка надзвичайно важлива у профілактичній роботі, оскільки сприятиме підсиленню внутрішньої мотивації

пацієнтів до кращого самоконтролю показників АТ та пульсу, оптимізації фізичної активності, режиму праці/відпочинку, харчування і загалом дотримання здорового способу життя.

Зростанню самоповаги МС сприяв і сам факт участі у Тренінгові професійних компетенцій медичних сестер. Надаючи зворотній зв'язок щодо вражень від тренінгу, медсестри зазначали, що сприймали це як підвищення своєї кваліфікації; їх зацікавили незвичний формат занять, психологічні проблеми, які розглядалися на тренінгові; вони із задоволенням відзначали ті нові для себе знання, які здобули під час участі у тренінговій програмі, пишалися новими навичками; усвідомлювали переваги, які надають ці нові знання й навички їм як фахівцям, зокрема, у напрямку здійснення профілактичної роботи з пацієнтами.

Цілком закономірно, що одним з ефектів участі у тренінговій програмі стало достовірне ($p=0,0003$, за критерієм Вілкоксона) підвищення саморозуміння МС як фахівців (рис. 5.10). Це означає, що МС стали краще розуміти свої емоції, мотиви своїх професійних дій і вчинків, свою поведінку у професійних ситуаціях.

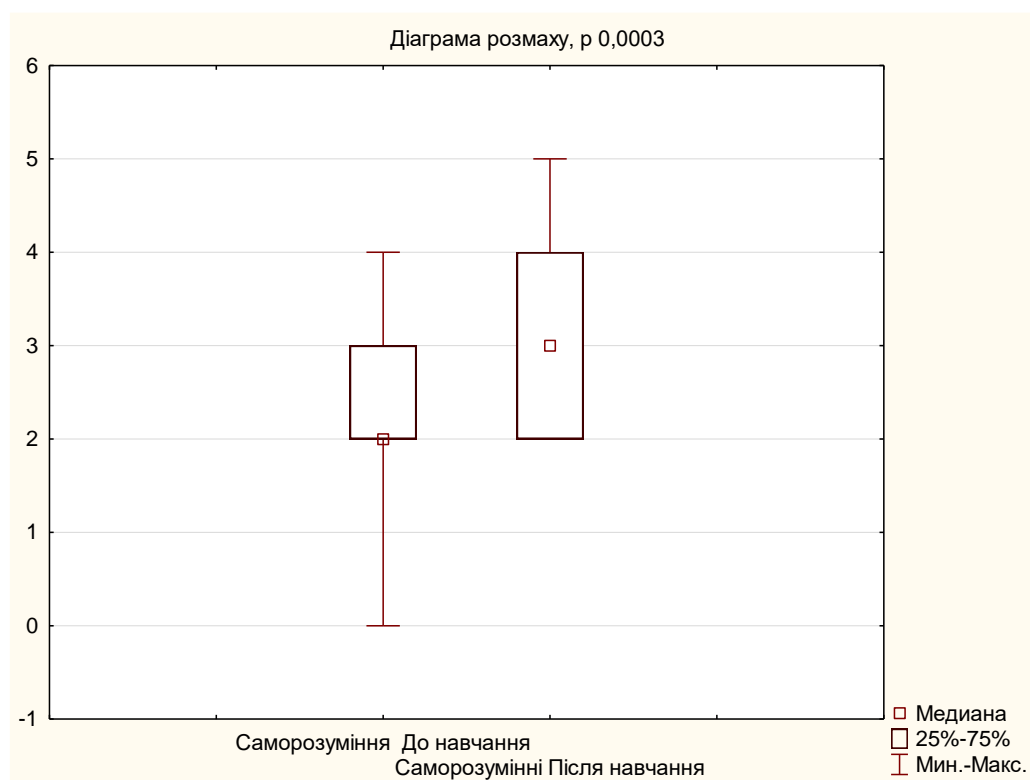


Рис. 5.10. Порівняння показників саморозуміння як професіонала у медичних сестер ($n=156$) до участі у тренінгові професійних компетенцій та після нього (за критерієм Вілкоксона)

Саморозуміння також називається одним з найважливіших факторів психологічного здоров'я МС [60], яке, у свою чергу, виступає запорукою особистого щастя і ефективної самореалізації людини, зокрема у професійній діяльності.

Завдяки підвищенню саморозуміння та самоповаги МС стали більш впевнено почуватися як професіонали, відповідно, показники їх невпевненості у собі в контрольному дослідженні достовірно ($p=0,005$, за критерієм Вілкоксона) знизилися (рис. 5.11).

Як уже йшлося вище, невпевненість у собі як у професіоналові, поруч з комунікабельністю, емпатійністю, є найбільш релевантним фактором у контексті здійснення завдань профілактики АГ. Тому дуже важливо, щоб її рівень був не дуже високий, але, разом з тим, щоб МС все ще відчували необхідність постійного підвищення своєї кваліфікації.



Рис. 5.11. Порівняння показників невпевненості в собі як у професіоналові медичних сестер ($n=156$) до участі у тренінгові професійних компетенцій та після нього (за критерієм Вілкоксона)

В.В. Масляков зі співавторами [69], описуючи на основі власних емпіричних досліджень психологічні портрети МС різних відділень, зокрема хірургічного, терапевтичного і приймального, зазначають, що невпевненість у собі і помисливість виступають одними з відмінних характерних рис МС. У нашому дослідженні, нагадаємо, – близько половини МС до участі у тренінгові виявляли високу й середню за рівнем невпевненість. К.Lundberg [207] зауважує, що відсутність впевненості у медсестер може впливати на їх здатність здобувати нові знання та перешкоджати їх здатності вирішувати складні ситуації. Авторка на основі аналізу наукових публікацій переконує, що МС, які мають впевненість у собі, вірять, що вони можуть зберегти себе і, зрештою, досягти своїх клінічних цілей, тоді як МС, у яких відсутня впевненість у собі, часто передбачають поразку до того, як це станеться. Упевнені МС захоплюються складними цілями, коли їх менш впевнені колеги уникають тих самих завдань. Також упевнені МС наближатимуться до складних навичок із нижчою тривожністю, сприйматимуть цю особливість як важливу і матимуть більш тверде зобов'язання використовувати свої клінічні навички. І матимуть успіх. Тому так важливо, щоб МС були достатньо упевнені у собі.

Зниженню професійної невпевненості (а, отже, підвищенню впевненості у собі як професіоналові) МС сприяли включені у Тренінг професійних компетенцій медичної сестри методи моделювання клінічних ситуацій спілкування з пацієнтами, рольові ігри, соціально-символічні завдання.

Отже, як показало контрольне дослідження, проведене після завершення Тренінгу професійних компетенцій медичної сестри, він був ефективний відносно таких елементів професійно-особистісних компетенцій МС, як комунікабельність, комунікативна культура, емпатійні здібності, зокрема проникливість в емпатії, запобігання та розв'язання конфліктів, подолання емоційних бар'єрів у спілкуванні, насамперед невміння управляти емоціями, ставлення до себе як до професіонала у сенсі самоповаги, саморозуміння і (не)впевненості у собі.

5.3 Оцінка ефективності проведеного навчання пацієнтів з АГ

Огляд наукових публікацій показує, що поширеність АГ і ускладнення, до яких вона призводить, вимагають вжити заходів із раннього виявлення та профілактики цього захворювання. Розв'язання даної проблеми можливе шляхом інформування більшої кількості населення про способи і засоби профілактики розвитку ССЗ і навчання осіб з ФР у навчальній програмі з профілактики АГ, яка має на меті покращення знань з АГ як для МС, так і пацієнтів.

Відповідно до рекомендацій Європейського товариства кардіологів і Європейського товариства гіпертензії з лікування АГ наголошується важлива роль МС і фармацевтів в освіті, підтримці та тривалому спостереженні хворих з АГ як частина загальної стратегії покращення контролю за АГ. Вони розглядають навчання пацієнтів, спрямоване на підвищення їх знань і мотивації, і особливо немедикаментозне лікування, в якості основного методу ведення всіх пацієнтів з АГ [39, 105, 197].

О.Б. Варава звертає увагу, що професійна практика сестринського персоналу на сучасному етапі передбачає виявлення і вирішення у межах власних компетенцій проблем пацієнта, забезпечення сестринськими послугами пацієнтів із найпоширенішими захворюваннями, проведення занять з різними групами пацієнтів у межах компетенцій [19, 32]. Як зазначає Н.М. Абашник, до компетенцій МС повинні входити вміння забезпечувати індивідуальний підхід до хворого, навички співпраці з родинами пацієнтів, якості менеджера та психолога у галузі ділових і людських відносин [1].

Сьогодні необхідно, на думку М.М. Киселевич, навчити пацієнтів керувати своїм здоров'ям і бути відповідальними за нього [7]. Адже активна профілактика АГ здатна допомогти уникнути серцево-судинних ускладнень, що загрожують не тільки якості життя, а й самому життю. Проводити навчання з профілактики захворювання повинна МС разом у команді з лікарем [22].

Згідно з даними літератури, одним із основних заходів профілактики АГ на первинній ланці охорони здоров'я має бути підвищення рівня поінформованості пацієнтів та їх активної участі в лікувально-діагностичному процесі [7, 91].

Однак при цьому важливою є мотивація пацієнта до профілактики та лікування. Тільки після отримання інформації про профілактичні заходи АГ і ускладнення у хворих підвищується прихильність до лікування та з'являється відповідальність за своє здоров'я. Тому на цьому рівні навчання пацієнтів сприяє підвищенню рівня знань, вмінь і навичок для якісного контролю і спостереженням за своїм станом.

Запропонована Навчальна програма з профілактики АГ була спрямована на покращення знань з АГ та вмінь як для пацієнтів (основна група, n=68), так і МС.

Пацієнти, які брали участь у навчальній програмі, вірогідно ($p \leq 0,031$, за критерієм ϕ^* Фішера) покращили свої знання про АГ (на 47,07 %) та ФР (на 50,88 %), можливі ускладнення (на 58,82 %), показники АТ в нормі (на 32,35 %) тоді як у контрольній групі, які не проходили навчання, основна кількість хворих суттєво не покращила свої знання про АГ, можливі ускладнення (табл. 5.1).

Медичні сестри приділяли особливу увагу індивідуальному навчанню пацієнтів методиці вимірювання АТ, підрахунку пульсу та веденню щоденника пацієнта. При цьому лекції були побудовані на інтерактивному спілкуванні з аудиторією та доповнювалися індивідуальними заняттями, що позитивно сприймалося самими пацієнтами [1, 145].

Таблиця 5.1

Результати анкетного опитування хворих з АГ до та після навчання і спостереження

Запитання	Основна група (n=68)		Контрольна група (n=52)	
	до навчання абс. (%)	після навчання абс. (%)	вихідні дані абс. (%)	після спостереження абс. (%)
Чи достатньо у Вас знань про АГ?				
Достатньо	32 (47,05)	64 (94,12)*^	27 (51,93)	31 (59,62)
Недостатньо	27 (39,71)	1 (1,47)*^	21 (40,38)	17 (32,69)
Не цікавить	9 (13,24)	3 (4,41)*	4 (7,69)	4 (7,69)
Чи знаєте Ви про ФР?				
Так	46 (47,65)	67 (98,53)*	39 (75)	42 (80,77)
Ні	22 (32,35)	1 (1,47)*^	13 (25)	10 (19,23)
Чи знаєте показники				
	44 (64,71)	66 (97,06)*^	37 (71,15)	40 (76,92)

Запитання	Основна група (n=68)		Контрольна група (n=52)	
	до навчання абс. (%)	після навчання абс. (%)	вихідні дані абс. (%)	після спостереження абс. (%)
АТ в нормі? Так Ні	24 (35,29)	2 (2,94)*^	15 (28,85)	12 (23,08)
Чи самостійно контролюєте АТ? Так Ні	36 (52,94) 32 (47,06)	64 (94,12)*^ 4 (5,88)*^	31 (59,62) 21 (40,38)	35 (67,3) 17 (32,7)
Чи знаєте про ускладнення АГ? Так Ні	27 (39,71) 41 (60,29)	67 (98,53)*^ 1 (1,47)*^	21 (40,38) 31 (59,62)	23 (44,23) 29 (55,77)
Чи вмієте самостійно вимірювати АТ? Так Ні	45 (66,18) 23 (33,82)	68 (100)*^ -	38 (73,08) 14 (26,92)	40 (76,92) 12 (23,08)
Чи вмієте самостійно підраховувати частоту пульсу? Так Ні	47 (69,12) 21 (30,88)	68 (100)*^ -	41 (78,85) 11 (21,15)	44 (84,62) 8 (15,38)
Коли Ви приймаєте лікарські препарати від тиску? Постійно Лише при підвищенні АТ Короткими курсами (1-2 тижні)	17 (25) 38 (55,88) 13 (19,12)	59 (86,76)*^ 9 (13,24)*^ -	13 (25) 31 (59,62) 8 (15,38)	20 (38,46) 27 (51,92) 5 (9,62)
Чи дотримуєтесь засад здорового способу життя ? Так Ні Не завжди	23 (33,82) 13 (19,12) 32 (47,06)	63 (92,65)*^ 2 (2,94)*^ 3 (4,41)*^	15 (28,84) 9 (17,31) 28 (53,85)	19 (36,54) 8 (15,38) 25 (48,08)
Рівень прихильності (тест Моріскі-Гріна):				

Запитання	Основна група (n=68)		Контрольна група (n=52)	
	до навчання абс. (%)	після навчання абс. (%)	вихідні дані абс. (%)	після спостереження абс. (%)
Висока	22 (32,35)	57 (83,82)*^	19 (36,54)	16 (30,77)
Низька	46 (67,65)	11 (16,18)*^	33 (63,46)	36 (69,23)

Примітка. * – вірогідна різниця показників основної групи після навчання порівняно з показниками до навчання ($p \leq 0,031$, за критерієм ϕ^* Фішера);

^ – вірогідна різниця показників основної групи та контрольної груп після навчання ($p \leq 0,002$, за критерієм ϕ^* Фішера)

Навичками самостійного вимірювання АТ і підрахунку пульсу опанували всі пацієнти основної групи (100 %), які пройшли навчання ($p < 0,05$), а також вони покращили вміння щодо контролю АТ (на 41,18 %) та ведення щоденника самоконтролю, що дозволило підвищити якість контролю АГ і сприяло підвищенню прихильності до медикаментозної терапії та покращанню взаємовідносин між лікарем, МС і пацієнтом ($p \leq 0,031$, за критерієм ϕ^* Фішера). Тоді як у контрольній групі вміння з вимірювання та контролю АТ змінились не суттєво (зросли лише на 3,84% , 5,77% і 7,68 % відповідно).

Відомо, що імовірність успішної нормалізації АТ прямо пропорційно залежить від регулярності приймання антигіпертензивних препаратів. Після проведеного навчання повторне анкетування показало вірогідне ($p \leq 0,031$, за критерієм ϕ^* Фішера) зростання кількості хворих, які приймають гіпотензивні препарати, зокрема, постійно почали приймати 86,76% пацієнтів і 13,24% – лише при підвищенні АТ. Це свідчить про збільшення прихильності хворих з АГ до медикаментозного лікування на відміну від пацієнтів контрольної групи. Так, за тестом Моріскі–Гріна у 57 (83,82 %) пацієнтів основної групи після навчання виявлено високий рівень мотивації до лікування, тоді як у групі порівняння цей показник був лише у 16 (30,77 %) хворих.

Крім того, необхідно враховувати те, що погана прихильність до медикаментозного лікування, як правило, супроводжується і поганою прихильністю

у відношенні до немедикаментозних методів лікування, що ще більше перешкоджає зниженню АТ.

Основними причинами щодо низької прихильності пацієнта, описаними в літературі, були відсутність інформації та навичок, оскільки вони стосуються самоменеджменту, складнощі з мотивацією та самоефективністю та відсутність підтримки змін у поведінці. Посилення впливу втручань, спрямованих на ці фактори, є надзвичайно важливим. Пацієнти повинні бути поінформовані, мотивовані та кваліфіковані у використанні когнітивних та поведінкових стратегій, якщо вони хочуть впоратись із вимогами лікування, пов'язаними з їхньою хворобою. Адже, як зазначає А. В. Белятко і співавтори, тільки високомотивовані люди можуть змінити свій спосіб життя [14].

На початку анкетування лише 23 (33,82 %) пацієнти дотримувались засад ЗСЖ, однак, після навчання їх кількість зростає більше (63 осіб; 92,65 %), ніж у контрольній групі.

Результати опитування свідчать про необхідність навчання хворих з АГ вмінь і навичок, які дозволять правильно вимірювати АТ та оцінювати рівень і ризик виникнення можливих ускладнень, а також важливість дотримання немедикаментозних методів лікування і правил приймання гіпотензивних засобів.

У більшості пацієнтів, які пройшли навчання, спостерігалась вірогідно позитивна динаміка ($p \leq 0,05$, за t-критерієм Стьюдента) щодо зниження САТ та ДАТ і була більш виразною в основній групі порівняно з контрольною групою (табл. 5.2).

М.М. Долженко та співавт. звертають увагу на те, що ведення пацієнтів з АГ передбачає як медикаментозне лікування, так і обов'язкову модифікацію способу життя та вплив на модифіковані фактори кардіоваскулярного ризику [30, 253].

Таблиця 5.2

Результати змін рівнів АТ хворих з АГ до та після навчання і спостереження

Ступінь АГ	Основна група (n=68)		Контрольна група (n=52)	
	до навчання M±m	після навчання M±m	вихідні дані M±m	після спостереження M±m
I ступінь n=73 (60,83 %)				
САТ, мм рт. ст.	143,23±1,15	136,23±1,14* [^]	145,12±3,02	143,71±1,17
ДАТ, мм рт. ст.	92,09±2,02	80,09±1,85*	92,59±2,74	93,59±1,89
II ступінь n=29 (24,17 %)				
САТ, мм рт. ст.	165,32±3,08	148,63±2,06* [^]	164,08±3,12	158,32±2,09
ДАТ, мм рт. ст.	96,42±2,89	84,37±1,83*	98,64±3,17	95,47±2,12
III ступінь n=18 (15 %)				
САТ, мм рт. ст.	194,57±3,12	161,57±2,42* [^]	195,16±3,22	174,16±2,73
ДАТ, мм рт. ст.	112,67±1,89	97,57±2,37*	110,17±2,54	102,26±2,16

Примітка. * – вірогідна різниця показників основної групи після навчання порівняно з показниками до навчання ($p \leq 0,05$, за t-критерієм Стьюдента);

[^] – вірогідна різниця показників основної групи та контрольної груп після навчання ($p \leq 0,05$, за t-критерієм Стьюдента)

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 [173].

Під час занять МС особливу увагу приділяли немедикаментозним методам лікування АГ, оскільки активна участь пацієнтів у їх здійсненні є необхідною умовою ефективності, обговорювалися заходи щодо корекції способу життя.

Аналіз анкет пацієнтів показав вплив навчання на спосіб життя, звички опитаних (табл. 5.3). Для хворих було важливим усвідомлене розуміння необхідності виконання в реаліях таких заходів щодо нормалізації способу життя, як зниження маси тіла, збільшення фізичних навантажень, дотримання принципів раціонального харчування, зниження вживання кухонної солі до 5 г / добу, відмова від куріння, обмеження вживання алкогольних напоїв.

Таблиця 5.3

Динаміка ФР хворих з АГ до та після навчання і спостереження

Фактор ризику	Основна група (n=68)		Контрольна група (n=52)	
	до навчання абс. (%)	після навчання абс. (%)	вихідні дані абс. (%)	після спостереження абс. (%)
Маса тіла:				
– норма	20 (29,41)	27 (39,7)	16 (30,77)	16 (30,77)
– надлишкова маса тіла	31 (45,59)	27 (39,7) [^]	25 (48,07)	26 (50)
– ожиріння I ст.	13 (19,12)	11 (16,18)	9 (17,31)	8 (15,38)
– ожиріння II ст.	4 (5,88)	3 (4,42)	2 (3,85)	2 (3,85)
Фізична активність:				
– достатня	2 (2,94)	13 (19,12) ^{*^}	2 (3,85)	2 (3,85)
– середня	23 (33,82)	28 (41,18)	18 (34,61)	22 (42,31)
– низька	43 (63,24)	27 (39,7) ^{*^}	32 (61,54)	28 (53,84)
Рівень стресу:				
– низький	17 (25)	25 (36,76)	10 (19,23)	12 (23,08)
– середній	34 (50)	30 (44,12)	28 (53,85)	27 (51,92)
– високий	17 (25)	13 (19,12)	14 (26,92)	13 (25)

Фактор ризику	Основна група (n=68)		Контрольна група (n=52)	
	до навчання абс. (%)	після навчання абс. (%)	вихідні дані абс. (%)	після спостереження абс. (%)
Куріння	25 (36,76)	19 (27,94)	17 (32,69)	17 (32,69)
Рівень вживання алкоголю:				
– ніколи	47 (69,12)	63 (92,65)*	42 (80,77)	43 (82,69)
– мало і помірно	18 (26,47)	5 (7,35)*^	9 (17,31)	8 (15,39)
– багато	3 (4,41)	-	1 (1,92)	1 (1,92)
Вживання солі:				
– до 5 г / добу	27 (39,7)	48 (70,59)*^	21 (40,38)	23 (44,23)
– > 5 г/добу	41 (60,3)	20 (29,41)*^	31 (59,62)	29 (55,77)
Дотримання режиму та раціонального харчування:				
– достатня кількість овочів	17 (25)	50 (73,52)*^	14 (26,92)	29 (55,77)
– морська риба (3 рази і більше /тиждень)	9 (13,24)	37 (54,41)*^	6 (11,54)	18 (34,62)
– солоне та гостре 2-3 рази/тиждень	19 (27,94)	5 (7,35)*^	16 (30,77)	12 (23,08)

Примітка. * – вірогідна різниця показників основної групи після навчання порівняно з показниками до навчання ($p \leq 0,05$, за критерієм ϕ^* Фішера);

^ – вірогідна різниця показників основної групи та контрольної груп після навчання ($p \leq 0,05$, за критерієм ϕ^* Фішера)

Одним з ФР розвитку АГ є ожиріння. Для цього в дослідженні був визначений ІМТ ($\text{кг}/\text{м}^2$). Аналіз одержаних даних показав, що після навчання у пацієнтів основної групи відмічено вірогідну ($p \leq 0,05$, за критерієм ϕ^* Фішера) нормалізацію маси тіла на 10,29 % (у 7 осіб) та зменшення хворих з надмірною масою тіла (4 особи, на 5,89 %) та кілька осіб з ожирінням. Разом з тим, як у контрольній групі

цей показник майже не змінився. Необхідно зазначити, що більшість пацієнтів готові боротися з цією проблемою в майбутньому.

У більшості хворих діагностовано загальний середній та високий рівень психосоціального стресу, що пов'язано, можливо, із напруженим ритмом життя. В основній групі після навчання вірогідно ($p \leq 0,05$, за критерієм ϕ^* Фішера) відмічено збільшення осіб з низьким рівнем стресу, що є більшим на 11,76 % порівняно з показником до навчання, а також зменшення кількості осіб, які мали середній та високий рівні стресу. У контрольній групі динаміка показників виявилась меншою.

Для оцінки рівня фізичної активності в даному дослідженні використовувалися дві характеристики: рухова активність на роботі і в години дозвілля. Після навчання в основній групі вірогідно ($p \leq 0,05$, за критерієм ϕ^* Фішера) відмічено незначний ріст (на 23,5 %) числа хворих, в яких зросла фізична активність на роботі і в години дозвілля (у спортивному режимі). У той час як у контрольній групі виявлено незначне зростання показника (на 7,69 %).

Однією з шкідливих звичок є тютюнокуріння, від якого дуже неохоче відмовлялися пацієнти. Так, до навчання курили 42 особи із опитаних (36 чоловіків та 6 жінок): з них – 25 (36,76 %) основної і 17 (32,69 %) осіб контрольної груп. Від тютюнокуріння після навчання відмовилися лише 6 осіб основної групи, в яких був слабкий ступінь нікотинової залежності та високий ступінь мотивації відмови від куріння. Звертало на себе увагу, що в цій групі більшість хворих намагалися припинити куріння, а також зменшили кількість викурених цигарок. Усі інші курці основної та контрольної груп свою відмову пояснили тим, що куріння допомагає їм стимулювати розумову діяльність; концентрувати увагу (зосередитись); розслабитися, відпочити; отримати задоволення; спілкуватися; знизити масу тіла; жити. Це є свідченням неналежного відношення до свого здоров'я.

Після проведення навчання 3 (4,41 %) пацієнти перестали вживати «багато» алкогольних напоїв, 13 осіб (19,12 %) – зменшили вживання, а 16 осіб (23,52 %) відмовились взагалі ($p \leq 0,05$, за критерієм ϕ^* Фішера). У контрольній групі даний показник змінився незначно.

Щодо режиму та раціонального харчування: більшість пацієнтів відмітила порушення режиму харчування, недостатнє споживання овочів і фруктів, морської риби та часте споживання солоного і гострого. В цілому при повторному анкетуванні після навчання хворі основної групи відзначили, що змінили характер свого харчування, на 48,52 % збільшили вживання овочів і фруктів, морської риби (3 рази і більше на тиждень) – на 41,17 %, а 14 осіб почали менше (2-3 рази на тиждень) споживати солоного та гострого, а також обмежили вживання тваринних жирів і збільшили в раціоні ненасичені жири ($p \leq 0,05$, за критерієм ϕ^* Фішера). У свою чергу, в контрольній групі не відбулося таких значущих змін. Більшість пацієнтів (72 осіб, 60 %) відмітила зловживання солі (> 5 г/добу). Після проведеного навчання обмежили вживання солі 11 осіб (16,18 %), а у групі контролю – лише 2 (3,85 %).

Таким чином, участь пацієнтів у Навчальній програмі з профілактики АГ дала їм не тільки необхідні знання, а й забезпечила соціальну підтримку як з боку медичних працівників, так і з боку інших пацієнтів. Така форма навчання сприяла формуванню в пацієнтів адекватних уявлень про причини захворювання, розумінню факторів, що впливають на прогноз, значно підвищила прихильність хворих до рекомендацій і призначень лікаря, що дозволило кваліфіковано навчати їх навичкам зменшення негативних стереотипів поведінки.

Отже, Програмно-цільовий проект розроблено як керівництво для МС. Запропонована програма може бути використана для підвищення професійних компетенцій магістрів та аспірантів спеціальності «Медсестринство», а також для практикуючих медичних сестер лікувальних закладів.

Таким чином, проведене дослідження дозволило науково обґрунтувати і розробити модель розвитку професійно-особистісних компетенцій МС. Отримані результати дослідження готовності сестринського персоналу до організації та проведення навчання покладено в основу розробки Програмно-цільового проекту навчання МС в напрямку профілактики та лікування хворих з АГ. Організація навчання пацієнтів з АГ спрямована на підвищення рівня самоконтролю захворювання, поліпшення показників компенсації і підвищення ЯЖ пацієнтів.

Представлені кореляційні взаємозв'язки і моделі факторів професійно-особистісних компетенцій МС дозволяють побачити, що рівень комунікабельності, рівень емпатійності, рівень оптимізму, невпевненість у собі як у професіоналові є найбільш релевантними у контексті здійснення завдань профілактики АГ.

Участь МС у навчанні пацієнтів сприяла підвищенню інформованості про захворювання (на 47,07 %), можливі ускладнення (на 58,82 %), ФР (на 50,88 %), а також оволодінню навичками вимірювання АТ, підрахунку пульсу (100 %) та ведення щоденника, що є важливим для самоконтролю, формуванню активної позиції щодо профілактики захворювання. Навчання підтримує високий рівень мотивації, формує прихильність до лікування (89,7 %), нові психологічні установки, які спонукають до зміни поведінки і способу життя, відмови від шкідливих звичок.

Постійна пропаганда МС знань, навчання хворих з АГ здорового способу життя сприяє формуванню відповідального ставлення до збереження власного здоров'я, запобігає ускладненням, дозволяє покращити ЯЖ.

Результати досліджень даного розділу наведено в таких публікаціях [17, 70, 71, 73, 76, 77, 112].

АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Артеріальна гіпертензія (АГ) – одне з найпоширеніших захворювань серцево-судинної системи. Смертність від недуги зростає у всьому світі, незалежно від економічного рівня країн. За наявними даними, підвищений АТ є основною причиною смерті в усьому світі, що становить 10,4 млн смертей на рік [39, 235].

Як зазначено у працях науковців, кожний четвертий хворий на АГ не знає про своє захворювання [23, 140]. В Україні виявлено низьку поінформованість людей про наявність у них підвищеного АТ. Досліджено, що лише 70 % людей знають про наявність у них АГ та 50 % з них лікуються, а контролюють АТ тільки 18,7 % пацієнтів у міській та 8 % у сільській місцевості [107]. В останні роки рівень поінформованості про АГ покращився, але оптимальних результатів контролю АТ не досягнуто.

Погана поінформованість про захворювання може бути причиною відсутності мотивації та контролю АТ і низької прихильності до лікування. Тому підвищення поінформованості пацієнтів з АГ є важливим медичним та суспільним завданням.

Результати епідеміологічних досліджень свідчать, що поширеність АГ значно зумовлена рівнем ФР серед різних груп населення. Виділяють модифіковані ФР: низьку фізичну активність (професійну і побутову), надмірне споживання кухонної солі, неправильне харчування, надлишкову масу тіла, холестерин крові вище 5 ммоль/л, порушення метаболізму глюкози, дисліпідемію, зловживання алкоголем, кавою, куріння, гормональну, психоемоційні стреси, а також ФР, що не підлягають корекції – обтяжена спадковість, стать, вік, соціально-економічний статус [48].

В останні роки підкреслюється роль психоемоційних факторів як предикторів розвитку кардіологічної патології: хронічних стресорів (сімейний стан, ситуація на роботі, низький рівень освіти, низька соціальна підтримка, соціальний статус) та емоційних факторів (депресія, тривожні стани, соматичні розлади зумовлені психічними станами) [33, 54, 84].

Особливої уваги потребують пацієнти з поєднанням кількох ФР. Як свідчать результати дослідження STEPS (2019), у цілому 32,8 % населення України мають

3–5 ФР розвитку ССЗ, а 60,1 % – 1–2 ФР. Водночас кількість ФР зростає з віком [25].

Терапевтична тактика, відповідно до рекомендацій, повинна включати модифікацію способу життя, контроль АТ і вплив на ФР [39, 246].

АТ має важливе значення для визначення стану пацієнта і подальших втручань та лікування [245]. Важливим є самоконтроль АТ, що дозволяє пацієнту з АГ продемонструвати успіхи або проблеми лікування, сприяє покращанню показників контролю АТ та взаємодії з медичними працівниками. Виявлено, що причинами поганого самоконтролю є відсутність у пацієнтів тонометрів та навиків вимірювання АТ, а також недостатня поінформованість щодо важливості контролю цього показника [5, 56]. Необхідною є комунікація між пацієнтом та МС, проведення роз'яснювальної роботи щодо показників АТ в нормі та важливості вимірювання АТ і самоконтролю.

Виявлення ФР, проведення навчальних профілактичних занять щодо їх усунення дає можливість контролю АГ як на індивідуальному, так і на популяційному рівні, що сприятиме покращанню ЯЖ, профілактиці та стабілізації АГ. Важливу роль у цьому процесі відіграє первинна ланка медичної допомоги – МС у команді з сімейними лікарями.

Управління складною поведінкою способу життя хворих на АГ вимагає від МС розширених професійних знань та навичок щодо надання медичної допомоги, активного здійснення профілактичної діяльності у сфері охорони здоров'я відповідно до національних і світових професійних стандартів [32].

Таке вагоме значення фахівців середньої ланки медичної допомоги зумовлює високі вимоги щодо їх професійної компетентності.

Дослідники вважають, що лідерам сестринської справи, які відстоюють глобальні зусилля щодо профілактики ССЗ, необхідно бути компетентними, визнаними, відданими своїй справі і кваліфікованими фахівцями [258].

На сьогоднішній день недостатньо вивчено питання щодо рівня підготовленості МС до роботи в напрямку профілактики АГ. Необхідність розробки, впровадження й оцінки ефективності нової моделі розвитку професійно-

особистісних компетенцій МС для профілактики АГ, а насамперед навчання пацієнтів з використанням сестринських технологій, є особливо актуальним.

Розглядаючи професійну компетентність у сфері медичної допомоги, дослідники виділяють у її структурі соціально-особисті, загально-наукові, інструментальні, загально-професійні, спеціалізовано-професійні і професійно-педагогічні компетенції. Автори підкреслюють важливість професійно-педагогічних компетенцій саме для успішної реалізації профілактичної функції МС під час допомоги пацієнту з АГ [8].

Тому застосування профілактичної навчальної програми є актуальним напрямком у формуванні прогресивних підходів щодо подолання проблем, пов'язаних з неефективністю лікування АГ [56, 197, 218].

Часто МС, молоді фахівці, мають проблеми із сприйняттям їх як професіоналів і мають недоліки в їх комунікативній компетентності, що стосуються спілкування з пацієнтом [187]. Страх мати справу з пацієнтом, відсутність впевненості та емоційні переживання часто є причинами, які змушують МС віддалятися від пацієнтів. На наш погляд, такі заключення підтверджують необхідність дослідження та розвитку особистісних компетенцій МС.

У багатьох дослідженнях професійної компетентності останніх років велика увага приділяється по суті своїй психологічним компетенціям (особистісній, рольовій, комунікативній, поведінковій). Нам це видається особливо цінним у контексті профілактичних задач професійної діяльності МС, де важливими є її коректна поведінка, уміння у дохідливій формі роз'яснювати хворим про фактори ризику розвитку АГ, про особливості медикаментозного та немедикаментозного лікування і можливі ускладнення, уміння уважно слухати пацієнта, розвіювати побоювання та сумніви і давати відповіді на запитання, застосовувати елементи мотиваційного консультування для поведінкових змін щодо здорового харчування, оптимальної фізичної активності, подолання емоційних стресів тощо.

За даними наукових джерел, є чимало досліджень з розробки медсестринських стратегій сприяння контролю АТ у пацієнтів, але бракує досліджень, які зосереджені

на виділенні релевантних для профілактики АГ факторів професійно-особистісних компетенцій МС [192, 196].

Перерахована низка невирішених питань і зумовила необхідність провести дослідження, матеріали якого обговорюються нижче.

Тому метою нашого дослідження стало підвищити ефективність профілактики АГ шляхом впровадження організаційних заходів з виявлення рівня поінформованості та ФР з урахуванням професійних компетенцій медичної сестри.

Для виконання поставлених задач дослідження, яке проводилось в умовах КНП «Міська поліклініка №1» м. Чернівці, було проведено обстеження 120 пацієнтів з АГ та опитано 156 медичних сестер поліклінік міста, які проводять профілактичну роботу.

Крім загальноприйнятих клінічних методів дослідження проводилось анкетування суб'єктів дослідження з використанням анкет та опитувальників для виявлення та аналізу: рівня поінформованості, ФР, психосоціальних чинників, якості життя. Також проводилось вимірювання АТ та вивчення антропометричних показників хворих.

У відповідності до поставлених завдань було сформовано 2 групи пацієнтів: I група (основна) – 68 осіб, які брали участь у початковій програмі з профілактики АГ; II група (контрольна) – 52 особи, яким не проводилось навчання.

Навчальна програма з профілактики АГ була розрахована на вісім занять, містила інструкцію для МС і включала сукупність засобів і методів індивідуального та групового впливу на пацієнтів, спрямована на підвищення рівня їх знань (поняття про АГ, ускладнення, здорове харчування, ожиріння, фізична активність, куріння, стрес, медикаментозне лікування), інформованості та практичних навичок щодо лікування захворювання, профілактики ускладнень та підвищення ЯЖ.

Згідно з поставленими завданнями проводилось опитування МС для дослідження професійних компетенцій (комунікативних, особисто-поведінкових і мотиваційних) та рівня готовності до профілактичної роботи у пацієнтів з АГ.

МС проводився Тренінг професійних компетенцій, розрахований на 12 занять, які були спрямовані на розвиток професійно-особистісних компетенцій, необхідних для здійснення ефективних профілактичних заходів у хворих з АГ.

Для вивчення комунікативного аспекту професійно-особистісних компетенцій МС ми дослідили рівень їх комунікабельності, рівень комунікативної культури і домінуючі «бар'єри» у встановленні емоційних контактів як перешкоджаючі комунікативній компетентності фактори.

Виявлено, що майже половина (44,26 %) МС виявляють високий, 31,15 % – середній та 13,11 % – вище середнього рівень комунікабельності, а низький рівень діагностовано 11,48 % осіб. Щодо сформованості комунікативної культури, то абсолютна більшість (91,80 %) МС показали середній її рівень, 4,92 % – низький рівень і 3,28 % – високий рівень комунікативної культури.

Досліджуючи емоційні бар'єри встановлено, що середній бал за узагальнюючою шкалою виразності «перешкод» по групі респондентів склав 11,96 бала і був досить високим показником, який діагностовано у половини (50,82 %) МС, і свідчив про відчутний вплив звичних повсякденних емоцій на якість та ефективність їх спілкування, що дещо ускладнював їх взаємодію та взаєморозуміння з оточуючими. Ще 40,98 % МС емоції суттєво заважали встановлювати контакти з людьми і дезорганізовували їх спілкування і лише 8,20 % – мали незначні емоційні проблеми у повсякденному спілкуванні.

Щодо того, які конкретно емоційні бар'єри є найбільш актуальними для МС, то тут найчастіше (у 52,46 % респонденток) виявлено небажання зближуватися з людьми; у 49,18 % – негнучкість, нерозвиненість емоцій; у 47,54 % – невміння управляти своїми емоціями; у 45,90 % – домінування негативних емоцій; і в 32,79 % МС – неадекватний прояв емоцій.

Кореляційний аналіз даних за допомогою критерію рангової кореляції Спірмена, r_s показав, що у МС з більш високою кваліфікаційною категорією як оцінкою рівня їх професійної майстерності вияв такого емоційного бар'єру, як неадекватний прояв емоцій достовірно знижувався ($r_s = -0,26$ при $p = 0,05$), тобто чим вища кваліфікаційна категорія МС, тим менше у її спілкуванні виникало труднощів

через неадекватний прояв емоцій. Тож підвищення професійної компетентності МС виявилось взаємопов'язаним, зокрема, з подоланням емоційних «перешкод» у спілкуванні.

Особистісно-поведінковий компонент професійних компетенцій МС вивчали через емпатійні здібності, а також такі особистісні установки, як активність і оптимізм.

Дослідження загального рівня розвитку емпатійних здібностей показало, що високий рівень не діагностовано у жодної МС; середній рівень виявлено в 11,48 % досліджуваних; знижений рівень емпатії – у більшості МС (75, 41 %); і дуже низький рівень продемонстрували 13,11 % респонденток.

Що стосується парціальних аспектів емпатії, то найкраще сформованим у МС був раціональний канал емпатії – високий рівень його розвитку демонстрували 21,31 % респонденток, 72,13 % – середній рівень і 6,56 % – низький. Це означає, що МС дещо краще, ніж відчувати емоційний стан, вдавалось зрозуміти думку пацієнта, спонтанно зосередитися на його проблемі. За частотою вияву високого рівня сформованості у МС виступала ідентифікація в емпатії – у 14,75 %; середній рівень діагностувався у 73,77 % і низький – в 11,48 % респонденток. Тобто, деяким МС вдавалось досить реалістично відчувати стан пацієнта, поставивши себе на його місце, уявивши себе в його ситуації.

Щодо установок в емпатії, то лише в 11,48 % МС переважали такі установки, які сприяли емпатії, комунікації, у 77,04 % – установки, які сприяли і які перешкоджали емпатії приблизно врівноважені, а в 11,48 % – переважали несприятливі для емпатії установки, тобто перешкоджали встановленню контактів з людьми, прояву інтересу до їхньої особистісної сфери тощо.

Ще нижчим був розвиток емоційного та інтуїтивного каналів емпатії – лише по 9,84 % з них показали високий рівень їх сформованості. Середній рівень продемонстрували 81,96 % респонденток за емоційним каналом і 78,68 % – за інтуїтивним каналом емпатії. Низький рівень – 8,20 % і 11,48 % відповідно. Це означає, що більшості МС важко вдавалось відчувати емоційний стан пацієнта, бодай

частково пережити ті почуття, які охоплювали пацієнта, стати синтонним з ним і щиро поспівчувати.

Найменш розвиненим аспектом емпатії МС була здатність до проникнення: високий рівень виявили лише у 8,2 % респонденток, середній рівень – 77,73 % і низький рівень – у 18,03 %.

При цьому, як показує кореляційний аналіз даних за допомогою критерію рангової кореляції Спірмена, з віком ($r_s = -0,35$ при $p = 0,006$) і зі збільшенням стажу професійної діяльності ($r_s = -0,37$ при $p = 0,004$) у МС спостерігалось зниження установок, які сприяють емпатії. Тобто старші за віком МС, які мали значний стаж роботи, поступово втрачали інтерес до розуміння психічного стану пацієнтів (та й інших людей), відмежовувались від їхніх емоційних проявів і все більше занурювались у власні переживання.

Дослідження різних типів особистості МС у залежності від комбінування та виразності оптимізму й активності як їхніх особистісних характеристик показало, що майже половина (49,18 %) респонденток виявилися реалістами, 36,07 % – активними оптимістами, або «ентузіастами», незначна частина (11,47 %) – пасивними оптимістами («ледарями»), а в поодиноких випадках (по 1,64 %) діагностовано такі особистісні типи, як активні песимісти («негативісти») та пасивні песимісти («жертви»).

Мотиваційний компонент професійно-особистісних компетенцій МС, за нашими результатами, характеризувався переважанням таких альтруїстичних мотивів вибору медичної професії, як «можливість піклуватися про здоров'я рідних», «бажання полегшити страждання важкохворих, людей похилого віку і дітей»; на третьому місці – «можливість піклуватися про своє здоров'я», на четвертому – «бажання лікувати людей», наближеною до них також є «можливість впливати на інших людей». Зовсім слабо на вибір професії МС вплинули такі спонуки, як «бажання вирішувати наукові медичні проблеми» і «престижність професії та сімейні традиції». Найнижчий ранг отримав такий мотив вибору медичної професії, як матеріальне зацікавлення. І жодного вибору не зафіксовано щодо такого мотиву, як доступність медикаментів.

Дослідження ставлення МС до себе як до професіонала показало, що інтегральний показник такого ставлення найчастіше (52,46 %) досягав середнього з тенденцією до низького та майже так само часто (44,26 %) – середнього з тенденцією до високого рівнів. Високі та низькі його значення зустрічалися в поодиноких випадках. При цьому за парціальними параметрами самоставлення відносно вищі показники зафіксовано за шкалою самооцінки як професіонала (зокрема, 39,34 % оцінок середнього з тенденцією до високого та 11,48 % – оцінок високого рівнів). Порівняно нижчі показники були констатовані за шкалою самоповага як професіонала (зокрема, 60,66 % – середній з тенденцією до низького, 19,67 % – низький рівень). Досить низькі показники – за шкалою самопослідовність як професіонала (зокрема, 34,43 % – низький рівень, 27,87 % – середній з тенденцією до низького).

Статистичний аналіз за допомогою критерію Крускала-Уоллеса дозволив підтвердити достовірно ($p=0,05$) вищі показники за параметром аутосимпатія професіонала у підгрупі МС, які мали другу кваліфікаційну категорію, що пояснюється недостатніми знаннями і вміннями і переоцінюванням незначних успіхів та першим щаблем у кар'єрному поступові медичної сестри.

Важливою була розробка теоретичної моделі факторів професійно-особистісних компетенцій МС, релевантних для здійснення завдань профілактики АГ, яка б сприяла удосконаленню підготовки фахівців зі спеціальності «Медсестринство» та підвищенню кваліфікації МС саме у напрямку здійснення превентивної діяльності серед населення відносно гіпертонії.

Для цього було застосовано статистичний аналіз за допомогою критерію Спірмена, який показав, що найбільш навантажені кореляційними взаємозв'язками стали такі елементи професійно-особистісної компетенції МС як: рівень комунікабельності, мотив вибору медичної професії «можливість піклуватися про своє здоров'я», оптимізм, невпевненість/впевненість як професіонала, емпатійні здібності.

Виявлено, що мотив вибору медичної професії «можливість піклуватися про своє здоров'я» підсилювався у взаємозв'язку зі зростанням рівня комунікативної

культури ($r_s=0,28$ при $p=0,03$); зі зниженням емпатійних здібностей ($r_s=-0,41$ при $p=0,001$), зокрема зі зниженням рівня розвитку раціонального каналу емпатії ($r_s=-0,41$ при $p=0,001$); з ослабленням самоповаги ($r_s=-0,36$ при $p=0,005$) і аутосимпатії ($r_s=-0,30$ при $p=0,02$) як професіонала; з погіршенням очікувань ставлення з боку інших ($r_s=-0,32$ при $p=0,01$).

Встановлено, рівень комунікабельності знижувався у взаємозв'язку із підсиленням таких бар'єрів спілкування, як неадекватний прояв емоцій ($r_s=-0,31$ при $p=0,00$), домінування негативних емоцій ($r_s=-0,26$ при $p=0,004$); з виразнішим розвитком емоційного каналу емпатії ($r_s=-0,58$ при $p=0,000001$) й установок, що сприяють емпатії ($r_s=-0,27$ при $p=0,04$); але зростає з підвищенням активності ($r_s=0,61$ при $p\leq 0,0000001$), оптимізму ($r_s=0,28$ при $p=0,03$); і покращенням саморозуміння як професіонала ($r_s=0,27$ при $p=0,04$).

Оптимізм МС знижувався у взаємозв'язку з підсиленням такого бар'єру спілкування, як небажання зближуватися з людьми ($r_s=-0,25$ при $p=0,05$); з нестабільністю самооцінки ($r_s=-0,37$ при $p=0,003$), зокрема з підсиленням негативної оцінки як професіонала ($r_s=-0,30$ при $p=0,02$); з більшою вираженістю мотиву «бажання вирішувати науково-медичні проблеми» ($r_s=-0,28$ при $p=0,03$); але зростає з покращенням саморозуміння як професіонала ($r_s=0,28$ при $p=0,03$).

У свою чергу, невпевненість як професіонала у МС підсилювався у взаємозв'язку з таким бар'єром спілкування, як небажання зближуватися з людьми ($r_s=0,32$ при $p=0,01$); але й з такими мотивами вибору медичної професії як «престиж професії» ($r_s=0,28$ при $p=0,03$), «бажання вирішувати науково-медичні проблеми» ($r_s=0,28$ при $p=0,03$), «можливість піклуватися про своє здоров'я» ($r_s=0,41$ при $p=0,001$), а ось у взаємозв'язку з актуалізацією мотиву «можливість впливати на інших людей» невпевненість знижувалась ($r_s=-0,36$ при $p=0,004$).

Емпатійні здібності МС підвищувались у взаємозв'язку зі зниженням актуальності таких мотивів вибору медичної професії, як «престиж професії» ($r_s=-0,39$ при $p=0,002$), «можливість піклуватися про своє здоров'я» ($r_s=-0,41$ при $p=0,001$), але підвищенням актуальності мотиву «можливість впливати на інших людей» ($r_s=0,43$ при $p=0,0006$); менш вираженими вони є у медичних сестер, котрі

мили вищі оцінки професіоналізму з боку головної медсестри ($r_s=-0,39$ при $p=0,002$) і вищу кваліфікаційну категорію ($r_s=-0,27$ при $p=0,04$).

Для реалізації завдань нашого дослідження важливо було також з'ясувати рівень обізнаності МС в основних теоретичних і практичних питаннях профілактичної роботи серед пацієнтів з АГ. Тому другим кроком став кількісний і якісний аналіз відповідей МС на запитання спеціально розробленої анкети. Це дозволило згрупувати усіх опитаних МС у три групи відповідно до того, наскільки повною і правильною є їх власна обізнаність (компетентність) в основах профілактичної роботи з пацієнтами з АГ.

До першої групи, чий рівень реалізації профілактично-просвітницької роботи можна охарактеризувати як недостатній, увійшли 20 % опитаних МС. Вони оцінили свої знання про АГ як недостатні, однак при цьому готові поповнювати їх і розвивати свої навички; більшість відчували труднощі при підготовці та проведенні профілактичних заходів; вони зазвичай не навчали пацієнтів правилам вимірювання АТ й подальшого самоконтролю; ці МС не завжди інформували пацієнтів про ФР АГ та про методи її профілактики; вони й самі не дуже добре орієнтувалися у нормах показників АТ, пульсу й у можливих ускладненнях АГ.

Комунікативний компонент ПОК медичних сестер характеризувався переважанням (77 %) низького рівня комунікабельності (23 % – середній рівень) та емоційними бар'єрами, котрі дещо (52 %) або явно (48 %) перешкождали ефективному спілкуванню. У структурі особистісного компоненту ПОК була знижена (58 %) та дуже низька (42 %) емпатійність, але при цьому високий (61 %) та середній рівень (39 %) оптимізму. Мотиваційний компонент ПОК медичних сестер характеризувався неоднозначним самостваленням респонденток як професіоналів: частина з них (39 %) виявляли високу невпевненість в собі, інша частина (42 %) – низьку, тобто досить впевнені в собі, і ще 19 % – середню невпевненість в собі.

До другої групи увійшли 51 % МС, які показали відносно достатній рівень реалізації профілактично-просвітницької роботи. Респондентки даної групи виявляли якийсь один з перерахованих далі варіантів порушення ефективності превенції: або оцінювали свої знання як недостатні, або не навчали пацієнтів

вимірювати АТ, або відчували труднощі при підготовці та проведенні профілактичних заходів. При цьому не всі з них чітко орієнтувалися у нормах показників АТ і пульсу. Ці МС самою головною перешкодою при підготовці та проведенні превентивних заходів вважали відсутність у пацієнта з АГ бажання слухати й отримувати інформацію, таким способом повністю заперечуючи свою відповідальність за реалізацію такого виду діяльності. Але при цьому вони добре орієнтувалися у методах профілактичної роботи і способах попередження АГ.

Моделювання основних факторів ПОК медсестер другої групи дозволило виявити деякі характерні відмінності сформованості окремих її елементів. Зокрема, у комунікативному компоненті ПОК медичних сестер встановлено низький (34 %), середній (34 %) і вище середнього (32 %) рівні комунікабельності. Тобто їх рівень комунікабельності був дещо вищим від представниць 1-ї групи.

Однак емоційні бар'єри у спілкуванні залишилися досить вираженими: емоції явно заважали у спілкуванні 61 % медичних сестер, дещо – 34 % і лише деякі емоційні проблеми у спілкуванні турбували 2 % респонденток. Особистісний компонент ПОК відзначався зниженою (89 %) і середньою (11 %) емпатійністю – дуже низької емпатійності у МС даної групи діагностовано не було, на відміну від їхніх колег з 1-ї групи. Рівень оптимізму був дещо нижчий: високий оптимізм – 39 %, середній – 50 %, низький – 11 %, що може свідчити про більш критичне, реалістичне ставлення до людей, світу і подій, що в ньому відбуваються. А рівень невпевненості у собі як в професіоналові у медсестер другої групи був порівняно нижчий, тобто вони більш впевнені у своїй компетентності, ніж респондентки 1-ї групи: низька невпевненість – 52 %, середня з тенденцією до низької – 8 %, середня невпевненість з тенденцією до високої – 40 %. Високої невпевненості у медсестер 2-ї групи виявлено не було.

Третя група МС продемонструвала достатній рівень реалізації профілактично-просвітницької роботи – сюди увійшли 29 % осіб. МС оцінили свої знання про АГ як достатні, але при цьому були готові їх поповнювати. Вони завжди інформували пацієнтів про ФР АГ та методи і засоби профілактики підвищення АТ. Завжди навчали пацієнтів правилам вимірювання АТ і підрахунку пульсу й способам

подальшого самоконтролю. Вони чітко знали нормальні, оптимальні й критичні показники АТ та пульсу, знали, які можуть бути ускладнення АГ, добре орієнтувались у диференціальній діагностиці АГ. Не відчували труднощів при підготовці та проведенні профілактичних заходів і володіли досить багатим арсеналом методичних прийомів інформування та навчання пацієнтів.

Комунікативний компонент ПОК медичних сестер третьої групи характеризувався високим (40 %), вище середнього (27 %), середнім (23 %) та низьким (10 %) рівнями комунікабельності. Але емоційні бар'єри у спілкуванні все ще залишалися актуальними: емоції явно заважали у спілкуванні 50 %, і лише деякі емоційні проблеми у спілкуванні турбували 32 % респонденток. Рівень емпатійності теж був вищим, ніж у представниць 1-ї групи, однак все ще не високий. Рівень оптимізму дещо вищий, ніж у 2-й групі: середні показники у 82 %, високі – у 18 % МС, котрі достатньо добре виконували профілактично-просвітницьку роботу серед пацієнтів з АГ. Рівень невпевненості у собі як в професіоналові у МС третьої групи порівняно нижчий, ніж у 1-ї групи і вищий, ніж у 2-ї групи: середня з тенденцією до низької – 40 %, середня невпевненість з тенденцією до високої – 60 %.

Мотиваційний компонент ПОК був однаковим для всіх груп респонденток і характеризувався такою ж ієрархією мотивів професійної діяльності: провідними були мотиви «можливість піклуватися про здоров'я рідних», «бажання полегшити страждання важкохворих, людей похилого віку і дітей», «можливість піклуватися про власне здоров'я».

Представлені кореляційні взаємозв'язки і моделі факторів професійно-особистісної компетентності МС дозволили побачити, що рівень комунікабельності, рівень емпатійності, рівень оптимізму, невпевненість у собі як у професіоналові були найбільш релевантними у контексті здійснення завдань профілактики АГ.

Серед труднощів проведення профілактичних заходів МС відмітили брак відповідної інформаційної літератури українською мовою, відсутність для сестринського персоналу методичної літератури по профілактичній роботі, брак часу, відсутність терпіння у спілкуванні з пацієнтами.

Визначення у пацієнтів з АГ рівня поінформованості щодо знань про своє захворювання показало, що більшість з них 49,17 % (59 осіб) знають про своє захворювання, недостатньо – 48 осіб (40 %), не цікавить – 10,83 % респондентів. Поінформовані про ФР розвитку АГ 70,83 % респондентів.

Загальна сума часток про імовірний ФР у розвитку захворювання в них перевищувала 100 %, оскільки хворі вказували декілька.

Дотримувалися засад ЗСЖ 31,7 %, не дотримувались – 18,3 % і «не завжди» – 50% респондентів. Більшість опитаних (79 %) мали тонометр в особистому домашньому користуванні. Вимірювали АТ 1 раз на добу (21 %), двічі на добу (9 %), один раз на тиждень (13 %), при погіршенні самопочуття – 24 % осіб, 9 % респондентів вимірювали спорадично, 21% пацієнтів не вимірювали АТ вдома через брак апарату, а 3 % не коментували це питання. Вміли вимірювати АТ і здійснювати самоконтроль та підраховувати частоту пульсу 69 % і 73 % осіб відповідно. Показник АТ в нормі знали 81 (67,5 %) осіб, а про можливі ускладнення – 48 (40 %) пацієнтів. Лікарські препарати приймали постійно 30 (25 %) опитаних, 69 (57,5 %) – лише при високому АТ, а 21 (17,5 %) респондент – курсами 1-2 тижні. Вивчено, що поінформованість пацієнтів про профілактичні заходи даного захворювання була недостатньою.

При обстеженні у більшості хворих виявлено підвищений АТ і частоту пульсу, що перевищували норму. При вимірюванні АТ у всіх пацієнтів в середньому виявлено: систолічний – $158,47 \pm 2,37$ мм рт. ст., діастолічний – $94,58 \pm 2,27$ мм рт. ст. В залежності від рівня підвищення АТ серед обстежених переважала АГ I та II ступеня.

Виявлено перевагу хворих (81,67 % обстежених) з надлишковою масою тіла та ожирінням I–II ступеня, а масу тіла в нормі мали 36 (30 %) хворих. Надлишкову масу тіла виявлено у 56 (46,67 %) пацієнтів, ожиріння I ступеня встановлено у 22 (18,33 %) пацієнтів, II ступеня – у 5 осіб (3,85 %). Загалом спостерігалась тенденція до збільшення кількості опитаних із надлишковою масою тіла та ожирінням з віком обстежуваних ($r_s=0,45$ при $p=0,0006$, за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена), як серед чоловіків, так і жінок.

Проміжний тип розподілу жирової тканини (ТРЖТ) виявлено у 42 (35 %) обстежених пацієнтів, гіноїдний тип – у 18 (26,47 %) хворих, андроїдний ТРЖТ – у 60 (50 %) обстежених пацієнтів.

Оцінка рівня фізичної активності показала, що переважна більшість хворих на АГ вірогідно мали низький (62,5 %), середній (34,12 %) і лише 3,33 % достатній рівень ($p < 0,05$), високого рівня не було в жодного пацієнта.

У більшості хворих діагностовано загальний середній та високий рівень психосоціального стресу, що пов'язано, можливо, із напруженим ритмом життя. Рівень психосоціального стресу у чоловіків був вищий, ніж у жінок, оскільки у чоловіків достовірно ($p=0,048$, за критерієм ϕ^* Фішера) рідше діагностувався низький рівень стресу і з тенденцією до достовірної різниці ($p=0,068$, за критерієм ϕ^* Фішера) частіше діагностується високий рівень стресу.

Виявлено 42 осіб із опитаних, які курили (36 чоловіків та 6 жінок). У більшості випадків тип курильної поведінки мав змішаний характер, але опитування дало можливість виділити домінуючий тип: більшість пацієнтів достовірно мали тип курильної поведінки "розслаблення" (50 %, $p < 0,05$), "гра із цигаркою" (40,48 %), "підтримка" (30,95 %), "стимуляція" (21,43 %), "спрага" (16,67 %) та менше – "рефлекс" (4,76 %). Встановлено середній (40 %) та слабкий (31 %) ступінь нікотинової залежності. Лише 12 (28,57 %) пацієнтів мали високий ступінь мотивації та готовності до відмови від куріння, 25 (59,52 %) – слабкий, а у 5 (11,9 %) опитаних – відсутня мотивація. З віком мотивація до відмови від куріння зростає ($r_s=0,34$ при $p=0,042$, за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена).

Серед опитаних алкоголь вживали 22,5 % (27 осіб) – мало і помірно та лише 3,3% – багато. Основна кількість пацієнтів (97 %) здатні самі контролювати потребу алкоголю, розробити свій план контролюючого вживання алкоголю і може не дозволити алкоголю контролювати себе.

У 79 осіб (65,83 %) виявлено низьку прихильність пацієнтів до лікування.

Виявлено, що переважна більшість пацієнтів, 72 особи (60 %), споживали понад 5 г солі за добу. 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.

З'ясовано рівень освіти респондентів: неповна середня – у 5 осіб (4,17 %), середня – у 24 осіб (20 %), середня спеціальна – у 46 осіб (38,33 %), незакінчена вища – у 10 (8,33 %) та вища – у 35 осіб (29,17 %).

Дослідження соціального статусу показало, ще серед пацієнтів було 86 (71,62 %) працюючих: найбільша група респондентів, 53 особи (44,17 %), працювали повний день, що становить більшість ($p < 0,05$) у порівнянні з безробітними (13 осіб, 10,83 %) та пенсіонерами (21 особа, 17,5 %), тоді як 33 особи (27,5 %) мали часткову зайнятість.

Досліджено задоволеність санітарно-технічними умовами на роботі: 19 (22,09 %) респондентів зазначили відмінні, 33 (38,37 %) – добрі, задовільні – 22 особи (25,58 %) та 12 осіб (13,96 %) – погані умови праці, а також психологічні умови роботи: відмінні відзначають 14 осіб (16,28 %), добрі – 26 осіб (30,23 %), задовільні – 27 осіб (31,4 %) та погані – 19 осіб (22,09 %).

Більшість респондентів були у шлюбі; гармонійні сімейні стосунки з рідними мали більшість (94 осіб, 78,33 %) хворих.

Матеріальний стан: більшість оцінили як середній – 42,5 % (51 осіб), поганим (14,17 %, 17 осіб) і дуже добрим (4,16 %, 5 осіб); як добрий – 39,17 % (47 осіб); як дуже поганий – жодної особи.

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. Найнижчою оцінкою пацієнти відзначили показник «здоров'я», який склав 1,44 і був повністю обґрунтованим. Наступні 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

відзначили, враховуючи показники спільного проведення часу в родині, з друзями та підтримку друзів.

Дослідження показало взаємозв'язок між освітою, професійною діяльністю та ЯЖ: чим вищий рівень освіти, тим краща ЯЖ ($r_s=0,43$ при $p=0,0007$, за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена); пацієнти, які займаються професійною діяльністю, мали кращі відчуття якості здоров'я порівняно з пенсіонерами та безробітними ($p=0,02$, за критерієм Крускала-Уоллеса).

Отримані дані свідчать про зниження рівня ЯЖ унаслідок соматичного та соціального компонентів. Слід зазначити пропорційне зниження показників ЯЖ зі збільшенням віку хворих ($r_s=-0,40$ при $p=0,002$, за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена).

Для підвищення кваліфікації МС, удосконалення підготовки фахівців зі спеціальності «Медсестринство», а саме у напрямку здійснення превентивної діяльності серед населення та хворих з АГ, нами була розроблена модель факторів професійно-особистісних компетенцій МС, яка включає три основні напрямки: спеціальні компетенції, комунікативні та особистісні компетенції.

Як інструмент, що дозволить розвинути ПОК медичної сестри в напрямку профілактики та лікування хворих на АГ, запропоновано Програмно-цільовий проект, основна мета реалізації якого полягала у підвищенні професійно-особистісних компетенцій МС, представленні комплексної програми для покращення здоров'я пацієнтів з АГ.

Відповідно до цієї потреби у співпраці з викладачами кафедри психології та філософії Буковинського державного медичного університету було розроблено «Тренінг професійних компетенцій медичної сестри» для МС.

Через два тижні після завершення тренінгу значуще змінилися такі складові комунікативного компоненту ПОК медсестер, як рівень комунікабельності і комунікативної культури, емоційні бар'єри у спілкуванні; а також такий особистісний аспект компетентності, як емпатія та мотиваційний аспект у вигляді окремих проявів ставлення до себе як професіонала.

Виявлено, що рівень комунікативної культури відчутно зріс ($p=0,002$, за критерієм Вілкоксона), а також достовірно підвищився рівень комунікабельності МС ($p=0,001$, за критерієм Вілкоксона) комунікативної компетентності, що свідчило про ефективність запропонованого учасникам навчання і змістову коректність укладеної програми.

Відпрацювання практичної частини тренінгу у процесі рольових ігор дозволило достовірно ($p=0,001$, за критерієм Вілкоксона) підвищити рівень емпатійних здібностей учасниць, насамперед за рахунок зростання ($p=0,002$, за критерієм Вілкоксона) такого їх аспекту як проникливість в емпатії.

Дослідження вираженості емоційних бар'єрів у спілкуванні МС показало, що зазначені перешкоди достовірно ($p=0,002$, за критерієм Вілкоксона) знизилися, хоча й не досягли іще бажаного рівня. Рівень вираженості такого бар'єру у спілкуванні, як невміння управляти емоціями, у них достовірно ($p=0,002$, за критерієм Вілкоксона) також знизився.

Виявлено, що у МС покращилися показники власне комунікативної компетентності, сталися позитивні зміни й у мотиваційному компоненті їх ПОК. Достовірно ($p=0,002$, за критерієм Вілкоксона) покращилося самоставлення МС до себе як до професіоналів.

Навчання сприяло оптимізації ставлення МС до себе як носія певної професійної ролі і реалізатора відповідних функцій. Зокрема, відчутно ($p=0,0003$, за критерієм Вілкоксона) підвищилася самоповага учасниць. Цілком закономірно, що одним з ефектів участі у тренінговій програмі стало достовірне ($p=0,0003$, за критерієм Вілкоксона) підвищення саморозуміння МС як фахівців, що означало, що вони стали краще розуміти свої емоції, мотиви своїх професійних дій і вчинків, свою поведінку у професійних ситуаціях.

Завдяки підвищенню саморозуміння та самоповаги МС стали більш впевнено почуватися як професіонали, відповідно, показники їх невпевненості у собі в контрольному дослідженні достовірно ($p=0,005$, за критерієм Вілкоксона) знизилися.

Грунтуючись на доведеній ефективності запропонованої тренінгової програми, спільно з викладачами кафедри психології і філософії БДМУ було розроблено та впроваджено у навчальний процес студентів-майбутніх медичних сестер (2 курс, 3-й семестр) навчальну дисципліну курс за вибором «Тренінг комунікативної компетентності медичної сестри».

Через рік після проведеної навчальної програми з профілактики АГ для визначення ефективності проведеного навчання проводилося обстеження пацієнтів, аналогічне тому, яке передувало навчанню.

Встановлено, що пацієнти, які брали участь у навчальній програмі, вірогідно ($p \leq 0,031$, за критерієм ϕ^* Фішера) покращили свої знання про АГ (на 47,07 %) та ФР (на 50,88 %), можливі ускладнення (на 58,82 %), показники АТ в нормі (на 32,35 %, $p \leq 0,05$, за t-критерієм Стьюдента), що і вірогідно краще порівняно з контрольною групою ($p \leq 0,002$, за критерієм ϕ^* Фішера).

Навичками самостійного вимірювання АТ і підрахунку пульсу оволоділи всі пацієнти основної групи (100 %, ($p \leq 0,031$, за критерієм ϕ^* Фішера), а також покращили вміння щодо контролю АТ (на 41,18 %) та ведення щоденника самоконтролю, що дозволило підвищити якість контролю АГ і сприяло підвищенню прихильності до медикаментозної терапії та покращанню взаємовідносин між лікарем, медичною сестрою і пацієнтом. Тоді як у контрольній групі вміння з вимірювання та контролю АТ змінились не суттєво (зросли лише на 3,84%, 5,77% і 7,68 % відповідно). У більшості пацієнтів, які пройшли навчання, спостерігалась позитивна динаміка щодо зниження рівнів САТ і ДАТ.

Виявлено вірогідне ($p \leq 0,031$, за критерієм ϕ^* Фішера) зростання кількості хворих, які приймали гіпотензивні препарати, зокрема, постійно почали приймати 86,76 % пацієнтів і 13,24 % – лише при підвищенні АТ. За тестом Моріскі–Гріна у 57 (83,82 %) пацієнтів основної групи після навчання виявлено високий рівень мотивації до лікування, тоді як у контрольній групі – лише у 16 (30,77 %) хворих. Зросла і кількість (63 осіб; 92,65 %) пацієнтів, які дотримувались засад ЗСЖ.

Відмічено в основній групі нормалізацію маси тіла на 10,29 % (у 7 осіб) та зменшення хворих з надлишковою масою тіла (4 особи, на 5,89%) та кілька осіб з

ожирінням, а також збільшення осіб з низьким рівнем стресу, що є більшим на 11,76 % порівняно з показником до навчання, а також зменшення кількості осіб, які мали середній та високий рівні стресу; незначний ріст (на 23,5%) числа хворих, в яких зросла фізична активність на роботі і в години дозвілля (у спортивному режимі), у той час як у контрольній групі виявлено незначне зростання цього показника (на 7,69 %).

Відмовилися від куріння лише 6 осіб основної групи, в яких був слабкий ступінь нікотинової залежності та високий ступінь мотивації відмови від куріння, також більшість хворих намагалися припинити куріння, а також зменшили кількість викурених цигарок та вживання алкоголю, а 16 осіб (23,52 %) відмовились взагалі. Слід відмітити, що у контрольній групі показники змінилися незначно.

Виявлено, що після навчання пацієнти змінили характер свого харчування, на 48,52% збільшили вживання овочів і фруктів, морської риби – на 41,17%, а 14 осіб почали менше споживати солоного та гострого, а також обмежили вживання тваринних жирів і збільшили в раціоні ненасичені жири, обмежили вживання солі 11 осіб (16,18 %). У свою чергу, в контрольній групі не відбулося таких значущих змін.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі наведено теоретичне узагальнення результатів комплексного емпіричного дослідження професійних компетенцій медичної сестри й поінформованості пацієнтів з артеріальною гіпертензією та факторів ризику розвитку й нове практичне вирішення актуального наукового завдання в медсестринстві – покращення профілактики артеріальної гіпертензії з урахуванням сформованих професійних компетенцій медичної сестри.

1. Теоретико-методологічний аналіз підходів до проблеми дослідження показав, що процес формування професійних компетенцій медичних сестер виконує ціннісно-орієнтаційну, регулятивну, прогностичну функції. Наголошено, що цілісність процесу формування професійних компетенцій медичних сестер з питань профілактичних заходів артеріальної гіпертензії має забезпечуватися взаємозв'язком і взаємозалежністю зазначених компонентів.

2. Встановлено низький рівень поінформованості у 50,83 % пацієнтів з артеріальною гіпертензією про захворювання, у 29,17 % – фактори ризику розвитку артеріальної гіпертензії, у 32,5 % – показники артеріального тиску в нормі та у 60 % – можливі ускладнення. У 31 % пацієнтів виявлено недостатнє володіння навиками вимірювання артеріального тиску, у 27 % – підрахунку пульсу та у 75 % – неналежне відношення до медикаментозних методів лікування.

3. У пацієнтів із артеріальною гіпертензією з віком зростає кількість модифікованих факторів ризику: надлишкова маса тіла і ожиріння I – II ступеня (81,67%, $r_s=0,45$ при $p=0,0006$), андроїдний тип розподілу жирової тканини (50 %), середній (51,67 %) та високий (25,83%) рівні психосоціального стресу, низька фізична активність (62,5 %), середній ступінь нікотинової залежності (40 %) та слабка (59,52 %) мотивація до відмови від куріння (мотивація зростає з віком, $r_s=0,34$ при $p=0,042$), низька прихильність до лікування (65,83 %), порушення режиму харчування, надмірне споживання солі (60 %), недостатнє вживання рекомендованої кількості овочів і фруктів (25,83 %), риби у раціоні (12,5 %).

4. Виявлено перевагу осіб із середньою спеціальною освітою (38,33 %) та працюючих (71,62 %, $p < 0,05$), з відмінними та добрими санітарно-технічними (60,47 %) і задовільними та поганими психологічними умовами праці (53,49%), з середнім матеріальним станом (42,5 %, $p < 0,05$), наявними конфліктними стосунками (21,67 %) та коливанням рівня якості життя від дуже високого (41,67 %) до вкрай низького (4,17 %), зниження рівня якості життя унаслідок соматичного («здоров'я» 1,4 бали) та соціального («соціальний статус» 1,48, «задоволення від роботи, діяльності» 1,59, «соціальна активність» 1,62) компонентів. Виявлено взаємозв'язок між освітою, професійною діяльністю та якістю життя: чим вищий рівень освіти, тим краща якість життя ($r_s = 0,43$ при $p = 0,0007$); пацієнти, які займаються професійною діяльністю, мали кращі відчуття якості здоров'я порівняно з пенсіонерами та безробітними ($p = 0,02$).

5. Виявлено у медичних сестер високий рівень комунікабельності (44,26 %), середній рівень сформованості комунікативної культури (91,80 %), емоційні бар'єри, зокрема, небажання зближуватися з людьми (52,46%), негнучкість, нерозвиненість емоцій (49,18 %), невміння управляти своїми емоціями (47,54 %), домінування негативних (45,9 %) та неадекватний прояв емоцій (32,79 %), знижений рівень емпатії (75,41 %), тип особистості «реалісти» (49,18 %), середній рівень ставлення до себе як до професіонала (52,46 %), середній із тенденцією до низького рівня аутосимпатії (60,66 %).

6. Розроблено Програмно-цільовий проєкт формування професійних компетенцій медичної сестри на основі інформаційно-аналітичного, планово-формуального та контрольного-діагностичного етапів, що включає Модель факторів професійно-особистісних компетенцій медичної сестри; навчальну дисципліну «Тренінг комунікативної компетентності медичної сестри» для студентів 2 курсу спеціальності «Медсестринство»; Тренінг професійних компетенцій медичної сестри для практикуючих медичних сестер; Навчальну програму з профілактики артеріальної гіпертензії.

Виявлено, що у медичних сестер після Тренінгу професійних компетенцій медичних сестер зріс рівень комунікативної культури ($p = 0,002$), підвищився рівень

комунікабельності ($p=0,001$) комунікативної компетентності, рівень емпатійних здібностей ($p=0,001$) за рахунок зростання проникливості в емпатії ($p=0,002$); знизився рівень вираженості емоційних бар'єрів у спілкуванні ($p=0,002$) та невміння управляти емоціями ($p=0,002$); покращилося самоствалення медичних сестер до себе як до професіоналів ($p=0,002$), підвищилась самоповага та саморозуміння до себе як фахівців ($p=0,0003$).

Пацієнти, які брали участь у Навчальній програмі з профілактики артеріальної гіпертензії, вірогідно ($p\leq 0,031$) покращили знання про артеріальну гіпертензію (на 47,07 %), фактори ризику (на 50,88 %), можливі ускладнення (на 58,82 %), показники артеріального тиску в нормі (на 32,35 %), оволоділи навичками самостійного вимірювання артеріального тиску і підрахунку пульсу (100 %), покращили вміння з контролю артеріального тиску (на 41,18 %) та ведення щоденника самоконтролю, підвищилась прихильність до антигіпертензивної терапії (на 64,7 %), що в результаті сприяло зниженню рівня САТ і ДАТ ($p\leq 0,05$).

Виявлено вірогідну ($p\leq 0,05$) корекцію модифікованих факторів ризику: нормалізацію маси тіла (на 10,29 %) та зменшення хворих з надмірною масою тіла (на 5,89 %) і кілька осіб з ожирінням, збільшення осіб з низьким рівнем стресу (на 11,76 %, $p\leq 0,05$), незначний ріст числа хворих, в яких зросла фізична активність на роботі і в години дозвілля (на 23,5 %), відмовились від тютюнопаління (6 осіб), збільшили вживання овочів (на 48,52 %) і фруктів, морської риби (на 41,17 %), зменшили споживання солоного та гострого (20,58 %), обмежили вживання солі (16,18 %).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. В рамках безперервного професійного розвитку й оптимізації рівня знань та вмінь медичних сестер, які беруть участь у заходах з профілактики артеріальної гіпертензії, необхідно 1 раз на 5 років проводити Тренінг професійних компетенцій медичної сестри, що сприятиме підвищенню рівня професійних компетенцій та психологічного здоров'я медичних сестер.

2. Для покращення діагностики артеріальної гіпертензії медичним сестрам рекомендується проводити опитування пацієнтів з артеріальною гіпертензією щодо поінформованості та виявлення факторів ризику, медико-соціальних факторів і показників якості життя хворих (за анкетною вивчення поінформованості пацієнта про артеріальну гіпертензію та фактори ризику; анкетною вивчення медико-соціальних факторів впливу на розвиток і перебіг хвороб системи кровообігу; шкалою оцінки рівня якості життя), що дозволить планувати навчання з урахуванням специфіки і особистості пацієнта.

3. З метою формування у пацієнтів нових психологічних установок, які ведуть до зміни поведінки, стилю і способу життя, відмови від шкідливих звичок, засвоєння навичок вимірювання і самоконтролю артеріального тиску, мотивації для забезпечення безперервного терапевтичного процесу, стабілізації захворювання, надання допомоги при різких коливаннях артеріального тиску, підвищення прихильності до лікування та покращення якості життя рекомендується медичним сестрам використовувати Навчальну програму з профілактики артеріальної гіпертензії (включає інструкцію для медичних сестер з методики проведення занять: навчання пацієнтів щодо артеріальної гіпертензії та ускладнень, немедикаментозних методів та принципів медикаментозного лікування і практичних навичок вимірювання і контролю артеріального тиску).

4. З метою розвитку комунікативної компетентності медичних сестер доцільним є включення в навчальний процес на додипломному етапі вибіркової дисципліни «Тренінг комунікативної компетентності медичної сестри», вивчення якої є практичним фундаментом побудови успішної взаємодії медичної сестри та пацієнта і дасть можливість студентам оволодіти системою знань і вмінь, важливих у професійній підготовці та професійній діяльності фахівця.

Список використаних джерел

1. Абашник НМ. Роль медичної сестри в Україні та у світі. Медсестринство. 2019;4:7-10. doi: [10.11603/2411-1597.2019.4.10828](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2019.4.10828)
2. Абульханова-Славская КО. Активность и сознание личности как субъекта деятельности. В: Альбуханова-Славская КО, редактор. Психология личности в социалистическом обществе. Активность и развитие личности. Москва: Наука; 1989. Т. 1; с. 110–34.
3. Адамян ИВ. Участие медицинской сестры в организации медицинской помощи при гипертонической болезни. Медсестра. 2016;1:39-42.
4. Алиева БМ, Эгемназарова АЖ. Формирование коммуникативной компетентности медработника в условиях медицинского колледжа. Проблемы педагогики. 2017;7:16-20.
5. Аліфер ОО. Динаміка показників якості життя як критерій лікування артеріальної гіпертензії у пацієнтів різних вікових груп. Ліки України. 2019;4:40-3.
6. Аліфер ОО. Оцінка якості життя пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2017;2:122-4. doi: <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2017.v0.i2.7734>
7. Аникин ВВ, Пушкарева ОВ, Громнацкий НИ. Роль образовательных программ в модификации некоторых факторов риска у больных артериальной гипертонией, работающих на крупном промышленном предприятии. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2018;4:20-6. doi: <https://doi.org/10.21626/vestnik/2018-4/03>
8. Антонова ОЄ, Шарлович ЗП. Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини: сутність, структура, технологія формування. Житомир: Полісся; 2016. 258 с.
9. Артеріальна гіпертензія. Стандарти надання медичної допомоги лікарями первинної ланки (за матеріалами Настанови Європейського товариства з артеріальної гіпертензії/Європейського товариства кардіологів (ESC/ESH) 2018 р. з лікування артеріальної гіпертензії. Український медичний часопис. 2018;1(5):2-10.

10. Барна ОМ, Аліфер ОО. Якість життя та її зміни під впливом лікування у пацієнтів з артеріальною гіпертензією в практиці сімейного лікаря. Ліки України плюс. 2017;4:21-25.
11. Басова АГ. Формирование эмпатии. Молодой ученый. 2013;5(Ч 3):631-3.
12. Баталова М. Эмпатия и успешность в коммуникативной сфере. Москва: LAP Lambert Academic Publishing; 2011. 72 с.
13. Безкоровайна УЮ. Порівняльний аналіз ролі медичної сестри в Україні та у світі. Інвестиції: практика та досвід. 2016;15:88-91.
14. Бемятко АВ, Нургалиева НК, Дербисалина ГА, Батарбекова ШК. Методы работы медицинских сестре с пациентами, имеющими поведенческие факторы риска (курение, алкоголь): обзор литературы. Наука и здравоохранение. 2019;21(4):60-71.
15. Бойко ВВ. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. Москва: Филинь; 1996. 472 с.
16. Борейко ЛД, Марараш ГГ. Виявлення факторів ризику у хворих на артеріальну гіпертензію за участі медичної сестри. Клінічна та експериментальна патологія. 2020;19(1):30-7. doi: <https://doi.org/10.24061/1727-4338.XIX.1.71.2020.5>
17. Борейко ЛД, Марараш ГГ. Оцінка ефективності навчання хворих на артеріальну гіпертензію. Вісник медичних і біологічних досліджень. 2021;1:21-8. doi: <https://doi.org/10.11603/bmbr.2706-6290.2021.1.11918>
18. Бурковская ЮВ, Камынина НН. Руководители сестринского персонала – о стандартизации в области сестринского дела. Медицинская сестра. 2016;2:45
19. Варава ОБ. Шляхи формування нової генерації медичних сестер в Україні. Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах. 2018;1(60):62-5.
20. Васкес Абанто АЭ, Васкес Абанто ХЭ. Актуализация данных по артериальной гипертензии к 2020 году (часть 1). Артеріальна гіпертензія. 2020;13(2-3):42-60. doi: [10.22141/2224-1485.13.2-3.2020.205337](https://doi.org/10.22141/2224-1485.13.2-3.2020.205337)

21. Ватутин НТ, Склянная ЕВ. Распространенность артериальной гипертензии и факторов риска у лиц молодого возраста. Архивъ внутренней медицины. 2017;7(1):30-4. doi: <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2017-7-1-30-34>

22. Вербіцька ЛЯ, Ястремська СО. Роль медичної сестри в профілактиці артеріальної гіпертензії. Медсестринство. 2015;2:5-7. doi: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2015.2.4992>

23. Власик ЛЙ, Стасюк ЮВ, Пужняк ЮВ, Богомазова АО. Поширеність артеріальної гіпертензії та чинників ризику її розвитку, проведення первинної та вторинної профілактики серед населення м. Чернівці. В: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. Медична наука та практика ХХІ століття; 2017 Лют 3-4; Київ. Київ: Київський медичний науковий центр; 2017, с. 95-8.

24. Воронин АН, Николаев ЕЛ. Психологическое исследование личности врача в отношении к профессиональной деятельности. Вестник Чувашского университета. 2013;16(1):13-8.

25. Всесвітня організація охорони здоров'я. STEPS: поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань. Україна 2019. Копенгаген: ВООЗ; 2020. 66 с.

26. Голованова ІА, Лисак ВП, Закрутько ЛІ, Хорош МВ, укладачі. Науково-методичні підходи до модернізації способу життя людей, що мають фактори ризику артеріальної гіпертензії (методичні рекомендації). Київ: МОЗ України; 2016. 42 с.

27. Гоулмен Д. Эмоциональный интеллект. Москва: АСТ; 2009. 478 с.

28. Григорьева ТГ. Основы конструктивного общения. 2-е изд., испр. и допол. Новосибирск; 1999. 207 с.

29. Давидова ІВ. Лікування артеріальної гіпертензії: перевірені кроки та голос сучасності. Здоров'я України. Кардіологія. Ревматологія. Кардіохірургія. 2020;5:48.

30. Долженко ММ, Несукай ВА, Бондарчук СА, Шершньова ОВ. Комбінована антигіпертензивна терапія за рекомендаціями Європейського товариства з гіпертензії та Європейського товариства кардіологів (ESH/ESC 2018). Ліки України. 2018; 8:4-10.

31. Дроздова ІВ, Бабець АА, Степанова ЛГ, Омельницька ЛВ. Захворюваність, поширеність та інвалідність унаслідок гіпертонічної хвороби: підходи до аналізу й прогнозування. Український кардіологічний журнал. 2017;1:85-93.

32. Дячук ДД, Мороз ГЗ, Гідзинська ІМ, Кравченко АМ, Ласиця ТС, Дзізінська ОО. Профілактика серцево-судинних захворювань: теоретичні засади та практичне впровадження. Київ; 2019. 178 с.

33. Дячук ДД, Мороз ГЗ, Гідзинська ІМ, Ласиця ТС. Поширеність факторів ризику серцево-судинних захворювань в Україні: сучасний погляд на проблему. Український кардіологічний журнал. 2018;1:91-101.

34. Жавріченко КВ. Фактори ризику гіпертонічної хвороби. Медсестринство. 2019;2:67-70. doi: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2019.2.10218>

35. Загородний МІ. Клінічні основи артеріальної гіпертензії: фармакотерапевтичний аспект. Раціональна фармакотерапія. 2017;2:29-34.

36. Заздравнов АА. Гіпертонічна хвороба у пацієнтів похилого 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)

37. Закусилова ТО. Формування основ професіоналізму майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки [дисертація]. Запоріжжя; 2018. 318 с.

38. Знаменская СВ. Педагогические условия формирования коммуникативной культуры в процессе профессиональной подготовки в вузе [диссертация]. Ставрополь; 2004. 212 с.

39. Ионов МВ, Звартау НЭ, Конради АО. Современные клинические рекомендации ESH/ESC 2018 по диагностике и ведению пациентов с артериальной гипертензией: первый взгляд. Артериальная гипертензия. 2018;24(3):351-8. doi: <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2018-24-3-351-358>

40. Кайдалова ЛГ. Формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер: теоретичний аспект. Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. Серія: Педагогіка, психологія, філософія. 2017;267:80-5.

41. Карамнова НС, Максимов СА, Шальнова СА, Баланова ЮА, Евстифеева СЕ, Имаева АЭ, и др. Артериальная гипертензия и характер питания взрослой популяции. Результаты российского эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020;19(5):155-62. doi: <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2020-2570>

42. Карпов ЮА. Европейские рекомендации по артериальной гипертензии 2018: внедрение новых позиций в клиническую практику. Атмосфера. Новости кардиологии. 2018;3:30-8.

43. Кирюшина ОА. Качество жизни и психическое здоровье пациентов с гипертонической болезнью. В: Калинин РЕ, Литвинова НИ, редакторы. Материалы Всероссийск. конф. студентов и молодых специалистов с междунар. участием Ренализация непрерывного профессионального образования как основа повышения качества подготовки медицинских кадров; 2016 Апр 27-28; Рязань. Рязань; 2016, с. 89-93.

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

45. Клименко АА, Аничков ДА, Демидова НА. Рекомендации по артериальной гипертензии Европейского общества кардиологов и Европейского общества по артериальной гипертензии 2018 года: что нового? Клиницист. 2018;12(2):10-5. doi: [10.17650/1818-8338-2018-12-2-10-15](https://doi.org/10.17650/1818-8338-2018-12-2-10-15)

46. Климов АВ, Денисов ЕН, Иванов ОВ. Артериальная гипертензия и ее распространенность среди населения. Молодой ученый. 2018;50(Ч 1):86-9.

47. Ключева НВ, Касаткина ЮВ. Учим детей общению. Характер, коммуникабельность. Ярославль: Академия развития; 1996. 240 с.

48. Коваленко ВМ, Корнацкий ВМ, редакторы. Проблеми здоров'я і медичної допомоги та модель покращення в сучасних умовах. Київ; 2016. 261 с.

49. Коваленко ВМ, Корнацкий ВМ, редакторы. Стан здоров'я народу України та медичної допомоги третинного рівня. Київ; 2019. 223 с.

50. Коваль СМ, Снігурська Ю. Сучасна стратегія лікування артеріальної гіпертензії та профілактики її ускладнень у світлі нових європейських рекомендацій 2018 року. Рациональна фармакотерапія. 2019;1-2:11-8.

51. Козакевич ОБ, Козакевич ВК. Формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки. В: Матеріали навч.-наук. конф. з міжнар. участю. Актуальні проблеми сучасної вищої медичної освіти в Україні; 2019 Бер 21; Полтава. Полтава; 2019, с. 107-8.

52. 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.

53. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Вплив стресу на розвиток і перебіг захворювань. Світ медицини та біології. 2017;13(1):194-202.

54. 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>

55. Корніяка ОМ. Вивчення розвитку комунікативної компетентності студентів. Психолінгвістика. 2009;3:60-9.

56. Коробка О. Практичні рекомендації щодо ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Здоров'я України. Кардіологія. Ревматологія. Кардіохірургія. 2020;4: 25-7.

57. Криницька ІЯ, Марущак МІ, Кліщ ІМ. Особливості професійної підготовки медичних сестер на сучасному етапі. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2017;4:84-7. doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2017.4.8659>

58. Лебедь ВС. Роль медицинской сестры в уходе за больными с кризовым течением гипертонической болезни. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований [Интернет]. 2016[цитировано 2020 Окт 10];11(Ч 4):710-1. Доступно: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=10652>

59. Лимар ЛВ. Основні компоненти соціальної компетентності сімейних лікарів в Україні. Медична освіта. 2019;2:90–5. doi: <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2019.2.10101>

60. Липатова ЕЕ, Ахмадеева ЭН, Ахмадеева ЛР. Психологическое здоровье медицинской сестры стационара. Здоровье и образование в XXI веке. 2018;7:58-61. doi: <http://dx.doi.org/10.26787/nydha-2226-7425-2018-20-7-58-61>

61. Литвиненко СА, Ямницький ВМ. Формування рефлексивної компетентності у професійній підготовці майбутніх психологів. Наука і освіта. 2014;10:115-9.

62. Литвинова АЕ. Формування компетентності медичних сестер. Медсестринство. 2017;4:16-8. doi: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2017.4.8539>

63. Локшина ОІ. Становлення «компетентнісної ідеї» в європейській освіті. В: Реалізації європейського досвіду компетентнісного підходу у вищій школі України. Київ: Педагогічна думка; 2009, с. 19–33.

64. Марараш ГГ. Медико-соціальні чинники та якість життя у хворих на артеріальну гіпертензію: роль медичної сестри. Буковинський медичний вісник. 2020;24(4): doi: <https://doi.org/10.24061/2413-0737.XXIV.4.96.2020.102>

65. Марараш ГГ. Поінформованість хворих на артеріальну гіпертензію. Роль медичної сестри. Клінічна та профілактична медицина. 2020;1:32-9. doi: [https://doi.org/10.31612/2616-4868.1\(11\).2020.04](https://doi.org/10.31612/2616-4868.1(11).2020.04)

66. Марараш ГГ. Роль медико-соціальних чинників у розвитку артеріальної гіпертензії. ВІМСО Journal. 2018;2018:178.

67. Марараш ГГ. Характеристика професійно-особистісної компетентності медичних сестер. Art of Medicine. 2020;2:108-15-9. doi: <https://doi.org/10.21802/artm.2020.2.14.108>

68. Марараш ГГ. Структурна модель професійно-особистісної компетентності медичної сестри. В: Бойчук ТМ, Іващук ОІ, Безрук ВВ, редактори. Матеріали 101-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»; 2020 Лют 10, 12, 17; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2020, с. 116.

69. Марараш ГГ. Обізнаність медичних сестер щодо профілактичних заходів артеріальної гіпертензії. В: Бойчук ТМ, Іващук ОІ, Безрук ВВ, редактори. Матеріали 102-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету; 2021 Лют 08, 10, 15; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2021, с. 117.

70. Марараш ГГ. Якість життя у хворих на артеріальну гіпертензію. В: Матеріали XVI Міжнар. наук. конф. студентів, молодих вчених та фахівців Актуальні питання сучасної медицини; 2019 Бер 28-29; Харків. Харків: ХНУ ім. ВН. Каразіна; 2019, с. 170-1.

71. Марараш ГГ, Любіна ЛА. Соціально-психологічна компетентність у структурі професійної компетентності медичної сестри. В: Зорій НІ, Бойчук ТМ, Іващук ОІ, редактори. Матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф. студентів та молодих вчених. Студентське самоврядування в системі академічної культури; 2019 Бер 14-15; Чернівці. Чернівці: БДМУ; 2019, с. 119-20.

72. Марараш ГГ. Фактори професійно-особистісної компетентності медичної сестри, значущі для профілактики артеріальної гіпертензії. В: Матеріали XI наук.-практ. конф. з міжнар. участю. Вища освіта та практика в медсестринстві; 2020 Жов 22-23; Житомир. Житомир; 2020, с. 125.

73. Марараш ГГ. Роль професійно-особистісних компетенцій медичної сестри в системі сімейної медицини. В: Матеріали XIX міжнар. наук.-практ. онлайн-конф. з системної сімейної психотерапії УСП. Сім'я як дзеркало системи сучасного світу; 2020 Жов 16-18; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2020, с. 41-4.

74. Марараш ГГ. Теоретико-методологический анализ исследования профессиональной компетентности медицинского работника. В: Материалы междунар. науч.-практ. конф. Актуальные проблемы психиатрии, медицинской психологии и суицидологии: современная практика и направления развития; 2019 Окт 17-18; Самарканд. Проблемы биологии и медицины. 2019;4.1:62.

75. Марараш ГГ. Уровень осведомленности больных артериальной гипертензией. В: Материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием

Иновационные технологии в медицине; 2018 Ноя 30-Дек 01; Самарканд. Проблемы биологии и медицины. 2018;4.1:84-5.

76. Марараш ГГ. Виявлення факторів ризику у хворих на артеріальну гіпертензію. In: International scientific and practical conference Modern methods for diagnostics and treatment: the experience of EU countries; 2019 Dec 27-28; Lublin, Poland. Lublin; 2019, p. 70-4.

77. Марараш ГГ. Роль навчальної програми в модифікації факторів ризику у хворих з артеріальною гіпертензією. In: XXV International Scientific and Practical Conference Implementation of modern science and practice; 2021 May 11-14; Varna, Bulgaria; Varna; 2021, p. 278-80.

78. Марчук КВ. Санітарно-просвітницька робота як важливий напрямок профілактичної діяльності медичної сестри. Магістр медсестринства. 2017;2:83-7.

79. Масляков ВВ, Лёвина ВА, Дралина ОИ, Романова ИВ, Бондаренко ГИ. Оценка психологического портрета медицинских сестер различных отделений. Современные проблемы науки и образования. 2013;6:673-4.

80. Матюха ЛФ. Артеріальна гіпертензія та її ускладнення – гіпертонічний криз: стратегія лікування та можливості застосування окремих препаратів. Український медичний часопис. 2016;1:53-5.

81. Мельничук ІМ, Стасюк ІЛ. Теоретичні основи підготовки фахівців сестринської справи до професійної діяльності. Медсестринство. 2017;2:16-9. doi: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2017.2.8501>

82. Міщенко ЛА. Фактори ризику та соціально-економічний статус пацієнтів з уперше виявленою артеріальною гіпертензією: результати дослідження. Старт II. Український кардіологічний журнал. 2018;6:47-58. doi: <https://doi.org/10.31928/1608-635X-2018.6.4758>

83. Неврычева ЕВ. Сестринская помощь при артериальной гипертонии: основные понятия, клиника, диагностика, лечение. Хабаровск; 2018. 140 с.

84. Нетяженко ВЗ, Божко ЛІ, Гідзинська ІМ, Волобуєва ЗВ, Клименко ЛВ, Корж ОМ, та ін. Артеріальна гіпертензія. Клінічна настанова. Київ; 2017. 185 с.

85. Овчарук ОВ, редактор. Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи. Київ: К.І.С.; 2004. 112 с.
86. Оганов РГ, редактор. Артериальная гипертония. Руководство для врачей. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2008. 192 с.
87. Олеськова ГГ. Академічна освіта сестринського персоналу Німеччини: реалії сьогодення і перспективи. Медична освіта. 2017;4:42-7. doi: <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2017.4.8342>
88. Парыгин БД. Анатомия общения. Санкт-Петербург; 1999. 300 с.
89. Петрущак ОМ, Криницька ІЯ. Роль медичної сестри на сучасному етапі розвитку охорони здоров'я. Медсестринство. 2017;4:48-50. doi: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2017.4.8549>
90. Пилипчук ЛС. Особистісні чинники взаємодії медичних сестер з пацієнтами в умовах стаціонарного лікування [дисертація]. Київ; 2019. 249 с.
91. Пилипюк ГМ. Профілактика серцево-судинних захворювань: роль медичної сестри. Хист. 2017;19:200.
92. Питецька НІ. Артеріальна гіпертензія та ожиріння у хворих літнього віку. Проблемы старения и долголетия. 2016;25(1):98-104.
93. Радченко ГД, Слащева ТГ, Сіренко ЮМ, Муштенко ЛО. Чинники, які впливають на контроль артеріального тиску у хворих на артеріальну гіпертензією залежно від віку. Український кардіологічний журнал. 2015;2:19-30.
94. Райгородский ДЯ, редактор. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара; 2001. Методика диагностики уровня эмпатических способностей В.В. Бойко; с. 486-90.
95. Рега НІ, Рега ОР. Роль медичної сестри у наданні медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію. Вісник медичних і біологічних досліджень. 2019;1:41-4. doi: <https://doi.org/10.11603/bmbr.2706-6290.2019.1.10518>
96. Резник ЕВ, Никитин ИГ. Новые рекомендации ACC/AHA и ESC/ESH по артериальной гипертонии. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2018;17(5):99-119. doi: <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2018-5-99-119>

97. Ромель РЯ. Роль медицинской сестры в профилактике гипертонии. Тюменская правда [Интернет]. 2016[цитировано 2020 Авг 27];12. Доступно: <http://tyum-pravda.ru/obshchestvo-main/38726-rol-meditsinskoj-sestry-v-profilaktike-gipertonii>

98. Рудик ЮС, Чернишов ВА. Стрес як фактор ризику серцево-судинних захворювань: нові можливості фіто фармакотерапії в корекції психоемоційних розладів. Рациональна фармакотерапія. 2019;1-2:20-3.

99. Свіщенко ЄП, Міщенко ЛА. Клініко-демографічні характеристики пацієнтів з уперше виявленою артеріальною гіпертензією: результати дослідження СТАРТ. Український кардіологічний журнал. 2017;6:14-23.

100. Семенківська ОЮ. Організація системи первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та роль медичної сестри. Магістр медсестринства. 2017;2:93-100.

101. Сисоєва СО. Технологізація освітньої діяльності в умовах неперервної професійної освіти. В: Зязюн ІА, редактор. Неперервна професійна освіта: проблеми, пошуки, перспективи. Київ: Віпол; 2000, с. 319-63.

102. Синди Д. Сила емпатии. Как развить свои интуитивные таланты. Санкт-Петербург: Весь; 2017. 304 с.

103. Сірак ІП. Формування готовності майбутніх медичних сестер до професійної самореалізації [дисертація]. Вінниця. 2017. 296 с.

104. Сіренко ЮМ, Лупай МІ, Несукай ОГ, Соколова ЛК, Долженко ММ, Воронков ЛГ. Контроль артеріальної гіпертензії в Україні: висновки експертів. Здоров'я України 21 сторіччя [Интернет]. 2017[цитовано 2020 Вер 21];24. Доступно: <https://health-ua.com/article/33340-kontrol-arterialno-gpertenzenz-v-ukran-visnovki-ekspertv>

105. Сіренко О. Рекомендації Європейського товариства кардіологів (European Society of Cardiology, ESC) і Європейського товариства гіпертензії (European Society of Hypertension, ESH) з лікування артеріальної гіпертензії 2018 р. Артеріальна гіпертензія. 2018;5:58-172.

106. 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>

107. Слащева ТГ, Марцовенко ІМ, Сіренко ЮМ, Радченко ГД. Особливості контролю артеріального тиску в різних регіонах України. Буковинський медичний вісник. 2017;21(2 Ч 1):76-84.

108. Смачило АІ, Сивак ГС, Камінська ОВ, Паньків П. Участь медсестри у формуванні комплаєнсу до лікування пацієнтів із гіпертонічною хворобою та ішемічною хворобою серця. Медсестринство. 2019;1:21-3. doi: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2019.1.9980>

109. Сорокатыя КА. Роль профессиональных компетенций медицинской сестры в профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы. Евразийский научный журнал [Интернет]. 2016[цитировано 2020 Сен 14];4. Доступно: <http://journalpro.ru/pdf-article/?id=3446>

110. Сорокина ДБ. Основные подходы к пониманию феномена «барьеры общения» в психологической науке. Мир науки [Интернет]. 2017[цитировано 2020 Окт 10];5(3). Доступно: <http://mir-nauki.com/PDF/17PSMN317.pdf>

111. Терещенко АМ. Оптимізм як фактор зменшення ризику професійного вигорання. Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology. 2015;3(43):83-6.

112. Тимофієва МП, Борейко ЛД, Марараш ГГ. Розвиток професійно-особистісних компетенцій медичної сестри для профілактики артеріальної гіпертензії. Україна. Здоров'я нації. №2, (64) 2021; с. 66-74.

113. Тимофієва МП, Марараш ГГ. Умови розвитку професійно-особистісних компетенцій медичної сестри в галузі профілактики артеріальної гіпертензії. В: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. Роль сучасної медицини у житті людини та її місце у формуванні здорового способу життя; 2021 Бер 26-27; Львів. Львів: Львівська медична спільнота; 2021, с. 41-5.

114. Тимофієва МП, Павлюк ОІ. Я-концепція у становленні особистості: цикл тренінгових вправ. Чернівці; 2019. 104 с.

115. Фетискин НП, Козлов ВВ, Мануйлов ГМ. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. Москва; 2002. Глава 3. Раздел 2 (В.В. Бойко. Диагностика эмоциональных барьеров в межличностном общении; с. 107-9.

116. Філоненко ММ. Психологія спілкування. Київ: Центр учбової літератури; 2008. Діагностика загального рівня комунікабельності (за В.Ф. Ряховським); с. 205-7.

117. Хабусєва МС. Становлення мотиваційної сфери майбутніх медичних працівників: психолого-педагогічні передумови. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: педагогічні науки [Інтернет]. 2013[цитовано 2020 Вер 11];3. Доступно: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2013_3_39

118. Хорош МВ. Медико-соціальне обґрунтування моделі виявлення та первинної профілактики хвороб системи кровообігу як складової надання медичної допомоги на первинному рівні [дисертація]. Харків; 2017. 229 с.

119. Хуторской АВ. Технология проектирования ключевых и предметных компетенций. Эйдос [Интернет]. 2005[цитировано 2021 Янв 18];4. Доступно: <https://www.docsity.com/ru/tehnologiya-proektirovaniya-klyuchevyh-i-predmetnyh-kompetency/1356432/>

120. Цыганкова ДП, Федорова НВ. Отдельные социально-экономические аспекты риска артериальной гипертензии. Артериальная гипертензия. 2020;26(2)155-62. doi: <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2020-26-2-155-162>

121. Чернецкая НИ, Комолкина ОИ. Мотивы выбора профессии медицинской сестры. Педагогический ИМИДЖ. 2017;4:142-8.

122. Чистякова М. Коммуникативные навыки медицинской сестры. Actualis Медицина [Интернет]. 2021[цитировано 2020 Авг 27]. Доступно: <https://med.mcfk.kz/article/792-kommunikativnyye-navyki>

123. Шапошник ДО. Ресурси теорії самоефективності особистості у сучасній психології. Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія: Психологія. 2011;45(937):302-5.

124. Шарлович ЗП. Формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки [дисертація] Житомир. 2015. 236 с.

125. Шарлович ЗП. Формування професійно-педагогічної компетентності сімейної медичної сестри через розвиток і виховання особистості. Проблеми сучасної педагогічної освіти. Педагогіка і психологія. 2012;37(Ч 1):157–63.

126. Шатило ВЙ, Махновська ІР. Сучасні підходи до підготовки медичних фахівців з медсестринства в Україні. Магістр медсестринства. 2016; 2:7-13.

127. Шишов СЕ, Кальней ВА. Мониторинг качества образования в школе. Москва: Российское педагогическое агентство; 1998. 354 с.

128. Яскевич РА, Давыдов ЕЛ. Подходы к обучению в «школе пациента с артериальной гипертонией» в пожилом и старческом возрасте и их влияние на качество жизни. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016;12(Ч 1):66-70.

129. Abd-Elhameed FK. Training of Nurses on Prevention of Stroke Recurrence among Patients in a Rehabilitation Center. Journal of Medicine and Medical Sciences. 2016;11(2):23-34.

130. Abdelhamid AS, Martin N, Bridges C, Brainard JS, Wang X, Brown TJ, et al. Polyunsaturated fatty acids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018[cited 2019 Nov 27];11(11):CD012345. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012345.pub3/full> doi: [10.1002/14651858.CD012345.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012345.pub3)

131. Akhlaghi M. Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH): potential mechanisms of action against risk factors of the metabolic syndrome. Nutr Res Rev. 2020;33(1):1-18. doi: [10.1017/S0954422419000155](https://doi.org/10.1017/S0954422419000155)

132. Albarqouni L, Hoffmann T, Straus S, Olsen NR, Young T, Ilic D, et al. Core Competencies in Evidence-Based Practice for Health Professionals: Consensus Statement Based on a Systematic Review and Delphi Survey. JAMA Netw Open [Internet]. 2018[cited 2020 Oct 15];1(2):e180281. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/article-abstract/2685621>

133. Albini F, Xiaoqiu Liu, Torlasco C, Soranna D, Faini A, Ciminaghi R, et al. An ICT and mobile health integrated approach to optimize patients' education on hypertension and its management by physicians: The Patients Optimal Strategy of Treatment (POST) pilot study. *Annu Int Conf IEEE Eng Med Biol Soc.* 2016; 2016:517-20. doi: [10.1109/EMBC.2016.7590753](https://doi.org/10.1109/EMBC.2016.7590753)

134. Alfes CM, Zimmermann EP, editors. *Clinical Simulations for the Advanced Practice Nurse: A Comprehensive Guide for Faculty, Students, and Simulation Staff.* 1st ed. Springer Publishing Company; 2020, p. 281-364.

135. Ambrosetti M, Abreu A, Corrà U, Davos CH, Hansen D, Frederix I, et al. Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: From knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology. *Eur J Prev Cardiol [Internet].* 2020[cited 2020 Apr 8]:2047487320913379. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2047487320913379> doi: [10.1177/2047487320913379](https://doi.org/10.1177/2047487320913379)

136. Alotaibi B. Nurses Communication Barriers in Healthcare Centers: Patients Perspectives. *Intern J Nursing Didactics.* 2018;8(1):24-34. doi: [10.15520/ijnd.2018.vol8.iss01.271.24-34](https://doi.org/10.15520/ijnd.2018.vol8.iss01.271.24-34)

137. Ardahan M, Akcasu B, Engin E. Professional collaboration in students of Medicine Faculty and School of Nursing. *Nurse Educ Today.* 2010;30(4):350-4. doi: [10.1016/j.nedt.2009.09.007](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.09.007)

138. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol [Internet].* 2019[cited 2020 Sep 10];74(10):1376-414. Available from: <https://www.jacc.org/doi/pdf/10.1016/j.jacc.2019.03.009> doi: [10.1016/j.jacc.2019.03.009](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.03.009)

139. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology. Infection preventionist (IP) competency model [Internet]. 2019[cited 2020 Nov 23]. Available from: <https://apic.org/professional-practice/infection-preventionist-ip-competency-model/>

140. Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2019[cited 2020 Dec 19];27:e3162. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/en_0104-1169-rlae-27-e3162.pdf doi: [10.1590/1518-8345.3069.3162](https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162)
141. Baltzell K, McLemore M, Shattell M, Rankin S. Impacts on Global Health from Nursing Research. *Am J Trop Med Hyg.* 2017;96(4):765-6. doi: [10.4269/ajtmh.16-0918](https://doi.org/10.4269/ajtmh.16-0918)
142. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84(2):191-205. doi: [10.1037//0033-295x.84.2.191](https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191)
143. Bates AA. Patients' Perceptions of Competence and Trust in the Nurse Practitioner Based on Practitioner Attire [abstract]. William Carey University; 2017. 20 p.
144. Berra K, Miller NH, Jennings C. Nurse-Based Models for Cardiovascular Disease Prevention From Research to Clinical Practice. *J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2011[cited 2021 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](https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e318213ef5c)
145. Bhatt H, Siddiqui M, Judd E, Oparil S, Calhoun D. Prevalence of pseudoresistant hypertension due to inaccurate blood pressure measurement. *J Am Soc Hypertens.* 2016;10(6):493-9. doi: [10.1016/j.jash.2016.03.186](https://doi.org/10.1016/j.jash.2016.03.186)
146. Birkhäuser J, Gaab J, Kossowsky J, Hasler S, Krummenacher P, Werner C, Gerger H. Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2017[cited 2020 Sep 18];12(2):e0170988. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0170988> doi: [10.1371/journal.pone.0170988](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170988)
147. Bittner V. The New 2019 AHA/ACC Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. *Circulation.* 2020;142(25):2402-4. doi: [10.1161/CIRCULATIONAHA.119.040625](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.119.040625)
148. Bowles NP, Thosar SS, Herzig MX, Shea SA. Chronotherapy for Hypertension. *Curr Hypertens Rep* [Internet]. 2018[cited 2020 Sep 18];20(11):97.

Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6491046/pdf/nihms-1022243.pdf> doi: [10.1007/s11906-018-0897-4](https://doi.org/10.1007/s11906-018-0897-4)

149. Bradbury K, Morton K, Band R, May C, McManus R, Little P, et al. Understanding how primary care practitioners perceive an online intervention for the management of hypertension. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. 2017[cited 2020 Sep 18];17(1):5. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5223423/pdf/12911_2016_Article_397.pdf doi: [10.1186/s12911-016-0397-x](https://doi.org/10.1186/s12911-016-0397-x)

150. Bravetti C, Cocchieri A, D'Agostino F, Alvaro R, Zega M. The assessment of the complexity of care through the clinical nursing information system in clinical practice: a study protocol. *Ann Ig*. 2017;29(4):273-80. doi: [10.7416/ai.2017.2155](https://doi.org/10.7416/ai.2017.2155)

151. Bravetti C, Cocchieri A, D'Agostino F, Vellone E, Alvaro R, Zega M. A nursing clinical information system for the assessment of the complexity of care. *Ann Ig*. 2018;30(5):410-20. doi: [10.7416/ai.2018.2241](https://doi.org/10.7416/ai.2018.2241)

152. Brunner EJ. Social factors and cardiovascular morbidity. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;74(Pt B):260-8. doi: [10.1016/j.neubiorev.2016.05.004](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.05.004)

153. Cadman C, Brewer J. Emotional intelligence: A vital prerequisite for recruitment in nursing. *J Nurs Manag*. 2001;9(6):321-4. doi: [10.1046/j.0966-0429.2001.00261.x](https://doi.org/10.1046/j.0966-0429.2001.00261.x)

154. Campbell N, Touyz R, Lackland D, Redburn K, Niebylski M. Celebrate World Hypertension Day (WHD) on May 17, 2015, and contribute to improving awareness of hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2015;17(4):317-8. doi: [10.1111/jch.12542](https://doi.org/10.1111/jch.12542)

155. Campbell P, Longbottom A, Pooler A. *Nursing in General Practice: The Toolkit for Nurses and Health Care Assistants*. Routledge; 2017. 144 p.

156. 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)

157. Centers for Disease Control and Prevention. High blood pressure fact sheet [Internet]. 2016[cited 2020 Sep 15]. Available from: <https://www.cdc.gov/bloodpressure/>

158. Cestari VRF, Florêncio RS, Moreira TMM, Pessoa VLMP, Barbosa IV, Lima FET, et al. Nursing competencies in promoting the health of individuals with chronic

diseases. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(6):1129-37. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0312>

159. Chen Shu-Ling. Reviewing and Reflecting on Nursing During the COVID-19 Pandemic. *Hu Li Za Zhi.* 2020;67(6):4-5. doi: [10.6224/JN.202012_67\(6\).01](https://doi.org/10.6224/JN.202012_67(6).01)

160. Chianchana C, Wichian SN. Assessment of performance competency in the organization: dimensionality oriented assessment. *Polish Journal of Management Studies.* 2016;13(2):27-35. doi: [10.17512/pjms.2016.13.2.03](https://doi.org/10.17512/pjms.2016.13.2.03)

161. Chianchana C, Wichian SN. Assessment of performance competency in the organization: dimensionality oriented assessment. *Polish Journal of Management Studies.* 2016;13(2):27-35. doi: [10.17512/pjms.2016.13.2.03](https://doi.org/10.17512/pjms.2016.13.2.03)

162. Cooper L, Andrew S, Fossey M. Educating nurses to care for military veterans in civilian hospitals: An integrated literature review. *Nurse Educ Today.* 2016; 47:68-73. doi: [10.1016/j.nedt.2016.05.022](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.05.022)

163. Costa M, Faria L. Inteligência Emocional e Satisfação Profissional de Enfermeiros e Voluntários. In: *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia.* Braga: Universidade do Minho; 2009, p. 4467-75.

164. D'Agostino F, Vellone E, Cocchieri A, Welton J, Maurici M, Polistena B, et al. Nursing Diagnoses as Predictors of Hospital Length of Stay: A Prospective Observational Study. *J Nurs Scholarsh.* 2019;51(1):96-105. doi: [10.1111/jnu.12444](https://doi.org/10.1111/jnu.12444)

165. Dalal J, Dasbiswas A, Sathyamurthy I, Maddury SR, Kerkar P, Bansal S, et al. Heart Rate in Hypertension: Review and Expert Opinion. *Int J Hypertens [Internet].* 2019[cited 2020 Feb 19]; 2019:2087064. Available from: <https://downloads.hindawi.com/journals/ijhy/2019/2087064.pdf> doi: [10.1155/2019/2087064](https://doi.org/10.1155/2019/2087064)

166. Dantas RCO, Roncalli AG. Protocol for hypertensive individuals assisted in Basic Health Care. *Cien Saude Colet.* 2019;24(1):295-306. doi: [10.1590/1413-81232018241.35362016](https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35362016)

167. Dantas RCO, Roncalli AG. Protocol reproducibility for users with arterial hypertension attended in Basic Health Care Units. *Cien Saude Colet.* 2020;25(8):3037-46. doi: [10.1590/1413-81232020258.17762018](https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.17762018)

168. Dantas RCO, Silva JPTD, Dantas DCO, Roncalli ÂG. Factors associated with hospital admissions due to hypertension. *Einstein (Sao Paulo)* [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 21];16(3):eAO4283. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6178859/pdf/2317-6385-eins-16-03-eAO4283.pdf> doi: [10.1590/S1679-45082018AO4283](https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4283)

169. da Silva ÂTM, de Fátima Mantovani M, Moreira RC, Arthur JP, de Souza RM. Nursing case management for people with hypertension in primary health care: A randomized controlled trial. *Res Nurs Health*. 2020;43(1):68-78. doi: [10.1002/nur.21994](https://doi.org/10.1002/nur.21994)

170. Defibaugh S. Nurse Practitioners and the Performance of Professional Competency. *Accomplishing Patient-centered Care*. Palgrave Macmillan; 2018. 133 p. doi: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-68354-6>

171. Dempsey PC, Larsean RN, Dunstan DW, Owen N, Kingwell BA. Sitting Less and Moving More: Implications for Hypertension. *Hypertension*. 2018;72(5):1037-46. doi: [10.1161/HYPERTENSIONAHA.118.11190](https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.118.11190)

172. Drevenhorn E. Nonpharmacologic Interventions in Prevention and Treatment of Hypertension. *International Journal of Hypertension* [Internet]. 2018[cited 2020 Aug 27];2018:ID2858253. Available from: <https://downloads.hindawi.com/journals/ijhy/2018/2858253.pdf> doi: <https://doi.org/10.1155/2018/2858253>

173. Drevenhorn E. A Proposed Middle-Range Theory of Nursing in Hypertension Care. *Int J Hypertens* [Internet]. 2018[cited 2020 Oct 12]; 2018:2858253. Available from: <https://downloads.hindawi.com/journals/ijhy/2018/2858253.pdf> doi: [10.1155/2018/2858253](https://doi.org/10.1155/2018/2858253)

174. Duller SF, Tating DLR, Tejero LMS. The Effectiveness of a Training Program for Advanced Practice Nurses in the Philippines on the Care of Patients with Primary Hypertension. *Hypertension Journal* [Internet]. 2019[cited 2020 Feb 1];5. Available from: http://www.johtn.com/eJournals/_eJournals/61_ORIGINAL%20ARTICLE.pdf doi: [10.15713/ins.johtn.0156](https://doi.org/10.15713/ins.johtn.0156)

175. Dzau VJ, Balatbat CA. Future of Hypertension. The Need for Transformation. *Hypertension*. 2019; 74:450-7. doi: [10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.13437](https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.13437)

176. Efremova E, Shutov A, Suvorova S, Tolstyga M, Vydrina S, Troshina I, et al. Adherence to lifestyle therapy and drug therapy in patients with arterial hypertension and comorbidity. *J Hypert* [Internet]. 2019[cited 2020 Dec 19]; 37:e251. Available from: https://journals.lww.com/jhypertension/Abstract/2019/07001/ADHERENCE_TO_LIFESTYLE_THERAPY_AND_DRUG_THERAPY_IN.740.aspx doi: [10.1097/01.hjh.0000573212.41860.01](https://doi.org/10.1097/01.hjh.0000573212.41860.01)

177. Facchinetti G, Ianni A, Piredda M, Marchetti A, D'Angelo D, Dhurata I, et al. Discharge of older patients with chronic diseases: What nurses do and what they record. An observational study. *J Clin Nurs*. 2019;28(9-10):1719-27. doi: [10.1111/jocn.14782](https://doi.org/10.1111/jocn.14782)

178. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 1):704-9. doi: [10.1590/0034-7167-2017-0471](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471)

179. Fisher NDL, Curfman G. Hypertension-A Public Health Challenge of Global Proportions. *JAMA*. 2018;320(17):1757-9. doi: [10.1001/jama.2018.16760](https://doi.org/10.1001/jama.2018.16760)

180. Flack JM, Adekola B. Blood pressure and the new ACC/AHA hypertension guidelines. *Trends Cardiovasc Med*. 2020;30(3):160-4. doi: [10.1016/j.tcm.2019.05.003](https://doi.org/10.1016/j.tcm.2019.05.003)

181. Fontaine G, Cossette S, Maheu-Cadotte MA, Mailhot T, Heppell S, Roussy C, et al. Behavior change counseling training programs for nurses and nursing students: A systematic descriptive review. *Nurse Educ Today*. 2019; 82:37-50. doi: [10.1016/j.nedt.2019.08.007](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.08.007)

182. Fukada M. Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago Acta Med*. 2018; 61(1):1-7. doi: [10.33160/yam.2018.03.001](https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001)

183. Fu SN, Dao MC, Wong CKH, Cheung BMY. The Association of Health Literacy with High-Quality Home Blood Pressure Monitoring for Hypertensive Patients in Outpatient Settings. *Int J Hypertens* [Internet]. 2020[cited 2020 Aug 16];2020:7502468. Available from: <https://downloads.hindawi.com/journals/ijhy/2020/7502468.pdf> doi: <https://doi.org/10.1155/2020/7502468>

184. Gelhaus P. The desired moral attitude of the physician: (I) empathy. *Med Health Care Philos*. 2012;15(2):103-13. doi: [10.1007/s11019-011-9366-4](https://doi.org/10.1007/s11019-011-9366-4)

185. Gilmartin J. Teachers' understanding of facilitation styles with student nurses. *Int J Nurs Stud*. 2001;38(4):481–8. doi: [10.1016/S0020-7489\(00\)00085-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00085-7)

186. Glynn L, Casey M, Walsh J, Hayes PS, Harte RP, Heaney D. Patients' views and experiences of technology based self-management tools for the treatment of hypertension in the community: A qualitative study. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2015[cited 2020 Sep 19]; 16:119. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4565000/pdf/12875_2015_Article_333.pdf doi: [10.1186/s12875-015-0333-7](https://doi.org/10.1186/s12875-015-0333-7)

187. Ghamari-Zare Z, Purfarzad Z, Adib-Hajbaghery M. Medication Management Skills of Nursing Students: Comparing the Students and Their Instructors' Evaluation in two Universities. *Nurs Midwifery Stud* [Internet]. 2013[cited 2020 Sep 22];1(3). Available from: http://nmsjournal.kaums.ac.ir/article_65802_67591361eac37a159135bca52b5754e4.pdf doi: [10.5812/nms.8555](https://doi.org/10.5812/nms.8555)

188. Grandner M, Mullington JM, Hashmi SD, Redeker NS, Watson NF, Morgenthaler TI. Sleep Duration and Hypertension: Analysis of > 700,000 Adults by Age and Sex. *J Clin Sleep Med*. 2018;14(6):1031-9. doi: [10.5664/jcsm.7176](https://doi.org/10.5664/jcsm.7176)

189. Haavisto M, Jarva S. Developing trust in a nurse-patient relationship. A Literature Review [Bachelor's thesis]. JAMK University of Applied Sciences; 2018. 37 p.

190. Hanifi N, Parvizy S, Joolae S. The Miracle of Communication as a Global Issue in Clinical Learning Motivation of Nursing Students. *Procedia Soc Behav Sci*. 2012;47:1775–9. doi: [10.1016/j.sbspro.2012.06.899](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.06.899)

191. He L, Ma YF, Zhang KS, Wang YX. Self-esteem enhancement as a strategy for promoting the mental health and averting the occupational problems of nurses. *Frontiers of Nursing*. 2019;6(1):59-65. doi: [10.2478/fon-2019-0012](https://doi.org/10.2478/fon-2019-0012)

192. Himmelfarb CRD, Commodore-Mensah Y, Hill MN. Expanding the Role of Nurses to Improve Hypertension Care and Control Globally. *Ann Glob Health*. 2016;82(2):243-53. doi: [10.1016/j.aogh.2016.02.003](https://doi.org/10.1016/j.aogh.2016.02.003)

193. Huang Y, Deng Z, Se Z, Bai Y, Yan C, Zhan Q, et al. Combined impact of risk factors on the subsequent development of hypertension. *J Hypertens*. 2019;37(4):696-701. doi: [10.1097/HJH.0000000000001956](https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001956)

194. Ilko A, Wudarczyk B, Czyz R, Jankowska-Palanska B. Arterial hypertension - definition, epidemiology, etiology, complications and treatment. *J Educ, Health and Sport*. 2018;8(8):533-41. doi: [10.5281/zenodo.1319007](https://doi.org/10.5281/zenodo.1319007)

195. Iskandar A, Pratama KN, Setiyani R. Family Therapy is Effective to Enhance Family Self-Sufficiency to Care For Elderly Family Members with Hypertension. 2019;14(1):66-72. doi: [10.20884/1.jks.2019.14.1.997](https://doi.org/10.20884/1.jks.2019.14.1.997)

196. Israfil I, Making MA. The Role of Community Nurses in the Prevention of Complications on Hypertension Patients in Integrated Health Centers. *Jurnal Info Kesehatan*. 2019;17(2):108-18. doi: [10.31965/infokes.Vo17.Iss2.320](https://doi.org/10.31965/infokes.Vo17.Iss2.320)

197. Jankowska-Polańska B, Uchmanowicz I, Dudek K, Mazur G. Relationship between patients' knowledge and medication adherence among patients with hypertension. *Patient Prefer Adherence* 2016;10:2437-47. doi: [10.2147/PPA.S117269](https://doi.org/10.2147/PPA.S117269)

198. Jia X, Al Rifai M, Liu J, Agarwala A, Gulati M, Virani SS. Highlights of Studies in Cardiovascular Disease Prevention Presented at the 2020 American College of Cardiology Annual Scientific Session. *Curr Atheroscler Rep* [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 18];22(8):32. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11883-020-00856-6> doi: [10.1007/s11883-020-00856-6](https://doi.org/10.1007/s11883-020-00856-6)

199. Jordan J, Kurschat C, Reuter H. Arterial Hypertension. Diagnosis and Treatment. *Dtsch Arztebl Int*. 2018; 115(33-34):557-68. doi: [10.3238/arztebl.2018.0557](https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0557)

200. Katsi V, Kallistratos MS, Kontoangelos K, Sakkas P, Souliotis K, Tsioufis C, et al. Arterial Hypertension and Health-Related Quality of Life. *Front Psychiatry* [Internet]. 2017[cited 2020 Aug 19]; 8:270. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5722974/pdf/fpsyrt-08-00270.pdf> doi: [10.3389/fpsyrt.2017.00270](https://doi.org/10.3389/fpsyrt.2017.00270)

201. Kim AY, Sim IO. Communication Skills, Problem-Solving Ability, Understanding of Patients' Conditions, and Nurse's Perception of Professionalism among

Clinical Nurses: A Structural Equation Model Analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020[cited 2020 Jul 27];17(13):4896. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7369768/pdf/ijerph-17-04896.pdf>
doi: [10.3390/ijerph17134896](https://doi.org/10.3390/ijerph17134896)

202. Kivimäki M, Steptoe A. Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease. *Nat Rev Cardiol*. 2018;15(4):215-29. doi: [10.1038/nrcardio.2017.189](https://doi.org/10.1038/nrcardio.2017.189)

203. Krymska B. Przygotowanie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym do samokontroli isamoo pieki. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2007;15(2-3):139-46.

204. Lawson C. Strengthening New Nurse Manager Leadership Skills Through a Transition-to-Practice Program. *J Nurs Adm*. 2020;50(12):618-22. doi: [10.1097/NNA.0000000000000947](https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000947)

205. Lazarte FC. Core competencies of beginning staff nurses: A basis for staff development training program. *Journal of Advanced Management Science*. 2016;4(2):98-105.

206. Leblanc MÈ, Cloutier L, Poirier P. Measuring blood pressure: thoughts about arms. *Blood Press Monit*. 2015;20(4):186-8. doi: [10.1097/MBP.0000000000000113](https://doi.org/10.1097/MBP.0000000000000113)

207. Lundberg K. Promoting self-confidence in clinical nursing students. *Nurse Educ*. 2008;33(2):86-9. doi: [10.1097/01.nne.0000299512.78270.d0](https://doi.org/10.1097/01.nne.0000299512.78270.d0)

208. Lukewich J, Allard M, Ashley L, Aubrey-Bassler K, Bryant-Lukosius D, Klassen T, et al. National Competencies for Registered Nurses in Primary Care: A Delphi Study. *West J Nurs Res*. 2020;42(12):1078-87. doi: [10.1177/0193945920935590](https://doi.org/10.1177/0193945920935590)

209. Luthans KW, Lebsack SA, Lebsack RR. Positivity in healthcare: relation of optimism to performance. *J Health Organ Manag*. 2008;22(2):178-88. doi: [10.1108/14777260810876330](https://doi.org/10.1108/14777260810876330)

210. Lutz JA. Hypertension screening and management: does primary care nurse involvement affect care delivery? [dissertation] [Internet]. 2018[cited 2019 Dec 24]. 186 p. Available from: <https://mspace.lib.umanitoba.ca/handle/1993/33360>

211. Lymar L, Omelchuk S. Factors of the medical career choice within the context of Ukrainian healthcare reforms. *Wiad Lek.* 2018;71(1 Pt 2):211–6.

212. Manomenidis G, Kafkia Th, Minasidou E, Tasoulis C, Koutra S, Kospantsidou A, et al. Is Self-Esteem Actually the Protective Factor of Nursing Burnout? *International Journal of Caring Sciences.* 2017;10(3):1348-59.

213. Mararash HH. Modeling factors of professional-personality competence of a nurse valuable in the scope of prevention of arterial hypertension. *Medical Science.* 2020;24(106):4517-24.

214. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GCm. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract.* 2004;21(6):699-705. doi: [10.1093/fampra/cmh621](https://doi.org/10.1093/fampra/cmh621)

215. Meherali SM, Paul P, Profetto-McGrath J. Use of research by undergraduate nursing students: a qualitative descriptive study. *The Qualitative report.* 2017;22(2):634-54.

216. Mercer S.W., Reynolds W.J. Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice* 2002; Oct; 52 (Suppl): 9–12

217. Miķelsone M, Renigere R, Dreimane S. Nurses' professional competence components self-assessment in building a positive health care environment. In: *Proceedings of the International Scientific Conference. Society. Integration. Education;* 2016 May 27-28; Rēzeknes Tehnoloģiju akadēmija, Vol. 3, p. 486-98.

218. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nat Rev Nephrol.* 2020;16(4):223-37. doi: [10.1038/s41581-019-0244-2](https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2)

219. Morrison P, Burnard P. *Caring and Communicating: Facilitators' Manual. The Interpersonal Relationship in Nursing.* 2nd ed. London: Palgrave; 1997. 152 p.

220. Nerenberg KA, Zarnke KB, Leung AA, Dasgupta K, Butalia S, McBrien K, et al. Hypertension Canada's 2018 Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. *Can J Cardiol.* 2018;34(5):506-25. doi: [10.1016/j.cjca.2018.02.022](https://doi.org/10.1016/j.cjca.2018.02.022)

221. Nursing and Midwifery Council. Standards for competence for registered nurses [Internet]. NMC. 2010[cited 2020 Oct 29]. Available from: <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/standards/nmc-standards-for-competence-for-registered-nurses.pdf>

222. Ozaras G, Abaan S. Investigation of the trust status of the nurse-patient relationship. *Nurs Ethics*. 2018;25(5):628-39. doi: [10.1177/0969733016664971](https://doi.org/10.1177/0969733016664971)

223. Pacis A. Empowering Newly Diagnosed Patients with Hypertension in Reducing Complications through Self-Managed Care [dissertation]. San Diego. 2020; 137 p. doi: [10.22371/07.2020.046](https://doi.org/10.22371/07.2020.046)

224. Partridge S, Grunseit A, O'Hara B, Neubeck L, Ding D, Gallagher P, et al. Development of a Social Media Intervention for the Secondary Prevention of Cardiovascular Disease. *Heart Lung and Circulation*. 2017;26(2):345-6. doi: [10.1016/j.hlc.2017.06.702](https://doi.org/10.1016/j.hlc.2017.06.702)

225. Rebelo ACJ. Inteligência emocional dos profissionais de saúde da rede nacional de cuidados continuados integrados [dissertação]. Viseu. Universidade Católica Portuguesa: Centro Regional das Beiras; 2012. 202 p.

226. Peduzzi M, Aguiar C, Lima AMV, Montanari PM, Leonello VM, Oliveira MR. Expansion of the interprofessional clinical practice of Primary Care nurses. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(suppl 1):114-21. doi: [10.1590/0034-7167-2017-0759](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0759)

227. Pirasath S, Kumanan T, Guruparan M. A Study on Knowledge, Awareness, and Medication Adherence in Patients with Hypertension from a Tertiary Care Centre from Northern Sri Lanka. *Int J Hypertens* [Internet]. 2017[cited 2020 Dec 15;2017: 9656450. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5688346/pdf/IJHY2017-9656450.pdf> doi: [10.1155/2017/9656450](https://doi.org/10.1155/2017/9656450)

228. Prezerakos PE. Nurse Managers' Emotional Intelligence and Effective Leadership: A Review of the Current Evidence. *Open Nurs J*. 2018;12:86–92. doi: [10.2174/1874434601812010086](https://doi.org/10.2174/1874434601812010086)

229. Redmond MV. The Functions of Empathy (Decentering) in Human Relations. *Human relations*. 1989;42(7):593-605. doi: [10.1177/001872678904200703](https://doi.org/10.1177/001872678904200703)

230. Roudi EK, Voshani HB, Zeydi AE, Hoseini ZA, Movahedifar M, Moghadam ZA. Comparison of the Effects of Healthy Lifestyle Education Program Implemented by Peers and Community Health Nurses on the Quality of Life of Elderly Patients with Hypertension. *Evidence Based Care Journal*. 2016;5(4):51-60. doi: [10.22038/EBCJ.2016.6380](https://doi.org/10.22038/EBCJ.2016.6380)

231. Rushton M, Smith J. How to measure blood pressure manually. *Nurs Stand*. 2016;30(21):36-9. doi: [10.7748/ns.30.21.36.s43](https://doi.org/10.7748/ns.30.21.36.s43)

232. Salem H, Hasan DM, Eameash A, El-Mageed HA, Hasan S, Ali R. Worldwide prevalence of hypertension: a pooled meta-analysis of 1670 studies in 71 countries with 29.5 million participants. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71(11): A1819. doi: [10.1016/S0735-1097\(18\)32360-X](https://doi.org/10.1016/S0735-1097(18)32360-X)

233. Sánchez-Gómez MB, Ramos-Santana S, Gómez-Salgado J, Sánchez-Nicolás F, Moreno-Garriga C, Duarte-Clíments G. Benefits of Advanced Practice Nursing for Its Expansion in the Spanish Context. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019[cited 2020 Feb 26];16(5):680. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6427304/pdf/ijerph-16-00680.pdf> doi: [10.3390/ijerph16050680](https://doi.org/10.3390/ijerph16050680)

234. Santo LD, Pohl S, Saiani L, Battistelli A. Empathy in the emotional interactions with patients. Is it positive for nurses too? *Journal of Nursing Education and Practice*. 2014;4(2):74-81. doi: [10.5430/jnep.v4n2p74](https://doi.org/10.5430/jnep.v4n2p74)

235. 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>

236. Serradilha AFZ, Duarte MTC, Tonete VLP. Health promotion by nursing technicians from the nurses' perspective. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72(4):979-87. doi: [10.1590/0034-7167-2018-0552](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0552)

237. Sharma SK. Lippincott Manual of Nursing Practice. 11th ed. Lippincott Williams & Wilkins (LWW); 2018. 1583 p.

238. Schwartz L, El-Banna M, Conroy JF, Browne J. What's Your Style? Enhanced Interprofessional Communication and Practice Using the Communication Wheel. *Nurse Educ.* 2019;44(1):20-4. doi: [10.1097/NNE.0000000000000509](https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000509)

239. Spies LA, Bader SG, Opollo JG, Gray J. Nurse-Led Interventions for Hypertension: A Scoping Review With Implications for Evidence-Based Practice. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2018;15(4):247-56. doi: [10.1111/wvn.12297](https://doi.org/10.1111/wvn.12297)

240. 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>

241. Stephen CM, Hermiz OS, Halcomb EJ, McInnes S, Zwar N. Feasibility and acceptability of a nurse-led hypertension management intervention in general practice. *Collegian.* 2018;25(1):33-8. doi: [10.1016/j.colegn.2017.03.003](https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.03.003)

242. Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. A review. *J Gen Intern Med.* 2006;21(5):524-30. doi: [10.1111/j.1525-1497.2006.00443.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00443.x)

243. Tavakoly Sany SB, Peyman N, Behzhad F, Esmaeily H, Taghipoor A, Ferns G. Health providers' communication skills training affects hypertension outcomes. *Med Teach.* 2018;40(2):154-63. doi: [10.1080/0142159X.2017.1395002](https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1395002)

244. Tykarski A, Filipiak KJ, Januszewicz A, Litwin M, Narkiewicz K, Prejbisz A, et al. 2019 Guidelines for the Management of Hypertension - Part 1-7. *Arterial Hypertension.* 2019;23(2):41-87. doi: [10.5603/AH.a2019.0008](https://doi.org/10.5603/AH.a2019.0008)

245. Ukpabi O, Ewelike ID. The Eighth Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (Joint National Committee-8) report: Matters arising. *Nigerian Journal of Cardiology.* 2017;14(1):15-8. doi:[10.4103/0189-7969.201909](https://doi.org/10.4103/0189-7969.201909)

246. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension.* 2020;75(6):1334-57. doi: [10.1161/hypertensionaha.120.15026](https://doi.org/10.1161/hypertensionaha.120.15026)

247. Vaughn S, Mauk KL, Jacelon CS, Larsen PD, Rye J, Wintersgill W, et al. The Competency Model for Professional Rehabilitation Nursing. *Rehabil Nurs*. 2016;41(1):33-4. doi: [10.1002/rnj.225](https://doi.org/10.1002/rnj.225)

248. Von Colln-Applying C, Giuliano D. A concept analysis of critical thinking: A guide for nurse educators. *Nurse Educ Today*. 2017; 49:106-9. doi: [10.1016/j.nedt.2016.11.007](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.11.007)

249. 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](https://doi.org/10.3399/bjgp10X482095)

250. Yu EYT, Wan EYF, Wong CKH, Chan AKC, Chan KHY, Ho SY, Kwok RLP, 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](https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001177)

251. Yuguero O, Marsal JR, Esquerda ME, Soler-Gonzalez J. Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians. *BMC Family Practice* [Internet]. 2017[cited 2020 Dec 18];18(1):63. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5429573/pdf/12875_2017_Article_634.pdf doi: [10.1186/s12875-017-0634-0](https://doi.org/10.1186/s12875-017-0634-0)

252. Wenger NK, Arnold A, Bairey Merz CN, Cooper-DeHoff RM, Ferdinand KC, Fleg JL, et al. Hypertension Across a Woman's Life Cycle. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71(16):1797-813. doi: [10.1016/j.jacc.2018.02.033](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.02.033)

253. Williams JK, Katapodi MC, Starkweather A, Badzek L, Cashion AK, Coleman B, et al. Advanced nursing practice and research contributions to precision medicine. *Nurs Outlook*. 2016;64(2):117-23. doi: [10.1016/j.outlook.2015.11.009](https://doi.org/10.1016/j.outlook.2015.11.009)

254. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology

(ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal*. 2018;39(33):3021-3104. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>

255. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 Practice Guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *Blood Press*. 2018;27(6):314-40. doi: [10.1080/08037051.2018.1527177](https://doi.org/10.1080/08037051.2018.1527177)

256. Wilt TJ, Kansagara D, Qaseem A. Hypertension Limbo: Balancing Benefits, Harms, and Patient Preferences Before We Lower the Bar on Blood Pressure. *Ann Intern Med*. 2018;168(5):369-70. doi: [10.7326/M17-3293](https://doi.org/10.7326/M17-3293)

257. Woo B, Koh K, Zhou W, Wei Lim T, Lopez V, Tam W. Understanding the role of an advanced practice nurse through the perspectives of patients with cardiovascular disease: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2020;29(9-10):1623-34. doi: [10.1111/jocn.15224](https://doi.org/10.1111/jocn.15224)

258. Wrååk GR, Törnkvist L, Hasselström J, Wändell PE, Josefsson K. Nurse-led empowerment strategies for patients with hypertension: a questionnaire survey. *Int Nurs Rev*. 2015;62(2):187-95. doi: [10.1111/inr.12174](https://doi.org/10.1111/inr.12174)

259. Zha P, Qureshi R, Sickora C, Porter S, Chase S, Chao YY. Development of A Patient-Nurse Trust Scale in Underserved Community Setting. *J Community Health Nurs*. 2020;37(1):9-18. doi: [10.1080/07370016.2020.1693093](https://doi.org/10.1080/07370016.2020.1693093)

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Борейко ЛД, Марараш ГГ. Виявлення факторів ризику у хворих на артеріальну гіпертензію за участі медичної сестри. Клінічна та експериментальна патологія. 2020;19(1):30-37. doi: <https://doi.org/10.24061/1727-4338.XIX.1.71.2020.5> (Здобувач проводила обстеження пацієнтів, приймала участь в обробці результатів та у підготовці матеріалів до друку).

2. Марараш ГГ. Поінформованість хворих на артеріальну гіпертензію. Роль медичної сестри. Клінічна та профілактична медицина. 2020;1:32-9. doi: [https://doi.org/10.31612/2616-4868.1\(11\).2020.04](https://doi.org/10.31612/2616-4868.1(11).2020.04)

3. Марараш ГГ. Характеристика професійно-особистісної компетентності медичних сестер. Art of Medicine. 2020;2:108-15. doi: <https://doi.org/10.21802/artm.2020.2.14.108>

4. Марараш ГГ. Медико-соціальні чинники та якість життя у хворих на артеріальну гіпертензію: роль медичної сестри. Буковинський медичний вісник. 2020;24(4). doi: <https://doi.org/10.24061/2413-0737.XXIV.4.96.2020.102>

5. Борейко ЛД., Марараш ГГ. Оцінка ефективності навчання хворих з артеріальною гіпертензією, Фаховий журнал «Вісник медичних і біологічних досліджень», № 1 (7) 2021. doi: <https://doi.org/10.11603/bmbr.2706-6290.2021.1> (Здобувач проводила обстеження пацієнтів, приймала участь в обробці результатів та у підготовці матеріалів до друку).

6. Тимофієва МП., Борейко ЛД, Марараш ГГ. Розвиток професійно-особистісних компетенцій медичної сестри для профілактики артеріальної гіпертензії», Фаховий журнал Україна. Здоров'я нації», № 2 (2021): doi: <http://healynation.uzhnu.edu.ua/issue/view/14202>. (Здобувач виконала літературний пошук, приймала участь в обробці результатів та у підготовці матеріалів до друку).

7. Mararash NN. Modeling factors of professional-personality competence of a nurse valuable in the scope of prevention of arterial hypertension. Medical Science. 2020;24(106):4517-24. Web of Science.

8. Марараш ГГ. Роль медико-соціальних чинників у розвитку артеріальної гіпертензії. ВІМСО Journal. Збірник матеріалів Буковинського міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів і молодих вчених, Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», 2018 рік, Україна, м. Чернівці. 2018;2018: с. 178.

9. Марараш ГГ. Структурна модель професійно-особистісної компетентності медичної сестри. В: Бойчук ТМ, Івашук ОІ, Безрук ВВ, редактори. Матеріали 101-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»; 2020 Лют 10, 12, 17; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2020, с. 116. (Здобувач виконала літературний пошук, приймала участь в обробці результатів та у підготовці матеріалів до друку).

10. Марараш ГГ. _Якість життя у хворих на артеріальну гіпертензію. В: Матеріали XVI Міжнародної наукової конференції студентів, молодих вчених та фахівців Актуальні питання сучасної медицини; 2019 Бер 28-29; Харків. Харків: ХНУ ім. ВН. Каразіна; 2019, с. 170-171.

11. Марараш ГГ, Любіна ЛА. Соціально-психологічна компетентність у структурі професійної компетентності медичної сестри. В: Зорій НІ, Бойчук ТМ, Івашук ОІ, редактори. Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених Студентське самоврядування в системі академічної культури; 2019 Березень 14-15; Чернівці. Чернівці: БДМУ; 2019, с. 119-120. (Здобувач виконала літературний пошук, приймала участь в обробці результатів та у підготовці матеріалів до друку).

12. Марараш ГГ. Фактори професійно-особистісної компетентності медичної сестри, значущі для профілактики артеріальної гіпертензії. В: Матеріали XI науково-практичної конференції з міжнародною участю «Вища освіта та практика в медсестринстві»; 2020 Жов 22-23; Житомир. Житомир; 2020, с. 125-135.

13. Марараш ГГ. Обізнаність медичних сестер щодо профілактичних заходів артеріальної гіпертензії, Матеріали підсумкової 102-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу

Буковинського державного медичного університету, 8,10,15 лютого 2021 року. Україна, м. Чернівці, с. 117.

14. Марараш ГГ. Роль професійно-особистісних компетенцій медичної сестри в системі сімейної медицини, Матеріали XIX міжнародної науково-практичної онлайн-конференції з системної сімейної психотерапії УСП, 16-18 жовтня 2020 року Україна, м. Чернівці, с. 41-44.

15. Тимофієва МП., Марараш ГГ. Умови розвитку професійно-особистісних компетенцій медичної сестри в галузі профілактики артеріальної гіпертензії», «Роль сучасної медицини у житті людини та її місце у формуванні здорового способу життя» збірник матеріалів». 26-27 березня 2021 року. Україна, м. Львів. с. 41-45. (Здобувач виконала літературний пошук, приймала участь в обробці результатів та у підготовці матеріалів до друку).

16. Марараш ГГ. Теоретико-методологический анализ исследования профессиональной компетентности медицинского работника. Материалы международной научно-практической конференции. Актуальные проблемы психиатрии, медицинской психологии и суицидологии: современная практика и направления развития; 2019 Окт 17-18; Самарканд. Проблемы биологии и медицины. 2019;4.1: с. 62.

17. Марараш ГГ. Уровень осведомленности больных артериальной гипертензией. Материалы научно-практической конференции с международным участием Инновационные технологии в медицине; 2018 Ноя 30-Дек 01; Самарканд. Проблемы биологии и медицины. №4,1(105) 2018;4.1: с. 84-85.

18. Марараш ГГ. Виявлення факторів ризику у хворих на артеріальну гіпертензію. In: International scientific and practical conference Modern methods for diagnostics and treatment: the experience of EU countries; 2019 Dec 27-28; Lublin, Poland. Lublin; 2019, p. 70-74.

19. Марараш ГГ. Роль навчальної програми в модифікації факторів ризику у хворих з артеріальною гіпертензією», XXV Міжнародна науково-практична конференція "Implementation of modern science and practice", 11-14 травня 2021р., с. 278-280. м. Варна, Болгарія.

Анкети
вивчення поінформованості пацієнта про АГ та ФР

ПІБ _____

Вік _____ Стать _____

1. Чи знаєте Ви про АГ та фактори ризику?

Так	Ні

2. Що є причиною виникнення АГ у Вас?

Професія	
Емоційне напруження і стрес	
Спадкова схильність	
Вік	
Надмірна маса тіла	
Нераціональне харчування (більше жирної, менше рослинної їжі)	
Куріння	
Зловживання алкоголем	
Зловживання кухонної солі	
Малорухомий спосіб життя, низька фізична активність	
Порушення режиму праці та відпочинку	

3. Чи достатньо знань у Вас про своє захворювання?

Достатньо	Недостатньо	Не цікавить

4. Чи знаєте Ви показники АТ в нормі?

Так	Ні

5. Чи знаєте Ви ускладнення АГ? Якщо так – назвіть їх.

Так	Ні

6. Чи хотіли б Ви отримати інформацію про захворювання?

Так	Ні	Не знаю

7. Яким чином Ви б хотіли отримати цю інформацію?

Усна бесіда	
Стендова доповідь (санбюлетень)	
Пам'ятка з усним коментарем медсестри	
Пам'ятка без пояснень медсестри	

8. Чи маєте Ви тонометр?

Так	Ні

9. Чи вмієте Ви самостійно вимірювати АТ та здійснювати самоконтроль?

Так	Ні

10. Як часто вимірюєте АТ?

Один раз/добу	Двічі/добу	Один раз/тиждень	При погіршенні самопочуття	Спорадично

11. Чи вмієте Ви самостійно підраховувати частоту пульсу?

Так	Ні

12. Чи дотримуетесь Ви здорового способу життя?

Так	Ні	Не завжди

13. Коли Ви приймаєте лікарські препарати при даному захворюванні?

Постійно	Лише при високому АТ	Курсами 1-2 тижні

14. Які профілактичні заходи щодо АГ Ви знаєте?

	Так	Ні
Зменшення маси тіла при її надлишку		
Обмеження вживання кухонної солі		
Зменшення вживання насичених жирів, солодоців та холестерину		
Обмеження вживання алкогольних напоїв		
Відмова від куріння		
Підвищення фізичної активності в години дозвілля		
Психоемоційне розвантаження та релаксація		

15. Чи здатні Ви самостійно покращити своє здоров'я?

Так	Ні	Не знаю

Інструкція: відзначте ті пункти, які є актуальними для Вас

Оцінка прихильності пацієнтів до лікування

Тест Моріскі–Гріна

№ п/п		Так (0 балів)	Ні (1 бал)
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 відчуваєте себе добре?		
4.	Якщо Ви відчуваєте себе погано після прийому ліків, чи пропускаєте Ви наступний прийом?		
	Сума балів		

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

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

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	2	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 (Копіна О. С. і співавт., 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 курил, 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.

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.Гремлінг і Ауербах, 2002)

Питання	Бали відповідей	
	так	ні
1. Чи вважаєте ви себе людиною, яка дотримується норми в питті?	0	2
2 Чи вважають Вас знаючою своєю 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.

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

1. ПІБ _____
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 / 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

**Шкала оцінки рівня якості життя
(Чабан О.С., Хаустова О.О)**

Оцінка себе здоровим	0 - немає здоров'я	1 - погане	2 - добре	3 - чудове
Реалізованість	0 - нереалізований	1 - частково	2 – реалізований в основному	3 - реалізований надпланово
Любов	0 - ніхто не любив і не любить	1 - в минулому любили	2 - люблять лише близькі	3 - люблять рідні, близькі та інші люди
Задоволення	0 - відсутність радості від життя	1 - іноді дещо приносить задоволення	2 - отримую задоволення від життя	3 - постійно задоволений життям
Друзі	0 - не було і немає	1 – були, зараз немає	2 - є, але рідкі зустрічі	3 - є, і зустрічі часті
Соціальна активність	0 - повна відсутність	1 – незначна	2 - активний, але не постійно	3 - активний і постійно
Фінансове благополуччя	0 - значні проблеми	1 - недостатнє	2 - задоволений, але частково	3 - повністю задоволений
Сумісне проведення часу з сім'єю, з друзями	0 - відсутнє	1 – іноді	2 - доволі часто	3 - дуже часто
Задоволення від роботи, діяльності	0 - незадоволений	1 – частково	2 - задоволений	3 - дуже задоволений
Соціальний статус	0 - незадоволений	1 – частково	2 - задоволений	3 - дуже задоволений

Інструкція: Відмітьте ті бали, які найбільше відповідають Вашому стану за останні 3 місяці

Вкрай низька – менше 7 балів

Низька – 7-12 балів

Середня 13-18 балів

Висока – 19-24

Дуже висока – 25-39 балів

ДОДАТОК І

**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

Тест на визначення рівня комунікабельності (автор В. Ряховський)

Інструкція: Щоб визначити коефіцієнт Вашої комунікабельності, потрібно відповісти на 16 питань. Відповідати треба однозначно: «Так», «Ні», «Інколи».

1. У вас передбачається ординарна або ділова зустріч. Чи вибиває Вас з колії її очікування?
2. Чи не відкладаєте Ви візит до лікаря до останнього моменту?
3. Чи викликає у Вас сум'яття, незадоволення доручення виступати з доповіддю, повідомленням на якомусь заході?
4. Вам пропонують виїхати до міста, в якому Ви ніколи не бували. Чи прикладете Ви максимум зусиль, щоб уникнути цього відрядження?
5. Чи любите Ви ділитися своїми переживаннями з ким-небудь?
6. Чи дратує Вас, якщо незнайома людина на вулиці звернеться до Вас із проханням (показати дорогу, назвати час)?
7. Чи вірите Ви, що існує проблема «батьків і дітей», і що людям різних поколінь важко зрозуміти один одного?
8. Чи посоромитеся Ви нагадати знайомому, що він забув Вам повернути певну суму грошей, позичену кілька місяців тому?
9. У кафе Вам подали недоброякісну страву. Ви промовчите, розгнівано відсунувши тарілку?
10. Опинившись наодинці з незнайомою людиною, Ви не почнете з нею розмову і будете незадоволені, якщо першою заговорить вона. Чи так це?
11. Вас дратує будь-яка довга черга, де б вона не була. Чи Ви відмовитеся від свого наміру чи станете в кінець черги і будете нудитися в очікуванні? 266 12. Чи боїтеся Ви брати участь у комісії з розгляду конфліктних ситуацій?
13. У Вас є власні, суто індивідуальні критерії оцінки творів літератури, мистецтва, культури і ніяких чужих думок Ви не приймаєте. Чи так це?
14. Почувши помилкові висловлювання з добре відомого Вам питання, Ви волієте промовчати і не вступати в суперечку?
15. Чи викликає у Вас прикрість чиєсь прохання допомогти зрозуміти те чи інше виробниче питання або навчальну тему?
16. Ви охочіше викладаєте свою думку у письмовій формі, ніж усно?

Підрахунок балів: за кожен відповідь «так» – 2, «іноді» – 1, «ні» – 0 очок.

КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ:

30-32 очка – Ви явно некомунікабельні. На Вас важко покластися у справі, яка вимагає групових зусиль.

25-29 очок – Ви замкнуті, неговіркі, віддаєте перевагу самотності, тому маєте мало друзів. Нова робота і необхідність нових контактів якщо й не викликає у Вас паніки, то надовго виводить із рівноваги.

19-24 очка – Ви певною мірою комунікабельні, в незнайомій обстановці відчуваєте себе цілком упевнено. Нові проблеми Вас не лякають. І все ж з новими людьми сходитеся з пересторогою, в суперечках і диспутах берете участь неохоче.

14-15 очок – у Вас нормальна комунікабельність, Ви допитливі, охоче слухаєте цікавого співрозмовника, досить терплячі в спілкуванні з іншими. Відстоюєте свою точку зору без запальності. Без неприємних переживань йдете на зустріч із новими людьми.

19-13 очок – Ви вельми комунікабельні, цікаві, любите висловлюватися з різних питань, але, часом, Вас дратує присутність оточуючих. Охоче знайомитеся з новими людьми, любите бувати в

центрі уваги, нікому не відмовляєте у проханнях, хоча й не завжди можете їх виконати. Іноді запалюєтесь, але швидко відходите.

4-8 очок – Ви занадто комунікабельні, Ви завжди в курсі справ, любите брати участь у всіх дискусіях, охоче висловлюєтесь із будь-якого питання, навіть якщо маєте про нього поверхове уявлення, всюди почуваетесь комфортно. Беретеся за будь-яку справу, хоча далеко не завжди можете довести її до кінця. 3 очка – Ваша комунікабельність має хворобливий характер. Ви балакучі, багатослівні, втручаєтесь у справи, які Вас не стосуються, беретеся судити про проблеми, в яких абсолютно не компетентні. Свідомо чи несвідомо Ви часто буваєте причиною різного роду конфліктів у Вашому оточенні. Запальні, образливі, нерідко буваєте необ'єктивні, серйозна робота не для Вас. Людям важко з Вами, Вам треба працювати над собою і своїм характером – виховуйте в собі стриманість, шанобливо ставитесь до людей.

Висновки про рівні розвитку:

30-32 очка – дуже низький,

25-29 очок – низький,

19-24 очка – середній,

14-18 очок – вище середнього,

9-13 очок – високий,

4-8 очок – дуже високий,

3 і менше – гіперкомунікабельний.

Тест на виявлення рівня комунікативної культури (автор С. Знаменська)

Мета: виявити рівень сформованості комунікативної культури особистості.

Інструкція: Вам необхідно відповісти на 20 питань. Відповідайте тільки «так» чи «ні». Якщо Ваша відповідь на питання позитивна, то поставте знак «+», якщо негативна, то знак «-». Уявіть собі типові ситуації і не замислюйтесь над деталями. Не витрачає багато часу на обдумування. Відповідайте швидко.

1. Чи багато у Вас друзів, з якими Вам приємно постійно спілкуватися?
2. Чи довго Вас турбує почуття образи, завданої Вам кимось із Ваших товаришів?
3. Чи є у Вас прагнення до встановлення нових знайомств з різними людьми? 4. Чи Вам приємніше і простіше проводити час з книгами або за іншими заняттями, ніж з людьми?
5. Чи можете Ви стримати негативні емоції в суперечці?
6. Чи легко Ви встановлюєте контакт з людьми, значно старшими за віком?
7. Можете Ви довго слухати пізнавальну інформацію, якщо вона Вам емоційно нецікава?
8. Чи любите Ви слухати незнайомого співрозмовника?
9. Чи прагнете Ви при нагоді познайомитися і поговорити з новою людиною?
10. Чи любите Ви слухати інформацію від малоприємного співрозмовника?
11. Чи подобається Вам постійно знаходитися серед людей?
12. Чи дратують Вас оточуючі люди, і чи хочеться Вам побути на самоті?
13. Чи відчуваєте Ви труднощі при стримуванні негативних емоцій коли отримуєте недостовірну інформацію?
14. Чи відчуваєте Ви почуття утруднення, незручності, якщо доводиться проявити ініціативу, щоб познайомитися з новою людиною?
15. Можете Ви розмовляти спокійним тоном, коли гніваєтесь?
16. Прагнете Ви обмежити коло своїх знайомих невеликою кількістю людей? 17. Почуваєтесь невимушено, потрапивши в незнайому для Вас компанію?
18. Чи правда, що Ви не відчуваєте себе досить упевненим і спокійним, коли доводиться говорити що-небудь великій групі людей?
19. Можете Ви відмовитися від спілкування, якщо передбачили афективну реакцію співрозмовника?
20. Чи часто Ви соромитесь, почуваєтесь ніяково при спілкуванні з малознайомими людьми?

Обробка результатів: Рівень комунікативної культури визначається за сумою позитивних відповідей на питання 1,3,5,7,9,11,13,15,17,19 та сумою негативних відповідей на питання 2,4,6,8,10,12,14,16,18,20, поділеною на 20.

Методика діагностики «перешкод» у встановленні емоційних контактів за В.В. Бойком

Мета. Ця методика дозволяє встановити емоційні перешкоди па шляху встановлення емоційних контактів.

Інструкція: Читайте твердження і відповідайте па них «Так» чи «Ні».

1. Зазвичай наприкінці робочого дня па моєму обличчі помітна втома.
2. Трапляється так, що при першому знайомстві емоції заважають мені справити більш сприятливе враження па партнерів (розгублююся, хвилююся, усамітнююсь, або, навпаки, багато розмовляю, перезбуджуюся, поводжуся неприродно).
3. У спілкуванні мені часто бракує емоційності, виразності.
4. Мабуть, для оточуючих я занадто строгий.
5. В принципі, я проти того, щоб зображувати чемність, якщо тобі цього не хочеться.
6. Я зазвичай вмю приховувати від партнерів спалахи емоцій.
7. Часто у спілкуванні з колегами я міркую про щось своє.
8. Бувають випадки, коли я хочу виразити партнеру емоційну підтримку (увагу, співчуття, співпереживання), але він цього не відчуває, не сприймає.
9. Найчастіше мої очі або вираз обличчя видають заклопотаність.
10. У діловому спілкуванні намагаюся не виявляти своїх симпатій до партнерів.
11. Всі мої неприємні переживання зазвичай видно па моєму обличчі.
12. Якщо я захоплююся розмовою, то міміка обличчя стає занадто виразною, експресивною.
13. Мабуть, я дещо емоційно скутий, стиснутий.
14. Зазвичай я перебуваю у стані нервового напруження.
15. Зазвичай я відчуваю дискомфорт, коли доводиться обмінюватися рукостисканням в діловій обстановці.
16. Іноді близькі люди зупиняють мене: «Розслаб м'язи обличчя, не скривлюй губи, не зморщуй лоба».
17. Розмовляючи, я занадто жестикулюю.
18. Зазвичай у повій ситуації мені складно бути розкутим, природним.
19. Мабуть, моє обличчя має сумний чи занепокоєний вигляд, хоча на душі спокійно.
20. Мені дещо важко дивитися в очі, спілкуючись з незнайомою людиною.
21. Якщо я захочу, то мені завжди вдається приховати свою ворожість до неприязної людини.
22. Мені часто буває чомусь весело без будь-якої причини.
23. Мені дуже просто зробити за своїм бажанням або на замовлення різні міміки обличчя: зобразити радість, сум, радість, переляк, відчай та ін.
24. Мені казали, що мій погляд важко витримати.
25. Мені щось заважає виразити теплоту, симпатію до людини, навіть якщо відчуваю це до неї.

Обробка та інтерпретація результатів

Підбийте підсумки самооцінювання:

«Перешкоди» у встановленні емоційних контактів:	Номери питань і відповіді за «ключем»
1. Невміння управляти емоціями, дозувати їх	+1, -6, +11, +16, -21
2. Неадекватний прояв емоцій	-2, +7, +12, +17, +22
3. Негнучкість, нерозвиненість, невиразність емоцій	+3, +8, +13, +18, -23
4. Домінування негативних емоцій	+4, +9, +14, +19, +24
5. Небажання зблизитися з людьми на емоційній основі	+5, +10, +15, +20, +25

Яка сума набраних Вами балів? Вона може коливатися в межах від 0 до 25. Чим більше балів, тим виразнішою є Ваша емоційна проблема у повсякденному спілкуванні. Однак не варто заспокоюватись, якщо Ви набрали замало балів (0-2). Це означає, що Ви могли бути не до кінця щирими або не цілком усвідомили свою поведінку збоку.

Якщо Ви набрали:

- *не більше 5 балів* — емоції зазвичай не заважають Вам спілкуватися з партнером;
- *6-8 балів* — у Вас є деякі емоційні проблеми в повсякденному спілкуванні;
- *9—12 балів* — свідчення того, що Ваші емоції «на кожний день» дещо ускладнюють взаємодію з партнером;
- *13 балів і більше* — емоції заважають Вам встановлювати контакти з людьми, можливо, Ви піддаєтесь деяким дезорганізуючим реакціям чи станам.

Також зважте на те, чи немає конкретних «перешкод», які постійно виникають у Вас — це пункти, за якими Ви набрали 3 і більше балів.

Діагностика рівня емпатійних здібностей (В. В. Бойко)

Мета: дослідження виявів емпатії — здатності особистості співпереживати проблемам інших людей.

Інструкція: На зазначені запитання дайте відповідь (+) або (-):

1. Я маю звичку уважно вивчати обличчя і поведінку людей, щоб зрозуміти їхній характер, схильності, здібності.
2. Якщо оточуючі виявляють ознаки нервозності я, зазвичай, залишаюсь спокійним.
3. Я більше довіряю доказам свого розуму, ніж інтуїції.
4. Я вважаю цілком доречним для себе цікавитися домашніми проблемами своїх співробітників.
5. Я можу легко ввійти в довіру до людини, коли в цьому виникає потреба.
6. Зазвичай, я з першої ж зустрічі вгадую «споріднену душу» в новій людині.
7. Я з цікавості, як правило, розпочинаю розмову про життя, роботу, політику з випадковими попутниками у потязі, літаку.
8. Я втрачаю душевну рівновагу, якщо оточуючі чимось пригнічені.
9. Моя інтуїція — надійніший спосіб розуміння оточуючих, ніж знання чи досвід.
10. Виявляти цікавість до внутрішнього світу іншої особистості — нетактовно.
11. Своїми словами я часто ображаю близьких мені людей, не помічаючи цього.
12. Я легко можу уявити себе якоюсь твариною, відчуті її звички і стани.
13. Я майже не розмірковую над причинами вчинків людей, які мають до мене безпосереднє відношення.
14. Я рідко приймаю до серця проблеми своїх друзів.
15. Як правило, за кілька днів я відчуваю: щось повинно трапитися з близькою мені людиною, і очікування збуваються.
16. Спілкуючись з діловими партнерами, я зазвичай, намагаюсь уникати розмов про особисте.
17. Іноді рідні дорікають мені за черствість, неувагу до них.
18. Мені легко вдається скопіювати інтонацію, міміку людей, наслідуючи їх.
19. Мій зацікавлений погляд часто бентежить нових партнерів.
20. Чужий сміх, зазвичай, передається і мені.
21. Часто, діючи навмання, я все ж таки знаходжу правильний підхід до людини.
22. Плакати від щастя — дурниця.
23. Я здатен цілком злитися з близькою для мене людиною, ніби розчинитися в ній.
24. Мені рідко зустрічалися люди, яких би я розумів без зайвих слів.
25. Я мимоволі чи з цікавості часто підслуховую розмови сторонніх людей.
26. Я можу залишатися спокійним, навіть якщо всі навколо мене хвилюються.
27. Мені набагато легше підсвідомо відчуті сутність людини, ніж зрозуміти її, «розклавши на полочки».
28. Я спокійно ставлюся до дрібних неприємностей, які трапляються у когось із членів сім'ї.
29. Мені було б складно щиро і довірливо вести бесіду з настороженою, замкнутою людиною.
30. У мене творча натура — поетична, художня, артистична.
31. Я без особливої цікавості вислуховую сповіді нових знайомих.
32. Я засмучуюсь, якщо бачу людину в сльозах.
33. Моє мислення більше відрізняється конкретністю, строгістю, послідовністю, ніж інтуїцією.
34. Коли друзі починають говорити про свої неприємності, я волюю перевести розмову на іншу тему.
35. Якщо я бачу, що у когось з рідних погано на душі, то, ж правило, стримуюсь від розпитувань.
36. Мені складно зрозуміти, чому дрібниці можуть так сильно засмучувати людей.

Обробка даних:

Підраховується кількість правильних відповідей (відповіді до «ключа») за кожною шкалою, а потім визначається сума оцінка:

1. *Раціональний канал емпатії*: + 1, + 7, -13, + 19, +25, -31;
2. *Емоційний канал емпатії*: -2, +8, -14, +20, - 26, +32;
3. *Інтуїтивний канал емпатії*: -3, +9, +15, +21, +27, - 33;
4. *Установки, які сприяють емпатії*: +4, -10, -16, -22, -28, -34;
5. *Здатність до емпатії*: + 5, -11, - 17, - 23, -29, -35,
6. *Ідентифікація в емпатії*: +6, +12, +18, - 24, + 30, -36.

Інтерпретація результатів:

Аналізуються показники окремих шкал і загальна сумарна оцінка рівня емпатії. Оцінки на кожній шкалі можуть варіюватися від 0 до 6 балів і вказувати на значущість конкретного параметру в структурі емпатії.

Раціональний канал емпатії. Характеризує спрямованість уваги, сприйняття і мислення емпатуючого на суть будь-якої іншої людини — її стан, проблеми, поведінку. Це спонтанний інтерес до іншої людини, який відкриває «шлюзи» емоційного та інтуїтивного її відображення. У раціональному компоненті емпатії не слід шукати логіку чи мотивацію інтересу до іншого. Людина привертає увагу своєю буттєвістю, що дає змогу емпатуючому неупереджено виявляти її суть.

Емоційний канал емпатії. Фіксується здатність емпатуючого входити до емоційного резонансу з оточуючими — співпереживати, брати співучасть. Емоційна чутливість у цьому разі стає засобом «входження» до енергетичного поля партнера. Зрозуміти його внутрішній світ, прогнозувати його поведінку і ефективно впливати можливо тільки за умови енергетичного підстроювання. Співучасть і співпереживання виконують роль зв'язки, провідника від емпатуючого до емпатованого і навпаки.

Інтуїтивний канал емпатії. Бальна оцінка свідчить про здатність респондента бачити поведінку партнерів, діяти в умовах дефіциту вихідної інформації про них, спираючись на досвід підсвідомості. На рівні інтуїції замикаються і узагальнюються різноманітні дані про партнерів. Інтуїція, слід вважати, менше залежить від оцінювальних стереотипів, ніж усвідомлене сприйняття партнерів.

Установки, які сприяють чи перешкоджають емпатії, відповідно полегшують чи, навпаки, утруднюють дію всіх емпатичних каналів. Ефективність емпатії, мабуть, знижується, якщо людина намагається уникнути особистих контактів, вважає недоречним виявити цікавість до іншої особистості, переконати себе спокійно ставитися до переживань і проблем оточуючих. Такі умонастрої різко обмежують діапазон емоційної чутливості й емпатичного сприйняття. Навпаки, різноманітні канали емпатії діють активніше і надійніше, якщо з боку установок особистості немає перешкод.

Проникаюча здатність в емпатії розцінюється як важлива комунікативна ознака людини, яка дає змогу створювати атмосферу відкритості, сердечності, щирості. Кожний з нас своєю поведінкою і ставленням до партнерів сприяє інформаційно-енергетичному обміну чи перешкоджає йому. Розслаблення партнера сприяє емпатії, а атмосфера напруженості, штучності, підозри перешкоджає вираженню і емпатичному розумінню.

Ідентифікація — ще одна необхідна умова успішної емпатії. Це вміння зрозуміти іншого на основі співпереживань, постановки себе на місце партнера. В основі ідентифікації — легкість, рухливість і гнучкість емоцій, здатність до наслідувань.

Шкальні оцінки виконують допоміжну роль в інтерпретації основного показника рівня емпатії. Сумарний показник теоретично може змінюватися у межах від 0 до 36 балів. За наявними попередніми даними, можна вважати: 30 балів і вище надзвичайно високий рівень емпатії; 29—22 середній; 21—15 — заниженні; менше 14 балів дуже низький.

Шкала активності й оптимізму (AOS) Шуллера і Комуніані в адаптації Н.Водоп'янової і М.Штейна

Інструкція: перед вами список тверджень. Будь ласка, прочитайте уважно кожне з них і оцініть ступінь вашої згоди з кожним з них. Для цього використовуйте наведені на бланку варіанти відповідей. Закреслюйте цифру, відповідну вашою оцінкою.

1. Я люблю слухати гучну музику.
2. Я думаю, що моїх життєвих цілей занадто важко досягти.
3. Мені подобаються ситуації з деякою часткою невизначеності, коли я не знаю, що буде зі мною далі.
4. Я люблю кидати виклик долі.
5. Доля більш несправедлива до мене, ніж до інших.
6. У мене стільки енергії, що я не можу навіть дві години просидіти без діла.
7. Я менш щасливий (а), ніж інші.
8. Мене дратують обережні (повільні або надмірно невпевнені) люди.
9. В даний час неможливо вірити у щось добре.
10. Мені подобається змагатися.
11. Я легко і з задоволенням спілкуюся з людьми протилежної статі.
12. Мене лякає моє майбутнє.
13. Я думаю, що в людях більше поганого, ніж хорошого.
14. Мені подобається відчувати гострі відчуття (бути в ситуаціях, пов'язаних з певним ризиком, екстремальні види спорту).
15. У мене життєрадісний, піднесений настрій.

№ п/п	Ні, зовсім не згоден(а)	Інколи так	Зазвичай(часто)	Так, абсолютно згоден(а), завжди
1	1	2	3	4
2	1	2	3	4
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	1	2	3	4
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	1	2	3	4
9	1	2	3	4
10	1	2	3	4
11	1	2	3	4
12	1	2	3	4
13	1	2	3	4
14	1	2	3	4
15	1	2	3	4

ДОДАТОК П

Опитувальник «Ставлення до себе як до професіонала»

(авт. - А. С. Борисюк)

Інструкція: Уважно прочитайте кожне твердження. Якщо Ви погоджуєтеся з ним, то поставте знак «+», якщо ні, то знак «-».

Твердження	Знак
1. Мої слова не так часто розходяться зі справою у тому, що стосується моєї професії.	
2. Вважаю, що багато людей моєї професії бачать у мені щось подібне з собою.	
3. Думаю, що як професіонал я можу бути привабливим для інших.	
4. Моє професійне «Я» завжди цікаве для мене.	
5. Вважаю, що мені як професіоналу не гріх пожаліти самого себе.	
6. У моєму професійному житті є чи були люди, з якими я був(ла) надзвичайно близький (а).	
7. Я сам (а) хотів (ла) б багато в чому переробити себе як професіонала.	
8. Я щиро хочу, щоб у мене було все гаразд у професійному житті.	
9. Навряд чи хтось із людей моєї професії зможе відчутти свою подібність зі мною.	
10. Я рідко в'їдливо жартую над собою як над професіоналом.	
11. Найбільш розумне, що може зробити людина у своєму житті – це підкоритися власній долі у всьому, що стосується професії.	
12. На жаль, щодо того, що стосується професії, якщо я і обіцяв (ла) щось, це не означає, що саме так і буду чинити.	
13. У мене не виходить бути для коханої людини цікавим як професіонал протягом тривалого часу.	
14. Як професіонал я навряд викликаю симпатію у більшості моїх знайомих.	
15. Мені буває дуже приємно побачити себе як професіонала очима люблячої мене людини.	
16. Іноді мені здається, що якби якась мудра людина змогла би мене побачити наскрізь, вона відразу ж зрозуміла би, який (а) я нікчемний (а) у професійному сенсі.	
17. Часом я сам (а) собою захоплююсь як професіоналом.	
18. Можна сказати, що, як професіонала я ціную себе досить високо.	
19. Іноді я сам (а) себе погано розумію в тому, що стосується виконання професійної ролі.	
20. Мені як професіоналу не вистачає енергії, волі, цілеспрямованості.	
21. Вважаю, що інші загалом оцінюють мене досить високо.	
22. У мені як у професіоналі є, напевно, щось таке, що здатне викликати в інших неприязнь.	
23. Більшість моїх знайомих не сприймають мене як професіонала серйозно.	

24. Сам (а) у себе я як професіонал часто викликаю роздратування.	
25. Навіть мої негативні риси як професіонала не здаються мені чужими та контролюються мною.	
26. Загалом, мене влаштовує те, який я професіонал.	
27. Навряд чи мене можна по справжньому поважати як професіонала.	
28. Те, що зі мною відбувається у зв'язку із професією, зазвичай мені зрозуміло та контролюється мною.	
29. Мені як професіоналові важливо жити у злагоді з власною совістю.	
30. Я можу сказати, що загалом я контролюю свою професійну долю.	
31. Мені зазвичай нескладно пояснити собі мої професійні вчинки та почуття.	

Ключ до опитувальника

Інтегральний показник ставлення до себе як до професіонала

«+»: 2; 4; 18; 21; 26; 28; 30.

«-»: 7; 9; 12; 13; 14; 16; 19; 20; 22; 23; 24; 27.

Шкала 1. Очікуване ставлення з боку інших як до професіонала

«+»: 21.

«-»: 14; 23; 27.

Шкала 2. Аутосимпатія як до професіонала

«+»: 3; 18; 26.

«-»: 7; 19; 20.

Шкала 3. Самоповага як професіонала «+»: 3.

«-»: 6; 12; 19; 20.

Шкала 4. Самопослідовність як професіонала

«+»: 5; 17; 25.

«-»: 19.

Шкала 5. Саморозуміння як професіонала

«+»: 28; 29; 31.

«-»: 13.

Шкала 6. Самоприйняття як професіонала

«+»: 2; 25.

«-»: 7; 9; 22.

Шкала 7. Самооцінка як професіонала

«+»: 1; 4; 10; 21.

Шкала 8. Невпевненість у собі як професіоналі

«+»: 14; 22.

«-»: 3; 8.

Шкала 9. Самоконтроль

«+»: 25; 28; 30.

«-»: 11.

Шкала 10. Негативна оцінка себе як професіонала

«+»: 16; 22; 24.

«-»: 15.

Шкала 11. Самозвинувачення як професіонала

«+»: 6; 13; 20.

«-»: 10.

Анкета
вивчення поінформованості медичних сестер про артеріальну гіпертензію (АГ), фактори ризику та профілактику

Інструкція: Уважно прочитайте кожне запитання анкети та всі варіанти запропонованих відповідей. Виберіть варіант відповіді, що підходить Вам найбільше.

Вік /поставте відмітку/

До 20 років	21-39 років	40-49 років	50-59 років	60-69 років	старше 70 років
-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-----------------

Освітній рівень /підкресліть/: молодший спеціаліст, бакалавр, магістр

Категорія /підкресліть/: немає, перша, друга, вища

Стаж роботи _____ років

1. Чи знаєте Ви про АГ та фактори ризику?

Так	Ні

2. Чи інформуєте Ви пацієнтів про фактори ризику АГ?

Так	Ні	Не завжди

3. Які причини виникнення АГ знаєте?

Професія	
Емоційне напруження і стрес	
Спадкова схильність	
Вік	
Надмірна маса тіла	
Стрес	
Нераціональне харчування (більше жирної, менше рослинної їжі)	
Куріння	
Зловживання алкоголем	
Зловживання кухонної солі	
Малорухомий спосіб життя, низька фізична активність	
Порушення режиму праці та відпочинку	

3. Чи достатньо знань у Вас про АГ?

Достатньо	Недостатньо	Не цікавить

4. Чи хотіли б Ви отримати інформацію про АГ?

Так	Ні	Не знаю

5. Чи знаєте Ви ускладнення АГ? Якщо так – назвіть їх.

Так	Ні

6. Чи знаєте Ви показники АТ в нормі? Якщо так, то вкажіть.

Так	Ні

7. Чи навчате Ви хворих на АГ правилам вимірювання АГ та подальшого самоконтролю?

Так	Ні	Не завжди

8. Чи знаєте Ви частоту пульсу в нормі? Якщо так, то вкажіть?

Так	Ні

9. Чи навчате Ви хворих на АГ правил підрахунку частоти пульсу?

Так	Ні	Не завжди

10. Які із запропонованих профілактичних заходів щодо АГ Ви знаєте?

Зменшення маси тіла при її надлишку	
Обмеження вживання кухонної солі	
Зменшення вживання насичених жирів, солодощів та холестерину	
Обмеження вживання алкогольних напоїв	
Відмова від куріння	
Підвищення фізичної активності в години дозвілля	
Психоемоційне розвантаження та релаксація	

11. Чи інформуєте Ви пацієнтів про методи профілактики АГ?

Так	Ні	Не завжди

Якщо так, то вкажіть із запропонованого:

Зменшення маси тіла за наявності ожиріння;	
Регулярне виконання фізичних вправ (динамічних), відмова від фізичних навантажень ізометричного типу;	
Зменшення вживання насичених жирів та холестерину;	
Зменшення вживання солі;	
Збільшення вживання овочів та фруктів;	
Дотримання режиму праці та відпочинку з виключенням чинників, які травмують психіку;	
Нормалізація сну;	
Повна відмова від куріння;	
Зменшення вживання алкоголю	
Інше (вкажіть)	

12. Яким чином Ви надасте інформацію хворим на АГ?

Усна бесіда	
Стендова доповідь (санбюлетень)	
Пам'ятка з усним коментарем медсестри	
Пам'ятка без пояснень медсестри	
ЗМІ (телебачення, радіо, преса)	
Мережа інтернет (сайти, e-mail-розсилка)	
Інший варіант (вкажіть)	

13. Чи відчуваєте Ви труднощі при підготовці до проведення профілактичних заходів?

Так	Ні

Якщо є труднощі, то вкажіть, з чим вони пов'язані:

Недостатньо висвітлений матеріал (мало літератури українською мовою)	
Відсутність для сестринського персоналу методичних рекомендацій з профілактики	
Відсутність наочних посібників	
Брак часу	
Відсутність терпіння	
Недостатні знання з методики проведення профілактичної роботи та володіння педагогічною майстерністю	
Відсутність у пацієнта бажання слухати та отримувати інформацію	
Інше(вкажіть)	

14. Ваші пропозиції щодо покращання проведення профілактичної роботи по АГ:

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
Чернівецького медичного
фахового коледжу
Кузик Ф.В.

2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції до впровадження:** Оцінка ефективності навчання хворих з артеріальною гіпертензією.
2. **Автор:** Борейко Лілія Дмитрівна, доцент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, Марараш Галина Григорівна, аспірант кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти.
3. **Установа-розробник:** Буковинський державний медичний університет, кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, м. Чернівці, Театральна площа, 2, 58002, Україна.
4. **Джерела інформації:** Марараш Г.Г. Оцінка ефективності навчання хворих з артеріальною гіпертензією// Борейко Л.Д. Вісник медичних і біологічних досліджень. – Том №1 (7) 2021. – с. 21-28.
5. **Впроваджено:** Чернівецький медичний фаховий коледж.
6. **Форма впровадження:** у матеріали лекцій та практичних занять.
7. **Результати впровадження:** використання результатів наукових досліджень дозволяє поглибити знання студентів спеціальності «Медсестринство» щодо ефективності заходів профілактики артеріальної гіпертензії.
8. **Термін впровадження:** 2020/2021 навчальний рік.
9. **Зауваження та пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:
заступник директора з навчальної роботи

Тетяна Бойчук

Додаток №3 до наказу МОЗ України



«Затверджую»

Багрій В.М.

Чернівці, м. Чернівці, в якому проведено провадження

« 14 » « 12 » 20 20 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Виявлення факторів ризику у хворих на артеріальну гіпертензію за участі медичної сестри
(назва пропозиції для впровадження)²
2. Буковинський державний медичний університет, кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, завідувач кафедри – д.мед.н., проф. І.А. Пlesh, Театральна площа, 2, Чернівці 58000, Марараш Г.Г., Борейко Л.Д.
(заклад-розробник, поштова адреса, П.І.Б. авторів)
3. Джерело інформації: Виявлення факторів ризику у хворих на артеріальну гіпертензію за участі медичної сестри // Клінічна та експериментальна медицина. – Т.19, №1 (71). – С.38-44. (назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційних листів, вихідні дані статті, № а.с. і т.п.)
4. Впроваджено за ДПВ 2020 р. по⁴ КНП «Міська поліклініка №1» м. Чернівці
назва лікувально-профілактичного закладу
5. Термін впровадження⁴ 04 2020 р. по 12 2020 р.
6. Загальна кількість випадків⁴: 70
7. Ефективність впровадження у співвідношенні з критеріями, викладеними в джерелі інформації (п.3).

Показники	За даними	
	розробників	організації, що впроваджує
Виявлення факторів ризику у хворих з артеріальною гіпертензією медичною сестрою, навчання пацієнтів щодо їх усунення сприяє покращанню стану здоров'я, профілактиці та стабілізації захворювання	на 79-95%	на 81%

Область застосування методу: А) лікувально-профілактична робота ___*
 Б) педагогічний процес _____
 В) наукова діяльність _____

8. Зауваження, пропозиції⁴: Рекомендовано використання з метою підвищення якості профілактичної роботи серед населення.

« 14 » « 12 » 2020 р. Головна медична сестра КНП «Міська поліклініка №1»

Людмила Домановська Л.Ю.

*** посада, підпис, П.І.Б.

¹Узагальнені акти впровадження затверджує зам.зав. відділом охорони здоров'я.

² Заповнюється розробником

³ Тільки з пропозицій, включених в державний план впровадження

⁴ Заповнюється установою, в якій проводилося впровадження

«Затверджую»

Ректор Вищого навчального комунального закладу Львівської обласної ради «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»
 проф. Юрій Кривко
 « 12 » квітня 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційної роботи аспіранта
 кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
 Буковинського державного медичного університету
 Марараш Галини Григорівни.

1. **Назва пропозиції до впровадження:** виявлення факторів ризику у хворих на артеріальну гіпертензію за участі медичної сестри.
2. **Автор:** Борецько Лілія Дмитрівна - доцент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, Марараш Галина Григорівна - аспірант кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти.
3. **Установа-розробник:** Буковинський державний медичний університет, кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, м. Чернівці, Театральна площа, 2, 58002, Україна.
4. **Джерела інформації:** Борецько ЛД, Марараш ГГ. Виявлення факторів ризику у хворих на артеріальну гіпертензію за участі медичної сестри. Клінічна та експериментальна патологія. 2020; Т.19, 1 (71): 38-44.
5. **Впроваджено:** у навчальний процес кафедри внутрішньої медицини та управління охорони здоров'я ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»
6. **Форма впровадження:** у матеріали лекцій курс та практичних занять з сестринської справи, а також у наукову роботу кафедри.
7. **Результати впровадження:** використання результатів дослідження в навчальному процесі дозволяє поглибити знання студентів зі спеціальності «Медсестринство».
8. **Термін впровадження:** 2020-2021 рр.
9. **Зауваження та пропозиції:** немає.
10. **Відповідальний за впровадження:**

Завідувач кафедри
 канд. держ.управління
 внутрішньої медицини та
 управління охорони здоров'я
 ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія
 імені Андрея Крупинського»



Роксолана Неділько

Додаток №3 до наказу МОЗ України



«Затверджую»

Багрій В.М.

Чернівці, м. Чернівці, в якому проведено впровадження

« 24 » « 12 » 2020 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Поінформованість хворих на артеріальну гіпертензію. Роль медичної сестри.
(назва пропозиції для впровадження)²
2. Буковинський державний медичний університет, кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, завідувач кафедри – д.мед.н., проф. І.А. Плещ, Театральна площа, 2, Чернівці 58000, Марараш Г.Г.
(заклад-розробник, поштова адреса, П.І.Б. авторів)
3. Джерело інформації: Поінформованість хворих на артеріальну гіпертензію: роль медичної сестри // Клінічна та профілактична медицина. – Том 1 № 11 (2020). – С. 32-39.
(назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційних листів, вихідні дані статті, № а.с. і т.п.)
4. Впроваджено за ДПВ 2020 р. по⁴ КНП «Міська поліклініка №1» м. Чернівці
назва лікувально-профілактичного закладу
5. Термін впровадження⁴ 04 2020 р. по 12 2020 р.
6. Загальна кількість випадків⁴: 70
7. Ефективність впровадження у співвідношенні з критеріями, викладеними в джерелі інформації (п.3).

Показники	За даними	
	розробників	організації, що впроваджує
Підвищення рівня поінформованості медичною сестрою хворих з артеріальною гіпертензією щодо факторів ризику розвитку захворювання, правил вимірювання артеріального тиску та його контролю сприяє формуванню активної позиції хворих щодо лікування й профілактики захворювання, оптимізації способу життя	на 79-95%	на 81%

Область застосування методу: А) лікувально-профілактична робота ___*
 Б) педагогічний процес _____
 В) наукова діяльність _____

8. Зауваження, пропозиції⁴: Рекомендовано використання з метою підвищення якості профілактичної роботи серед населення.

« 24 » « 12 » 2020 р. Головна медична сестра КНП «Міська поліклініка №1»

 Домановська Л.Ю.

... посада, підпис, П.І.Б.

¹ Узагальнені акти впровадження затверджує зам.зав. відділом охорони здоров'я.

² Заповнюється розробником

³ Тільки з пропозицій, включених в державний план впровадження

⁴ Заповнюється установою, в якій проводилося впровадження

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
Чернівецького медичного
фахового коледжу
Кузик Ф.В.



2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції до впровадження:** Керівництво для сестер медичних щодо профілактики артеріальної гіпертензії.
2. **Укладачі:** Борейко Лілія Дмитрівна, доцент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, Тимофієва Марина Пилипівна, доцент кафедри психології та філософії, Марараш Галина Григорівна, аспірант кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти.
3. **Установа-розробник:** Буковинський державний медичний університет, кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, м. Чернівці, Театральна площа, 2, 58002, Україна.
4. **Джерело інформації:** Профілактика артеріальної гіпертензії: керівництво для медичних сестер. Посібник для медичних сестер, студентів/укладачі. Борейко Л.Д., Тимофієва М.П., Марараш Г.Г. – Чернівці: БДМУ, 2021.
5. **Впроваджено:** Чернівецький медичний фаховий коледж.
6. **Форма впровадження:** у матеріали лекцій та навчальних практик з дисциплін «Медсестринство у внутрішній медицині», «Обстеження та оцінка стану здоров'я людини», «Клінічне медсестринство у внутрішній медицині».
7. **Ефективність впровадження у відповідності з критеріями викладеними:** розширення знань студентів спеціальності «Медсестринство», щодо заходів профілактики артеріальної гіпертензії та розвитку комунікативних і особистісних компетенцій сестри медичної.
8. **Термін впровадження:** 2020/2021 навчальний рік.
9. **Зауваження та пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження
заступник директора з навчальної роботи

Тетяна Бойчук

«Затверджую»

В.о. Генерального директора КНП «8-ма міська клінічна лікарня м.Львова»

Грунkvальтер В.М.

2021 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційної роботи аспіранта
кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Буковинського державного медичного університету
Марараш Галини Григорівни.

1. **Назва пропозиції до впровадження:** виявлення факторів ризику у хворих на артеріальну гіпертензію за участі медичної сестри.
2. **Автор:** Борейко Лілія Дмитрівна - доцент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, Марараш Галина Григорівна - аспірант кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти.
3. **Установа-розробник:** Буковинський державний медичний університет, кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, м. Чернівці, Театральна площа, 2, 58002, Україна.
4. **Джерела інформації:** Борейко ЛД, Марараш ГГ. Виявлення факторів ризику у хворих на артеріальну гіпертензію за участі медичної сестри. Клінічна та експериментальна патологія. 2020; Т.19, 1 (71): 38-44.
5. **Впроваджено:** у лікувальний процес кардіологічного відділення для лікування хворих на інфаркт міокарда КНП «8-ма міська клінічна лікарня м.Львова»
6. **Форма впровадження:** визначена роль медсестри у лікуванні хворих із артеріальною гіпертензією.
7. **Результати впровадження:** використання результатів дослідження в лікувальному процесі дозволяє покращити надання допомоги хворим з артеріальною гіпертензією.
8. **Термін впровадження:** 2020-2021 рр.
9. **Зауваження та пропозиції:** немає.
10. **Відповідальний за впровадження:**

Завідувач кардіологічним відділенням для лікування хворих на інфаркт міокарда КНП «8-ма міська клінічна лікарня м.Львова»

Горбач Марта Олегівна

«Затверджую»

Директор КНП «Городоцька міська
багатопрофільна лікарня»

Хмельницької області

Олександр Кушнір

2021 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційної роботи аспіранта
кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Буковинського державного медичного університету
Марараш Галини Григорівни.

1. **Назва пропозиції до впровадження:** виявлення факторів ризику у хворих на артеріальну гіпертензію за участі медичної сестри.
2. **Автор:** Борейко Лілія Дмитрівна - доценткафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, Марараш Галина Григорівна - аспірант кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти.
3. **Установа-розробник:** Буковинський державний медичний університет, кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, м. Чернівці, Театральна площа, 2, 58002, Україна.
4. **Джерела інформації:** Борейко ЛД, Марараш ГГ. Виявлення факторів ризику у хворих на артеріальну гіпертензію за участі медичної сестри. Клінічна та експериментальна патологія. 2020; Т.19, 1 (71): 38-44.
5. **Впроваджено:** у лікувальний процес кардіологічного відділення КНП «Городоцької міської багатопрофільної лікарні»
6. **Форма впровадження:** визначена роль медсестри у лікуванні хворих із артеріальною гіпертензією.
7. **Результати впровадження:** використання результатів дослідження в лікувальному процесі дозволяє покращити надання допомоги хворим з артеріальною гіпертензією.
8. **Термін впровадження:** 2020-2021 рр.
9. **Зауваження та пропозиції:** немає.
10. **Відповідальний за впровадження:**

Завідувач кардіологічним відділенням
КНП «Городоцька МБЛ»

Пшенична Н.І.

«Затверджую»

Проректор з наукової роботи
Тернопільського національного медичного
університету ім. І.Я. Горбачевського МОЗ
України

проф.

Іван КЛШЦ

2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційної роботи аспіранта
кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Буковинського державного медичного університету
Марараш Галини Григорівни.

1. **Назва пропозиції до впровадження:** виявлення факторів ризику у хворих на артеріальну гіпертензію за участі медичної сестри.
2. **Автор:** Борейко Лілія Дмитрівна - доцент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, Марараш Галина Григорівна - аспірант кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти.
3. **Установа-розробник:** Буковинський державний медичний університет, кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, м. Чернівці, Театральна площа, 2, 58002, Україна.
4. **Джерела інформації:** Борейко ЛД, Марараш ГГ. Виявлення факторів ризику у хворих на артеріальну гіпертензію за участі медичної сестри. Клінічна та експериментальна патологія. 2020; Т.19, 1 (71): 38-44.
5. **Впроваджено:** у навчальний процес кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України.
6. **Форма впровадження:** у матеріали лекцій курс та практичних занять з сестринської справи, а також у наукову роботу кафедри.
7. **Результати впровадження:** використання результатів дослідження в навчальному процесі дозволяє поглибити знання студентів зі спеціальності «Медсестринство».
8. **Термін впровадження:** 2020-2021 рр.
9. **Зауваження та пропозиції:** немає.
10. **Відповідальний за впровадження:**

Завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України,
доктор медичних наук, професор

Ганна САТУРСЬКА



«Затверджую»

керівник засідання, в якому проведено провадження

04

» 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції до впровадження:** Керівництво для медичних сестер щодо профілактики артеріальної гіпертензії.
2. **Укладачі:** Борейко Лілія Дмитрівна, доцент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, Тимофієва Марина Пилипівна, доцент кафедри психології та філософії, Марараш Галина Григорівна, аспірант кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти.
3. **Установа-розробник:** Буковинський державний медичний університет, кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, м. Чернівці, Театральна площа, 2, 58002, Україна.
4. **Джерело інформації:** Профілактика артеріальної гіпертензії: керівництво для медичних сестер. Посібник для медичних сестер, студентів/укладачі. Борейко Л.Д., Тимофієва М.П., Марараш Г.Г. – Чернівці: БДМУ, 2021.
5. **Впроваджено:** КНП «Міська поліклініка №1».
6. **Ефективність впровадження у відповідності з критеріями викладеними:** розширення знань медичних сестер щодо заходів профілактики артеріальної гіпертензії та розвитку комунікативних і особистісних компетенцій.
7. **Термін впровадження:** 2020/2021 навчальний рік.
8. **Зауваження та пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження
Головна медична сестра

КНП «Міська поліклініка №1»

Любов ДОМАНОВСЬКА

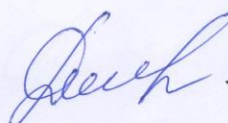
«Затверджую»
 30.03.2021
 керівник кафедри, в якій проводиться впровадження
 « 17 » _____ » 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції до впровадження:** Оцінка ефективності навчання хворих з артеріальною гіпертензією.
2. **Автор:** Борейко Лілія Дмитрівна, доцент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, Марараш Галина Григорівна, аспірант кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти.
3. **Установа-розробник:** Буковинський державний медичний університет, кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, м. Чернівці, Театральна площа, 2, 58002, Україна.
4. **Джерела інформації:** Марараш Г.Г. Оцінка ефективності навчання хворих з артеріальною гіпертензією// Борейко Л.Д. Вісник медичних і біологічних досліджень. – Том №1 (7) 2021. – с. 21-28.
5. **Впроваджено:** КНП «Міська поліклініка №1».
6. **Результати впровадження:** використання результатів наукових досліджень в практиці дозволяє поглибити знання медичних сестер щодо ефективності заходів профілактики артеріальної гіпертензії.
7. **Термін впровадження:** 2020/2021 навчальний рік.
8. **Зауваження та пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження
 Головна медична сестра

КНП «Міська поліклініка №1»

 Любов ДОМАНОВСЬКА

«Затверджую»

Проректор з науково-педагогічної роботи

доц. В. Геруш



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Буковинського державного медичного університету

1. **Назва пропозиції до впровадження:** Оцінка ефективності навчання хворих з артеріальною гіпертензією.
2. **Автор:** Борейко Лілія Дмитрівна, доцент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, Марараш Галина Григорівна, аспірант кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти.
3. **Установа-розробник:** Буковинський державний медичний університет, кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, м. Чернівці, Театральна площа, 2, 58002, Україна.
4. **Джерела інформації:** Марараш Г.Г. Оцінка ефективності навчання хворих з артеріальною гіпертензією// Борейко Л.Д. Вісник медичних і біологічних досліджень. – Том №1 (7) 2021. – с. 21-28.
5. **Впроваджено:** кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти.
6. **Форма впровадження:** у матеріали лекцій та практичних занять.
7. **Результати впровадження:** використання результатів наукових досліджень дозволяє поглибити знання студентів спеціальності «Медсестринство» щодо ефективності заходів профілактики артеріальної гіпертензії.
8. **Термін впровадження:** 2020/2021 навчальний рік.
9. **Зауваження та пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження

завідувач кафедри догляду за хворими
та вищої медсестринської освіти

Буковинського державного медичного університету
д.мед.н., професор

Ігор ПЛЕШ

«Затверджую»

Проректор з науково-педагогічної роботи

доц. Ігор GERUШ



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Буковинського державного медичного університету

1. **Назва пропозиції до впровадження:** Керівництво для медичних сестер щодо профілактики артеріальної гіпертензії.
2. **Укладачі:** Борейко Лілія Дмитрівна, доцент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, Тимофієва Марина Пилипівна, доцент кафедри психології та філософії, Марараш Галина Григорівна, аспірант кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти.
3. **Установа-розробник:** Буковинський державний медичний університет, кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, м. Чернівці, Театральна площа, 2, 58002, Україна.
4. **Джерело інформації:** Профілактика артеріальної гіпертензії: керівництво для медичних сестер. Посібник для медичних сестер, студентів/укладачі. Борейко Л.Д., Тимофієва М.П., Марараш Г.Г. – Чернівці: БДМУ, 2021.
5. **Впроваджено:** кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти.
6. **Форма впровадження:** у матеріали лекцій та практичних занять з дисциплін «Медсестринство у внутрішній медицині», «Обстеження та оцінка стану здоров'я людини», «Клінічне медсестринство у внутрішній медицині».
7. **Ефективність впровадження у відповідності з критеріями викладеними:** розширення знань студентів спеціальності «Медсестринство» щодо заходів профілактики артеріальної гіпертензії та розвитку комунікативних і особистісних компетенцій медичної сестри.
8. **Термін впровадження:** 2020/2021 навчальний рік.
9. **Зауваження та пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження

завідувач кафедри догляду за хворими
та вищої медсестринської освіти
Буковинського державного медичного університету
д.мед.н., професор

Ігор ПЛЕШ



«Затверджую»

Проректор з науково-педагогічної роботи
доц.

І.В. Геруш

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів дисертаційної роботи аспіранта
кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Буковинського державного медичного університету
Марараш Галини Григорівни

1. **Назва пропозиції до впровадження:** навчальна дисципліна «Тренінг комунікативної компетентності медичної сестри».
2. **Автор:** Тимофієва Марина Пилипівна, доцент кафедри психології та філософії, Марараш Галина Григорівна, аспірант кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти.
3. **Установа-розробник:** Буковинський державний медичний університет, кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, м. Чернівці, Театральна площа, 2, 58002, Україна.
4. **Джерела інформації:** Робоча навчальна програма «Тренінг комунікативної компетентності медичної сестри».
5. **Впроваджено:** кафедра психології та філософії.
6. **Включено:** у лекційний курс та практичні заняття.
7. **Результати впровадження:** використання результатів наукових дослідження в навчальному процесі дозволяє поглибити знання студентів спеціальності «Медсестринство», щодо ефективності впровадження відповідає критеріям, викладеним у джерелі інформації.
8. **Термін впровадження:** 2020/2021 навчальний рік
9. **Зауваження та пропозиції:** немає

Відповідальний за впровадження

Кандидат психологічних наук,
в.о. завідувача кафедри психології
та філософії Буковинського державного
медичного університету, доцент

Марина ТИМОФІЄВА