

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ГРИГОРЕЦЬ ДІАНА КОРНЕЛІВНА

УДК: 616.12-008.315-085:615.22

**ДИСЕРТАЦІЯ
ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ З БЕЗПЕРЕРВНОГО
ДОГЛЯДУ ЗА ХВОРИМИ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ**

223 «Медсестринство»

22 – Охорона здоров'я

Подається на здобуття ступеня доктора філософії.

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

_____ Д.К. Григорець

Науковий керівник: Пlesh Ігор Антонович, д.мед.н., професор

Чернівці – 2026

АНОТАЦІЯ

Григорєць Д. К. **Організація роботи медичної сестри з безперервного догляду за хворими з серцевою недостатністю** – *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, 2026.

Буковинський державний медичний університет, МОЗ України, Чернівці, 2026.

За даними Глобальної тяжкості хвороб (GBD) 2024, серцево-судинні захворювання (ССЗ) залишаються провідною причиною смертності у світі, щороку спричиняючи близько 20,5 млн смертей. «Всесвітній звіт про стан серця 2025» підтверджує подальше зростання тяжкості цієї патології, кінцевою стадією якої є серцева недостатність (СН). За оцінками World Heart Federation Global Heart Failure Report 2024, нею вражені близько 64 млн людей. Досвід Європейського кардіологічного товариства (ESC) та Американської асоціації серця (АНА) свідчить, що найефективнішим у зменшенні повторних госпіталізацій та смертності є своєчасна профілактика, ключову роль у якій відіграють медичні сестри. Медсестринські освітні програми знижують частоту загострень захворювання, підвищують якість життя та прихильність до лікування. У країнах ЄС, США та Канади практикуючі медсестри (NPs) і медсестри розширеної практики (APNs) мають широку автономію у діагностиці, корекції терапії і реалізації профілактичних програм.

Отже, удосконалення медсестринської допомоги, розробка медсестринських освітніх програм спрямованих на підвищення обізнаності пацієнтів є перспективним шляхом до зменшення загострень, повторних госпіталізацій, ризику несприятливих подій при серцевій недостатності та підвищення ефективності системи охорони здоров'я.

Дисертаційна робота спрямована на підвищення ефективності безперервного медсестринського догляду за хворими з серцевою недостатністю на стаціонарному

та амбулаторному етапі шляхом розробки та впровадження організаційної моделі, спрямованої на подовження періоду ремісії, зниження частоти повторних госпіталізацій, покращення рівня знань, якості життя, самообслуговування та прихильності до лікування з врахуванням розширення їх професійних компетенцій (в майбутньому медична сестра координатор, медична сестра із розширеними повноваженнями).

Завдання наукового дослідження включали: вивчення якості життя та статусу функціональної активності у хворих з серцевою недостатністю на стаціонарному етапі лікування; аналіз особливостей організації догляду на стаціонарному та ранньому амбулаторному етапі після виписки із стаціонару у пацієнтів із серцевою недостатністю та визначення факторів, що впливають на його ефективність; оцінку рівня обізнаності хворих із серцевою недостатністю про захворювання, принципи лікування, самоконтролю та профілактики декомпенсації; дослідження рівня готовності пацієнтів із серцевою недостатністю до виписки та самообслуговування в амбулаторних умовах; вивчення ролі та обов'язків медичної сестри кардіологічного кабінету поліклініки та помічників лікаря загальної практики-сімейної медицини з догляду за хворими з серцевою недостатністю; розробку, впровадження та оцінку ефективності розробленої програми безперервного медсестринського догляду на показники якості життя хворих із СН, окремі показники діяльності системи охорони здоров'я.

Загальна кількість осіб, які залучені до дослідження становила 465, з них детальне клініко-лабораторне дослідження проведено у 343 пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) I-IV функціональних класів за NYHA та I-III, B стадіями за М. Д. Стражеско та В. Х. Василенко, що відповідає стадії C згідно з Рекомендаціями Всеукраїнської асоціації кардіологів України (2024 р.), загально-кардіологічного відділення №1 ОКНП «Чернівецький обласний клінічний кардіологічний центр» та 110 пацієнтів з діагностованою гіпертензивною хворобою серця із застійною серцевою недостатністю відповідно до критеріїв Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2) кардіологічного

кабінету «Міська поліклініка №2» м. Чернівці. До дослідження були залучені медичні сестри (12 осіб).

Для анонімного анкетування були використані наступні стандартизовані опитувальники: Міннесотська анкета якості життя пацієнтів із серцевою недостатністю (MLHFQ), Індекс функціональної активності Дьюка (DASI), Атлантський тест знань про серцеву недостатність (АНФКТ), опитувальник оцінки задоволеності пацієнтів якістю медсестринського догляду (PSNCQQ), Шкала оцінки готовності пацієнта до виписки з лікарні (RHDS), Шкала самообслуговування при серцевій недостатності (SCHFI), хворобо-специфічна анкета відділу серцевої недостатності розроблена ННЦ «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска» НАМН України для оцінки прихильності до лікування, яка враховує особливості способу життя та фармакотерапії в пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю (ХСН), опитувальник «Оцінка потреб пацієнта із серцевою недостатністю у медичній інформації та взаємодії з медичною сестрою».

Аналіз епідеміологічних даних показав, що серцева недостатність найчастіше розвивалася на тлі ішемічної хвороби серця (57,4%), гіпертонічної хвороби (55,9%) та атеросклеротичної хвороби серця (31,8%). Лівощлуночкова та застійна серцева недостатність (62,4%) були провідними причинами госпіталізацій. Найчастішими ознаками та симптомами були периферичні набряки (69,1%), підвищений артеріальний тиск (49,5%), задишка/утруднене дихання (45,1%), біль у ділянці серця (27,6%) та порушення серцевого ритму (11,9%). На момент обстеження всі амбулаторні пацієнти мали в анамнезі діагностовану гіпертензивну хворобу серця із застійною серцевою недостатністю. Крім класичних причин, у розвитку серцевої недостатності сприяли біологічні та соціально-психологічні фактори: похилий та старечий вік 67 [41; 86,5] років, чоловіча стать (71,4%), сімейний стан (не перебуває у шлюбі – 43,7%), середня або неповна середня освіта (88,6%) та професійна зайнятість (27,7%).

Виявлено такі групи додаткових факторів недостатньої ефективності раннього амбулаторного догляду після виписки пацієнтів із стаціонару, як низька якість життя (80,0%; $70,8 \pm 6,0$ балів) для фізичної (82,3 %; $26,5 \pm 4,8$ балів) та

емоційної складової (75,2 %; $11,7 \pm 3,0$ балів); низький тестовий показник статусу функціональної активності (61,4%; $6,5 \pm 1,8$ балів), з дуже низьким рівнем максимального споживання кисню (92,9%; $15,0 \pm 2,2$ VO₂ max) та помірним рівнем енергетичних витрат організму під час фізичної активності (88,6%; $4,2 \pm 0,6$ METs).

Зафіксовано дефіцит знань у 45,1% хворих із серцевою недостатністю, щодо захворювання (27,4%), прийому ліків (65,5 %), харчування (66,1 %), поведінки (56,4 %), розпізнавання симптомів (58,1 %).

Більшість пацієнтів із серцевою недостатністю були задоволені організацією роботи стаціонару (60,7%) і високо оцінили якість медсестринських послуг (88,6%). Загальний показник сприйняття якості медсестринського догляду та послуг лікарні був помірним - 56,9% ($59,0 \pm 0,3$ балів).

За самооцінкою пацієнтів, 72 % були готові до виписки з кардіологічного стаціонару. Низьку фізичну та емоційну готовність мали 28 % ($6,3 \pm 1,7$ балів) задовільну - 68 % ($7,4 \pm 1,4$ балів). За оцінкою медсестер, 81,5 % ($7,6 \pm 0,8$ балів) пацієнтів мали достатній рівень готовності ($p < 0,05$). Під час виписки 46 % хворих показали обмежену здатність долати труднощі вдома.

Виявлено, що пацієнти з СН II-A ст. мали відносно контрольовану стадію захворювання, з частими повторними госпіталізаціями у 88,3 % за перший місяць більше 1 разу), 51,9 % за останній рік (менше 6 разів) та 58,5 % за 3 роки (менше 8 разів). У пацієнтів із СН II-B ст. частота госпіталізацій була більшою (87,0% за перший місяць (більше 1 разу), 55,5 % за останній рік (більше 6 разів), 60 % за 3 роки (менше 8 разів)), що відображало прогресування СН і частіші епізоди декомпенсації.

Основними джерелами інформації про профілактику та розвиток серцевої недостатності пацієнти вважали лікарів: сімейного лікаря (40,1%), лікуючого лікаря стаціонару (23,6%) та кардіолога поліклініки (19,1%), тоді як роль медичних сестер була меншою - загалом 17,3% (медична сестра стаціонару - 7,3%, медична сестра сімейного лікаря - 5,5%, кардіологічного кабінету поліклініки - 4,5%).

Обстежувані демонстрували неналежне самообслуговування ($58,7 \pm 4,23$ балів) з ризиком ранньої повторної госпіталізації (менше 75 балів). Низькі середні

показники (середній загальний бал - $41,9 \pm 4,26$) мали 87,2% пацієнтів у всіх трьох сферах самообслуговування: підтримки самообслуговування (58,2%; $41,6 \pm 4,88$ балів), сприйняття симптомів (47,2%; $43,4 \pm 3,60$ балів) й управління самообслуговуванням (54,5%; $40,6 \pm 4,31$ балів).

Низька прихильність до лікування ($3,1 \pm 0,97$ балів) спостерігалась у 54,5% пацієнтів, середня ($5,8 \pm 0,81$ балів) - у 41,8%; до фармакотерапії – 39,2%, рекомендацій лікаря дотримувались 56,3%, а принципів здорового способу життя - 31,5% хворих.

Визначено частоту повторних візитів до кардіолога поліклініки понад 1 раз протягом досліджуваного періоду (30 днів) у 40% пацієнтів.

Нами було розроблено та впроваджено програму безперервного медсестринського догляду за пацієнтами із серцевою недостатністю, яка включала планування медсестринських втручань на етапі виписки пацієнта із стаціонару, в межах стандартних та запропонованих нами компетенцій, підтримку контакту, наступність передачі відповідальності та покращення обміну інформацією про стан пацієнта в амбулаторних умовах. У межах програми запропоновано персоналізовану медико-санітарну освіту для пацієнтів і їх сімей, спрямовану на розпізнавання симптомів серцевої недостатності та навчання практичним навичкам самообслуговування вдома. Для закріплення знань пацієнтам надавали паперові роздаткові пам'ятки за варіантом кольорового "Світлофора" із QR-кодом практичних рекомендацій та щоденник моніторингу симптомів серцевої недостатності.

В результаті медсестринських освітніх заходів серед пацієнтів групи втручання спостерігалось покращення якості життя до помірного (57,1%; $38,2 \pm 5,0$ балів; $p < 0,001$) та високого рівня (25,7%; $18,2 \pm 3,5$ балів; $p < 0,001$), фізичної складової – у 65% (середній бал знизився до $16,2 \pm 4,9$ балів) та емоційної - у 62% ($6,8 \pm 2,5$ балів; $p < 0,001$); підвищення функціональної активності до середнього, підвищеного і високого рівня у 25,7% ($32,5 \pm 3,2$ балів; $p < 0,05$), 8,6% ($39,8 \pm 2,0$ балів) та 1,4% ($45,0 \pm 2,5$ балів) відповідно; підвищення рівня максимального споживання кисню до середнього і високого у 14,3% ($30,0 \pm 3,0$ VO₂ max) та 2,9%

($38,0 \pm 2,5$ VO₂ max); зростання толерантності до фізичного навантаження помірної і високої інтенсивності у 71,4% ($5,0 \pm 0,6$ MET_s; $p < 0,05$) та 25,7% ($7,2 \pm 0,7$ MET_s) відповідно.

Підвищився загальний рівень обізнаності у 69,3% хворих ($p < 0,05$), щодо причин та природи серцевої недостатності - у 82,2 %, розпізнавання симптомів - у 78,0 % ($p < 0,05$), харчування - у 66,4 % ($p < 0,001$), поведінки при загостренні - до 58,8 % ($p < 0,05$), знання схем лікування - до 58,5 % ($p < 0,05$).

Зріс показник самообслуговування пацієнтів до середнього та високого рівня у 82,7% ($91,1 \pm 4,93$ балів; $p < 0,001$): щодо підтримки самообслуговування - у 54,5% ($88,5 \pm 5,09$ балів; $p < 0,05$), сприйняття симптомів - у 52,6% ($90,7 \pm 5,37$ балів; $p < 0,05$), управління самообслуговуванням – у 50,9% ($94,0 \pm 4,33$ балів; $p < 0,05$).

Високу прихильність до лікування демонстрували 71% ($9,1 \pm 0,78$ балів; $p < 0,001$), середню - 21,8% ($8,1 \pm 0,62$ балів; $p < 0,05$) пацієнтів, до фармакотерапії 71,2%; $p < 0,05$, рекомендацій лікаря дотримувались 80%; $p < 0,05$, здорового способу життя - 82 %; $p < 0,001$.

Безперервний медсестринський супровід позитивно вплинув на поступове зниження частоти повторних госпіталізацій протягом довгострокового періоду спостереження (3 роки), що становило 12,3% у пацієнтів із СН II-А ст. та 9,2% у хворих із СН II-Б ст. ($p < 0,05$). Зменшення частоти фізичних візитів до кардіолога поліклініки понад 1 раз протягом досліджуваного періоду (30 днів) на 32,7%.

Таким чином, проведене дослідження підтвердило ефективність медсестринських втручань у покращенні стаціонарного та амбулаторного етапу безперервного догляду.

Ключові слова: серцева недостатність, фактори ризику, медсестринський супровід, артеріальний тиск, ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда, якість життя, медсестри, безперервний догляд, кардіологічні пацієнти, освіта пацієнтів, гіпертензія.

ABSTRACT

Hryhorets D. K. **Organization of the work of a nurse in continuous care for patients with heart failure** – *Qualification scientific work on the rights of the manuscript.*

Thesis for the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 223 “Nursing,” 22 “Health Care.” – Bukovinian State Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Chernivtsi, 2026.

Bukovinian State Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Chernivtsi, 2026.

According to the Global Burden of Disease (GBD) 2024, cardiovascular disease (CVD) remains the leading cause of death worldwide, causing approximately 20.5 million deaths each year. The World Heart Report 2025 confirms the continued increase in the severity of this pathology, the final stage of which is heart failure (HF). According to estimates by the World Heart Federation Global Heart Failure Report 2024, approximately 64 million people live with it. The experience of the European Society of Cardiology (ESC) and the American Heart Association (AHA) shows that timely prevention, in which nurses play a key role, is the most effective way to reduce rehospitalizations and mortality. Nursing education programs reduce the frequency of disease exacerbations, improve quality of life, and increase adherence to treatment. In the EU, the US, and Canada, nurse practitioners (NPs) and advanced practice nurses (APNs) have broad autonomy in diagnosis, therapy adjustment, and implementation of prevention programs.

Therefore, improving nursing care, developing nursing education programs aimed at increasing patient awareness is a promising way to reduce exacerbations, rehospitalizations, the risk of adverse events in heart failure and increasing the efficiency of the healthcare system.

The dissertation is aimed at improving the effectiveness of continuous nursing care for patients with heart failure at both the inpatient and outpatient stages through the development and implementation of an organizational model focused on prolonging the remission period, reducing the frequency of rehospitalizations, and improving patients’

level of knowledge, quality of life, self-care, and adherence to treatment, and taking into account the expansion of their professional competencies (in the future, the nurse coordinator and the advanced practice nurse).

The objectives of the scientific study included: examining quality of life and functional activity status in patients with heart failure during the inpatient stage of treatment; analyzing the organizational features of care at the inpatient stage and the early outpatient stage after hospital discharge in patients with heart failure, as well as identifying factors influencing its effectiveness; assessing the level of patients' awareness of heart failure regarding the disease itself, principles of treatment, self-monitoring, and prevention of decompensation; investigating the level of readiness of patients with heart failure for discharge and self-care in outpatient settings; studying the roles and responsibilities of the cardiology clinic nurse and physician assistants in general practice–family medicine in the care of patients with heart failure; and developing, implementing, and evaluating the effectiveness of a continuous nursing care program on quality-of-life outcomes in patients with heart failure and on selected indicators of health care system performance.

The total number of people involved in the study was 465, of whom a detailed clinical and laboratory study was conducted in 343 patients with chronic heart failure (CHF) of NYHA functional classes I-IV and M.D. Strazhesko and V.H. Vasylenko stages I, II-A, B (stage C according to the Recommendations of the All-Ukrainian Association of Cardiologists of Ukraine, 2024), general cardiology department № 1 of the Chernivtsi Regional Clinical Cardiology Center and 110 patients diagnosed with hypertensive heart disease with congestive heart failure according to the criteria of the International Classification of Primary Health Care (ICPC-2) of the cardiology office of the City Polyclinic №. 2 in Chernivtsi. Nurses (12 people) were involved in the study.

The following standardized questionnaires were selected for the anonymous survey: for the inpatient phase - the Minnesota Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), the Duke Active Function Index (DASI), the Atlantic Heart Failure Questionnaire (AHFKT), the Patient Satisfaction with Nursing Care Questionnaire (PSNCQQ), and the Readiness for Discharge Scale (RHDS). For the outpatient phase - the Heart Failure Self-

Care Scale (HFS), a carefully tailored heart failure questionnaire for assessing treatment compliance, taking into account the individuality of lifestyle and pharmacotherapy in patients with chronic heart failure (CHF) - the questionnaire developed by the National Scientific Center "Institute of Cardiology named after Academician M.D. Strazhesko" of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine and "Assessment of patient with heart failure needs for medical information and interaction with a nurse" questionnaire.

Analysis of epidemiological data showed that heart failure most often developed against a background of ischemic heart disease (57.4%), hypertension (55.9%), and atherosclerotic heart disease (31.8%). Left ventricular and congestive heart failure (62.4%) were the leading causes of hospitalization. The most common signs and symptoms were peripheral edema (69.1%), high blood pressure (49.5%), shortness of breath/difficulty breathing (45.1%), chest pain (27.6%), and cardiac arrhythmia (11.9%). At the time of examination, all outpatients had a history of diagnosed hypertensive heart disease with heart failure. In addition to the classic causes, biological and socio-psychological factors contributed to the development of heart failure (HF): advanced and elderly age (67 [41; 86.5] years old), male gender (71.4%), single/divorced/widowed marital status (43.7%), secondary or incomplete secondary education (88.6%), and professional employment (27.7%).

The following groups of additional factors contributing to the insufficient effectiveness of early outpatient care after discharge of patients with heart failure were identified: low quality of life (80.0%, 70.8 ± 6.0 points) for the physical (82.3%, 26.5 ± 4.8 points) and emotional components (75.2%, 11.7 ± 3.0 points), low functional activity status test score (61.4%, 6.5 ± 1.8 points), with very low maximum oxygen consumption (92.9%, 15.0 ± 2.2 VO₂ max) and a moderate indicator of the body's energy expenditure (88.6%, 4.2 ± 0.6 METs) during physical activity.

A lack of knowledge (45.1%) about heart failure (27.4%), medication (65.5%), nutrition (66.1%), behavior (56.4%), and symptom recognition (58.1%) were observed.

Most patients with heart failure were satisfied with their stay in the hospital (60.7%) and highly rated the quality of nursing care (88.6%). The overall level of perception of the quality of nursing services was moderate - 56.9% (59.0 ± 0.3 points).

According to the patients' self-assessment, 72% were ready to be discharged from the cardiology hospital. Low physical and emotional readiness was reported by 28% (6.3 ± 1.7 points), moderate readiness by 68% (7.4 ± 1.4 points). According to the nurses' assessment, 81.5% (7.6 ± 0.8 points) of patients had a moderate level of readiness ($p < 0,05$). At discharge, 46% of patients showed limited ability to cope with difficulties at home.

It was found that patients with HF II-A had a relatively controlled stage of the disease, with less frequent rehospitalizations in 88.3% over first month (more than once), 51.9% per year (fewer than 6 times), 58.5% over 3 years (fewer than 8 times). Patients with HF II-B had a higher frequency of hospitalizations (87.0% in the first month more than once), 55.5% per year (fewer than 6 times), 60% over 3 years (fewer than 8 times)), reflecting the progression of HF and more frequent episodes of decompensation.

Patients considered doctors to be the main sources of information about the prevention and development of heart failure: family doctors (40.1%), attending physicians in hospitals (23.6%), and cardiologists in polyclinics (19.1%), while the role of nurses was less significant - 17.3% in total (hospital nurse - 7.3%, family doctor's nurse - 5.5%, polyclinic cardiology office nurse - 4.5%).

The subjects demonstrated inadequate self-care (58.7 ± 4.23 points) with a risk of early rehospitalization (less than 75 points). Low average indicators (average total score - 41.9 ± 4.26) were observed in 87.2% of patients in all three areas of self-care: self-care support (58,2%; 41.6 ± 4.88 points), symptom perception (47,2%; 43.4 ± 3.60 points) and self-care management (54,5%; 40.6 ± 4.31 points).

Low adherence to treatment (3.1 ± 0.97 points) was observed in 54.5% of patients, average (5.8 ± 0.81 points) - in 41.8%; 39.2% followed the doctor's recommendations, and 31.5% followed the principles of a healthy lifestyle.

The frequency of repeated visits to the cardiologist at the clinic more than once during the study period (30 days) was determined in 40% of patients

We developed and implemented a program of continuous nursing care for patients with heart failure, which included planning nursing interventions at the time of discharge coordination within the framework of standard and additionally proposed nursing

competencies, maintaining contact and ensuring continuity of care during the transfer of responsibility, and enhancing the exchange of information about the patient's condition in outpatient settings. The program offered personalized health education for patients and their families, aimed at recognizing the symptoms of heart failure and teaching practical self-care skills at home. To reinforce their knowledge, patients were given colourful paper handouts based on the colour-coded “traffic light” system with a QR code containing practical recommendations and a symptom monitoring diary for heart failure.

As a result of nursing educational activities, among patients in the intervention group, an improvement in quality of life was observed: to a moderate indicator (57.1%; 35.8 ± 5.0 points; $p < 0,001$) and good indicator (25.7%; 18.2 ± 3.5 points; $p < 0,001$), physical component – 65% (the average score dropped to 16.2 ± 4.9 points), emotional – 62% (6.8 ± 2.5 points; $p < 0,001$), functional state according to all indicators of activity status to an average, increased and high level in 25.7% (32.5 ± 3.2 points; $p < 0,05$), 8.6% (39.8 ± 2.0 points) and 1.4% (45.0 ± 2.5 points), respectively; increase in cardiorespiratory endurance to an average/high level in 14.3% (30.0 ± 3.0 VO₂ max) and 2.9% (38.0 ± 2.5 VO₂ max); intensity of physical activity to moderate and high level in 71.4% (5.0 ± 0.6 MET_s; $p < 0,05$) and 25.7% (7.2 ± 0.7 MET_s) respectively.

The overall level of awareness increased to 69.3% ($p < 0,001$), regarding the causes and nature of heart failure – to 82.2%, recognition of symptoms – to 78.0% ($p < 0,05$), nutrition – to 66.4% ($p < 0,001$), behavior during exacerbation – to 58.8% ($p < 0,05$), knowledge of treatment regimens – to 58.5% ($p < 0,05$).

The self-care index of patients increased to an average and high level by 82.7% ($91,1 \pm 4,93$ points; $p < 0,001$): in the area of self-care support – by 54.5% ($88,5 \pm 5,09$ points; $p < 0,05$), symptom perception – by 52.6% ($90,7 \pm 5,37$ points; $p < 0,05$), self-care management – by 50.9% ($94,0 \pm 4,33$ points; $p < 0,05$).

High adherence to treatment was demonstrated by 71% (9.1 ± 0.78 points; $p < 0,001$), average – by 21.8% (8.1 ± 0.62 points; $p < 0,05$) of patients, pharmacotherapy – by 71.2% ($p < 0,05$), followed their doctor's recommendations – 80% ($p < 0,05$), to a healthy lifestyle – by 82% ($p < 0,001$).

Continuous nursing follow-up had a positive effect on the gradual reduction in the rate of repeated hospitalizations over the long-term follow-up period (3 years), amounting to 12.3% in patients with stage II-A heart failure and 9.2% in those with stage II-B heart failure ($p < 0.05$). Reduction in the frequency of physical visits to the polyclinic cardiologist more than once during the study period (30 days) in the main group - 32.7%.

Thus, the study confirmed the effectiveness of nursing interventions in improving the outpatient stage of continuous care.

Key words: heart failure, risk factors, nursing care, blood pressure, coronary heart disease, myocardial infarction, quality of life, nurses, continuous care, cardiac patients, patient education, hypertension.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Список праць, у яких опубліковані основні результати дисертації:

1. **Григорець ДК**, Плеш ІА. Оцінка готовності до виписки пацієнтів із серцевою недостатністю кардіологічного стаціонару. Клінічна та експериментальна патологія. 2024;23(2):115-20. doi: [10.24061/1727-4338.XXIII.2.88.2024.18](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XXIII.2.88.2024.18) (**Фахове видання категорії Б**) (*Здобувач виконав дослідження, статистично опрацював, проаналізував та узагальнив отримані результати, підготував статтю до друку*).

2. **Hryhorets D**. Assessment of the effectiveness of teaching patients with heart failure in hospital settings. Вісник медичних та біологічних досліджень. 2025;7(3):63-72. doi: [10.63341/bmbr/3.2025.63](https://doi.org/10.63341/bmbr/3.2025.63) (**Фахове видання категорії Б**) (*Здобувач виконав дослідження, статистично опрацював, проаналізував та узагальнив отримані результати, підготував статтю до друку*).

3. Плеш ІА, **Григорець ДК**. Механізм пресорного натрійурезу у хворих на есенційну гіпертензію II стадії за різних варіантів циркадіанної структури артеріального тиску. Клінічна та експериментальна патологія. 2025;24(1):81-5. doi: [10.24061/1727-4338.XXIV.1.91.2025.12](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XXIV.1.91.2025.12) (**Фахове видання категорії Б**) (*Дисертант виконав дослідження, статистично опрацював, проаналізував та узагальнив отримані результати, підготував статтю до друку*).

4. **Григорець ДК**, Плеш ІА. Оцінка ефективності щоденника моніторингу симптомів серцевої недостатності в амбулаторних умовах. Медичні перспективи. 2025;30(1):39-46. doi: [10.26641/2307-0404.2025.1.325241](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2025.1.325241) (**Українське видання, яке індексується БД Scopus, Q4**) (*Дисертант виконав дослідження, статистично опрацював, проаналізував та узагальнив отримані результати, підготував статтю до друку*).

5. **Григорець ДК**, Плеш ІА, Гулей МГ. Прихильність до лікування пацієнтів із серцевою недостатністю в амбулаторних умовах. Медсестринство. 2025;3-4:15-21. doi: [10.11603/2411-1597.2025.3-4.15464](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2025.3-4.15464) (**Фахове видання категорії Б**)

(Дисертант виконав дослідження, статистично опрацював, проаналізував та узагальнив отримані результати, підготував статтю до друку).

Наукові праці, що засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. **Григорець Д, Плеш І.** Аналіз чинників які впливають на задоволеність медсестринським доглядом у пацієнтів із серцевою недостатністю. In: Proceedings of the VI International Scientific and Practical Conference Débats scientifiques et orientations prospectives du développement scientifique; 2024 Mar 01; Paris, France. Paris; 2024, p. 415-9. *(Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).*

2. **Григорець ДК.** Оцінка якості медсестринського догляду пацієнтами із серцевою недостатністю ОКРП «Чернівецький кардіологічний центр». В: Матеріали підсумкової 105-ї наук.-практ. конф. з міжнар. участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету; 2024 Лют 05, 07, 12; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2024, с. 111-2. *(Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).*

3. **Григорець ДК,** Оцінка якості медсестринського догляду пацієнтами із серцевою недостатністю у відділеннях стаціонару. Proceedings of the II CISP Conference Science in motion: classic and modern tools and methods in scientific investigations; 2024 Jan 19; Venue. Grail of Science. 2024;35:522-7. doi: [10.36074/grail-of-science.19.01.2024.094](https://doi.org/10.36074/grail-of-science.19.01.2024.094) *(Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).*

4. **Григорець Д, Плеш І, Дубінська М, Мага В.** Оцінка якості життя та статусу активності у хворих з серцевою недостатністю Буковинського краю. Proceedings of 7th ISPC International Scientific Discussion: Problems, Tasks and Prospects; 2023 Oct 19-20; Brighton, Great Britain. Scientific Collection InterConf+. 2023;38:235–44. doi:

10.51582/interconf.19-20.10.2023.020 (Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).

5. **Григорець ДК.** Необхідність впровадження безперервного медсестринського догляду у пацієнтів із серцевою недостатністю з низькими показниками якості життя та статусі активності. В: Матеріали XIV наук.-практ. конф. з міжнар. участю Вища освіта і практика в медсестринстві; 2023 Жов 26; Житомир. Житомир; 2023, с. 61-3. (Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).

6. **Григорець ДК.** Деякі особливості стаціонарного етапу в комплексному безперервному догляді за хворими з серцевою недостатністю. Матеріали X Буковинського міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів і молодих учених ВІМСО 2022-2023; 2023 Кві 04-07; Чернівці. ВІМСО Journal. 2023;2023:118-9. (Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).

7. Плеш ІА, Костів МІ, **Григорець ДК**, Скорейко НМ. Деякі особливості макро-та мікроциркуляції крові у хворих на ЕГ II ст. за різних варіантів циркадіанного ритму АТ. Proceedings of 2nd International Scientific and Practical Conference Progressive Science and Achievements; 2023 Mar 16-18; Doha, Qatar. Scientific Collection InterConf+. 2023;146:319–23. (Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).

8. **Григорець ДК.** Необхідність впровадження в Україні перехідного медсестринського догляду за пацієнтами із серцевою недостатністю. In: Proceedings of VI International Scientific and Practical Conference Science and technology: problems, prospects and innovations; 2023 Mar 16-18; Osaka, Japan. Osaka; 2023, p. 54-63. (Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).

9. Плеш І, Костів І, **Григорець Д**, Скорейко Н. Пружно-еластичні властивості артеріальних судин у хворих на ЕГ II ст. за різних варіантів циркадіанного ритму АТ. Proceedings of the V CISP Conference an Integrated Approach to Science Modernization: Methods, Models and Multidisciplinarity; 2024 Jan 19; Venue. Grail of Science. 2022;23:434-8. doi: [10.36074/grail-of-science.23.12.2022.75](https://doi.org/10.36074/grail-of-science.23.12.2022.75) *(Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).*

10. Плеш ІА, **Григорець ДК**, Костів ІВ, Костів МІ. Комплексне визначення параметрів венозного та артеріального тисків з використанням реометрії. В: Матеріали III наук.-практ. інтернет-конференція Розвиток природничих наук як основа новітніх досягнень у медицині; 2023 Чер 21; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2023, с. 110-1. *(Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).*

11. **Григорець ДК**. Оцінка потреб пацієнта з серцевою недостатністю щодо медичної інформації та комунікації з медичною сестрою. В: Матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф. студентів і молодих вчених Досягнення та перспективи розвитку медицини та фармації. Погляд молодих вчених; 2025 Лис 5-6; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2025, с. 45. *(Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).*

12. **Григорець ДК**. Фактори, що впливають на навчання та прихильність до лікування пацієнтів із серцевою недостатністю. В: Матеріали XVI наук.-практ. конф. з міжнар. участю Вища освіта і практика в медсестринстві; 2025 Жов 24; Житомир. Житомир; 2025, с. 80-3. *(Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).*

13. Костеняк ЛВ, **Григорець ДК**. Оцінка динаміки респіраторного резерву у стаціонарних хворих пульмонологічного відділення: роль медичної сестри. Матеріали XII Буковинського міжнародного медико-фармацевтичного конгресу

студентів і молодих учених ВІМСО 2025; 2025 Кві 2-4; Чернівці. ВІМСО Journal. 2025;2025:109. *(Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).*

14. Григорець ДК, Костеняк ЛВ. Ефективність щоденника моніторингу симптомів у хворих з серцевою недостатністю. Матеріали XII Буковинського міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів і молодих учених ВІМСО 2025; 2025 Кві 2-4; Чернівці. ВІМСО Journal. 2025;2025:107. *(Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).*

15. Григорець ДК. Впровадження щоденника моніторингу симптомів/ознак серцевої недостатності в амбулаторних умовах. В: Матеріали I Всеукр. наук.-практ. конф. з між нар. участю Сучасне медсестринство: реалії та виклики; 2024 Лис 20-21; Івано-Франківськ. Івано-Франківськ; 2024, с. 19. *(Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).*

16. Григорець ДК. Чинники впливу на якість медсестринського догляду та послуг, отриманих пацієнтами із серцевою недостатністю під час перебування в стаціонарі. Матеріали XI Буковинського міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів і молодих учених ВІМСО 2024; 2024 Кві 2-5; Чернівці. ВІМСО Journal. 2024;2024:87. *(Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).*

17. Григорець ДК, Костеняк ЛВ, Гринько МА. Медсестринська оцінка якості життя та статусу фізичної активності у хворих з хронічною серцевою недостатністю. В: Матеріали V Міжнар. студентської наукової конференції Актуальні питання та перспективи проведення наукових досліджень; 2023 Жов 06; Тернопіль. Тернопіль; 2023, с. 164-5. *(Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).*

*Наукові праці які додатково відображають наукові результати
дисертації:*

1. Григорець ДК, Плеш ІА. Фактори, пов'язані з готовністю пацієнтів із серцевою недостатністю до виписки з кардіологічного стаціонару. ScientificWorldJournal. 2024;25(2):56-60. doi: [10.30888/2663-5712.2024-25-00-053](https://doi.org/10.30888/2663-5712.2024-25-00-053)
(Іноземне наукове періодичне видання) *(Дисертант виконав дослідження, статистично опрацював, проаналізував та узагальнив отримані результати, підготував статтю до друку).*

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	22
ВСТУП.....	24
ОСНОВНА ЧАСТИНА.....	32
Розділ 1 Сучасні підходи до організації безперервного медсестринського догляду за пацієнтами з серцевою недостатністю	
1.1. Серцево-судинні захворювання як глобальна медико-соціальна проблема.....	32
1.2. Клінічні та поведінкові фактори ризику розвитку серцевої недостатності.....	35
1.3. Гендерні, вікові та соціально-економічні детермінанти серцевої недостатності.....	38
1.4. Класифікація хронічної серцевої недостатності:сучасні підходи та міжнародні рекомендації.....	41
1.5. Епідеміологія госпіталізацій і смертності в Україні та світі.....	43
1.6. Роль медичної сестри у комплексному догляді за пацієнтами з серцевою недостатністю.....	45
1.7. Актуальні та дискусійні питання організації безперервного медсестринського догляду за пацієнтами із серцевою недостатністю.....	48
1.8. Організація медсестринського догляду в Україні.....	51
Розділ 2. Організація, матеріал та методи дослідження.	
2.1. Загальна характеристика обстежених хворих.....	56
2.2. Клінічна характеристика обстежених стаціонарних хворих.....	56
2.3. Клінічна характеристика обстежених амбулаторних хворих.....	67
2.4. Методи дослідження.....	70
2.5. Методи статистичної обробки отриманих результатів.....	75
2.6. Висновки з біоетики.....	76

Розділ 3. Основні результати стаціонарного етапу безперервного медсестринського спостереження.

3.1. Оцінка якості життя та функціональних можливостей пацієнтів із серцевою недостатністю	77
3.2. Рівень задоволеності медсестринським доглядом.....	82
3.3. Готовність пацієнтів до виписки та медсестринські втручання.....	88
3.4. Оцінка рівня знань та ефективності навчання.....	108
3.5. Моніторинг частоти повторних госпіталізацій.....	116

Розділ 4. Основні результати амбулаторного етапу безперервного медсестринського супроводу.

4.1. Оцінка інформаційних потреб пацієнтів та особливостей їх взаємодії з медичною сестрою.....	123
4.2. Роль щоденника моніторингу симптомів у формуванні навичок самообслуговування у пацієнтів із серцевою недостатністю.....	134
4.3. Ефективність ведення щоденника моніторингу симптомів серцевої недостатності у підвищенні прихильності до лікування.....	141
4.4. Аналіз та систематизація даних щоденника моніторингу симптомів серцевої недостатності.....	146

Розділ 5. Обговорення отриманих результатів дослідження.....

ВИСНОВКИ.....	180
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	184
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	185
ДОДАТКИ.....	218

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ACC	Фонд Американського коледжу кардіології
AHA	Американська асоціація серця
ANA	Американська асоціація медичних сестер
DALYs	Роки життя, скориговані на інвалідність
DASI	Індекс функціональної активності Дьюка
ESC	Європейське кардіологічне товариство
GBD	Глобальна тяжкість хвороб
HFEF	Фракція викиду лівого шлуночка
HFimpEF	Покращена ФВЛШ
HFmrEF	Серцева недостатність з помірно зниженою ФВЛШ
HFpEF	Серцева недостатність із збереженою ФВЛШ
HFrEF	Серцева недостатність із зниженою ФВЛШ
HFSA	Товариство серцевої недостатності Америки
ICPC-2	Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги
MLHFQ	Міннесотський опитувальник оцінки якості життя хворих із СН
NYHA	Нью-Йоркська класифікація СН
P	Критерій вірогідності за Ст'юdentом
PSNCQQ	Задоволеність пацієнтів якістю медсестринського догляду
RHDS	Шкала готовності пацієнта до виписки з лікарні
SCHF1	Індекс самообслуговування при серцевій недостатності
АГ	Артеріальна гіпертензія
BOOZ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГХ	Гіпертонічна хвороба
ДАТ	Діастолічний артеріальний тиск
ІХС	Ішемічна хвороба серця
ЛШН	Лівошлуночкова недостатність
МС	Медична сестра
САТ	Систолічний артеріальний тиск

СН	Серцева недостатність
ССС	Серцево-судинна система
ССЗ	Серцево-судинні захворювання
ФВЛШ	Фракція викиду лівого шлуночка
ФК	Функціональний клас за ступенем обмеження фізичної активності
ХОЗЛ	Хронічне обструктивне захворювання легень
ХХН	Хронічна хвороба нирок
ЯЖ	Якість життя

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Серцева недостатність (СН) залишається однією з провідних причин госпіталізацій та високої смертності серед дорослого населення [39, 85, 110, 227]. Вона накладає значний фінансовий тягар як на систему охорони здоров'я, так і на пацієнтів. Незважаючи на прогрес у лікуванні, рівень повторних госпіталізацій залишається високим, що свідчить про недостатню ефективність догляду під час переходу від стаціонару до домашніх умов. Дослідження показують, що перехідні втручання знижують рівень повторних госпіталізацій, зменшують кількість звернень пацієнтів до відділень невідкладної допомоги, знижують смертність, проте їхній вплив на якість життя (ЯЖ) пацієнтів досі недостатньо вивчений [25, 29, 67, 265].

За даними досліджень, повторні госпіталізації пацієнтів із СН часто зумовлені недостатнім рівнем знань щодо самодопомоги та низькою прихильністю до лікування [31, 103]. Серед факторів, що сприяють повторним госпіталізаціям, виділяють клінічні показники: стадію СН (II-A, II-B), фракцію викиду лівого шлуночка (ФВЛШ), стан пацієнта при виписці, вік понад 60 років, індекс маси тіла, соціально-демографічні характеристики (рід діяльності, сімейний стан, рівень освіти), а також наявність в анамнезі ішемічної хвороби серця (ІХС) у поєднанні з гіпертонічною хворобою (ГХ) та інші супутні захворювання [81, 80, 181, 195].

Ефективність лікування СН значною мірою залежить не лише від медикаментозної терапії, а й від якісного медсестринського догляду, зокрема від освітньої підтримки пацієнтів, яка суттєво впливає на клінічні результати [194, 196]. Водночас аналіз сучасної практики засвідчує наявність низки системних проблем у цій сфері. Зокрема відзначаються недостатня поінформованість пацієнтів [39, 72], низька прихильність до терапії [40, 90, 96], обмежене впровадження мультидисциплінарних підходів а також недостатнє використання інформаційно-комунікаційних технологій.

Одним із ключових напрямів успішної профілактики розвитку СН є підвищення поінформованості населення, розвиток навиків самообслуговування та самодогляду шляхом впровадження безперервного медсестринського догляду. У

вирішенні цих важливих, соціально значущих завдань важлива роль належить медичним сестрам (МС), які можуть бути координатором догляду, орієнтованого на потреби пацієнтів [30, 40, 88, 163].

В Україні затверджені стандарти надання медичної допомоги при АГ [57, 81, 93], проводяться освітні заходи для лікарів та пацієнтів, включно з тематикою СН [132]. Водночас систематичних офіційних програм навчання пацієнтів із СН наразі не виявлено, попри наявність клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги, що регламентують загальні підходи до лікування та спостереження таких хворих [37, 57, 290].

Це свідчить про потребу у розробці та впровадженні цільових освітніх програм для цієї категорії пацієнтів, у реалізації яких ключову роль відіграють МС як координатори безперервного догляду, орієнтованого на потреби пацієнтів, забезпечуючи при цьому підвищення рівня поінформованості, навичок самообслуговування та прихильності до лікування.

Мета дослідження підвищення ефективності безперервного медсестринського догляду за хворими з серцевою недостатністю на стаціонарному та амбулаторному етапі шляхом розробки та впровадження організаційної програми, спрямованої на подовження періоду ремісії, зниження частоти повторних госпіталізацій, покращення рівня знань, якості життя, самообслуговування та прихильності до лікування.

Завдання дослідження:

1. Вивчити якість життя та статус функціональної активності у хворих з серцевою недостатністю на стаціонарному етапі лікування.
2. Проаналізувати особливості організації догляду на стаціонарному та ранньому амбулаторному етапі після виписки із стаціонару у пацієнтів з серцевою недостатністю та визначити фактори, що впливають на його ефективність.
3. Дати оцінку рівня обізнаності хворих із серцевою недостатністю про захворювання, принципи лікування, самоконтролю та профілактики декомпенсації.
4. Дослідити рівень готовності пацієнтів із серцевою недостатністю до виписки та самообслуговування в амбулаторних умовах.

5. Вивчити роль та обов'язки медичної сестри кардіологічного кабінету поліклініки та помічників лікаря загальної практики-сімейної медицини з догляду за хворими з серцевою недостатністю.

6. Розробити, впровадити та оцінити ефективність розробленої програми безперервного медсестринського догляду на показники якості життя хворих із серцевою недостатністю та окремі показники діяльності системи охорони здоров'я.

Предмет дослідження. Серцева недостатність, функціональний стан серцево-судинної системи, медико-біологічні та соціально-гігієнічні фактори ризику прогресування серцевої недостатності, медсестринський процес.

Об'єкт дослідження. Медсестринська модель безперервного догляду за хворими з серцевою недостатністю.

Методи дослідження: бібліосемантичний (аналіз наукової літератури за темою дисертації), епідеміологічний (визначення поширеності серцевої недостатності), соціологічний (анкетування), клінічні (оцінка стану здоров'я), антропометричний (визначення маси тіла та зросту), інструментальний (ЕКГ, ехокардіографія з доплерівським аналізом), функціональні (холтеровське амбулаторне записування результатів ЕКГ, ортостатична проба, велоергометрія, тредміл), моделювання (створення медсестринської програми безперервного догляду за хворими з серцевою недостатністю), статистичні (методи параметричної та непараметричної статистики). Застосовували стандартизовані опитувальники: The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) з метою оцінки впливу серцевої недостатності на якість життя пацієнтів, визначення фізичних, емоційних та соціальних аспектів повсякденної активності, Duke Activity Status Index (DASI) з метою оцінки рівня функціональної фізичної активності пацієнтів, тест Atlanta Heart Failure Knowledge Test (АНФКТ) з метою оцінки рівня знань пацієнтів про серцеву недостатність та її лікування, Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ) з метою оцінки задоволеності пацієнтів якістю медсестринського догляду, шкала Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) з метою оцінки готовності пацієнта до виписки, шкала The Self-Care of

Heart Failure Index (SCHFI) з метою оцінки рівня самообслуговування, хворобо-специфічна анкета відділу серцевої недостатності розроблена ННЦ «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска» НАМН України для оцінки прихильності до лікування, яка враховує особливості способу життя та фармакотерапії в пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю (ХСН), опитувальник «Оцінка потреб пацієнта у медичній інформації та взаємодії з медичною сестрою» з метою оцінки у додатковій медичній інформації щодо захворювання, лікування, самообслуговування та способу комунікації з медичною сестрою.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Наукова робота виконана у відповідності з планом науково-дослідної роботи кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти Буковинського державного медичного університету і є фрагментом наукової теми «Інтегральна оцінка серцево-судинної системи, функціональної активності нирок та печінки у хворих з артеріальними гіпертензіями та метаболічним синдромом» (номер державної реєстрації 0121U110024, термін виконання: 01.01.2021 – 31.12.2025 рр.)

Наукова новизна отриманих результатів

- *вперше обґрунтовано* сучасний підхід до організації роботи медичної сестри з забезпечення безперервного догляду за пацієнтами із серцевою недостатністю;
- *обґрунтовано* необхідність формування у медичних сестер професійних компетенцій для забезпечення ефективного безперервного догляду за пацієнтами з урахуванням її функціональних обов'язків;
- *вперше запропоновано* покроковий план медсестринських втручань, спрямований на забезпечення ефективної виписки пацієнта;
- *визначено* роль медичної сестри в організації догляду на амбулаторному етапі після виписки пацієнта зі стаціонару;
- *обґрунтовано* доцільність запровадження посади медичної сестри-координатора для роботи з кардіологічними пацієнтами, з метою покращення безперервності догляду, підвищення прихильності до лікування та оптимізації комунікації;

– *вперше встановлено* основні чинники, що обмежують ефективність догляду за хворими із серцевою недостатністю на ранньому амбулаторному етапі після виписки зі стаціонару, серед яких: критичні чинники прогресування серцевої недостатності; низька якість життя та зниження функціональної активності; недостатній рівень знань про перебіг захворювання, симптоми, самогляд, харчування та принципи фармакотерапії; недостатня і неналежна поведінка самообслуговування; низька прихильність до лікування та здорового способу життя; помірний рівень сприйняття якості медсестринського догляду та послуг лікарні; низька і помірна фізична стабільність та емоційна готовність до виписки;

– *встановлено* рівень обізнаності хворих із СН щодо захворювання, лікування та самообслуговування, а також *запропоновано* оптимальні шляхи комунікаційного консультування медичною сестрою в амбулаторних умовах;

– *визначено* обов'язки медичної сестри щодо навчання пацієнтів навичкам ефективного самообслуговування з метою профілактики ускладнень серцевої недостатності та зниження ризику ранніх повторних госпіталізацій;

– *вперше доведено* ефективність навчання пацієнтів із серцевою недостатністю в стаціонарних умовах щодо покращення показників стану здоров'я та результатів лікування;

– *вперше доведено* ефективність введення щоденника моніторингу симптомів серцевої недостатності в амбулаторних умовах щодо покращення самообслуговування та підвищення прихильності до лікування.

Практичне значення отриманих результатів

– *обґрунтовано* необхідність комплексного визначення ЯЖ, функціональної активності, рівня знань пацієнтів, готовності до виписки для оцінки ефективності медсестринських втручань, якості догляду в стаціонарі та їхнього впливу на самообслуговування і прихильність до лікування в амбулаторних умовах.

– *розроблено та впроваджено* систему медико-санітарної освіти в стаціонарних умовах, а також інформаційні пам'ятки за варіантом кольорового "Світлофора" із QR-кодом практичних рекомендацій для підвищення показників ЯЖ, рівня функціональної активності та інших показників стану здоров'я пацієнтів.

– *розроблено та впроваджено* щоденник моніторингу симптомів серцевої недостатності в амбулаторних умовах для покращення самообслуговування та підвищення прихильності до лікування.

– *запропоновано* ефективний спосіб зворотного зв'язку для контролю симптомів та дотримання рекомендацій при серцевій недостатності.

Основні результати дисертаційного дослідження впроваджено у практику, що підтверджено відповідними актами впровадження: ОКНП «Чернівецький обласний клінічний кардіологічний центр», КНП «Міська поліклініка №2» Чернівецької міської ради, ОКНП «Чернівецька лікарня швидкої медичної допомоги», КНП «Заліщицька центральна міська лікарня» Тернопільської області.

Результати дисертаційного дослідження впроваджено в навчальний процес на кафедрах Буковинського державного медичного університету: догляду за хворими та вищої медсестринської освіти, сімейної медицини, внутрішньої медицини.

Особистий внесок здобувача. Здобувачем самостійно визначено напрям наукового дослідження, сформульовано мету й завдання, обґрунтовано дизайн, обсяг та методологію дослідження. Автором особисто проведено патентно-інформаційний пошук і ґрунтовний аналіз сучасної наукової літератури з обраної проблематики. Самостійно організовано та здійснено анкетування пацієнтів та медичних сестер. Здобувачем особисто виконано статистичну обробку отриманих даних, їх аналіз і наукове узагальнення, підготовлено всі розділи дисертаційної роботи та сформульовано висновки. Підготовка наукових публікацій і представлення результатів дослідження на наукових форумах різного рівня здійснювалися автором самостійно. У публікаціях, створених у співавторстві, вирішальним є внесок здобувача, що включає виконання літературного огляду, аналіз клініко-інструментальних досліджень, статистичний аналіз результатів і формулювання висновків. Запозичення ідей або розробок співавторів відсутні; конфлікт інтересів не зафіксовано. Здобувач приймала участь у розробці та проведенні навчання для пацієнтів із серцевою недостатністю. Автор самостійно

проводила аналіз оцінки ефективності медико-освітньої програми щодо підвищення самообслуговування та догляду в амбулаторних умовах.

Апробація матеріалів дисертації. Основні положення дисертаційного дослідження оприлюднені на: VI Міжнародній науково-практичній конференції «Science And Technology: Problems, Prospects And Innovations» CPN Publishing Group. Осака, Японія, 16-18 березня, 2023; X Буковинському міжнародному медико-фармацевтичному конгресі студентів і молодих учених ВІМСО 2022-2023. м. Чернівці, 07 квітня, 2023; VII Міжнародній науково-практичній конференції «International Scientific Discussion: Problems, Tasks And Prospects» Scientific Collection «InterConf+». Brighton, United Kingdom, 20 October, 2023; V Всеукраїнській Міжнародній студентській науковій конференції «Актуальні питання та перспективи проведення наукових досліджень». м. Тернопіль, 06 жовтня 2023; XIV науково-практичній конференції з міжнародною участю «Вища освіта і практика в медсестринстві». м. Житомир, 26 жовтня 2023; 105-тій підсумковій науково-практичній конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького складу БДМУ (присвяченої 80-річчю БДМУ). м. Чернівці, 5, 7, 12 лютого, 2024; II Міжнародній науково-практичній конференції «Наука в руху: класичні та сучасні інструменти та методи наукових досліджень» («Science In Motion: Classic And Modern Tools And Methods In Scientific Investigations»)/ Grail Of Science . Vinnytsia, Ukraine – Vienna, Austria 19 січня, 2024; VI Міжнародній науково-практичній конференції «Debats Scientifiques Et Orientations Prospectives Du Developpement Scientifique» / European Scientific Platform. Collection of Scientific Papers «ΛΟΓΟΣ». Paris, France, 1 March 1, 2024; XI Буковинському міжнародному медико-фармацевтичному конгресі студентів і молодих учених, ВІМСО 2024. м. Чернівці, 2-5 квітня, 2024; I Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасне медсестринство: реалії та виклики». м. Івано-Франківськ, 20-21 листопада, 2024; XII Буковинському міжнародному медико-фармацевтичному конгресі студентів і молодих учених, ВІМСО 2025. м. Чернівці, 2-4 квітня, 2025; XII Буковинському міжнародному медико-фармацевтичному конгресі студентів і молодих учених,

ВІМСО 2025. м. Чернівці, 2-4 квітня, 2025; XVI Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Вища освіта і практика в медсестринстві». м. Житомир, 24 жовтня, 2025; II Міжнародній науково-практичній конференції студентів і молодих вчених «Досягнення та перспективи розвитку медицини та фармації. Погляд молодих вчених». м. Чернівці, 5-6 листопада 2025.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота викладена на 279 сторінках, складається зі вступу, огляду літератури, опису матеріалів і методів досліджень, двох розділів власних досліджень, обговорення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел та 20 додатків. Обсяг основного тексту дисертації становить 146 сторінок друкованого тексту. Робота ілюстрована 19 таблицями та 27 рисунками. Список використаних бібліографічних джерел містить 293 найменувань, із них 114 кирилицею та 179 латиницею. За результатами роботи опубліковано 23 наукових праць: 5 статей у фахових виданнях, рекомендованих МОН України, з них 1 стаття у виданні, що індексується в науково-метричній базі Scopus, 1 стаття в іноземному науковому періодичному виданні, 17 тез - у матеріалах наукових та науково-практичних конференцій.

РОЗДІЛ 1
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ БЕЗПЕРЕРВНОГО
МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ З СЕРЦЕВОЮ
НЕДОСТАТНІСТЮ
(Огляд літератури)

1.1 Серцево-судинні захворювання як глобальна медико-соціальна проблема

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) упродовж останніх десятиліть залишаються провідною причиною захворюваності, інвалідизації та смертності у світі та в Україні, формуючи значний медико-соціальний і економічний тягар для систем охорони здоров'я. За даними ВООЗ у структурі загальної смертності частка ССЗ перевищує 60%, що є одним із найвищих показників у Європі.

Всесвітня федерація серця у флагманському звіті World Heart Report 2025 наголошує, попри досягнення у сфері фармакотерапії та інтервенційної кардіології, загальний тягар ССЗ продовжує зростати. Основними чинниками цього процсу є старіння населення, урбанізація, поширення малорухомого способу життя, цукрового діабету, ожиріння, артеріальної гіпертензії, а також зростання коморбідної патології. Сукупна дія цих факторів призводить до накопичення хронічних серцево-судинних станів, кінцевою стадією яких у значної частини пацієнтів стає серцева недостатність (СН). СН розглядається клінічний синдром, зумовлений структурними або функціональними порушеннями серця, що призводять до зниження серцевого викиду та/або підвищення внутрішньосерцевого тиску і супроводжуються типовими клінічними симптомами та об'єктивними ознаками застою. Сучасні настанови підкреслюють, що СН є не окремою нозологією, а кінцевим патофізіологічним шляхом більшості ССЗ, включно з ішемічною хворобою серця (ІХС), артеріальною гіпертензією (АГ), кардіоміопатіями та клапанними вадами [84, 85, 110, 226].

За даними епідеміологічних досліджень, у 2021 році у світі було зареєстровано 56,5 млн осіб із СН, з яких 27,3 млн становили жінки та 29,2 млн — чоловіки [85, 227]. Уже до 2023 року загальна кількість пацієнтів із СН перевищила 64 млн, що свідчить про стрімке зростання поширеності цієї патології у глобальному масштабі [42, 223].

У Європі середня поширеність СН становить близько 1,7 % населення, водночас у віковій групі понад 70 років цей показник зростає до 10–15% [81, 137, 167]. У США СН діагностована у близько 6,7 млн осіб віком понад 20 років, а прогнозовані розрахунки вказують на зростання кількості таких пацієнтів до 8,7 млн у 2030 році, 10,3 млн — у 2040 році та 11,4 млн — у 2050 році. Водночас частка населення з СН зростає з 2,4 % у 2012 році до близько 3,0 % у 2030 році [81, 167, 226]. При цьому річні витрати охорони здоров'я (ОЗ) зростуть до майже 70 мільярдів доларів [156]. Незважаючи на старіння населення та збільшення абсолютної кількості пацієнтів, показник нових випадків у США знизився з 36 на 1 000 у 2011 році до 27 у 2014 році й залишався стабільним до 2016 року [81, 227]. За останні роки збільшилося число пацієнтів віком до 65 років, що створює суттєве навантаження на систему ОЗ.

Особливе значення у сучасній структурі СН має серцева недостатність зі збереженою фракцією викиду (HFpEF), частка якої за даними Європейського товариства кардіологів, становить близько 50% усіх випадків СН. Серед осіб віком понад 60 років поширеність HFpEF сягає 4,9%. Зростання цієї форми СН пов'язують із підвищенням середнього віку пацієнтів, високою поширеністю АГ, ожиріння, ЦД та метаболічного синдрому [25, 48, 63, 135]. Економічні наслідки СН є значними [82]. У індустріально розвинених країнах витрати на лікування СН становлять 1-2 % загального бюджету ОЗ, при цьому, 2/3 припадає на лікування пацієнтів, госпіталізованих з приводу декомпенсації кровообігу. У високорозвинених країнах – Північній Америці, Австралії, Західній Європі – темпи зростання поширеності СН стабілізувалися або навіть зменшилися [167]. Натомість у слаборозвинених і країнах із середнім рівнем доходу – зокрема, в Південній Азії, країнах Африки, а також Індонезії, Пакистані, Бангладеші – поширеність СН

стрімко зростає. Це зростання відбувається на фоні слабкої інфраструктури ОЗ, високої частоти інфекційних захворювань та соціально-економічних бар'єрів [167, 227, 236]. Збільшення економічного навантаження обумовлює необхідність пошуку більш ефективних моделей організації догляду, зокрема на амбулаторному етапі.

В Україні поширеність СН серед дорослого населення, за різними оцінками, коливається від 1,5 до 5,5%, досягаючи 10–15% у віковій групі понад 70 років. За даними Центру громадського здоров'я та Державної служби статистики України, у Чернівецькій області у 2010–2017 роках відзначалося зниження первинної захворюваності на хвороби системи кровообігу з 5917,9 до 4445,8 на 100 000 населення, водночас загальна поширеність ССЗ зросла з 68105,6 до 72956,9 на 100 000 осіб, що свідчить про накопичення хронічної серцево-судинної патології [42, 207].

За даними GBD 2024 року, щороку у світі від ССЗ помирає близько 20,5 млн осіб [209]. Прогнозується, що у період між 2025 і 2050 роками поширеність ССЗ зросте на 90,0 %, а смертність – на 73,4 %. При цьому середня тривалість життя, втрачена через хворобу знизиться на 54,7 %, а очікувана кількість летальних випадків у 2050 році сягне 35,6 мільйона (порівняно з 20,5 мільйона у 2025 році) [81, 97].

В Україні серцево-судинні захворювання формують до 67% усіх випадків смерті населення, що підтверджує критичну актуальність проблеми та необхідність удосконалення підходів до довготривалого ведення пацієнтів із хронічною серцево-судинною патологією.

У розвинутих країнах інцидентність СН стабілізувалася або навіть дещо знизилася, тоді як у країнах, що розвиваються, вона продовжує зростає. Смертність від СН залишається високою, особливо серед літніх пацієнтів та осіб із супутніми захворюваннями. Ситуацію додатково ускладнила пандемія COVID-19, яка призвела до підвищення летальності серед осіб із серцево-судинною патологією [22, 52, 68].

За звітом ВООЗ 2020, Україна належала до світових лідерів за рівнем смертності від ССЗ [61], займаючи одне з провідних місць у Європі— 459,48 на 100 000 населення. Для порівняння, у Франції цей показник становив 30,08, у Німеччині — 75,09, у Польщі — 88,37, а у Великій Британії — 76,11 на 100 000 населення [167, 236].

За даними World Heart Observatory, у 2021 році в Україні було зареєстровано 411 023 смертей від ССЗ, що відносило країну до 20 % держав із найвищими показниками віково-стандартизованої смертності від ССЗ у світі [61, 97, 100]. Співвідношення за статтю становило приблизно 400 жінок на 600 чоловіків на 100 000 населення [55].

Згідно з оцінками ВООЗ, до 80 % усіх випадків смертності в Україні до війни були пов'язані з неінфекційними захворюваннями, серед яких провідне місце посідали ССЗ, онкологічні та хронічні респіраторні хвороби [100]. За даними Центру медичної статистики МОЗ України, летальні випадки через ССЗ становлять 67% [61]. У 2015–2021 рр. середній показник смертності від ССЗ у Чернівецькій області складав 1614,5 на 100 000 населення, що відповідає середньому рівню по країні. Водночас офіційна статистика не виокремлює смертність саме від серцевої недостатності [61, 97].

Таким чином, ССЗ та СН продовжують залишатися провідною причиною летальності та госпіталізацій у світі та в Україні. Зростаюче навантаження на ОЗ та високі показники летальності підтверджують необхідність раннього виявлення груп ризику, адекватного контролю супутніх захворювань та своєчасної профілактики.

1.2 Клінічні та поведінкові фактори ризику розвитку серцевої недостатності

Майже всі пацієнти із СН мають мультиморбідність – 98 %, у середньому 7,8 хронічних захворювань на особу [55, 65]. Понад 40 % мають принаймні п'ять супутніх хронічних станів, які формують 80 % потреб у госпіталізації [108].

Мультиморбідність та полімедикація широко поширені серед пацієнтів віком старше за 60 років, при цьому кількість захворювань та лікарських препаратів є предикторами смертності [61, 97].

У дослідженні Global Burden of Disease (GBD, 2021) для аналізу причинно-наслідкового зв'язку СН було включено 27 найбільш детальних основних кардіальних причин, серед яких коморбідні та супутні захворювання: ІХС – 34,5 %, АГ – 22,5 %, кардіоміопатії – 7,6 %, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – 6,5 %, вроджені вади серця – 5,7 % [57, 112]. Іншими частими коморбідностями є ожиріння, анемія, слабкість [55], у молодших вікових груп домінують ішемічні та метаболічні фактори, зокрема діабет і ожиріння [60, 65].

У розвинених країнах Західної Європи ІХС і АГ залишаються провідними факторами ризику [293]. Інші причини включають сімейні або генетичні кардіоміопатії та амілоїдоз [10]. У 2022 році Американська асоціація серця (АНА), Американський коледж кардіологів (АСС) та Товариство серцевої недостатності Америки (HFSA) запропонували комплексний підхід до визначення причин СН, що включає класичні кардіологічні фактори (ІХС, інфаркт міокарда, захворювання клапанів серця) [135, 170] та рідкісні причини: амілоїдоз, генетичні та сімейні форми кардіоміопатії, кардіотоксичні агенти (наприклад, деякі хіміотерапевтичні препарати), ендокринні та метаболічні порушення, такі як ЦД2, гіпотиреоз або гіпертиреоз [11, 18, 65, 195].

У США приблизно 115 млн людей страждають на АГ, 100 млн – на ожиріння, 92 млн – на переддіабет, 26 млн – на ЦД2 типу, а 125 млн – на атеросклеротичну серцево-судинну хворобу.

Зростання кількості пацієнтів із цими станами у віці до 65 років обумовлено поєднанням таких факторів ризику: високий артеріальний тиск (АТ), ожиріння, нездорове харчування, паління, вживання алкоголю, гіперхолестеринемія, гіперглікемія, гіподинамія. ВООЗ наголошує, що до 90 % випадків серцевих патологій можна попередити [46, 112] шляхом модифікації факторів ризику та контролю супутніх станів, включно з АТ і ліпідним профілем [53, 80, 253].

В Україні показники підвищеного АТ і холестерину серед чоловіків є відносно високими порівняно з іншими країнами світу [103, 175, 232]. Згідно з дослідженням STEPS (2019), проведеним МОЗ України та ВООЗ, майже 35% дорослого населення страждали на АГ [103, 233].

У віковій групі 45-64 роки поширеність АГ становить 80,7 %, а серед осіб старших за 65 років – 75,7 % [49, 54, 83]. АГ є найчастішим фактором ризику або супутнім станом у пацієнтів із СН зі збереженою фракцією викиду (HFpEF) [143, 227], з поширеністю від 60 % до 89 % [203, 227].

Смертність від ІХС значно зростає з віком, особливо після 55 років [61, 97]. В Україні, пацієнти середнього та похилого віку становлять найбільші вікові групи серед хворих на ІХС. Частота ранньої післяопераційної летальності після коронарного шунтування найвища серед пацієнтів похилого віку (54,6%) та середнього віку (31,8%), що свідчить про значний вплив віку на перебіг ІХС та її ускладнень [175].

СН виявляється у 22% осіб із ЦД, при цьому ризик розвитку СН у пацієнтів з діабетом або переддіабетом у 2–4 рази вищий порівняно з особами без цих станів [11, 18, 195]. Ризик госпіталізації через СН у пацієнтів із ЦД 2 типу підвищується у 1,5 рази [21, 56].

Під час госпіталізації важливо оцінювати провокуючі фактори: інфекції, гострий коронарний синдром, анемію, неконтрольовану гіпертензію, недотримання лікування [47, 150, 183, 230]; враховувати супутні захворювання: ЦД, хронічну хворобу нирок (ХХН), ХОЗЛ [10, 55, 113] а також соціальні детермінанти здоров'я: умови проживання, доступ до транспорту, соціальну нерівність та обмеження в доступі до медичної допомоги [73, 95, 136].

Анемія спостерігається у понад 50% пацієнтів із СН віком 65 років і старших [155, 291]. Артрит поширений серед пацієнтів старших за 65 років (до 40%), а у молодших пацієнтів (до 65 років) – 35,3 % [108]. Пацієнти з остеоартритом мають майже втричі вищий ризик розвитку СН [112, 145, 187].

СН у поєднанні з ХХН та ХОЗЛ погіршує прогноз [42, 81, 137]: ХХН зустрічається у 45 % пацієнтів віком до 65 років і 42,3%, старших за 65 років [55,

155]. ХОЗЛ – у 33,4% пацієнтів віком до 65 років і близько 30,0% у старших 65 років [55, 136]. Співіснування цих патологій підвищує ризик госпіталізацій і смертності [61, 97].

Деменція або хвороба Альцгеймера спостерігається у 27,6% пацієнтів старше 65 років, тоді як депресія частіше спостерігається у пацієнтів віком до 65 років – 36,2%, що відображає підвищену психоемоційну вразливість молодших вікових груп [137, 155, 167, 227].

Таким чином, розвиток СН зумовлений складною взаємодією кардіоваскулярних, метаболічних та соматичних чинників, що погіршують прогноз захворювання. Водночас клінічний перебіг СН, частота госпіталізацій і летальність істотно залежать від індивідуальних характеристик пацієнтів, зокрема віку, статі та соціально-економічних умов життя. Це зумовлює необхідність окремого аналізу гендерних, вікових і соціально-економічних детермінант як важливих модифікуючих чинників розвитку та перебігу СН.

1.3 Гендерні, вікові та соціально-економічні детермінанти серцевої недостатності

Стандартизований за віком рівень поширеності СН (ASPR) у чоловіків був вищим — 760,8 на 100 000 (95 % UI 673,2–874,7) проти 604,0 на 100 000 у жінок (95 % UI 535,0–692,3) [108, 217]. Дослідження показують, що жінки з СН зазвичай старші, мають більше супутніх захворювань та гірше самопочуття, проте їхня виживаність вища [21, 60, 122, 129]. При цьому жінки мають вищий ризик СН зі збереженою фракцією викиду (HFpEF) (шанси у 2,8 рази більші, ніж у чоловіків), що підкреслює важливість врахування статі з прогностичною метою [13, 144]. Нетрадиційні фактори ризику, такі як тривога, депресія, стрес опікунів і низький дохід, більше впливають на жінок [204]. Жінки рідше отримують належні інструкції після виписки, направлення до спеціалістів і трансплантації серця: лише 25 % перебувають у черзі на трансплантацію, а 21 % отримують пристрій для підтримки лівого шлуночка серця (LVAD) [141, 155]. Водночас у жінок

спостерігається вищий рівень повторних госпіталізацій протягом першого року після виписки, що пов'язано з більшою кількістю супутніх захворювань [56].

Поширеність СН серед літніх людей становить 6,6 % у чоловіків та 4,8 % у жінок віком 60–79 років [167, 236]. За даними Національного обстеження стану здоров'я та харчування населення США (National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES), у 2017–2020 рр. поширеність ССЗ серед дорослого населення віком старших за 20 років становила 48,6 %, що відповідає приблизно 127,9 млн осіб у 2020 році. Зокрема, серцеву недостатність мали близько 6,7 млн американців, порівняно з 6,0 млн у 2015–2018 рр., причому загальний тягар ССЗ істотно зростає з віком [289].

За даними Framingham Heart Study, довічний ризик СН після 40 років становить близько 20 % як у чоловіків, так і жінок. Інцидентність СН у віковій групі старших за 65 років складала приблизно 9-10 випадків на 1 000 осіб на рік, причому АГ підвищувала ризик— у 2–3 рази, ЦД - у 2 рази, а наявність ІХС була пов'язана з більш ніж 60 % випадків СН у чоловіків та понад 40 % у жінок [11, 64].

Більше 80 % випадків СН у всьому світі припадає на пацієнтів віком старших за 60 років, а з 1990 по 2021 рр. загальна кількість випадків СН зросла більше ніж удвічі. Попри це, стандартизовані показники (ASPR) зросли лише поступово — з 641 до 677 на 100 000 [42, 155, 167]. Серед пацієнтів похилого віку майже тричверті пацієнтів мають форму HFpEF [81, 167]. Огляди та сучасні настанови (2022–2024 рр.) підтверджують тенденцію до зростання частки HFpEF з віком: у деяких амбулаторних та реєстрових когортах літніх пацієнтів частка HFpEF сягала 60-70% [19, 105].

Щорічно виявляють понад 200 000 нових випадків СН [42, 81], причому ризик зростає з віком: у людей старших за 75 років захворюваність перевищує 10-20% [155]. У розвинених країнах Європи загальна поширеність СН становить 1-4 %, але у віковій групі 70–80 років може сягати більше 15–30 % [167].

Соціально-демографічні фактори відіграють важливу роль у прогнозі та доступі до лікування. У регіонах з низьким/середнім рівнем розвитку (SDI) поширеність СН продовжує зростати, хоча темпи сповільнюються [231]. У

розвинених країнах захворюваність на серцево-судинну недостатність з поправкою на вік може знижуватися, завдяки ефективнішому лікуванню ССЗ, але через старіння населення загальна захворюваність зростає [155].

Літні пацієнти часто недостатньо представлені у великих клінічних дослідженнях, мають особливий клінічний профіль і часто отримують менш спеціалізовану допомогу, що погіршує прогноз [65, 155]. Літні пацієнти з СН є особливо вразливими до поліфармакотерапії та поліпрагмазії [16, 18]. У них часто спостерігається мультиморбідність (зокрема, крихкість, денутація, кахексія) [102], когнітивні порушення та синдром ослабленості [292], що ускладнює діагностику, лікування та прогноз. Серед осіб похилого віку соціальна ізоляція, низький рівень доходу та недостатня підтримка з боку оточення асоціюються зі зростанням смертності від СН та значним погіршенням якості життя [61, 97, 109]. Крім того, виявлено суттєві відмінності між міськими та сільськими пацієнтами щодо доступу до належної терапії: лише близько 40 % отримують лікування відповідно до рекомендацій, тоді як понад 60% - препарати, що можуть погіршувати перебіг хвороби, що особливо характерно для сільської місцевості з обмеженим доступом до кардіолога [93].

Абсолютний ризик СН нижчий у молодих (менше 55 років), проте модифікованих факторів ризику більше ніж у старших осіб: ожиріння — 21 % проти 13 %, гіпертензія — 35 % проти 23 %, діабет — 14 % проти 7 %, куріння — 32 % проти 1 % [10, 17, 21]. Однак останні дослідження відзначають зростання захворюваності серед осіб, які не досягли 65 років, що пов'язано з накопиченням факторів ризику в молодому віці, таких як ожиріння [13, 187], підвищення рівнів холестерину та АТ (18-39 років), що веде до збільшення ризику ІХС та СН в подальшому житті [108, 195].

Отже, соціально-демографічні та клінічні характеристики є основними детермінантами ризику розвитку СН як у світі, так і в Україні.

Низький соціально-економічний статус (низький рівень доходу [231], безробіття, низький рівень освіти та відсутність члена сім'ї), неналежні умови проживання, вживання психоактивних речовин, відсутність продовольчої безпеки

та транспорту є потенційними перешкодами для якісного лікування та дотримання режиму, а також підвищують ризик повторної госпіталізації та смертності від СН [66, 151, 246].

1.4 Класифікація хронічної серцевої недостатності: сучасні підходи та міжнародні рекомендації

На початкових стадіях СН розвивається майже безсимптомно. Пацієнт зазвичай помічає ознаки захворювання лише тоді, коли робота серця значно порушується. Спочатку симптоми з'являються лише при значному навантаженні, згодом — і у спокої [137]. Хронічна серцева недостатність характеризується поступовим зниженням насосної функції серця [3, 19] і буває лівошлуночковою (застій у малому колі), правошлуночковою (застій у великому колі) або тотальною (застій по обох колах кровообігу) [140, 151].

Класифікація заснована на рекомендаціях *European Society of Cardiology (ESC)* 2021 року, якою узгоджено міжнародне визначення СН з поділом за фракцією викиду лівого шлуночка (Left Ventricular Ejection Fraction, LVEF) - фракція викиду лівого шлуночка): СН із зниженою фракцією викиду (HF_rEF $\leq 40\%$), із помірно зниженою фракцією викиду (HF_{mr}EF 41–49%), із збереженою фракцією викиду (HF_rEF $\geq 50\%$). У 2022 ACC/AHA/HFSA додали категорію HF_{imp}EF — із покращеною фракцією викиду ($> 40\%$), яка наразі не включена ESC [82, 134].

В ESC 2023 р. були оновлені рекомендації: інгібітори натрій-глюкозного котранспортера 2 (Sodium-Glucose Co-Transporter 2 inhibitors, SGLT2) отримали клас IA та стали обов'язковими базовими препаратами для лікування всіх форм СН, незалежно від наявності ЦД [134, 139].

Класифікація серцевої недостатності NYHA (New York Heart Association) оцінює функціональний стан пацієнтів із симптоматичною (стадія C) або прогресуючою (стадія D) СН. Вперше запропонована у 1928 р., сучасна

чотирикласова структура закріплена у 9-му виданні керівництва *Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels* (1994) [58].

Пацієнти класифікуються залежно від обмеження фізичної активності: I клас — відсутність обмежень: звичайна активність не викликає втоми, задишки чи серцебиття; симптоми відсутні у спокої та при навантаженні. II клас — незначне обмеження: симптоми з'являються лише при звичайному фізичному навантаженні; у спокої пацієнт відчувається добре. III клас — виражене обмеження: симптоми виникають при меншому, ніж звичайне, навантаженні; спокійний стан залишається комфортним. IV клас — неможливість виконувати будь-яку фізичну активність без симптомів; вони можуть з'являтися навіть у спокої, часто супроводжуючись тяжкою декомпенсацією. Хоча класифікація є суб'єктивною і залежить від сприйняття пацієнтом навантаження, вона широко використовується для оцінки стану та ефективності лікування.

В Україні застосовується клініко-морфологічна характеристика хронічної серцевої недостатності (ХСН) за М. Д. Стражеско та В. Х. Василенко [57, 58], затверджена у 1935 р. і ґрунтується на стадійності розвитку та прогресування СН.

I (початкова, латентна) — неповноцінність роботи серця проявляється лише при фізичному навантаженні; II (порушення гемодинаміки) має два підтипи: II А — помірні порушення з явищами застою у малому або великому колі кровообігу; II Б — глибокі гемодинамічні порушення з застоєм у обох колах кровообігу; III (термінальна, кінцева) — тяжка недостатність кровообігу, порушення обміну речовин, ураження внутрішніх органів та виражені застійні явища в малому та великому колі кровообігу.

У Рекомендаціях Всеукраїнської асоціації кардіологів України з діагностики, лікування та профілактики хронічної серцевої недостатності (2024) стадія С відповідає пацієнтам із симптомами та/або ознаками хронічної серцевої недостатності, що виникають внаслідок структурних і/або функціональних порушень серцевої діяльності [19, 48]. Класифікація базується на сучасних міжнародних рекомендаціях, включно з консенсусом 2021 року, та виділяє чотири стадії: А - високий ризик розвитку СН без структурних змін серця та клінічних

проявів; В - наявні структурні зміни серця без симптомів СН; С - симптоми та/або ознаки СН на тлі структурних або функціональних порушень серцевої діяльності; D - тяжкі симптоми СН, що потребують інтенсивної терапії або оцінки можливості трансплантації серця. Таким чином, класифікація ХСН об'єднує фракцію викиду, функціональний стан пацієнта та стадії клінічного прогресування, що дозволяє індивідуалізувати лікування та оцінювати прогноз.

Отже, сучасні міжнародні рекомендації (ESC, ACC/AHA/HFSA) та українські настанови узгоджують підходи до класифікації, дозволяючи оцінювати ризик, прогноз і підбирати індивідуалізовану терапію.

Врахування класифікаційних підходів має важливе значення для аналізу епідеміологічних показників, планування медичної допомоги та оцінки ефективності лікування.

1.5 Епідеміологія госпіталізацій і смертності в Україні та світі

За даними провідних світових наукових організацій, у 2021 році СН була визначена як найчастіша причина госпіталізації серед осіб віком понад 65 років, становлячи 1–2% усіх госпіталізацій у країнах західного світу. Приблизно 30–40% пацієнтів із СН мають ранні госпіталізації, тоді як 50% повторно госпіталізуються протягом року після виписки зі стаціонару. Ризик госпіталізації залишається однаково високим як у пацієнтів із збереженою фракцією викиду (HFrEF), так і зі зниженою (HFpEF), у середньому становлячи один епізод на рік.

У зв'язку зі старінням населення та зростанням поширеності коморбідних станів прогнозується істотне збільшення кількості госпіталізацій з приводу СН у країнах Європи до 50% протягом наступних 25 років. Зокрема, у Сполученому Королівстві віково-стандартизовані показники ранніх госпіталізацій зросли на 28% з усіх причин та на 42% безпосередньо з приводу СН [166, 183].

У США після зниження кількості госпіталізацій з приводу СН до 2012 року, у період 2013-2017 років було зафіксовано їх повторне зростання. У 2017 році зареєстровано 1,2 мільйона госпіталізацій та 924 000 пацієнтів із СН, що на 26%

перевищує попередні показники [115, 230, 282]. Щорічно в США діагностується 200 000 нових випадків СН, що зумовлює поступове зростання показників захворюваності та смертності [208].

Незважаючи на те, що СН із збереженою фракцією викиду (HFrEF $\geq 50\%$) традиційно вважається прогностично більш сприятливою порівняно з HFmrEF ($<40\%$), п'ятирічна смертність у цій групі залишається високою та становить 50-75%. За даними Фремінгемського дослідження, близько 67% пацієнтів помирають протягом п'яти років після встановлення діагнозу [144]. Серцево-судинна смертність є вищою при HFmrEF (53,5%) порівняно з HFmrEF (50,6%) та HFpEF (47,2%), тоді як смертність, не пов'язана з ССЗ, протягом року переважає у пацієнтів із HFpEF (30,7%) порівняно порівняно з HFmrEF (27,8%) та HFpEF (20,1%) [61, 97].

Аналіз причин госпіталізації з приводу СН свідчить про необхідність удосконалення, профілактичних і доглядових стратегій, спрямованих на зниження частоти повторних госпіталізацій і покращення прогнозу пацієнтів. Особливої уваги потребують пацієнти з HFpEF, для яких оптимізація організації догляду та лікування розглядається як один із пріоритетних напрямів у найближчі роки [65, 70, 93].

В Україні ССЗ, зокрема серцева недостатність, залишаються провідною причиною смертності. За даними Центру громадського здоров'я, у 2023 році від ССЗ померли близько 67 000 осіб, що на 11,3% більше, ніж у 2022 році. У Чернівецькій області смертність від ССЗ серед населення віком понад 65 років становила близько 10% та характеризувалася тенденцією до стабільного зростання, що узгоджується із загальноукраїнськими показниками [207].

Незважаючи на досягнення сучасної фармакотерапії та інтервенційної кардіології, високі показники повторних госпіталізацій та смертності свідчать про недостатню ефективність виключно лікарсько-орієнтованої моделі ведення пацієнтів. Особливо вразливим є період після виписки із стаціонару, протягом якого порушується безперервність медичної допомоги, знижується прихильність до лікування та відсутній систематичний моніторинг стану пацієнта. За цих умов

вирішального значення набуває організація безперервного медсестринського догляду, спрямованого на координацію лікувального процесу, освітню підтримку пацієнта, раннє виявлення ознак декомпенсації та оптимізацію взаємодії між рівнями медичної допомоги, що зумовлює необхідність аналізу ролі МС у догляді за пацієнтами із СН.

1.6 Роль медичної сестри у комплексному догляді за пацієнтами з серцевою недостатністю

У сучасних умовах надання медичної допомоги пацієнтам із СН ключову роль у забезпеченні догляду відіграє медична сестра. Її професійна діяльність виходить за межі традиційного виконання лікарських призначень і включає комплексні функції, спрямовані на складання плану догляду, координуванні догляду та регулярного супроводу вдома, координацію медичних, психологічних і соціальних аспектів ведення хворих [70, 93, 188, 199].

До основних функціональних обов'язків медичних сестер загального профілю належать виконання лікарських призначень та процедур, систематичний моніторинг клінічного стану, контроль прихильності до прийому медикаментів, консультивання щодо способу життя, харчування, гігієни, профілактики ускладнень, а також координація взаємодії між усіма учасниками лікувального процесу. Важливою є підтримка самоконтролю пацієнтів, зокрема регулярний контроль маси тіла, АТ, дотримання обмежень рідини та раннє виявлення симптомів декомпенсації.

У деяких країнах комплексний медсестринський догляд за пацієнтами із СН, у межах делегованих повноважень включає планування виписки, участь у корекції лікування, застосування дистанційних методів моніторингу та телемедицини [95, 222, 136], а також комплексну освітню роботу з пацієнтами, координацію між лікарями, МС, соціальними працівниками, психологами, фізіотерапевтами, що забезпечує цілісний мультидисциплінарний підхід до ведення хворих [14, 84, 119, 173, 288].

Раннє медсестринське спостереження після виписки [111, 287] та мультидисциплінарна допомога, координована МС, знижують частоту повторних госпіталізацій з приводу СН з 25 до 21% [194, 214, 237, 287], з усіх причин — на 13% та смертність від усіх причин — з 24 до 18% та відвідування відділень невідкладної допомоги — до 29% [5, 95, 161]. Телефонний супровід додатково зменшує смертність на 16%, першу госпіталізацію через СН — на 19% і загальну кількість госпіталізацій — на 15% [51, 73]. Отимані дані підтверджують високу клінічну ефективність систематичного медсестринського супроводу в довготривалому веденні пацієнтів із СН.

Вплив раннього спостереження на зменшення повторних госпіталізацій не залежав від соціально-економічних чинників, зокрема умов проживання; інтенсивність координації догляду також не мала опосередкованого ефекту [111, 288]. Програми за участю медсестер-координаторів сприяють покращенню обізнаності пацієнтів щодо захворювання, покращенню ЯЖ та прихильності до лікування [120, 207, 214, 289]. Надання письмових інструкцій і використання електронних нагадувань підсилюють самоконтроль та активну участь пацієнта в управлінні власним станом [134, 149].

Освітні втручання, що включають телефонні дзвінки, домашні візити та мобільні додатки, скорочують тривалість госпіталізації на 2-3 дні [133, 135, 172, 240] та знижують ризик повторних госпіталізацій на 20–30 % [13, 59, 150, 166, 183] та зменшують смертність при СН на 25 % протягом 6-12 місяців [61]. Неінвазивний телемоніторинг демонструє значне зниження госпіталізацій, пов'язаних із СН, на 28% через 6 місяців [65, 123, 136, 247], а також скорочення кількості днів, втрачених через непланові госпіталізації з 6,6 % до 4,9 %.

Багато досліджень показали, що контроль АТ, відповідно до опублікованих сучасних рекомендацій з клінічної практики [9, 62, 103, 109] був пов'язаний зі зниженням частоти СН [102, 233] приблизно на 40% [102, 244]. Телемедичні програми покращують ЯЖ на 10–15 % [136, 2263, 281], прихильність до лікування [96, 109], координацію догляду та самообслуговування [134, 149, 152, 180], комбінований показник повторних госпіталізацій (з 23,7 % до 18,2 %) [137, 183] та

відвідування невідкладної допомоги (з 14,2 % до 8,6 %) [5, 95, 161]. Медсестринський догляд після виписки покращує рівень знань і самоконтроль пацієнтів [66, 93, 154, 157]. Використання цифрових технологій забезпечує персоналізований догляд, своєчасну корекцію терапії, знижує депресію [43, 63, 96] та витрати [156]. Рання оцінка стану пацієнта після виписки й телемоніторинг [136, 247], планування амбулаторного візиту [80, 256] та ранній контакт до 7 днів асоціюються зі зменшенням 30-денних повторних госпіталізацій [156].

Активними розробниками програм медсестринського супроводу пацієнтів із СН є Італія, Канада, Данія Австралія, Норвегія, Швеція, Франція, Англія [167, 227, 236]. У цих країнах добре розвинена система первинної медичної допомоги, їхні фінансові ресурси дозволяють організувати регулярні фізичні візити МС після виписки додому [104, 123, 189], що підвищує поінформованість пацієнтів про захворювання та ЯЖ [109, 181, 280], покращує функціональний статус та зниження витрат [156], психологічну впевненість пацієнтів та своєчасне виявлення потреб і зниження ризику повторних госпіталізацій [150, 166, 183].

Впровадження медсестер-координаторів і кейс-менеджерів покращує інтеграцію догляду та комунікацію між різними рівнями системи охорони здоров'я [93, 123, 154], а досвід Англії підкреслює їхню роль у координації допомоги при мультикоморбідності [108, 167]. Міжнародний досвід свідчить, що у країнах із розвиненими системами ОЗ (Канада, країни Західної Європи) є МС, які координують терапію та догляд, можуть самостійно коригувати лікування, ведення хворих, навчання їх та підтримування постійного контакту із пацієнтом, зокрема через телемедичні технології [136]. В країнах ЄС (Великобританія, Німеччина, Нідерланди) МС в амбулаторних клініках, активно використовують цифрові технології та інтердисциплінарну модель для підтримки пацієнта при виписці для зменшення ризику ускладнень та повторних госпіталізацій [13, 112, 145, 187].

Водночас результати окремих втручань залишаються неоднозначними. Зокрема, комп'ютерне навчання у Швеції виявилось малоефективним через вікові бар'єри [250], а програма перехідного догляду у Нідерландах не показала значущого зниження госпіталізацій чи смертності, імовірно через високу крихкість

популяції [266, 282]. Це підкреслює доцільність цілісного мультидисциплінарного підходу для забезпечення адекватного догляду [111, 155], комплексної оцінки стану пацієнтів, включаючи кардіологів, геріатрів, МС та інших фахівців, для покращення результатів лікування та ЯЖ пацієнтів [120, 124, 146].

Надання пацієнтам чітких інструкцій щодо серцевої реабілітації та дій при погіршенні симптомів, а також використання електронних нагадувань сприяє покращенню самоконтролю [51, 157, 198] та асоціюється зі значно нижчим ризиком повторної госпіталізації протягом 30 днів [237, 266].

Серцева недостатність не має радикального лікування, але її перебіг можна ефективно контролювати за допомогою медикаментозної терапії та зміни способу життя, що дозволяє пацієнтам активно та якісно функціонувати [81, 85, 138]. Регулярні контакти з медичними працівниками, зокрема МС, дозволяють своєчасно коригувати лікування, виявляти ускладнення та підтримувати оптимальний стан здоров'я [259, 281]. Активна участь пацієнта в управлінні своїм станом, включаючи моніторинг симптомів та дотримання лікувального плану, є ключовою для покращення ЯЖ [67, 85].

1.7 Актуальні та дискусійні питання організації безперервного медсестринського догляду за пацієнтами із серцевою недостатністю

Незважаючи на значний обсяг наукових досліджень та ініціатив, які здійснюють провідні міжнародні організації [134, 135, 148, 204], проблема СН залишається актуальною у глобальному масштабі та потребує подальшого комплексного вивчення. Особливо це стосується країн із обмеженими ресурсами, де впровадження моделей безперервного медсестринського догляду ускладнюється через кадровий дефіцит, недостатнє фінансування та відсутність належної підготовки МС до виконання координаційних і освітніх функцій [148, 187].

Наявні результати медсестринських втручань у світі свідчать про їх високу ефективність у зниженні частоти госпіталізацій, смертності та підвищенні прихильності пацієнтів до лікування. Водночас залишаються суттєві наукові

прогалини щодо впливу таких втручань на довгострокову ЯЖ, психологічний стан пацієнтів та їх економічну доцільність, а також відсутні уніфіковані критерії оцінки результатів [156]. Всупереч позитивним результатам, доказова база залишається обмеженою через нестачу високоякісних досліджень із чітким описом компонентів втручань та стандартів їх реалізації [70, 93, 123]. Попри позитивні тренди, ефекти на різні аспекти самоогляду є неоднорідними, що обумовлює необхідність подальших досліджень для різних форматів (домашній догляд, дистанційні програми) та оцінки їх специфічного впливу.

Відсутня переконлива позитивна інтерпретація стабільного покращення довготривалої ЯЖ та функціонального стану, що ставить під сумнів загальну ефективність комплексних програм догляду [67, 245, 280]. Це свідчить про те, що суб'єктивні аспекти самопочуття пацієнтів значною мірою залежать не лише від медичного супроводу, але й від індивідуальних психологічних, соціальних та економічних детермінант здоров'я.

У США та Європі ефективність медсестринського ведення пацієнта і координаційного догляду є науково обгрунтованою. Водночас їх результативність у низькодохідних та ресурсно обмежених системах охорони здоров'я, зокрема в Україні, залишається недостатньо вивченою. Відсутність уніфікованих критеріїв оцінки ефективності (різні шкали ЯЖ, частоти госпіталізацій, суб'єктивного самопочуття), а також обмежена кількість досліджень, що оцінюють ЯЖ, ускладнюють порівняння результатів. Недостатньо вивченими залишаються й питання економічної доцільності безперервного медсестринського догляду, зокрема щодо потенційної економії ресурсів [156, 172, 180].

Аналіз епідеміологічних та економічних показників у США свідчить, що госпіталізації з приводу СН створюють значне навантаження на систему ОЗ. Середня тривалість стаціонарного лікування становить 7,07 доби та є порівнянною з іншими ССЗ і госпіталізаціями з усіх причин. Для повторних госпіталізацій цей показник стабільно складає 7,4-7,9 доби [208, 230] і залишається високим, упродовж 30 днів (22,3 %), 60 днів (33,3 %) та 90 днів (40,2 %), що свідчить про недостатню ефективність вторинної профілактики та подальшого супроводу

пацієнтів [73, 112]. Економічні витрати на одне стаціонарне лікування при СН варіюють від 10 737 до 17 830 доларів США та зростають у разі повторних госпіталізацій [156].

Психоемоційні чинники суттєво впливають на ефективність самообслуговування. Стрес, тривога та низька рівень соціальної підтримки були пов'язані з гіршими показниками самообслуговування у пацієнтів із СН [201]. Депресія асоціювалась із затримкою прийняття рішення щодо звернення за медичною допомогою, що призводило до частіших госпіталізацій протягом 30 та 90 днів, особливо через психологічні причини [183, 230, 237, 266].

Рекомендації щодо обмеження споживання натрію з їжею базуються переважно на недостатніх доказах і потребують індивідуалізації. Обмеження натрію в раціоні до менш ніж 2 г/добу не демонструє зниження смертності або частоти госпіталізацій порівняно з рівнем 2–3 г/добу [103, 175, 206], але знижує показники АТ. Водночас дієта DASH, багата на калій та антиоксиданти, показує тенденцію до меншої 30-денної повторної госпіталізації з приводу СН при дієтологічному супроводі [1, 14, 150, 166].

Інформація про СН в інтернет-просторі характеризується середньою якістю, тоді як зрозумілість і практична застосовність ресурсів залишаються помірними або низькими (56,3 % та 34,7 % відповідно), що вимагає високого рівня медичної грамотності [238]. Пацієнти з низьким рівнем освіти або мовними бар'єрами часто, мають труднощі у розумінні та використанні навчальних матеріалів [263, 278]. Це підкреслює необхідність адаптації освітніх матеріалів до потреб різних категорій пацієнтів: вони повинні бути більш доступними, зрозумілими та містити чіткі інструкції для самоконтролю, підвищення прихильності до лікування та покращення результатів терапії.

Ефективне самообслуговування включає дотримання медикаментозної терапії, фізичну активність, контроль споживання натрію, вакцинацію, щоденний моніторинг симптомів і своєчасну реакцію на їх погіршення. Однак, лише знань недостатньо — пацієнтам необхідні практичні навички, час та постійна підтримка з боку медичних працівників для формування стійкого самоконтролю [201, 256].

Особливо вразливим є «перехідний» період після виписки, який зазвичай охоплює перші 7 днів і характеризується високою смертністю (до 15 %) і частотою повторних госпіталізацій (до 30 % протягом 60-90 днів) [62, 97, 166, 183]. Основними причинами є прогресування СН, складні схеми лікування, коморбідність і велика кількість клініцистів [20, 146, 255]. Для зменшення ранніх повторних госпіталізацій рекомендовано ранній контроль через 1-2 тижні з оцінкою застійних явищ та корекцією терапії, а також часті амбулаторні візити протягом перших 6 тижнів [156, 189, 196]. ESC рекомендує первинний візит до сімейного лікаря протягом 1 тижня і до кардіолога — протягом 2 тижнів після виписки [212, 213]. Міжнародні настанови (BMC Cardiovasc Disorders, 2023) наголошують на доцільності телефонного спостереження протягом перших 3 днів або амбулаторний візит/оцінку протягом 7–14 днів з метою зменшення 30-денних повторних госпіталізацій та смертності [156, 196, 256].

Оновлені рекомендації АНА/ACC/HFSA (2022) підкреслюють ключову роль навчання пацієнтів та членів їх сімей, а також медичного персоналу для забезпечення всебічної підтримки хворих на СН [144, 158, 245]. Європейські настанови ESC також підкреслюють важливість первинної профілактики СН шляхом модифікації способу життя [82, 134, 139, 213], раннього виявлення захворювання, застосування мультимодального та персоналізованого підходів, орієнтованих на потреби пацієнта [111, 245].

Таким чином, міжнародні дослідження свідчать про значний потенціал безперервного медсестринського догляду у покращенні клінічних результатів, прихильності до лікування та зниженні частоти повторних госпіталізацій у пацієнтів із СН.

1.8 Організація медсестринського догляду в Україні

В Україні впровадження заходів перехідного медсестринського догляду за пацієнтами із СН потребує урахування організаційних, кадрових та соціально-економічних особливостей. Актуальним залишається питання підвищення

поінформованості населення щодо СН, факторів ризику її прогресування та необхідних дій для своєчасного контролю симптомів і запобігання ускладненням.

В Україні, де можливості охорони здоров'я обмежені, заходи з перехідного медсестринського догляду можуть бути складними, через брак кадрів та державних фінансових ресурсів. В Україні недостатньо поширюється інформація серед населення про СН, ризику та дії.

Адаптовані для України рекомендації ESC [48, 63, 82] підкреслюють важливість мультидисциплінарного підходу у веденні пацієнтів із СН та профілактиці ускладнень, з урахуванням соціальних чинників, що погіршують перебіг захворювання. Відповідно до чинних протоколів МОЗ України [76, 104], ключовими складовими менеджменту СН є медикаментозна терапія, рекомендації щодо способу життя, а також елементи освітньої та психологічної підтримки пацієнтів, без використання структурованих інструментів оцінки прихильності до лікування чи поетапних програм навчання пацієнтів. Функції лікаря зосереджені переважно на корекції медикаментозної терапії та контролі дотримання режиму лікування, а освітня інформація надається в обмеженому обсязі через брак часу під час прийому. На відміну від США (AHA/ACC/HFSA) та ЄС (ESC), де впроваджені структуровані освітні програми, інтерактивний моніторинг і персоналізовані плани самообслуговування, обов'язкова щорічна вакцинація проти грипу, пневмококової інфекції [139, 162, 201] в Україні такі підходи застосовуються несистемно. Це ускладнює об'єктивну оцінку ефективності самодогляду та знижує потенціал покращення ЯЖ пацієнтів і профілактики повторних госпіталізацій [67, 89, 109, 136].

В Україні потребують вирішення питання формування прихильності пацієнтів із СН до призначеного лікування та забезпечення системної підтримки у щоденному моніторингу симптомів. На практиці такі заходи переважно реалізуються через усні рекомендації. Це призводить до пропусків прийому лікарських засобів і несвоєчасного реагування на погіршення перебігу захворювання, що підвищує ризик декомпенсації. За даними клінічних спостережень, до 40 % госпіталізацій з приводу СН можна було б уникнути при

впровадженні практично-орієнтованих інструментів самообслуговування, ефективність яких підтверджена міжнародним досвідом [201].

Нормативно-правові документи України акцентують увагу на необхідності динамічного спостереження за пацієнтами в ранній період після виписки [43], активного лікування супутніх захворювань, координації допомоги з первинною ланкою, проведення освітніх інтервенцій, застосування мультидисциплінарного підходу з метою зменшення повторних госпіталізацій [111, 133]. Водночас практична реалізація цих положень потребує, подальшого організаційного та ресурсного забезпечення. Недостатня взаємодія сімейного лікаря, кардіолога, МС, дієтолога, психолога та реабілітолога знижує можливості повноцінного функціонування мультидисциплінарної команди, що визнана міжнародною практикою [104, 111, 127, 133], як ключовий елемент підвищення ефективності та якості догляду за пацієнтами із СН [16, 43, 63, 132].

За даними наукових джерел, у практиці ведення пацієнтів із СН недостатньо визначеними залишаються питання раннього нагляду після виписки та чіткого розподілу відповідальності за перший контакт із пацієнтом після повернення додому. Зазначається відсутність чітких термінів і стандартів початку догляду за пацієнтом в амбулаторних умовах, тоді як процес виписки планується лікарем і не завжди супроводжується належною, координацією з первинною ланкою медичної допомоги [156, 189, 256]. Це створює передумови для виникнення інформаційної неузгодженості між рівнями медичної допомоги: сімейний лікар і МС не завжди мають доступ до повної та своєчасної інформації щодо клінічного стану пацієнта, призначеного лікування та наявних факторів ризику, що зумовлює недостатню безперервність підтримки пацієнта в критичні періоди декомпенсації після виписки та відсутність чітко структурованого маршруту подальшого спостереження.

У наукових публікаціях також наголошується, що обмежена інтеграція управлінських рішень та ресурсного забезпечення ускладнює належну координацію догляду у забезпеченні реальних потреб пацієнта із СН після виписки зі стаціонару. Незважаючи на розвиток цифрових технологій, телемедичні інструменти, зокрема дистанційний моніторинг та онлайн-консультування [136,

166, 222] в Україні залишаються недостатньо інтегрованими в систему догляду в умовах первинної медичної допомоги та у сільських регіонах [65, 93]. Це обмежує можливості МС щодо своєчасного контролю стану пацієнта та раннього виявлення ознак декомпенсації.

За даними досліджень, в Україні відсутні структуровані програми ведення пацієнтів із СН, у межах яких провідну координаційну роль могла б виконувати МС. Відомо, що у міжнародній практиці такі програми довели свою ефективність у зниженні частоти повторних госпіталізацій та підвищенні впевненості пацієнтів у самообслуговуванні [141, 149, 156, 186]. У більшості випадків МС виконують технічні функції, що обмежує їх участь у довготривалому спостереженні, навчання та моніторингу прихильності пацієнтів до лікування. Як наслідок, догляд реалізується в межах первинної або спеціалізованої медичної допомоги але з обмеженими ресурсами та недостатньо розвиненою нормативною підтримкою, що призводить до сприяє фрагментації та зниженню безперервності догляду [201, 238, 2356, 263].

Таким чином, дані літератури свідчать про необхідність трансформаційних підходів до організації медсестринського догляду за пацієнтами із СН в Україні. Важливого значення набуває адаптація міжнародного досвіду щодо підготовки МС та створення нормативної бази для розвитку спеціалізованого медсестринства.

Перспективним напрямом є впровадження професійних стандартів МС з розширеними повноваженнями та МС координатора, здатних забезпечити безперервність догляду, оптимізувати комунікацію між рівнями медичної допомоги та підвищити ефективність ведення пацієнтів із СН.

У першому розділі дисертаційного дослідження проведено аналіз поширеності серцевої недостатності (СН), факторів ризику її розвитку, сучасних підходів до медсестринського догляду та безперервних перехідних втручань, а також узагальнено основні підходи до організації роботи медичної сестри (МС) в контексті догляду за пацієнтами з СН. Встановлено роль МС у підвищенні поінформованості пацієнтів, розвитку навичок самообслуговування, прихильності

до лікування та контролю симптомів. Підкреслено, що МС як координатор безперервного догляду сприяє покращенню якості життя пацієнтів, зниженню ризику повторних госпіталізацій та оптимізації комунікації між стаціонарним та амбулаторним етапами.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ, МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Загальна характеристика обстежених хворих

Загальна кількість осіб, залучених до дослідження становила 465. З них детальне клініко-лабораторне обстеження було проведено у 343 пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) I-IV функціональних класів за NYHA та I-IIА,Б стадіями за М. Д. Стражеско та В. Х. Василенко, що відповідає стадії С згідно з Рекомендаціями Всеукраїнської асоціації кардіологів України (2024 р.)

Обстеження зазначених пацієнтів здійснювалось на базі загальнокардіологічного відділення №1 ОКНП «Чернівецький обласний клінічний кардіологічний центр». Крім того, до дослідження було включено 110 пацієнтів із гіпертензивною хворобою серця, ускладненою застійною серцевою недостатністю відповідно до критеріїв Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2). Обстеження цієї групи пацієнтів проводилося на базі кардіологічного кабінету «Міська поліклініка №2» м. Чернівці.

Ретроспективне дослідження передбачало аналіз захворюваності на підставі частоти звернень пацієнтів за медичною допомогою в лікувально-профілактичні заклади. Для цього було проаналізовано первинну медичну документацію, зокрема форму № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого» та форму № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого». До дослідження було залучено 12 МС. Усі медичні сестри мали дипломовану освіту молодшого спеціаліста, троє із них мали освітній ступінь бакалавра, із середнім віком $35,6 \pm 1,43$ років, стажем роботи біля 15 років (98,0%).

2.2 Клінічна характеристика обстежених стаціонарних хворих

Нами було проведено анонімне анкетування 343 пацієнтів із ХСН віком від 30 до 85 років, які перебували на лікуванні в умовах кардіологічного стаціонару.

Критеріями виключення з дослідження були: вік до 30 років, тривалість перебування у стаціонарі менше 3 діб, переведення до інших відділень або лікувальних закладів, наявність функціональних обмежень, когнітивних порушень або психічних розладів, відмова пацієнтів від участі в анкетуванні.

Одним із провідних чинників, що визначав перебіг, клінічні прояви та прогноз СН, був вік пацієнтів. Виходячи з отриманих даних, переважна кількість опитаних була віком 51-60 років (n=145) та 61-70 років (n=87). Отримані вікові показники вказували на те, що значна частина пацієнтів на момент госпіталізації перебувала у пенсійному віці та мала в анамнезі СН II-A або II-B стадії.

Стать впливає на особливості патогенезу, тип СН та швидкість прогресування [167, 204]. У досліджуваній групі переважали чоловіки (n = 199), які поступали до стаціонару вже на стадії субкомпенсації або декомпенсації СН. Антропометричні показники пацієнтів у середньому становили: зріст — $172 \pm 0,653$ см, площа поверхні тіла — $2,0 \pm 0,02$ м². Виявлено значну різницю у масі тіла з тенденцією до ожирінням I ступеня: середня маса тіла — $90,38 \pm 1,209$ кг, підвищений ІМТ — $29,93 \pm 0,435$ кг/м². Зазначені показники могли впливати на тяжкість перебігу СН, ефективність терапії, ризик її прогресування.

Аналіз соціально-демографічних показників показав, що переважна більшість пацієнтів перебували у шлюбі (n=234). Рівень освіти розглядався як чинник, що впливає на здатність пацієнтів усвідомлювати сутність захворювання та дотримуватися рекомендацій щодо лікування [236]. Серед обстежених переважали особи із середньою освітою (n=182).

Оцінка структури зайнятості серед пацієнтів із СН засвідчила, що переважна більшість із них належали до групи непрацюючих (n=171), серед яких значну частку становили пенсіонери (n=113) та особи з інвалідністю (n=30). Такий розподіл є закономірним, оскільки СН переважно розвивається у пацієнтів старшого віку на тлі хронічних захворювань серцево-судинної системи, що суттєво обмежують фізичну активність і працездатність (табл. 2.2.1).

Соціально-демографічна характеристика пацієнтів стаціонару (n=343)

Me [Q₁; Q₃], (з 95% ДІ)

Показники		
Вік, роки	Середній вік	60 [30; 88]
	≤40 років	n=15 (95% ДІ: 0,02-0,07)
	41-50 років	n=54 (95% ДІ: 0,12-0,20)
	51-60 років	n=145 (95% ДІ: 0,37-0,48)
	61-70 років	n=87 (95% ДІ: 0,20-0,31)
	≥70 років	n=42 (95% ДІ: 0,08-0,17)
Стать	Чоловіки	n=199 (95% ДІ: 0,53-0,63)
	Жінки	n=144 (95% ДІ: 0,37-0,47)
Маса тіла (кг) (SD±m)		90,38±1,209 [52;195]
Зріст (см) (SD±m)		172 ±0,653 [148;198]
Площа тіла (м ²) (SD±m)		2,0±0,02 [1,45;2,85]
ІМТ (кг/м ²) (SD±m)		29,93±0,435 [18,43;49,38]
Сімейний стан	Одружені	n=234 (95% ДІ: 0,63-0,73)
	Неодружені	n= 54 (95% ДІ: 0,12-0,20)
	Вдівці	n= 55 (95% ДІ: 0,13-0,21)
Освіта	Середня	n=182 (95% ДІ: 0,48-0,58)
	Вища	n=123 (95% ДІ: 0,31-0,41)
	Початкова	n=38 (95% ДІ: 0,07-0,15)
Зайнятість	Працевлаштовані	n=62 (95% ДІ: 0,14-0,23)
	Не працевлаштовані	n=171 (95% ДІ: 0,45-0,55)
	Пенсіонери	n=113 (95% ДІ: 0,28-0,38)
	Особи з інвалідністю	n=30 (95% ДІ: 0,06-0,12)

Примітка: n –кількість пацієнтів, Me – медіана, Q₁,Q₃ – діапазон значень (мінімальне та максимальне), SD – стандартне відхилення, M±m - середнє значення та стандартна похибка середнього, ДІ – довірчий інтервал (частка пацієнтів може перевищувати 100% при поєднанні сфер зайнятості), ІМТ - індекс маси тіла

Більшість хворих із СН (n = 264) мали в анамнезі II-A стадію захворювання та госпіталізувалися з початковими проявами застійних явищ у великому та/або малому колі кровообігу зі збереженням часткової компенсації. Пацієнтів з II-B стадією СН, як правило, надходили до стаціонару з ознаками декомпенсації, що супроводжувалася порушенням гемодинаміки у двох колах кровообігу.

Встановлено, що більшість обстежених (n = 178) мали III функціональний клас (ФК) за NYHA із високим ризиком (n = 144) прогресування СН, розвитком ускладнень і підвищеним ризиком летальності в перспективі.

Фракція викиду лівого шлуночка (ФВЛШ) на момент виписки зі стаціонару становила більше 50%, що свідчило про клінічно значуще покращення стану у пацієнтів з СН і та відповідало нормальній або верхній межі збереженої систолічної функції лівого шлуночка. Однак, за даними амбулаторних карт після виписки спостерігалось зниження ФВЛШ нижче 50%, що відповідало категорії СН з помірно зниженою фракцією викиду (HFmrEF). Така динаміка вказувала на зниження систолічної функції ЛШ поза межами стаціонару та формування тенденції до клінічного погіршення, що було однією із причин повторних госпіталізацій і зумовлювало необхідність удосконалення амбулаторного періоду спостереження.

Зниження ФВЛШ після виписки свідчило про нестабільність клінічного стану пацієнтів, зменшення ефекту стаціонарного лікування, недостатній контроль симптомів та фізичних навантажень. Серед імовірних факторів такого погіршення слід відзначити недостатню прихильність до терапії, недотримання рекомендацій щодо способу життя, вплив супутніх захворювань та прогресування основного захворювання.

Пацієнти з II-A стадією СН, зі збереженою ФВЛШ, III функціональним класом за NYHA та високим рівнем ризику (ризик 3) перебували у стані помірно вираженої декомпенсації, що свідчило про виснаження компенсаторних можливостей серцево-судинної системи. Зазначену категорію хворих було віднесено до групи високого ризику розвитку несприятливих серцево-судинних подій (табл. 2.2.2).

**Клінічна характеристика обстежених пацієнтів стаціонару (n=343),
(з 95% ДІ)**

Показник		Кількість
Стадія СН за Василенко – Стражеско	I	n=19 (95% ДІ: 0,03-0,08)
	II А	n=245 (95% ДІ: 0,65-0,78)
	II Б	n=79 (95% ДІ: 0,18-0,29)
ФК за NYHA	I	n=10 (95% ДІ: 0,02-0,06)
	II	n=78 (95% ДІ: 0,17-0,28)
	III	n=178 (95% ДІ: 0,47-0,57)
	IV	n=58 (95% ДІ: 0,13-0,22)
Ризик	Високий (3)	n=114 (95% ДІ: 0,28-0,38)
	Дуже високий (4)	n=90 (95% ДІ: 0,21-0,31)
	Помірний (2)	n=32 (95% ДІ: 0,06-0,13)
ФВЛШ	при виписці %	51,1 (95% ДІ: 23-69)
	амбулаторно%	46,0 (95% ДІ: 23-65)
	HFpEF	n=159 (95% ДІ: 0,40-0,50)
	HFmrEF	n=3 (95% ДІ: 0,01-0,03)
	HFrEF	n=49 (95% ДІ: 0,11-0,18)
	Систолічна дисфункція	n=26 (95% ДІ: 0,05-0,12)

Примітка: n – кількість пацієнтів, ДІ – довірчий інтервал

Пацієнти із СН-I ст. надалі були виключені із аналізу через відсутність виражених клінічних симптомів, що дозволило зосередити увагу на пацієнтах із більш вираженою СН (II-A та II-B ст.), у яких можливе спостереження клінічно значущих змін і оцінка ефективності терапевтичних заходів.

Ехокардіографічні показники відображають ступінь структурно-функціональних змін ЛШ та тяжкість СН, що безпосередньо визначає обсяг і тактику медсестринського догляду. Дані ехокардіографічного дослідження при

виписці пацієнтів із СН II-А,Б ст. вказували на дилатацію ЛШ (підвищений рівень КДО та КДР), ознаки вираженого порушення систолічної функції, що клінічно проявляється зниженням серцевого викиду, розвитком застійних явищ і високим ризиком декомпенсацій. Значне збільшення порожнини ЛШ (явно патологічний КСР), відносно збереженого УО на фоні великих КДО і КСО, означає зниження ФВ (УО / КДО) до 44% (нижче 50%) та пояснює обмежену толерантність пацієнта до фізичного навантаження, швидку втомлюваність і задишку. Встановлено наявність концентричної гіпертрофії міокарда (помірне потовщення ТМП_д), гіпертрофії задньої стінки ЛШ (ТЗСЛШ_дс_м) відображає хронічне перевантаження серця і зниження його еластичності, що потребує ретельного контролю АТ та дотримання лікувального режиму. Прогноз для даної групи пацієнтів оцінювався як помірно несприятливий (табл. 2.2.3)

Таблиця 2.2.3

**Показники ехокардіографії у пацієнтів із серцевою недостатністю
II А,Б стадії порівняно з нормою (n=324), Me [Q₁; Q₃], SD, M±m**

Показник	Норма	Отримані дані
КДР (см)	4,5–5,7	6,12±0,47 [3,1;70]
КСР (см)	3,0–4,0	4,4±0,4 [2,6;6,2]
КДО (мл)	67–155 (чол.), 56–104 (жін.)	146±4,64 [77;831]
КСО (мл)	22–58 (чол.), 19–49 (жін.)	88,3±2,7 [22;224]
УО (мл)	60–100	64,0±3,7 [1,2;113]
ТМП _д (см)	0,6–1,1	1,145±0,02 [0,7;4,1]
ТМП _с (см)	1,2–1,5	1,55±0,08 [1,25;1,85]
ТЗСЛШ _с (см)	1,0–1,4	1,6 ±0,082 [1,2;113]
ТЗСЛШ _д (см)	0,6–1,1	1,38±0,539 [0,8;88]

Примітка: n – кількість пацієнтів, Me – медіана, Q₁,Q₃ – діапазон значень (мінімальне та максимальне), SD – стандартне відхилення, M±m - середнє значення та стандартна похибка середнього

Такий ступінь структурно-функціональних змін та тяжкість СН безпосередньо визначають обсяг і тактику медсестринського догляду. Отримані показники свідчать про структурне ремоделювання ЛШ з помірним порушенням систолічної функції, що має важливе значення для оцінки прогнозу, планування медсестринського спостереження, контролю симптомів та профілактики повторних госпіталізацій у цієї категорії пацієнтів.

Виявлення клінічно значущих симптомів у пацієнтів із СН II-A та II-B стадії (збільшення розмірів печінки — край на 1,94 см нижче реберної дуги, пастозність та периферичні набряки нижніх кінцівок), демонстрували ознаки системної венозної та лівошлуночкової декомпенсації. Наявність пастозності на ранніх етапах декомпенсації та розвиток набряків нижніх кінцівок при тривалому або більш вираженому перебігу СН відображали різний ступінь застійних явищ і підвищення венозного тиску у тканинах (табл. 2.2.4).

Таблиця 2.2.4

Клінічні фактори ризику та їх значення у пацієнтів із серцевою недостатністю II-A та II-B стадії (n=324), Me [Q₁; Q₃], (з 95% ДІ)

Фактор ризику	Характеристика		Скарги пацієнтів
Нижній край печінки (см)	1,94±0,066 [0,5;5]		Відчуття важкості у правому підребер'ї, нудота, зниження апетиту, метеоризм.
Ступінь набряку	Пастозність гомілок/стоп	n = 187 (95% ДІ: 0,49-0,60)	Зміни шкіри, тріщини, виразки, інфекційні ускладнення, втома, слабкість, обмеження рухливості, біль, відчуття важкості кінцівок.
	Набряки гомілок/стоп/ніг	n = 123 (95% ДІ: 0,38-0,49)	

Примітка: n – кількість пацієнтів, Me – медіана, Q₁, Q₃ – діапазон значень (мінімальне та максимальне), ДІ – довірчий інтервал

На момент виписки зі стаціонару переважали пацієнти із задовільним (добрим) загальним станом, які мали позитивну клінічну динаміку, відносну стабілізацію стану. Водночас, у них не було досягнуто повної компенсації СН та зберігалися залишкові клінічні симптоми і наявні фактори ризику подальшого прогресування захворювання.

У межах проведеного дослідження середня тривалість госпіталізації пацієнтів із СН в середньому становила близько $8,38 \pm 0,179$ діб, що було нижчим за загальноукраїнські показники 2022 року (11,0–11,2 днів) та відповідало середньому рівню по Чернівецькій області (8,8 днів). Отримані результати свідчать про відносно короткий період стаціонарного лікування при збереженні ефективності терапії.

Аналіз тривалості перебування в стаціонарі показав, що пацієнти із СН II-A стадії перебували на лікуванні довше — у середньому $8,4 \pm 0,2$ діб. Це відображало більш складний клінічний перебіг, потребу в корекції медикаментозної терапії та очікувану ефективність стабілізації стану. Пацієнти з СН II-A стадії, зазвичай мали більш виражені клінічні прояви при фізичному навантаженні, що потребувало більш тривалого контролю стану, титрування медикаментозної терапії та спостереження за динамікою симптомів. Частині хворих стадія СН II-A фази, як функціональний діагноз виставлялась вперше, що зумовлювало подовження стаціонарного лікування.

Натомість тривалість лікування пацієнтів із СН II-B стадії була коротшою і становила $6,9 \pm 0,4$ днів. Це свідчило про більш ранній перехід до амбулаторного етапу лікування і водночас підвищувало ризик повторних госпіталізацій через неповну компенсацію стану. Різниця у тривалості стаціонарного лікування пацієнтів із СН II-A та II-B стадії базувалася на клінічних особливостях перебігу захворювання.

У пацієнтів із СН II-B стадії, незважаючи на більш тривалий анамнез захворювання, лікування полягало у корекції дози попередньо підібраних ліків з метою подолання декомпенсації, відповідь на базову терапію була передбачуваною, що дозволяло скоротити тривалість перебування у стаціонарі.

Загалом тривалість стаціонарного лікування у Чернівецькому обласному кардіологічному центрі залишалася на рівні або була нижчою за регіональні та загальнонаціональні показники, що свідчило про ефективне використання ліжкового фонду та вплив клінічних і організаційних чинників на строки госпіталізації. Про хронічний, багаторічно прогресуючий перебіг СН у дослідженні свідчила тривалість захворювання. Встановлено, що середня тривалість захворювання у пацієнтів із СН II-А стадії становила $14,08 \pm 0,51$ років і була більшою, ніж у хворих із СН II-Б стадії. Це могло бути наслідком більш тривалого періоду компенсації та ефективнішим контролем симптомів у пацієнтів із II-А стадією.

Водночас високий показник тривалості захворювання вказував на виражену хронізацію патологічного процесу, що потребувало системного амбулаторного спостереження з акцентом на профілактику прогресування СН. Менша тривалість захворювання у хворих із II-Б стадією, ймовірно, була зумовлена більш агресивним і швидко прогресуючим перебігом хвороби, вираженими порушеннями гемодинаміки та раннім розвитком декомпенсації (табл. 2.2.5).

Таблиця 2.2.5

Анамнестичні дані обстежених пацієнтів стаціонару (n=324),

Me [Q1; Q3], (з 95% ДІ)

Показник		II-А стадія СН (n=245)	II-Б стадія СН (n=79)
Тривалість захворювання (роки) (SD±m)		14,082±0,51 [3;20]	11,62±0,48 [5,15]
Тривалість госпіталізації (днів) (SD±m)		8,4±0,2 [3;15]	6,9±0,4 [1;10]
Кількість госпіталізацій (SD±m)	за останній рік	2,539±0,085 [1;5]	
	за останні 3 роки	5,401±0,172 [2;12]	
	за останні 5 років	8,386±0,259 [2;20]	
Стан при виписці	задовільний (хороший)	n=144 (95% ДІ: 0,37-0,47)	

	відносно задовільний/ ближче до задовільного	n=46 (95% ДІ: 0,10-0,17)
	незначне покращення	n=92 (95% ДІ: 0,27-0,37)
	без змін	n=42 (95% ДІ: 0,09-0,16)

Примітка: n - кількість пацієнтів, Me – медіана, Q₁,Q₃ – діапазон значень (мінімальне та максимальне), SD – стандартне відхилення, M±m – середнє значення та стандартна похибка середнього, ДІ – довірчий інтервал

Переважає частка хворих (31,9%) мала поєднану або первинну серцево-судинну патологію, що свідчить про багатофакторний розвиток СН. Основними факторами були ГХ та ІХС; структурні зміни міокарда — лівошлуночкова недостатність, перенесений ІМ, кардіоміопатії; порушення ритму — фібриляція передсердь, клапанні дефекти. Більшість пацієнтів мали поєднану патологію (наприклад, поєднання ГХ, ІХС, лівошлуночкова недостатність), що ускладнювало лікування, підвищувало ризик декомпенсації та повторних госпіталізацій і потребувало системного клінічного та амбулаторного моніторингу для запобігання ускладнень і оптимізації терапії (табл. 2.2.6).

Таблиця 2.2.6

Розподіл пацієнтів із серцевою недостатністю за нозологіями та частотою коморбідності (n = 324) (з 95% ДІ)

Коморбідність		Частка від загальної кількості, %
ГХ серця із застійною СН	I50.0–I50.1	66,0% (95% ДІ: 60,9–71,2)
Лівошлуночкова недостатність/Застійна СН	I20–I25	60,8% (95% ДІ: 55,5–66,1)
ІХС	I11.0	59,3% (95% ДІ: 53,9–64,6)

Продовження таблиці 2.6

Атеросклеротична хвороба серця	I25.10-I25.11	33,6% (95% ДІ: 28,5–38,8)
Фібриляція передсердь	I48.0	26,5% (95% ДІ: 21,7–31,4)
Перенесений інфаркт міокарда	I25.2	21,3% (95% ДІ: 16,8–25,8)
Міокардити	I51.4, I40.9	7,4% (95% ДІ: 4,6–10,3)
Клапанні ураження серця	I34.0, I36.1, Q23.1	7,1% (95% ДІ: 4,3–9,9)
Дилатаційна кардіоміопатія	I42.0	5,2% (95% ДІ: 2,8–7,7)

Примітка: ДІ – довірчий інтервал, частка пацієнтів може перевищувати 100% при наявності декількох нозологій у одного хворого (коморбідність)

У дослідження були включені пацієнти із СН та наявністю коморбідних станів. Аналіз супутніх захворювань у пацієнтів із СН показав, що переважна більшість мала декілька коморбідних станів, які ускладнювати перебіг СН та впливали на прогноз. Найпоширеніші з них: цукровий діабет 2 типу, ожиріння, початкова стареча катаракта, депресія, ХХН та когнітивні порушення свідчили про високу поширеність метаболічних, психоневрологічних розладів і порушення функції нирок (табл. 2.2.7).

Таблиця 2.2.7

Розподіл пацієнтів із серцевою недостатністю за наявністю супутніх захворювань (n = 324) (з 95% ДІ)

Супутнє захворювання / стан		Частка від загальної кількості, %
ЦД 2 типу	E11.8	28,7% (95% ДІ: 23,8–33,6)
Подагра, неуточнена	M10.9	11,7% (95% ДІ: 7,9–15,5)
ХОЗЛ	J44.x	14,2% (95% ДІ: 10,2–18,2)
ХХН	N18.x	18,8% (95% ДІ: 14,3–23,3)
Анемія	D50-D64	9,9% (95% ДІ: 6,3–13,5)

Ожиріння	E66.x	26,9% (95% ДІ: 21,9–31,9)
Депресія	F32-F33	23,5% (95% ДІ: 18,8–28,2)
Когнітивні порушення	F06.7, F01-F03	17,3% (95% ДІ: 13,0–21,6)
Фонова ретинопатія, ретинальні судинні зміни	H35.0	14,8% (95% ДІ: 10,9–18,7)
Міопія	H52.1	11,4% (95% ДІ: 7,6–15,2)
Астигматизм	H52.2	8,3% (95% ДІ: 5,1–11,5)
Атрофія зорового нерва	H47.2	3,1% (95% ДІ: 1,3–4,9)
Початкова стареча катаракта	H25.0	26,2% (95% ДІ: 21,3–31,1)
Судинний головний біль	G44.1	8,3% (95% ДІ: 5,1–11,5)

Примітка: ДІ – довірчий інтервал, частка пацієнтів може перевищувати 100% при поєднанні декількох супутніх захворювань у одного хворого

Врахування супутніх захворювань дозволяло оцінити вплив коморбідності на перебіг СН, ризик декомпенсації та повторних госпіталізацій, що є важливим для планування лікування та амбулаторного спостереження.

2.3 Клінічна характеристика обстежених амбулаторних хворих

Амбулаторний етап спостереження проводився на базі КНП «Міська поліклініка №2» Чернівецької міської ради з використанням даних електронних амбулаторних карт 110 пацієнтів з діагностованою гіпертензивною хворобою серця із застійною серцевою недостатністю віком 60 – 96 років, які регулярно проходили обстеження у кардіологічному кабінеті. Більшість обстежених поліклініки – жінки, старечого віку, переважно одружені, із середньою освітою; значна частина не працює або пенсіонери. Пацієнти мали тривалий хронічний перебіг СН (біля 10 років); коморбідність, потребу в повторних візитах до лікаря кардіолога (табл. 2.3.1).

**Соціально-демографічна характеристика пацієнтів поліклініки (n=110),
Me [Q₁; Q₃], (з 95% ДІ)**

Показники		
Вік, роки (SD±m)		74±6 [52; 85]
Стать	Чоловіки	n=46 (95% ДІ: 0,54-2,45)
	Жінки	n=64 (95% ДІ: 0,40-1,83)
Сімейний стан	Одружені	n=72 (95% ДІ: 0,53-2,57)
	Неодружені	n=12 (95% ДІ: 0,13-0,35)
	Вдівці	n=26 (95% ДІ: 0,27-1,62)
Освіта	Середня	n=76 (95% ДІ: 0,37-1,89)
	Вища	n=26 (95% ДІ: 0,75-4,53)
	Початкова	n=8 (95% ДІ: 0,06-1,59)
Зайнятість	Працевлаштовані	n=30 (95% ДІ: 0,62-3,36)
	Не працевлаштовані	n=80 (95% ДІ: 0,29-1,61)
	Пенсіонери	n=108 (95% ДІ: 0,29-0,51)
Тривалість захворювання (SD±m)		8,882±3,2 [5;25]
Коморбідність		n=70 (95% ДІ: 0,60-0,78)
Кількість повторних візитів до кардіолога (більше 1 разу)		n=44 (95% ДІ: 0,34-0,51)

Примітка: n – кількість пацієнтів, Me – медіана, Q₁,Q₃ – діапазон значень (мінімальне та максимальне), SD – стандартне відхилення, M±m – середнє значення та стандартна похибка середнього, ДІ – довірчий інтервал, частка пацієнтів може перевищувати 100% при поєднанні декількох супутніх захворювань у одного хворого

Такі результати підкреслюють поєднання СН із іншими хронічними станами і необхідність комплексного догляду та лікування, потребу регулярного контролю та моніторингу стану.

Пацієнти мали ознаки СН — периферичні набряки та/або симптоми — підвищений артеріальний тиск, задишку /утруднене дихання, відчуття стиснення в ділянці серця, біль та порушення серцевого ритму (табл. 2.3.2).

Таблиця 2.3.2

Клінічна характеристика пацієнтів поліклініки (n=110), (з 95% ДІ)

Ознаки/симптоми СН	ІСРС-2	Кількість
Інші симптоми/скарги з боку ССС	K29	n=68 (95% ДІ: 52,7-70,9)
Набряклі щиколотки/набряки	K07	n=50 (95% ДІ: 36,1-54,8)
Підвищений артеріальний тиск	K85	n= 52 (95% ДІ: 37,9-56,6)
Задишка/утруднене дихання	R02	n=45 (95% ДІ: 31,7-50,1)
Стиснення в ділянці серця	K02	n= 15 (95% ДІ: 7,2-20,0)
Біль у серці	K01	n= 12 (95% ДІ: 5,1-16,7)
Порушення серцевого ритму	K05	n=11 (95% ДІ: 4,4-15,6)
Серцебиття	K04	n=10 (95% ДІ: 3,7-14,5)
Загальна слабкість	A04	n=8 (95% ДІ: 2,4-12,1)
Втрата рівноваги, запаморочення	N17	n=6 (95% ДІ: 1,2-9,7)

Примітка: n – кількість пацієнтів, ДІ – довірчий інтервал, частка пацієнтів може перевищувати 100% при поєднанні ознак/симптомів СН у одного хворого

У пацієнтів переважали кардіальні та респіраторні скарги, що відображає мультисимптомний характер захворювання. Прояви стенокардії відзначалися не менш часто, а неврологічні симптоми реєструвалися рідше.

2.4 Методи дослідження

Проводилося багатопланове анонімне та конфіденційне анкетування з уточненням анамнестичних, соціальних, побутових, економічних та інших особливостей пацієнтів. Усі учасники надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

а) Анкетні методи дослідження

У роботі використовували стандартизовані та валідовані опитувальники, що дозволяли комплексно оцінити функціональний стан пацієнтів, рівень знань про СН, ЯЖ, задоволеність сестринським доглядом, готовність до виписки, самообслуговування та прихильність до лікування, а саме:

1. Для оцінки якості життя пацієнтів із СН використовувався анкетувальник The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) [181, 254] під час госпіталізації та після виписки через 30 днів проведених освітніх медсестринських заходів для оцінки довготривалої ефективності. Опитувальник дозволяє оцінити вплив СН на фізичну та емоційну сферу життя протягом останнього місяця. Відповіді пацієнтів оцінювалися за шестибальною шкалою Лайкерта, а результати підсумовуються у загальний бал (0–105), а також окремо у фізичну (0–40) та емоційну (0–25) підшкали. Повна структура анкети та інтерпретація результатів подані у Додатку В1.

2. Індекс статусу функціональної активності Університету Дьюка (Duke Activity Status Index – DASI) — стандартизований опитувальник для оцінки функціонального стану пацієнта за рівнем повсякденної фізичної активності та толерантністю до навантаження. DASI дозволяє приблизно оцінити максимальне споживання кисню ($VO_2\max$) без використання складних інструментальних методів. Розрахунок $VO_2\max$ та інтерпретація результатів враховували вік і стать пацієнта, а також градацію від дуже низького до максимально високого рівня. Значення $DASI \leq 34$ свідчило про наявність ураження міокарда, ускладнень або інвалідності [106, 190, 224, 288] (Додаток В2).

3. Атлантський тест знань про серцеву недостатність (Atlanta Heart Failure Knowledge Test – АНФКТv3) [134, 151, 245] використовувався для оцінки рівня знань пацієнтів про серцеву недостатність та дотримання рекомендацій щодо

здорового способу життя. Тест містив 30 запитань у п'яти сферах: знання хвороби, харчування, поведінка, ліки та симптоми. Пацієнти обирали одну відповідь із запропонованих, а правильні відповіді оцінювалися у 1 бал, неправильні — 0. Загальний результат відображав суму балів (0–30) та відсоток правильних відповідей (0–100 %). Чим вищий сумарний бал за Атлантським тестом, тим вищий рівень знань пацієнта про серцеву недостатність і здатність до ефективного самоконтролю. Повна структура тесту і методика інтерпретації результатів наведені у Додатку В3.

4. Опитувальник задоволеності медсестринським доглядом (Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire – PSNCQQ, Laschinger et al., 2005) [66, 93, 94] застосовувався для оцінки рівня задоволеності пацієнтів якістю медсестринського догляду під час стаціонарного перебування (5–6-й день госпіталізації). PSNCQQ містить 19 пунктів, об'єднаних у тематичні підшкали згруповані відповідно до концепції якості медсестринського догляду: професійна компетентність, своєчасність і доступність допомоги, уважність і доброзичливість, комунікація та інформування, емоційна підтримка й індивідуальний підхід. Кожен пункт оцінювався за п'ятибальною шкалою Лайкерта. Сумарний бал розраховувався шляхом додавання балів за всі пункти. Вищий сумарний бал за PSNCQQ відповідає більшому рівню задоволеності пацієнтів якістю медсестринського догляду. Повна структура та методика інтерпретації результатів наведені у Додатку В4.

5. Оцінка готовності пацієнтів до виписки (Readiness for Hospital Discharge Scale – RHDS, Weiss) [166] була проведена як з точки зору пацієнта (PT-RHDS), так і медичних сестер (RN-RHDS), які безпосередньо спостерігають за хворими з СН. Форми є паралельними та містять однакові запитання, заповнювалися окремо, щоб уникнути взаємного впливу. Медичні сестри, враховували об'єктивні клінічні показники (АТ, сатурація, набряки, функція серця), суб'єктивні скарги пацієнта (самооцінка стану), тенденцію стану під час госпіталізації (покращення/декомпенсація). Оцінювалися чотири категорії готовності: «особистий статус» (самопочуття пацієнта в день виписки: фізична

стабільність та емоційна готовність), «знання» щодо догляду за собою вдома, «передбачувана здатність долати труднощі» (як пацієнт зможе справлятися вдома) та «очікувана підтримка і турбота» (наявність допомоги після виписки: сім'я, соціальне оточення, медперсонал). Повна структура та інтерпретація наведені у Додатку В5.

6. Опитувальник «Оцінка інформаційних потреб пацієнтів та особливостей їх взаємодії з медичною сестрою» використовувався для виявлення потреб у додатковій інформації після виписки, що стосувалася очікувань щодо перебігу СН та конкретних кроків взаємодії з медичною сестрою. Анкетування складалося з 19 запитань із запропонованими варіантами відповідей, а у випадку нечіткої відповіді передбачалася опція «частково, потребую додаткових пояснень» з можливістю детального роз'яснення у довільній формі (Додаток В6).

7. Індекс самообслуговування при серцевій недостатності (The Self-Care of Heart Failure Index – SCHFI, версія 7.2, Dr. Barbara Riegel, 2019) [152, 222, 266] застосовувався після виписки для оцінки здатності пацієнта контролювати стан вдома. Шкала складається з 29 пунктів і охоплює три сфери: підтримка самообслуговування, сприйняття симптомів та управління самообслуговуванням. Оцінювання проводилось за шкалою Лайкерта. Загальний бал розраховувався від 0 до 100. Показник SCHFI ≥ 70 балів інтерпретується як адекватний рівень самообслуговування; < 70 балів — як недостатній. Значення 50–70 балів свідчать про підвищений ризик гемодинамічного застою та повторних госпіталізацій, ≥ 90 балів – низька ймовірність потреби в стаціонарному лікуванні. Чим вищий бал SCHFI, тим нижчий ризик госпіталізації (Додаток В7).

8. Оцінка прихильності до лікування у пацієнтів із СН проводилася хворобо-специфічною анкетой ННЦ «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска» НАМН України [19, 21, 126]. Анкета включала 10 ключових запитань щодо способу життя та фармакотерапії з відповідями «так»/«ні». Питання об'єднані у три блоки: медикаментозна прихильність (регулярність прийому ліків, самостійні зміни дозування, виконання рекомендацій лікаря), немедикаментозні аспекти (контроль солі, маси тіла, фізична активність, режим сну та відпочинку), мотиваційно-

інформаційний блок (розуміння захворювання, джерела інформації, ставлення до лікування). Відповіді кодувалися «1» або «0» залежно від запитання. Загальний бал визначав рівень комплаєнсу: 8–10 балів – високий, 5–7 – середній, ≤ 4 – низький (Додаток В8).

Проводилося навчання пацієнтів за допомогою розробленої нами медико-санітарної освітньої програми. Програма передбачала одне 2-годинне заняття, що включало теоретичну та практичну частини.

У теоретичній частині було проведено бесіду з пацієнтами щодо природи та причин СН, її основних симптомів і клінічних проявів, принципів дотримання дієти з обмеженням солі, контролю споживання рідини, ваги, поведінки при загостренні симптомів, а також щодо фізичної активності та медикаментозного лікування. Практична частина включала відпрацювання навичок оцінки ступеня набряків, проведення зважування, визначення вмісту натрію в їжі та інструкції щодо ведення щоденника моніторингу симптомів СН вдома. Для закріплення знань пацієнтам було надано друкований роздатковий матеріал за варіантом кольорового «Світлофора» з QR-кодом практичних рекомендації з самообслуговування розроблений нами на основі Self-Check Plan for HF Management (American Heart Association, 2021) та адаптований відповідно до потреб вітчизняних пацієнтів. Зелений колір «Світлофора» позначав допустимі симптоми; жовтий – ті, що потребують настороженості та повідомлення медичної сестри або сімейного лікаря; червоний – симптоми які вимагають невідкладних дій: необхідно зателефонувати за спеціальним номером «5103» (служба «Невідкладна кардіологічна допомога»), що надається ОКНП «Чернівецький обласний клінічний кардіологічний центр». Виїзна кардіологічна бригада швидко та якісно надасть невідкладну цілодобову допомогу, госпіталізацію доступну для мешканців міста та передмість, за потреби, доправить до закладу реанімобілем, повністю безоплатно. Детальний опис кольорового «Світлофора» подано в Додатку Г.

Після завершення навчання проведено повторне анонімне анкетування пацієнтів в амбулаторних умовах для оцінки збереження рівня знань про СН (Atlanta heart failure knowledge test - АНФКТ).

В амбулаторних умовах пацієнтам був запропонований для заповнення вдома «Щоденник моніторингу симптомів серцевої недостатності», ведення якого, протягом місяця, контролювала медична сестра кардіологічного кабінету на базі КНП «Міська поліклініка №2» м. Чернівці. У щоденнику пацієнти записували дані про масу тіла, кількість вжитої рідини, солі та їжі, частоту появи чи загострення симптомів та ознак СН (зміни в диханні, біль у грудях, підвищення АТ, набряки), тривалість сну, рухову активність, емоційне благополуччя та інформацію щодо будь-яких змін в індивідуальному лікуванні діуретиками, серцевими та антигіпертензивними препаратами, кількості повторних візитів до суміжних лікарів. Пацієнти мали можливість консультуватися щодо своїх результатів із медичною сестрою кардіологічного кабінету поліклініки через створений нами приватний канал у месенджері «Telegram», що забезпечувало оперативний зворотній зв'язок, підтримку та безперервність медсестринського догляду в амбулаторних умовах. Детальний опис щоденника подано в Додатку Д.

Після завершення періоду ведення щоденника проведено повторне анонімне анкетування пацієнтів стаціонару з метою оцінки самообслуговування (The Self-Care of Heart Failure Index - SCHFI) та прихильності до лікування (хворобоспецифічна анкета).

б) Клінічні методи дослідження

Окрім анкетування, пацієнтам проводили клінічну оцінку основних об'єктивних показників перебігу СН.

Ступінь периферичних набряків визначали за 4-бальною шкалою pitting edema (за глибиною ямки після натискання) за Seidel's Guide to Physical Examination. Натискання виконували великим пальцем протягом 5 секунд у ділянці передньої поверхні гомілки. Ступінь набряку визначали за глибиною та тривалістю її збереження: +1 — ямка глибиною до 2 мм, швидко зникає; +2 — ямка до 4 мм, зникає через 10–15 с; +3 — ямка до 6 мм, зникає через 1 хв; +4 — ямка 8 мм, зникає понад 2 хв. Артеріальний тиск вимірювали вранці, після 5-хвилинного відпочинку пацієнта у положенні сидячи за допомогою сертифікованого медичного механічного тонометра Gamma 700К з манжетою 22-36 см розміру, розташованою

на лівому плечі на рівні серця. Реєстрували систолічний та діастолічний АТ у мм рт. ст., виконуючи щонайменше два вимірювання з інтервалом 1–2 хв з подальшим визначенням середнього значення. Методика вимірювання відповідає Рекомендаціям 2018 ESC/ESH. Зважування пацієнтів виконували на електронних вагах EP 1400, Gamma, встановлених на рівній поверхні, в один і той же час доби (вранці натщесерце), після сечовипускання, у легкому одязі, без взуття. Зріст визначали одноразово за допомогою ростоміра медичного, підлогового РП, OMEGA, у положенні стоячи, без взуття, показник фіксували в метрах (м). Індекс маси тіла розраховували відповідно до рекомендацій ВООЗ шляхом розрахунку відношення маси тіла (кг) до квадрату зросту (м²). Отримані значення ІМТ інтерпретували згідно з класифікацією ВООЗ. При аналізі результатів враховували вікові особливості пацієнтів, а також клінічні прояви СН. Вміст натрію в порції їжі визначали відповідно до принципів дієтичного підходу DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension, 2006) з використанням довідкових таблиць харчової цінності. Отримані значення порівнювали з рекомендованими рівнями споживання натрію.

2.5 Методи статистичної обробки отриманих результатів

Статистичну обробку матеріалу виконували на ноутбучі Vivobok_ASUSLaptop X1502ZA_R1502ZA в операційній системі Windows 11, version 24H2 за допомогою програм «Microsoft Office Excel»

Статистична обробка включала описову статистику: стандартне відхилення, середнє значення та стандартна похибка середнього ($SD \pm m$), медіана (Me [Q1; Q3], Q1, Q3 – діапазон значень (мінімальне та максимальне), перевірка нормальності розподілу (тест Шапіро–Уїлка), порівняння груп спостереження за відповідними критеріями з використанням параметричних (t-тест Стьюдента) або непараметричних критеріїв (U-тест Манна–Вітні, тест Вілкоксона), аналіз частотних даних (χ^2 , точний критерій Фішера) та визначення рівня статистичної значущості (p). Різниці вважали достовірними при $p < 0,05$.

2.6 Висновки з біоетики

Дослідження проведено відповідно до принципів біомедичної етики та з дотриманням основних положень GCP (1996 р.), Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04.04.1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964-2013 рр.), наказу МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р. Конфіденційність інформації про особу респондента були збережені. Формуляр інформованої згоди респондента, опитувальники та всі етапи дисертаційного дослідження були схвалені комісією з біоетики Буковинського державного медичного університету (протокол № 5 від 27.10.2022 р. та №4 від 18.12.2025 р.) Робота виконана на кафедрі догляду за хворими та вищої медсестринської освіти (зав. - проф. Плеш.І.А.) Буковинського державного медичного університету. Дослідження проводилося на базі ОКНП «Чернівецький обласний клінічний кардіологічний центр», «Міська поліклініка №2» Чернівецької міської ради.

У другому розділі дисертаційного дослідження описано стандартизовані анкетні методи та оцінки клінічного стану пацієнтів із серцевою недостатністю. Вибірка була чітко визначена за критеріями включення та виключення. Дані збиралися за допомогою надійних та визначених методів параметричної та непараметричної статистики, що забезпечує достовірність і відтворюваність результатів дослідження.

РОЗДІЛ 3

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ СТАЦІОНАРНОГО ЕТАПУ БЕЗПЕРЕРВНОГО МЕДСЕСТРИНСЬКОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ

3.1 Оцінка якості життя та функціональних можливостей пацієнтів із серцевою недостатністю

Якість життя (ЯЖ) є важливим показником стану пацієнта та ефективності лікування хворих з СН [49, 67, 87, 100]. У дослідженні оцінювали ЯЖ за допомогою «Міннесотська анкета якості життя пацієнтів із серцевою недостатністю» [25, 27, 34, 38, 181, 245] під час госпіталізації та після виписки для оцінки довготривалої ефективності через 30 днів проведених освітніх медсестринських заходів. На початку дослідження у більшості респондентів, спостерігалась низька (80,0%, $70,8 \pm 6,0$ балів), у 15,7% – помірною ЯЖ ($35,8 \pm 4,2$ балів), а висока — лише у 4,3% ($24,3 \pm 2,5$ балів). Високі показники, в основному, мали хворі з СН-I ст. та успішно проліковані (4,3%) з СН-II-A ст. Фізична складова MLHFQ показала виражені обмеження у 82,3% пацієнтів ($26,5 \pm 4,8$ балів), а емоційна складова — зниження емоційного комфорту з відносним відчуттям спокою у 75,2% ($11,7 \pm 3,0$ балів).

Отримані результати свідчать, що СН суттєво обмежувала повсякденну активність, працездатність, соціальні контакти з друзями та сім'єю та знижувала задоволеність життям, зумовлюючи відчуття втоми, втрати енергії. Слід зауважити, що хворі з СН-I ст. з огляду на високий рівень збереженої функціональної активності та відсутність клінічно значущих проявів серцевої декомпенсації, надалі були виключені із дослідження та освітніх медсестринських втручань.

Після проведених медсестринських освітніх заходів значно покращилася ЯЖ пацієнтів: частка пацієнтів з високою зросла на 6,1 бала, більшість пацієнтів перейшли з низької в помірну (на 2,4 бала), а частка з низькою ЯЖ зменшилась на 19,8 бала, що свідчить про ефективність проведених заходів. У 65% хворих фізичні обмеження (задишка, втома) знизилися ($16,2 \pm 4,9$ балів), а показник емоційного стану покращився до $6,8 \pm 2,5$ балів. Ці результати свідчать про позитивний вплив медсестринських заходів на ЯЖ пацієнтів із СН (таб. 3.1.1).

Показники якості життя у хворих з СН до та після медсестринських втручань (SD±m)

Загальна оцінка MLHFQ								
Висока ЯЖ		р	Помірна ЯЖ		р	Низька ЯЖ		р
До (n=70)	Після (n=55)		До (n=70)	Після (n=55)		До (n=70)	Після (n=55)	
24,3 ± 2,5 (4,3%)	18,2 ± 3,5 (25,7%)	< 0,001	35,8 ± 4,2 (15,7%)	38,2 ± 5,0 (57,1%)	< 0,05	70,8 ± 6,0 (80,0%)	51,0 ± 5,5 (17,1%)	< 0,001
Фізична складова MLHFQ								
До					Після		р	
26,5 ± 4,8 (82,3 %)					16,2 ± 4,9 (65 %)		< 0,001	
Емоційна складова MLHFQ								
11,7 ± 3,0 (75,2 %)					6,8 ± 2,5 (62 %)		< 0,001	

Примітка: n – кількість пацієнтів, SD – стандартне відхилення, M±m – середнє значення та стандартна похибка середнього, статистично значущими вважаються відмінності при $p < 0,05$

Отримані результати анкетування показали, що відсутність системних заходів медико-соціальної реабілітації, психологічної підтримки та корекції способу життя у більшості пацієнтів призводить до погіршення показників ЯЖ, зниження адаптаційних можливостей і підвищення ризику повторних госпіталізацій. Водночас активне залучення пацієнтів до програм самоконтролю, ефективного самообслуговування та медсестринського навчання сприяють суттєвому підвищенню ЯЖ та поліпшенню прогнозу перебігу СН.

Загальні функціональні побутові та фізичні можливості пацієнтів із СН оцінювали за допомогою Індексу статусу функціональної активності Університету Дьюка [38, 34, 190, 2224, 288], що дозволяє орієнтовно визначити пікове споживання кисню (VO_{2max}) та метаболічний еквівалент навантаження (METs).

Лише в окремих пацієнтів відзначався задовільний ($29,5 \pm 3,1$ балів), добрий ($38,2 \pm 2,0$ балів) або високий ($45,0 \pm 2,5$ балів) рівень функціональної активності, що відображало індивідуальні особливості компенсаторних механізмів. Загалом стан фізичної активності у більшості обстежених свідчив про зниження здатності до самостійного виконання повсякденних функцій і підвищений ризик розвитку ускладнень СН.

Пацієнти з II-A стадією СН, зберігали здатність виконувати легку та помірну домашню роботу, обирали помірні види відпочинку, мали низький рівень тривожності, занепокоєння, відсутність депресії, відчуття втрати самоконтролю, хвилювання, присутнє відчуття відносного спокою. Пацієнти легко та невимушено встановлювали контакт, були орієнтовані в собі, часі та просторі, мали стабільний емоційний фон і, відкрито надавали інформацію про себе. Мислення характеризувалося логічністю та послідовністю, відповіді були розгорнутими й змістовними. Загалом пацієнти демонстрували оптимістичне ставлення до майбутнього.

Для пацієнтів із СН II-B стадії було характерне подальше погіршення фізичного стану. Хворі були суттєво обмежені у виконанні легких видів повсякденної діяльності, більшість не могли виконувати помірну роботу у приміщеннях чи у дворі, а важка фізична праця спричиняла загострення симптомів СН: задишка в спокої та у положенні лежачи, посилювалась при найменшому навантаженні, відчуття серцебиття, виражена загальна слабкість, напади частого стискаючого, пекучого болю за грудиною, який виникав при незначному навантаженні (ходьбі звичайним кроком до 200 м) та спокої з іррадіацією в ліву руку та купувався після прийому нітратів, а також виражений головний біль, запаморочення, нудота. У значної частини пацієнтів спостерігались психоемоційні порушення, дезорієнтація, емоційна напруженість, тривожність, схильність до плаксивості, фіксація на власних переживаннях, прагнення до соціальної ізоляції. Частими були скарги на порушення сну (часті пробудження вночі або відчували апное), денну сонливість, а також страх і ризик падінь. У зв'язку із цим окремі пацієнти потребували консультацій психолога, психотерапевта та невролога.

Пацієнти із СН-IIА та II- Б ст., загалом мали значні обмеження у виконанні фізичних навантажень, зокрема щодо інтенсивних. Загострення серцевих симптомів часто асоціювалося з наявністю геріатричних захворювань, зокрема когнітивних порушень, наслідків порушення мозкового кровообігу та нетримання сечі. Показник кардіореспіраторної тренуваності був вкрай низьким, що сприяло швидкому виснаженню та декомпенсації СН.

Після проведених освітніх заходів у пацієнтів із СН II-А та II-Б стадії (n = 51) відзначалося зменшення частки осіб із низьким рівнем функціональної активності до 35,7% ($9,5 \pm 2,0$ бала). Водночас зросла частка пацієнтів із середнім ($32,5 \pm 3,2$ бала), підвищеним ($39,8 \pm 2,0$ бала) та високим рівнем ($45,0 \pm 2,5$ бала) функціональної активності.

Кількість пацієнтів із дуже низьким рівнем $VO_2\max$ зменшилася до 57,1% ($17,0 \pm 2,2$ бала), при цьому частина пацієнтів перейшла у низький ($21,0 \pm 2,5$ бала) та середній ($30,0 \pm 3,0$ бала) рівень функціональної активності. Відзначалося статистично значуще збільшення показників загального балу DASI на 11,5 бала (покращення у 26 % пацієнтів, $p < 0,05$), розрахункового пікового споживання кисню $VO_2 \max$ у 32,7 % пацієнтів, а також показника METs у 29,1 % пацієнтів, що свідчить про значне покращення функціональної активності та толерантності до фізичного навантаження (таб. 3.1.2).

Показники статусу функціональної активності у хворих з СН до та після медсестринського втручання

Шкала Дюке										
Загальний бал DASI	До n=70	Після n=51	До n=70	Після n=51	До n=70	Після n=51	До n=70	Після n=51	До n=70	Після n=51
		низький тестовий показник бал/%		знижений тестовий показник		середній тестовий показник		підвищений тестовий показник		високий тестовий показник
	6,5 ± 1,8 61,4%	9,5 ± 2,0* 35,7%	18,1 ± 2,5 21,4%	21,5 ± 2,8* 28,6%	29,5 ± 3,1 15,7%	32,5 ± 3,2* 25,7%	38,2 ± 2,0 1,4%	39,8 ± 2,0 8,6%	0	45,0 ± 2,5 1,4%
VO2 max	VO2 max дуже низький		VO2 max низький		VO2 max середній		VO2 max високий		VO2 max дуже високий	
	15,0 ± 2,2 92,9%	17,0 ± 2,2* 57,1%	19,1 ± 2,5 6,7%	21,0 ± 2,5* 25,7%	42,4 ± 3,0 1,4%	30,0 ± 3,0 14,3%	0	38,0 ± 2,5 2,9%	0	0
METs	Легка інтенсивність		Помірна інтенсивність		Висока інтенсивність					
	До	Після	До	Після	До			Після		
	2,8 ± 0,5 4,3%	3,5 ± 0,5 2,9%	4,2 ± 0,6 88,6%	5,0 ± 0,6* 71,4%	6,7 ± 0,7 7,1%			7,2 ± 0,7 25,7%*		

Примітка: DASI – Індекс статусу функціональної активності Університету Дьюка, VO2 max - розрахункове пікове споживання кисню, MET - метаболічний еквівалент завдання, n – кількість пацієнтів, * – статистично значущими вважаються відмінності при $p < 0,05$

З огляду на зміну показників ЯЖ та статусу активності у пацієнтів із СН доцільним є включення до плану їх ведення періодичного оцінювання якості життя та рівня функціональної активності при госпіталізації з метою визначення, вихідного стану, а також після виписки — для оцінки ефективності проведеного

лікування, освітніх медсестринських заходів, виявлення наявних залишкових функціональних обмежень.

У цьому контексті необхідно розглянути потенційну роль МС у плануванні подальших індивідуалізованих рекомендацій щодо подальшого догляду в амбулаторних умовах з метою запобігання остаточного виснаження, загострення (декомпенсації), появи ускладнень, побічних ефектів від самолікування, повторних госпіталізацій та збереження задовільної якості життя, толерантності до фізичного навантаження, як першого етапу безперервного медсестринського догляду цієї категорії хворих.

3.2 Рівень задоволеності медсестринським доглядом

Медична сестра є провідною особою надання медичних послуг. Від того, чи задоволені пацієнти її доглядом, залежить престиж лікувального закладу. Для оцінки рівня задоволеності медсестринським доглядом анонімно проанкетовано 79 пацієнтів із СН II-A (79,7%) та II-B (20,3%) ст. віком від 30 до 88 років за декілька днів до планової виписки за допомогою опитувальника «Анкета задоволеності пацієнтів якістю медсестринського догляду» (Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire, PSNCQQ) [29, 30, 66, 93, 94]. Опитувальник пацієнти заповнювали самостійно, за виключенням тих, хто через важкість свого стану (катаракта, тремор) не змогли заповнити (15,1%), їм допомагали родичі чи уповноважені особи.

Середній вік опитаних становив $59,5 \pm 2,67$ років з них 72,2% чоловіків 27,8% жінок, 63,3% одружених, 10,1% неодружених, 26,5% овдовілих. Найчастіше причинами СН в анамнезі були хворі із перенесеним у минулому інфарктом міокарда (13,9%), із лівошлуночковою недостатністю (27,8%), 10,1% пацієнтів мали вади серця, 7,5 % пацієнтів з міокардитом, 7,5% пацієнтів із застійною серцевою недостатністю, решта пацієнтів мали іншу серцеву патологію (32,9% - хронічна або пароксизмальна фібриляція передсердь, тріпотіння передсердь, недостатність клапанів, кардіоміопатія). Тривалість госпіталізації в середньому

становила $7,2 \pm 0,26$ днів, що було добрим прогностичним та економічним показником.

Більшість стаціонарних пацієнтів із СН (60,7 %) були задоволені умовами перебування та послугами лікарні, оцінивши на високому рівні (88,6 %) якість медсестринського догляду. Загальний показник сприйняття якості медсестринського догляду та послуг лікарні мав помірний рівень задоволеності пацієнтів (56,9%) із середнім показником $59,0 \pm 0,3$ балів. Близько третини опитаних оцінили догляд як частково задовільний, що могло бути пов'язано з індивідуальними очікуваннями, обмеженими ресурсами або різницею у сприйнятті якості обслуговування. Невелика кількість пацієнтів (12,6 %) виявила часткову незадоволеність, що потребувало подальшого аналізу причин — можливих недоліків у комунікації, доступності персоналу чи послідовності виконання процедур (рис. 3.2.1)

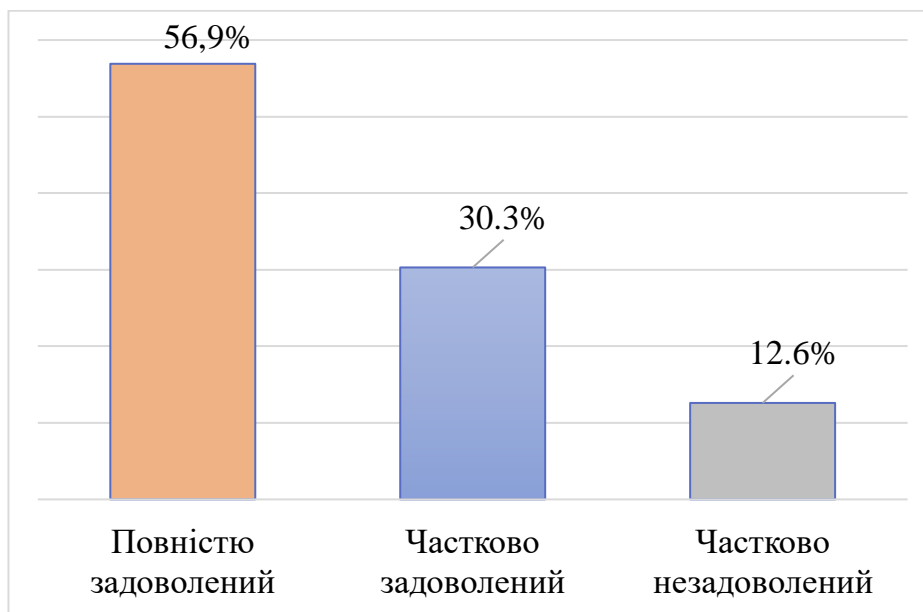


Рис. 3.2.1 Розподіл хворих за рівнем задоволеності медсестринським доглядом та послугами лікарні

Пацієнти повідомили про задовільний рівень отриманої інформації від МС щодо діагностики, медичних втручань, очікувань від лікування та розвитку захворювання, а також щодо підготовки до обстежень та отримання відповідей, на їхні запитання.

Водночас 25,3% хворих потребували повторних пояснень, 22,7% пацієнтів відзначили використання МС стандартних заздалегідь завчених фраз, 18,9% – не розуміли деяких медичних термінів, а 8,8% мали труднощі в отриманні відповідей через інтенсивну зайнятість персоналу.

Якості МС, які найчастіше, оцінювалися високо включали коректність, доброзичливість, тактовність, ввічливість (87,3%), увагу до стану хворого (72,1%) та здатність проявляти емпатію і встановити контакт. Водночас 13,9% пацієнтів вказали на обережний стиль спілкування та брак часу для індивідуальної комунікації, 16,5% – відчули дефіцит турботи з боку МС.

Більше половини пацієнтів (55,6%) були задоволені тим, як МС інформували їхніх родичів, проте 21,5% відзначили недостатнє пояснення окремих медичних термінів. Родичі в більшості випадків брали активну участь у догляді (51,8%), хоча 26,5% майже не були присутні під час обстежень.

Половина пацієнтів (50,6%) зазначила врахування їхньої думки при плануванні догляду, при цьому 44,3% відчували потребу у більшому співчутті та підтримці їхніх інтересів. Частині респондентів (49,3%) не сподобалося надмірне посилення МС на листок призначень. Гнучкість у задоволенні потреб належно оцінили 35,4% пацієнтів, тоді як 44,3% очікували більшого прояву співчуття, а 21,5% відзначили квапливість МС.

Щодо організації догляду, пристосування графіка роботи МС вважали задовільним лише 26,5% хворих, 40,5% були незадоволені розкладом МС, а 32,9% відзначили недоліки у графіку догляду та щоденного плану догляду.

Пацієнти високо оцінили комфортні умови, створені МС, проте 36,7% респондентів зазначили наявність проблем із умовами перебування в палатах. Спокійна та безпечна атмосфера була важливою для більшості пацієнтів, тому 31,6% висловили потребу у більшій приватності: віддаючи перевагу одно-або двомісним палатам.

Пацієнти позитивно оцінили швидкість реагування на виклики, однак 25,3% відзначили затримки, а 32,9% – прояви пасивності у діях персоналу. Професійна компетентність МС отримала високу оцінку, хоча 16,5% опитаних вважали її

роботу рутинною. Хворі високо оцінили здатність МС самостійно приймати рішення, водночас 29,1% відзначили надмірну залежність від лікаря. Конфіденційність медичної інформації пацієнтів загалом забезпечувалась, проте 37,9% респондентів відзначили випадки обговорення немедичних аспектів особистого життя у невідповідному контексті.

Проблемним залишалось інформування щодо виписки: 68,3% пацієнтів не отримали чітких інструкцій щодо подальших рекомендацій. Лише 13,9% хворих повідомили про отримання інформації про планові огляди від лікаря, більшість (59,4%) висловили потребу у більш детальних та персоналізованих поясненнях, а 26,5% відзначили спроби МС підтримувати зв'язок із пацієнтами після виписки. (рис. 3.2.2).

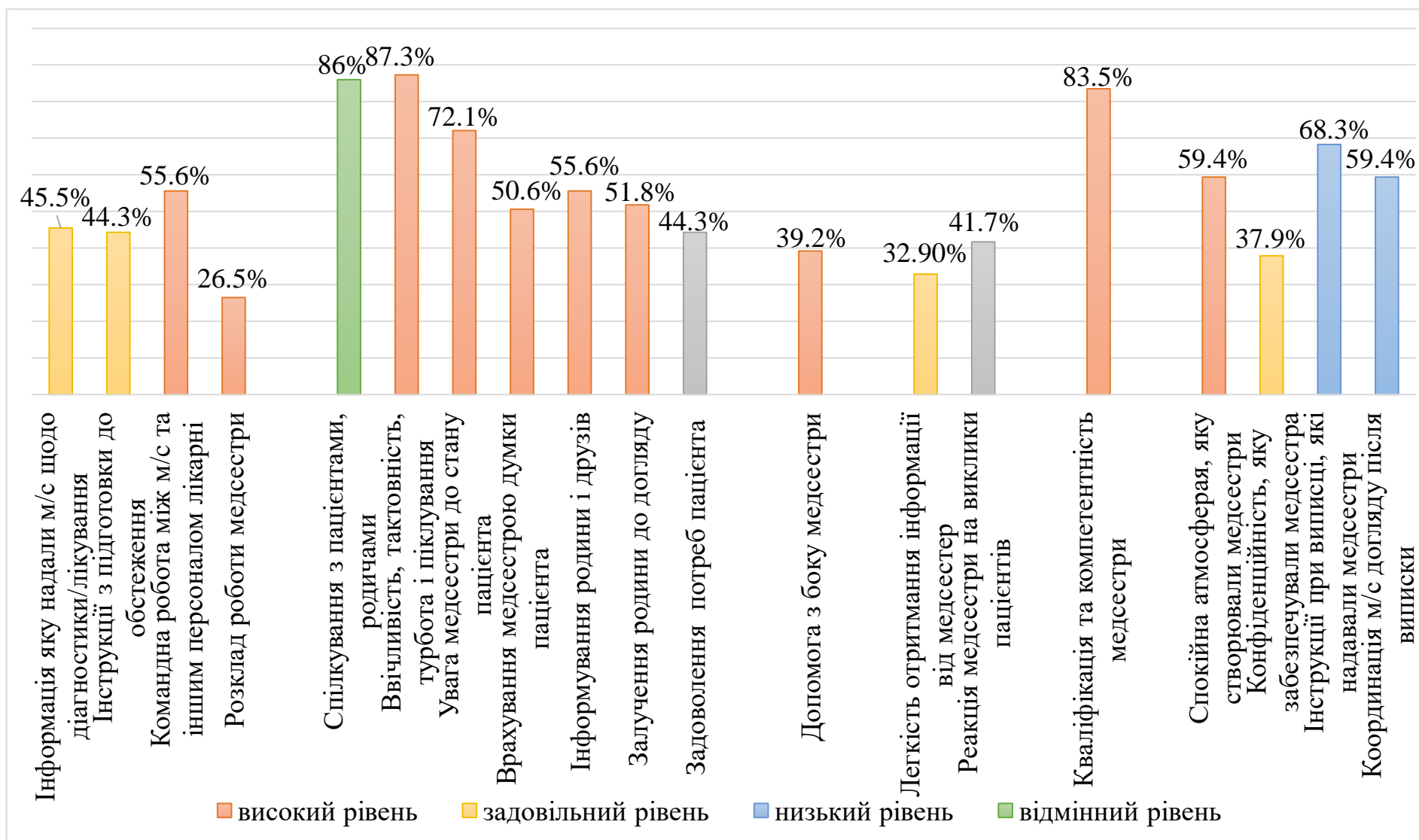


Рис.3.2.2 Оцінка медсестринського догляду в стаціонарних умовах лікування (%)

Виходячи з результатів анкетування, більше половини пацієнтів (63,2 %) висловили готовність рекомендувати лікувальний заклад своїм рідним і друзям, а понад 90% — із ентузіазмом підтвердили, що порадили б цю лікарню іншим у разі потреби. Ці дані вказують на високий рівень лояльності та довіри пацієнтів до закладу, а також їхню готовність повторно звернутися за медичною допомогою. Отримані показники є важливим індикатором якості надання медсестринських послуг і загальної задоволеності пацієнтів (рис. 3.2.3).

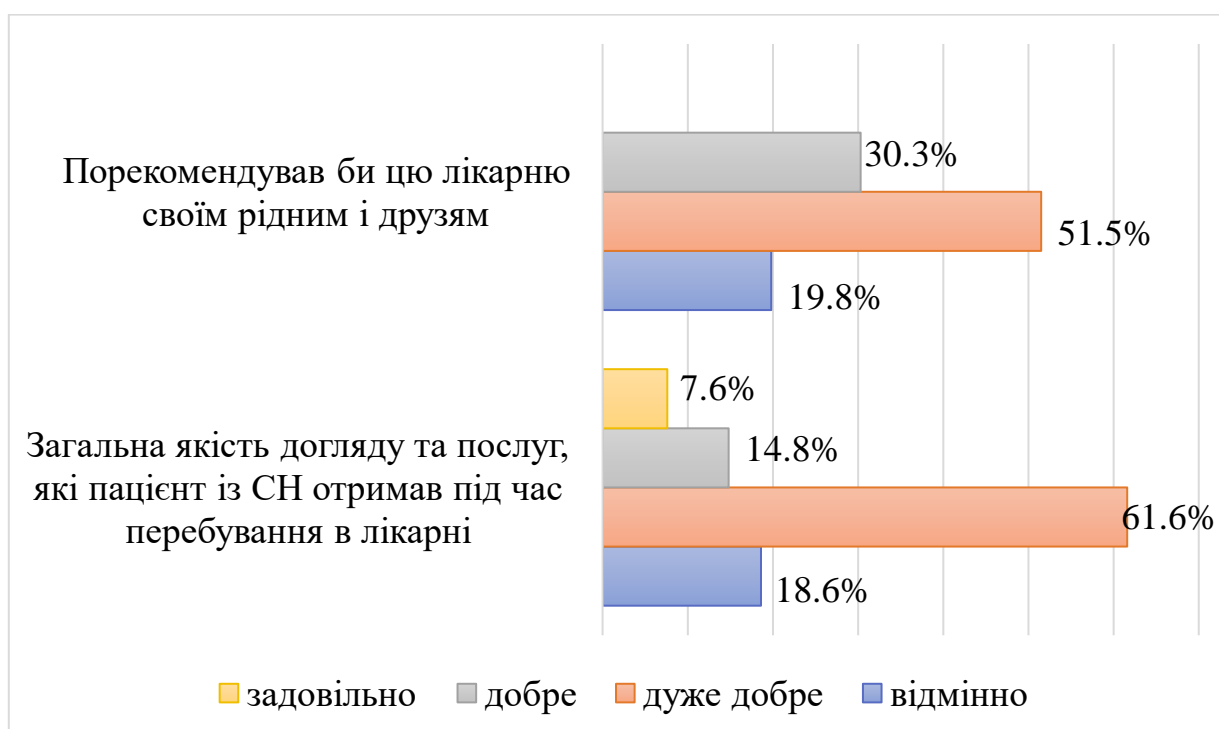


Рис. 3.2.3 Загальні враження пацієнтів із серцевою недостатністю від перебування у стаціонарі (%)

Враховуючи анамнестичні дані та наявні у хворих ознаки СН, можна зробити висновок про ефективність лікування основного захворювання та обґрунтованість вибору тактики ведення пацієнтів на стаціонарному етапі.

Рівень задоволеності медсестринським доглядом значною мірою залежав від тривалості перебування пацієнта в стаціонарі та тяжкості перебігу СН. Більш задоволеними були пацієнти із СН II-А стадії (63,41%), які відзначали покращення стану через 8,5 днів перебування в лікарні. Натомість хворі із СН II-Б стадії

демонстрували нижчий рівень задоволеності через тяжкість їхнього стану, та коротшим терміном госпіталізації (6,9 днів).

Вищу задоволеність доглядом та умовами перебування відзначили пацієнти зрілого та похилого віку (старші за 56 років — 58,2%), чоловічої статі (73,4%), які перебували у двомісних палатах (30,3%), а також повторно госпіталізовані до 4 разів за останні два роки (22,7%). Більшість респондентів позитивно оцінили плановість госпіталізації: поступлення з поліклініки (64,5%) до лікарні або безпосередньо у відділення [32, 35].

Водночас понад 91% хворих перебували у спільних палатах. Специфічні умови стаціонару, відмінні від домашніх, обмежене спілкування з родичами, відірваність від сім'ї, роботи та звичного способу життя та постійні контакти з іншими пацієнтами мали несприятливий вплив на емоційний стан хворих, що потенційно могло позначитися на процесі одужання та ефективності лікування.

Отже, пацієнти із СН II-A та II-B стадій загалом позитивно оцінювали сестринський догляд та умови перебування у стаціонарі. Вищий рівень задоволеності спостерігався у пацієнтів із менш тяжким станом, тривалішим перебуванням та повторними госпіталізаціями, тоді як пацієнти з важчим перебігом захворювання та коротким терміном лікування відзначали нижчий рівень задоволеності.

3.3 Готовність пацієнтів до виписки та медсестринські втручання

Готовність до виписки розглядається як інтегральна характеристика стану пацієнта, що відображає його суб'єктивну та об'єктивну готовність до подальшого лікування й самообслуговування в амбулаторних умовах. Вища готовність асоціюється з кращим самопочуттям, зменшенням ризику ускладнень та повторних госпіталізацій [189].

Аналіз готовності пацієнтів до виписки здійснювали на підставі результатів шкали RHDS з урахуванням самооцінки пацієнтів (Adult Form) та оцінки медичної сестри (Nurse Form) [36].

Значна частина хворих (68%) оцінили свій стан готовності до виписки як задовільний за показниками особистого (фізичного та емоційного) статусу, тоді як МС об'єктивно (81,5%) частіше фіксували достатню готовність. МС частіше оцінювали особистий статус готовності до виписки вище, ніж самі пацієнти ($p>0,005$), що могло свідчити про недооцінку пацієнтами власного фізичного та емоційного стану перед випискою.

Більшість респондентів (46,1%) мала низький рівень знань щодо медикаментозної терапії після повернення додому (режим прийому, дозування, корекція лікування залежно від симптомів). Лише 36,5% пацієнтів орієнтувалися у питаннях самообслуговування та особистого догляду в амбулаторних умовах, а знання щодо подальших дій у разі погіршення стану, доступу до медичної допомоги та соціальної підтримки мали лише 17,3%. МС значно рідше оцінювали рівень знань пацієнтів як низький ($p=0,03$), частіше визначаючи його як помірний або високий (35,6% та 26,2% відповідно), що свідчить про розбіжність між самооцінкою пацієнтів і професійною оцінкою персоналу.

Переважна частина опитаних (54%) вважали, що зможуть самостійно справлятися з передбачуваними труднощами, виконувати з вимоги повсякденного життя та здійснювати догляд за собою після виписки. Медичні сестри, оцінювали здатність пацієнтів долати труднощі достовірно вище, ніж самі пацієнти ($p<0,001$).

Позитивним був високий показник очікуваної допомоги в домашніх умовах, що сприяло б успішній реабілітації. Більшість пацієнтів (74,0%) очікували отримати задовільну емоційну підтримку та допомогу з боку родичів у разі потреби в догляді й медичному обслуговуванні після виписки, решта опитаних потребувала стороннього догляду. МС загалом оцінювали рівень очікуваної підтримки як високий (82,0%) (таб. 3.3.1).

**Оцінка готовності до виписки пацієнтів із серцевою недостатністю
(n=324), (з 95% ДІ), SD, M±m**

Готовність	Самооцінка пацієнта	Оцінка медичною сестрою	P
Особистий статус			
Низький	6,3±1,7 28,0% (95% ДІ: 23,1-32,9)	6,8±0,9 13,0% (95% ДІ: 9,3-16,7)	>0,05
Помірний	7,4±1,4 68,5% (95% ДІ: 63,4-73,6)	7,6±0,8 81,5% (95% ДІ: 77,3-85,7)	>0,05
Високий	8,7±0,9 4,0% (95% ДІ: 1,9-6,1)	8,9±0,7 5,5% (95% ДІ: 3,0-8,0)	>0,05
Знання			
Низький	5,6±1,0 46,1% (95% ДІ: 40,7-51,5)	6,2±0,8 38,2% (95% ДІ: 32,9-43,5)	<0,05
Помірний	7,5±1,2 36,5% (95% ДІ: 31,3-41,7)	7,8±0,9 35,6% (95% ДІ: 30,4-40,8)	>0,05
Високий	9,5±0,7 17,3% (95% ДІ: 13,2-21,4)	9,1±0,6 26,2% (95% ДІ: 21,4-31,0)	>0,05
Здатність долати труднощі			
Низький	5,5±1,2 26,5% (95% ДІ: 21,7-31,3)	6,0±0,9 9,6% (95% ДІ: 6,4-12,8)	<0,001
Помірний	7,8±1,1 19,5% (95% ДІ: 15,2-23,8)	7,7±0,7 18,2% (95% ДІ: 4,0-22,4)	<0,001
Високий	8,9±0,5 54,0% (95% ДІ: 48,6-59,4)	9,0±0,4 72,0% (95% ДІ: 67,1-76,9)	<0,05
Очікувана підтримка			
Низький	5,9±0,6 14,0% (95% ДІ: 10,2-17,8)	6,4±0,7 6,0% (95% ДІ: 93,4-8,6)	>0,05
Помірний	9,2±0,2 74,0% (95% ДІ: 69,2-78,8)	9,3±0,3 12,0% (95% ДІ: 8,5-15,5)	<0,001
Високий	7,8±0,5 12,0% (95% ДІ: 8,5-15,5)	8,0±0,6 82,0% (95% ДІ: 77,8-86,2)	<0,001

Примітка: ДІ – довірчий інтервал, SD – стандартне відхилення, M±m – середнє значення та стандартна похибка середнього, статистично значущими вважаються відмінності при p <0,05

За компонентом особистого статусу переважав помірний рівень готовності, що вказує на відносно стабільний функціональний стан. За результатами нашого

анкетування більш готовими до виписки були пацієнти молодшого віку (22,4%) чоловічої статі (64,2%), одружені і мали сім'ю (92,4%), проживали у місті (44,8%). Встановлено, що зі збільшенням тривалості госпіталізації рівень готовності до виписки знижувався. Умови стаціонару, відрив від звичного способу життя та обмеження спілкування негативно впливали на емоційний стан та процес одужання. Низькі показники готовності до виписки виявлено у пацієнтів із повторними госпіталізаціями понад 4 рази за останні 2 роки (77,4%), включаючи останню госпіталізацію [30].

Отримані результати підтвердили необхідність підвищення реальної готовності пацієнтів із СН до виписки шляхом впровадження додаткових освітніх втручань на завершальному етапі стаціонарного лікування.

В рамках програми безперервного медсестринського догляду ми запропонували посилити освітній компонент при «плануванні медсестринських втручань для ефективної підготовки до виписки».

Виписка пацієнта є переходом від стаціонарного лікування до домашнього або амбулаторного догляду, з формальною передачею відповідальності пацієнту та його родині. Медсестринські втручання в період виписки пацієнта є критично важливим елементом безперервного догляду, спрямованих на підвищення готовності пацієнта, покращення рівня знань про хворобу та її симптоми, розвиток навичок самоконтролю, збереження ЯЖ і функціональної активності, а також запобігання ускладненням і повторним госпіталізаціям шляхом своєчасного виявлення ознак декомпенсації та проведення навчання пацієнта.

В середині ХХ століття у світовій медичній практиці сформувався термін «планування виписки», який став науково обґрунтованою складовою ведення пацієнтів із хронічними захворюваннями, де ключова роль у плануванні відводиться медичній сестрі [192, 194, 215, 245].

В Україні такої практики немає, лікар формує виписку пацієнта, але не відповідає за подальшу організацію переходу пацієнта між рівнями допомоги. Тому найактивнішими учасниками цього процесу можуть бути медичні сестри. У сучасних програмах медсестринського догляду в Україні ми пропонуємо

впровадити координацію процесу планування виписки пацієнтів із серцевою недостатністю. У нашому дослідженні ми делегували ці обов'язки старшій медичній сестрі, яка спроможна їх виконати. В перспективі ми б розглядали окремі посади, які б займали медичні сестри з освітою бакалавра чи магістра: медичної сестри-координатора, яка б забезпечувала також навчання пацієнтів та підтримку самообслуговування.

Для ефективної підготовки пацієнтів із СН до виписки нами запропоновано планування медсестринських втручань в рамках безперервного медсестринського догляду. Акцент зроблено на своєчасному виявленні проблем пацієнтів, що ускладнюють процес виписки та подальше самостійне ведення захворювання: низька фізична та емоційна складова ЯЖ, статусу функціональної активності, недостатні знання про СН, розпізнавання симптомів, про поведінку, харчування, про ліки, низький рівень фізичної та емоційної готовності до виписки, незадоволеність якістю медсестринського догляду та умовами перебування в стаціонарі; недостатня підтримка самообслуговування, сприйняття симптомів, управління самообслуговуванням, низька прихильність до фармакотерапії та здорового способу життя; значна кількість повторних фізичних візитів до лікаря-кардіолога; високий ризик повторної госпіталізації.

Також ми пропонуємо цілеспрямовані медсестринські втручань для усунення цих проблем, які полягають в навчанні пацієнта підбирати дозволений вид фізичної активності; навчити пацієнта методам психічної саморегуляції; техніки енергозбереження; кардіореспіраторної тренуваності; пояснити причини і патогенез СН; навчити хворого розпізнавати та записувати симптоми; адекватно реагувати на загострення; навчити пацієнта обирати дозволені та заборонені продукти харчування, визначати вміст натрію в них; навчання пацієнта принципів фармакотерапії; контролю фізичних показників стану здоров'я; психоемоційна та соціальна підтримка; забезпечити належний лікувально-охоронний режим; оцінка очікувань пацієнта щодо умов перебування, режиму дня, відпочинку та приватності під час перебування в стаціонарі; навчання пацієнта щодо суті СН, підтримки самообслуговування, прийняття рішень; навчити пацієнта сприймати та правильно

інтерпретувати симптоми, навичкам самоспостереження; розпізнавати ранні ознаки декомпенсації та приймати обґрунтовані рішення; користуватися письмовими або візуальними нагадуваннями про прийом ліків; навчити пацієнта принципам здорового способу життя; регулярні дзвінки або месенджер-консультації з медичною сестрою. Медична сестра може надати усну інформацію та письмові інструкції (пам'ятка для пацієнта із ХСН із QR-кодом практичних рекомендацій), встановити ефективний, приватний канал комунікації (Telegram канал, бесіди дзвінки або месенджер-консультації). Втручання виконуються старшою медичною сестрою стаціонару та медичною сестрою кардіологічного кабінету поліклініки, в перспективі медичною сестрою-координатором. Детальний аналіз планування медсестринських втручань при виписці пацієнтів із СН в рамках безперервного медсестринського догляду наведений у таблиці 3.3.2.

Таблиця 3.3.2

Планування медсестринських втручань при координації виписки пацієнта із серцевою недостатністю в рамках безперервного медсестринського догляду

Проблема пацієнта	Мета	Медсестринські втручання	Очікуваний результат
Низька фізична складова якості життя (за MLHFQ ¹)	Підвищення толерантності до фізичного навантаження	Навчити пацієнта підбирати дозований режим фізичної активності (пам'ятка для пацієнта з ХСН за варіантом «Світлофора із QR-кодом практичних рекомендацій)	Зменшилась фізична обмеженість, зменшились проблеми зі сном, необхідність відпочинку протягом дня, обмеження у повсякденних справах, втома, слабкість
Низька емоційна складова якості життя (за MLHFQ ¹)	Зменшення емоційного напруження	Навчити пацієнта методам психічної саморегуляції (пам'ятка для пацієнта з ХСН за варіантом «Світлофора із QR-кодом практичних рекомендацій)	Зменшилось хвилювання, відчуття депресії, суму, роздратованість, стрес через хворобу, втрати самоконтролю, втрата інтересу до улюблених занять, відчуття ізоляції, страх погіршення стану. Покращилось зосередження, пам'ять, Зникли проблеми у спілкуванні з родиною. Вміють визначати емоційні труднощі та бар'єри, знають методи саморегуляції.

Продовження таблиці 3.3.2

<p>Низький показник пікового (максимального) споживання кисню ($VO_2 \text{ max}$) статусу функціональної активності (за $DASI^2$)</p>	<p>Підвищити рівень пікового (максимального) споживання кисню ($VO_2 \text{ max}$)</p>	<p>Навчити пацієнтів кардіореспіраторної тренуваності, чергувати активність і відпочинок (пам'ятка для пацієнта з ХСН за варіантом «Світлофора із QR-кодом практичних рекомендацій»)</p>	<p>Пацієнт може виконувати легку, помірну, важку роботу по дому, виконувати роботу у дворі, підніматися сходами, підбирати інтенсивність навантаження, вмiє виявляти обмеження у фізичному навантаженні, визначати реакції організму на навантаження. Зменшення втоми та підвищення повсякденної активності. Пацієнт може обслуговувати себе самостійно без сторонньої допомоги, обирати легкі, помірні, важкі види відпочинку</p>
<p>Низький показник еквіваленту класифікації інтенсивності (METs) статусу функціональної активності (за $DASI^2$)</p>	<p>Підвищити еквівалент класифікації інтенсивності (METs)</p>	<p>Навчити пацієнта техніки енергозбереження (уникати поспіху, сидячи виконувати побутові справи, розпізнавати ознаки погіршення самопочуття (задишка, втома))</p>	<p>Пацієнт вмiє підтримувати регулярну активність (щоденні прогулянки), збільшувати її тривалість, запобігати перенавантаженню, припиняти навантаження при погіршенні самопочуття</p>

Продовження таблиці 3.3.2

<p>Низький рівень емоційної готовності до виписки (за RHDS³)</p>	<p>Підвищення емоційного статусу готовності до виписки.</p>	<p>Психоемоційна та соціальна підтримка (телефонні/месенджер консультації з медичною сестрою кардіологічного кабінету поліклініки).</p>	<p>Пацієнт отримає підтримку та турботу вдома, має задовільні умови проживання, не відчуває дискомфорту, сповнений сил, енергії.</p>
<p>Низький рівень фізичної готовності до виписки (за RHDS³)</p>	<p>Підвищення фізичного статусу готовності до виписки.</p>	<p>Навчання контролю фізичних показників стану здоров'я.</p>	<p>Пацієнт знає норму та може підтримувати стабільні показники ЧСС, АТ, дихання, контролювати набряки, задишку, біль, самостійно й ефективно продовжувати відновлення вдома, долати труднощі вдома, отримати підтримку та турботу, має задовільні умови проживання</p>
<p>Часткова незадоволеність якістю медсестринського догляду (за PSNCQQ⁴)</p>	<p>Покращення якості медсестринського догляду</p>	<p>Виявити причини незадоволеності та прогалини у наданні догляду. Надавати зрозумілі відповіді на запитання.</p>	<p>Пацієнт активно залучений до обговорення плану медсестринського догляду та інструкцій з підготовки до виписки</p>

Продовження таблиці 3.3.2

<p>Часткова незадоволеність умовами перебування в стаціонарі (за PSNCQQ⁴)</p>	<p>Покращення умов у лікарні відповідно потребам пацієнта із СН</p>	<p>Виявити причини незадоволеності. Забезпечити належний лікувально-охоронний режим відділення, сприяти адаптації пацієнта до умов стаціонару, допомогти в організації побутових потреб, узгодження часу процедур</p>	<p>Пацієнт почуває себе в безпеці, комфортних умовах, відчуває сприятливий психологічний клімат.</p>
<p>Недостатні знання про серцеву недостатність (низький рівень за АНФКТ⁵)</p>	<p>Підвищення рівня знань про хворобу</p>	<p>Пояснити причини та патогенез. Інформаційні матеріали («Пам'ятки для пацієнта з ХСН за варіантом «Світлофора» із QR-кодом практичних рекомендацій)</p>	<p>Пацієнт розуміє суть свого захворювання, причини, перебіг та ускладнення.</p>
<p>Недостатні знання розпізнавання симптомів (низький рівень за АНФКТ⁵)</p>	<p>Підвищення рівня знань щодо розпізнавання симптомів</p>	<p>Навчити пацієнта розпізнавати та фіксувати симптоми у щоденнику моніторингу симптомів СН. Пояснити, які симптоми потребують термінового звернення (за варіантом «Світлофора») до лікаря чи медичної сестри.</p>	<p>Пацієнт вміє розпізнавати симптоми погіршення стану та правильно реагувати (звернутись до медичної сестри/лікаря, корекція режиму).</p>

Продовження таблиці 3.3.2

Недостатні знання про поведінку (низький рівень за АНФКТ ⁵)	Підвищення рівня знань щодо поведінки	Навчити пацієнта правильно реагувати на симптоми, ознаки загострення, побічні ефекти від прийому ліків.	Пацієнт демонструє адекватну поведінку (знає чого очікувати у разі появи/загострення симптомів, побічних ефектів від ліків). Розуміє власну роль у самоконтролі. Усвідомлює важливість дотримання рекомендацій.
Недостатні знання про харчування (низький рівень за АНФКТ ⁵)	Підвищення рівня знань щодо харчування	Навчити пацієнта обирати дозволені та заборонені продукти харчування, навчити визначати вміст натрію в них. Інформаційні матеріали («Пам'ятки для пацієнта з ХСН за варіантом «Світлофора» QR-кодом практичних рекомендацій в амбулаторних умовах»). Надати контакти медичної сестри кардіологічного кабінету.	Пацієнт знає дозволені та заборонені продукти харчування, звертає увагу на вміст натрію в них. Дотримується дієтичних рекомендацій (DASH дієта)

Продовження таблиці 3.3.2

<p>Недостатні знання про ліки (низький рівень за АНФКТ⁵)</p>	<p>Підвищення рівня знань щодо дії ліків</p>	<p>Навчання пацієнта основам фармакотерапії (мета, дія, правила прийому кожного препарату, їх регулярність). Інформаційні матеріали («Пам'ятки для пацієнта з ХСН за варіантом «Світлофора» із QR-кодом практичних рекомендацій в амбулаторних умовах»). Надати контакти медичної сестри кардіологічного кабінету для подальших консультацій (телефон, месенджер) в амбулаторних умовах.</p>	<p>Пацієнт розуміє мету, дію та правила прийому і важливість регулярного прийому призначених препаратів.</p>
<p>Низька прихильність до фармакотерапії (за хворобо-специфічна анкета⁶)</p>	<p>Формування високої прихильності до фармакотерапії</p>	<p>Пояснити мету лікування, призначення ліків від СН, очікуваних ефектів, можливих побічних реакцій і дій у разі їх появи. Навчити користуватися письмовими або візуальними нагадуваннями про прийом ліків (органайзери). Усні інструкції щодо прийому ліків. Перевірити наявність медикаментів. Пояснити наслідки пропуску. Обговорити бар'єри дотримання медикаментозного режиму</p>	<p>Пацієнт демонструє знання щодо прийому ліків і дотримується призначеної схеми лікування. Не пропускає дози не відмінює ліки при покращенні стану.</p>

Продовження таблиці 3.3.2

		(забудькуватість, когнітивні розлади, психологічні розлади, фінансові труднощі). Пам'ятка для пацієнта з СН за варіантом «Світлофора із QR-кодом практичних рекомендацій	Веде щоденник моніторингу симптомів СН. Не боїться побічного ефекту призначених ліків.
Низька прихильність до здорового способу життя (за хворобо-специфічна анкета ⁶)	Формування прихильності до регулярної фізичної активності, харчування, режиму дня.	Пояснити зв'язок між способом життя та перебігом СН. Навчання принципам здорового харчування з обмеженням солі. Надати письмові (пам'ятка для пацієнта з ХСН за варіантом «Світлофора із QR-кодом практичних рекомендацій) та усні інструкції щодо принципів здорового способу життя. Вести «щоденник моніторингу симптомів СН»	Пацієнт дотримується здорового способу життя (харчування, фізичної активності, режиму дня, сну) Відмовився від шкідливих звичок (алкоголь, куріння)
Недостатня підтримка самообслуговування (за SCHFI ⁷)	Підвищити здатність пацієнта до ефективної підтримки самообслуговування м, прийняття рішень.	Навчання пацієнта щодо суті СН, підтримки самообслуговування (контроль маси тіла, АТ, набряків, вести облік ліків, дієта з обмеженням солі та рідини). Надати письмові інструкції (пам'ятка для пацієнта з ХСН за варіантом «Світлофора із QR-кодом практичних рекомендацій).	Пацієнт вмiє контролювати свій стан (маса тіла, артеріальний тиск, набряки). Дотримується режиму харчування.

Продовження таблиці 3.3.2

		Рекомендувати вести «щоденник моніторингу симптомів СН».	Обмежує споживання солі та рідини. Дотримується режиму відпочинку та сну, режиму прийому ліків. Своєчасно відвідує лікаря або звертається до медичної сестри.
Недостатня підтримка самообслуговування (за SCHFI ⁷)	Підвищити здатність пацієнта до ефективної підтримки самообслуговуванням, прийняття рішень.	Навчання пацієнта щодо суті СН, підтримки самообслуговування (контроль маси тіла, АТ, набряків, вести облік ліків, дієта з обмеженням солі та рідини). Надати письмові інструкції (пам'ятка для пацієнта з ХСН за варіантом «Світлофора із QR-кодом практичних рекомендацій»). Рекомендувати вести «щоденник моніторингу симптомів СН».	Пацієнт вміє контролювати свій стан (маса тіла, артеріальний тиск, набряки). Дотримується раціонального харчування та режиму. Обмежує споживання солі та рідини. Дотримується режиму відпочинку та сну, режиму прийому ліків. Своєчасно відвідує лікаря або звертається до медичної сестри.

Продовження таблиці 3.3.2

<p>Недостатнє сприйняття симптомів СН (за SCHFI⁷)</p>	<p>Підвищити здатність пацієнта до правильного сприйняття симптомів</p>	<p>Навчити пацієнта сприймати та правильно інтерпретувати симптоми. Навчити навичкам самопостереження. Надати письмові інструкції (пам'ятка для пацієнта з ХСН за варіантом «Світлофора» із QR-кодом практичних рекомендацій). Вести «щоденник моніторингу симптомів СН». Підтримувати регулярний зв'язок з медсестрою</p>	<p>Пацієнт вміє розпізнавати ранні ознаки погіршення стану (наростання задишки, набряків, втомлюваність, різке збільшення маси тіла за короткий проміжок часу, зміни самопочуття) та усвідомлює їхній зв'язок із СН. Своєчасно реагує на появу симптомів (зважається, відпочиває, приймає ліки). Веде щоденник моніторингу симптомів/ознак СН</p>
<p>Недостатнє управління самообслуговуванням (за SCHFI⁷)</p>	<p>Підвищити здатність пацієнта до ефективного управління самообслуговуванням. Підвищити впевненість у</p>	<p>Навчити пацієнта своєчасно реагувати на симптоми, розпізнавати ранні ознаки декомпенсації. Надати</p>	<p>Пацієнт вміє приймати обґрунтовані рішення при погіршенні стану (зменшити рідину, додатково</p>

Продовження таблиці 3.3.2

	власних діях щодо контролю симптомів СН.	письмові інструкції із QR-кодом практичних рекомендацій	прийняти діуретик за рекомендацією лікаря), оцінити ефективність власних дій. Звертається по медичну допомогу.
Недостатній рівень медичної поінформованості (за «Оцінка потреб пацієнта із СН у медичній інформації та способу взаємодії з медичною сестрою» ⁸⁾)	Підвищити рівень медичної поінформованості пацієнта	Оцінити рівень поінформованості. Надати усну інформацію та письмові інструкції (пам'ятка для пацієнта із ХСН із QR-кодом практичних рекомендацій).	Підвищення рівня поінформованості. Пацієнт адекватно розуміє надану інформацію. Пацієнт і родина правильно визначають ранні ознаки загострення, вміють контролювати заповнювати щоденник/ознак СН в амбулаторних умовах
Недостатня комунікація з медичною сестрою (за «Оцінка потреб пацієнта із СН у медичній інформації та способу взаємодії з медичною сестрою» ⁸⁾)	Підсилення комунікації. Налагодити ефективну, довірливу та регулярну комунікацію	Виявити причини недостатньої комунікації. Встановити ефективний, приватний канал комунікації (Telegram канал, бесіди дзвінки або месенджер-консультації) для запитань.	Пацієнт і родина ставлять запитання, повідомляють про зміни свого стану, дотримуються рекомендацій, приймають участь в догляді.

Продовження таблиці 3.3.2

Значна кількість повторних візитів до лікаря-кардіолога	Зменшити частоту повторних візитів	Регулярні дзвінки або месенджер-консультації	Пацієнт контролює свій стан, співпрацює з медичною сестрою
Високий ризик повторної госпіталізації	Зменшити повторні госпіталізації	Організація безперервного медсестринського догляду	Пацієнт включений у систему спостереження, має план наступних контактів з медичною сестрою кардіологічного кабінету поліклініки.

Примітка 1 – Міннесотська анкета якості життя пацієнтів із серцевою недостатністю, 2 – Індекс функціональної активності Дьюка, 3 – Шкала оцінки готовності пацієнта до виписки з лікарні, 4 – опитувальник оцінки задоволеності пацієнтів якістю медсестринського догляду 5 – Атлантський тест знань про серцеву недостатність 6 – хворобо-специфічна анкета відділу серцевої недостатності розроблена ННЦ «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска» НАМН України для оцінки прихильності до лікування, 7 – Шкала самообслуговування при серцевій недостатності, 8 – опитувальник «Оцінка потреб пацієнта із серцевою недостатністю у медичній інформації та взаємодії з медичною сестрою»

Планування медсестринських втручань при виписці пацієнтів із СН є ключовим етапом безперервного догляду, спрямованого на підвищення готовності пацієнта до виписки, розвиток навичок самоконтролю, підтримку функціональної активності та якості життя, а також запобігання ускладненням і повторним госпіталізаціям.

Ефективність таких втручань значною мірою залежить від професійних компетенцій МС. Лише поєднання клінічних, організаційних, комунікативних та освітніх навичок дозволяє забезпечити системний, безперервний догляд, своєчасно виявляти ознаки декомпенсації та ефективно координувати подальше амбулаторне спостереження.

У рамках дослідження були обґрунтовані ключові професійні компетенції медичної сестри (старша медична сестра, в перспективі медична сестра-координатор), у веденні пацієнтів із СН, які охоплюють клінічні, освітньо-консультативні, комунікативно-етичні, організаційні та аналітико-наукові аспекти, що забезпечують безперервність догляду й готовність пацієнта до виписки. Детальний аналіз професійних компетенцій медичної сестри з безперервного, комплексного догляду за пацієнтами із СН наведений у таблиці 3.3.3.

Таким чином, для забезпечення комплексного догляду за пацієнтами із СН медична сестра повинна володіти ключовими професійними компетенціями, які охоплюють всі етапи підготовки, виписки та подальшого спостереження.

Таблиця 3.3.3

Професійні компетенції медичної сестри з безперервного, комплексного догляду за пацієнтами із серцевою недостатністю

Напрямок професійних компетенцій	Зміст та основні компоненти компетенцій
Клінічні компетенції	Моніторинг артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, частоти дихання, температури тіла; ступеня набряків, щоденний контроль маси тіла, оцінка діурезу, кольору сечі. Оцінка симптомів декомпенсації (задишка, набряки, втома, зниження толерантності до навантажень). Виконання призначених лікарем процедур і маніпуляцій. Контроль за дотриманням режиму медикаментозної терапії та спостереження за побічними реакціями.
Освітньо-консультативні компетенції	Оцінка якості життя та функціональної активності; рівня знань про СН; задоволеності пацієнтів медсестринським доглядом; готовності до виписки; самообслуговування; прихильності до лікування; потреб пацієнта із СН у медичній інформації та взаємодії з медичною сестрою. Забезпечення пацієнта та його родину інформаційними матеріалами щодо самообслуговування, дотримання дієти, фізичної активності, корекції прийому ліків, після консультації та узгодженості дій з лікарем (пам'ятка пацієнта із ХСН за варіантом кольорового «Світлофора» з QR-кодом практичних рекомендацій) (див. Додаток Д). Проведення 2-годинного теоретичного та практичного навчання пацієнтів і родичів.

	Формування навичок розпізнання симптомів загострення СН та ведення «Щоденника моніторингу симптомів серцевої недостатності» (див. Додаток Г);
Організаційні компетенції	Координація взаємодії між пацієнтом, лікуючим лікарем, іншими спеціалістами (дієтолог, невропатолог, нефролог, психолог, кардіолог, сімейний лікар, фізіотерапевт, фармацевт). Планування та реалізація індивідуального медсестринського догляду з урахуванням клінічного стану, стадії СН, функціонального класу СН та потреб пацієнта. Планування медсестринських втручань при координації виписки пацієнта із серцевою недостатністю. Дистанційний моніторинг симптомів та ознак СН (Telegram канал). Забезпечення наступності догляду після виписки (співпраця з медичною сестрою кардіологічного кабінету поліклініки).
Комунікативні та етичні компетенції	Підтримка зв'язку в телефонному режимі, за допомогою месенджерів. Комунікація відповідно до віку, статі, когнітивних можливостей пацієнта. Врахування думки та рішень пацієнта щодо догляду, лікування. Дотримання етичних і деонтологічних принципів у спілкуванні. Прояв емпатії, терпимості, стресостійкості та психологічної підтримки.
Аналітико-наукові компетенції	Аналіз ефективності безперервного медсестринського догляду: оцінка навчання, результатів і їх корекція. Виявлення тенденцій до декомпенсації або стабілізації стану. Оцінка кількості фізичних візитів до кардіолога поліклініки. Оцінка частоти повторних госпіталізацій. Оцінка ефективності освітньої програми, ведення щоденника моніторингу симптомів СН. Орієнтація на сучасні Орієнтація

3.4 Оцінка рівня знань та ефективності навчання

У рамках дослідження було організовано навчання пацієнтів із СН безпосередньо в умовах стаціонару, що дозволило підвищити їхню обізнаність щодо особливостей перебігу захворювання, модифікації способу життя та необхідності дотримання призначеної терапії.

Освітньо-консультативна діяльність є ключовою у запобіганні декомпенсаціям, адже пацієнт, який розуміє особливості свого стану, краще дотримується рекомендацій і своєчасно реагує на зміни самопочуття [63, 105].

Вплив ефективності навчання на знання пацієнтів із СН в стаціонарних умовах визначали у 62 хворих із серцевою недостатністю II-А,Б стадії Атлантського тесту знань про серцеву недостатність [134, 151, 173, 245]. Усім хворим проведено фактичну оцінку знань на початку госпіталізації та через 6 місяців після проведеного нами навчання.

Соціально-демографічні та клінічні характеристики пацієнтів, зокрема вік, освіта, сімейний статус, коморбідність та тривалість госпіталізації, враховувалися при адаптації змісту, форми та темпу освітніх медсестринських втручань для підвищення ефективності засвоєння інформації [31].

Навчальна програма була логічно організована, охоплювала всі основні сфери знань щодо захворювання, медикаментозної терапії, способу життя та самоконтролю, що забезпечило комплексне розуміння пацієнтами ключових аспектів їхнього стану.

При оцінці загального балу знань у пацієнтів до навчання найбільш результативною (найбільше правильних відповідей) була сфера знань про хворобу у 72,5 %, а найменш – прийом ліків у 65,5 %, харчування у 66,1 %, сфера поведінки у 56,4 %, розпізнавання симптомів 58,1 % (рис. 3.4.1)

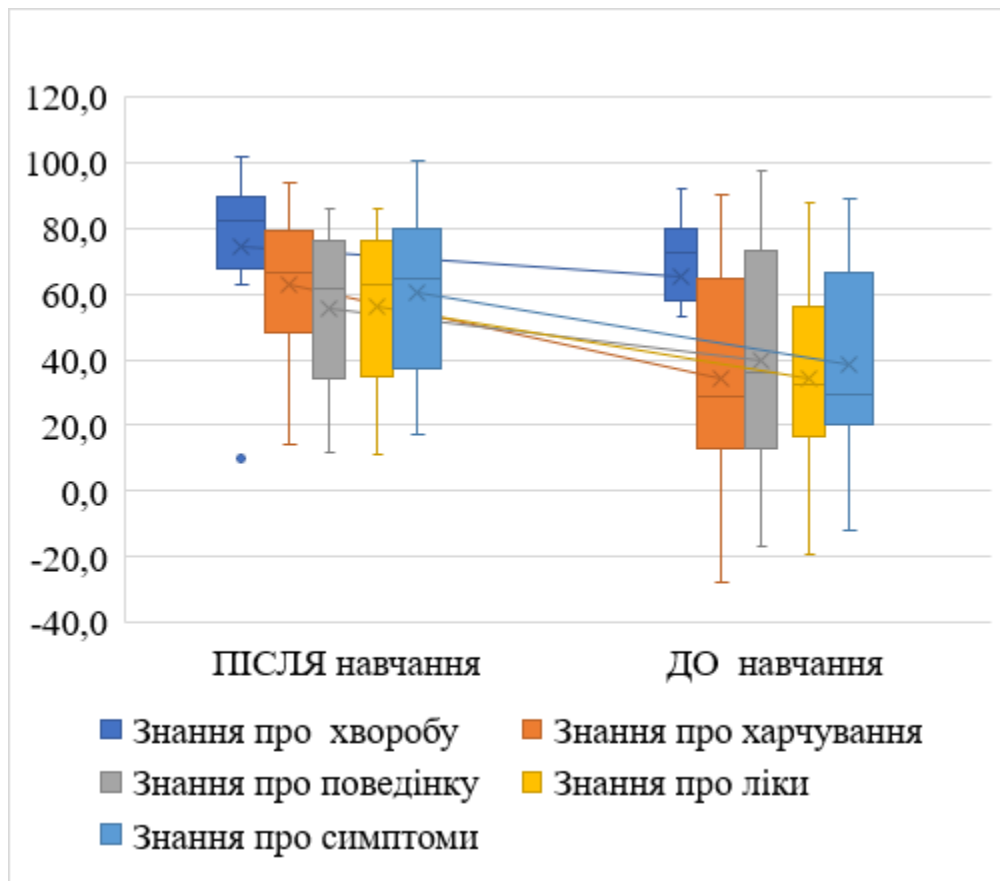


Рис 3.4.1 Динаміка рівня знань пацієнтів за результатами анкетування до та після навчання (порівняння у %), Me [Q₁; Q₃].

Примітка: Me – медіана, Q₁, Q₃ – діапазон значень (мінімальне та максимальне)

Участь медичної сестри у навчальних заходах, проведених у стаціонарних умовах, суттєво підвищила обізнаність пацієнтів у всіх сферах знань із середнього показника 45,1% до 69,3 % ($p < 0,05$), що свідчило про ефективність структурованого навчання у покращенні розуміння пацієнтами ключових аспектів їхнього захворювання. Основні результати показали, що пацієнти, які взяли участь у навчальній програмі, покращили свої знання про серцеву недостатність до 82,2 %, розпізнавання симптомів до 78,0%, поведінку до 58,8%, харчування до 66,4%, терапевтичні схеми лікування (до 58,5%). Детальний аналіз динаміки знань пацієнтів із серцевою недостатністю щодо захворювання та симптомів до та після навчання наведений у таблиці 3.4.1.

Динаміка знань пацієнтів із (з 95% ДІ) щодо захворювання та симптомів до та після навчання (n=62)

Сфера знань	Показник	До навчання (% правильних відповідей) n=62	Після навчання (% правильних відповідей) n=62	p-value (χ^2 - тест)
Знання хвороби	Серцева недостатність – це проблема, при якій серце не в змозі перекачувати достатню кількість крові.	82,21% (95% ДІ: 72,7-91,8)	91,93% (95% ДІ: 85,1-98,7)	>0,05
	Серцеву недостатність не можна вилікувати, але її можна контролювати.	62,91% (95% ДІ: 50,9-74,9)	72,58% (95% ДІ: 61,5-83,7)	>0,05
Знання симптомів	Телефонують лікарю при втраті 2 кг за ніч.	24,20% (95% ДІ: 13,5-34,9)	77,41% (95% ДІ: 67,0-87,8)	<0,001
	Набір 2-3 кг за кілька днів	29,35% (95% ДІ: 18,1-40,6)	83,87 (95% ДІ: 74,7-93,0)	<0,001
	Обмеження рідини можна контролювати жуванням жуйки або льодяників.	24,19% (95% ДІ: 13,5-34,9)	91,93% (95% ДІ: 85,1-98,7)	<0,001
	Повідомляють лікаря про набряки чи посилену задишку.	18,12% (95% ДІ: 7,0-25,3)	41,93% (95% ДІ: 29,6-54,2)	<0,05
	Відпочивають при появі задишки, болю, запаморочення під час фізичних навантажень.	88,71% (95% ДІ: 80,8-96,6)	95,16% (95% ДІ: 89,8-100,0)	>0,05

Примітка: ДІ – довірчий інтервал, статистично значущими вважаються відмінності при $p < 0,05$

Після навчальних заходів знання пацієнтів щодо СН та її симптомів суттєво покращилися, особливо щодо ознак, які потребують негайного звернення до лікаря у разі різкої зміни маси тіла (2–3 кг за 1–2 дні), наростання набряків та методів контролю рідини.

Під час оцінки знань пацієнтів щодо поведінкових аспектів догляду до навчання значна частина (80,6%) з опитаних, мали базове розуміння необхідності уникати солоної їжі. Майже всі пацієнти розуміли важливість обмеження алкоголю, недостатнім залишалось усвідомлення шкоди куріння.

Менш результативними до навчання виявилися аспекти самоконтролю: менше половини пацієнтів зважувалися щодня, а правильний час доби для зважування знали близько чверті. Після навчання ці звички покращились. Хоча 83 % пацієнтів розуміли поняття кардіореабілітації, більшість (74,1%) асоціювали його лише з обмеженням фізичної активності.

Лише близько чверті пацієнтів із СН адекватно усвідомлювали значення профілактичної поведінки щодо вакцинації та регулярних візитів до кардіолога.

У сфері харчування найбільш засвоєним виявився пункт «Обмеження споживання рідини за призначенням лікаря». Водночас значні прогалини спостерігалися у розумінні продуктів з різним вмістом натрію: лише невелика частина пацієнтів змогла правильно ідентифікувати продукти із високим та низьким вмістом натрію, правильно вказати рекомендовану добову норму споживання натрію для пацієнтів із СН (<3000 мг/добу).

Після проведеного освітнього втручання пацієнти почали самостійно планувати раціон із низьким вмістом натрію та рідини.

Щодо поведінкових аспектів деякі питання залишалися менш засвоєними: зусилля пацієнтів щодо відмови від куріння та обмеження алкоголю продемонстрували менший приріст, а обізнаність про щорічну вакцинацію та регулярні візити до кардіолога залишалася недостатньою (табл. 3.4.2)

Динаміка знань пацієнтів із СН (з 95% ДІ) щодо харчування та поведінкових аспектів до та після навчання (n=62)

Сфера знань	Показник	До (% правильних відповідей) n=62	Після (% правильних відповідей) n=62	p- value (χ^2 - тест)
Знання про харчування	Обмеження солі (<3000 мг/добу)	20,96% (95% ДІ: 10,83-31,09)	77,41% (95% ДІ: 76,00-87,82)	<0,001
	Вода, молоко, морозиво, йогурт, киселі, супи вважаються рідиною	22,58% (95% ДІ: 12,17-32,99)	69,35 % (95% ДІ: 57,87-80,83)	<0,001
	Обмеження рідини	48,38% (95% ДІ: 35,94-60,82)	74,19% (95% ДІ: 63,30-85,08)	<0,001
	Продукти з високим вмістом натрію	29,03% (95% ДІ: 17,73-40,33)	66,12 % (95% ДІ: 54,34-77,90)	<0,001
	Продукти з основним джерелом натрію (солі)	12,90% (95% ДІ: 4,56-21,24)	58,06% (95% ДІ: 45,78-70,34)	<0,001
	Продукти з низьким вмістом натрію	61,29% (95% ДІ: 49,17-73,41)	90,32% (95% ДІ: 82,96-97,68)	<0,001
	Десерт з найменшим вмістом натрію	62,90% (95% ДІ: 50,88-74,92)	83,87% (95% ДІ: 74,71-93,03)	<0,001
	Фаст-фуд з найменшим вмістом натрію	12,90% (95% ДІ: 4,56-21,24)	56,40% (95% ДІ: 44,06-68,74)	<0,001

Продовження таблиці 3.4.2

	Кількість натрію яка міститься в одній порції супу	29,03% (95% ДІ: 17,73- 40,33)	53,22% (95% ДІ: 40,80- 65,64)	<0,05
Знання щодо поведінки	Намагалися кинути палити	58,08% (95% ДІ: 45,80- 70,36)	67,74% (95% ДІ: 56,10- 79,38)	>0,05
	Обмежили вживання алкогольних напоїв	91,93% (95% ДІ: 85,15- 98,71)	77,41% (95% ДІ: 67,00- 87,82)	<0,05
	Найкращий час для щоденного зважування	27,41% (95% ДІ: 16,31- 58,51)	70,94% (95% ДІ: 59,64- 82,24)	<0,05
	Зважуються щодня	45,16% (95% ДІ: 32,77- 57,55)	64,51% (95% ДІ: 52,60- 76,42)	<0,05
	Люди з СН займаються фізичною активністю більшість днів на тиждень	20,96% (95% ДІ: 10,83- 31,09)	43,51% (95% ДІ: 31,17- 55,85)	<0,05
	Важливість щорічної вакцинації та регулярних візитів до лікаря	25,80% (95% ДІ: 14,91- 36,69)	29,03% (95% ДІ: 17,73- 40,33)	>0,05

Примітка: ДІ – довірчий інтервал, статистично значущими вважаються відмінності при $p < 0,05$

Після проведеного навчання у пацієнтів із СН відзначалося покращення рівня знань, передусім у сфері харчування, зокрема щодо обмеження солі та рідини, розпізнавання продуктів з різним вмістом натрію та читання харчових порцій. Позитивні зміни у поведінкових знаннях, зокрема щодо щоденного зважування та

фізичної активності. Окремі поведінкові аспекти, зокрема спроби відмови від паління та усвідомлення важливості вакцинації та регулярних візитів до лікаря, потребували додаткових цільових освітніх втручань в довгостроковому періоді.

До навчання виявлено значний дефіцит знань пацієнтів у сфері медикаментозного лікування. Найкраще пацієнти орієнтувалися в пункті «Дії у разі пропущеного прийому ліків». Лише близько третини (32,2%) не припиняли прийом препаратів при покращенні самопочуття. Хворі частково знали механізм дії діуретиків (лазикс, фуросемід, торасемід), проте лише частина з них усвідомлювали необхідність додаткового прийому калію. Менше чверті пацієнтів розуміли дію інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) та бета-блокаторів і могли навести приклади (капотен, вазотек, лізиноприл, карведілол, бісопролол, метопролол, атенолол).

Найменше обізнані пацієнти були щодо вибору безрецептурних знеболювальних препаратів при супутніх симптомах (наприклад, головному болю).

Після навчання найбільший прогрес відзначався у розумінні необхідності регулярного прийому ліків, навіть за умови покращення самопочуття (зростання більш ніж удвічі, $p < 0,001$), а також у знаннях про роль бета-блокаторів ($p < 0,001$). Виявлено покращення щодо уявлень про діуретики, калій та інгібітори АПФ. Водночас знання про дії у випадку пропуску прийому ліків не продемонстрували значущої динаміки ($p > 0,05$), що свідчить про потребу у додатковому акцентуванні цього питання під час освітніх втручань. Загалом після навчання пацієнти стали більш свідомо підходити до фармакотерапії (табл. 3.4.3)

Таблиця 3.4.3

Динаміка знань пацієнтів із СН (з 95% ДІ) щодо медикаментозної терапії до та після навчання (n=62)

Сфера знань	Показник	До навчання (% правильних відповідей) (n = 62)	Після навчання (% правильних відповідей) (n = 62)	p-value (χ^2 - тест)

Знання про ліки	Не пропускають прийом ліків від СН, коли почувуються краще	32,25% (95% ДІ: 21,9–42,6)	80,64% (95% ДІ: 70,8–90,5)	<0,001
	Якщо пацієнт пропустив прийом ліків, він повинен прийняти їх одразу, як тільки згадає	64,51% (95% ДІ: 52,8–76,2)	67,74% (95% ДІ: 56,1–79,4)	>0,05
	Знання про діуретики (виводять рідину)	54,83% (95% ДІ: 43,1–66,6)	72,58% (95% ДІ: 61,4–83,7)	<0,05
	Знання про калій (необхідність додаткового прийому під час терапії діуретиками)	40,32% (95% ДІ: 28,8–51,9)	59,67% (95% ДІ: 48,1–71,3)	<0,05
	Знання про інгібітори АПФ розслабляють судини, запобігають затримці солей)	24,19% (95% ДІ: 14,3–34,1)	41,93% (95% ДІ: 30,8–53,1)	<0,05
	Знання про бета-блокатори (уповільнюють частоту серцевих скорочень)	17,74% (95% ДІ: 9,0–26,5)	58,06% (95% ДІ: 46,3–69,8)	<0,001
	Вибір безрецептурних засобів (знеболювальні тощо)	12,90% (95% ДІ: 5,2–20,6)	29,03% (95% ДІ: 18,6–39,4)	<0,05

Примітка: ДІ – довірчий інтервал, статистично значущими вважаються відмінності при $p < 0,05$

Доцільність медсестринського навчання як ефективного інструменту підвищення поінформованості та самоконтролю пацієнтів із СН підтверджує покращення більшості показників знань щодо медикаментозної терапії, зокрема суттєве зростання прихильності до безперервного прийому препаратів від СН, обізнаності щодо дії діуретиків, необхідності контролю калію, а також усвідомлення ролі інгібіторів АПФ та β -блокаторів.

Таким чином, оцінка рівня знань пацієнтів із СН показала недостатню обізнаність щодо самоконтролю, режиму прийому ліків та ознак декомпенсації, що підкреслює необхідність цілеспрямованого медсестринського навчання.

Проведені освітні втручання мали комплексний позитивний вплив на пацієнтів із СН. Відзначалося суттєве підвищення рівня знань щодо дієтичних обмежень, ключових аспектів самоконтролю і профілактичних заходів, готовності до самостійного догляду, відповідального ставлення до власного стану здоров'я та здатності попереджати ускладнення. У сукупності це сприяло ефективності безперервного догляду, посиленню ролі пацієнта як активного учасника лікувального процесу та зменшенню ризику повторних госпіталізацій з покращенням довгострокових клінічних результатів.

3.5 Моніторинг частоти повторних госпіталізацій

Актуальність оцінки повторних госпіталізацій пацієнтів із СН зумовлена високим ризиком декомпенсацій та частих рецидивів, що впливає на ЯЖ та ефективність лікування. Виявлення групи пацієнтів, які потребують посиленого амбулаторного нагляду, дозволяє оптимізувати медсестринські втручання та знизити частоту повторних госпіталізацій.

Згідно з планом дослідження основну увагу було приділено пацієнтам, виписаним у «задовільному» (n=144) та «ближче до задовільного» (n= 46) стані, «без змін» (n=42), оскільки саме вони підлягали амбулаторному сестринському моніторингу. Пацієнти цієї категорії мали функціональний статус, що дозволяв зберегти стабільність та знизити ризик переходу в стан «середньої важкості». Це

дозволило зосередитися на пацієнтах, у яких можлива реалізація програми амбулаторного сестринського нагляду і оцінювання частоти повторних госпіталізацій.

Хворих з «незначним покращенням» (n=92) було виключено із подальшого дослідження через обмежений період спостереження в межах стаціонарного етапу, переведення в інші відділення (інтенсивної терапії), а також через відсутність подальшого контакту із закладом охорони здоров'я.

Пацієнти, які виписувалися «без суттєвих змін» (n=42), в основному з СН II-Б ст., під час перебування у стаціонарі не мали суттєвої позитивної динаміки, терапія в стаціонарі не дала відчутного ефекту. Таким чином це вказувало на хронічний перебіг із ризиком подальшого загострення в амбулаторних умовах.

В основному серед пацієнтів, які виписувалися зі стаціонару «ближче до задовільного» стану, а також у стані, оціненому як «задовільний», переважна більшість відзначали позитивне ставлення до отриманого медсестринського догляду та комплексного лікування. Це свідчило про ефективність наданої медичної допомоги на етапі стаціонарного лікування та підкреслювало важливу роль медсестринського супроводу у формуванні прихильності пацієнтів до терапії та підвищенні задоволеності від лікування та догляду (таб. 3.5.1).

Таблиця 3.5.1.

Розподіл пацієнтів із СН (з 95% ДІ) за стадією та станом при виписці

Стадія СН	«Без суттєвих змін» (n=42)	«Ближче до задовільного» (n=46)	«Задовільний» (n=144)	Разом (n=232)
II-A	7 (95% ДІ:0,06-0,28)	39 (95% ДІ:0,49-0,79)	125 (95% ДІ:0,82-0,91)	171
II-B	35 (95% ДІ:0,72-0,94)	7 (95% ДІ: 0,07- 0,28)	12 (95% ДІ:0,04-0,14)	54
p	<0,001	>0,05	<0,001	

Примітка: СН – серцева недостатність, n – кількість пацієнтів, ДІ – довірчий інтервал

У більшості пацієнтів із СН за стадією та станом при виписці спостерігалось покращення або стабілізація функціонального стану, особливо серед хворих із СН II-A стадії

Оцінюючи ризик повторних госпіталізацій ми дійшли висновку, що пацієнти з СН II-A ст. (n=171) мали середню частоту повторних госпіталізацій, яка зростала помірно з часом досліджуваного періоду (протягом 3 років). Стан пацієнтів був досить стабільним, епізоди декомпенсації відбувалися частково, що відображало відносно контрольовану стадію СН. Для пацієнтів із СН II-B ст. (n=54), частота повторних госпіталізацій зростала, що вказувало на прогресування СН та частіші епізоди декомпенсації. Хворі цієї групи потребували більш інтенсивного контролю та втручань для попередження повторних госпіталізацій.

Зменшення частоти повторних госпіталізацій за перший місяць спостереження у пацієнтів із II-A та II-B ст. СН після медсестринських втручань вказувало на ефективність навчання в обох групах ($p < 0,05$). Протягом 3 місяців визначалося зменшення повторних госпіталізацій у хворих II-A ст. ($p < 0,05$), у групі СН II-B ст. – менш результативно ($p > 0,05$). Таким чином медсестринські втручання демонстрували позитивний вплив на зменшення частоти повторних госпіталізацій у пацієнтів із СН, із більш вираженим результатом у групі із СН II-A ст. За 6 місяців спостереження ефект був стабільний в обох групах із II-A та II-B ст. ($p > 0,05$), хоча у II-A ст. було зниження частки «менш активних» госпіталізацій, вірогідно через інтенсивність захворювання.

Обидві групи обстежених демонстрували ефективність після медсестринського втручання протягом року спостереження ($p > 0,05$), при цьому у пацієнтів із II-A ст. ефект був більш вираженим і стабільним. Трирічний період спостереження показав зменшення кількості повторних госпіталізацій в обох групах із II-A та II-B ст. ($p > 0,05$).

Після медсестринських втручань спостерігалось поступове зниження частоти повторних госпіталізацій протягом довгострокового періоду спостереження (3 роки), що становило 12,3% у пацієнтів із СН II-A ст. та 9,2% у хворих із СН II-B ст. ($p < 0,05$). (табл. 3.5.2)

Порівняння частоти повторних госпіталізацій пацієнтів із СН (з 95% ДІ) за рівнями спостереження до та після медсетринського втручання (n=225)

Показники п/Г	СН II-A стадія		СН II-B стадія	
	До (n=171)	Після (n=171)	До (n=54)	Після (n=54)
Перший місяць				
Менше 1 разу	11,7% (95% ДІ: 6,88-16,51)	13,1% (95% ДІ: 8,0-18,2)	13,0% (95% ДІ: 4,0-22,0)	15,2% (95% ДІ: 4,9-23,5)
Більше 1 разу	88,3% (95% ДІ: 83,49-93,12)	86,9% (95% ДІ: 81,8-92,0)	87,0% (95% ДІ: 78,0-96,0)	84,8% (95% ДІ: 66,7-88,9)
3 місяці	До (n=168)	Після (n=168)	До (n=53)	Після (n=53)
Менше 2 разів	14,6% (95% ДІ: 9,32-19,92)	16,8% (95% ДІ: 11,2-22,4)	83,3% (95% ДІ: 73,2-93,4)	85,0% (95% ДІ: 75,4-94,6)
Більше 2 разів	85,4% (95% ДІ: 80,08-90,68)	83,2% (95% ДІ: 77,6-88,8)	16,7% (95% ДІ: 6,6-26,8)	15,0% (95% ДІ: 5,4-24,6)
6 місяців	До (n=165)	Після (n=165)	До (n=52)	Після (n=52)
Менше 4 разів	27,8% (95% ДІ: 21,19-34,76)	30,6% (95% ДІ: 23,6-37,6)	29,2% (95% ДІ: 16,8-41,6)	31,6% (95% ДІ: 18,9-44,3)
Більше 4 разів	72,2% (95% ДІ: 65,24-78,81)	69,4% (95% ДІ: 62,4-76,4)	70,8% (95% ДІ: 58,4-83,2)	68,4% (95% ДІ: 55,7-81,1)
Останній рік	До (n=162)	Після (n=162)	До (n=51)	Після (n=51)
Менше 6 разів	51,9% (95% ДІ: 44,23-59,34)	57,2% (95% ДІ: 49,6-64,8)	44,5% (95% ДІ: 30,4-58,6)	48,6% (95% ДІ: 34,9-62,3)
Більше 6 разів	48,1% (95% ДІ: 40,66-55,77)	44,6% (95% ДІ: 35,2-50,4)	55,5% (95% ДІ: 41,4-69,6)	52,4% (95% ДІ: 37,7-65,1)
3 роки	До (n=158)	Після (n=158)	До (n=49)	Після (n=49)

Менше 8 разів	58,5% (95% ДІ: 51,12- 66,38)	63,6% (95% ДІ: 56,1-71,1)	60,0% (95% ДІ: 43,0-77,0)	63,9% (95% ДІ: 50,4-77,4)
Більше 8 разів	41,5% (95% ДІ: 33,62- 48,88)	36,4% (95% ДІ: 28,9-43,9)	40,0% (95% ДІ: 23,0-57,0)	36,1% (95% ДІ: 22,6-49,6)

Примітка: п/г – повторні госпіталізації, ДІ – довірчий інтервал, * – статистично значущими вважаються відмінності при $p < 0,05$

Таким чином, результати проведеного дослідження підкреслюють важливість безперервного медсестринського супроводу для стабілізації стану, підвищення прихильності до лікування та профілактики ускладнень.

Безперервне медсестринське спостереження в стаціонарних умовах за пацієнтами із СН II-A стадії покращило якість життя та функціональні можливості, підвищило рівень знань про захворювання, симптоми загострення, способи самоконтролю та ефективність навчання. Пацієнти демонстрували зростання задоволеності медсестринським доглядом, що сприяло більшій довірі і активній участі в лікувальному процесі та кращу готовність до виписки. Медсестринські втручання сприяли зниженню частоти повторних госпіталізацій, у пацієнтів які отримували навчання та інструктажі, що підтверджує ефективність безперервного спостереження у профілактиці декомпенсації СН.

Матеріали, викладені в даному розділі, оприлюднені в наукових працях:

1. **Григорєць ДК.** Деякі особливості стаціонарного етапу в комплексному безперервному догляді за хворими з серцевою недостатністю. Матеріали X Буковинського міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів і молодих учених ВІМСО 2022-2023; 2023 Кві 04-07; Чернівці. ВІМСО Journal. 2023;2023:118-9.

2. **Григорєць Д, Плеш І, Дубінська М, Мага В.** Оцінка якості життя та статусу активності у хворих з серцевою недостатністю Буковинського краю. Proceedings of

7th ISPC International Scientific Discussion: Problems, Tasks and Prospects; 2023 Oct 19-20; Brighton, Great Britain. Scientific Collection InterConf+. 2023;38:235–44. doi: [10.51582/interconf.19-20.10.2023.020](https://doi.org/10.51582/interconf.19-20.10.2023.020)

3. **Григорєць ДК**, Костеняк ЛВ, Гринько МА. Медсестринська оцінка якості життя та статусу фізичної активності у хворих з хронічною серцевою недостатністю. В: Матеріали V Міжнар. студентської наукової конференції Актуальні питання та перспективи проведення наукових досліджень; 2023 Жов 06; Тернопіль. Тернопіль; 2023, с. 164-5.

4. **Григорєць ДК**. Необхідність впровадження безперервного медсестринського догляду у пацієнтів із серцевою недостатністю з низькими показниками якості життя та статусі активності. В: Матеріали XIV наук.-практ. конф. з міжнар. участю Вища освіта і практика в медсестринстві; 2023 Жов 26; Житомир. Житомир; 2023, с. 61-3.

5. **Григорєць ДК**. Необхідність впровадження в Україні перехідного медсестринського догляду за пацієнтами із серцевою недостатністю. In: Proceedings of VI International Scientific and Practical Conference Science and technology: problems, prospects and innovations; 2023 Mar 16-18; Osaka, Japan. Osaka; 2023, p. 54-63.

6. **Григорєць ДК**, Плеш ІА. Оцінка готовності до виписки пацієнтів із серцевою недостатністю кардіологічного стаціонару. Клінічна та експериментальна патологія. 2024;23(2):115-20. doi: [10.24061/1727-4338.XXIII.2.88.2024.18](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XXIII.2.88.2024.18)

7. **Григорєць ДК**, Плеш ІА. Фактори, пов'язані з готовністю пацієнтів із серцевою недостатністю до виписки з кардіологічного стаціонару. ScientificWorldJournal. 2024;25(2):56-60. doi: [10.30888/2663-5712.2024-25-00-053](https://doi.org/10.30888/2663-5712.2024-25-00-053)

8. **Григорєць ДК**, Оцінка якості медсестринського догляду пацієнтами із серцевою недостатністю у відділеннях стаціонару. Proceedings of the II CISP Conference Science in motion: classic and modern tools and methods in scientific investigations; 2024 Jan 19; Venue. Grail of Science. 2024;35:522-7. doi: [10.36074/grail-of-science.19.01.2024.094](https://doi.org/10.36074/grail-of-science.19.01.2024.094)

9. **Григорєць ДК.** Оцінка якості медсестринського догляду пацієнтами із серцевою недостатністю ОКНП «Чернівецький кардіологічний центр». В: Матеріали підсумкової 105-ї наук.-практ. конф. з міжнар. участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету; 2024 Лют 05, 07, 12; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2024, с. 111-2.

10. **Григорєць Д, Плеш І.** Аналіз чинників які впливають на задоволеність медсестринським доглядом у пацієнтів із серцевою недостатністю. In: Proceedings of the VI International Scientific and Practical Conference Débats scientifiques et orientations prospectives du développement scientifique; 2024 Mar 01; Paris, France. Paris; 2024, p. 415-9.

11. **Григорєць ДК.** Чинники впливу на якість медсестринського догляду та послуг, отриманих пацієнтами із серцевою недостатністю під час перебування в стаціонарі. Матеріали XI Буковинського міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів і молодих учених ВІМСО 2024; 2024 Кві 2-5; Чернівці. ВІМСО Journal. 2024;2024:87.

12. **Hryhorets D.** Assessment of the effectiveness of teaching patients with heart failure in hospital settings. Вісник медичних та біологічних досліджень. 2025;7(3):63-72. doi: [10.63341/bmbr/3.2025.63](https://doi.org/10.63341/bmbr/3.2025.63)

13. **Григорєць ДК.** Фактори, що впливають на навчання та прихильність до лікування пацієнтів із серцевою недостатністю. В: Матеріали XVI наук.-практ. конф. з міжнар. участю Вища освіта і практика в медсестринстві; 2025 Жов 24; Житомир. Житомир; 2025, с. 80-3.

РОЗДІЛ 4

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ АМБУЛАТОРНОГО ЕТАПУ БЕЗПЕРЕРВНОГО МЕДСЕСТРИНСЬКОГО СУПРОВОДУ

4.1 Оцінка інформаційних потреб пацієнта та особливостей їх взаємодії з медичною сестрою

Ефективність ведення пацієнтів із СН на амбулаторному етапі значною мірою залежить від рівня їх поінформованості та якості комунікації з МС [144, 289].

Розроблений та застосований у дослідженнях опитувальник «Оцінка потреб пацієнта у медичній інформації та взаємодії з медичною сестрою» охоплював потреби хворих у додатковій поінформованості про своє захворювання після виписки із стаціонару, очікування щодо перебігу СН, а також ключові аспекти комунікації та взаємодії з МС [28]. Використання цього інструменту дозволило системно оцінити інформаційні та комунікаційні потреби пацієнтів, що створило підґрунтя для індивідуалізації освітніх і реабілітаційних заходів, підвищення прихильності до лікування, зменшення частоти загострень і повторних звернень до амбулаторно-поліклінічних закладів, а також покращення ЯЖ.

Аналіз результатів опитувальника серед 55 амбулаторних пацієнтів засвідчив недостатній рівень поінформованості пацієнтів із СН щодо свого захворювання після виписки зі стаціонару. Виявлено, що лише третина респондентів (33,6%) повністю розуміють суть захворювання, тоді як майже половина (49,1%) мали часткове розуміння та потребували додаткових пояснень. Водночас 14,5% респондентів не мали достатніх знань про стан, а 2,8% вагалися з відповіддю.

Найвищий рівень поінформованості пацієнтів продемонструвала усвідомленість зв'язку між захворюваннями серця та розвитком серцевої недостатності: 52,7% респондентів дали тверду відповідь, але майже третина (30,9%) не знали про такий зв'язок, а 10,0% мали лише часткове розуміння.

Знання симптомів погіршення стану було недостатнім: лише 37,3% добре знали на ознаках декомпенсації, тоді як 44,5% не могли їх чітко визначити, 11,8% потребували додаткових пояснень, а 6,4% було важко дати однозначну відповідь (рис. 4.1.1)

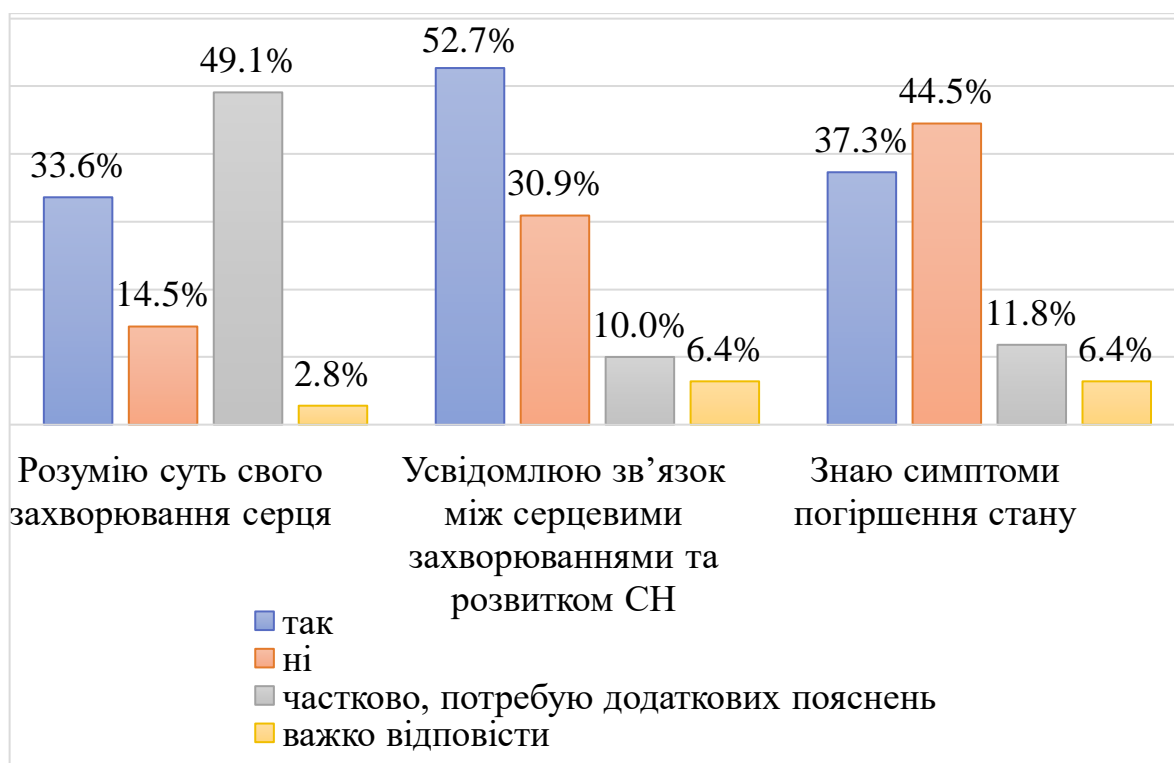


Рис. 4.1.1 Оцінка поінформованості пацієнта щодо свого захворювання (n=55)

Отримані результати свідчать про недостатній рівень поінформованості хворих із СН про захворювання, особливо розпізнавання симптомів погіршення стану, що підкреслює необхідність цілеспрямованих освітніх медсестринських втручань у рамках безперервного догляду.

Пацієнти із СН, продемонстрували недостатній рівень знань щодо призначення ліків (74,2 %) та спостереження після виписки зі стаціонару: 38,2 % не отримали бажаних роз'яснень від лікаря щодо необхідності тривалого лікування після виписки, 61 % – щодо подальшої профілактики та плану обстежень, а 45,4% – щодо корекції призначень лікаря вдома. (рис. 4.1.2)

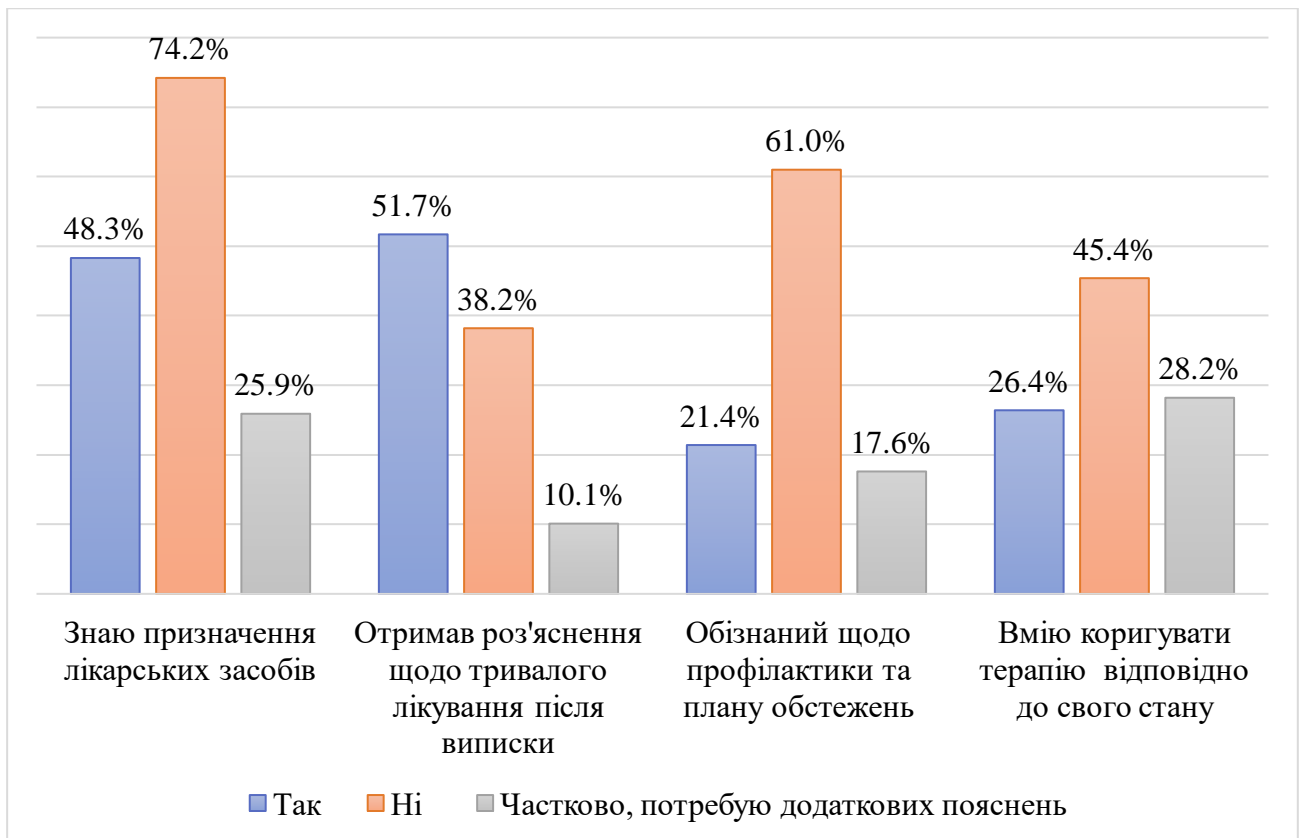


Рис. 4.1.2 Оцінка поінформованості пацієнта щодо фармакотерапії та спостереження

Більшість пацієнтів із СН протягом останніх 5 років мали повторні госпіталізації більше 2-3 рази (42,7%) та 4–5 разів (22,7%), що свідчить про хронічний перебіг захворювання з періодичними епізодами загострення. Водночас 16,4% хворих мали лише одну госпіталізацію, понад 5 разів госпіталізувались 11,8% пацієнтів, а 6,4% опитаних не змогли чітко визначити кількість попередніх госпіталізацій (рис. 4.1.3).

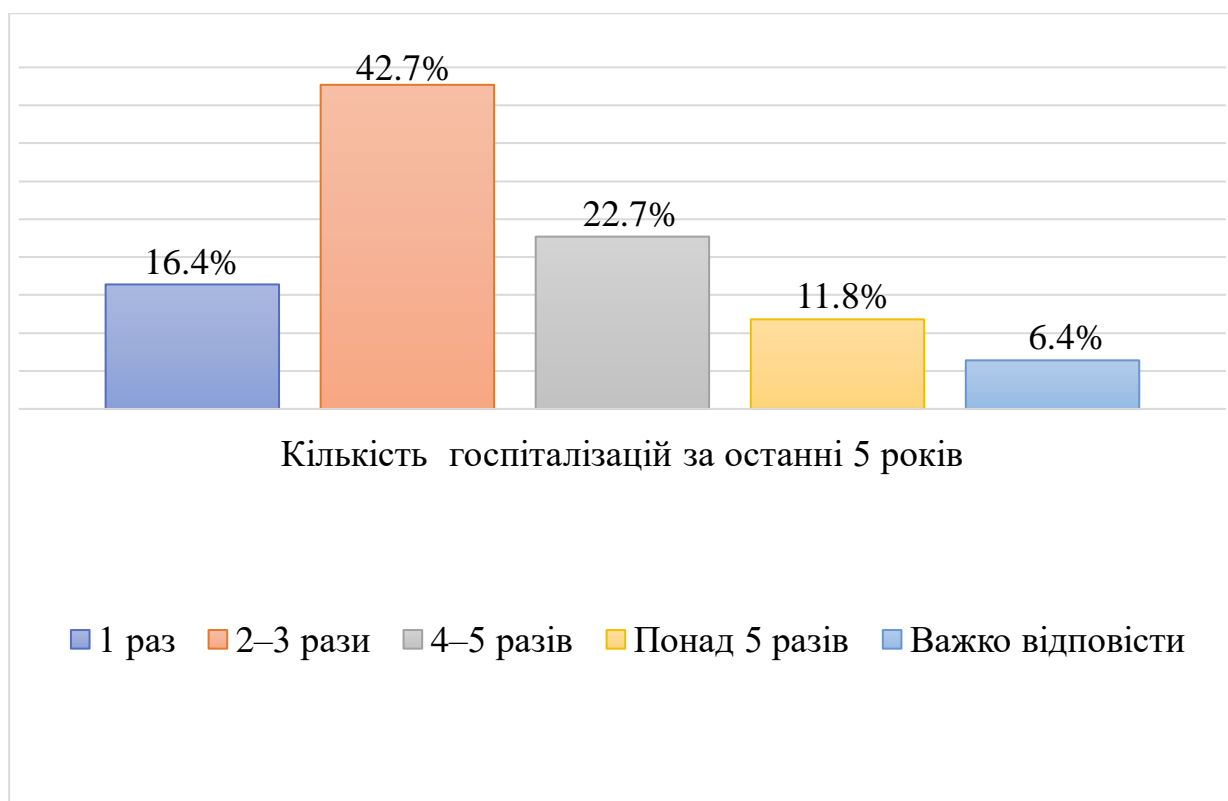


Рис. 4.1.3 Динаміка госпіталізацій пацієнтів із серцевою недостатністю (n=55)

Отже, отримані результати підтверджують ефективність стаціонарного лікування СН, однак висока частота повторних госпіталізацій обґрунтовує необхідність посилення безперервного медсестринського супроводу пацієнтів із СН на амбулаторному етапі лікування після виписки.

Оцінювалась ефективність стаціонарного лікування у днів після попередньої госпіталізації. У 25,5% пацієнтів покращення настало через 3–5 днів, у 38,2% — через 6–9 днів, а у 16,4% — після 10 і більше днів лікування, тоді як у 6,4% хворих не відзначили суб'єктивного покращення стану (рис. 4.1.4).

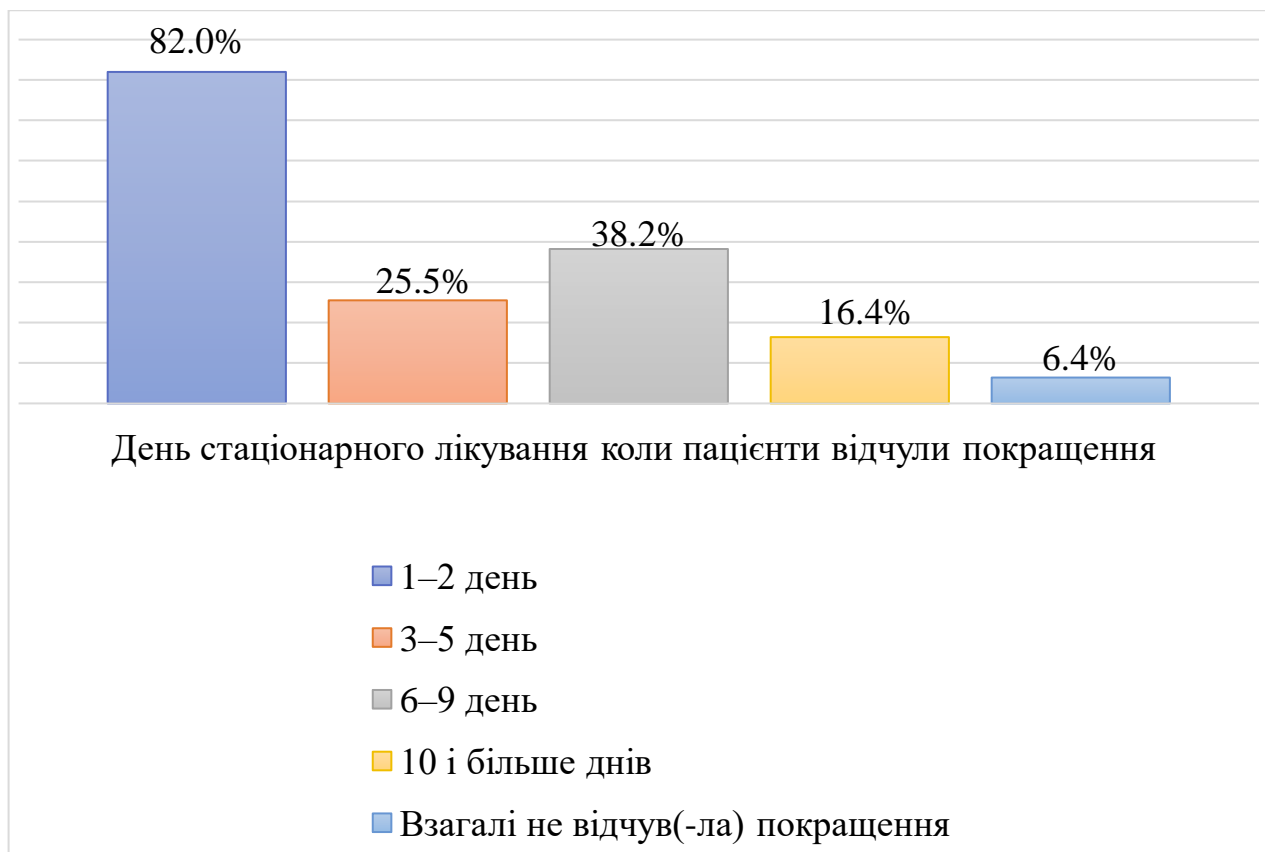


Рис. 4.1.4 Терміни настання покращення під час стаціонарного лікування пацієнтів із серцевою недостатністю (n=55)

Аналіз термінів настання покращення під час стаціонарного лікування показав, що переважна більшість хворих із СН відзначала покращення самопочуття вже у перші дні стаціонарного лікування (82,0%), що свідчило про ефективність проведених терапевтичних заходів і своєчасне надання медичної допомоги.

Пацієнти розглядали сімейного лікаря як основну контактну особу після виписки, проте мали сумніви щодо його кардіологічної компетентності, й більше довіряли лікарю стаціонару, з яким прагнули підтримувати зв'язок. Вони визнавали потребу у фаховій консультації при погіршенні стану, але стикалися з труднощами доступу до кардіолога поліклініки. Пацієнти, які взаємодіяли з МС стаціонару, довіряли їй, однак не вважали, достатньо компетентною для корекції лікування. Лише близько 10 % бачили в МС сімейної практики чи поліклініки потенційного координатора; більшість сприймала її як помічника, який виконує технічні

втручання або сприяє проходженню обстежень, але не бере участі в корекції терапії (рис. 4.1.5)



Рис. 4.1.5 Розподіл пріоритетів пацієнтів із серцевою недостатністю щодо вибору основної контактної особи після виписки зі стаціонару (n=55)

Це вказувало на недостатню інтеграцію медсестринського супроводу після виписки, хоча довіра до МС зростає серед пацієнтів, які мали позитивний досвід догляду під час госпіталізації.

На запитання опитувальника про додаткові джерела поінформованості щодо СН, пацієнти високо цінували прості індивідуальні пояснення від МС (61,8%) та обирали друковані матеріали (53,6%) зручні для повторного ознайомлення вдома, особливо для літніх, хоча часто потребують додаткових пояснень медпрацівника. Формат групових зустрічей пацієнти сприймали позитивно, але основною перешкодою вважали відстань та обмежену мобільність, тому надавали перевагу телефонним консультаціям (38,2%). Онлайн-джерела частіше використовували молодші та більш обізнані пацієнти, однак часто сумнівалися в достовірності інформації (рис. 4.1.6)



Рис. 4.1.6 Самооцінка пацієнтами із серцевою недостатністю потреби у додатковій медичній інформації та щодо джерел поінформованості про захворювання

Пацієнти плутали медичні терміни й призначення, потребували чітких пояснень щодо дозування ліків (23,3%), розпізнання ранніх ознак загострення (17,9%). Вагалися щодо дозволеної активності, харчування та обмежень (15,6%). Майже всі пацієнти (93,4%) хотіли б кращого розуміння можливих змін свого стану після виписки, підтримки, нагадувань і допомоги у вимірюванні АТ, пульсу та контролі набряків (рис. 4.1.7)



Рис. 4.1.7 Освітні потреби пацієнтів із серцевою недостатністю щодо знань про захворювання, лікування та самоконтроль

Більше половини пацієнтів (52,7%) вважали, що індивідуальний сестринський супровід є корисним і необхідним для постійної підтримки, контролю симптомів, нагадувань про ліки та порад із самопомоги. Частина обстежених визнавали прогнозовану користь від такої співпраці, але ефективність залежала від підготовки медичної сестри (30,0%), від тяжкості стану (57,3%) та активності пацієнта (рис. 4.1.8).

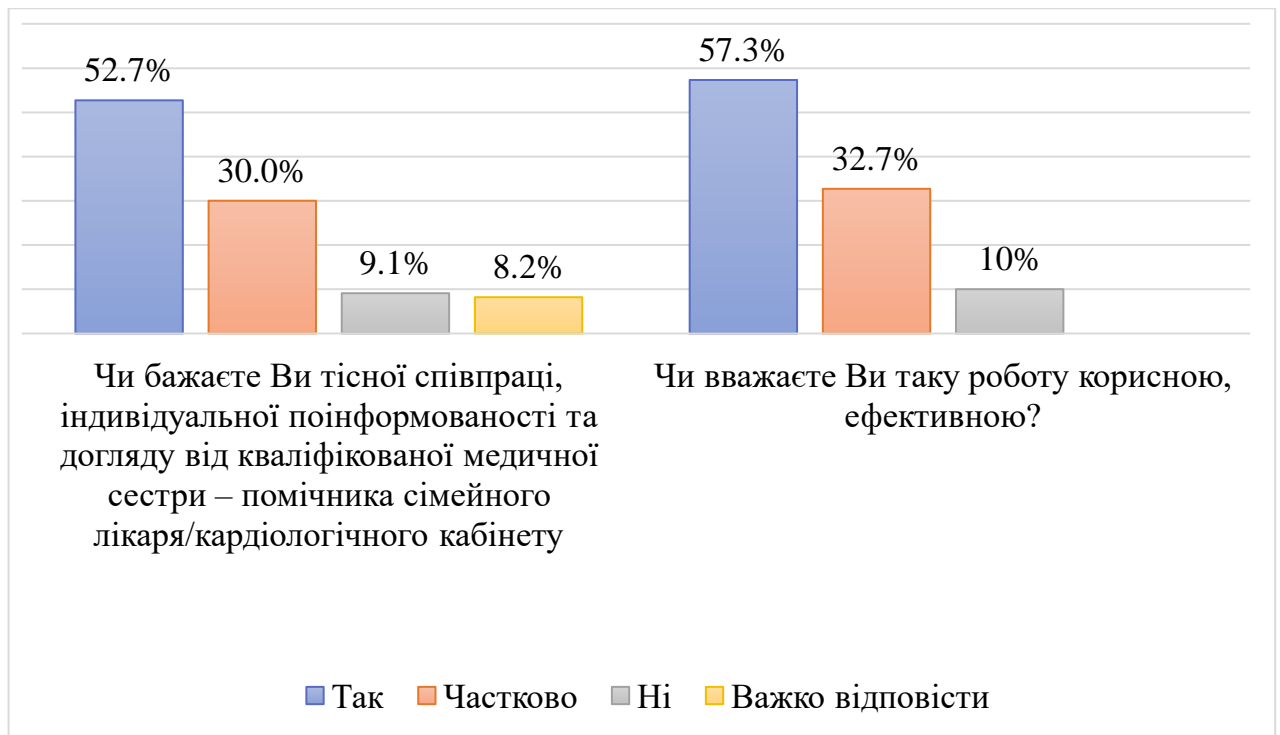


Рис. 4.1.8 Ставлення пацієнтів із серцевою недостатністю до необхідності індивідуального сестринського супроводу після виписки зі стаціонару та оцінка ефективності

Результати свідчать про загалом позитивне ставлення пацієнтів із серцевою недостатністю до необхідності індивідуального сестринського супроводу після виписки зі стаціонару. Більшість респондентів висловили готовність до тісної співпраці з медичною сестрою та оцінили такий підхід як корисний і ефективний, що підтверджує запит пацієнтів на персоналізований медсестринський догляд у післягоспітальний період.

На запитання щодо участі у медсестринських або освітніх бесідах під час перебування в стаціонарі дуже мала кількість пацієнтів (18,2%) залучалися та уважно сприймали інформацію, що вказувало на низьку мотивацію та активність. Не докінця розуміли зміст та необхідність такої інформації (25,5%), через його складність, обмежений час, когнітивні обмеження, пасивну форму викладання. Майже половина (45,5%) не брали участі, що вказувало на організаційні та комунікаційні прогалини, через які бесіди не асоціювалися з навчанням (рис. 4.1.9)



Рис. 4.1.9 Участь пацієнтів у медсестринському навчанні

Щодо запропонованих форм навчання пацієнти віддавали перевагу друкованим матеріалам (45,5%), що забезпечувало можливість повторного ознайомлення та зручність при обмеженій рухливості. Другим за популярністю були телефонні консультації або месенджери (25,5%) для швидкого уточнення рекомендацій і контролю стану. Індивідуальні консультації цінували за персоналізацію та можливість демонстрації практичної сторони. Групові заняття (10,5%) оцінювали переважно молодші або технічно підготовлені пацієнти за можливість обміну досвідом та соціальної підтримки (рис. 4.1.10)

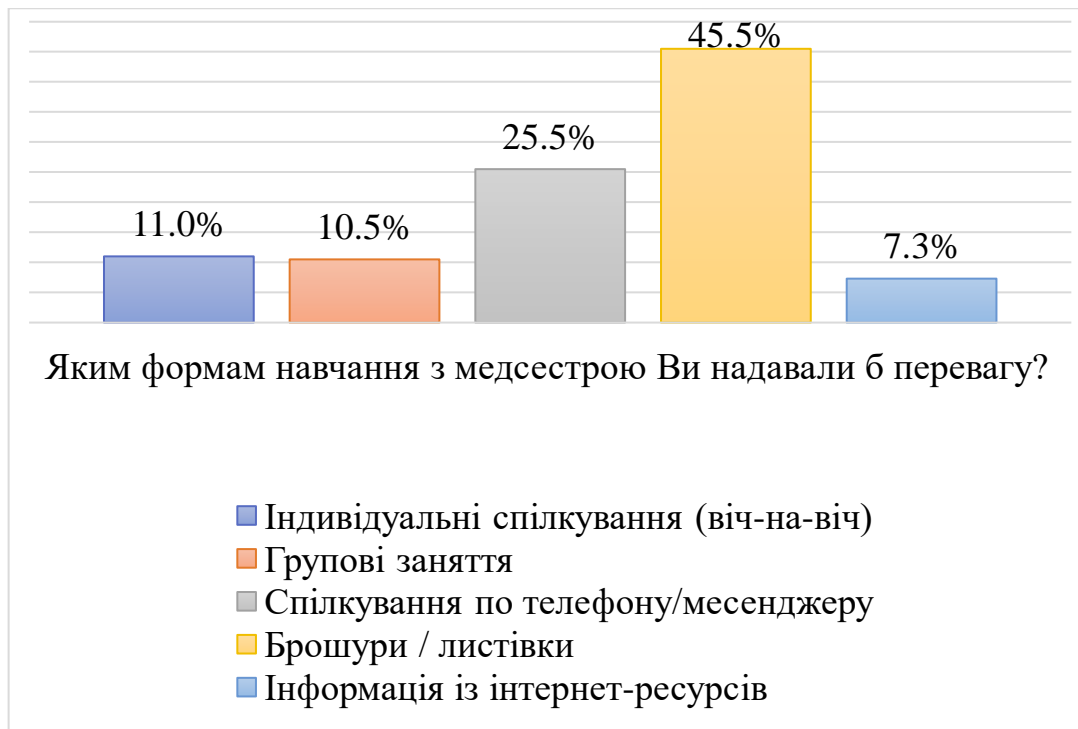


Рис. 4.1.10 Бажані форми медсестринського навчання

Більшість (65,0%) респондентів підтримували ідею безперервного медсестринського супроводу в амбулаторних умовах, проте зазначали, що це залежить від форми догляду (30,0%). Пацієнти готові записувати свої симптоми вдома за умови доступності та простоти (34,5%), і віддають перевагу зручним, коротким формам ведення (31,8%). (рис. 4.1.11)

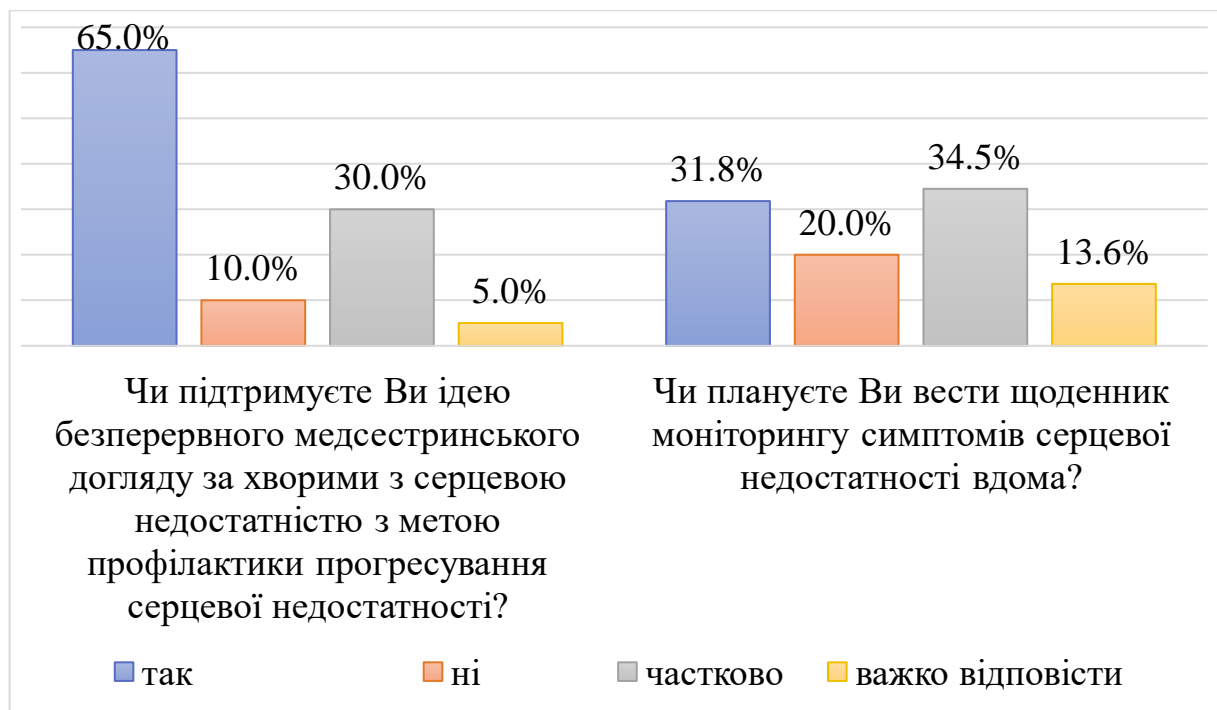


Рис. 4.1.11 Наміри пацієнтів із серцевою недостатністю щодо ведення щоденника моніторингу симптомів вдома

Отже, враховуючи відповіді та побажання респондентів ми намагались організувати для них комбіновані види навчання та способи отримання освітньої інформації. Подальшими дослідженнями необхідно обґрунтувати ефективність таких освітніх медсестринських втручань на практиці.

4.2 Роль щоденника моніторингу симптомів серцевої недостатності у формуванні навичок самообслуговування пацієнтів

За результатами застосування нашого опитувальника «Оцінка потреб пацієнта у медичній інформації та взаємодії з медичною сестрою» виявлено наявність високої потреби пацієнтів із СН у знаннях щодо самообслуговування. Отримані дані свідчать про недостатній рівень поінформованості щодо контролю симптомів захворювання, медикаментозної терапії, способу життя та дій у разі погіршення стану.

Самообслуговування визначається як здатність окремих осіб, їхніх сімей та спільнот підтримувати і зміцнювати здоров'я, запобігати захворюванням, а також ефективно справлятися з хворобами та інвалідністю за наявності або відсутності підтримки з боку системи ОЗ [201, 211]. У пацієнтів із СН самообслуговування є ключовим компонентом контролю перебігу захворювання та профілактики декомпенсації [134, 222, 238, 266].

Відповідно до сучасних рекомендацій Асоціації серцевої недостатності (НФА) Європейського товариства кардіологів (ESC), одним із напрямів профілактики повторних госпіталізацій є активне залучення пацієнтів до самообслуговування у домашніх умовах [212, 213]. Реалізація більшості цих рекомендацій покладається на МС, яка відіграє важливу роль у навчанні пацієнтів, формуванні навичок самоконтролю та підтримці прихильності до лікування [19, 48, 60, 82].

Для оцінки рівня самообслуговування у пацієнтів із СН у нашому дослідженні було використано шкалу «Індекс самообслуговування при серцевій недостатності» [201], що дозволяє комплексно оцінити поведінкові аспекти самообслуговування [24].

У дослідження включено 110 пацієнтів, які були розподілені на контрольну та основну групи у рівній кількості. Між групами не виявлено статистично значущих відмінностей за віком: старші за 70 років; статтю: переважали жінки ($p > 0,05$); сімейним станом: домінували одружені; рівнем освіти: переважно особи із середньою освітою; зайнятістю: непрацевлаштовані ($p > 0,05$).

Пацієнти із СН обох досліджуваних груп не відрізнялися за тяжкістю захворювання, тривалістю перебігу, коморбідністю, вираженістю та частотою симптомів (периферичні набряки, підвищений кров'яний тиск, задишка/утруднене дихання, стиснення в ділянці серця, біль у серці, порушення серцевого ритму, серцебиття), активністю звернення за медичною допомогою (більше 1 разу) ($p > 0,05$).

Значно вищий показник самообслуговування щодо СН спостерігався в пацієнтів, які отримали під час першого візиту «Щоденник моніторингу

симптомів» (основна група), порівняно з пацієнтами, які його не отримали (контрольна група) [33, 37].

На початку дослідження середній загальний бал самообслуговування за всіма сферами в контрольній групі дослідження становив $58,7 \pm 4,23$ балів, що відповідало неналежному рівню самообслуговування у всіх обстежених пацієнтів. При цьому у 87,2% пацієнтів відзначався низький рівень поведінки за всіма трьома сферами самообслуговування, із середнім показником $41,9 \pm 4,26$ балів. Через 30 днів ведення щоденника всі пацієнти основної групи досягли належного рівня самообслуговування, при цьому середній загальний бал становив $70,5 \pm 3,49$. У цій групі відзначено суттєве зростання показників за всіма сферами самообслуговування та на всіх рівнях поведінки: сприйняття симптомів до $70,8 \pm 3,41$ балів та показника управління самообслуговуванням до $70,3 \pm 2,41$ балів порівняно з такими на початку дослідження – $58,7 \pm 4,23$ балів ($p < 0,05$). Показник підтримки самообслуговування також мав тенденцію до зростання, однак залишався, найнижчим серед усіх сфер ($68,0 \pm 3,43$ балів). Більшість пацієнтів основної групи (82,7%) продемонстрували вище середнього та високий рівень поведінки самообслуговування із загальною середньою кількістю $91,1 \pm 4,93$ балів у всіх сферах самообслуговування. Середній і високий рівень поведінки мали 54,54% пацієнтів – у сфері підтримки самообслуговування ($88,5 \pm 5,09$ балів); 52,62% пацієнтів – у сфері сприйняття симптомів ($90,7 \pm 5,37$ балів); 50,91% пацієнтів – у сфері управління самообслуговуванням ($94,0 \pm 4,33$ балів) (рис. 4.2.1).

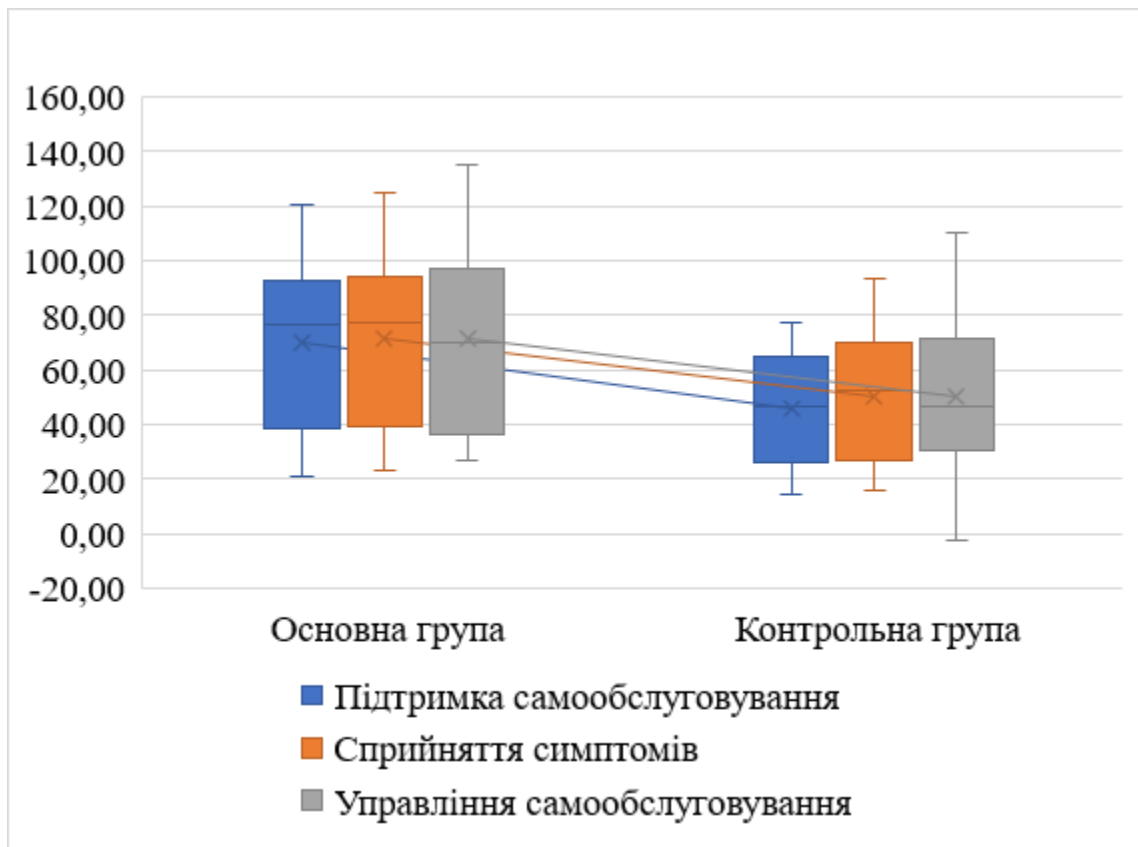


Рис. 4.2.1 Динаміка поведінки в обстежених групах щодо самообслуговування (порівняння в балах)

У контрольній групі пацієнтів, які не користувалися «щоденником», рівень самообслуговування протягом періоду спостереження залишався стабільно низьким, щодо підтримки самообслуговування у 58,2% ($41,6 \pm 4,88$ балів), сприйняття симптомів – 47,2% ($43,4 \pm 3,60$ балів) й управління самообслуговуванням – 54,5% ($40,6 \pm 4,31$ балів). Достатній рівень демонстрували 29,1% ($57,2 \pm 5,97$ балів), 43,6% ($61,0 \pm 3,47$ балів) та 38,25 ($64,7 \pm 5,45$ балів) хворих щодо трьох сфер самообслуговування. Ведення щоденника моніторингу симптомів допомогло пацієнтам краще розуміти зміни у своєму стані, вчасно виявляти ознаки погіршення, вчасно консультуватися з МС та відповідальніше ставитися до лікування.

Отримані дані свідчили, що впровадження системних медсестринських втручань (освітніх, консультативних, моніторингових) мало суттєвий позитивний вплив на формування навичок самообслуговування у пацієнтів із серцевою

недостатністю. Пацієнти основної групи були активніше залучені у самоконтроль симптомів, дотримання терапії, корекції способу життя. Значення середнього загального бала $71,4 \pm 1,98$ у порівнянні з $47,0 \pm 3,43$ у контрольній групі демонструвало підвищення ефективності самоменеджменту на 51,9%. Найбільш позитивні зрушення відзначені за компонентами підтримки та управління самообслуговуванням, які у контрольній групі були найнижчими (41,9 і 43,1 балів).

Порівняльний аналіз поведінкових навичок і прихильності до лікування пацієнтів із СН в основній та контрольній групах після проведення медсестринських освітніх і консультативних втручань відображають частку пацієнтів, які регулярно виконували певні поведінкові або медичні заходи.

Про підвищення рівня відповідальності пацієнтів за власне здоров'я, свідчило значне покращення прихильності до лікування та комунікації з медичною сестрою в основній групі (зверталися за консультацією до медичної сестри, приймали ліки без пропусків, консультувалися щодо прийому ліків).

У пацієнтів основної групи сформувалися стійкі навички самопостереження та самоконтролю симптомів/ознак СН, що стало ключовим чинником профілактики декомпенсацій (записували симптоми СН, вели моніторинг побічних ефектів від ліків, визначали свою масу).

Отримані результати продемонстрували високу ефективність освітньої програми щодо корекції способу життя і впливу медсестринського супроводу на модифікацію поведінки (регулярні фізичні вправи, вживали страви з низьким вмістом солі, дотримувалися дієти). Після впровадження освітніх втручань обстежені стали більш обізнаними у питаннях самодопомоги, самоконтролю свого стану та профілактики ускладнень СН. Хворі частіше повідомляли про виконання профілактичних заходів, зокрема щорічну вакцинацію проти грипу, здатність своєчасно розпізнавати симптоми захворювання, намагання уникати інтеркурентних інфекцій, а також регулярний контроль набряковості.

Реалізовані медсестринські втручання мали також виражений психоемоційний ефект, що проявлявся у зниженні тривожності та підвищенні рівня самостійності пацієнтів. Учасники основної групи зазначали зростання впевненості

у контролі стану та активно використовували запропоновані нами освітні матеріали для підтримки самоогляду в домашніх умовах (рис. 4.2.2).

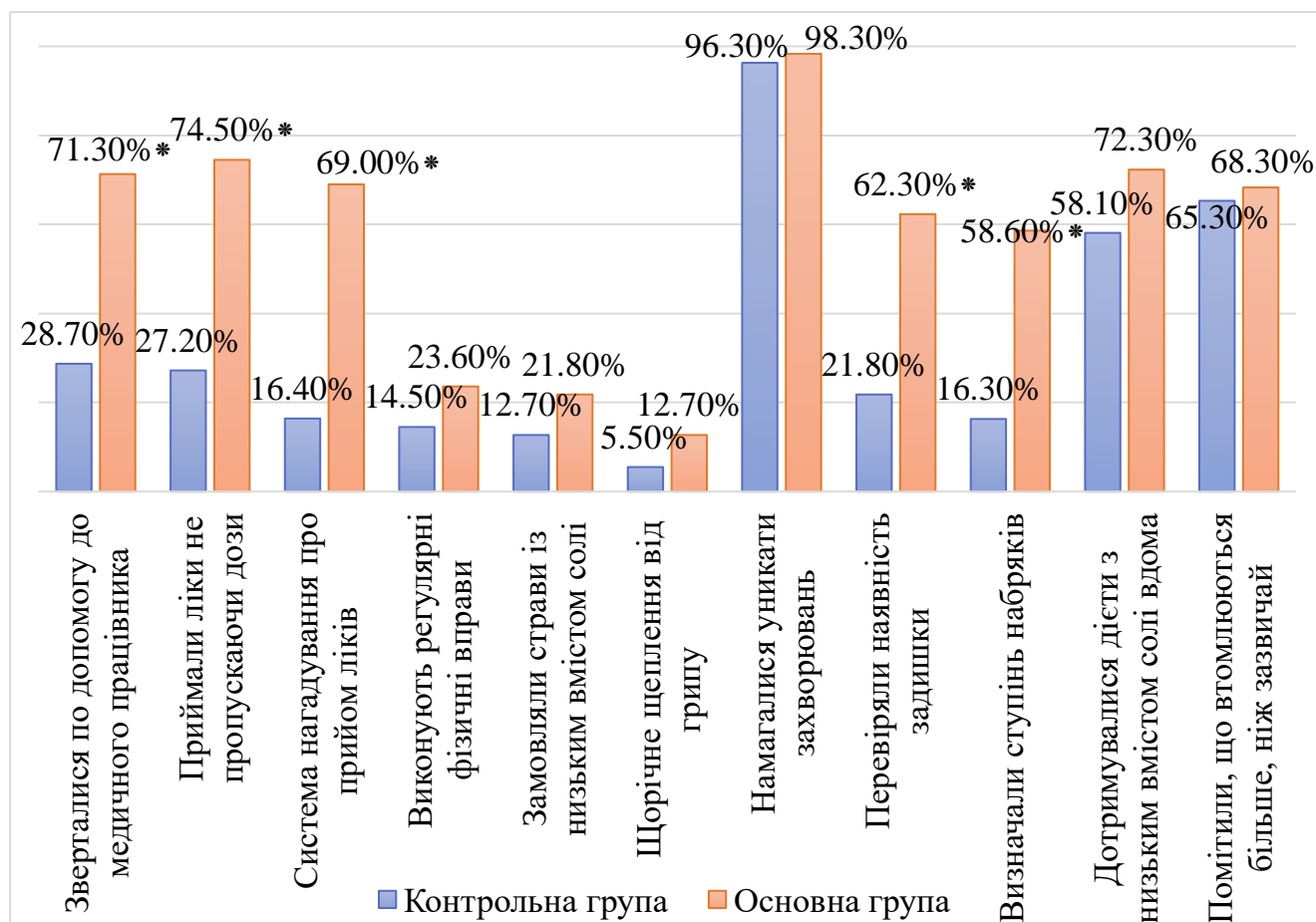


Рис. 4.2.2 Динаміка зміни балів у пунктах факторів шкали самообслуговування після впровадження "Щоденника моніторингу симптомів/ознак серцевої недостатності" (%)

Примітки. * - статистично значима різниця ($p < 0,05$) між основною та контрольною групою за відповідною сферою у пунктах факторів самообслуговування.

За таких результатів кількість повторних фізичних візитів до лікаря-кардіолога поліклініки (більше 1 разу впродовж місяця) істотно зменшилась у основній групі після медсестринських втручань на 29,6%, а кількість комунікаційних контактів з МС зросла з 38,5% до 74,7%.

Це означало, що майже половина пацієнтів після системної участі МС потребували менше особистих консультацій кардіолога, що свідчить про покращення самоконтролю, стабілізацію клінічного стану та високу ефективність дистанційного медсестринського супроводу, корекції лікування та догляду. Натомість у контрольній групі позитивні зрушення були менш вираженими. Кількість повторних фізичних візитів до лікаря-кардіолога поліклініки (більше 1 разу впродовж місяця) зменшилась з 60,2% лише до 47,3%, а кількість комунікаційних контактів з МС зростає з 18,9% до 32,7% (рис. 4.2.3).

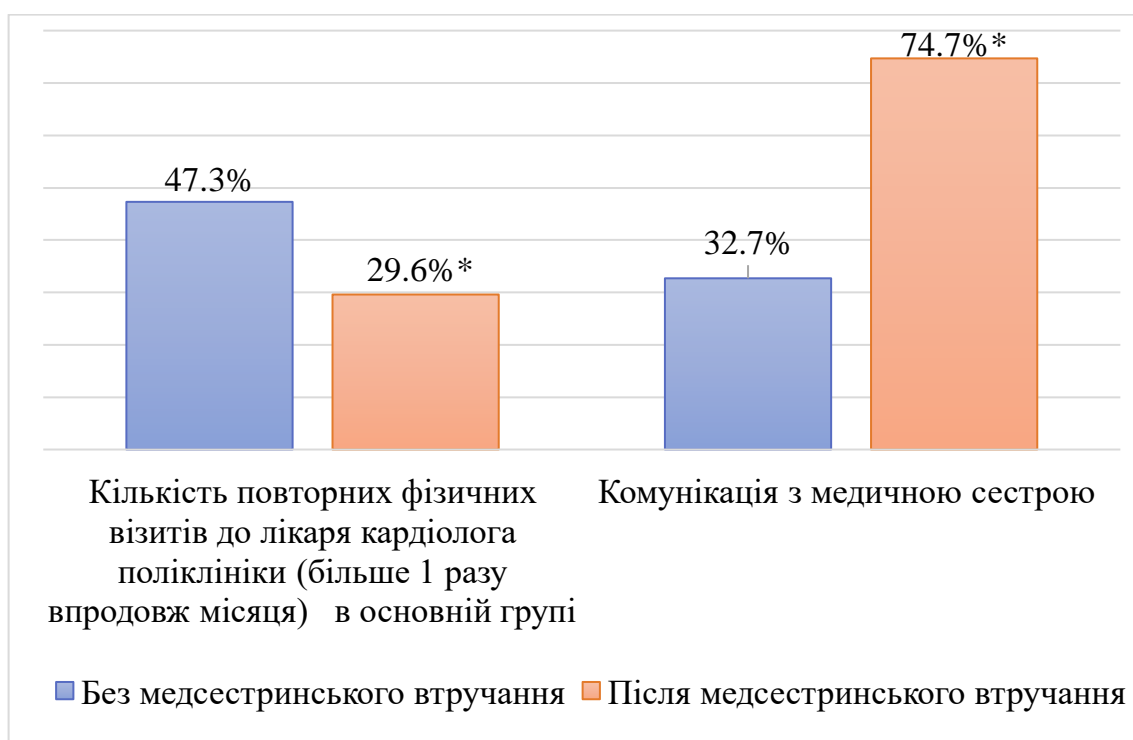


Рис 4.2.3 Динаміка клінічних результатів пацієнтів із СН до та після медсестринських втручань

Примітки. * - статистично значима різниця ($p < 0,05$) між основною та контрольною групою

Таким чином, використання щоденника моніторингу симптомів у поєднанні з медсестринським супроводом сприяло підвищенню рівня самообслуговування, самоконтролю та стабілізації стану пацієнтів із СН, одночасно зменшуючи потребу в повторних консультаціях кардіолога.

4.3 Ефективність ведення щоденника моніторингу симптомів серцевої недостатності у підвищенні прихильності до лікування

Прихильність до лікування в амбулаторних умовах визначали у 55 пацієнтів до та після введення «щоденника» за допомогою хворобо-специфічної анкети відділу серцевої недостатності ННЦ «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска» НАМН України для оцінки прихильності до лікування, яка враховує особливості способу життя та фармакотерапії в пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) [40].

Попередньо всі вони отримали в кардіологічному кабінеті індивідуальне консультування і навчання щодо підтримки та відновлення здоров'я, зокрема з питань режиму харчування, догляду за собою, дотримання фармакотерапії, а також приймання призначених лікарських засобів. Як доповнення до освітньої складової пацієнтам основної групи було надано щоденник для самоконтролю симптомів серцевої недостатності для ведення вдома відповідно до рекомендацій, які надала медична сестра.

За результатами хворобо-специфічної анкети до початку втручання високий рівень прихильності до лікування ($8,5 \pm 0,70$ балів) відзначався лише у 2 пацієнтів, середній рівень ($5,8 \pm 0,81$ балів) — у 41,8% а низький рівень ($3,1 \pm 0,97$ балів) — у 54,5%. Середній бал прихильності до лікування становив $4,8 \pm 0,82$ балів, що відповідало середній адгезії. Пацієнти з високим та середнім рівнем (45,4%) віднесені до групи з доброю прихильністю ($6,08 \pm 0,75$ балів), а пацієнти з низьким рівнем (54,6%) — до групи з недостатньою прихильністю. Після ведення «щоденника» високий рівень прихильності ($9,1 \pm 0,78$ балів) виявлено у 71% ($p < 0,001$), середній рівень ($6,75 \pm 0,62$ балів) — у 21,8%, низький рівень ($3,2 \pm 0,95$ балів) — лише у 7,2% ($p < 0,05$). Середній бал прихильності зріс до $8,1 \pm 1,85$ балів, що відповідало високому рівню. Більшість пацієнтів (92,7 %) після освітніх заходів мала відмінну прихильність до лікування ($8,7 \pm 1,08$ балів). Серед пацієнок старечого віку (54,5 %) середній бал зріс до $8,2 \pm 0,24$, що свідчило про покращення прихильності із середнього до високого рівня. (рис. 4.1)

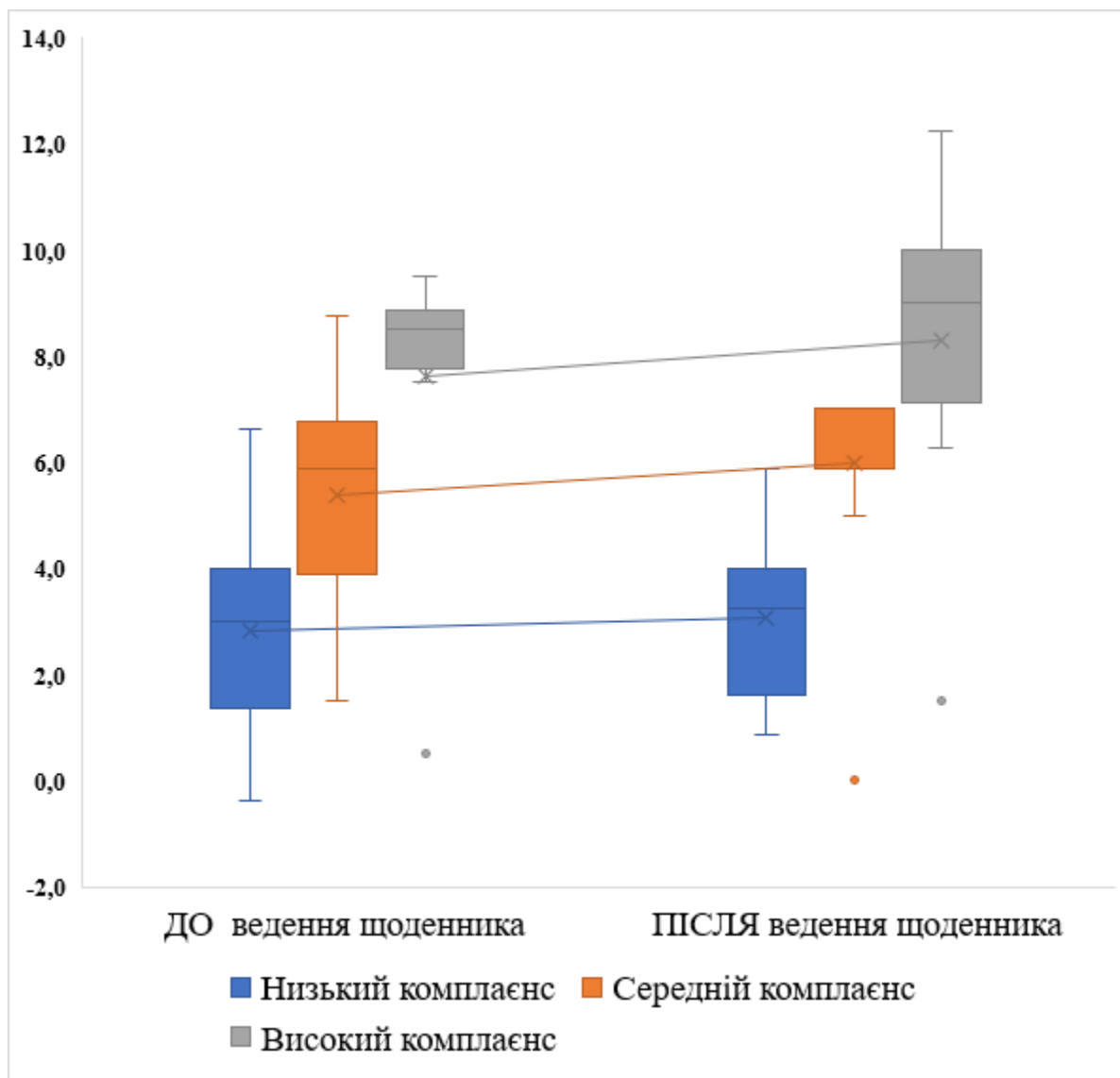


Рис. 4.3.1 Порівняння показників (в балах) прихильності до лікування та дотримання режиму прийому ліків пацієнтами із серцевою недостатністю до та після навчання/ведення «щоденника»

У сфері фармакотерапії більшість пацієнтів як до, так і після ведення «щоденника» могли назвати кардіологічні препарати, які вони приймали за останній місяць (60% проти 83,6%) ($p < 0,05$), а також дотримувались усіх лікарських рекомендацій щодо прийому препаратів (36,3% проти 80%) ($p < 0,05$). Після освітніх заходів рівень дотримання фармакотерапії за всіма показниками зріс з 39,2 до 71,2 % ($p < 0,05$) (рис. 4.3.2)



Рис. 4.3.2 Прихильність до фармакотерапії

Примітки * - статистично значима різниця ($p < 0,05$) між основною та контрольною групою

Після втручань значно зросла обізнаність пацієнтів щодо назв і необхідності постійного прийому кардіологічних препаратів, а також частка осіб, які дотримувалися призначеного лікарем режиму лікування. Відмічено зменшення частоти пропусків прийому ліків і випадків самовільної відміни препаратів, а також зниження кількості пацієнтів, які забували про щоденний прийом медикаментів.

До ведення «щоденника» лише незначна частина пацієнтів регулярно контролювала масу тіла (14,5%), дещо більше обмежували споживання рідини (38,1%), а менше половини (41,8%) дотримувалися дієти з низьким вмістом солі. Після освітніх заходів рівень здорового способу життя підвищився з 31,5% до 82%

у всіх сферах: регулярне зважування – на 62 %, контроль рідини – на 40,2 %, дотримання дієти з обмеженням солі – на 46,2 % (рис. 4.3.3.)

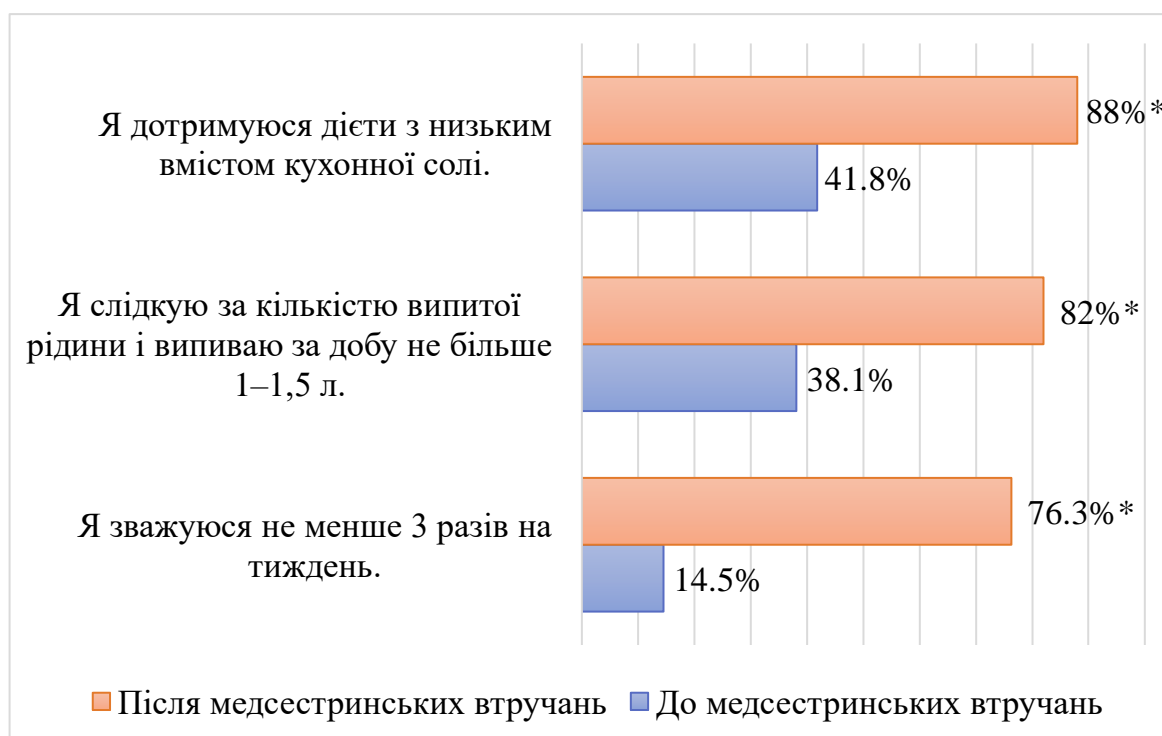


Рис. 4.3.3 Прихильність до способу життя

Примітки. * - статистично значима різниця ($p < 0,05$) між основною та контрольною групою

Отримані результати демонструють суттєве підвищення прихильності пацієнтів до рекомендованого способу життя після впровадження медсестринських втручань. Найбільш виражені позитивні зміни відзначено у регулярному самоконтролі маси тіла, дотриманні обмеження рідини та низькосольової дієти, що свідчить про ефективність системної медсестринської освіти й підтримки у формуванні навичок самогляду у пацієнтів із серцевою недостатністю.

Було виявлено, що на прихильність до лікування впливали різні фактори, включаючи стать (жіноча, $n=39$), рівень освіти (середня, $n=37$), сімейний стан (наявність сім'ї, $n=37$), вік (72 [70; 77] років), зайнятість (працевлаштовані, $n=38$), стадія СН (II-A, $n=38$) та тяжкість СН, стаж серцевої недостатності (7 [6; 11] років), коморбідність ($n=36$) та кількість повторних візитів до кардіолога (більше 1 разу, $n=18$). Крім того, відсутність контролю та постійного контакту з медичним

працівником, депресія, були значними предикторами недотримання режиму фармакотерапії у 60,8% пацієнтів, здорового способу життя у 68,5% хворих, забудькуватість у 92,7 %, пропуски прийому ліків у 80 %, припинення прийому при суб'єктивному покращенні стану у 60 % та відсутність запису прийомів ліків у 74,5 %. Наявність вікових когнітивних порушень, проблеми з пам'яттю пов'язані з недостатнім сприйняттям інформації та навчанням [31].

Краща прихильність до лікування частіше спостерігалась у пацієнтів старших за 75 років, що, ймовірно, пов'язано з усвідомленням тяжкості захворювання та можливими наслідками недотримання терапії, стабільнішим ритмом життя. Жінки загалом демонстрували вищу відповідальність у дотриманні рекомендацій (середній рівень прихильності до лікування – 5,1 балів) та достатнє дотримання фармакотерапії, тоді як чоловіки мали нижчий рівень самоконтролю та частіше ігнорували початкові симптоми погіршення стану. Цим можна пояснити, чому в поліклініках серед відвідувачів переважають жінки, тоді як чоловіки частіше госпіталізуються уже на стадії ускладнень.

Вищий рівень комплаєнсу відзначався також у пацієнтів із тривалим перебігом СН (більше 7 років), що може свідчити про досвід самоконтролю та більш усвідомлене ставлення до власного здоров'я.

Рівень освіти пацієнтів суттєво впливав на ефективність ведення «щоденника»: особи з вищою освітою краще аналізували симптоми та демонстрували вищий рівень прихильності до лікування. Важливою детермінантою була також сімейна підтримка: пацієнти, які отримували постійну допомогу від родини, мали кращу прихильність, тоді як, особи, що проживали самостійно, потребували додаткових інструкцій з боку МС щодо заповнення «щоденника» та регулярного контролю за його веденням.

Працюючі пацієнти мали вищий рівень поінформованості, однак часто обмежені у часі для регулярного ведення «щоденника». Непрацюючі мали більше такої можливості. Інші фактори, такі, як вік, когнітивне порушення, також ускладнювали процес запису даних.

Основними бар'єрами для прихильності до лікування були порушення пам'яті, пропуски прийому доз, самовільна відміна препаратів і недотримання рекомендацій щодо способу життя. Після ведення «щоденника» ці явища суттєво зменшилися – на 67,3; 58,2; 45,5 та 67,2 (%) відповідно.

Отже, ведення «щоденника» забезпечило суттєве підвищення комплаєнсу в групі втручання (у середньому на 45–60% в усіх сферах – від прийому ліків до способу життя). Зросла частка пацієнтів, які регулярно здійснювали самоконтроль симптомів, дотримувалися дієти та підтримували контакт із медичною сестрою, що сприяло подовженню ремісії та зменшенню кількості повторних госпіталізацій. Ведення «щоденника» виявилось ефективним освітнім інструментом, що підвищує прихильність до лікування, здорового способу життя та дотримання індивідуального плану лікування в амбулаторних умовах.

4.4. Аналіз та систематизація даних щоденника моніторингу симптомів серцевої недостатності

Найчастішими клінічними симптомами, які спостерігалися у пацієнтів із СН, було підвищення артеріального тиску під час помірного фізичного навантаження (ходьба, підйом сходами). АТ знижувався, як правило, після прийому лікарських засобів (еналаприл у комбінації з діуретиком (фуросемід + аспаркам)). Задишка спостерігалася у більшості пацієнтів при фізичному навантаженні. Симптоми зменшувалися у положенні напівсидячи або на боці (рис. 4.4.1)

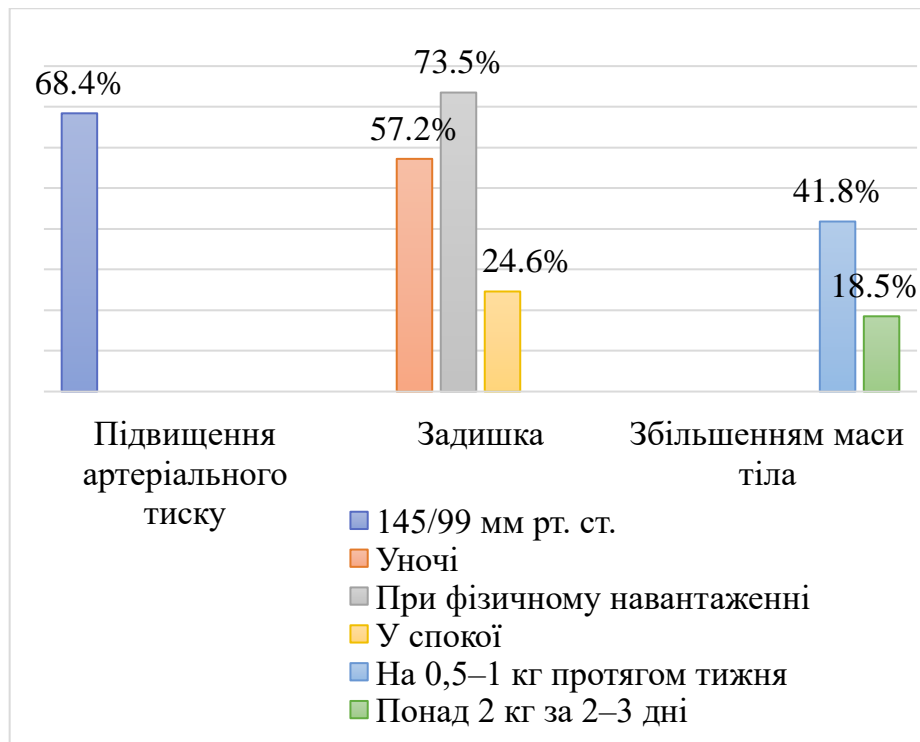


Рис. 4.4.1 Клінічні симптоми, що найчастіше спостерігалися у пацієнтів із серцевою недостатністю

Клінічна картина СН у обстежених пацієнтів характеризується переважанням гемодинамічних і застійних проявів. На порушення адаптаційних можливостей ССС вказує підвищення артеріального тиску та задишка. Затримку рідини як важливу ознаку декомпенсації, підтверджує збільшення маси тіла.

Пастозність гомілок і ступнів виявлялася у 64,8% пацієнтів, набряки нижніх кінцівок 2–3 ступеня, переважно симетричні, які з'являлися після фізичного навантаження, зберігалися до кінця дня та посилювалися у вечірній час. Набряки спричиняли дискомфорт, обмеження рухливості, біль і відчуття важкості, а також свербіж або лущення шкіри. У значної частки пацієнтів (34,7%) набряки поєднувалися із варикозним розширенням вен нижніх кінцівок та збільшенням маси тіла на 0,5–1 кг протягом тижня (рис. 4.4.2)

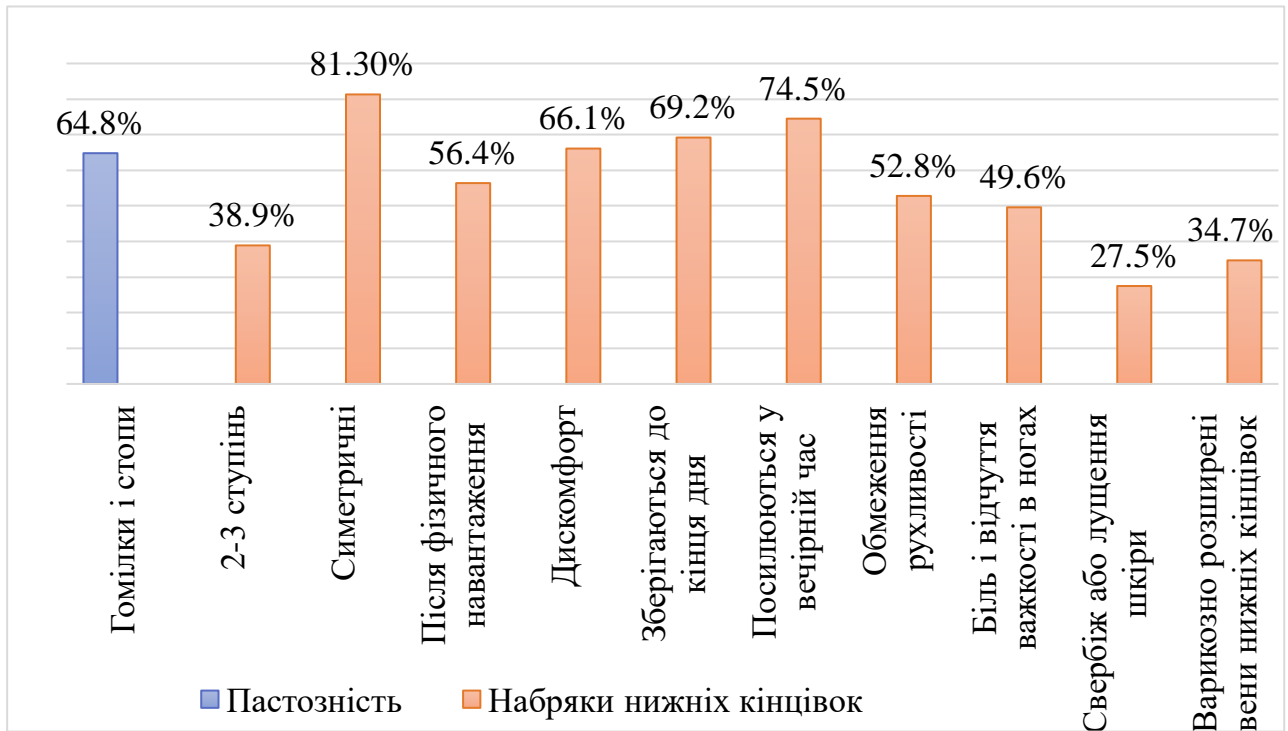


Рис. 4.4.2 Клінічні симптоми, що найчастіше спостерігалися у пацієнтів із серцевою недостатністю

Набряковий синдром свідчив про прогресування венозного застою. Ці прояви негативно впливали на ЯЖ (58,2%) і загальне самопочуття, супроводжувалися сонливістю вдень (33,9%) і болем у спині (26,4%).

Отримані дані засвідчили, що у пацієнтів із СН побічні реакції фармакотерапії мали полікомпонентний характер. Найчастіше спостерігалися: сухість у роті, особливо вночі, нападоподібний сухий кашель, який посилювався у нічний час, при цьому зменшувався після заміни інгібітора АПФ на БРА II лозартан. Крім того, пацієнти зазначали нудоту, часте сечовипускання, порушення сну, мерзлякуватість кінцівок, загальну слабкість, запаморочення, в'ялість, загальмованість, погіршення пам'яті та сутінкового зору (рис. 4.4.3)

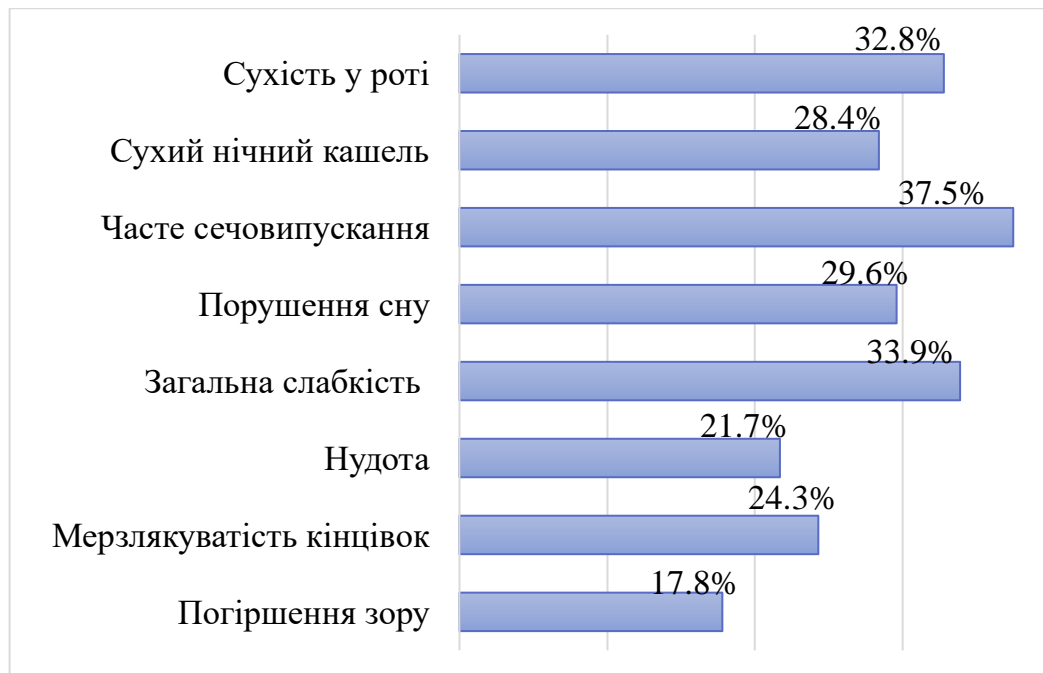


Рис. 4.4.3 Побічні реакції фармакотерапії у пацієнтів із серцевою недостатністю

Отримані результати свідчать, що у пацієнтів із серцевою недостатністю побічні реакції фармакотерапії є поширеним явищем і найчастіше проявляються з боку загального самопочуття, сечовидільної та нервової систем.

Більшість пацієнтів пов'язували появу зазначених симптомів із прийомом гіпотензивних, діуретичних та серцевих препаратів, що підтверджувало необхідність індивідуального підбору доз та регулярного медсестринського моніторингу побічних реакцій терапії, поступового коригування доз. Крім того, важливим елементом було інформування пацієнтів під час медсестринського консультування про можливі побічні ефекти та способи їх мінімізації. Хворі додатково повідомляли про нудоту, мерзлякуватість кінцівок.

Результати дослідження продемонстрували, що покращення стану пацієнтів із СН значною мірою було пов'язане з активною участю МС кардіологічного кабінету поліклініки. За згодою лікаря, МС здійснювала корекцію дозування лікарських засобів відповідно до індивідуальної динаміки АТ та симптомів, а також проводила навчання пацієнтів елементам самоконтролю, що охоплювало 64,3% випадків.

Ефективними виявилися немедикаментозні заходи: обмеження споживання рідини до 1,5 л/добу, корекція харчування з виключенням жирної, смаженої, солоної, консервованої їжі та збільшення частки овочів, фруктів, молочних продуктів і риби; адаптація способу життя — зміна положення тіла на напівсидяче (48,1%) або на боці (32,7%), а також помірна фізична активність (легка розминка кінцівок).

Зменшення пастозності та набряків пацієнти відзначали після відпочинку з піднятими ногами, використання компресійних панчів або бинтових пов'язок, прийому діуретичних засобів, обмеження солі до 3 г/добу, а також зменшення маси тіла після діуретичної терапії та психоемоційної підтримки.

Ці дані підтверджують важливу роль медсестринського консультування як невід'ємної складової безперервного догляду за пацієнтами із СН. (рис. 4.4.4)



Рис. 4.4.4 Заходи, після яких пацієнти із серцевою недостатністю відзначали покращення самопочуття

Покращення самопочуття пацієнтів із серцевою недостатністю найчастіше асоціювалося з комплексними медсестринськими втручаннями. Сукупність медикаментозних та немедикаментозних заходів сприяла зменшенню застійних явищ, полегшенню симптомів і підвищенню суб'єктивної якості життя пацієнтів, що підкреслює ключову роль медсестринського супроводу у веденні хворих із серцевою недостатністю.

Отримані дані свідчать, що у пацієнтів із СН переважають супутні стани метаболічного та неврологічного характеру.

Зокрема, подагра асоціювалась із періодичними нападами артралгій, що загострювалися під час прийому діуретиків, але зменшувалися після терапії колхіцином, алопуринолом і дієтичних змін (обмеження м'яса, солодких напоїв, алкоголю). Частими були ожиріння, неврологічні прояви, когнітивні розлади, порушення сутінкового зору та нудота або блювання, що свідчить про мультисистемний характер перебігу захворювання та потребу в міждисциплінарному нагляді (рис. 4.4.5).

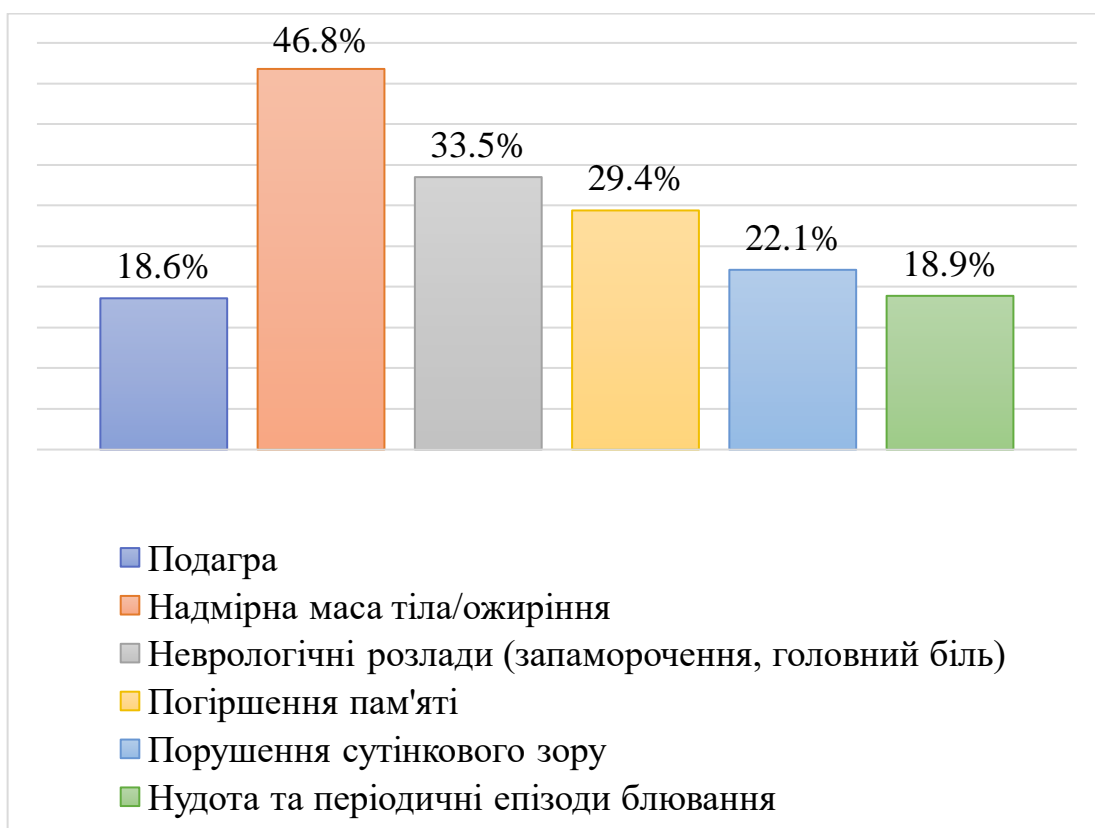


Рис. 4.4.5 Поширеність супутніх патологічних станів у пацієнтів із серцевою недостатністю

Результати підтверджують мультиморбідний характер контингенту та потребу у комплексному супроводі.

Отримані результати свідчать, що більшість пацієнтів із серцевою недостатністю (73,5%) потребували додаткового медичного огляду у суміжних спеціалістів, що зумовлено високим рівнем коморбідності та необхідністю комплексного підходу.

Найчастіше хворі із СН потребували консультації кардіолога — для корекції серцевих і гіпотензивних засобів, а також терапевта — для оптимізації супутньої терапії. Значна частка пацієнтів зверталася до невролога через когнітивні розлади, до дієтолога — для формування плану харчування з обмеженням рідини й солі, фізіотерапевта — для визначення рівня фізичної активності та нефролога — для корекції діуретичної терапії. (рис. 4.4.6)

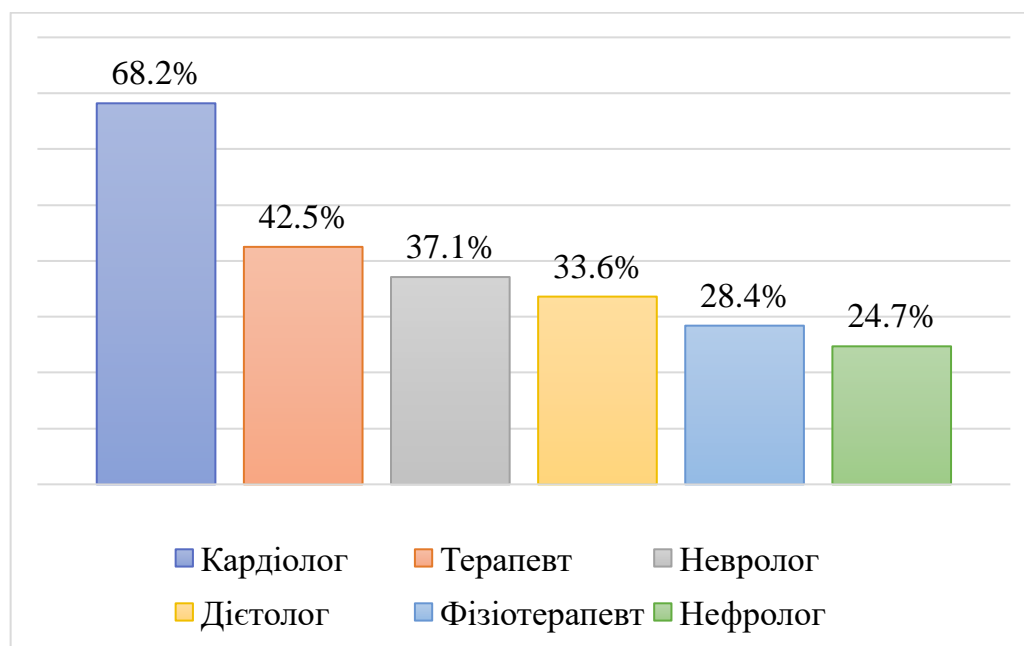


Рис. 4.4.6 Частота звернень пацієнтів із серцевою недостатністю до лікарів суміжних спеціальностей

Пацієнтам із СН окрім консультації кардіолога, що зумовлено прямою залежністю їх стану від серцево-судинної патології, потрібна також спеціалізована спрямованість допомоги за показаннями.

Таким чином, отримані результати нашої роботи підкреслюють необхідність упровадження «щоденника» та інструкцій за варіантом «Світлофора» для пацієнтів з діагностованою СН з метою підвищення рівня поведінки самообслуговування в амбулаторних умовах.

З метою продовження якісного життя пацієнтів із СН, обмеження частоти повторних звернень до кардіолога поліклініки та не планових госпіталізацій потрібно запровадити «Щоденники моніторингу симптомів/ознак серцевої недостатності» для оцінювання рівня поведінки самообслуговування в амбулаторних умовах.

Матеріали, викладені в даному розділі, оприлюднені в наукових працях:

1. **Григорець ДК.** Оцінка потреб пацієнта з серцевою недостатністю щодо медичної інформації та комунікації з медичною сестрою. В: Матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф. студентів і молодих вчених Досягнення та перспективи розвитку медицини та фармації. Погляд молодих вчених; 2025 Лис 5-6; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2025, с. 45.

2. **Григорець ДК, Плеш ІА.** Оцінка ефективності щоденника моніторингу симптомів серцевої недостатності в амбулаторних умовах. Медичні перспективи. 2025;30(1):39-46. doi: [10.26641/2307-0404.2025.1.325241](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2025.1.325241)

3. **Григорець ДК.** Впровадження щоденника моніторингу симптомів/ознак серцевої недостатності в амбулаторних умовах. В: Матеріали I Всеукр. наук.-практ. конф. з між нар. участю Сучасне медсестринство: реалії та виклики; 2024 Лис 20-21; Івано-Франківськ. Івано-Франківськ; 2024, с. 19.

4. **Григорець ДК, Костеняк ЛВ.** Ефективність щоденника моніторингу симптомів у хворих з серцевою недостатністю. Матеріали XII Буковинського міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів і молодих учених ВІМСО 2025; 2025 Кві 2-4; Чернівці. ВІМСО Journal. 2025;2025:107.

5. **Григорець ДК, Плеш ІА, Гулей МГ.** Прихильність до лікування пацієнтів із серцевою недостатністю в амбулаторних умовах. Медсестринство. 2025;3-4:15-21. doi: [10.11603/2411-1597.2025.3-4.15464](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2025.3-4.15464)

РОЗДІЛ 5

ОБГОВОРЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Серцева недостатність є однією з найпоширеніших хронічних патологій серцево-судинної системи та провідною причиною госпіталізації, інвалідизації та смертності серед дорослого населення. Прогресуючий перебіг захворювання, високий рівень коморбідності та значні економічні витрати зумовлюють високу медико-соціальну значущість та актуальність пошуку ефективних підходів до діагностики, лікування та догляду [110, 227].

У сучасних рекомендаціях та наукових публікаціях зазначено, що ключовим чинником покращення клінічних результатів у пацієнтів із СН є організація безперервного людиноцентрованого догляду, зорієнтованого на тривале спостереження, регулярний моніторинг симптомів і активну взаємодію між пацієнтом та медичними працівниками [30, 151, 201, 256]. Саме такий підхід дозволяє своєчасно виявляти ознаки декомпенсації, коригувати терапію та запобігати ускладнень.

У цьому контексті особлива роль належить МС, участь якої включає систематичний моніторинг життєвих показників, навчання пацієнта навичкам самодогляду, підтримку прихильності до лікування, а також координацію комунікації між пацієнтом, його родиною та іншими фахівцями, що сприяє персоналізованому підходу та підвищенню ефективності терапії

Отже, актуальність виконаного дослідження зумовлена необхідністю оптимізації структури та змісту сестринських втручань, підвищення ефективності клінічних результатів (зниження повторних госпіталізацій, покращення симптоматики та якості життя), а також формалізації комплексної програми безперервного медсестринського догляду на основі засадах доказової медицини.

Метою нашого дослідження було підвищення ефективності безперервного медсестринського догляду за хворими з серцевою недостатністю на стаціонарному та амбулаторному етапі шляхом розробки та впровадження організаційної програми, спрямованої на подовження періоду ремісії, зниження частоти

повторних госпіталізацій, покращення рівня знань, якості життя, самообслуговування та прихильності до лікування.

Для досягнення поставленої мети проведене анонімне анкетування 453 пацієнтів. Із них 343 пацієнти мали серцеву недостатність I-IV функціональних класів за NYHA та I,II-A, B стадіями за класифікацією М.Д. Василенко-Стражеско (стадія С відповідно до Рекомендацій Всеукраїнської асоціації кардіологів України, 2024 р.). Середній вік становив 60 років, частка чоловіків – 58,0%) [29, 38, 47, 110].

Обстеження здійснювалось на базі загально-кардіологічного відділення №1 ОКНП «Чернівецький обласний клінічний кардіологічний центр». Крім того, до дослідження було включено 110 пацієнтів із гіпертензивною хворобою серця, ускладненою застійною серцевою недостатністю, які відвідували кардіологічний кабінет (середній вік 74 ± 1 роки, частка жінок – 58,2%) на базі «Міська поліклініка №2» ЧМР. У дослідженні також брали участь МС (середній вік – $35,6 \pm 1,43$ роки, частка жінок – 100%) залучені до ведення пацієнтів із СН.

Відомо, що перебіг і прогресування СН значною мірою визначаються соціально-демографічними характеристиками пацієнтів, рівнем соціальної підтримки, освітнім статусом та коморбідністю.

Серед 453 обстежених пацієнтів значну частку становили особи старше 60 років ($n=145$), при цьому переважали чоловіки ($n=245$), що відповідає загальним тенденціям поширеності СН.

Аналіз сімейного стану показав, що серед обстежених були неодружені особи ($n=66$) та вдовці/вдови ($n=81$), що є свідченням зниження рівня соціальної підтримки та є важливим несприятливим чинником для контролю перебігу захворювання. За показником зайнятості переважали пенсіонери ($n=221$), тоді як працевлаштованими були 92 особи. Важливим чинником був рівень освіти: більшість мали середню освіту ($n=258$), початкова – 46 осіб, тоді як вищу освіту мали 149 пацієнтів. Перевага пенсіонерів та осіб із середнім рівнем освіти також може обмежувати можливості ефективного самоконтролю та засвоєння медичної інформації.

Представлені результати підтверджують наукові дані міжнародних досліджень, відповідно до яких соціально-демографічні фактори мають опосередкований, але стійкий вплив на прогресування СН та результати лікування [55, 155, 255, 289].

За даними сучасних досліджень СН у більшості випадків формується та перебігає на тлі коморбідної патології [61, 207]. В обстежених пацієнтів провідними причинами та супутніми станами були: лівошлуночкова/застійна СН (62,4%), АГ (55,9%), ІХС – (57,4%), атеросклеротична хвороба – (31,8%), перенесений ІМ (21,1%), фібриляція передсердь – (25,1), міокардити – (7,0%), клапанні ураження – (6,7%), дилатаційна кардіоміопатія – (4,9%) перевищують середні. Порівняно з глобальними та європейськими реєстрами, де поширеність ІХС становить 34–38 %, а АГ – 20–23 %, виявлені нами показники є вищими, що свідчить про особливості перебігу захворювання та має важливі наслідки для планування профілактичних заходів і організації медичної допомоги.

Встановлено фактори ризику розвитку та прогресування СН – супутні захворювання, які ускладнюють дотримання лікувальних рекомендацій. Так, у дослідженій групі пацієнтів виявлено: цукровий діабет 2 типу (27,1%), ожиріння (25,4%), початкову старечу катаракту (24,8%), депресію (22,2%), ХХН (17,8%), когнітивні порушення (16,3%) та ХОЗЛ (13,4%). Наявність цих супутніх захворювань ускладнювала дотримання лікувальних рекомендацій, орієнтованих виключно на СН.

Супутні захворювання істотно впливали на прихильність до лікування та ефективність самоконтролю, що повністю узгоджується з положеннями рекомендацій ESC [11, 55] та даними українських дослідників [86, 134, 139].

Обов'язковою складовою сучасного менеджменту пацієнтів із СН, за рекомендацією Європейського товариства кардіологів (ESC, 2021 рік), є оцінка функціонального стану та ЯЖ. Нами проведено оцінку функціональних можливостей пацієнтів, оскільки однією з характерних ознак СН є зниження толерантності до фізичного навантаження.

За результатами опитування MLHFQ у нашому дослідженні низький рівень ЯЖ відзначався у 80,0 % пацієнтів, що було зумовлено обмеженням фізичної активності, зниженням емоційної активності та відносним відчуттям спокою, помірний – у 15,7 %, високий – у 4,3 %. Ці показники дещо перевищують дані міжнародних досліджень, де середній рівень низької ЯЖ серед пацієнтів із СН становить 34,21 % [67, 109, 135]. Переважна частка хворих із помірною (II-A ст.) та тяжкою СН (II-B ст.) мали значне погіршення ЯЖ, особливо у фізичній складовій (26,5 бала), що свідчить про помірне обмеження фізичних можливостей на момент виписки. Отримані дані повністю корелюють із результатами досліджень, проведених у Швеції [134, 135, 172, 180].

Емоційна складова ЯЖ (11,7 бала) була теж зниженою, що свідчить про наявність психологічного дистресу, емоційної нестабільності, напруженості та помірної тривоги, пов'язаної з основним захворюванням [67, 163, 181, 191]. Подібні тенденції відзначені в ряді інших досліджень, де емоційна складова знижена приблизно на 28 % а фізична на 33% [89, 181, 204]. На такі результати впливали ряд факторів, такі як вік, стать, сімейний стан, коморбідність, супутні захворювання, а також вплив війни в нашій країні. Схожі результати були отримані у дослідженні українських пацієнтів із ХСН, які перебували у стресогенних умовах воєнного стану, де також виявлено підвищений рівень тривоги та знижену емоційну складову якості життя, що підтверджує вплив зовнішніх стрес-факторів, зокрема обмеженого доступу до медичної допомоги та соціальної підтримки, на психоемоційний стан пацієнта [6, 53]. Імовірно, додатковим несприятливим чинником у цей період став вплив воєнних подій, що підтверджується результатами досліджень серед українських пацієнтів та біженців у країнах Європи, зокрема Німеччини [187, 219].

У вітчизняних дослідженнях 85 % пацієнтів із хронічною СН мали низький (у 49 % пацієнтів) або помірний (у 36% пацієнтів) рівень ЯЖ, в анамнезі із супутніми ЦД 2-го типу та ожирінням [11, 18, 21].

За даними окремих досліджень встановлено, що серед хворих на ІХС якість життя виявилася найнижчою в осіб із СН, порівняно з пацієнтами зі стенокардією

чи перенесеним інфарктом міокарда без СН. Інші дослідники виявили істотне зниження параметрів ЯЖ у хворих з хронічною СН з мультиморбідністю на прикладі ЦД 2-го типу й ожиріння [12, 55, 195, 201].

Вимірювання фізичної працездатності та толерантності до фізичного навантаження у пацієнтів із СН в повсякденному житті, оцінка здатності виконувати повсякденні активності, визначення підвищеного ризику розвитку ускладнень та моніторинг змін стану пацієнта до і після медсестринських освітніх втручань здійснювали за допомогою опитувальника DASI.

Результати свідчать про значне зниження толерантності до фізичного навантаження: у 88,6% пацієнтів показники відповідали низькому (65 %) та зниженому (21,4 %) рівню активності, при цьому метаболічний еквівалент (MET) – 4,2. У більшості пацієнтів (92,9%) був дуже низький показник кардіореспіраторної тренуваності (максимальне споживання кисню (VO_{2max}) менше 15,0 мл/кг/хв.) при виконанні фізичних навантажень. При цьому жоден пацієнт не досягав високого рівня фізичної активності. У цілому отримані результати є співставними з даними досліджень, що також демонструють значне зниження фізичної працездатності та толерантності до навантажень у пацієнтів із СН [66, 94, 121, 145].

Оцінка функціональної здатності у пацієнтів із СН виявила взаємозв'язок супутніх захворювань із зниженням показників активності під впливом провокуючих факторів в залежності від віку ($57,3 \pm 1,43$ років), статі (67,1% - чоловіків), стадії СН (з II-A - 40%, з II-B 2,8%), як у вітчизняних дослідженнях [56, 66, 155, 289]. Спостережені тенденції є співставними з міжнародними даними: старші пацієнти частіше мали знижену ЯЖ (DASI < 20 балів), середній показник кардіореспіраторної тренуваності (VO_{2max} 15,4 мл/кг/хв) і вищі стадії СН асоціювалися із зменшенням метаболічного еквівалента (MET < 4) – головними предикторами функціонального зниження [10, 29, 78].

Разом з тим, впровадження розробленої нами програми безперервного медсестринського догляду супроводжувалось суттєвим покращенням ЯЖ (на 40 %), фізичної (на 38 %) та емоційної складової (на 42 %), а також показників функціонального стану (DASI, VO_2 max та MET) на 30,5 %, що свідчить про

ефективність комплексного медсестринського супроводу. Аналогічне підвищення показників функціональної активності (DASI на 30–40 %) описане в міжнародних і вітчизняних роботах після застосування інтегрованого підходу до ведення пацієнтів, у тому числі похилого віку з ІХС та коморбідними станами.

Оцінка рівня знань пацієнтів із СН є важливим компонентом ефективного контролю захворювання, так як поінформованість визначає здатність до своєчасного розпізнавання симптоми загострення, дотримання медикаментозної терапії та принципів самогляду [116, 207]. З цією метою нами було використано опитувальник АНФКТ до та після освітніх медсестринських втручань для визначення рівня знань щодо природи та причин СН, клінічних проявів, правил прийому медикаментів, дієтичних обмежень (насамперед споживання солі та рідини), фізичної активності та алгоритмів дій у разі погіршення стану. Аналіз результатів показав наявність суттєвих прогалин у знаннях пацієнтів: щодо прийому ліків — 65,51 %, харчування — 66,12 %, розпізнавання симптомів — 58,06 %, поведінки — 56,45 %. Такий рівень недостатньої поінформованості обмежує можливості ефективного самоконтролю та обґрунтовує необхідність корекції шляхом проведення цілеспрямованого навчання та індивідуалізованих освітніх заходів у межах програми безперервного медсестринського догляду.

За результатами оцінки ступеня поінформованості пацієнтів за допомогою розробленої нами анкети встановлено, що серед амбулаторних хворих ($n = 55$) недостатній рівень поінформованості мали 63,6 % пацієнтів. Лише 49,1 % володіли поверхневими знаннями про своє захворювання, а 14,5 % не мали повного уявлення про причини та ознаки декомпенсації, що ускладнювало своєчасне розпізнавання симптомів загострення (задишка – 78,2 %, набряки – 83,7 %) і негативно впливало на звернення за медичною допомогою у разі погіршення стану. Особливо показовим є те, що понад половина обстежених не пов'язували появу симптомів із СН (65,5%) та не зверталися по допомогу до медичного працівника в разі погіршення симптомів СН або появи нових (71,3%). Крім того, 64,0 % пацієнтів продемонстрували низький рівень знань щодо догляду за собою в домашніх

умовах, а 54,0 % – недостатню здатність ефективно долати повсякденні труднощі, пов'язані із хронічним перебігом захворюванням.

Виявлені в дослідженні особливості відображають загальну проблему недостатньої участі пацієнта у процесі контролю СН та підкреслюють ключову роль освітніх програм з питань медсестринства у формуванні навичок самообслуговування. Подібні показники рівня знань і поведінкових реакцій описані в міжнародних та вітчизняних роботах, які свідчать про те, що більшість пацієнтів із СН (60–70 %) [201, 222], не здійснюють регулярний самоконтроль маси тіла (27,6 %), набряків (28,1 %) і симптомів загострення, що значно підвищує ризик повторних госпіталізацій [129]. Вітчизняні дослідження також підтверджують ці тенденції: багато пацієнтів із СН в українських лікарнях не володіють достатніми знаннями про своє захворювання, що підвищує ризик загострень і повторних госпіталізацій [5, 7].

Ефективність освітніх втручань значною мірою залежить від соціально-демографічних та клінічних факторів. Визначено фактори, що впливали на навчання пацієнтів та засвоєння інформації. До них належали соціально-демографічні характеристики: вік пацієнтів ($56,3 \pm 11,7$), стать (чоловіки – 76%), рівень освіти (вища - 52,51%, середня – 37,18%), зайнятість (працевлаштовані – 58%), сімейний стан (одружені та мали сім'ю – 76%, вдівці – 21%). Серед клінічних чинників найбільший вплив на засвоєння інформації мали: стадія СН (II-A - 79%, II-B - 21%), наявність коморбідної патології (27%), тривалість перебігу захворювання ($10,5 \pm 0,5$ років) та тривалість госпіталізації ($7,3 \pm 0,4$ днів).

В інших дослідженнях також встановлено, що рівень освіти (середній або вищий початкового) корелює з кращим рівнем знань про СН. Встановлено, що пацієнти старших вікових груп мали нижчий рівень здоров'язберігаючої грамотності, тоді як наявність партнера або постійної сімейної підтримки асоціювалася з кращим засвоєнням навчального матеріалу та більш активною участю в освітніх медсестринських втручаннях [66, 155, 173, 289].

В рамках безперервного медсестринського догляду була розроблена та впроваджена комбінована освітня програма, що поєднувала навчання в

стаціонарних умовах, ведення щоденника моніторингу симптомів СН та контакт по месенджеру (Telegram канал) в амбулаторних умовах. Такий підхід забезпечував безперервність освітнього впливу, сприяв формуванню навичок самообслуговування та своєчасному розпізнаванню симптомів декомпенсації.

Поєднання очного навчання в умовах стаціонару з подальшим дистанційним медсестринським супроводом через месенджер і веденням щоденника моніторингу симптомів СН сприяло закріпленню отриманих знань на етапі виписки, підвищенню мотивації пацієнтів до самообслуговування за рахунок постійного зворотного зв'язку із МС та забезпеченню безперервності догляду між стаціонарним і амбулаторним етапами. Впровадження такого підходу дозволило забезпечити раннє виявлення погіршення стану завдяки систематичному щоденному спостереженню та записуванню симптомів у «щоденник», зумовило зменшення частоту повторних госпіталізацій та покращення ЯЖ пацієнтів.

Після освітнього втручання відзначено достовірне зростання показників обізнаності: загальна поінформованість підвищилась з 45,2 % до 68,8 %, знання щодо СН — до 82,2 %, здатність розпізнавати симптоми — до 78,0 %, показники поведінкових навичок — до 58,8 %, дотримання рекомендацій щодо харчування — до 66,4 %, обізнаність щодо терапевтичних схем лікування — до 58,5 %.

Отримані результати підтверджують дані зарубіжних досліджень, зокрема польських авторів, які також відзначили ефективність навчання пацієнтів у період виписки зі стаціонару [134].

Аналогічно до міжнародних даних освітні втручання під керівництвом МС були ефективними у зниженні ризиків повторної госпіталізації з приводу СН та інших причин, а також зі скороченням тривалості стаціонарного лікування, водночас не впливаючи суттєво на частоту звернень до відділень невідкладної допомоги [5, 95, 140, 228]. Вітчизняні та зарубіжні наукові публікації свідчать про високу ефективність освітніх втручань у менеджменті пацієнтів із СН. Запровадження структурованих навчальних заходів сприяло підвищенню рівня поінформованості пацієнтів щодо особливостей перебігу захворювання, правил поведінки та прийому ліків. Пацієнти, які проходили навчання під керівництвом

МС, демонстрували вищий рівень знань і здатність самостійно контролювати свій стан, що асоціювалося зі зниженням частоти загострень і повторних госпіталізацій [134, 151, 173, 245].

Освітні програми, реалізовані за активної участі МС, сприяли покращенню самообслуговування, самоконтролю, самопідтримці, сприяли модифікації поведінкових факторів ризику та розширенню можливостей пацієнтів у прийнятті рішень щодо власного здоров'я. У деяких дослідженнях продемонстровано обнадійливі результати щодо скорочення кількості повторних госпіталізацій, термінів перебування у стаціонарі [127, 162, 172].

Оцінку рівня самообслуговування у пацієнтів із СН, тобто їх здатності самостійно виконувати дії, спрямовані на підтримання стабільного стану здоров'я, своєчасно розпізнавати симптоми декомпенсації та адекватно реагувати, ступеня розвитку навичок самодогляду, дотримання режиму лікування, прийому ліків, контролю ваги, дієти, фізичної активності проводили за допомогою шкали самообслуговування SCHFI (The Self-Care of Heart Failure Index). Використання зазначеного інструменту дозволило об'єктивно оцінити сформованість навичок самодогляду, дотримання режиму лікування, медикаментозної терапії, контролю харчування та режиму фізичної активності, а також підтвердити ефективність освітніх медсестринських заходів і програми підтримки пацієнтів із СН.

Отримані результати виявили неналежний рівень самообслуговування у всіх пацієнтів із СН (менше 70 балів), низький рівень поведінки – у 87,2%. Преважна більшість хворих мали недостатньо сформовані навички підтримки самообслуговування, зокрема здатності розпізнавати зміни у стані та ідентифікувати ознаки погіршення, що відзначено у 94,5% випадків. Недостатнє сприйняття симптомів виявлено у 90,9% пацієнтів, а проблеми з управлінням самообслуговування (прийняття правильних рішень і дій у відповідь на симптоми) – у 92,73%. Аналіз компонентів самоконтролю показав, що понад половина пацієнтів із СН мали недостатній рівень. Зокрема, 54,84% хворих не дотримувалися базових правил самоконтролю, 66,12% – не виконували рекомендацій щодо харчування, зокрема обмеження рідини до 1–1,5 л/день у 51,62% та солі до

3000 мг/добу у 79,04 %. Аналіз медикаментозної прихильності засвідчив наявність суттєвих порушень у прийомі призначеної терапії. Самовільну зміну схеми лікування допускали 65,51% пацієнтів, тоді як 67,75% замінювали або пропускали прийом лікарських засобів ліки без попередньої консультації з лікарем, що суттєво підвищувало ризик декомпенсації та повторних госпіталізацій.

Проблеми з розпізнанням симптомів СН виявлено у 58,06% пацієнтів. Найбільш значущими проявами, які залишалися недооціненими, були різке зростання маси тіла на 2-3 кг за кілька днів (70,65%), а також набряки та посилення задишки (83,88%). Отримані дані свідчать про недостатню сформованість навичок раннього виявлення ознак декомпенсації, що є критично важливим компонентом ефективного самоогляду.

Аналіз поведінкових аспектів показав низьку активність пацієнтів щодо виконання рекомендованих заходів самоконтролю. Зокрема, нерегулярне зважування відзначалося у 54,84% хворих, недостатній рівень фізичної активності — у 79,04%. Негативний вплив модифікованих факторів ризику також залишався суттєвим: куріння було у 41,92% пацієнтів, вживання алкоголю — 22,59%. Крім того, більшість не дотримувалась рекомендацій щодо вакцинації та регулярних візитів до лікаря (74,2%).

Таким чином, отримані результати свідчать, що порушення щодо розпізнавання симптомів та поведінкових реакцій сприяють формуванню несприятливого фону для контролю перебігу СН, підвищують імовірність пізнього звернення за медичною допомогою та сприяють зростанню ризику госпіталізацій.

Подібні результати описані у міжнародних публікаціях, де зазначається, що понад 60% хворих із СН не дотримуються рекомендованих заходів самообслуговування, особливо щодо харчування, обмеження рідини та регулярного зважування, а також не завжди своєчасно розпізнають симптоми загострення [134, 149, 180]. Проблеми з розпізнанням симптомів та поведінкою пацієнтів суттєво впливають на ризик госпіталізації та ефективність лікування [31, 40, 166].

Подібну тенденцію підтверджують і вітчизняні дослідження: значна частина пацієнтів не володіють достатніми знаннями щодо харчування, прийому ліків та фізичної активності, що підвищує ризик декомпенсації [60, 96, 112]. Низький рівень самоконтролю спостерігався у більшості госпіталізованих пацієнтів із СН, особливо щодо дотримання терапевтичних схем і моніторингу симптомів [24, 149].

Порівняльний аналіз зарубіжних досліджень поведінки самообслуговування за кожною сферою шкали SCHFI свідчить, що недостатній рівень самодогляду є поширеною проблемою серед пацієнтів із СН незалежно від країни дослідження. Так, адекватну практику самообслуговування виконували лише 20% пацієнтів в Італії і, 52% – в Ефіопії [134]. В Іспанії виявлено необхідність безпосереднього контакту пацієнтів зі службами охорони здоров'я щодо інформації про харчування (70%), типу вправ для покращення свого фізичного стану (75%) та інформації про взаємодію їжі та ліків (60%) [134]. Польські дослідники також відзначили найнижчі бали щодо «Ведення запису симптомів», «Обмеження солі». Водночас найвищі бали польські пацієнти отримали у сфері підтримки самообслуговування та управління і найнижчий у сприйнятті симптомів, що частково відрізняється від структури порушень, виявленої у нашому дослідженні [134]. У роботах китайських дослідників середні оцінки за шкалою SCHFI щодо підтримки самообслуговування, сприйняття симптомів й управління самообслуговування теж були нижчими за граничний рівень [200], що загалом відображає подібні труднощі формування ефективної поведінки самодогляду у пацієнтів із СН. Більше половини (58,3%) пацієнтів у Південній Ефіопії теж мали недостатній рівень щодо самообслуговування [134].

Таким чином, отримані нами результати вписуються в загальну міжнародну тенденцію та підтверджують, що порушення самообслуговування мають багатовимірний характер і потребують структурованих освітніх програм із безперервним супроводом за участі МС.

За результатами застосування нашої анкети «Оцінка інформаційних потреб пацієнтів та особливостей їх взаємодії з медичною сестрою» встановлено суттєві організаційні та поведінкові прогалини у структурі догляду за пацієнтами. Зокрема,

у 91% обстежених були відсутні індивідуальні плани догляду і самоменеджменту, серед них 88,6% – не вели записів своїх симптомів та побічних ефектів від ліків, 83,6% – не користувалися жодною системою нагадування про прийом ліків, а 76,4% не зверталися за консультацією до медичного працівника з питань медикаментозної терапії. Сукупність цих чинників засвідчила про відсутність структурованої підтримки пацієнтів та недостатню інтеграцію медсестринського супроводу в процес довготривалого ведення СН.

У наукових дослідженнях 22,3% пацієнтів повідомляли про систематичне недотримання базових рекомендацій самодогляду [266, 278].

В інших спостереженнях зазначено, що регулярне зважування та контроль симптомів здійснювали менше 40% пацієнтів, до 50% пацієнтів не виконували рекомендації обмеження натрію та рідини, 20-30% мали епізоди пропуску прийому ліків, 60-70% не вели жодних записів спостереження, більшість (до 70%) не мали жодної системи контролю, менше половини пацієнтів зверталися за консультацією при погіршенні симптомів. Відсутність структурованого плану самообслуговування та підтримки – одна з основних причин низької прихильності до лікування [96, 109].

Використання запропонованого «щоденника моніторингу симптомів» та регулярне занесення показників вдома під контролем МС забезпечило суттєве покращення рівня самообслуговування у амбулаторних пацієнтів: 82,7% досягли помірного та високого рівня поведінки протягом 30-денного контролю. Середній та високий рівень самообслуговування відзначався у 54,54% пацієнтів у сфері підтримки, у 52,62% – у сприйнятті симптомів, у 50,92% – у сфері управління симптомами. В інших дослідженнях після освітніх інтервенцій 50-70% досягали помірного рівня самоконтролю [127, 132].

Таким чином, отримані дані свідчать про позитивний вплив структурованого самостереження та безперервного медсестринського супроводу на формування навичок самоконтролю.

Такий індивідуалізований підхід до навчання є важливим чинником підвищення ефективності навчання: можливість писати свої запитання у

щоденнику та отримували адресовану відповідь, що сприяло кращому засвоєнню інформації, підвищенню впевненості пацієнтів у власних діях і більш відповідальному ставленню до контролю симптомів, покращував самоконтроль, як і в інших дослідженнях, що без індивідуального підходу хворий засвоює інформацію гірше [245, 259]. Зазначений формат навчання надає можливість для активної участі пацієнта у процесі догляду та формування поведінкових змін, що є вкрай важливим у менеджменті СН.

Після впровадження освітніх медсестринських втручань 69,0% хворих основної групи почали користуватися системою нагадування про прийом лікарських засобів, 74,5% дотримувалися медикаментозної терапії, а 78,2% регулярно консультувалися з медичним працівником щодо прийому ліків, що істотно перевищувало відповідні показники у контрольній групі (16,4%, 27,2% та 23,6% відповідно). Ведення записів симптомів СН та моніторинг побічних ефектів медикаментозної терапії опанували відповідно 96,3% і 92,7% пацієнтів основної групи, тоді як у контрольній групі ці показники залишалися низькими (9,0% і 11,4%). Встановлено, що використання «щоденника моніторингу» та практичних інструкцій за принципом «Світлофора» сприяло зміні моделей звернення за медичною допомогою: кількість телефонних контактів щодо симптомів СН зросла на 35%, водночас кількість фізичних візитів до поліклініки зменшилась на 47%. Це свідчить про більш активний контроль стану в домашніх умовах та зменшення потреби в очних консультаціях.

Отримані результати підтверджують дані міжнародних досліджень. Виявлений низький початковий рівень самоменеджменту у пацієнтів могло бути пов'язано з відсутністю структурованої амбулаторної підтримки, недостатнім використанням цифрових інструментів моніторингу та низьким рівнем індивідуального навчання до впровадження безперервного медсестринського догляду.

Прихильність до лікування пацієнтів із СН оцінювали за допомогою хворобоспецифічної анкети відділу серцевої недостатності ННЦ «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска» НАМН України. За допомогою анкети визначали

фармакологічну та поведінкову прихильність пацієнтів, а також потребу у додатковому навчанні. Анкета враховувала особливості способу життя, дотримання фармакотерапії та поведінкові аспекти пацієнтів із ХСН. Ми вибрали саме цю анкету оскільки вона є короткою, простою у використанні, не потребує спеціальної підготовки пацієнта, що дозволило нам застосувати її в амбулаторних умовах і швидко оцінити фармакологічну та поведінкову прихильність до лікування й визначити потребу у додатковому навчанні.

Нами було виявлено низьку прихильність до лікування у 54,5% пацієнтів, до фармакотерапії у 60,8%, до здорового способу життя у 68,5%. Пацієнти з низьким рівнем віднесені до групи з недостатньою прихильністю.

У дослідженнях відділу СН ННЦ «ННЦ «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска» НАМН України» встановлено, що дотримання обмеження солі спостерігалось у 48% пацієнтів із низькою прихильністю та у 83% у осіб із високою, а прийом препаратів за рекомендаціями – у 59% та 92% відповідно. Пацієнти з низькою прихильністю мали у 2,3 рази вищий ризик повторних госпіталізацій протягом року (46% проти 20% серед осіб із високою прихильністю) та приблизно 45% гіршу ЯЖ [31, 40, 89, 111, 131].

Подібні тенденції відзначаються в інших дослідженнях, де високий рівень прихильності до лікування спостерігався лише у 33,5% пацієнтів із СН, 47% пацієнтів – мали часткову або низьку прихильність, причому основними причинами були втома від лікування, поліфармація та низький рівень самоконтролю [6, 44, 89, 114]. Дані українських дослідників також підтверджують недостатню прихильність до лікування пацієнтів із СН, з високим серцево-судинним ризиком та ІХС [96, 109].

Найсуттєвіший вплив на дотримання лікування мали соціально-демографічні фактори: вік (старші за 70 років), стать (жінки – 71%) та поліфармація. У нашому дослідженні серед пацієток старшого віку (75 років і старше) виявлено, середній рівень прихильності та достатнє дотримання фармакотерапії, тоді як в інших дослідженнях краще дотримання лікування спостерігалось у молодших пацієнтів за 60 років [66, 155, 289].

Нами з'ясовано, що особи з вищою освітою (29,1%) та одружені (67,2%) частіше дотримувалися лікування, що збігається з даними міжнародних досліджень [96, 109, 114]. Низька освіта, поліфармація та інші соціально-демографічні фактори асоціювалися з недостатньою прихильністю до лікування [96].

Визначено основні причини недостатньої прихильності до лікування: забудькуватість — у 92,7% пацієнтів, пропуски прийому ліків — у 80%, самостійне припинення лікування при суб'єктивному покращенні стану — у 60%, відсутність ведення обліку прийому ліків — у 74,5% респондентів. Висока частота забудькуватості вказувала на специфіку аудиторії — низьку попередню обізнаність, недостатні системи підтримки. Огляди інших досліджень підтверджували, що забудькуватість була однією з провідних факторів недостатньої прихильності [108, 122, 129], 57,5% пацієнтів забували приймати ліки протягом останнього року, 48,2% припиняли лікування без консультації лікаря [166].

Після проведення освітніх втручань частота порушень прихильності знизилася: забудькуватість – до 25,4%, пропуски прийому ліків – до 21,8%, самостійне припинення лікування при суб'єктивному покращенні стану – до 14,5%, відсутність ведення обліку прийому ліків – до 7,2% відповідно. Міжнародні дослідження також відзначають забудькуватість і самовільні припинення як одні з найпоширеніших причин недостатньої прихильності, при цьому показники покращення після втручань становили 74% та 84% [115, 154, 155, 182].

За результатами проведеного анкетування після навчання високий рівень прихильності виявлено у 71% пацієнтів, тоді як низький – лише у 7,2%. Дотримання фармакотерапії за всіма критеріями зросло до 71,2%, а дотримання принципів здорового способу життя – до 82%. Подібні ефекти освітніх заходів відзначаються у дослідженнях польських науковців, які підкреслюють роль освіти, зменшення поліпрагмазії, телефонних нагадувань і залучення фармацевтів у підвищенні прихильності [148, 187, 290].

У нашому дослідженні виявлено недостатню соціальну підтримку в 26% пацієнтів із СН, причому на її рівень впливали соціально-демографічні фактори:

вік, стать, сімейний стан. Зокрема, пацієнти старшого віку (середній вік 74 роки – амбулаторні, 60 років – стаціонарні) часто мали обмежене коло соціальних контактів, знижену мобільність і втрату соціальних ролей, що призводило до ізоляції та меншої залученості до системи підтримки. Особливо уразливими були вдівці та вдови (55 – стаціонарні, 26 – амбулаторні), які залишалися без партнерської підтримки. Самотні або розлучені пацієнти (54 – стаціонарні, 12 – амбулаторні) мали значно менше ресурсів для отримання неформальної підтримки від родини, друзів чи сусідів, що безпосередньо впливало на дотримання рекомендацій та своєчасне звернення за медичною допомогою. За даними інших досліджень низька соціальна підтримка асоціювалася з підвищеним ризиком серцево-судинних подій (в основному в осіб старших за 70 років) [96, 112, 145, 187]. Так, у 78% амбулаторних пацієнтів із ХСН повідомляли про відчуття соціальної ізоляції. Згідно з аналізом, соціальна ізоляція асоційована з ризиком госпіталізацій й смерті: більше ніж у 3,5 рази і 1,7 та 1,6 разових підвищень ризику госпіталізації та звернень у відділення невідкладної допомоги. [5, 95, 140, 151]. Відповідно 39,5% пацієнтів Тайваню без соціальної підтримки з боку родини та друзів мали кардіологічну госпіталізацію протягом 18 місяців. Соціальна підтримка з боку інших осіб була суттєво пов'язана з нижчим ризиком повторних госпіталізацій [150, 166, 283].

Варто відзначити, що 71,3% пацієнтів мали обмежений доступ до медичної допомоги (черги, транспортні труднощі, віддаленість від поліклініки, фінансові обмеження), що перешкоджало своєчасному зверненню до медичного працівника [95, 120, 122, 129]. Крім того, нами зафіксовано недостатній рівень комунікації між стаціонарною та амбулаторною ланками і з медичною сестрою у 73,9% випадків. Ці показники вищі, порівняно з даними інших досліджень, де лише 36,7% виписок мали успішну пряму комунікацію між лікарем стаціонару та лікарем амбулаторії. [157, 283, 189]. В інших дослідженнях також зазначено, що МС зустрічалися із багатьма бар'єрами ефективної комунікації [13, 73, 89, 95]. Водночас покращена комунікація під час виписки асоціювалася із кращою прихильністю пацієнтів до лікування та їх задоволеністю процесом догляду (86,1%) [90, 96, 156].

У нашому дослідженні виявлено недостатній рівень комунікації щодо прийому та корекції лікування у 76,4% пацієнтів. Зокрема, 61,8% – не отримали чітких рекомендацій від лікаря щодо тривалого лікування після виписки, 68,3% – не мали чітких і повних інструкцій від МС, 59,4% – не знали, до кого звертатися у разі потреби, 64,3% – не отримали інформації щодо плану профілактики та обстежень, 86,1% – не отримали точних даних щодо повторного огляду (контролю) в амбулаторних умовах, 74,8% не отримали рекомендацій щодо способу життя (дієта, фізична активність, шкідливі звички). Лише 13,9% пацієнтів були задоволені координацією догляду після виписки. Отримані результати значно нижчі порівняно з іншими дослідженнями, що підкреслює необхідність удосконалення інформаційної та комунікаційної підтримки пацієнтів у постгоспітальний період [73, 77, 189].

Більшість (86,0%) хворих висловили бажання отримувати чітке, індивідуальне роз'яснення як від лікуючого лікаря стаціонару, так і від МС щодо тривалого лікування після виписки. Недостатня участь сімейного лікаря у моніторингу стану пацієнта відзначена у 59,9%, що призводило до несвоєчасного виявлення ознак декомпенсації. Отримані показники значно вищі, ніж у інших зарубіжних дослідженнях, що свідчило про високі очікування пацієнтів та потенційну недостатність поточного інформування порівняно з іншими, де всього 40% хворих вважали, що лікар первинної ланки недостатньо забезпечує контроль стан після виписки [70, 93, 189]. Це підкреслює високі очікування пацієнтів та потенційну недостатність інформування в поточній системі догляду.

Нами встановлено найбільш бажані основні джерела інформації пацієнтами від медичних працівників в амбулаторних умовах: телефонні/месенджер-консультації (71,8%), бесіди з медичною сестрою (61,8%) та письмові роздаткові матеріали (53,6%). Це добре вкладається а сучасні спостереження: пацієнти з СН віддавали перевагу комбінованому підходу – особистій роботі з медсестрою поряд із дистанційними каналами зв'язку та простими письмовими підказками. У кількох роботах пацієнти підкреслювали пріоритет особистого спілкування та навчання, особливо щодо інформації про лікування та план дій при загостренні [69, 134, 151].

Сучасні дослідження вказують, що пацієнти з СН надають перевагу комбінованим підходам отримання медичної інформації, які поєднують особисте спілкування з МС, дистанційні канали зв'язку та прості письмові інформаційні матеріали. У кількох роботах підкреслюється провідна роль безпосередньої взаємодії з МС, особливо під час обговорення лікування та алгоритму дій при загостренні захворювання. У дослідженнях із використанням SMS-підтримки через 6 місяців рівень дотримання рекомендацій зростав у середньому на 24%, 72% пацієнтів зазначали, краще розуміння свого стану, а 68% — підвищення мотивації до самоогляду. Водночас при цьому кількість незапланованих візитів до лікаря зменшилась на 30% [200]. Згідно отриманих результатів телефонні та SMS-інтервенції розглядаються як ефективний інструмент підтримки самообслуговування, що сприяє підвищенню прихильності до лікування та зменшенню кількості візитів до лікаря

За даними досліджень, до 87% пацієнтів із ССЗ вважають письмові інформаційні матеріали важливим джерелом знань, однак понад 60% повідомляють про труднощі з розумінням медичних термінів та інструкцій за відсутності пояснень медичного працівника. Близько 72% респондентів вказують, що письмові матеріали є ефективними лише як доповнення до особистих або дистанційних консультацій, а не як самостійний інструмент навчання [238].

Результати дослідження встановили, що найбільш бажаними джерелами інформації для пацієнтів від медичних працівників в амбулаторних умовах були телефонні та месенджер-консультації (71,8%), бесіди з МС (61,8%) і письмові роздаткові матеріали (53,6%). Використання дистанційного супроводу через месенджер (Telegram-канал) забезпечило високу і залученість пацієнтів: кількість щодо симптомів СН зросла на 35%, тоді як частота фізичних візитів до поліклініки зменшилась на 47%. Це свідчить про більш активний самоконтроль стану в домашніх умовах та ефективність дистанційної медсестринської підтримки [40, 69, 134, 151].

Нами встановлено, що пацієнти, які залучалися до комбінованої освітньої програми, демонстрували на 24,19% вищий рівень розуміння власного стану та на

32% кращу прихильність до лікування порівняно з пацієнтами, які не отримували такого навчання. Отримані результати свідчать про переваги інтегрованого підходу до навчання пацієнтів із СН. Саме таке поєднання різних освітніх компонентів має найкращу доказову підтримку в інших дослідженнях, у яких комплексні програми навчання асоціювалися зі зростанням рівня знань про СН (з 28% до 31,4%), підвищенням дотримання режиму прийому ліків на 32%, покращенням самоконтролю симптомів на 28% та збільшенням загальної прихильності на 22% [134, 245, 259]. Це вказує на те, що саме багатокомпонентні освітні втручання забезпечують більш стійкі поведінкові зміни порівняно з однокомпонентними інформаційними заходами

Аналізуючи отримані дані, встановлено, що ефективність продемонструвала комбінація очного навчання, використання письмових матеріалів (кольорового «Світлофора із QR-кодом практичних рекомендацій та щоденника моніторингу симптомів СН) і подальша дистанційна підтримка з боку МС. Такий формат сприяв не лише підвищенню рівня знань, а й формуванню навичок самоконтролю, своєчасному реагуванню на зміни стану та покращенню прихильності до лікування на стаціонарному та амбулаторному етапах спостереження [48].

Рівень задоволеності пацієнтів різними аспектами медсестринського догляду, зокрема професійною компетентністю, уважністю, комунікацією та доступністю медичного персоналу, а також якістю медсестринської допомоги, яку вони отримували під час перебування у стаціонарі оцінювали за допомогою опитувальника Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ), що дало можливість комплексно проаналізувати сприйняття пацієнтами медсестринської допомоги та виявити як сильні сторони, так і проблемні ділянки в організації догляду.

Проведена оцінка на етапі виписки зі стаціонару засвідчила загалом позитивну тенденцію у сприйнятті пацієнтами медсестринських послуг. Встановлено задовільний рівень якості медсестринського догляду та лікарняних послуг у цілому у 56,9% пацієнтів, відмінний рівень задоволеності безпосередньо доглядом — 88,6%), а також високий рівень задоволеності умовами перебування в

лікарні — у 60,7% опитаних. Більше половини пацієнтів (63,2%) висловили готовність рекомендувати даний лікувальний заклад іншим.

Отримані дані свідчать про належний рівень організації медсестринського догляду, ефективну реалізацію емоційно-комунікативної складової взаємодії з пацієнтами та достатню доступність персоналу в період стаціонарного лікування. Водночас, нижчі оцінки певних аспектів, зокрема, інструктажу після виписки та координації догляду після виписки, свідчать про те, що є простір для подальшого покращення безперервності медсестринського догляду. Виявлені результати були використані для обґрунтування напрямів покращення якості медсестринської практики, планування освітніх заходів для пацієнтів та удосконалення стандартів догляду. Значення показників задоволеності пацієнтів знаходяться в межах, характерних для українських (52–61%) та міжнародних досліджень (55–60%), що підтверджують якісний рівень надання медсестринських послуг [66, 134, 155].

Результати дослідження встановили, що серед факторів, які впливали на рівень задоволеності пацієнтів якістю догляду і послуг в лікарні були соціально-демографічні, клінічні та організаційні характеристики. До них належали: вік пацієнтів ($59,5 \pm 2,67$ років), стать (чоловіки – 72,2%), сімейний стан (одружені – 63,2%, вдівці – 26,5%), стадія СН (ІА,Б), вид госпіталізації (планова – 64,5%, екстрена – 22,7%), тривалість стаціонарного лікування (при СН ІА – $8,5 \pm 0,34$ днів, при СН ІІ-Б – $6,9 \pm 0,28$ днів), умови перебування в палаті (багатомісні - 60,7%, двомісні – 30,3%), а також клінічний стан пацієнтів наприкінці госпіталізації. Перед випискою покращення стану відзначено у 68,3% хворих (у тому числі 54,4% із СН ІА та 13,9% із СН ІІ-Б), незначне покращення — у 16,4%, відсутність змін — у 12,7% і погіршення стану — у 2,5% пацієнтів. Важливим чинником зниження задоволеності була частота повторних госпіталізацій: за останні 2 роки понад чотири госпіталізації мали – 77,2% пацієнтів,.

Аналогічні фактори описані в зарубіжних дослідженнях, де відзначено, що тривалість госпіталізації, доступність медичного персоналу та психологічна підтримка родини були ключовими чинниками підвищення задоволеності доглядом. При цьому вищі показники задоволеності частіше спостерігалися у

пацієнтів, госпіталізованих в плановому порядку та таких, що перебували у комфортних умовах (менша кількість ліжок і спокійне середовище) [150, 166, 240]. В українських джерелах, одружені пацієнти частіше оцінювали догляд як високоякісний, що пояснюється підтримкою сім'ї [66, 93]. В українських джерелах, одружені пацієнти частіше оцінюють медсестринський догляд як високоякісний, що пов'язують із підтримкою сім'ї. У нашому дослідженні багаторазові повторні госпіталізації у пацієнтів із СН супроводжувалися зниженням рівня задоволеності доглядом та гіршою оцінкою ЯЖ, що може бути зумовлено втому від лікувального процесу та хронічного перебігу захворювання [67, 109, 150, 166].

Одержані дані свідчать, що тривалість перебування в стаціонарі достовірно корелює з тяжкістю перебігу та функціональним класом СН. Середня тривалість госпіталізації становила $8,38 \pm 0,18$ дня відповідає міжнародним даним. Зокрема, у Польщі середня тривалість госпіталізації пацієнтів із СН становила близько 10 днів [187], що також підтверджується з результатами вітчизняних досліджень [93, 95].

Виявлено задовільний рівень самооцінки готовності до виписки у 68,0% хворих. До факторів, асоційованих із високою готовністю до виписки, належали: молодший вік (22,0%), стать (чоловіки – 64,2%), сімейний стан (одружені і мали родину - 92,4%), вища освіта (34,6%), працевлаштування (47,3%). Водночас низьку фізичну стабільність та емоційну готовність в день виписки мали 28,0% респондентів. За оцінкою МС, 81,5% пацієнтів мали задовільний а 18,5% – добрий фізичний та емоційний рівень готовності до виписки. Отримані результати вирізняються високим рівнем деталізації та поєднанням соціально-демографічних, клінічних і психоемоційних чинників. В інших дослідженнях вік, стать, рівень освіти та зайнятість часто розглядаються переважно як змінні в моделі розрахунку ризику повторної госпіталізації, хоча основний акцент робиться на фізичній стабільності пацієнта перед випискою [96, 145, 204].

Сімейний стан, професійна активність/зайнятість, вищий рівень освіти частково пов'язані з кращою готовністю до виписки у пацієнтів з перенесеним інфарктом міокарда [53, 106, 175, 253]. Крім того, досвід попередніх госпіталізації

і рівень медичної грамотності були значущими прогностичними факторами готовності до виписки у пацієнтів із СН [36, 238].

Отримані нами результати щодо прогностичних факторів готовності до виписки (вік, стать, сімейний стан, освіта, працевлаштування), як і інших дослідженнях, вказують на роль освітнього рівня, зайнятості та сімейної підтримки у формуванні готовності пацієнтів до самостійного ведення захворювання після виписки. Водночас у контексті пацієнтів із СН такі детальні дані, як у нашому дослідженні, трапляються рідко, що підкреслює новизну отриманих результатів.

Встановлено, що відсутність цукрового діабету (90%) та наявність порушень ліпідного обміну (96,0%) корелюють із вищим рівнем готовності до виписки як і в інших дослідженнях, що стосувались пацієнтів з перенесеним ІМ [114].

У ході дослідження проаналізовано динаміку повторних госпіталізацій у різні терміни спостереження: протягом першого місяця (більше 1 разу) — 87,6%, через: 3 місяці (більше 2 разів) — 51,0%, 6 місяців (більше 4 разів) — 50,7%, 1 рік (більше 6 разів) — (51,8%), 3 роки (більше 8 разів) — (40,7%). Отримані дані свідчать про прогресивне зростання частоти повторних госпіталізацій із плином часу, що відображає хронічний і рецидивний характер перебігу СН. Встановлено наявність зв'язку між рівнем підтримки пацієнтів при виписці з лікарні та частотою повторних госпіталізацій в амбулаторних умовах. У групі пацієнтів, які отримували підтримку при виписці зі стаціонару спостерігалось зниження частоти повторних госпіталізацій уже протягом перших 12 місяців після виписки, що підтверджує клінічну ефективність медсестринського супроводу та освітніх втручань у післястаціонарному періоді [166, 183, 266].

Слід зазначити, що більшість міжнародних досліджень оцінюють ефективність програм зі зниження повторних госпіталізацій переважно у короткостроковій перспективі (30 днів, 90 днів або 12 місяців), що зумовлено використанням стандартними показників якості стаціонарної допомоги та обмеженою доступністю довготривалих спостережних даних [183, 282]. У цьому контексті тривале динамічне спостереження, здійснене в нашому дослідженні,

дозволило отримати більш повну картину впливу підтримки при виписці на частоту повторних госпіталізацій у довгостроковій перспективі.

Короткострокові дослідження, проведені у США, свідчать про зниження 30-денної частоти повторних госпіталізацій з приводу СН на 16,6% після впровадження програм догляду [208, 209]. Зазначено, що втручання за участі МС призводили до зменшення повторних госпіталізацій на 30% [150, 166].

На відміну від більшості робіт, орієнтованих на короткострокові результати, у нашому дослідженні було здійснено оцінку частоти повторних госпіталізацій у довготривалій перспективі з метою визначення ефективності впроваджених нами медсестринських заходів в рамках програми безперервного догляду. Встановлено зниження повторних госпіталізацій у перший місяць після виписки на 5,3 %, через 3 місяці — на 1,9 %, через 6 місяців — на 5,2 %, протягом першого року — на 4,7 % та через 3 роки — на 4,4 %. Отримані дані свідчили про стійкий позитивний ефект уже на ранньому етапі після виписки та демонстрували потенціал до подальшого збереження при тривалому спостереженні.

Аналіз результатів дослідження показав, що найбільш виражений ефект утримання зниження повторних госпіталізацій спостерігався протягом першого року, тоді як у подальшій перспективі (через 3 роки) відзначалося його поступове зменшення. Ці результати є такими, як і в попередніх спостереженнях, які вказують, що короткострокові втручання мають максимальний вплив на частоту повторних госпіталізацій у перші місяці після виписки, тоді як досягнення довготривалого ефекту потребує підтримуючих заходів і регулярного медсестринського супроводу пацієнта.

Представлені результати підтверджують ефективність медсестринських заходів у короткому періоді, а також дозволяють оцінити тривалість збереження ефекту, що є важливою інформацією для планування довготривалих програм догляду.

Проаналізовано частоту повторних візитів пацієнтів із гіпертензивною хворобою серця із (застійною) серцевою недостатністю, до кардіолога поліклініки. Встановлено, що 40% пацієнтів зверталися до кардіолога більше одного разу

впродовж досліджуваного періоду. Для порівняння, в інших дослідженнях зазначено, що 72,1% пацієнтів із СН мали щонайменше два амбулаторні візити до кардіолога протягом 12 місяців спостереження [7, 50, 62].

Дані французького національного когортного дослідження свідчать, що близько 40% пацієнтів із СН не мали жодного контакту з кардіологом упродовж року спостереження, що вказує на недостатню наступність та фрагментарність амбулаторного ведення хворих після виписки зі стаціонару [148, 187].

За таких умов зростає значущість ролі МС як ключової ланки системи безперервного догляду, здатної забезпечити регулярний контакт із пацієнтом, моніторинг симптомів, своєчасне виявлення ознак декомпенсації та підтримку прихильності до лікування.

У дослідженні встановлено, що пацієнти, які користувалися «щоденником» та практичними інструкціями за принципом «Світлофора», мали на 47% меншу частоту фізичних візитів до кардіолога поліклініки та на 35% більшу кількість дистанційних контактів із МС кардіологічного кабінету. Отримані результати свідчать, що активна участь МС у післягоспітальному супроводі пацієнтів із СН сприяє зменшенню потреби у повторних незапланованих фізичних візитах в поліклініку та водночас підвищує ефективність дистанційної взаємодії в межах системи безперервного догляду, що узгоджується з міжнародним досвідом. Зокрема, у дослідженні, проведеному в Нідерландах серед пацієнтів із фібриляцією передсердь, показано, що після первинної оцінки медсестрою-спеціалістом 29,1% пацієнтів залишалися під медсестринським наглядом, 45,6% повернулись під нагляд сімейного лікаря і лише 25,3% потребували консультації кардіолога. Подібні результати, як і в нашому дослідженні, ілюструють ефективність медсестринського супроводу як інструменту раціоналізації маршрутизації пацієнтів, зменшення навантаження на кардіологічні служби та спрямування пацієнтів до найбільш доцільного рівня медичної допомоги [93, 155, 181].

Встановлено, що ефективна медсестринська комунікація з пацієнтом асоціювалася зі статистично значущим зниженням не лише частоти фізичних

візитів до лікаря-кардіолога, але й кількості повторних госпіталізацій з приводу СН [25, 31, 145].

Процес переведення пацієнта з лікарні до домашнього догляду є складним і потребує чіткої організації подальшого спостереження та ретельного планування моменту виписки. Він включає надання усної інформації, забезпечення пацієнта письмовими рекомендаціями, оцінку наявності ресурсів для догляду в домашніх умовах, доступність лікарських засобів, можливість електронного доступу до медичних послуг, а також безперервність медичної допомоги. ВООЗ рекомендує залучати для цього самого пацієнта та його сім'ю до процесу планування виписки зі стаціонару та подальшого медсестринського догляду, що сприятиме підвищенню прихильності до лікування та зменшенню ризику декомпенсації захворювання [234].

Нами було запропоновано розширення професійних компетенцій старшої МС кардіологічного стаціонару, що, на нашу думку, сприятиме підвищенню якості догляду за пацієнтами із СН. З метою забезпечення ефективної та безперервної виписки обґрунтовано доцільність впровадження практики планування медсестринських втручань у процесі координації виписки пацієнта із СН в рамках моделі безперервного медсестринського догляду. Медична сестра має узгоджувати індивідуальний план догляду разом з пацієнтом та членами його родини, що дозволяє забезпечити відповідність запланованих втручань реальним потребам пацієнта та умовам подальшого лікування й самогляду [66, 70, 93, 115].

В інших країнах процес планування виписки є міждисциплінарним і може залучати МС, лікарів-терапевтів, соціальних працівників, пацієнта та членів його родини, лікарів, а в окремих випадках — представників страхових компаній. Кожен план виписки формується індивідуально з урахуванням клінічного стану, соціальних умов та ресурсів конкретного пацієнта [88, 148].

У нашому дослідженні акцентовано увагу на доцільності започаткування всіх заходів медсестринського супроводу вже на стаціонарному етапі лікування, в період активного лікування, з подальшим безперервним продовженням спостереження в амбулаторних умовах [80, 156, 159].

Загалом, планування виписки має здійснюватися безперервно як складова медсестринського процесу з урахуванням визначених медсестринських діагнозів, очікуваних результатів догляду та оцінки ефективності запланованих втручань.

Пропонуємо впроваджувати планування медсестринських втручань за 2-3 дні до планової виписки зі стаціонару із подальшим моніторингом стану пацієнта в амбулаторних умовах у короткостроковій перспективі (перший місяць, 3 та 6 місяців) і в довгостроковому періоді (понад 1 рік). Доцільним також вважаємо впровадження дистанційних форм комунікації у перші 30 днів після виписки.

Отримані результати нашого дослідження можуть слугувати науково-практичним підґрунтям для розробки та впровадження підходів до організації перехідного медсестринського догляду за пацієнтами із серцевою недостатністю в умовах системи охорони здоров'я України.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі наведено теоретичне узагальнення та нове науково обґрунтоване вирішення актуального завдання медсестринства — підвищення ефективності безперервного догляду за хворими із серцевою недостатністю на ранньому амбулаторному етапі після виписки зі стаціонару шляхом розширення ролі медичної сестри, удосконалення освітніх і координаційних втручань та впровадження поетапної моделі догляду.

1. Встановлено, що у хворих із серцевою недостатністю на стаціонарному етапі лікування переважала низька якість життя — у 80,0 % пацієнтів ($70,8 \pm 6,0$ балів), тоді як помірна відзначалася у 15,7 % ($35,8 \pm 4,2$ балів). Фізична складова якості життя була суттєво порушена у 82,3 % пацієнтів ($26,5 \pm 4,8$ балів), емоційна — у 75,2 % ($11,7 \pm 3,0$ балів), що відображало значні обмеження повсякденної активності та зниження емоційного комфорту. Функціональна активність за шкалою DASI у 61,4 % відповідала низькому рівню ($6,5 \pm 1,8$ балів) та супроводжувалася дуже низькими рівнем $VO_2 \max$ у 92,9 % пацієнтів ($15,0 \pm 2,2$ $VO_2 \max$). Переважна частка обстежених могла виконувати лише помірні фізичні навантаження (88,6 %; $4,2 \pm 0,6$ MET_s), що свідчить про істотне зниження функціональних резервів організму та обґрунтовує необхідність цілеспрямованих медсестринських втручань уже на стаціонарному етапі.

2. Виявлено, що більшість пацієнтів із серцевою недостатністю позитивно оцінили організацію медсестринського догляду: високий рівень догляду відзначили 60,7% хворих, високу якість медсестринських послуг — 88,6%, при загальному показнику задоволеності 56,9% ($59,0 \pm 0,3$ бала). Частково задоволеними були близько третини опитаних, а 12,6% висловили відносну незадоволеність, що свідчило про наявність резервів для підвищення ефективності догляду. Ефективність догляду залежала від стадії захворювання та організаційних чинників: вищий рівень задоволеності спостерігався у пацієнтів із СН II-A стадії (63,4 %) та за більшої тривалості госпіталізації (8,5 дня), тоді як у хворих із СН II-B стадії — був нижчим за умов коротшого лікування (6,9 дня). Вищий рівень

задоволеності спостерігався серед пацієнтів старших за 56 років (58,2%), чоловічої статі (73,4%), у двомісних палатах (30,3%) та тих, хто проходив повторні госпіталізації до 4 разів за останні два роки (22,7%). Пацієнти високо оцінювали професійні та особистісні якості медичних сестер — коректність, доброзичливість, уважність (87,3%) та емпатійність (72,1%), що підтверджує визначальну роль медсестринського персоналу в організації ефективного догляду.

3. Визначено недостатній рівень обізнаності у 45,1% пацієнтів із серцевою недостатністю, зокрема щодо ключових аспектів захворювання та самодогляду: у 27,4% — щодо захворювання, у 65,5% — щодо режиму прийому лікарських засобів, у 66,1% — харчування, у 56,4% — поведінкових аспектів догляду та у 58,1% — розпізнавання симптомів декомпенсації. Лише 29,03% пацієнтів правильно ідентифікували продукти з високим вмістом натрію, 20,96% — знали про необхідність обмеження солі, а 48,4% — рідини. Недостатній рівень сформованості практичних навичок самоконтролю виявлено у 54,84% пацієнтів щодо щоденного контролю маси тіла та у 74,19% — щодо адекватної фізичної активності.

4. З'ясовано, що більшість пацієнтів із СН мали помірний або високий рівень готовності до виписки. Рівень знань пацієнтів за самооцінкою був низьким у 46,1% ($5,6 \pm 1,0$ бала), помірним — у 36,5% ($7,5 \pm 1,2$ бала), високим — у 17,3% ($9,5 \pm 0,7$ бала), тоді як за оцінкою медичної сестри високий рівень знань мали 26,2%, помірний — 35,6%, низький — 38,2%, що свідчить про тенденцію до недооцінки пацієнтами власних знань. Зафіксовано низький рівень поведінки самообслуговування в амбулаторних умовах у 87,2% ($41,90 \pm 4,26$ балів) щодо сфер підтримки самообслуговування (58,2%; $41,69 \pm 4,88$ балів), сприйняття симптомів (47,2%; $43,42 \pm 3,60$ балів) й управління самообслуговуванням (54,5%; $40,63 \pm 4,31$ балів). Основними причинами низького рівня самообслуговування були відсутність індивідуалізованих планів догляду (91%), записів самостереження (88,6%) та систем нагадування (83,6%). Після виписки 54,5% пацієнтів мали низьку прихильність до лікування ($3,1 \pm 0,97$ балів), середню ($5,8 \pm 0,81$ балів) - 41,8%; до фармакотерапії - 39,2%, рекомендацій лікаря дотримувались 56,3%, а

принципів здорового способу життя - 31,5% хворих. За самооцінкою пацієнтів 54,0 % мали високий рівень здатності долати труднощі ($8,9 \pm 0,5$ бала), 26,5 % — низький ($5,5 \pm 1,2$ бала), помірний рівень — 19,5 % ($7,8 \pm 1,1$ бала); за оцінкою медичної сестри високий рівень був у 72,0 % пацієнтів, помірний — 18,2 %, низький — 9,6 % ($p < 0,0001$). Щодо очікуваної підтримки, за самооцінкою 74,0 % пацієнтів мали помірний рівень ($9,2 \pm 0,2$ бала), низький — 14,0 % ($5,9 \pm 0,6$ бала), високий — 12,0 % ($7,8 \pm 0,5$ бала).

5. Обґрунтовано, що медична сестра є ключовою ланкою безперервного догляду, виконуючи координаційну, освітню, моніторингову та консультативну функції. Її участь забезпечує регулярний контакт із пацієнтом (зростання дистанційних контактів на 35%), контроль симптомів, підтримку прихильності до лікування (загальна – 71%; $9,1 \pm 0,78$ балів; $p < 0,001$), фармакотерапію – 71,2%; $p < 0,05$, рекомендацій лікаря дотримувались 80%; $p < 0,05$ здоровий спосіб життя – 82%; $p < 0,001$) та оптимізацію маршруту пацієнтів, що забезпечує ефективніше використання ресурсів амбулаторної та стаціонарної допомоги.

6. Розроблено та науково обґрунтовано програму поетапного безперервного медсестринського догляду за хворими із серцевою недостатністю, що охоплює стаціонарний, перехідний та ранній амбулаторний етапи та включає освітні, координаційні й моніторингові медсестринські втручання, спрямовані на підвищення рівня поінформованості пацієнтів, формування навичок самообслуговування та оптимізацію безперервності медсестринської допомоги. Встановлено у пацієнтів із серцевою недостатністю після впровадження програми зростання рівня самообслуговування (на 69,9%; $p < 0,001$), щодо підтримки (на 41,8%; $p < 0,05$), сприйняття (на 43,4%; $p < 0,05$) та управління (на 43,6%; $p < 0,05$); прихильності до лікування (на 47,4%; $p < 0,05$), зокрема до фармакотерапії (на 23,6%; $p < 0,05$) та дотримання здорового способу життя (на 23,7%; $p < 0,05$). Виявлено вірогідне підвищення загального рівня знань пацієнтів щодо серцевої недостатності (на 24,19 %; $p < 0,001$), у тому числі знань про захворювання (на 9,67%), розпізнавання симптомів декомпенсації (на 36,12%), принципів харчування (на 36 %; $p < 0,001$) та медикаментозного лікування (на 24,03%), поведінкових

аспектів самоконтролю — (на 15,3%; $p < 0,05$); у сфері практичних дій — при декомпенсації серцевої недостатності (на 37,71%; $p < 0,05$). Встановлено вірогідне покращення показників якості життя хворих: частка осіб із високою — зросла (на 21,4 %), із помірною — (на 41,4 %), із низькою зменшилась (на 62,9 %; $p < 0,001$). Фізична складова ЯЖ покращилась (на 17,3%), емоційна — (на 13,2%; $p < 0,001$). Встановлено достовірне підвищення рівня функціональної активності пацієнтів: частка осіб із низьким показником DASI зменшилась (на 25,7%), а із середнім, підвищеним і високим рівнями — зросла (на 18,6 %; $p < 0,05$). Одночасно відзначено покращення рівня максимального споживання кисню до середнього і високого (на 15,8%; $p < 0,05$) та зростання толерантності до фізичних навантажень високої інтенсивності (на 18,6%; $p < 0,05$). Застосування щоденника моніторингу симптомів сприяло зменшенню кількості очних візитів до лікаря (на 32,7 %) та зниженню частоти повторних госпіталізацій (на 21,5 %).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. В рамках організації безперервного догляду за пацієнтами із серцевою недостатністю у стаціонарних умовах необхідно здійснювати комплексну оцінку якості життя, функціонального статусу та готовності пацієнтів до виписки, а в амбулаторних умовах – оцінювати рівень самообслуговування та прихильності до лікування з використанням стандартизованих опитувальників, що створює підґрунтя для індивідуалізації медсестринських втручань.

2. Для покращення якості життя та підвищення рівня поінформованості пацієнтів із серцевою недостатністю медичним сестрам рекомендується впроваджувати освітні медсестринські втручання, які передбачають структуроване навчання, використання паперових інформаційних матеріалів за принципом кольорового «Світлофора» із QR-кодом практичних рекомендацій щодо самообслуговування та самоконтролю симптомів.

3. З метою формування навичок самоконтролю, підвищення прихильності до лікування та своєчасного виявлення ознак декомпенсації в амбулаторних умовах рекомендується використовувати «щоденник моніторингу симптомів серцевої недостатності» як інструменту щоденного самоконтролю пацієнта та ефективної комунікації з медичною сестрою.

4. З метою зменшення частоти повторних госпіталізацій та підвищення ефективності лікування пацієнтів із серцевою недостатністю необхідно впровадити програму безперервного медсестринського догляду, яка включає планування медсестринських втручань на етапі виписки зі стаціонару, подальший амбулаторний супровід, регулярний моніторинг симптомів та підтримку прихильності до лікування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Александрук Н. Рекомендації ESH-2023 щодо ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Частина 1. Патофізіологія, класифікація та діагностика. Здоров'я України 21 сторіччя. 2023;15:10-1.
2. Антомонов МЮ, Коробейніков ГВ, Хмельницька ІВ. Математичні методи оброблення та моделювання результатів експериментальних досліджень. Київ: Олімпійська література; 2021. 216 с.
3. Ащеулова ТВ, Амбросова ТМ, Смирнова ВІ. Синдром хронічної серцевої недостатності: основні клінічні й інструментальні методи обстеження. Гостра серцева недостатність. Харків; 2018. 28 с.
4. Бабак ОЯ, Візір МО, Панченко ГЮ, Кліменко МІ, Овчаренко ЛІ, Молодан ВІ, та ін. Ведення хворого з артеріальною гіпертензією (сучасна практика внутрішньої медицини з невідкладними станами). Харків; 2019. 24 с.
5. Бабак ОЯ, Кліменко МІ, Фролова ЕЮ, Овчаренко ЛІ, Молодан ВІ, Панченко ГЮ, та ін. Ведення хворого з хронічною серцевою недостатністю (сучасна практика внутрішньої медицини з невідкладними станами). Харків; 2019. 20 с.
6. Бабляк СД, Рудик ЮС, Заяць ММ. Вплив на прихильність до лікування пацієнтів із артеріальною гіпертензією через врахування їхніх психологічних особливостей. Розбір клінічних випадків. Український терапевтичний журнал. 2023;3:53-61. doi: [10.30978/UTJ2023-3-53](https://doi.org/10.30978/UTJ2023-3-53)
7. Бабляк СД, Скибчик ВА, Вірна ММ. Практичні аспекти ведення хворих із гіпертензивними кризами на тлі серцевої недостатності (клінічні випадки). Практикуючий лікар. 2024;14(2):50-5.
8. Барна ОМ. Лікування артеріальної гіпертензії – про яких пацієнтів ми говоримо рідко? Український медичний часопис. 2025;1:3-6. doi: [10.32471/umj.1680-3051.264402](https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.264402)
9. Батюх ОВ, Мазур ЛП. Значення параметрів добового моніторингу артеріального тиску в пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу й артеріальною

гіпертензією. Медсестринство. 2023;(2):18-22. doi: [10.11603/2411-1597.2023.2.14324](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2023.2.14324)

10. Белінський МВ. Клініко-патогенетичні особливості перебігу гострого інфаркту міокарда в поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу та артеріальною гіпертензією в реваскуляризованих хворих і їх лікування із застосуванням метаболітотропної підтримки [дисертація]. Івано-Франківськ; 2023. 244 с.

11. Біловол ОМ, Князькова П, Богун МВ, Кузьміна НВ, Осовська НЮ. Лікування хронічної серцевої недостатності у пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу. Світ медицини та біології. 2020;1:18-22. doi: [10.26724/2079-8334-2020-1-71-18-22](https://doi.org/10.26724/2079-8334-2020-1-71-18-22)

12. Боднарчук СА, Андрієвський ОГ. Сучасні аспекти лікування гіпертонічної хвороби, поєднаної з ішемічною хворобою серця. Ліки України. 2020;1:28-32. doi: [10.37987/1997-9894.2020.1\(237\).214171](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2020.1(237).214171)

13. Бойчук ВБ, Мялюк ОП, Марущак МІ. Прогнозування факторів ризику кардіологічних захворювань з позиції медсестри. Медсестринство. 2024;3-4:79-85. doi: [10.11603/2411-1597.2023.3-4.14547](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2023.3-4.14547)

14. Борейко ЛД, Марараш ГГ. Виявлення факторів ризику у хворих на артеріальну гіпертензію за участі медичної сестри. Клінічна та експериментальна медицина. 2020;19(1):30-7. doi: [10.24061/1727-4338.XIX.1.71.2020.5](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XIX.1.71.2020.5)

15. Борейко ЛД, Марараш ГГ. Оцінка ефективності навчання хворих на артеріальну гіпертензію. Вісник медичних і біологічних досліджень. 2021;1:21-8. doi: [10.11603/bmbr.2706-6290.2021.1.11918](https://doi.org/10.11603/bmbr.2706-6290.2021.1.11918)

16. Вороненко ОС. Особливості медикаментозної фармакотерапії у пацієнтів на хронічну серцеву недостатність після імплантації постійного електрокардіостимулятора. Медицина сьогодні і завтра. 2020;88(3):21-6. doi: [10.35339/msz.2020.88.03.03](https://doi.org/10.35339/msz.2020.88.03.03)

17. Вороненко ОС. Прогностичний вплив цукрового діабету 2-го типу на перебіг та лікування хронічної серцевої недостатності у пацієнтів після імплантації постійного електрокардіостимулятора [дисертація]. Харків; 2021. 204 с.

18. Вороненко ОС, Бринза МС, Коломицева ІМ. Сучасні можливості фармакотерапії у пацієнтів на цукровий діабет 2-го типу в поєднанні з хронічною серцевою недостатністю. Експериментальна і клінічна медицина. 2020;88(3):16-25. doi: [10.35339/ekm.2020.88.03.03](https://doi.org/10.35339/ekm.2020.88.03.03)

19. Воронков ЛГ, Амосова КМ, Дзяк ГВ, Жарінов ОЙ, Коваленко ВМ, Коркушко ОВ та ін. Рекомендації Асоціації кардіологів України з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності. Кишеньковий варіант. Київ; 2024. 72с.

20. Воронков ЛГ, Долженко ММ, Жарінов ОЙ, Зайченко ГВ, Іванов ДД, О.А. Коваль ОА, та ін. Консенсус експертів Всеукраїнської асоціації кардіологів України і Всеукраїнської асоціації фахівців із серцевої недостатності щодо нового індивідуалізованого підходу до лікування пацієнтів із прогресуючим перебігом хронічної серцевої недостатності. Український кардіологічний журнал. 2024;31(3):50-7. doi: [10.31928/2664-4479-2024.3.5057](https://doi.org/10.31928/2664-4479-2024.3.5057)

21. Воронков ЛГ, Соколова ЛК, Пархоменко ОМ, Лупай ЯМ. Особливості ведення пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю та цукровим діабетом 2-го типу. Здоров'я України. Кардіологія. Ревматологія. Кардіохірургія. 2021;3:17.

22. Габор ВС, Марущак МІ, Габор ГГ, Криницька ІЯ. Вплив COVID-19 на систему охорони здоров'я. Вісник медичних і біологічних досліджень. 2021;3(3):114-6. doi: [10.11603/bmbr.2706-6290.2021.3.12577](https://doi.org/10.11603/bmbr.2706-6290.2021.3.12577)

23. Гордійчук СВ, Шатило ВЙ, Поплавська СД, Кірячок МВ, Заболотнов ВО. Проблеми та перспективи розвитку медсестринства в Україні: аналіз сучасного стану та шляхи подальшого розвитку. Прикарпатський вісник наукового товариства імені Шевченка. ПУЛЬС. 2024;22:117–31. doi: [10.21802/2304-7437-2024-22\(75\)-117-131](https://doi.org/10.21802/2304-7437-2024-22(75)-117-131)

24. Григорець ДК. Впровадження щоденника моніторингу симптомів/ознак серцевої недостатності в амбулаторних умовах. В: Матеріали І Всеукр. наук.-практ. конф. з між нар. участю Сучасне медсестринство: реалії та виклики; 2024 Лис 20-21; Івано-Франківськ. Івано-Франківськ; 2024, с. 19.

25. Григорець ДК. Деякі особливості стаціонарного етапу в комплексному безперервному догляді за хворими з серцевою недостатністю. Матеріали Х

Буковинського міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів і молодих учених ВІМСО 2022-2023; 2023 Кві 04-07; Чернівці. ВІМСО Journal. 2023;2023:118-9.

26. Григорець ДК. Необхідність впровадження безперервного медсестринського догляду у пацієнтів із серцевою недостатністю з низькими показниками якості життя та статусі активності. В: Матеріали XIV наук.-практ. конф. з міжнар. участю Вища освіта і практика в медсестринстві; 2023 Жов 26; Житомир. Житомир; 2023, с. 61-3.

27. Григорець ДК. Необхідність впровадження в Україні перехідного медсестринського догляду за пацієнтами із серцевою недостатністю. In: Proceedings of VI International Scientific and Practical Conference Science and technology: problems, prospects and innovations; 2023 Mar 16-18; Osaka, Japan. Osaka; 2023, p. 54-63.

28. Григорець ДК. Оцінка потреб пацієнта з серцевою недостатністю щодо медичної інформації та комунікації з медичною сестрою. В: Матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф. студентів і молодих вчених Досягнення та перспективи розвитку медицини та фармації. Погляд молодих вчених; 2025 Лис 5-6; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2025, с. 45.

29. Григорець ДК. Оцінка якості медсестринського догляду пацієнтами із серцевою недостатністю ОКРП «Чернівецький кардіологічний центр». В: Матеріали підсумкової 105-ї наук.-практ. конф. з міжнар. участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету; 2024 Лют 05, 07, 12; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2024, с. 111-2.

30. Григорець ДК. Оцінка якості медсестринського догляду пацієнтами із серцевою недостатністю у відділеннях стаціонару. Proceedings of the II CISP Conference Science in motion: classic and modern tools and methods in scientific investigations; 2024 Jan 19; Venue. Grail of Science. 2024;35:522-7. doi: [10.36074/grail-of-science.19.01.2024.094](https://doi.org/10.36074/grail-of-science.19.01.2024.094)

31. Григорець ДК. Фактори, що впливають на навчання та прихильність до лікування пацієнтів із серцевою недостатністю. В: Матеріали XVI наук.-практ.

конф. з міжнар. участю Вища освіта і практика в медсестринстві; 2025 Жов 24; Житомир. Житомир; 2025, с. 80-3.

32. Григорець ДК. Чинники впливу на якість медсестринського догляду та послуг, отриманих пацієнтами із серцевою недостатністю під час перебування в стаціонарі. Матеріали XI Буковинського міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів і молодих учених ВІМСО 2024; 2024 Кві 2-5; Чернівці. ВІМСО Journal. 2024;2024:87.

33. Григорець ДК, Костеняк ЛВ. Ефективність щоденника моніторингу симптомів у хворих з серцевою недостатністю. Матеріали XII Буковинського міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів і молодих учених ВІМСО 2025; 2025 Кві 2-4; Чернівці. ВІМСО Journal. 2025;2025:107.

34. Григорець ДК, Костеняк ЛВ, Гринько МА. Медсестринська оцінка якості життя та статусу фізичної активності у хворих з хронічною серцевою недостатністю. В: Матеріали V Міжнар. студентської наукової конференції Актуальні питання та перспективи проведення наукових досліджень; 2023 Жов 06; Тернопіль. Тернопіль; 2023, с. 164-5.

35. Григорець Д, Плеш І. Аналіз чинників які впливають на задоволеність медсестринським доглядом у пацієнтів із серцевою недостатністю. In: Proceedings of the VI International Scientific and Practical Conference Débats scientifiques et orientations prospectives du développement scientifique; 2024 Mar 01; Paris, France. Paris; 2024, p. 415-9.

36. Григорець ДК, Плеш ІА. Оцінка готовності до виписки пацієнтів із серцевою недостатністю кардіологічного стаціонару. Клінічна та експериментальна патологія. 2024;23(2):115-20. doi: [10.24061/1727-4338.XXIII.2.88.2024.18](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XXIII.2.88.2024.18)

37. Григорець ДК, Плеш ІА. Оцінка ефективності щоденника моніторингу симптомів серцевої недостатності в амбулаторних умовах. Медичні перспективи. 2025;30(1):39-46. doi: [10.26641/2307-0404.2025.1.325241](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2025.1.325241)

38. Григорець Д, Плеш І, Дубінська М, Мага В. Оцінка якості життя та статусу активності у хворих з серцевою недостатністю Буковинського

краю. Proceedings of 7th ISPC International Scientific Discussion: Problems, Tasks and Prospects; 2023 Oct 19-20; Brighton, Great Britain. Scientific Collection InterConf+. 2023;38:235–44. doi: [10.51582/interconf.19-20.10.2023.020](https://doi.org/10.51582/interconf.19-20.10.2023.020)

39. Григорець ДК, Плеш ІА. Фактори, пов'язані з готовністю пацієнтів із серцевою недостатністю до виписки з кардіологічного стаціонару. ScientificWorldJournal. 2024;25(2):56-60. doi: [10.30888/2663-5712.2024-25-00-053](https://doi.org/10.30888/2663-5712.2024-25-00-053)

40. Григорець ДК, Плеш ІА, Гулей МГ. Прихильність до лікування пацієнтів із серцевою недостатністю в амбулаторних умовах. Медсестринство. 2025;3-4:15-21. doi: [10.11603/2411-1597.2025.3-4.15464](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2025.3-4.15464)

41. Гур'янов ВГ, Лях ЮЄ, Парій ВД, Короткий ОВ, Чалий ОВ, Чалий КО, та ін. Посібник з біостатистики. Аналіз результатів медичних досліджень у пакеті EZR (R-statistics). Київ: Вістка; 2018. 208 с.

42. Гутор ТГ, Колінковський ОМ, Лафаренко ОРВ, Тишко ЛО, Тімченко НФ, Омеляш УВ. Епідеміологія серцево-судинних захворювань в Україні: загальні тенденції. Public Health Journal. 2025;1:77-84. doi: [10.32782/pub.health.2025.1.11](https://doi.org/10.32782/pub.health.2025.1.11)

43. Денисюк КВ. Застосування екстракорпоральної гемокорекції в програмі інтенсивної терапії у пацієнтів з тяжкою серцевою недостатністю [дисертація]. Київ; 2024. 157 с.

44. Денисюк КВ. Оптимізація консервативного лікування пацієнтів з тяжкою серцевою недостатністю шляхом застосування гемосорбції. Медицина невідкладних станів. 2023;19(8):529-36. doi: [10.22141/2224-0586.19.8.2023.1643](https://doi.org/10.22141/2224-0586.19.8.2023.1643)

45. Домбровська НВ. Державна політика в галузі медсестринства: структурно-функціональний аспект. Магістр медсестринства. 2023;1:71-2.

46. 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.

47. Жавріченко КВ. Фактори ризику гіпертонічної хвороби. Медсестринство. 2019;2:67-70. doi: [10.11603/2411-1597.2019.2.10218](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2019.2.10218)

48. Жадан АВ. Огляд фокусного оновлення (2023 р.) рекомендацій Європейського товариства кардіологів з діагностики та лікування

серцевої недостатності 2021 року. Ліки України. 2024;1:43-8. doi: [10.37987/1997-9894.2024.1\(277\).299294](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2024.1(277).299294)

49. Ждан ВМ, Кітура ЄМ, Бабаніна МЮ, Ткаченко МВ. Пацієнт літнього віку з артеріальною гіпертензією в загальнолікарській практиці: клінічні особливості та антигіпертензивна терапія. Сімейна медицина. Європейські практики. 2021;1:61-6. doi: [10.30841/2307-5112.1.2021.231938](https://doi.org/10.30841/2307-5112.1.2021.231938)

50. Железнякова НМ, Молодан ВІ, Просоленко КО, Панченко ГЮ, Гопцій ОВ, Візір МО, та ін. Ведення хворого з хронічною серцевою недостатністю. Вид. 2-е, перероб. і допов. Харків; 2024. 24 с.

51. Заєць ТА, Дзига СВ, Бакалець ОВ, Бегош НБ, Яцук ДГ. Роль та важливість медсестри в реабілітації пацієнтів у період надзвичайних ситуацій. Медсестринство. 2025;2:11-6. doi: [10.11603/2411-1597.2025.2.15470](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2025.2.15470)

52. Іванов ІЛ, Бровченко Ю. Оцінка пов'язаної з COVID-19 надлишкової смертності в Україні. Математичні машини і системи. 2022;3:48-57. doi: [10.34121/1028-9763-2022-3-48-57](https://doi.org/10.34121/1028-9763-2022-3-48-57)

53. Кисельов СМ, Назаренко ОВ. Вплив системних змін на якість надання медичної допомоги хворим на гострий інфаркт міокарда в Україні. Медичні перспективи. 2022;27(3):161-7. doi: [10.26641/2307-0404.2022.3.266000](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2022.3.266000)

54. Кисіль ОЮ, Лабінська ОЄ. Артеріальна гіпертензія в людей похилого віку: особливості клініки, перебігу та лікування. Практикуючий лікар. 2022;11(2-3):50-62.

55. Князева ОВ. Діагностика серцевої недостатності та попередження її прогресування у чоловіків з ішемічною хворобою серця у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень [дисертація]. Дніпро; 2023. 237 с.

56. Князькова П, Біловол ОМ, Дунаєва ПІ, Кірієнко ОМ, Циганков ОІ, Кірієнко ДО. Аналіз параметрів діастолічної дисфункції лівого шлуночка у хворих на гіпертонічну хворобу з супутнім цукровим діабетом 2 типу. Проблеми ендокринної патології. 2023;80(1):30-5. doi: [10.21856/j-PER.2023.1.04](https://doi.org/10.21856/j-PER.2023.1.04)

57. Коваленко ВМ, Лутай МІ, Сіренко ЮМ, Сичов ОС, редактори. Серцево-судинні захворювання: класифікація, стандарти діагностики та лікування. Київ: Моріон; 2021. 319 с.

58. Ковальова ОМ, Шапкін ВС. Класифікаційні парадигми серцевої недостатності. Артеріальна гіпертензія. 2024;17(1):17-21. doi: [10.22141/2224-1485.1.1.2024.357](https://doi.org/10.22141/2224-1485.1.1.2024.357)

59. Коваль СМ, Юшко КО. Цукровий діабет 2-го типу та серцево-судинні захворювання. Частина I. Визначення проблеми, стратифікація кардіоваскулярного ризику і основні напрямки профілактики серцево-судинних захворювань у хворих на цукровий діабет. Артеріальна гіпертензія. 2020;13(5):11-9. doi: [10.22141/2224-1485.13.5.2020.218437](https://doi.org/10.22141/2224-1485.13.5.2020.218437)

60. Коваль СМ, Юшко КО. Цукровий діабет 2-го типу та серцево-судинні захворювання. Частина II. Рекомендації щодо лікування основних серцево-судинних захворювань, які перебігають у поєднанні з цукровим діабетом. Артеріальна гіпертензія. 2021;14(1):22-30. doi: [10.22141/2224-1485.14.1.2021.227397](https://doi.org/10.22141/2224-1485.14.1.2021.227397)

61. Ковтун ГІ, Орлова НМ. Смертність від хвороб системи кровообігу в Україні: медико-статистичний аналіз її динаміки та регіональних особливостей у 2010-2020 рр. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2023;27(1):110-8. doi: [10.31393/reports-vnmedical-2023-27\(1\)-21](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27(1)-21)

62. Коробка О. Практичні рекомендації щодо ведення пацієнтів з артеріальною гіпертонією. Здоров'я України. Кардіологія. Ревматологія. Кардіохірургія. 2020;4:25-7.

63. Костенко Є. Актуальні напрямки терапії серцево-судинних захворювань у світлі нових європейських рекомендацій. Український медичний часопис. 2025;2(6):1-7. doi: [10.32471/umj.1680-3051.269886](https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.269886)

64. Костеняк ЛВ, Григорець ДК. Оцінка динаміки респіраторного резерву у стаціонарних хворих пульмонологічного відділення: роль медичної сестри. Матеріали XII Буковинського міжнародного медико-фармацевтичного конгресу

студентів і молодих учених ВІМСО 2025; 2025 Кві 2-4; Чернівці. ВІМСО Journal. 2025;2025:109.

65. Котелюх МЮ, Бокова СІ, Деміхова НВ, Лантухова НД. Модель прогнозування хронічної серцевої недостатності у пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу. Клінічна та профілактична медицина. 2025;2:105-11. doi: [10.31612/2616-4868.2.2025.13](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2.2025.13)

66. Коцаба ЮЯ, Бабінець ЛС. Медсестринська оцінка стану здоров'я при догляді за людьми похилого віку. Сімейна медицина. Європейські практики. 2023;4:42-9. doi: [10.30841/2786-720X.4.2023.297027](https://doi.org/10.30841/2786-720X.4.2023.297027)

67. Кулаєць НМ, Кулаєць ВМ. Якість життя у хворих на фібриляцію передсердь із урахуванням фенотипу серцевої недостатності. Буковинський медичний вісник. 2023;27(3):3-9. doi: [10.24061/2413-0737.27.3.107.2023.1](https://doi.org/10.24061/2413-0737.27.3.107.2023.1)

68. Лабінська ГМ, Шевчук ЛТ. Трансформація структури смертності населення в умовах ковідної пандемії. Наукові записки Львівського університету бізнесу та права. Серія економічна. Серія юридична. 2021;30:278-86. doi: [10.5281/zenodo.7178640](https://doi.org/10.5281/zenodo.7178640)

69. Лагода ДО. Особливості пацієнт-орієнтованого спілкування із пацієнтом з артеріальною гіпертензією. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2024;4:39-45. doi: [10.11603/1811-2471.2024.v.i4.15024](https://doi.org/10.11603/1811-2471.2024.v.i4.15024)

70. Лихасенко ІВ. Догляд за хворими в загальній системі лікування хворих терапевтичного профілю. Запоріжжя; 2016. 96 с.

71. Марараш ГГ. Медико-соціальні чинники та якість життя у хворих на артеріальну гіпертензію: роль медичної сестри. Буковинський медичний вісник. 2020;24(4):48-57. doi: [10.24061/2413-0737.XXIV.4.96.2020.102](https://doi.org/10.24061/2413-0737.XXIV.4.96.2020.102)

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

73. Марущак МІ, Бойчук ВБ, Заєць ТА, Каськів МВ, Мялюк ОП. Роль медсестри у профілактиці кардіологічних захворювань. Медсестринство. 2024;1:14–23. doi: [10.11603/2411-1597.2024.1.14653](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2024.1.14653)

74. Матузок ОЕ, Міщук НЄ. Гостра серцева недостатність. Ліки України. 2020;3:6-10. doi: [10.37987/1997-9894.2020.3\(239\).214267](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2020.3(239).214267)

75. Міністерство охорони здоров'я України. Стратегічні напрями розвитку медсестринства в Україні. Київ; 2024. 23 с.

76. Міністерство охорони здоров'я України. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги. Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертонія). Затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 12 вересня 2024 року № 1581. Київ: МОЗ України; 2024. 71 с.

77. Никитюк СО, Левенець СС, Киричок ОМ, Гаріян ТВ. Інтерпретація параметрів серцево-судинної системи в роботі медсестри. Медсестринство. 2025;1:72–7. doi: [10.11603/2411-1597.2025.1.15234](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2025.1.15234)

78. Новак-Мазепа ХО, Марущак МІ. Особливості хронотипу, рівня денної сонливості та диспозиційного оптимізму у хворих на артеріальну гіпертензію залежно від наявності компонентів метаболічного синдрому. Медсестринство. 2023;2:23–33. doi: [10.11603/2411-1597.2023.2.14325](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2023.2.14325)

79. Овчаренко ЛК, Циганенко ІВ, Заяць ЮБ. Хронічна серцева недостатність: причина чи наслідок. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2022;22(1):196-202. doi: [10.31718/2077-1096.22.1.196](https://doi.org/10.31718/2077-1096.22.1.196)

80. Пасечко НВ, Радецька ЛВ, Ярема НІ, Боб АО, Смачило ІВ, Хоміцька АІ. Комплаєнс до лікування хворих з артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця в амбулаторних умовах. Здобутки клінічної та експериментальної медицини. 2019;1:112-6. doi: [10.11603/1811-2471.2019.v0.i1.10059](https://doi.org/10.11603/1811-2471.2019.v0.i1.10059)

81. Плеш ІА, Григорець ДК. Механізм пресорного натрійурезу у хворих на есенційну гіпертензію II стадії за різних варіантів циркадіанної структури артеріального тиску. Клінічна та експериментальна патологія. 2025;24(1):81-5. doi: [10.24061/1727-4338.XXIV.1.91.2025.12](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XXIV.1.91.2025.12)

82. Плеш ІА, Григорець ДК, Костів ІВ, Костів МІ. Комплексне визначення параметрів венозного та артеріального тисків з використанням реометрії. В: Матеріали III наук.-практ. інтернет-конференція Розвиток природничих наук як

основа новітніх досягнень у медицині; 2023 Чер 21; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2023, с. 110-1.

83. Плеш ІА, Костів МІ, Григорець ДК, Скорейко НМ. Деякі особливості макро-та мікроциркуляції крові у хворих на ЕГ II ст. за різних варіантів циркадіанного ритму АТ. Proceedings of 2nd International Scientific and Practical Conference Progressive Science and Achievements; 2023 Mar 16-18; Doha, Qatar. Scientific Collection InterConf+. 2023;146:319–23.

84. Плеш І, Костів І, Григорець Д, Скорейко Н. Пружно-еластичні властивості артеріальних судин у хворих на ЕГ II ст. за різних варіантів циркадіанного ритму АТ. Proceedings of the V CISP Conference an Integrated Approach to Science Modernization: Methods, Models and Multidisciplinarity; 2024 Jan 19; Venue. Grail of Science. 2022;23:434-8. doi: [10.36074/grail-of-science.23.12.2022.75](https://doi.org/10.36074/grail-of-science.23.12.2022.75)

85. Пономаренко ВМ. Серцева недостатність: епідеміологія, діагностика, лікування. Харків; 2020. 216 с.

86. Почепцова ОГ, Кузнецов ІВ, Бязрова ВВ. Діагностика та фармакологічне лікування хронічної серцевої недостатності відповідно до рекомендацій ESC 2021. Ліки України. 2021;8:44-52. doi: [10.37987/1997-9894.2021.8\(254\).245844](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2021.8(254).245844)

87. Прохоренко ОО, Томків АА, Бочуля АМ, Гук ХІ, Киричук ОО, Белінська А.А. Медсестринський діагноз як інструмент розвитку автономії медичних сестер. Медсестринство. 2025;1:46–9. doi: [10.11603/2411-1597.2025.1.15102](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2025.1.15102)

88. Прохоренко ОО, Томків АА, Киричук ОО, Бочуля АМ, Гук ХІ, Белінська АА. Моделі автономії медичних сестер у системах охорони здоров'я різних країн. Медсестринство. 2025;1:63-7. doi: [10.11603/2411-1597.2025.1.15101](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2025.1.15101)

89. Радецька ЛВ, Боб АО, Рега НІ, Славопас ВА. Роль медсестри-ментора школи серцевої недостатності - в покращенні якості життя та підвищенні комплаєнтності до лікування хворих із хронічною серцевою недостатністю. Медсестринство. 2024;3-4:74–8. doi: [10.11603/2411-1597.2023.3-4.14546](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2023.3-4.14546)

90. Рековець ОЛ, Сіренко ЮМ. Різні методи визначення прихильності до терапії у хворих із резистентною гіпертензією (пілотне дослідження). Клінічна та експериментальна патологія. 2023;22(1):24-32. doi: [10.24061/1727-4338.XXII.1.83.2023.05](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XXII.1.83.2023.05)

91. Рудень ВВ. Медико-соціальні особливості захворюваності гіпертонічною хворобою населення України. Україна. Здоров'я нації. 2020;3:84-91. doi: [10.24144/2077-6594.3.2020.208622](https://doi.org/10.24144/2077-6594.3.2020.208622)

92. Сиволап ВД, Кисельов СМ, Лашкул ДА. Гостра серцева недостатність. Запоріжжя; 2020. 99 с.

93. Сиволап ВД, Лукашенко ЛВ, Лихасенко ІВ, Олійник ОІ, Авраменко НФ, Кравченко ТВ, та ін. Догляд за хворими, його роль у лікувальному процесі та організація в умовах терапевтичного стаціонару. Запоріжжя; 2016. 87 с.

94. Симканич НД. Аналіз упровадження етапів медсестринського процесу у відділенні кардіологічного профілю. Медсестринство. 2024;3-4:69–73. doi: [10.11603/2411-1597.2023.3-4.14545](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2023.3-4.14545)

95. Сіжук АВ, Гудима АА, Липов'як АС, Malašauskienė I. Аналіз невідкладних станів у практиці сестри медичної відділення стаціонару та шляхи оптимізації надання невідкладної допомоги. Медсестринство. 2024;1:24-30. doi: [10.11603/2411-1597.2024.1.14654](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2024.1.14654)

96. Сіренко ЮМ, Рековець ОЛ. Прихильність до терапії у хворих високого серцево-судинного ризику в Україні: пацієнт-орієнтовані причини і можливості її поліпшення. Артеріальна гіпертензія та серцево-судинні захворювання. 2023;16(1-2):11-26. doi: [10.22141/2224-1485.16.1-2.2023.345](https://doi.org/10.22141/2224-1485.16.1-2.2023.345)

97. Сіренко ЮМ. Стан проблеми серцево-судинної захворюваності та смертності в Україні. Ліки України. 2022;2(Дод 1):11-4. doi: [10.32782/pub.health.2025.1.11](https://doi.org/10.32782/pub.health.2025.1.11)

98. Скибчик ВА, Соломенчук ТМ. Гостра серцева недостатність: сучасні підходи до діагностики та лікування. Практикуючий лікар. 2023;12(2-3):5-18.

99. Склярів ЄЯ, Шегедин МБ, Лемішка ББ, редактори. Громадське здоров'я і громадське медсестринство. Київ: Медицина; 2011. 224 с.

100. Слабкий ГО, Кошеля П. Смертність населення України внаслідок хвороб системи кровообігу в передвоєнний період. Україна. Здоров'я нації. 2022;1(4):5-10. doi: [10.24144/2077-6594.4.1.2022.277015](https://doi.org/10.24144/2077-6594.4.1.2022.277015)

101. Соловійов О. Хронічна серцева недостатність у хворих на ЦД 2 типу: нові рекомендації. Здоров'я України 21 сторіччя. 2021;3:40.

102. Соломончук АВ. Частота гострої серцевої недостатності у пацієнтів із гострим інфарктом міокарда після реваскуляризації. Буковинський медичний вісник. 2023;27(1):28-36. doi: [10.24061/2413-0737.27.1.105.2023.6](https://doi.org/10.24061/2413-0737.27.1.105.2023.6)

103. Суржко Л. Програма менеджменту артеріальної гіпертензії, моніторингу артеріального тиску та прихильності до лікування «МІСІЯ 50/28» для боротьби з артеріальною гіпертензією. Здоров'я України. Кардіологія. Ревматологія. Кардіохірургія. 2024;5:10-1.

104. Сухий ВР, Прохоренко ОО. Комунікативна взаємодія медсестер при виконанні протоколу первинного обстеження критичного пацієнта (ABCDE). Медсестринство. 2023;3-4:166-70. doi: [10.11603/2411-1597.2023.3-4.14336](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2023.3-4.14336)

105. Ткаченко Т. Ведення пацієнтів із серцевою недостатністю: основні тези оновлених рекомендацій. Здоров'я України. Кардіологія. Ревматологія. Кардіохірургія. 2022;5-6:13-7.

106. Тащук ВК, Полянська ОС, Іванчук ПР, Нестеровська РА, Тащук МВ. Оцінка ефективності кардіоцитопротекції в лікуванні хворих на гострий інфаркт міокарда та стабільну стенокардію шляхом цифрової обробки ЕКГ (дигіталізації) з подальшою її експертною оцінкою. Буковинський медичний вісник. 2020;24(1):142–51. doi: [10.24061/2413-0737.XXIV.1.93.2020.19](https://doi.org/10.24061/2413-0737.XXIV.1.93.2020.19)

107. Тащук ВК, Хребтій ГІ. Лікування артеріальної гіпертензії на сучасному етапі розвитку медичної практики. Артеріальна гіпертензія. 2022;15(1):8-15. doi: [10.22141/2224-1485.15.1.2022.338](https://doi.org/10.22141/2224-1485.15.1.2022.338)

108. Ханюков ОО, Сапожниченко ЛВ. Хронічна серцева недостатність ішемічного генезу: гендерні особливості та коморбідні стани. Вісник проблем біології і медицини. 2024;1:242-6. doi: [10.29254/2077-4214-2024-1-172-239-246](https://doi.org/10.29254/2077-4214-2024-1-172-239-246)

109. Ханюков ОО, Смольянова ОВ. Якість життя та прихильність до лікування у пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю на фоні артеріальної гіпертензії та хронічної хвороби нирок. Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія Медицина. 2021;43:40-8. doi: [10.26565/2313-6693-2021-43-05](https://doi.org/10.26565/2313-6693-2021-43-05)

110. Хиць А. Серцева недостатність: універсальне визначення, клінічний перебіг та сучасні стратегії лікування. Український медичний часопис. 2021;3:1-2.

111. Худицька ІВ. Роль медичної сестри у мультидисциплінарній команді динамічного спостереження хворого на хронічну серцеву недостатність [магістерська робота]. Тернопіль; 2023. 72 с.

112. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Серцево-судинні захворювання: основні ризики та ефективні поради профілактики [Інтернет]. Київ: Центр громадського здоров'я МОЗ України; 2025[цитовано 2025 Вер 30]. Доступно: <https://phc.org.ua/news/sercevo-sudinni-zakhvoryuvannya-osnovni-riziki-ta-efektivni-poradi-iz-profilaktiki>

113. Шегедин МБ, Безкоровайна УЮ, Неділько РВ, Дацко ЛП, Тверда П. Медсестринство у внутрішній медицині. Вінниця: Нова книга; 2020. 223 с.

114. Ягенський АВ, Павелко ММ. Прихильність до лікування та чинники, що впливають на якість лікування артеріальної гіпертензії у пацієнтів у віддалений період після перенесеного інфаркту міокарда. Львівський клінічний вісник. 2022;1-2:28-35. doi: [10.25040/lkv2022.01-02.028](https://doi.org/10.25040/lkv2022.01-02.028)

115. Abbasi MH, Maan A, Heist EK. The Care of Patients With Atrial Fibrillation and Heart Failure. Crit Pathw Cardiol. 2021;20(2):93-9. doi: [10.1097/HPC.0000000000000235](https://doi.org/10.1097/HPC.0000000000000235)

116. Achora S, Labrague LJ. An Integrative Review on Knowledge and Attitudes of Nurses Toward Palliative Care: Implications for Practice. J Hosp Palliat Nurs. 2019;21(1):29-37. doi: [10.1097/njh.0000000000000481](https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000481)

117. Adams S, Komene E, Wensley C, Davis J, Carryer J. Integrating nurse practitioners into primary healthcare to advance health equity through a social justice lens: An integrative review. J Adv Nurs. 2024;80(10):3899-914. doi: [10.1111/jan.16093](https://doi.org/10.1111/jan.16093)

118. Adams A, Olesky CL, Fisher A, Justice SB. Acute Heart Failure. *Adv Emerg Nurs J*. 2022;44(3):178-89. doi: [10.1097/tme.0000000000000414](https://doi.org/10.1097/tme.0000000000000414)

119. Aggarwal M, Dolovich L, Al Hamarneh Y, Kokorelias KM, Beall R, Upshur R. Informing a governance model for integration of community pharmacists and family physicians and nurse practitioner-led practices and teams within Ontario Health Teams: A protocol. *PLoS One* [Internet]. 2025[cited 2025 Sep 10];20(6):e0325270. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12173222/pdf/pone.0325270.pdf> doi: [10.1371/journal.pone.0325270](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0325270)

120. Ahmed M, Shafiq A, Zahid M, Dhawadi S, Javaid H, Rehman MEU, et al. Clinical Outcomes With Nurse-Coordinated Multidisciplinary Care in Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-analysis. *Curr Probl Cardiol* [Internet]. 2024[cited 2025 Sep 02];49(1 Pt A):102041. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0146280623004589?via%3Dihub> doi: [10.1016/j.cpcardiol.2023.102041](https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2023.102041)

121. Akbarian-Rokni M, Abbasi M, Pezaro S, Mardani-Hamooleh M. Compassion as the cornerstone of palliative nursing care for patients with heart failure: a phenomenological study. *BMC Res Notes*. 2025;18(1):81. doi: [10.1186/s13104-025-07158-7](https://doi.org/10.1186/s13104-025-07158-7)

122. Akbarian-Rokni M, Mardani-Hamooleh M, Abbasi M, Seyedfatemi N, Pezaro S. Nurses' perceptions of the challenges involved in providing of end-of-life care to people with heart failure: a context-based study. *BMC Palliat Care*. 2023;22(1):180. doi: [10.1186/s12904-023-01305-2](https://doi.org/10.1186/s12904-023-01305-2)

123. Alanazi NH, Alshamlani Y, Baker OG. The association between nurse managers' transformational leadership and quality of patient care: A systematic review. *Int Nurs Rev*. 2023;70(2):175-84. doi: [10.1111/inr.12819](https://doi.org/10.1111/inr.12819)

124. Alconero-Camarero AR, Ibáñez-Rementería MI, Sarabia-Cobo C. Nursing methodology applied to a patient through structural intervention in cardiology. *Enferm Intensiva (Engl Ed)*. 2023;34(2):109-10. doi: [10.1016/j.enfie.2022.03.003](https://doi.org/10.1016/j.enfie.2022.03.003)

125. Al Ghorani H, Götzinger F, Böhm M, Mahfoud F. Arterial hypertension - Clinical trials update 2021. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2022;32(1):21-31. doi: [10.1016/j.numecd.2021.09.007](https://doi.org/10.1016/j.numecd.2021.09.007)

126. Al-Makki A, DiPette D, Whelton PK, Murad MH, Mustafa RA, Acharya S, et al. Hypertension Pharmacological Treatment in Adults: A World Health Organization Guideline Executive Summary. *Hypertension.* 2022;79(1):293-301. doi: [10.1161/hypertensionaha.121.18192](https://doi.org/10.1161/hypertensionaha.121.18192)

127. Alves AM, Rodrigues A, Sa-Couto P, Simões JL. Effect of an Educational Nursing Intervention on the Mental Adjustment of Patients with Chronic Arterial Hypertension: An Interventional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;19(1):170. doi: [10.3390/ijerph19010170](https://doi.org/10.3390/ijerph19010170)

128. Arévalo Lorido JC, Salamanca Bautista P, Formiga F, Méndez Bailón M, Aramburu Bodas Ó. Tackling Palliative Care in Advanced Heart Failure. *J Am Coll Cardiol.* 2022;80(22):203-4. doi: [10.1016/j.jacc.2022.08.808](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.08.808)

129. Asai K, Hatamochi C, Minamimura F. Association Between Illness Perception and Care-Seeking Intention in Patients With Chronic Heart Failure. *Clin Nurs Res.* 2023;32(3):669-76. doi: [10.1177/10547738221114710](https://doi.org/10.1177/10547738221114710)

130. Backhaus SJ, Kowallick JT, Stiermaier T, Lange T, Navarra JL, Koschalka A, et al. Cardiac Magnetic Resonance Myocardial Feature Tracking for Optimized Risk Assessment After Acute Myocardial Infarction in Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes.* 2020;69(7):1540-8. doi: [10.2337/db20-0001](https://doi.org/10.2337/db20-0001)

131. Badran S, Lee S. Even in Heart Failure, Integrating Palliative Care and Aggressive Medical Therapy Is a Thing. *J Am Coll Cardiol.* 2022;80(4):345-7. doi: [10.1016/j.jacc.2022.05.019](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.05.019)

132. Bagheri I, Irajpour A, Hashemi N. Development of a Heart Failure Palliative Care Educational Program for Nurses: A Multi-Method Approach. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2024;29(2):245-54. doi: [10.4103/ijnmr.ijnmr_152_23](https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_152_23)

133. Baldewijns K, Boyne J, Rohde C, de Maesschalck L, Devillé A, Brandenburg V, et al. What kind of patient education and self-care support do patients with heart failure

receive, and by whom? Implementation of the ESC guidelines for heart failure in three European regions. *Heart Lung*. 2023;57:25-30. doi: [10.1016/j.hrtlng.2022.07.013](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.07.013)

134. Baldewijns K, Brunner-La Rocca HP, de Maesschalck L, Devillé A, Boyne J. Unravelling heart failure nurses' education: Content comparison of heart failure nurses' education in three European Society of Cardiology states and the Heart Failure Association heart failure curriculum. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2019;18(8):711-9. doi: [10.1177/1474515119863179](https://doi.org/10.1177/1474515119863179)

135. Bekelman DB, Feser W, Morgan B, Welsh CH, Parsons EC, Paden G, et al. Nurse and Social Worker Palliative Telecare Team and Quality of Life in Patients With COPD, Heart Failure, or Interstitial Lung Disease: The ADAPT Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2024;331(3):212-23. doi: [10.1001/jama.2023.24035](https://doi.org/10.1001/jama.2023.24035)

136. Bergamasco A, Luyet-Déruaz A, Gollop ND, Moride Y, Qiao Q. Epidemiology of Asymptomatic Pre-heart Failure: a Systematic Review. *Curr Heart Fail Rep*. 2022;19(3):146-56. doi: [10.1007/s11897-022-00542-5](https://doi.org/10.1007/s11897-022-00542-5)

137. Berry RK, Peck JL. Holistic Hypertension Management. *Holist Nurs Pract*. 2023;37(5):253-9. doi: [10.1097/hnp.0000000000000604](https://doi.org/10.1097/hnp.0000000000000604)

138. Bierle RS, Vuckovic KM, Ryan CJ. Integrating Palliative Care Into Heart Failure Management. *Crit Care Nurse*. 2021;41(3):9-18. doi: [10.4037/ccn2021877](https://doi.org/10.4037/ccn2021877)

139. Blum M, Goldstein NE, Jaarsma T, Allen LA, Gelfman LP. Palliative care in heart failure guidelines: A comparison of the 2021 ESC and the 2022 AHA/ACC/HFSA guidelines on heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2023;25(10):1849-55. doi: [10.1002/ejhf.2981](https://doi.org/10.1002/ejhf.2981)

140. Brenner DS, Ilonze OJ, Bell S, Kaneshiro K, Harrison NE. Emergency department management of patients with right heart failure. *Emerg Med Pract*. 2024;26(2):1-32.

141. Bulto LN, Roseleur J, Noonan S, Pinero de Plaza MA, Champion S, Dafny HA, et al. Effectiveness of nurse-led interventions versus usual care to manage hypertension and lifestyle behaviour: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2024;23(1):21-32. doi: [10.1093/eurjcn/zvad040](https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvad040)

142. Caleffi D, Alberti S, Rovesti S, Bassi MC, Hassen H, Saguatti I, et al. Nurses' Attitudes and Perceptions Towards Heart Failure Palliative Care: A Mixed Method

Systematic Review. Healthcare (Basel). 2025;13(6):673. doi: [10.3390/healthcare13060673](https://doi.org/10.3390/healthcare13060673)

143. Campos-Martins A, Bragança B, Correia-de-Sá P, Fontes-Sousa AP. Pharmacological Tuning of Adenosine Signal Nuances Underlying Heart Failure With Preserved Ejection Fraction. *Front Pharmacol* [Internet]. 2021[cited 2025 Oct 07];12:724320. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8417789/pdf/fphar-12-724320.pdf> doi: [10.3389/fphar.2021.724320](https://doi.org/10.3389/fphar.2021.724320)

144. Cavanagh CE, Rosman L, Spatz ES, Fried T, Gandhi PU, Soucier RJ, et al. Dying to know: prognosis communication in heart failure. *ESC Heart Fail*. 2020;7(6):3452-63. doi: [10.1002/ehf2.12941](https://doi.org/10.1002/ehf2.12941)

145. Chan YK, Stickland N, Stewart S. An inevitable or modifiable trajectory towards heart failure in high-risk individuals: insights from the nurse-led intervention for less chronic heart failure (NIL-CHF) study. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2023;22(1):33-42. doi: [10.1093/eurjcn/zvac036](https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvac036)

146. Chang YK, Allen LA, McClung JA, Denvir MA, Philip J, Mori M, et al. Criteria for Referral of Patients With Advanced Heart Failure for Specialized Palliative Care. *J Am Coll Cardiol*. 2022;80(4):332-44. doi: [10.1016/j.jacc.2022.04.057](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.04.057)

147. Chen H, Xiong X, Liu S, Liu M, Chen L, Li Y, et al. Volume Management in Nursing for Patients With Heart Failure: A Concept Analysis Using Rodgers' Evolutionary Approach. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2025;19(3):235-46. doi: [10.1016/j.anr.2025.03.004](https://doi.org/10.1016/j.anr.2025.03.004)

148. Chen QF, Chen L, Katsouras CS, Liu C, Shi J, Liang D, et al. Global burden of heart failure and its underlying causes in 204 countries and territories, 1990-2021. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*. 2025;11(4):493-509. doi: [10.1093/ehjqcco/qcae110](https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcae110)

149. Chew HSJ, Sim KLD, Choi KC, Chair SY. Effectiveness of a nurse-led temporal self-regulation theory-based program on heart failure self-care: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2021[cited 2025 Sep 03];115:103872. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748921000043?via%3Dihub> doi: [10.1016/j.ijnurstu.2021.103872](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103872)

150. Curtis BR, Rollman BL, Belnap BH, Jeong K, Yu L, Harinstein ME, et al. Perceptions of Need for Palliative Care in Recently Hospitalized Patients With Systolic Heart Failure. *J Pain Symptom Manage.* 2021;62(6):1252-61. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2021.06.001](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.06.001)

151. Dai Q, Huang J, Huang H, Song L. An retrospective study on the effects of deep learning model-based optimization emergency nursing on treatment compliance and curative effect of patients with acute left heart failure. *BMC Emerg Med.* 2024;24(1):240. doi: [10.1186/s12873-024-01156-x](https://doi.org/10.1186/s12873-024-01156-x)

152. Dellafiore F, Ghizzardi G, Vellone E, Magon A, Conte G, Baroni I, et al. A Single-Center, Randomized Controlled Trial to Test the Efficacy of Nurse-Led Motivational Interviewing for Enhancing Self-Care in Adults with Heart Failure. *Healthcare (Basel).* 2023;11(5):773. doi: [10.3390/healthcare11050773](https://doi.org/10.3390/healthcare11050773)

153. Digby R, Bolster D, Hughes L, Perta A, Bucknall TK. Examining subacute nurses' roles in a changing healthcare context. *J Clin Nurs.* 2020;29(13-14):2260-74. doi: [10.1111/jocn.15235](https://doi.org/10.1111/jocn.15235)

154. do Céu Sá M, Nabais A. How to care for patients with heart failure – A systematic review of nursing interventions. *New Trends in Qualitative Research [Internet].* 2022[cited 2025 Aug 11];11:e557. Available from: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/557/813> doi: [10.36367/ntqr.11.e557](https://doi.org/10.36367/ntqr.11.e557)

155. Doi M, Maruyama Y, Kaneda A, Minamizaki M, Fukada M, Kanoya Y. Comprehensive end-of-life care practices for older patients with heart failure provided by specialized nurses: a qualitative study. *BMC Geriatr.* 2023;23(1):350. doi: [10.1186/s12877-023-04050-6](https://doi.org/10.1186/s12877-023-04050-6)

156. Driscoll A, Gao L, Watts JJ. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of ambulatory heart failure nurse-led services: an integrated review. *BMC Cardiovasc Disord.* 2022;22(1):64. doi: [10.1186/s12872-022-02509-9](https://doi.org/10.1186/s12872-022-02509-9)

157. Ehrlich C, Lewis D, New A, Jones S, Grealish L. Exploring the role of nurses in inpatient rehabilitation care teams: A scoping review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2022[cited 2025 Aug 29];128:104134. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748921002790?via%3Dihub> doi: [10.1016/j.ijnurstu.2021.104134](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104134)
158. Ekström M, Hellman A, Hasselström J, Hage C, Kahan T, Ugander M, et al. The transition from hypertension to hypertensive heart disease and heart failure: the PREFERS Hypertension study. *ESC Heart Fail*. 2020;7(2):737-46. doi: [10.1002/ehf2.12612](https://doi.org/10.1002/ehf2.12612)
159. Feder S, Iannone L, Lendvai D, Zhan Y, Akgün K, Ersek M, et al. Clinician Insights into Effective Components, Delivery Characteristics and Implementation Strategies of Ambulatory Palliative Care for People with Heart Failure: A Qualitative Analysis. *J Card Fail*. 2025;31(4):611-20. doi: [10.1016/j.cardfail.2024.07.009](https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2024.07.009)
160. Fernandes Pedro J, Reis-Pina P. Palliative Care in Patients with Advanced Heart Failure: A Systematic Review. *Acta Med Port*. 2022;35(2):111-8. doi: [10.20344/amp.15963](https://doi.org/10.20344/amp.15963)
161. Fliedner M, Halfens RJG, King CR, Eychmueller S, Lohrmann C, Schols JMGA. Roles and Responsibilities of Nurses in Advance Care Planning in Palliative Care in the Acute Care Setting: A Scoping Review. *J Hosp Palliat Nurs*. 2021;23(1):59-68. doi: [10.1097/njh.0000000000000715](https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000715)
162. Ford B, Dore M, Bartlett B. Management of Heart Failure: Updated Guidelines From the AHA/ACC. *Am Fam Physician*. 2023;108(3):315-20.
163. Freedland KE, Rich MW, Carney RM. Improving Quality of Life in Heart Failure. *Curr Cardiol Rep*. 2021;23(11):159. doi: [10.1007/s11886-021-01588-y](https://doi.org/10.1007/s11886-021-01588-y)
164. Gabbard ER, Klein D, Vollman K, Chamblee TB, Soltis LM, Zellinger M. Clinical Nurse Specialist: A Critical Member of the ICU Team. *Clin Nurse Spec*. 2021;35(5):271-6. doi: [10.1097/nur.0000000000000624](https://doi.org/10.1097/nur.0000000000000624)
165. Gambino J, Schlichte LM, Haverfield MC, Libman C, Bekelman DB, Ma JE. Uncovering Psychosocial Contexts in Goals of Care Conversations: A Qualitative Study

in a Multi-Centered Randomized Controlled Trial. *Clin Gerontol.* 2025;48(5):1320-7. doi: [10.1080/07317115.2025.2464023](https://doi.org/10.1080/07317115.2025.2464023)

166. Gooding KS, Naraparaju VV, Esstman B, Wakefield DB, Evjen M, Naseer A, et al. The Effect of a Best Practice Advisory on the Utilization and Impact of Palliative Care Consultation in Heart Failure Hospitalizations. *Palliat Med Rep.* 2025;6(1):179-86. doi: [10.1089/pmr.2024.0106](https://doi.org/10.1089/pmr.2024.0106)

167. Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, Hoes AW. Epidemiology of heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2020;22(8):1342-56. doi: [10.1002/ejhf.1858](https://doi.org/10.1002/ejhf.1858)

168. Guo J, Dai Y, Chen Y, Liang Z, Hu Y, Xu X, et al. Core competencies among nurses engaged in palliative care: A scoping review. *J Clin Nurs.* 2024;33(10):3905-22. doi: [10.1111/jocn.17294](https://doi.org/10.1111/jocn.17294)

169. Hannan JA, Commodore-Mensah Y, Tokieda N, Smith AP, Gawlik KS, Murakami L, et al. Improving hypertension control and cardiovascular health: An urgent call to action for nursing. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2022;19(1):6-15. doi: [10.1111/wvn.12560](https://doi.org/10.1111/wvn.12560)

170. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation.* 2022;145(18):895-1032. doi: [10.1161/cir.0000000000001063](https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001063)

171. Hewitt SL, Mills JE, Hoare KJ, Sheridan NF. The process of nurses' role negotiation in general practice: A grounded theory study. *J Adv Nurs.* 2024;80(5):1914-26. doi: [10.1111/jan.15938](https://doi.org/10.1111/jan.15938)

172. Hill L, Girerd N, Castiello T, Jaarsma T, Metra M, Rosano G, et al. Examining the clinical role and educational preparation of heart failure nurses across Europe. A survey of the Heart Failure Association (HFA) of the European Society of Cardiology (ESC) and the Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions (ACNAP) of the ESC. *Eur J Heart Fail.* 2025;27(2):388-97. doi: [10.1002/ejhf.3519](https://doi.org/10.1002/ejhf.3519)

173. Hryhorets D. Assessment of the effectiveness of teaching patients with heart failure in hospital settings. Вісник медичних та біологічних досліджень. 2025;7(3):63-72. doi: [10.63341/bmbr/3.2025.63](https://doi.org/10.63341/bmbr/3.2025.63)

174. Hu H, Chang S, Tian G, Li Z, Chang L, Zhang J, et al. The impact of perceived stress on job satisfaction among nurse managers: a moderated mediation model of job burnout and psychological capital. BMC Nurs. 2025;24(1):953. doi: [10.1186/s12912-025-03607-7](https://doi.org/10.1186/s12912-025-03607-7)

175. Huang X. Individual nursing promotes rehabilitation of patients with acute myocardial infarction complicated with arrhythmia. Am J Transl Res. 2021;13(8):9306-14.

176. Hwang M, Chang AK. The effect of nurse-led digital health interventions on blood pressure control for people with hypertension: A systematic review and meta-analysis. J Nurs Scholarsh. 2023;55(5):1020-35. doi: [10.1111/jnu.12882](https://doi.org/10.1111/jnu.12882)

177. Im EO. Nursing in the Contemporary Interdisciplinary World. ANS Adv Nurs Sci. 2024;47(3):231-2. doi: [10.1097/ans.0000000000000535](https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000535)

178. Inagaki N, Seto N, Lee K, Takahashi Y, Nakayama T, Hayashi Y. The role of critical care nurses in shared decision-making for patients with severe heart failure: A qualitative study. PLoS One [Internet]. 2023[cited 2025 Aug 29];18(7):e0288978. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10358911/pdf/pone.0288978.pdf> doi: [10.1371/journal.pone.0288978](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288978)

179. Ito M, Tajika A, Toyomoto R, Imai H, Sakata M, Honda Y, et al. The short and long-term efficacy of nurse-led interventions for improving blood pressure control in people with hypertension in primary care settings: a systematic review and meta-analysis. BMC Prim Care. 2024;25(1):143. doi: [10.1186/s12875-024-02380-x](https://doi.org/10.1186/s12875-024-02380-x)

180. Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, La Rocca HB, Castiello T, Čelutkienė J, et al. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail. 2021;23(1):157-74. doi: [10.1002/ejhf.2008](https://doi.org/10.1002/ejhf.2008)

181. Jin Q, Zhou Y, Yin D, He H, Liu Y, Wu Y. Effects of cluster nursing on cardiac function and quality of life in coronary heart disease patients with chronic heart failure: A protocol of randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2022[cited 2025 Aug 28];101(14):e29091. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9276295/pdf/medi-101-e29091.pdf> doi: [10.1097/md.00000000000029091](https://doi.org/10.1097/md.00000000000029091)

182. Judice Jones N, Richard A. Implementing Evidence-Based Motivational Interviewing Strategies in the Care of Patients with Heart Failure. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2022;34(2):191-204. doi: [10.1016/j.cnc.2022.02.011](https://doi.org/10.1016/j.cnc.2022.02.011)

183. Khan MZ, Khan MU, Munir MB. Trends and Disparities in Palliative Care Encounters in Acute Heart Failure Admissions; Insight From National Inpatient Sample. *Cardiovasc Revasc Med.* 2021;23:52-6. doi: [10.1016/j.carrev.2020.08.024](https://doi.org/10.1016/j.carrev.2020.08.024)

184. Kim C, Kim S, Lee K, Choi J, Kim S. Palliative Care for Patients With Heart Failure: An Integrative Review. *J Hosp Palliat Nurs.* 2022;24(4):151-8. doi: [10.1097/njh.0000000000000869](https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000869)

185. King-Dailey K, Frazier S, Bressler S, King-Wilson J. The Role of Nurse Practitioners in the Management of Heart Failure Patients and Programs. *Curr Cardiol Rep.* 2022;24(12):1945-56. doi: [10.1007/s11886-022-01796-0](https://doi.org/10.1007/s11886-022-01796-0)

186. Koontalay A, Samai T, Samutalai C, Onthuam W, Fonghiranrat D. Effectiveness of Nurse-led Heart Failure Transitional Care Services in Improving Clinical Outcomes and Applicability to Low-resource Settings: A Meta-analysis. *WHO South East Asia J Public Health.* 2024;13(2):60-8. doi: [10.4103/who-seajph.who-seajph_26_23](https://doi.org/10.4103/who-seajph.who-seajph_26_23)

187. Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D, Rydén L, Hoes A, Grobbee D, et al. Primary prevention efforts are poorly developed in people at high cardiovascular risk: A report from the European Society of Cardiology EURObservational Research Programme EUROASPIRE V survey in 16 European countries. *Eur J Prev Cardiol.* 2021;28(4):370-9. doi: [10.1177/2047487320908698](https://doi.org/10.1177/2047487320908698)

188. Krówczyńska D, Jankowska-Polańska B. Nurses as educators in the comprehensive heart failure care programme-Are we ready for it? *Nurs Open.* 2020;7(5):1354-66. doi: [10.1002/nop2.507](https://doi.org/10.1002/nop2.507)

189. Krzesiński P, Galas A, Piotrowicz K, Stańczyk A, Siebert J, Jankowska EA, et al. The short-term benefit from nurse-led ambulatory care supported by non-invasive haemodynamic assessment in patients after acute heart failure decompensation depends on time since hospital discharge. *Kardiol Pol.* 2021;79(7-8):855-7. doi: [10.33963/kp.a2021.0012](https://doi.org/10.33963/kp.a2021.0012)
190. Krzesiński P, Siebert J, Jankowska EA, Galas A, Piotrowicz K, Stańczyk A, et al. Nurse-led ambulatory care supported by non-invasive haemodynamic assessment after acute heart failure decompensation. *ESC Heart Fail.* 2021;8(2):1018-26. doi: [10.1002/ehf2.13207](https://doi.org/10.1002/ehf2.13207)
191. Kuehn BM. Collaborative Care Model Helps Patients With Heart Failure Meet End-of-Life Goals. *Circulation.* 2023;147(10):841-2. doi: [10.1161/circulationaha.122.063315](https://doi.org/10.1161/circulationaha.122.063315)
192. Kuusisto A, Santavirta J, Saranto K, Haavisto E. Healthcare professionals' perceptions of advance care planning in palliative care unit: a qualitative descriptive study. *J Clin Nurs.* 2021;30(5-6):633-44. doi: [10.1111/jocn.15578](https://doi.org/10.1111/jocn.15578)
193. Lee G, Hendriks J, Deaton C. Advanced nursing practice across Europe: Work in progress. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2020;19(7):561-3. doi: [10.1177/1474515120917626](https://doi.org/10.1177/1474515120917626)
194. Lee S, Cui N, Kim H. Nurses' engagement in advance care planning practices: A descriptive cross-sectional study. *J Clin Nurs.* 2025;34(6):2149-62. doi: [10.1111/jocn.17376](https://doi.org/10.1111/jocn.17376)
195. Lemesle G, Puymirat E, Bonello L, Simon T, Steg PG, Ferrières J, et al. Compared impact of diabetes on the risk of heart failure from acute myocardial infarction to chronic coronary artery disease. *Diabetes Metab [Internet].* 2022[cited 2025 Aug 28];48(1):101265. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1262363621000483?via%3Dihub> doi: [10.1016/j.diabet.2021.101265](https://doi.org/10.1016/j.diabet.2021.101265)
196. Lendvai D, Zhan Y, Kavalieratos D, Iannone L, Akgün KM, Allen LA, et al. Patients' and Caregivers' Perspectives on the Role of Ambulatory Specialty Palliative Care for People With Heart Failure. *J Pain Symptom Manage.* 2025;70(1):89-105. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2025.02.019](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2025.02.019)

197. Li R, Xu W, Yang P, Tan L, Ling Z, Gan X. The Nursing Effect of Individualized Management on Patients With Diabetes Mellitus Type 2 and Hypertension. *Front Endocrinol (Lausanne)* [Internet]. 2022[cited 2025 Aug 10];13:846419. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8968140/pdf/fendo-13-846419.pdf> doi: [10.3389/fendo.2022.846419](https://doi.org/10.3389/fendo.2022.846419)

198. Liu R, Ji H, Wang J, Zhou X, Yang X, Li M. Integrated cardiopulmonary rehabilitation nursing for chronic heart failure: An integrative literature review. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2025[cited 2025 Aug 23];65:103472. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457225003155?via%3Dihub> doi: [10.1016/j.gerinurse.2025.103472](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2025.103472)

199. Lombardi Fortino D, Galazzi A, Chiappinotto S, Palese A. Nurse managers' strategies promoting a Fundamentals of Care-based approach among nurses: A scoping review. *Ann Ig.* 2024;36(1):26-40. doi: [10.7416/ai.2023.2583](https://doi.org/10.7416/ai.2023.2583)

200. Longhini J, Gauthier K, Konradsen H, Palese A, Kabir ZN, Waldréus N. The effectiveness of nursing interventions to improve self-care for patients with heart failure at home: a systematic review and meta-analysis. *BMC Nurs.* 2025;24(1):286. doi: [10.1186/s12912-025-02867-7](https://doi.org/10.1186/s12912-025-02867-7)

201. Lu F, Zhang L, Xu X, Zhai W, Ji S, Lin L, et al. Effects of Multi-Dimensional Nursing Based on HAPA Theory on Self-Care Ability and Cardiac Function in Patients with Coronary Heart Failure and Heart Failure. *Altern Ther Health Med.* 2023;29(8):601-7.

202. Luedike P, Papathanasiou M, Schmack B, Kamler M, Perings C, Ruhparwar A, et al. Structural components for the development of a heart failure network. *ESC Heart Fail.* 2023;10(3):1545-54. doi: [10.1002/ehf2.14266](https://doi.org/10.1002/ehf2.14266)

203. Maddox TM, Januzzi JL Jr, Allen LA, Breathett K, Butler J, Davis LL, et al. 2021 Update to the 2017 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Optimization of Heart Failure Treatment: Answers to 10 Pivotal Issues About Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: A Report of the American College of Cardiology Solution Set

Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol.* 2021;77(6):772-810. doi: [10.1016/j.jacc.2020.11.022](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.022)

204. Magnussen C, Alegre-Diaz J, Al-Nasser LA, Amouyel P, Aviles-Santa L, Bakker SJL, et al. Global Effect of Cardiovascular Risk Factors on Lifetime Estimates. *N Engl J Med.* 2025;393(2):125-38. doi: [10.1056/nejmoa2415879](https://doi.org/10.1056/nejmoa2415879)

205. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens.* 2023;41(12):1874-2071. doi: [10.1097/hjh.0000000000003480](https://doi.org/10.1097/hjh.0000000000003480)

206. Mantovanil MF, Kalinke LP, da Silva ATM, Perez Arthur J, Radovanovic CAT, Bortolato-Major C. Effectiveness of nursing case management versus usual care for blood pressure control in adults with hypertension: a systematic review. *Invest Educ Enferm [Internet].* 2021[cited 2025 Aug 03];39(1):e04. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7987286/pdf/2216-0280-iee-39-01-e04.pdf> doi: [10.17533/udea.iee.v39n1e04](https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n1e04)

207. Mararash H, Boreiko L, Chornenka Z, Sobko D. Evaluation of the level of knowledge of patients in the Chernivtsi region regarding the onset and development of arterial hypertension. *Буковинський медичний вісник.* 2024;28(2):111-7. doi: [10.24061/2413-0737.28.2.110.2024.17](https://doi.org/10.24061/2413-0737.28.2.110.2024.17)

208. Martin SS, Aday AW, Allen NB, Almarzooq ZI, Anderson CAM, Arora P, et al. 2025 Heart Disease and Stroke Statistics: A Report of US and Global Data From the American Heart Association. *Circulation.* 2025;151(8):41-660. doi: [10.1161/cir.0000000000001303](https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001303)

209. Martin SS, Aday AW, Almarzooq ZI, Anderson CAM, Arora P, Avery CL, et al. 2024 Heart Disease and Stroke Statistics: A Report of US and Global Data From the American Heart Association. *Circulation.* 2024;149(8):347-913. doi: [10.1161/cir.0000000000001209](https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001209)

210. Mattei da Silva ÂT, de Fátima Mantovani M, Castanho Moreira R, Perez Arthur J, Molina de Souza R. 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)

211. May CR, Gravenhorst KC, Hillis A, Arber M, Chew-Graham CA, Gallacher KI, et al. How lived experiences of illness trajectories, burdens of treatment, and social inequalities shape service user and caregiver participation in health and social care: a theory-informed qualitative evidence synthesis. *Health Soc Care Deliv Res*. 2025;13(24):1-120. doi: [10.3310/hgtq8159](https://doi.org/10.3310/hgtq8159)

212. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail*. 2022;24(1):4-131. doi: [10.1002/ejhf.2333](https://doi.org/10.1002/ejhf.2333)

213. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2023;44(37):3627-39. doi: [10.1093/eurheartj/ehad195](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad195)

214. McKillen B. Exploring the role of communication in effective nurse leadership and patient care. *Nurs Manag (Harrow)*. 2024;31(4):16-21. doi: [10.7748/nm.2024.e2081](https://doi.org/10.7748/nm.2024.e2081)

215. Miller H, Tan J, Clayton JM, Meller A, Hermiz O, Zwar N, et al. Patient experiences of nurse-facilitated advance care planning in a general practice setting: a qualitative study. *BMC Palliat Care*. 2019;18(1):25. doi: [10.1186/s12904-019-0411-z](https://doi.org/10.1186/s12904-019-0411-z)

216. Nanyonga RC, Spies LA, Nakaggwa F. The effectiveness of nurse-led group interventions on hypertension lifestyle management: A mixed method study. *J Nurs Scholarsh*. 2022;54(3):286-95. doi: [10.1111/jnu.12732](https://doi.org/10.1111/jnu.12732)

217. Nesterovich Grushina D, Álvarez Moleiro M. Nursing intervention with a gender approach in patients with arterial hypertension: a scoping review. *Women Health*. 2024;64(8):626-35. doi: [10.1080/03630242.2024.2392134](https://doi.org/10.1080/03630242.2024.2392134)

218. Östman M, Bäck-Pettersson S, Sundler AJ, Sandvik AH. Nurses' experiences of continuity of care for patients with heart failure: A thematic analysis. *J Clin Nurs*. 2021;30(1-2):276-86. doi: [10.1111/jocn.15547](https://doi.org/10.1111/jocn.15547)

219. Ostrominski JW, DeFilippis EM, Bansal K, Riello RJ 3rd, Bozkurt B, Heidenreich PA, et al. Contemporary American and European Guidelines for Heart Failure Management: JACC: Heart Failure Guideline Comparison. *JACC Heart Fail*. 2024;12(5):810-25. doi: [10.1016/j.jchf.2024.02.020](https://doi.org/10.1016/j.jchf.2024.02.020)

220. Pahria T, Nugroho C, Yani DI. Factors Influencing Self-Care Behaviors in Hypertension Patients With Complications. *Vasc Health Risk Manag*. 2022;18:463-71. doi: [10.2147/vhrm.s366811](https://doi.org/10.2147/vhrm.s366811)

221. Palibroda N, Chornenka Zh, Pontyk M, Molchaniuk D, Filatova I, Nikolaichuk I. Use of prevention programs and analysis of their efficiency among patients with arterial hypertension. *Буковинський медичний вісник*. 2024;28(2):118-25. doi: [10.24061/2413-0737.28.2.110.2024.18](https://doi.org/10.24061/2413-0737.28.2.110.2024.18)

222. Patel H, Szkinc-Olsson G, Lennartsson Al Liddawi M. A qualitative study of nurses' experiences of self-care counseling in migrant patients with heart failure. *Int J Nurs Sci*. 2021;8(3):279-88. doi: [10.1016/j.ijnss.2021.05.004](https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.05.004)

223. Phillips K, Knowlton M, Riseden J. Emergency Department Nursing Burnout and Resilience. *Adv Emerg Nurs J*. 2022;44(1):54-62. doi: [10.1097/tme.0000000000000391](https://doi.org/10.1097/tme.0000000000000391)

224. Plötzeneder R, Iglseider B. Assessment tools for palliative care needs in patients with heart failure in general practice. *Wien Med Wochenschr*. 2022;172(7-8):167-71. doi: [10.1007/s10354-021-00890-2](https://doi.org/10.1007/s10354-021-00890-2)

225. Qiu X. Nurse-led intervention in the management of patients with cardiovascular diseases: a brief literature review. *BMC Nurs*. 2024;23(1):6. doi: [10.1186/s12912-023-01422-6](https://doi.org/10.1186/s12912-023-01422-6)

226. Rabi DM, McBrien KA, Sapir-Pichhadze R, Nakhla M, Ahmed SB, Dumanski SM, et al. Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. *Can J Cardiol*. 2020;36(5):596-24. doi: [10.1016/j.cjca.2020.02.086](https://doi.org/10.1016/j.cjca.2020.02.086)

227. Riccardi M, Pabon MA, Bhatt AS, Savarese G, Metra M, Volterrani M, et al. Heart Failure With Improved Ejection Fraction: Definitions, Epidemiology, and Management. *J Am Coll Cardiol*. 2025;85(24):2401-15. doi: [10.1016/j.jacc.2025.03.544](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2025.03.544)

228. Rogachevskiy OP, Pervak MP, Yehorenko OS, Khrapova YS, Cheremnykh HI, Onyshchenko VI. Emergencies in nursing: current views on the role of the nurse in providing emergency care and assessment of effectiveness. *Медсестринство*. 2025;1:30–5. doi: [10.11603/2411-1597.2025.1.15205](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2025.1.15205)

229. Rosano GMC, Seferovic P, Savarese G, Spoletini I, Lopatin Y, Gustafsson F, et al. Impact analysis of heart failure across European countries: an ESC-HFA position paper. *ESC Heart Fail*. 2022;9(5):2767-78. doi: [10.1002/ehf2.14076](https://doi.org/10.1002/ehf2.14076)

230. Rosano GMC, Vitale C, Adamo M, Metra M. Roadmap for the management of heart failure patients during the vulnerable phase after heart failure hospitalizations: how to implement excellence in clinical practice. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2022;23(3):149-56. doi: [10.2459/jcm.0000000000001221](https://doi.org/10.2459/jcm.0000000000001221)

231. Rosner B. *Fundamentals of Biostatistics*. 8th ed. Harvard: Harvard University; 2016. 962 p.

232. Rossi GP, Bisogni V, Rossitto G, Maiolino G, Cesari M, Zhu R, et al. Practice Recommendations for Diagnosis and Treatment of the Most Common Forms of Secondary Hypertension. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 2020;27(6):547-60. doi: [10.1007/s40292-020-00415-9](https://doi.org/10.1007/s40292-020-00415-9)

233. Salam A, Huffman MD, Kanukula R, Hari Prasad E, Sharma A, Heller DJ, et al. Two-drug fixed-dose combinations of blood pressure-lowering drugs as WHO essential medicines: An overview of efficacy, safety, and cost. *J Clin Hypertens*. 2020;22(10):1769-79. doi: [10.1111/jch.14009](https://doi.org/10.1111/jch.14009)

234. Sano M, Majima T. Development of a Home-Based Nursing Intervention Model for Patients With Heart Failure: A Qualitative Feasibility Study. *Inquiry [Internet]*.

2021[cited 2025 Sep 02];58:469580211067448. Available from:
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8695748/pdf/10.1177_00469580211067448.pdf doi: [10.1177/00469580211067448](https://doi.org/10.1177/00469580211067448)

235. Santulli G, Wang X, Mone P. Updated ACC/AHA/HFSA 2022 guidelines on heart failure: what is new? From epidemiology to clinical management. *Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother.* 2022;8(5):23-4. doi: [10.1093/ehjcvp/pvac029](https://doi.org/10.1093/ehjcvp/pvac029)

236. Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GMC, Coats AJS. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res.* 2023;118(17):3272-87. doi: [10.1093/cvr/cvac013](https://doi.org/10.1093/cvr/cvac013)

237. Selvaraj S, Greene SJ, Ayodele I, Alhanti B, Allen LA, Lewsey SC, et al. Assessing Heuristic Bias During Care for Patients Hospitalized for Heart Failure: Get With The Guidelines-Heart Failure. *Circ Heart Fail [Internet].* 2023[cited 2025 Oct 22];16(2):e010069. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.122.010069> doi: [10.1161/CIRCHEARTFAILURE.122.010069](https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.122.010069)

238. Selvi Sarigül S, Ürek D, Uğurluoğlu Ö. The effect of caregivers' health literacy levels on the quality of life and self-care of patients with heart failure. *Geriatr Nurs.* 2024;60:491-6. doi: [10.1016/j.gerinurse.2024.10.015](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.10.015)

239. Serrat-Costa M, Coll de Tuero G, Bertran Noguer C, Martí Lluch R, Ramos Blanes R, Baltasar Bagué A, et al. Arterial hypertension diagnosis: A problem? *Hipertens Riesgo Vasc.* 2023;40(2):58-64. doi: [10.1016/j.hipert.2022.09.003](https://doi.org/10.1016/j.hipert.2022.09.003)

240. Sha W, Ning L, Li H, Fu Q, Chen M. The Effects of Health Education and the Sunrise Model of Nursing Care on Blood Pressure Control and Psychological Status in Elderly Patients with Hypertension. *Altern Ther Health Med.* 2025;31(1):288-93.

241. Shah MK, Gandrakota N, Cimiotti JP, Ghose N, Moore M, Ali MK. Prevalence of and Factors Associated With Nurse Burnout in the US. *JAMA Netw Open [Internet].* 2021[cited 2025 Aug 23];4(2):e2036469. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2775923> doi: [10.1001/jamanetworkopen.2020.36469](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36469)

242. Søndergaard SF, Andersen AB, Frederiksen K. APN nurses' core competencies for general clinical health assessment in primary health care. A scoping review. *Scand J Caring Sci.* 2024;38(2):258-72. doi: [10.1111/scs.13235](https://doi.org/10.1111/scs.13235)

243. Song C, Li X, Ning X, Song S. Nursing case management for people with hypertension: A randomized controlled trial protocol. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2020[cited 2025 Aug 23];99(52):e23850. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7769350/pdf/medi-99-e23850.pdf> doi: [10.1097/md.00000000000023850](https://doi.org/10.1097/md.00000000000023850)

244. Song Y, Li F, Xu Y, Liu Y, Wang Y, Han X, et al. Prognostic value of sST2 in patients with heart failure with reduced, mid-range and preserved ejection fraction. *Int J Cardiol.* 2020;304:95-100. doi: [10.1016/j.ijcard.2020.01.039](https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2020.01.039)

245. Sousa JP, Oliveira C, Pais-Vieira M. Symptom perception management education improves self-care in patients with heart failure. *Work.* 2021;69(2):465-73. doi: [10.3233/wor-213491](https://doi.org/10.3233/wor-213491)

246. Söylemez GK, Aşilar RH. The relationship between hypertensive patients' satisfaction with hypertension care and their antihypertensive medication adherence. *J Vasc Nurs.* 2023;41(3):81-8. doi: [10.1016/j.jvn.2023.05.002](https://doi.org/10.1016/j.jvn.2023.05.002)

247. Speed S, Schneider N, Stutzman SE, Olson DM, Higbea A. Feasibility and efficacy of a nurse practitioner-and pharmacist-led hypertension clinic. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2022;34(9):1045-9. doi: [10.1097/jxx.0000000000000765](https://doi.org/10.1097/jxx.0000000000000765)

248. Stephen C, Halcomb E, Fernandez R, McInnes S, Batterham M, Zwar N. Nurse-led interventions to manage hypertension in general practice: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2022;78(5):1281-93. doi: [10.1111/jan.15159](https://doi.org/10.1111/jan.15159)

249. Stergiou GS, Palatini P, Parati G, O'Brien E, Januszewicz A, Lurbe E, et al. 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. *J Hypertens.* 2021;39(7):1293-302. doi: [10.1097/hjh.0000000000002843](https://doi.org/10.1097/hjh.0000000000002843)

250. Storm J, Chen HC. The relationships among alarm fatigue, compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction in critical care and step-down nurses. *J Clin Nurs.* 2021;30(3-4):443-53. doi: [10.1111/jocn.15555](https://doi.org/10.1111/jocn.15555)

251. Sudharsanan N, Theilmann M, Kirschbaum TK, Manne-Goehler J, Azadnajafabad S, Bovet P, et al. Variation in the Proportion of Adults in Need of Blood Pressure-Lowering Medications by Hypertension Care Guideline in Low- and Middle-Income Countries: A Cross-Sectional Study of 1 037 215 Individuals From 50 Nationally Representative Surveys. *Circulation*. 2021;143(10):991-1001. doi: [10.1161/circulationaha.120.051620](https://doi.org/10.1161/circulationaha.120.051620)

252. Sullivan D, White KM, Frazer C. Factors Associated with Burnout in the United States Versus International Nurses. *Nurs Clin North Am*. 2022;57(1):29-51. doi: [10.1016/j.cnur.2021.11.003](https://doi.org/10.1016/j.cnur.2021.11.003)

253. Taggart C, Ferry AV, Chapman AR, Schulberg SD, Bularga A, Wereski R, et al. The assessment and management of patients with type 2 myocardial infarction: an international Delphi study. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*. 2025;11(8):1421-30. doi: [10.1093/ehjqcco/qcaf069](https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcaf069)

254. Takahama H, Kitai T, Nakagawa S, Takegami M, Hamatani Y, Nakamoto K, et al. Rationale and Design of a Multicenter Trial on Exploratory Analysis of the Effects of Advance Care Planning Guided by the Prediction Program of Heart Failure Prognosis on Quality of Life in Patients With Heart Failure - ACQUAINT-Trial. *Circ Rep*. 2024;6(7):276-80. doi: [10.1253/circrep.cr-24-0041](https://doi.org/10.1253/circrep.cr-24-0041)

255. Taniguchi C, Okada A, Seto N, Shimizu Y. How visiting nurses detect symptoms of disease progression in patients with chronic heart failure. *Int J Qual Stud Health Well-being* [Internet]. 2020[cited 2025 Sep 02];15(1):1735768. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7067190/pdf/ZQHW_15_1735768.pdf doi: [10.1080/17482631.2020.1735768](https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1735768)

256. Taniguchi C, Seto N, Shimizu Y. Outpatient nursing support for self-monitoring in patients with chronic heart failure. *PLoS One* [Internet]. 2021[cited 2025 Aug 09];16(7):e0254019. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8253386/pdf/pone.0254019.pdf> doi: [10.1371/journal.pone.0254019](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254019)

257. Thomas N. Hypertensive Management. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2023;35(1):31-8. doi: [10.1016/j.cnc.2022.11.001](https://doi.org/10.1016/j.cnc.2022.11.001)

258. Thompson SL, Ward C, Galanos A, Bowers M. Impact of a Palliative Care Education Module in Patients With Heart Failure. *Am J Hosp Palliat Care*. 2020;37(12):1016-21. doi: [10.1177/1049909120918524](https://doi.org/10.1177/1049909120918524)

259. Tian C, Zhang J, Rong J, Ma W, Yang H. Impact of nurse-led education on the prognosis of heart failure patients: A systematic review and meta-analysis. *Int Nurs Rev*. 2024;71(1):180-8. doi: [10.1111/inr.12852](https://doi.org/10.1111/inr.12852)

260. Tokcan M, Lauder L, Götzinger F, Böhm M, Mahfoud F. Arterial hypertension-clinical trials update 2024. *Hypertens Res*. 2024;47(11):3114-25. doi: [10.1038/s41440-024-01900-7](https://doi.org/10.1038/s41440-024-01900-7)

261. Tomasoni D, Adamo M, Metra M. April 2022 at a glance: focus on prevention, acute heart failure and heart failure with preserved ejection fraction. *Eur J Heart Fail*. 2022;24(4):593-5. doi: [10.1002/ejhf.2228](https://doi.org/10.1002/ejhf.2228)

262. Treciokiene I, Postma M, Nguyen T, Fens T, Petkevicius J, Kubilius R, et al. Healthcare professional-led interventions on lifestyle modifications for hypertensive patients - a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):63. doi: [10.1186/s12875-021-01421-z](https://doi.org/10.1186/s12875-021-01421-z)

263. Tuo Ya SR, Lei YY, Bao LX, Cui XS. Effects of nursing intervention based on a positive motivational model on cardiac function, self-management and quality of life in elderly patients with coronary heart disease. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2023;27(17):7977-87. doi: [10.26355/eurrev_202309_33557](https://doi.org/10.26355/eurrev_202309_33557)

264. Vay-Demouy J, Lelong H, Blacher J. Advanced Practice Nurse Intervention Versus Usual Care for Hypertension Control: A Pilot Open-Label Randomized Controlled Trial. *J Clin Hypertens [Internet]*. 2025[cited 2025 Sep 03];27(5):e70068. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12064933/pdf/JCH-27-e70068.pdf> doi: [10.1111/jch.70068](https://doi.org/10.1111/jch.70068)

265. Vay-Demouy J, Lelong H, Blacher J. Impact of nurse-led interventions with prescriptive authority on blood pressure control in hypertension management: a systematic review and meta-analysis. *BMC Nurs*. 2025;24(1):763. doi: [10.1186/s12912-025-03328-x](https://doi.org/10.1186/s12912-025-03328-x)

266. Vinck TAM, Deneer R, Verstappen C, Kok WE, Salah K, Scharnhorst V, et al. Validation of the ELAN-HF Score and self-care behaviour on the nurse-led heart failure clinic after admission for heart failure. *BMC Nurs.* 2022;21(1):158. doi: [10.1186/s12912-022-00914-1](https://doi.org/10.1186/s12912-022-00914-1)

267. Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2020 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation.* 2020;141(9):139-596. doi: [10.1161/cir.0000000000000757](https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000757)

268. Vlasenko RP, Shovkun TM, Andriychuk TV, Lavryk OD. Spatial analysis and tendencies of the incidence of heart diseases of the population of Ukraine. *Вісник Одеського національного університету. Географічні та геологічні науки.* 2023;27(2):124-36. doi: [10.18524/2303-9914.2022.2\(41\).268711](https://doi.org/10.18524/2303-9914.2022.2(41).268711)

269. Walsh M, Kiely F. Patients with Congestive Cardiac Failure Referred to Specialist Palliative Care. *Am J Hosp Palliat Care.* 2023;40(4):374-7. doi: [10.1177/10499091221104739](https://doi.org/10.1177/10499091221104739)

270. Wang L, Yi J, Wang W, Zhou Z, Liu J, Zhang H, et al. Impact of first-line antihypertensive drug class and intensity on NT-proBNP improvement and cardiovascular outcomes among hypertensive patients with pre-heart failure: findings from SPRINT trial. *Hypertens Res.* 2024;47(12):3447-57. doi: [10.1038/s41440-024-01873-7](https://doi.org/10.1038/s41440-024-01873-7)

271. Wang Y, Chen WJ, Li MQ, Zhou L, Jin YA, Jin JZ, et al. Nursing Interventions for Patients With Hypertension, Diabetes and Dyslipidemia: A Scoping Review. *J Adv Nurs.* 2025;82(1):30-43. doi: [10.1111/jan.16889](https://doi.org/10.1111/jan.16889)

272. Wilkin K, Fang ML, Sixsmith J. Implementing advance care planning in palliative and end of life care: a scoping review of community nursing perspectives. *BMC Geriatr* [Internet]. 2024[cited 2025 Sep 03];24(1):294. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10976700/pdf/12877_2024_Article_4888.pdf doi: [10.1186/s12877-024-04888-4](https://doi.org/10.1186/s12877-024-04888-4)

273. World Health Organization. HEARTS: Technical package for cardiovascular disease management in primary health care. Risk-based CVD managememe. Geneva: WHO; 2016. 80 p.

274. Writing Committee Members. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure. *J Card Fail.* 2022;28(5):1-167. doi: [10.1016/j.cardfail.2022.02.010](https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2022.02.010)

275. Wu X, Li Z, Tian Q, Ji S, Zhang C. Effectiveness of nurse-led heart failure clinic: A systematic review. *Int J Nurs Sci.* 2024;11(3):315-29. doi: [10.1016/j.hrtlng.2023.10.012](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2023.10.012)

276. Xia J, Brownell NK, Fonarow GC, Ziaieian B. New models for heart failure care delivery. *Prog Cardiovasc Dis.* 2024;82:70-89. doi: [10.1016/j.pcad.2024.01.009](https://doi.org/10.1016/j.pcad.2024.01.009)

277. Xie W, Liu M, Okoli CTC, Zeng L, Huang S, Ye X, et al. Construction and evaluation of a predictive model for compassion fatigue among emergency department nurses: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2023[cited 2025 Sep 03];148:104613. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748923001785?via%3Dihub> doi: [10.1016/j.ijnurstu.2023.104613](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104613)

278. Xie Y, Wang D, Zhou J, Zhou T, Huang Y, Zhang K, et al. Impact of nursing based on Orem's self-care theory on self-care behaviours in older patients with heart failure: A randomised controlled trial. *Australas J Ageing* [Internet]. 2025[cited 2025 Sep 29];44(3):e70059. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajag.70059> doi: [10.1111/ajag.70059](https://doi.org/10.1111/ajag.70059)

279. Yamamoto K. Is the choice of antihypertensive drug beneficial in minimizing cardiovascular events beyond blood pressure control? Lessons from SPRINT. *Hypertens Res.* 2025;48(3):1179-80. doi: [10.1038/s41440-024-01957-4](https://doi.org/10.1038/s41440-024-01957-4)

280. Yoder A, Minchhoff R, Swavely D. Role of the clinical nurse specialist in impacting quality of care: a qualitative exploratory interview study utilising complexity theory. *Nurs Manag (Harrow).* 2025;32(5):10-7. doi: [10.7748/nm.2025.e2152](https://doi.org/10.7748/nm.2025.e2152)

281. Zamorano JL, González Leal A. Advances in heart failure management. *Med Clin (Barc).* 2024;163(1):32-9. doi: [10.1016/j.medcli.2023.12.026](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.12.026)

282. Zehnder AR, Pedrosa Carrasco AJ, Etkind SN. Factors associated with hospitalisations of patients with chronic heart failure approaching the end of life: A systematic review. *Palliat Med.* 2022;36(10):1452-68. doi: [10.1177/02692163221123422](https://doi.org/10.1177/02692163221123422)

283. Zhang J, Guo L, Mao J, Qi X, Chen L, Huang H, et al. The effects of nursing of Roy adaptation model on the elderly hypertensive: a randomised control study. *Ann Palliat Med.* 2021;10(12):12149-58. doi: [10.21037/apm-21-2803](https://doi.org/10.21037/apm-21-2803)

284. Zhang N, Li Q, Chen S, Wu Y, Xin B, Wan Q, et al. Effectiveness of nurse-led electronic health interventions on illness management in patients with chronic heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2024[cited 2025 Aug 12];150:104630. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748923001955?via%3Dihub> doi: [10.1016/j.ijnurstu.2023.104630](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104630)

285. Zhang W, Wang X, Wu X, Tang S. Influence of Comprehensive Nursing Care on Heart Failure Patient Management: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cardiology.* 2024;149(6):535-48. doi: [10.1159/000540387](https://doi.org/10.1159/000540387)

286. Zhang Y. What is nursing in advanced nursing practice? Applying theories and models to advanced nursing practice-A discursive review. *J Adv Nurs.* 2024;80(12):4842-55. doi: [10.1111/jan.16228](https://doi.org/10.1111/jan.16228)

287. Zhang Z, Bai J, Huang Y. The efficacy of a nursing care and follow-up program for patients with heart failure: Study protocol for a randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2020[cited 2025 Aug 27];99(49):e23380. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7717929/pdf/medi-99-e23380.pdf> doi: [10.1097/md.00000000000023380](https://doi.org/10.1097/md.00000000000023380)

288. Zhao W, Guo W, Sun P, Yang Y, Ning Y, Liu R, Xu Y, Li S, Shang L. Bedside nurses' antimicrobial stewardship practice scope and competencies in acute hospital settings: A scoping review. *J Clin Nurs.* 2023;32(17-18):6061-88. doi: [10.1111/jocn.16731](https://doi.org/10.1111/jocn.16731)

289. Zhao Y, Pang M, Xu Y. CICARE communication model and hierarchical responsibility nursing coordination in the application research of elderly patients with chronic heart failure. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2024[cited 2025 Sep

18];103(37):e39293.

Available

from:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11404920/pdf/medi-103-e39293.pdf>
[10.1097/MD.00000000000039293](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000039293)

doi:

290. Zheng J, Mednick T, Heidenreich PA, Sandhu AT. Pharmacist- and Nurse-Led Medical Optimization in Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Card Fail.* 2023;29(7):1000-13. doi: [10.1016/j.cardfail.2023.03.012](https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2023.03.012)

291. Zhou B, Perel P, Mensah GA, Ezzati M. Global epidemiology, health burden and effective interventions for elevated blood pressure and hypertension. *Nat Rev Cardiol.* 2021;18(11):785-802. doi: [10.1038/s41569-021-00559-8](https://doi.org/10.1038/s41569-021-00559-8)

292. Zhou Y, Wang X, Lan S, Zhang L, Niu G, Zhang G. Application of evidence-based nursing in patients with acute myocardial infarction complicated with heart failure. *Am J Transl Res.* 2021;13(5):5641-6.

293. Zhou Y, Wu X, Qin C, Tong Y, Tian S, Huang X. Effect of Cardiac Rehabilitation Nursing on Patients with Myocardial Infarction. *Altern Ther Health Med.* 2025;31(1):452-8.

ДОДАТКИ

Додаток А

Праці здобувача

Список праць, у яких опубліковані основні результати дисертації:

1. Григорець ДК, Плеш ІА. Оцінка готовності до виписки пацієнтів із серцевою недостатністю кардіологічного стаціонару. Клінічна та експериментальна патологія. 2024;23(2):115-20. doi: [10.24061/1727-4338.XXIII.2.88.2024.18](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XXIII.2.88.2024.18) (Фахове видання категорії Б) (Здобувач виконав дослідження, статистично опрацював, проаналізував та узагальнив отримані результати, підготував статтю до друку).

2. Hryhorets D. Assessment of the effectiveness of teaching patients with heart failure in hospital settings. Вісник медичних та біологічних досліджень. 2025;7(3):63-72. doi: [10.63341/bmbr/3.2025.63](https://doi.org/10.63341/bmbr/3.2025.63) (Фахове видання категорії Б) (Здобувач виконав дослідження, статистично опрацював, проаналізував та узагальнив отримані результати, підготував статтю до друку).

3. Плеш ІА, Григорець ДК. Механізм пресорного натрійурезу у хворих на есенційну гіпертензію II стадії за різних варіантів циркадіанної структури артеріального тиску. Клінічна та експериментальна патологія. 2025;24(1):81-5. doi: [10.24061/1727-4338.XXIV.1.91.2025.12](https://doi.org/10.24061/1727-4338.XXIV.1.91.2025.12) (Фахове видання категорії Б) (Дисертант виконав дослідження, статистично опрацював, проаналізував та узагальнив отримані результати, підготував статтю до друку).

4. Григорець ДК, Плеш ІА. Оцінка ефективності щоденника моніторингу симптомів серцевої недостатності в амбулаторних умовах. Медичні перспективи. 2025;30(1):39-46. doi: [10.26641/2307-0404.2025.1.325241](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2025.1.325241) (Українське видання, яке індексується БД Scopus, Q4) (Дисертант виконав дослідження, статистично опрацював, проаналізував та узагальнив отримані результати, підготував статтю до друку).

5. Григорець ДК, Плеш ІА, Гулей МГ. Прихильність до лікування пацієнтів із серцевою недостатністю в амбулаторних умовах. Медсестринство. 2025;3-4:15-

21. doi: [10.11603/2411-1597.2025.3-4.15464](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2025.3-4.15464) (**Фахове видання категорії Б**)
(Дисертант виконав дослідження, статистично опрацював, проаналізував та узагальнив отримані результати, підготував статтю до друку).

Наукові праці, що засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. **Григорець Д, Плеш І.** Аналіз чинників які впливають на задоволеність медсестринським доглядом у пацієнтів із серцевою недостатністю. In: Proceedings of the VI International Scientific and Practical Conference Débats scientifiques et orientations prospectives du développement scientifique; 2024 Mar 01; Paris, France. Paris; 2024, p. 415-9. (Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).

2. **Григорець ДК.** Оцінка якості медсестринського догляду пацієнтами із серцевою недостатністю ОКРП «Чернівецький кардіологічний центр». В: Матеріали підсумкової 105-ї наук.-практ. конф. з міжнар. участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету; 2024 Лют 05, 07, 12; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2024, с. 111-2. (Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).

3. **Григорець ДК,** Оцінка якості медсестринського догляду пацієнтами із серцевою недостатністю у відділеннях стаціонару. Proceedings of the II CISP Conference Science in motion: classic and modern tools and methods in scientific investigations; 2024 Jan 19; Venue. Grail of Science. 2024;35:522-7. doi: [10.36074/grail-of-science.19.01.2024.094](https://doi.org/10.36074/grail-of-science.19.01.2024.094) (Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).

4. **Григорець Д, Плеш І, Дубінська М, Мага В.** Оцінка якості життя та статусу активності у хворих з серцевою недостатністю Буковинського краю. Proceedings of 7th ISPC International Scientific Discussion: Problems, Tasks and Prospects; 2023 Oct

19-20; Brighton, Great Britain. Scientific Collection InterConf+. 2023;38:235–44. doi: [10.51582/interconf.19-20.10.2023.020](https://doi.org/10.51582/interconf.19-20.10.2023.020) (Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).

5. **Григорець ДК.** Необхідність впровадження безперервного медсестринського догляду у пацієнтів із серцевою недостатністю з низькими показниками якості життя та статусі активності. В: Матеріали XIV наук.-практ. конф. з міжнар. участю Вища освіта і практика в медсестринстві; 2023 Жов 26; Житомир. Житомир; 2023, с. 61-3. (Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).

6. **Григорець ДК.** Деякі особливості стаціонарного етапу в комплексному безперервному догляді за хворими з серцевою недостатністю. Матеріали X Буковинського міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів і молодих учених ВІМСО 2022-2023; 2023 Кві 04-07; Чернівці. ВІМСО Journal. 2023;2023:118-9. (Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).

7. Плеш ІА, Костів МІ, **Григорець ДК**, Скорейко НМ. Деякі особливості макро-та мікроциркуляції крові у хворих на ЕГ II ст. за різних варіантів циркадіанного ритму АТ. Proceedings of 2nd International Scientific and Practical Conference Progressive Science and Achievements; 2023 Mar 16-18; Doha, Qatar. Scientific Collection InterConf+. 2023;146:319–23. (Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).

8. **Григорець ДК.** Необхідність впровадження в Україні перехідного медсестринського догляду за пацієнтами із серцевою недостатністю. In: Proceedings of VI International Scientific and Practical Conference Science and technology: problems, prospects and innovations; 2023 Mar 16-18; Osaka, Japan. Osaka;

2023, р. 54-63. *(Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).*

9. Плеш І, Костів І, **Григорець Д**, Скорейко Н. Пружно-еластичні властивості артеріальних судин у хворих на ЕГ II ст. за різних варіантів циркадіанного ритму АТ. Proceedings of the V CISP Conference an Integrated Approach to Science Modernization: Methods, Models and Multidisciplinarity; 2024 Jan 19; Venue. Grail of Science. 2022;23:434-8. doi: [10.36074/grail-of-science.23.12.2022.75](https://doi.org/10.36074/grail-of-science.23.12.2022.75) *(Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).*

10. Плеш ІА, **Григорець ДК**, Костів ІВ, Костів МІ. Комплексне визначення параметрів венозного та артеріального тисків з використанням реометрії. В: Матеріали III наук.-практ. інтернет-конференція Розвиток природничих наук як основа новітніх досягнень у медицині; 2023 Чер 21; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2023, с. 110-1. *(Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).*

11. **Григорець ДК**. Оцінка потреб пацієнта з серцевою недостатністю щодо медичної інформації та комунікації з медичною сестрою. В: Матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф. студентів і молодих вчених Досягнення та перспективи розвитку медицини та фармації. Погляд молодих вчених; 2025 Лис 5-6; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2025, с. 45. *(Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).*

12. **Григорець ДК**. Фактори, що впливають на навчання та прихильність до лікування пацієнтів із серцевою недостатністю. В: Матеріали XVI наук.-практ. конф. з міжнар. участю Вища освіта і практика в медсестринстві; 2025 Жов 24; Житомир. Житомир; 2025, с. 80-3. *(Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).*

13. Костеняк ЛВ, **Григорєць ДК**. Оцінка динаміки респіраторного резерву у стаціонарних хворих пульмонологічного відділення: роль медичної сестри. Матеріали XII Буковинського міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів і молодих учених ВІМСО 2025; 2025 Кві 2-4; Чернівці. ВІМСО Journal. 2025;2025:109. *(Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).*

14. **Григорєць ДК**, Костеняк ЛВ. Ефективність щоденника моніторингу симптомів у хворих з серцевою недостатністю. Матеріали XII Буковинського міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів і молодих учених ВІМСО 2025; 2025 Кві 2-4; Чернівці. ВІМСО Journal. 2025;2025:107. *(Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).*

15. **Григорєць ДК**. Впровадження щоденника моніторингу симптомів/ознак серцевої недостатності в амбулаторних умовах. В: Матеріали I Всеукр. наук.-практ. конф. з між нар. участю Сучасне медсестринство: реалії та виклики; 2024 Лис 20-21; Івано-Франківськ. Івано-Франківськ; 2024, с. 19. *(Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).*

16. **Григорєць ДК**. Чинники впливу на якість медсестринського догляду та послуг, отриманих пацієнтами із серцевою недостатністю під час перебування в стаціонарі. Матеріали XI Буковинського міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів і молодих учених ВІМСО 2024; 2024 Кві 2-5; Чернівці. ВІМСО Journal. 2024;2024:87. *(Дисертантом особисто проведено аналіз джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).*

17. **Григорєць ДК**, Костеняк ЛВ, Гринько МА. Медсестринська оцінка якості життя та статусу фізичної активності у хворих з хронічною серцевою недостатністю. В: Матеріали V Міжнар. студентської наукової конференції Актуальні питання та перспективи проведення наукових досліджень; 2023 Жов 06; Тернопіль. Тернопіль; 2023, с. 164-5. *(Дисертантом особисто проведено аналіз*

джерел літератури, збір матеріалу, обробку інформації, узагальнення висновків, підготовки тези до друку).

Наукові праці які додатково відображають наукові результати дисертації:

1. Григорець ДК, Плеш ІА. Фактори, пов'язані з готовністю пацієнтів із серцевою недостатністю до виписки з кардіологічного стаціонару. ScientificWorldJournal. 2024;25(2):56-60. doi: [10.30888/2663-5712.2024-25-00-053](https://doi.org/10.30888/2663-5712.2024-25-00-053) (Іноземне наукове періодичне видання) *(Дисертант виконав дослідження, статистично опрацював, проаналізував та узагальнив отримані результати, підготував статтю до друку).*

Додаток А1

Апробація матеріалів дисертації

1. Proceedings of the VI International Scientific and Practical Conference «Debats Scientifiques Et Orientations Prospectives Du Developpement Scientifique» / European Scientific Platform. Collection of Scientific Papers «ΛΟΓΟΣ», (Paris, France, 01 March, 2024) – публікація тез.)
2. 105-та підсумкова науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького складу БДМУ (присвяченої 80-річчю БДМУ) (м.Чернівці, 5, 7, 12 лютого, 2024) – публікація тез.)
3. Proceedings of the II CISP Conference Science in motion: classic and modern tools and methods in scientific investigations. Grail of Science (Venue, 19 Jan, 2024)– публікація тез.)
4. VII Міжнародна науково-практична конференція «International Scientific Discussion: Problems, Tasks And Prospects» Scientific Collection «InterConf+» (Brighton, United Kingdom, 20 October, 2023) – публікація тез.)
5. XIV науково-практична конференція з міжнародною участю «Вища освіта практика в медсестринстві» (м. Житомир, 26 жовтня 2023) – публікація тез.)
6. X Буковинський міжнародний медико-фармацевтичний конгресу студентів і молодих учених ВІМСО 2022-2023 (м. Чернівці, 04-07 квітня, 2023) – публікація тез.)
7. Proceedings of the 2nd International Scientific and Practical Conference «Progressive Science and Achievements» Scientific Community: Interdisciplinary Research «Scientific Community: Interdisciplinary Research: Progressive Science and Achievements» (Doha, Qatar, 18 March 2023) – публікація тез.)
8. VI Міжнародна науково-практична конференції «Science And Technology: Problems, Prospects And Innovations» CPN Publishing Group (Осака, Японія, 16-18 березня, 2023) – публікація тез.)
9. Proceedings of the V CISP Conference an Integrated Approach to Science Modernization: Methods, Models and Multidisciplinarity. Grail of Science (Venue, 19 Jan, 2024)– публікація тез.)

10.ІІІ науково-практична інтернет-конференція «Розвиток природничих наук як основа новітніх досягнень у медицині» (м. Чернівці, 21 червня 2023 року) – публікація тез.)

11.ІІ Міжнародна науково-практична конференція студентів і молодих вчених «Досягнення та перспективи розвитку медицини та фармації. Погляд молодих вчених» (м. Чернівці, 5-6 листопада 2025) – усна доповідь, публікація тез.)

12.ХVІ Науково-практична конференція з міжнародною участю «Вища освіта і практика в медсестринстві» (м. Житомир, 24 жовтня, 2025) – усна доповідь, публікація тез.)

13.ХІІ Буковинський міжнародний медико-фармацевтичний конгрес студентів молодих учених, ВІМСО 2025 (м. Чернівці, 2 – 4 квітня, 2025) – усна доповідь, публікація тез.)

14.ХІІ Буковинський міжнародний медико-фармацевтичний конгрес студентів молодих учених, ВІМСО 2025 (м. Чернівці, 2 – 4 квітня, 2025) – публікація тез.)

15.І Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Сучасне медсестринство: реалії та виклики» (м. Івано-Франківськ, 20-21 листопада, 2024) – усна доповідь, публікація тез.)

16.ХІ Буковинський міжнародний медико-фармацевтичний конгрес студентів і молодих учених, ВІМСО 2024 (м. Чернівці, 2 – 5 квітня, 2024) – усна доповідь, публікація тез.)

17.У Всеукраїнська Міжнародна студентська наукова конференція «Актуальні питання та перспективи проведення наукових досліджень» (м. Тернопіль, 06 жовтня 2023) – публікація тез.)

Додаток Б

Акти впровадження

Додаток Б1

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор закладу вищої освіти
з науково-педагогічної роботи

Буковинського державного
медичного університету

доцент

« 26 »

Володимир ХОДОРОВСЬКИЙ
2025 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Назва впровадження:** ефективність безперервного медсестринського догляду для покращення якості життя у хворих із серцевою недостатністю
- 2. Установа-розробник:** Буковинський державний медичний університет, м Чернівці, вул. Театральна площа, 2, 58000, Україна; кафедра догляду за хворими та ВМО, м Чернівці, вул. Руська 85А, 58003, Україна
- 3. Автори:** Діана ГРИГОРЕЦЬ, Ігор ПЛЕШ
- 4. Джерело інформації:** Hryhorets D. Assessment of the effectiveness of teaching patients with heart failure in hospital settings. Вісник медичних та біологічних досліджень. 2025;7(3):63-72. doi: [10.63341/bmbr/3.2025.63](https://doi.org/10.63341/bmbr/3.2025.63)
- 5. Назва установи, де відбувалося впровадження:** кафедра догляду за хворими та ВМО, Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці
- 6. Форма впровадження:** впроваджено у навчальний процес кафедри догляду за хворими та ВМО, Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці
- 7. Термін впровадження:** вересень-грудень 2025 року.
- 8. Суть впровадження:** використання результатів наукових досліджень у навчальному процесі дозволяє поглибити знання та формування навичок у здобувачів вищої освіти щодо безперервного медсестринського догляду за пацієнтами із серцевою недостатністю.
- 9. Обговорено і затверджено:** на засіданні кафедри догляду за хворими та ВМО, Буковинського державного медичного університету, протокол № 4 від « 03 » 03 2025 року.
- 10. Зауваження, пропозиції:** рекомендувати до подальшого впровадження у відповідні медичні навчальні заклади України.

Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри догляду за хворими
та вищої медсестринської освіти
к.мед.н., доцент

 Лілія БОРЕЙКО
(підпис)

« 26 » 12 2025 р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор закладу вищої освіти
з науково-педагогічної роботи
Буковинського державного
медичного університету

доцент  Володимир ХОДОРОВСЬКИЙ
« 26 » 12 2025 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

1. **Назва впровадження:** ефективність безперервного медсестринського догляду для покращення якості життя у хворих із серцевою недостатністю
2. **Установа-розробник:** Буковинський державний медичний університет», 58000, м Чернівці, Театральна площа, 2; кафедра догляду за хворими та ВМО
3. **Автори:** Діана ГРИГОРЕЦЬ, Ігор ПЛЕШ
4. **Джерело інформації:** Nryhorets D. Assessment of the effectiveness of teaching patients with heart failure in hospital settings. Вісник медичних та біологічних досліджень. 2025;7(3):63-72. doi: [10.63341/bmbr/3.2025.63](https://doi.org/10.63341/bmbr/3.2025.63)
5. **Назва установи, де відбувалося впровадження:** кафедра внутрішньої медицини, Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці
6. **Форма впровадження:** впроваджено у навчальний процес кафедри внутрішньої медицини, Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці
7. **Термін впровадження:** вересень-грудень 2025 року.
8. **Суть впровадження:** використання результатів наукових досліджень у навчальному процесі дозволяє поглибити знання та формування навичок у здобувачів вищої освіти щодо безперервного медсестринського догляду за пацієнтами із серцевою недостатністю.
9. **Обговорено і затверджено:** на засіданні кафедри внутрішньої медицини, Буковинського державного медичного університету, протокол № 8 від « 27 » 11 2025 року.
10. **Зауваження, пропозиції:** рекомендувати до подальшого впровадження у відповідні медичні навчальні заклади України.

Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри внутрішньої медицини
д.мед.н., професор



Олександр ФЕДІВ

(підпис)

« 26 » 12 2025 р.

ЗАТВЕРДЖУЮ


Проректор закладу вищої освіти
з науково-педагогічної роботи
Буковинського державного
медичного університету

доцент  Володимир ХОДОРОВСЬКИЙ
« 26 » 12 2025 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

1. **Назва впровадження:** ефективність безперервного медсестринського догляду для покращення якості життя у хворих із серцевою недостатністю
2. **Установа-розробник:** Буковинський державний медичний університет», 58000, м Чернівці, Театральна площа, 2; кафедра догляду за хворими та ВМО,
3. **Автори:** Діана ГРИГОРЕЦЬ, Ігор ПЛЕШ
Hryhorets D. Assessment of the effectiveness of teaching patients with heart failure in hospital settings. Вісник медичних та біологічних досліджень. 2025;7(3):63-72. doi: [10.63341/bmbr/3.2025.63](https://doi.org/10.63341/bmbr/3.2025.63)
5. **Назва установи, де відбувалося впровадження:** кафедра сімейної медицини, Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці
6. **Форма впровадження:** впроваджено у навчальний процес кафедри сімейної медицини, Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці
7. **Термін впровадження:** вересень-грудень 2025 року.
8. **Суть впровадження:** використання результатів наукових досліджень у навчальному процесі дозволяє поглибити знання та формування навичок у здобувачів вищої освіти щодо безперервного медсестринського догляду за пацієнтами із серцевою недостатністю.
9. **Обговорено і затверджено:** на засіданні кафедри сімейної медицини, Буковинського державного медичного університету, протокол № 6 від « 02 » 12 2025 року.
10. **Зауваження, пропозиції:** рекомендувати до подальшого впровадження у відповідні медичні навчальні заклади України.

Відповідальний за впровадження:
завідувач кафедри сімейної медицини
д.мед.н., професор


(підпис)

Лариса СИДОРЧУК

« 26 » 12 2025 р.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
КНП «Заліщицька центральна міська
лікарня» Заліщицької міської ради

Василь ОСКОРІБ

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

результатів дисертаційної роботи
аспіранта кафедри догляду за хворими та вашої медсестринської освіти
Буковинського державного медичного університету

Григорець Діани Корнеліївни

1. Найменування пропозиції: «Оцінка ефективності навчання пацієнтів із серцевою недостатністю в стаціонарних тумовах»
2. ЗВО України «Буковинський державний медичний університет», 58000, м Чернівці, пл. Театральна, 2; викл. Григорець Д.К. проф. І.А. Плеш
Джерела інформації: Hryhorets, D. (2025). Assessment of the effectiveness of teaching patients with heart failure in hospital settings. Bulletin of Medical and Biological Research, 7(3), 63-72.
4. Впроваджено: Терапевтичне відділення КНП «Заліщицька центральна міська лікарня» Заліщицької міської ради 48600, Тернопільська обл., Чортківський р-н, м. Заліщики, вул. Степана Бандери, буд. 86
5. Термін впровадження: 2024-2025 рр.
6. Загальна кількість спостережень: 21
7. Форма впровадження: паперовий роздатковий матеріал «Пам'ятка» для пацієнта із серцевою недостатністю за варіантом кольорового «Світлофора» з QR-кодом практичних рекомендацій щодо самообслуговування
7. Результати та ефективність застосування методу:

Показники	За даними	
	розробників	організації, що впровадила
Обізнаність пацієнтів із серцевою недостатністю підвищилася (%)	Підвищилася на 21%	Підвищилася на 25%

8. Зауваження та пропозиції: рекомендувати до подальшого впровадження у відповідні медичні заклади України.

«24» 03 2025 р.

Відповідальний за впровадження

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Генеральний директор
 ОКНП «Чернівецький обласний
 клінічний кардіологічний центр»
 Грива МАКОВІЙЧУК
 «27» 08 2024р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозиції до впровадження: «Планування месестринських втручань на етапі виписки пацієнта із серцевою недостатністю»
2. Ким і коли запропонований: Буковинський державний медичний університет», 58000, м Чернівці, Театральна площа, 2; кафедра догляду за хворими та ВМО, Григорєв Д.К., Плещ І.А.
3. Джерела інформації: Григорєв Д.К., Плещ І.А. «Оцінка готовності до виписки пацієнтів із серцевою недостатністю кардіологічного стаціонару». Клінічна та експериментальна патологія, Чернівці, Том 23 № 2 (2024) с. 115-120.
4. Впроваджено: ОКНП «Чернівецький обласний клінічний кардіологічний центр, м. Чернівці, вул. Героїв Майдану, 230. 58000. Україна
5. Термін впровадження: 2023-2024 р.
6. Загальна кількість спостережень: 50 хворих
7. Форма впровадження: паперовий роздатковий матеріал «Пам'ятка» для пацієнта із серцевою недостатністю за варіантом кольорового «Світлофора» з QR-кодом практичних рекомендацій
8. Результати та ефективність застосування методу впровадження:

Показники	За даними	
	Розробників	організації, що впровадила
Готовність до виписки зросла (%)	Зросла на 14,1%	Зросла на 20%

8. Зауваження та пропозиції: рекомендувати до подальшого впровадження у відповідні медичні заклади України.

«27» 08 2024р.

Підпис 
 (відповідальний за впровадження)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Генеральний директор
 ОКНП «Чернівецький обласний
 клінічний кардіологічний центр»
 Ірина МАКОВИЧУК

« 6 » 05 2025 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозиції до впровадження: «Оцінка ефективності навчання пацієнтів із серцевою недостатністю»
2. Ким і коли запропонований: Буковинський державний медичний університет», 58000, м Чернівці, Театральна площа, 2; кафедра догляду за хворими та ВМО, Григорець Д.К., Плеш І.А.
4. Джерела інформації: Hryhorets D. Assessment of the effectiveness of teaching patients with heart failure in hospital settings. Bull Med Biol Res. 2025;7(3):63–72.
5. Впроваджено: ОКНП «Чернівецький обласний клінічний кардіологічний центр, м. Чернівці, вул. Героїв Майдану, 230, 58000. Україна
5. Термін впровадження: 2024-2025 р.
6. Загальна кількість спостережень: 62 особи
7. Форма впровадження: паперовий роздатковий матеріал «Пам'ятка» для пацієнта із серцевою недостатністю за варіантом кольорового «Світлофора» з QR-кодом практичних рекомендацій
8. Результати та ефективність застосування методу впровадження:

Показники	За даними	
	розробників	організації, що впровадила
Обізнаність пацієнтів із серцевою недостатністю підвищилася (%)	Підвищилася на 23,6%	Підвищилася на 28,5%

8. Зауваження та пропозиції: рекомендувати до подальшого впровадження у відповідні медичні заклади України.

« 6 » 05 2025 р.

Підпис 
 (відповідальний за впровадження)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Звер директор
 ОКНП «Чернівецька лікарня швидкої медичної допомоги»
 Олександр ГРУШКО
 «12» 04 2025р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозиції до впровадження: «Освітні медсестринські втручання у пацієнтів із серцевою недостатністю»
2. Ким і коли запропонований: Буковинський державний медичний університет», 58000, м Чернівці, Театральна площа, 2; кафедра догляду за хворими та ВМО, Григорець Д.К., Плеш І.А.
3. Джерела інформації: Hryhorets D. Assessment of the effectiveness of teaching patients with heart failure in hospital settings. Bull Med Biol Res. 2025;7(3):63–72.
4. Впроваджено: ОКНП «Чернівецька лікарня швидкої медичної допомоги», м. Чернівці, вул. Фастівська, 2, 58023, Україна.
5. Термін впровадження: 2024-2025 р.
6. Загальна кількість спостережень: 27 осіб
7. Форма впровадження: паперовий роздатковий матеріал «Пам'ятка» для пацієнта із серцевою недостатністю за варіантом кольорового «Світлофора» з QR-кодом практичних рекомендацій
8. Ефективність впровадження: Використання запропонованих освітніх медсестринських втручань дозволить покращити обізнаність пацієнтів із серцевою недостатністю.
9. Зауваження та пропозиції: рекомендувати до подальшого впровадження у відповідні медичні заклади України.

«12» 04 2025р.


Підпис 
 (відповідальний за впровадження)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Зокр Директор
 ОКНП «Чернівецька лікарня швидкої медичної допомоги»
 Олександр ГРУШКО
 «12» 09 2024р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозиції до впровадження: «Планування медсестринських втручань на етапі виписки пацієнтів із серцевою недостатністю»
2. Ким і коли запропонований: Буковинський державний медичний університет», 58000, м Чернівці, Театральна площа, 2; кафедра догляду за хворими та ВМО, Григорєць Д.К., Плеш І.А.
3. Джерела інформації: Григорєць Д.К., Плеш І.А. «Оцінка готовності до виписки пацієнтів із серцевою недостатністю кардіологічного стаціонару», Клінічна та експериментальна патологія, Чернівці, Том 23 № 2 (2024) с. 115-120.
4. Впроваджено: ОКНП «Чернівецька лікарня швидкої медичної допомоги», м. Чернівці, вул. Фастівська, 2, 58023, Україна.
5. Термін впровадження: 2023-2024 р.
6. Загальна кількість спостережень: 27 хворих
7. Форма впровадження: паперовий роздатковий матеріал «Пам'ятка» для пацієнта із серцевою недостатністю за варіантом кольорового «Світлофора» з QR-кодом практичних рекомендацій
8. Ефективність впровадження: Планування медсестринських втручань на етапі виписки покращить готовність до виписки пацієнтів із серцевою недостатністю.
9. Зауваження та пропозиції: рекомендувати до подальшого впровадження у відповідні медичні заклади України.

«12» 09 2024р.

Підпис 
 (відповідальний за впровадження)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Директор
 КНП «Міська поліклініка №2» ЧМР
 Світлана ШИРОКОВА
 «12» 02 2025 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозиції до впровадження: «Оцінка самообслуговування пацієнтів із серцевою недостатністю».
2. Ким і коли запропонований: Буковинський державний медичний університет, 58000, м Чернівці, Театральна площа, 2; кафедра догляду за хворими та ВМО, Григорєв Д.К., Плеш І.А.
3. Джерело інформації: Д.К. Григорєв І.А. Плеш Оцінка ефективності щоденника моніторингу симптомів серцевої недостатності в пацієнтів в амбулаторних умовах. Медичні перспективи. 2025. Т. 30, № 1. С. 39-46.
4. Впроваджено: КНП «Міська поліклініка №2» ЧМР, м. Чернівці, вул. Лесі Українки, 11, 58000, Україна
5. Загальна кількість спостережень: 55 осіб
6. Термін впровадження: 2024 - 2025
7. Форма впровадження: Щоденник моніторингу симптомів серцевої недостатності
8. Результати та ефективність застосування методу впровадження:

Показники	За даними	
	Розробників	організації, що впровадила
Самообслуговування підвищилось (%)	Підвищилось на 70%	Підвищилася на 73,2%

9. Зауваження та пропозиції: рекомендувати до подальшого впровадження у відповідні медичні заклади України.

«12» 02 2025 р.

Підпис О.А. Григорєв О.А.
 (обласний заклад охорони здоров'я)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор

КНП «Міська поліклініка №2» ЧМР


 Светлана ШИРОКОВА
 «18» 11 2025 р.
 

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозиції до впровадження: «Оцінка прихильності до лікування пацієнтів із серцевою недостатністю».
2. Ким і коли запропонований: Буковинський державний медичний університет, 58000, м Чернівці, Театральна площа, 2; кафедра догляду за хворими та ВМО, Григорєв Д.К., Плеш І.А.
3. Джерела інформації: Григорєв Д.К., Плеш І.А., Гулей М.Г. Прихильність до лікування пацієнтів із серцевою недостатністю в амбулаторних умовах. «Медсестринство». 2025. № 3-4. С.15-21.
4. Впроваджено: КНП «Міська поліклініка №2» ЧМР, м. Чернівці, вул. Лесі Українки, 11.58000, Україна
5. Термін впровадження: 2024-2025 р.
6. Загальна кількість спостережень: 55 осіб
7. Форма впровадження: Щоденник моніторингу симптомів серцевої недостатності
8. Результати та ефективність застосування методу впровадження:

Показники	За даними	
	Розробників	організації, що впровадила
Прихильність до лікування зросла %	Зросла на 41,2%	Зросла на 45%
9. Зауваження та пропозиції: рекомендувати до подальшого впровадження у відповідні медичні заклади України.

«18» 11 2025 р.

Підпис


 (відповідальний за впровадження)

Додаток В

Додаток В1

Анкета №1

Міннесотська анкета якості життя пацієнтів із серцевою недостатністю

Наступні запитання стосуються того, наскільки Ваша серцева недостатність (захворювання серця) впливала на Ваше життя протягом останнього місяця (4 тижнів). Після кожного запитання обведіть 0, 1, 2, 3, 4 або 5, щоб показати, наскільки сильно це вплинуло на Ваше життя. Якщо питання не стосується Вас, обведіть 0 після цього питання.

Хворий (П.І.Б.) _____

Дата поступлення _____

Діагноз _____

№	Чи заважала вам серцева недостатність жити так, як ви хотіли, протягом останнього місяця (4 тижні)?	Ні	Зовсім трохи				Дуже сильно
				2	3	4	
1	спричиняла набряки щиколоток/ніг	0	1	2	3	4	5
2	змушувала Вас сідати або лягати для відпочинку протягом дня	0	1	2	3	4	5
3	обмежувала Вашу здатність ходити або підійматися сходами	0	1	2	3	4	5
4	ускладнювала виконання роботи по дому чи у дворі?	0	1	2	3	4	5
5	ускладнювала ваші поїздки далеко від дому?	0	1	2	3	4	5
6	заважала вам спати спокійно вночі?	0	1	2	3	4	5
7	ускладнювала ваші стосунки з друзями чи сім'єю?	0	1	2	3	4	5
8	робила вона для вас складнішим заробляння на життя?	0	1	2	3	4	5
9	обмежувала ваше дозвілля, заняття спортом або хобі?	0	1	2	3	4	5

10	ускладнювала Вашу сексуальну діяльність?	0	1	2	3	4	5
11	змушувала Вас їсти менше їжі, яка вам подобається?	0	1	2	3	4	5
12	викликала у Вас задишку?	0	1	2	3	4	5
13	спричиняла втому або втрату енергії?	0	1	2	3	4	5
14	ускладнювала виконання роботи по дому чи у дворі?	0	1	2	3	4	5
15	змушувала Вас залишатися в лікарні?	0	1	2	3	4	5
16	змушувала Вас витратити значні кошти на медичне обслуговування?	0	1	2	3	4	5
17	викликала у Вас побічні ефекти від лікування?	0	1	2	3	4	5
18	змушувала Вас відчувати себе тягарем для родини чи друзів?	0	1	2	3	4	5
19	спричиняла у Вас відчуття втрати самоконтролю над власним життям?	0	1	2	3	4	5
20	викликала у Вас хвилювання?	0	1	2	3	4	5
21	ускладнювала Вам зосередження або запам'ятовування?	0	1	2	3	4	5
Фізичний бал							
Емоційний бал							
Загальний рахунок							

Підпис пацієнта (законного представника)

Дата

Анкета №2

Індекс статусу функціональної активності Дьюка

ПІІ пацієнта _____

Дата поступлення _____

Діагноз _____

	Чи можете Ви.....		Так		Ні
1	обслуговувати себе (самостійно їсти, одягатися, приймати ванну, користуватися туалетом)?	2.75		0	
2	ходити в приміщенні, наприклад, навколо Вашого будинку?	1.75		0	
3	пройти один-два квартали по рівній місцевості?	2.75		0	
4	піднятися сходами або піднятися на пагорб?	5.50		0	
5	бігати на короткі дистанції?	8.00		0	
6	виконувати легку роботу по дому, наприклад, витирати пил або мити посуд?	2.70		0	
7	виконувати помірну роботу по дому, наприклад, пилососити, підмітати підлогу або носити продукти?	3.50		0	
8	виконувати важку роботу по дому, наприклад, мити підлогу, піднімати та пересувати важкі меблі?	8.00		0	
9	виконувати роботу у дворі, наприклад, згрібати листя, прополювати бур'яни або штовхати газонокосарку?	4.50		0	
10	мати статеві стосунки?	5.25		0	
11	брати участь у помірних розважальних заходах, таких як гольф, боулінг, танці, парний теніс або кидання бейсбольного м'яча чи футбольного м'яча?	6.00		0	
12	брати участь у важких видах спорту, таких як плавання, одиночний теніс, футбол, баскетбол або лижі?	7.50		0	

Загальний бал (Індекс статусу активності за Дюком = СУМА(значення за всіма 12 питаннями)	
Розрахункове пікове споживання кисню в мл/хв ($O_2 = (0,43 * (\text{індекс активності за Дюком})) + 9.6$)	
MET (Метаболічний еквівалент завдання) = $VO_2 \text{ max} / 3,5$	

Підпис пацієнта (законного представника)

Час

Дата

Анкета №3

Атлантський тест знань про серцеву недостатність

ППП _____

Дата поступлення _____

Вік _____ Діаг
ноз _____

Виберіть одну відповідь на кожне запитання. Не хвилюйтеся, якщо ви не впевнені у відповідях; просто зробіть все можливе, щоб відповісти якнайкраще.

1. Серцева недостатність - це проблема, при якій: (патофізіологія)

- a. В організмі занадто багато крові
- b. Серце не в змозі перекачувати достатню кількість крові
- c. Кровоносні судини в серці закупорені
- d. Серце пропускає удари

2. Яке з наступних тверджень про серцеву недостатність є правильним? (патофізіологія)

- a. Її можна вилікувати за допомогою ліків та інших методів лікування.
- b. Людина з серцевою недостатністю не може жити нормальним життям.
- c. Серцеву недостатність не можна вилікувати, але її можна контролювати
- d. Серцева недостатність означає, що серце перестало битися.

Додаток Б3

Люди з серцевою недостатністю можуть робити багато речей, щоб допомогти собі. Подумай про кожну з цих дій і виріши, чи буде вона корисною для людини з серцевою недостатністю.
. так ні.

- 3. Зважуються щодня (поведінка)
- 4. Пити багато рідини (харчування)
- 5. Кинути палити (поведінка)
- 6. Вживати алкогольні напої щодня, щоб розслабитися (поведінка)
- 7. Пропускати прийом ліків від серцевої недостатності, коли почуваються краще (ліки)
- 8. Телефонують своєму лікарю, щоб повідомити про втрату 2 кг за 1 ніч (симптоми)
- 9. Інгібітори АПФ (наприклад, Капотен, Вазотек, Лізиноприл або Зестріл) - це ліки для лікування серцевої недостатності. Ці препарати допомагають серцю сильніше качати кров: (ліки)
 - a. Уповільнення частоти серцевих скорочень
 - b. Спричиняють зменшення кровоносних судин
 - c. Розслаблення звужених кровоносних судин і блокування затримки солей

d. Покращення показників крові (зменшення анемії)

10. Люди, які мають серцеву недостатність, приймають діуретики (лазикс, «водяні таблетки»), щоб: (ліки)

a. Нирки виробляли більше сечі і виводили більше води

b. Серце битиметься рівномірніше

c. Кровоносні судини в організмі розширяться або розслабляться

d. Серце буде битися сильніше

11. Людям із серцевою недостатністю, які приймають сечогінні препарати (сечогінні таблетки), потрібно: (ліки)

a. Знати, чи потрібно їм приймати додатково калій разом з таблетками

b. Приймати сечогінний засіб після 3-4 години дня

c. Не турбуватися про ознаки та симптоми зневоднення

d. Пити багато води, щоб заповнити втрачену рідину

12. Якщо людина з серцевою недостатністю набирає 2-3 кілограми за кілька днів, це зазвичай означає, що вона: (симптоми)

a. Їсть занадто багато калорій і набирає вагу

b. Має зайву воду в організмі

c. Потрібно пити більше рідини

d. Потребує більше фізичних навантажень для спалювання калорій

13. Бета-блокатори (наприклад, корег, метопролол, атенолол) - це ліки, що використовуються для лікування серцевої недостатності. Ці препарати допомагають серцю сильніше качати кров: (ліки)

a. Уповільнення частоти серцевих скорочень

b. Спричиняє зменшення кровоносних судин

c. Розслаблення звужених кровоносних судин і блокування затримки солей

d. Покращення показників крові (зменшення анемії)

14. Найкращий час доби для людей із серцевою недостатністю для зважування - це: (поведінка)

a. Перед сном

b. Після пробудження вранці

c. Під час обіду або близько нього

d. Коли не забувають це зробити

15. Люди з серцевою недостатністю повинні зателефонувати своєму лікарю, якщо вони мають які з наступних симптомів? (симптоми)

a. Збільшення ваги на 2-5 кілограмів за 1-2 дні

b. Посилення набрякості щиколоток та/або живота

- c. Посилення задишки
 - d. Все з перерахованого вище
16. Люди з СН повинні займатися спортом: (поведінка)
- a. До задишки
 - b. Більшість днів на тиждень
 - c. Тільки в повільному темпі, який не викликає почастишання серцебиття
 - d. 1-2 рази на тиждень
17. Людина з серцевою недостатністю повинна зупинитися і відпочити при виконанні фізичних навантажень, якщо: (симптоми)
- a. Відчуває задишку або вітер
 - b. Відчуває біль або дискомфорт у грудях
 - c. Відчувають запаморочення або легке запаморочення
 - d. Все перераховане вище
18. Що є основним джерелом натрію (солі) в раціоні харчування?
- a. Оброблена їжа (наприклад, обіди з телевізора)
 - b. Копченості та копченості
 - c. Кухонна сіль
 - d. Все перераховане вище
19. Що містить найменшу кількість натрію (солі)? (харчування)
- a. Свіжі фрукти
 - b. Консервовані овочі
 - c. Суп зі зниженим вмістом натрію

- d. Заморожені обіди
20. У якій їжі міститься найбільше натрію (солі)? (харчування)
- a. Нарізаний помідор
 - b. Смажена риба
 - c. Запечена шинка
 - d. Знежирене молоко
22. Виберіть фаст-фуд з найменшим вмістом натрію. (харчування)
- a. Смажена курка
 - b. Чізбургер
 - c. Картопля запечена зі сметаною та цибулею
 - d. Салат тако
23. Деяким людям із СН лікар рекомендує обмежити вживання рідини. Що з наведеного нижче вважається рідиною (харчування)?
- a. Вода та прозорі рідини
 - b. Молоко, морозиво та йогурт
 - c. Киселі, пудинги та супи
 - d. Все перераховане вище
24. Якщо у людини з серцевою недостатністю болить голова або болить серце, які ліки найкраще прийняти? (ліки)
- a. Аспірин
 - b. Тилебол (цетамінофен), (ацетамінофен)
 - c. Адвіл або Мотрин (Ібупрофен)
 - d. Анацин звичайної сили або Екседрин

25. Рекомендована загальна добова кількість натрію, яку повинні споживати люди з СН, становить:

(харчування)

- a. Менше 3,000 міліграмів
- b. Більше 4 000 міліграмів
- c. 1 500 міліграмів
- d. Якомога ближче до 0

Використовуючи зображення етикетки супу, дайте відповіді на запитання 26, 27:

26. Скільки порцій міститься в банці?

(харчування)

- a. 1
- b. 2 ½
- c. 2
- d. 3

27. Скільки натрію міститься в одній порції супу (харчування)?

- a. 40 мг
- b. 950 мг
- c. 475 мг
- d. 1900 мг

28. Людина з серцевою недостатністю, яка намагається обмежити споживання рідини, може зменшити симптоми спраги на: (симптоми)

- a. Жування жуйки або смоктання льодяників
- b. Скорочення прийому ліків

c. Пити невеликими порціями кожні 30-60 хвилин, щоб запобігти спразі

d. Зігрівання рідини перед вживанням

29. Якщо людина з серцевою недостатністю забуває прийняти ліки, вона повинна: (ліки)

- a. Прийняти ліки, як зазвичай, наступного дня
- b. Прийняти ліки, як тільки згадає
- c. Прийняти подвійну дозу наступного дня
- d. негайно зателефонувати своєму лікарю

30. Для людини з серцевою недостатністю важливо, щоб: (поведінка)

- a. Щорічно робити щеплення від грипу
- b. Зробити щеплення пневмоваксом для профілактики пневмонії
- c. Регулярно відвідувати лікаря з серцевої недостатності
- d. Все перераховане вище

Дата

Підпис пацієнта (законного представник

Анкета № 4

Опитувальник задоволеності пацієнта якістю медсестринського догляду

Будь ласка, оцініть деякі аспекти медсестринського догляду під час Вашого перебування в лікарні з точки зору того, чи були вони відмінними, дуже добрими, добрими, задовільними або поганими. Будь ласка, відзначте лише одну оцінку для кожного твердження.

Пацієнт (ППП) _____

Дата поступлення/виписки _____

Діагноз _____

	Відмінно	Дуже добре	Добре	Задовільно	Погано
Інформація, яку вам надали: Наскільки зрозумілими і повними були пояснення медсестер про аналізи, лікування і чого очікувати.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Інструкції: Наскільки добре медсестри пояснили, як підготуватися до аналізів та обстежень.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Легкість отримання інформації: Готовність медсестер відповісти на Ваші запитання.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Інформація, надана медичними сестрами: Наскільки добре медичні сестри спілкувалися з пацієнтами, сім'ями та лікарями.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Інформування родини і друзів: Наскільки добре медсестри інформували їх про ваш стан і потреби.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Залучення родини та друзів до вашого догляду: Наскільки їм було дозволено допомагати у Вашому догляді.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Турбота і піклування з боку медсестер: Ввічливість і повага, з якою до Вас ставилися; дружелюбність і доброзичливість.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Увага медичних сестер до вашого стану: Як часто медсестри перевіряли вас і наскільки добре вони стежили за вашим самопочуттям.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Визнання вашої думки: Як часто медсестри запитують вас про те, що ви вважаєте важливим, і дають вам можливість вибору.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Увага до ваших потреб: Готовність медсестер бути гнучкими у задоволенні ваших потреб.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Розклад роботи медичних сестер: Наскільки добре вони пристосували свій розклад до Ваших потреб.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Допомога: Здатність медсестер зробити так, щоб вам було комфортно і заспокоїти вас.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Реакція медичного персоналу на ваші виклики: Наскільки швидко вони прийшли на допомогу.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Кваліфікація та компетентність медичних сестер: Наскільки добре вони виконували свої обов'язки, наприклад, давали ліки та ставили крапельниці.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Координація допомоги: Командна робота між медсестрами та іншим персоналом лікарні, який піклувався про вас.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Спокійна атмосфера, яку створювали медсестри: Відчуття спокою і тиші.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Конфіденційність: забезпечення медсестрами вашого особистого життя.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Інструкції при виписці: наскільки чітко і повно медсестри розповіли вам, що робити і чого очікувати, коли ви покинете лікарню.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Координація догляду після виписки: Зусилля медсестер, спрямовані на забезпечення ваших потреб після того, як ви покинули лікарню.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Загальне враження (сприйняття)					
	Відмінно	Дуже добре	Добре	Задовільно	Поган о
Загальна якість догляду та послуг, які Ви отримали під час перебування в лікарні	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Загальна якість медсестринського догляду, який Ви отримали під час перебування в лікарні.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В цілому, як би Ви оцінили стан Вашого здоров'я?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Виходячи з отриманого мною догляду, я б порекомендував цю лікарню моїм рідним і друзям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Загальні показники					
Стать:	<input type="checkbox"/> Чоловік	<input type="checkbox"/> Жінка	Вік у роках: _____ р.		
Сімейний стан:	Неодружений <input type="checkbox"/> Одружений/співмешкає <input type="checkbox"/> Розлучений/розлучена <input type="checkbox"/> Вдівець <input type="checkbox"/>				
Скільки разів Ви (пацієнт) були госпіталізовані за останні 2 роки, включаючи цю останню госпіталізацію?	<input type="checkbox"/> Лише один раз <input type="checkbox"/> Двічі <input type="checkbox"/> 3 рази <input type="checkbox"/> 4 рази <input type="checkbox"/> Більше 4 разів				
Загалом, як би Ви оцінили стан свого здоров'я (здоров'я пацієнта) до останнього перебування в лікарні?	<input type="checkbox"/> Відмінно <input type="checkbox"/> Добре <input type="checkbox"/> Задовільно <input type="checkbox"/> Погано <input type="checkbox"/> Дуже погано <input type="checkbox"/> Не знаю				

Ви: Поступили через відділення невідкладної допомоги

- Переведені з іншого закладу
- Поступили через реєстратуру/безпосередньо у відділення
- Поступили після денної процедури або обстеження
- Інші

Протягом більшої частини перебування в лікарні Ви перебували в палаті:

- Наодинці
- З 1 людиною
- З більш ніж 1 людиною

Поставте тут галочку, якщо хтось інший, окрім пацієнта заповнював опитування.

Дата опитування

Підпис пацієнт (законного представника)

Анкета № 5

Шкала готовності до виписки з лікарні - довга форма. Оцінка медичною сестрою

Оцінити готовність до виписки пацієнта (протягом 4 годин до того, як пацієнт покине ваше відділення).

Медична сестра, яка проводить оцінку _____

Пацієнт _____

Дата виписки _____

Діагноз _____

1. Наскільки ваш пацієнт фізично готовий до повернення додому?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Не готовий Повністю готовий
2. Як би ви описали біль або дискомфорт, який відчуває ваш пацієнт сьогодні?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Низька енергія Висока енергія
3. Як би Ви охарактеризували сьогоднішні сили Вашого пацієнта?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Зовсім нічого не знає Знає все
4. Як би ви охарактеризували енергію вашого пацієнта сьогодні?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Зовсім нічого не знає Знає все
5. Наскільки емоційно готовий ваш пацієнт піти додому сьогодні?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Зовсім ні Дуже добре
6. Як би Ви охарактеризували фізичну здатність Вашого пацієнта до самообслуговування сьогодні (наприклад, гігієна, ходьба, туалет)?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Зовсім ні Дуже добре
7. Як багато Ваш пацієнт знає про догляд за собою після повернення додому?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато
8. Як багато ваш пацієнт знає про те, як піклуватися про свої особисті потреби (наприклад,	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато

гігієна, купання, туалет, їжа) після повернення додому?	
9. Як багато ваш пацієнт знає про те, як піклуватися про свої медичні потреби (лікування, ліки) після повернення додому?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато
10. Як багато Ваш пацієнт знає про проблеми, на які слід звернути увагу після повернення додому?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато
11. Наскільки ваш пацієнт знає, кому і коли телефонувати, якщо у нього/неї виникнуть проблеми після повернення додому?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато
12. Як багато ваш пацієнт знає про обмеження (що йому/їй дозволено, а що ні) після повернення додому?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато
13. Як багато Ваш пацієнт знає про те, що відбувається далі в його/її плані подальшого медичного лікування після повернення додому?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато
14. Як багато ваш пацієнт знає про послуги та інформацію, доступні для нього/неї в його/її громаді після повернення додому?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато
15. Наскільки добре ваш пацієнт зможе впоратися з вимогами життя вдома?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато
16. Наскільки добре ваш пацієнт зможе здійснювати свій особистий догляд (наприклад, гігієну,	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато

купання, туалет, прийом їжі) вдома?	
17. Наскільки добре ваш пацієнт зможе виконувати свої медичні процедури (наприклад, догляд за хірургічним розрізом, респіраторні процедури, фізичні вправи, реабілітацію або прийом ліків у правильній кількості і в правильний час) в домашніх умовах?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато
18. Яку емоційну підтримку отримає ваш пацієнт після повернення додому?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато
19. Яку допомогу отримає ваш пацієнт у разі потреби в особистому догляді після повернення додому?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато
20. Наскільки Ваш пацієнт отримає допомогу в разі потреби в домашніх справах (наприклад, приготування їжі, прибирання, покупки, догляд за дітьми) після повернення додому?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато
21. Яку допомогу отримає Ваш пацієнт у разі потреби в медичному обслуговуванні (лікування, ліки)?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато

Дата опитування

Підпис м/с

Анкета №5

Шкала готовності до виписки з лікарні - доросла форма. Самооцінка пацієнта

Будь ласка, заповніть коло біля Вашої відповіді. Відповіді оцінюються за 10-бальною шкалою від 0 до 10. Слова під цифрою вказують на те, що означає 0 або 10. Виберіть число від 0 до 10, яке найкраще описує ваші почуття.

Пацієнт _____

Дата виписки _____

Діагноз _____

1. Наскільки ви фізично готові повернутися додому?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Не готовий Повністю готовий
2. Як би Ви описали свій біль або дискомфорт сьогодні?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Низька енергія Висока енергія
3. Як би Ви охарактеризували свої сили сьогодні?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Зовсім нічого не знає Знає все
4. Як би Ви описали свою енергію сьогодні?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Зовсім нічого не знає Знає все
5. Наскільки емоційно ви готові йти додому сьогодні?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Зовсім ні Дуже добре
6. Як би Ви охарактеризували свою фізичну здатність піклуватися про себе сьогодні (наприклад, гігієна, ходьба, туалет)??	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Зовсім ні Дуже добре
7. Як багато ви знаєте про догляд за собою після повернення додому?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато
8. Як багато ви знаєте про те, як піклуватися про свої особисті потреби (наприклад, гігієна, купання, туалет, харчування)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато

після того, як ви повернулися додому?	
9. Як багато ви знаєте про те, як піклуватися про свої медичні потреби (лікування, ліки) після повернення додому?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато
10. Як багато ви знаєте про проблеми, на які слід звернути увагу після повернення додому?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато
11. Як багато ви знаєте про те, кому і коли телефонувати, якщо у вас виникли проблеми після того, як ви повернулися додому?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато
12. Як багато ви знаєте про обмеження (що вам дозволено і що не дозволено робити) після повернення додому?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато
13. Як багато ви знаєте про те, що відбувається далі у вашому плані подальшого медичного лікування після повернення додому?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато
14. Як багато ви знаєте про послуги та інформацію, доступні для вас у вашій громаді після повернення додому?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато
15. Наскільки добре ви зможете впоратися з вимогами життя вдома?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато
16. Наскільки добре ви зможете здійснювати особистий догляд (наприклад, гігієну, купання, туалет, прийом їжі) вдома?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Жодного Дуже багато

<p>17. Наскільки добре ви зможете виконувати медичні процедури (наприклад, догляд за хірургічним розрізом, лікування дихальних шляхів, фізичні вправи, реабілітацію або прийом ліків у потрібній кількості і в потрібний час) вдома?</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Жодного Дуже багато</p>
<p>18. Яку емоційну підтримку Ви отримаєте після повернення додому?</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Жодного Дуже багато</p>
<p>19. Наскільки Вам допоможуть у разі потреби з особистим доглядом після повернення додому?</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Жодного Дуже багато</p>
<p>20. Наскільки Вам допоможуть у разі потреби з домашніми справами (наприклад, приготуванням їжі, прибиранням, покупками, доглядом за дітьми) після того, як Ви повернетесь додому?</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Жодного Дуже багато</p>
<p>21. Наскільки Вам допоможуть у разі потреби в медичній допомозі (лікування, ліки) після повернення додому?</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Жодного Дуже багато</p>

Дата опитування

Підпис пацієнта (законного представника)

«Оцінка інформаційних потреб пацієнтів та особливостей їх взаємодії з медичною сестрою»

Мета оцінити потребу пацієнта у додатковій медичній інформації щодо захворювання, лікування, самообслуговування та взаємодії з медичною сестрою.

Хворий (ПІБ) _____

Дата поступлення _____

Діагноз _____

1. *Чи знаєте Ви про своє захворювання серця?

- так, добре розумію суть свого захворювання
- ні, не маю достатньої інформації
- частково, потребую додаткових пояснень
- важко відповісти

2. *Чи відомо Вам, що з прогресуванням хвороб серця може розвиватися серцева недостатність?

- так, я це знаю
- частково, чув(-ла) про це, але не впевнений(-а)
- ні, не знав(-ла)
- потрібна додаткова інформація

3. *Чи знаєте Ви, які симптоми вказують на погіршення стану

(загострення)?

- так, я добре обізнаний(-а)
- частково, деякі симптоми знаю але потрібна додаткова інформація
- ні, не знаю
- важко відповісти

4. Скільки разів Ви проходили стаціонарне лікування з приводу серцевого захворювання протягом останніх 5 років?

- 1 раз
- 2–3 рази
- 4–5 разів
- Понад 5 разів
- Важко відповісти / Не пам'ятаю

5. Через скільки днів перебування у стаціонарі Ви відчули суттєве покращення свого стану?

- 1-2 дні
- 3–5 днів
- 6–9 днів
- 10 і більше днів
- Взагалі не відчув(-ла) покращення
- Важко відповісти

6. *Як Ви оцінюєте свій стан здоров'я безпосередньо перед випискою зі стаціонару?

Ваша оцінка стану	Так	Ні
Виздоровлення	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Значне покращення	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ваша оцінка стану	Так	Ні
Незначне покращення	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Без змін	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Погіршення	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Чи хотілось Вам чіткого (конкретного, індивідуального) роз'яснення від лікуючого лікаря стаціонару про тривале лікування після виписки?

- так,
- ні,
- він немає часу,
- від сімейного лікаря

8. *Чи отримали Ви таку (б) інформацію під час перебування у стаціонарі?

- так,
- ні,
- частково (не повністю)
- у витягу (виписці) з історії хвороби

9. Чи було визначено лікуючим лікарем дата, (період) повторного огляду (контроль) в амбулаторних умовах (після виписки)?

- так, дату (період) призначено
- ні, дата не призначена

10. Через скільки часу після виписки із стаціонару виникає потреба корекції призначення лікаря?

- протягом 1 тижня
- через 2–3 тижні
- через 1 місяць

- поки не виникала така потреба

- інше: _____

11.* Чи відчуваєте Ви потребу у покращенні поінформованості про свою хворобу серця?

- так, мені бракує знань про свою хворобу
- частково — знаю основне, але хотів(-ла) б більше
- ні, я вважаю, що добре обізнаний(-а)

- важко відповісти

12. Якщо так (9), то хто з медичних працівників мав би це робити?

- лікар стаціонару (лікуючий лікар)
- досвідчена медична сестра стаціонару (відділення),
- сімейний лікар (лікар загальної практики «сімейна медицина»),
- медична сестра сімейного лікаря (помічник сімейного лікаря)
- лікар-кардіолог поліклініки
- медична сестра кардіологічного кабінету поліклініки

13. Які додаткові джерела поінформованості про серцеву недостатність, на Вашу думку, можуть мати суттєве значення? (можна декілька варіантів)

- бесіди з медичною сестрою
- письмові інформаційні матеріали (буклети, пам'ятки)

- освітні групові зустрічі (лекції, тренінги)
- телефонні або відеоконсультації з медичним працівником
- засоби масової інформації ЗМІ (радіо, телебачення, газети, журнали),
- онлайн-ресурси (вебсайти, відеоуроки, чат-боти)
- інші (вказіть):

14. Чи бажаєте Ви тісної співпраці, індивідуальної поінформованості та догляду від кваліфікованої медичної сестри – помічника сімейного лікаря/кардіологічного кабінету

- так, дуже потрібна така медична сестра
- ні, не вважаю це необхідним
- можливо, якщо вона підготовлена для цієї роботи,
- важко відповісти

15.* Чи вважаєте Ви таку роботу корисною, ефективною?

- так, це важливо для мого здоров'я
- ні, не бачу в цьому ефективності
- частково, залежить від ситуації

16. * Чи брали Ви участь у медсестринських або освітніх бесідах під час перебування у стаціонарі

- Так, брала(-в) участь повністю
- Частково (була присутня/присутній, але не все зрозуміло)
- Ні, не брала(-в) участі

- Не пам'ятаю

17. Яким формам навчання медсестрою Ви надавали б перевагу?

- індивідуальні спілкування (віч-на-віч),
- групові заняття
- спілкування по телефону,
- брошури / листівки
- інформація із інтернет-ресурсів

18. Чи підтримуєте Ви ідею безперервного медсестринського догляду за хворими з серцевою недостатністю з метою профілактики прогресування серцевої недостатності?

- так, вважаю це необхідним
- ні, вважаю це не потрібним
- частково, залежить від форми догляду
- важко відповісти

19. * Чи плануєте Ви вести щоденник моніторингу симптомів серцевої недостатності вдома?

- Так, обов'язково
- Можливо, якщо буде проста форма
- Ні, не бачу в цьому потреби
- Важко відповісти

Підпис пацієнта: _____

Дата _____

Підпис медсестри: _____

Таблиця відповідей пацієнта	
1. Альтернатива з відкритим запитанням, якщо Ви якщо Ви обрали варіант «частково, потребую додаткових пояснень»: Будь ласка, коротко опишіть, що Ви знаєте про своє серцеве захворювання	(Ваша відповідь у довільній формі)
2. Альтернатива з відкритим запитанням, якщо Ви обрали варіант "частково, чув(-ла) про це, але не впевнений(-а)", будь ласка, уточніть, що саме Ви знаєте або що хотіли б дізнатись про серцеву недостатність:	(Ваша відповідь у довільній формі)
3. Альтернатива з відкритим запитанням, якщо Ви відповіли «частково, деякі симптоми знаю»: Будь ласка, коротко наведіть приклади симптомів, які Вам відомі:	(Ваша відповідь у довільній формі)
4.	
5.	
6. Альтернатива з відкритим запитанням, якщо Ви якщо Ви обрали варіант «не значне покращення», «без змін», «погіршення» уточніть, будь ласка, що саме Вас продовжує турбувати або які симптоми залишаються	(Ваша відповідь у довільній формі)
7.	
8. Позначте всі пункти, які стосуються Вас, якщо Ви дали відповідь «частково»	<input type="checkbox"/> Про суть Вашого захворювання серця <input type="checkbox"/> Про симптоми загострення (погіршення) стану

	<input type="checkbox"/> Про схему прийому ліків і їх дозування <input type="checkbox"/> Про необхідність контролю ваги та артеріального тиску вдома <input type="checkbox"/> Про рекомендації щодо способу життя (дієта, фізична активність, шкідливі звички) <input type="checkbox"/> Про подальші кроки лікування після виписки (профілактика, план обстежень)
9.	
10.	
11.Альтернатива з відкритим запитанням, якщо Ви обрали варіант «так, мені бракує знань про свою хворобу», «частково — знаю основне, але хотів(-ла) б більше» уточніть, будь ласка, що саме Ви знаєте або що хотіли б дізнатись	(Ваша відповідь у довільній формі)
11.	
12.	
13.	
15.Альтернатива з відкритим запитанням, якщо Ви обрали варіант "частково, це залежить від ситуації» уточніть будь ласка, в якому питанні інформація надана м/с була б корисною, ефективною	(Ваша відповідь у довільній формі)
16.Альтернатива з відкритим запитанням, якщо Ви обрали варіант "частково, була присутня/присутній, але не все зрозуміло, уточніть, будь ласка, яка інформація залишилась для Вас не з'ясованою	(Ваша відповідь у довільній формі)
14.	

15.	
18.Альтернатива з відкритим запитанням, якщо Ви обрали варіант «можливо, якщо буде проста форма», «ні, не бачу в цьому потреби» уточніть, будь ласка, чому»))	(Ваша відповідь у довільній формі)
Коментарі пацієнта / побажання щодо догляду після виписки:	

Анкета №7

Індекс самообслуговування при серцевій недостатності

Пацієнт _____

Діагноз _____

Подумайте про те, що ви відчували протягом останнього місяця, заповнюючи це опитування.

РОЗДІЛ А: (підтримка самообслуговування). Нижче наведено поведінку, яку люди з серцевою недостатністю використовують, щоб допомогти собі. Як часто чи регулярно ви робите наступне?

	Ніколи		Іноді		Завжди
1. Намагатися уникати захворювання (наприклад, мити руки)?	1	2	3	4	5
2. Потренуватися (наприклад, швидко прогулятися, піднятися сходами)?	1	2	3	4	5
3. Дотримуватися дієти з низьким вмістом солі?	1	2	3	4	5
4. Звернутися до свого медичного працівника для регулярного медичного обслуговування?	1	2	3	4	5
5. Приймати призначені ліки, не пропускаючи дози?	1	2	3	4	5
6. Замовляти страви з низьким вмістом солі під час їжі поза домом?	1	2	3	4	5
7. Щороку робити щеплення від грипу?	1	2	3	4	5
8. Попросити страви з низьким вмістом солі, коли відвідуєте родину та друзів?	1	2	3	4	5
9. Використовуйте систему чи метод, щоб допомогти вам не забути прийняти ліки?	1	2	3	4	5
10. Запитайте свого медичного працівника про свої ліки?	1	2	3	4	5

РОЗДІЛ В: (управління самообслуговування). Нижче наведено зміни, які зазвичай спостерігають люди з серцевою недостатністю . Як часто ви робите наступне?

	Ніколи		іноді		Завжди
11.Стежити за своєю вагою щодня?	1	2	3	4	5
12.Звертайте увагу на зміни у вашому самопочутті?	1	2	3	4	5
13.Шукайте побічні ефекти ліків?	1	2	3	4	5
14.Помітили, що ви втомлюєтеся більше, ніж зазвичай, виконуючи звичайну діяльність?	1	2	3	4	5
15.Запитайте свого медичного працівника, як ваші справи?	1	2	3	4	5
16.Уважно стежити за симптомами?	1	2	3	4	5
17.Перевірте щиколотки на наявність набряків?	1	2	3	4	5
18.Перевірити задишку під час таких дій, як купання та одягання?	1	2	3	4	5
19.Ведіть записи про симптоми?	1	2	3	4	5

Востаннє у вас були симптоми... (обведіть одне)

	Не було симптомів	Я не впізнав симптом	Не швидко		Дещо швидко	Дуже швидко
20.Як швидко ви <u>помітили</u> , що у вас є симптоми?	N/A	0	1	2	3	4 5
21.Як швидко ви <u>зрозуміли</u> , що симптом виник через серцеву недостатність?	N/A	0	1	2	3	4 5

РОЗДІЛ С: (управління самообслуговування). Нижче наведено поведінку, яку використовують люди з серцевою недостатністю, щоб контролювати свої симптоми. Якщо у вас є симптоми, наскільки ймовірно, що ви скористаєтеся одним із них?

	Не схоже		Дещо ймовірно		Ймовірно
22.Ще більше обмежити сіль, яку ви споживаєте цього дня?	1	2	3	4	5
23.Зменшіть споживання рідини?	1	2	3	4	5
24.Приймати ліки?	1	2	3	4	5
25.Зателефонувати своєму постачальнику медичних послуг для отримання рекомендацій?	1	2	3	4	5
26.Попросити поради у члена родини чи друга?	1	2	3	4	5
27.Спробуйте зрозуміти, чому у вас є симптоми?	1	2	3	4	5
28.Обмежте свою активність, поки не відчуєте себе краще?	1	2	3	4	5

Згадайте лікування, яке ви використовували востаннє, коли у вас були симптоми...

	я нічого не зробив	Не впевнений		Дещо впевнений		Дуже впевнений
29.Чи покращило ваше самопочуття лікування, яке ви використовували?	0	1	2	3	4	5
РЕЗУЛЬТАТИ						

Сфери самообслуговування	Бали за шкалами		
	Середній найнищий показник	Середній найвищий показник	Середня оцінка самообслуговування

<p>А. підтримки самообслуговування (пункти 1-10) (сума пунктів <u>розділу А</u> - 10) * 3,333.</p>			
<p>В. управління самообслуговування (пункти 11-21)(сума пунктів <u>В</u>— 4) x 5</p>			
<p>С. управління самообслуговування (пункти 22-29) (сума пунктів розділу <u>С</u>— 6) x 5,56.</p>			
<p>Загальний бал самообслуговування по факторам Оцінки від 0 до 100 балів, вищі бали означають вищий рівень самообслуговування</p>			

Дата опитування

Підпис пацієнта (законного представника)

Анкета №8

Хворобо-специфічна анкета відділу серцевої недостатності для оцінки прихильності до лікування, яка враховує особливості способу життя та фармакотерапії в пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) розроблена ННЦ «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска» НАМН України

ПІП _____ Дата поступлення _____

Діагноз _____

№	Питання	«так»	«ні»
1	Чи можете Ви назвати ліки, які приймали протягом останнього місяця?		
2	Чи приймали Ви всі ліки, як рекомендував лікар, протягом останнього місяця?		
3	Чи траплялися за останній місяць пропуски в прийомі ліків?		
4	Чи відміняли Ви собі самостійно ліки, якщо ставало краще?		
5	Чи знаєте ви, що рекомендовані вам препарати необхідно приймати постійно?		
6	У вас записані години прийому препаратів?		
7	Чи трапляються у вас дні, коли ви забуваєте прийняти ліки?		
8	Я зважуюся не менше 3 разів на тиждень.		
9	Я випиваю рідини за добу не більше 1–1,5 л.		
10	Я дотримуюся дієти з низьким вмістом кухонної солі.		
Низька прихильність, < 4			
Середня адгезія, 5 до 7			
Висока прихильність, 8 -10			

Підпис пацієнта (законного представника)

Дата

Додаток Г

QR – код з практичними інструкціями по самообслуговуванню



Кольоровий «Світлофор»

<p>✓</p> <p>важливі зміни за останній тиждень, ІМТ від 25 до 29,9</p>	<p>🔔</p> <p>збільшення ваги 2-3 кг 1-2 дні або на 2,5-5 кг тижня ІМТ > 30</p>	<p>☎</p> <p>збільшити дозу ліки за рекомендацією лікаря</p>	<p>✓</p> <p>нормальний апетит</p>	<p>🔔</p> <p>ранкова поземка опраки (>1-1,2 проб), біль дискомфорт/підняти ана чути біль в животі</p>	<p>☎</p> <p>збільшити дозу ліки за рекомендацією лікаря</p>
ВАГА			РІДНИНА та ЖИВІТ		
<p>✓</p> <p>відсутність покася або посипання задньої частини</p>	<p>🔔</p> <p>ранкова свистяча дихання або утруднене дихання по часі пробудження (частіше) сухий надихальний кашель</p>	<p>☎</p> <p>середня температура, частіше задишки, частіше свистячі дихання, частіше сухий надихальний кашель</p>	<p>✓</p> <p>нормальний режим сну</p>	<p>🔔</p> <p>безсоння різка сонливість</p>	<p>☎</p> <p>збільшити дозу ліки за рекомендацією лікаря</p>
ДИХАННЯ			СОН		
<p>✓</p> <p>відсутність дискомфарту, тиснення, біль в грудях (серці)</p>	<p>🔔</p> <p>біль, печення, свистячі в диханні серця, пульс слабкіше покласти руку прорухати не регуляри, АТ нижчий/вищий, ніж зазначений</p>	<p>☎</p> <p>біль в серці, неприємні нудота, блювота, частіше свистячі дихання</p>	<p>✓</p> <p>без обмежень</p>	<p>🔔</p> <p>зміщений ритм, частіше, втомленість, втома, слабкість, саркотичні або ледяні</p>	<p>☎</p> <p>збільшити дозу ліки за рекомендацією лікаря</p>
БІЛЬ У ГРУДЯХ			РУХОВА АКТИВНІСТЬ		
<p>✓</p> <p>відсутність набрякості чи набряків або їх збільшення на стопах, голінках, ногах, животі</p>	<p>🔔</p> <p>збільшення ступінь набрякості частіше увечері, частіше набрякості на стопах, голінках, ногах, животі <72 год. від початку >72 год.</p>	<p>☎</p> <p>збільшити дозу ліки за рекомендацією лікаря</p>	<p>✓</p> <p>нормальне енергійне самопочуття</p>	<p>🔔</p> <p>легкий смуток або дратівливість</p>	<p>☎</p> <p>збільшити дозу ліки за рекомендацією лікаря</p>
НАБРЯКИ			ЕМОЦІЙНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ		

Додаток Д

**ЩОДЕННИК МОНІТОРИНГУ
СИМПТОМІВ СЕРЦЕВОЇ
НЕДОСТАТНОСТІ**

пацієнта _____

20____рік

Щоденник симптомів серцевої недостатності (СН) Дата та час	Частота (як часто)	Інтенсивність (наприклад, за шкалою 1–10)	Оцінка (скільки разів протягом якого інтервалу часу)	Тривалість (як довго) чи погіршується при фізичному навантаженні або в стані спокою.	Шаблон (ввечері, вранці, після діяльності, в стані спокою, після подорожей)
1					

Щоденник імунізації та профілактики інфекцій Дата та час поточної/запланованої імунізації	Вид імунізації (напр. проти грипу/пневмокової інфекції/COVID-19. Назва вакцини.	Частота імунізації (як часто, скільки разів протягом якого часу, напр. одноразово/щорічно. Ефективність (так/ні)	Реакція на імунізацію (погіршення загального стану/підвищення температури/шлунково-кишкові розлади (блювання, діарея)/подразнення шкіри (свербіж, почервоніння, набряк)
18			

Щоденник медичного огляду Дата та час поточного/ запланованого	Частота (як часто, скільки разів протягом якого інтервалу часу, напр. 1,2,3р/тиж.,міс	Скарги на час огляду	Тривалість огляду (як довго в часі)	Оцінка самопочут тя на час огляду Оцінка огляду (корисний/ некорисни й	Результат огляду (внесена корекція/зміна в дозуванні ліків, призначено нове обстеження)
17					

Специфіка (характер) симптому: період., постійний, нападоподібний (наприклад, біль у всьому тілі, руках)	Реакція та дії на виникнення симптому (щось робив або нічого не робив)	Результат самопомог (чи покращилось/ погіршилось самопочуття)	Від чого стало краще (від обмеження солі в раціоні, від зменшення споживання рідини, від прийому ліків, від обмеження активності)
2			

Щоденник прийому лікарських засобів (ЛЗ). Побічні дії/ускладнення/віддалені клінічні наслідки прийому. Дата та час (напр., ранок, обід, вечір)	Назва ЛЗ (напр., діуретик, серцеві, гіпотензивні) від СН	Дозування ліків (мг/мл) Прийнято (✓/Х)	Симптоми (напр., нудота, запаморочення, тривога) та причини виникнення (напр., зміни в харчуванні, фіз. активності, стресі).
3			

Щоденник сну Дата	Час лягання/ прокидання	Тривалість сну	Якість сну (суб'єктивна оцінка від 1 (дуже погано) до 5 (відмінно));	Примітки (порушення сну, кількість пробуджень, сні, денна сонливість, прийом ліків)	Самопочуття
16					

Щоденник споживання натрію (солі)	Приблизний вміст солі на один раз(г)/добу (рекомендована доза: <5 г/добу (≈ 1 ч. ложка); при серцевій недостатності або гіпертензії: 1,5–3 г/добу)	Прийом їжі (сніданок, обід, вечеря, перекус)	Продукти / страва (записуйте навіть закуски, консерви, ковбасу, хліб тощо)	Вміст солі (приблизн о (див. маркуванн я продукту або таблиці складу)	Коментар (напр.: "страва несолена", "готова їжа з ресторану", "додав ½ ч. ложки солі")
Дата/час					

15

ЛЗ який спричиняє побічні дії, ускладнення, віддалені клінічні наслідки	Побічні ефекти (напр., нудота, головний біль, запаморочення)	Шаблон появи побічних дій/ускладнень/ віддалених клінічних наслідків (ввечері, вранці, після діяльності, в стані спокою , одразу після прийому/під час)	Інтенсивність побічних дій/ускладнень/ віддалених клінічних наслідків (наприклад, за шкалою 1–10)

4

Тривалість та частота побічних дій/ускладнень/ віддалених клінічних наслідків (як довго, як часто) Оцінка (скільки разів протягом якого часу)	Специфіка (характер) побічних дій/ускладнень/ віддалених клінічних наслідків: період., постійний, нападапод. (напр., біль в животі, нудота, блювання після/під час ЛЗ)	Реакція та дії на виникнення побічних дій/ускладнень/ віддалених клінічних наслідків (щось робив або нічого не робив)	Результат самопомоги (чи покращилось/ погіршилось самопочуття). Від чого стало краще
5			

Щоденник прийому рідини Дата/час	Самопочуття	Вид рідини (вода, суп, напої (алкоголь, міцний чай, кава, какао, газовані солодкі води), компот, молоко, кисіль, кавуна/фрукти з високим вмістом вод	Об'єм (мл) (вказувати точно (100 мл, 250 мл тощо)	Загальна кількість рідини, випита за добу (напр., не б. 1,5л/добу
14				

Щоденник загострення супутніх захворювань на фоні прийому ліків від СН (Дата та час)	Вид супутнього захворювання (напр. цукровий діабет, бронхіальна астма, ендемічний зоб, ХОЗЛ, подагра, тощо)	Частота (як часто) виник. симптомів (напр., кашель, задишка, гіпоглікемія, болі в суглобах, висип) супут. захв.	Ймовірний зв'язок з ліками (так/ні/не впевнено). Інтенсивність (наприклад, за шкалою 1–10)
7			

Наявність/відсутність різкого збільшення (>2 кг за 2–3 дні)/зменшення (після діуретиків) ваги/нестабільна вага	+1–3 кг за 1–3 дні	-1–2 кг після лікування	Тривале схуднення	Індекс маси тіла (ІМТ) = маса тіла (кг)/ (зріст (м)) ²
12				

Щоденник ваги	Дифіцит маси (для	Оптимальна маса 24-	Надмірна маса 30-35	Ожиріння
Дата/час	маси (для	29кг/м ² (для жінок –	кг/м ²	(високий ризик
Частота	літніх	ближче до 31-32, для		≥35)
зважування (напр.,	людей ≤	чол. – 27-28)		
щоденно в один і	23кг/м ²)			
той самий час,				
зранку, натще,				
після				
сечовипускання)				
11				

Оцінка	Тривалість	Шаблон (коли та	Специфіка	Оцінка	Тривалість
(скільки разів	(як довго	після чого	загострення:	(скільки разів	(як довго
протягом якого	тримаютьс	загост.симптоми	період., пост,	протягом якого	тримаютьс
інтервалу часу)	я	супут. захв., напр.	напад.(напр.	інтервалу часу)	я
виник.	симптоми	ввечері, вранці, після	спраги при ЦД	виник.	симптоми
симптоми	супутнього	діяльності, в стані	на фоні СН або	симптоми	супут.
супут. захв.	захв.	спкою, після	задишки на фоні	супут. захв.	захв.
		прийому ліків від СН	БА)		
8					

Щоденник набряків	Інтенсивність (1 ст. – + (1мм), (2 ст. – ++ (2 мл), (3 ст. – +++ (3 мл), (4 ст. – ++++ (4 мл)	Локалізація набряків (гомілки, стопи, крижі, поперек, сідниці, передня черевна стінка, асцит, анасарка	Симетричність: симетричні/ не симетричні	Поява набряків (протягом дня,, ближче до вечора, після навант.	Зменшуються/зникають в стані спокою, вранці після сну, після прийому діуретиків)
9					

Погіршують якість життя, спричиняють обмеження рухливості	Наявність вторинних ускладнень (трофічні виразки, інфекції шкіри)	Тривалість (як довго утримуються набряки: до кінця дня зникають)	Реакція та дії на появу набряків (щось робив або нічого не робив)	Результат самопомоги (зникають/не зникають набряки)	Від чого стає краще (напр., набряки зменшились/зникли після прийому діуретиків/відпочинку
10					

Щоденник фізичної активності	Частота (≥5 днів на тиждень)	Тривалість (50–300 хв/тиж помірної інтенсивності або 75–150 хв - високої) оптимально: 30–60 хв/д. , у зручному темпі.	Інтенсивність (Помірна (ходьба, велосипед, плавання) або висока (енергійна хода, підйом у гору))	Приклад (напр., прогулянки, танці, аквааеробіка, скандинавська ходьба)
13				

Щоденник реєстрації артеріального тиску/пульсу	АТ (систолічний / діастолічний), мм рт. ст.	Пульс (уд./хв)	Частота вимірювання (напр., 2 рази на день: вранці (до прийому ліків/їжі) та ввечері; Положення тіла (сидячи/стоячи/лежачи))
Дата та час			
6			