

Impact Factor:

ISRA (India) = 4.971
ISI (Dubai, UAE) = 0.829
GIF (Australia) = 0.564
JIF = 1.500

SIS (USA) = 0.912
ПИИЦ (Russia) = 0.126
ESJI (KZ) = 8.716
SJIF (Morocco) = 5.667

ICV (Poland) = 6.630
PIF (India) = 1.940
IBI (India) = 4.260
OAJI (USA) = 0.350

SOI: [1.1/TAS](#) DOI: [10.15863/TAS](#)

International Scientific Journal Theoretical & Applied Science

p-ISSN: 2308-4944 (print) e-ISSN: 2409-0085 (online)

Year: 2020 Issue: 05 Volume: 85

Published: 17.05.2020 <http://T-Science.org>

QR – Issue



QR – Article



Kanagat Skakovna Abdiramasheva

Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University
lecturer of Propedeutics and Internal disease department, Kazakhstan
abdiramasheva65@mail.ru

THE ROLE OF MEDICAL NURSES IN PREVENTION OF CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

Abstract: Cardiovascular diseases are the most common pathology in our time, which requires the adoption of certain measures by the health system. In the conditions of a shortage of doctors, the delegation of part of their powers to paramedical personnel is the best solution for improving the prevention of pathologies of the cardiovascular system. Based on this, the participation of nurses in the primary and secondary prevention of cardiovascular diseases is of great interest. This article analyzes the literature on the role of nurses in the treatment and prevention of diseases of the cardiovascular system.

Key words: nurses, cardiovascular diseases, prevention.

Language: Russian

Citation: Abdiramasheva, K. S. (2020). The role of medical nurses in prevention of cardiovascular pathology. *ISJ Theoretical & Applied Science*, 05 (85), 51-54.

Soi: <http://s-o-i.org/1.1/TAS-05-85-11> **Doi:**  <https://dx.doi.org/10.15863/TAS.2020.05.85.11>

Scopus ASCC: 2700.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЙ

Аннотация: Сердечно-сосудистые заболевания представляют собой наиболее распространенную патологию в наше время, что требует принятия определенных мер со стороны системы здравоохранения. В условиях нехватки врачей, делегирование части их полномочий среднему медицинскому персоналу является оптимальным решением для улучшения профилактики патологий сердечно-сосудистой системы. На основании этого, участие медсестер в проведении первичной и вторичной профилактики кардиоваскулярных заболеваний, представляет большой интерес. В настоящей статье проведен анализ литературных данных по изучению роли медицинских сестер в лечении и профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: медицинские сестры, сердечно-сосудистые заболевания, профилактика.

Введение

Растущая распространенность заболеваний сердечно-сосудистой системы, высокие ожидания пациентов и необходимость рационального использования бюджета здравоохранения приводят к увеличению спроса на услуги первичной медико-санитарной помощи. Согласно Medical Home Model, the Institute for Healthcare Improvement, только продуктивное взаимодействие между информированным пациентом и подготовленной группой специалистов может привести к улучшению результатов профилактических мер. Реализация цели должна быть ориентирована на пациента, а

также действия должны быть скоординированы, многопрофильны, квалифицированы [1]. В этом контексте здравоохранения, передача задач от врачей к подготовленным медсестрам может уменьшить как нагрузку для врачей, так и прямую стоимость ухода, при одновременном достижении того же высокого качества обслуживания, хорошего результата для здоровья и в конечном счете, более высокого уровня удовлетворенности пациентов [2].

Хотя многие сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) могут быть предотвращены, по оценкам, 17,3 миллиона человек в год умирают от данных заболеваний, что составляет 30% в

Impact Factor:

ISRA (India)	= 4.971	SIS (USA)	= 0.912	ICV (Poland)	= 6.630
ISI (Dubai, UAE)	= 0.829	РИИЦ (Russia)	= 0.126	PIF (India)	= 1.940
GIF (Australia)	= 0.564	ESJI (KZ)	= 8.716	IBI (India)	= 4.260
JIF	= 1.500	SJIF (Morocco)	= 5.667	OAJI (USA)	= 0.350

структуре общей смертности в мире. Выжившие после инфаркта миокарда (ИМ) и инсульта подвергаются высокому риску рецидивов и риску смерти от этих заболеваний, что делает необходимым проведение профилактики [3].

Приверженность пациентов режиму лечения, особенно диетическому и лекарственному, является одним из связанных с болезнью поведений, которые могут предсказывать успешное лечение и тяжесть заболевания и его осложнений. Приверженность режиму лечения особенно имеют первостепенное значение для пациентов с ССЗ. Несмотря на рекомендации медицинских работников, необходимость соблюдения диеты и время приема лекарств наблюдается низкая приверженность среди пациентов с ИМ, вследствие чего среди которых могут увеличиться риск рецидива заболевания и повторная госпитализация. Более того, 48% всех повторных госпитализации у пациентов с ИМ обусловлена отсутствием приверженности к правильному питанию и приему медикаментов [4]. Медсестры играют важную роль в соблюдении пациентом режима лечения и улучшение их клинических исходов. Кроме того, они могут вносить значительный вклад в предоставлении пациентам информации об их заболевании и его симптомах, а также связанные с ИМ факторах риска. Поэтому, обучение пациентов и предоставление консультации настоятельно рекомендуется в качестве неотъемлемой части сестринского ухода [5].

Ключевой особенностью эффективного лечения гипертонии является мультидисциплинарная командная работа. Подход основанный на командной работе ориентирован на пациента реализуя как часть многогранного подхода, с помощью систем принятия клинических решений и самоконтроля пациентов. Участники группового подхода лечения ССЗ включают пациента, персонала первичной медико-санитарной помощи и других специалистов, таких как медсестры, фармацевты, ассистенты врачей, диетологи, социальные работники и работники общественного здравоохранения. Эти специалисты дополняют деятельность персонала первичной медико-санитарной помощи, предоставляя помощь в лечении и разделяя обязанности по оказанию помощи при гипертонии, которые включают в себя контроль за лекарствами, активное наблюдение за пациентами и поддержку приверженности и самоуправления [6]. Этот командный подход организуется с учетом потребностей пациентов и часто реализуется с системной поддержкой для принятия клинических решений, сотрудничества и самообслуживания пациентов. Командно-ориентированный уход за пациентами с АГ обеспечивает возможности

проведения пациент-ориентированного, персонализированного вмешательства. Совместное принятие решений уже давно признано как важный компонент ухода за пациентом и он определяется как совместный процесс, с помощью которого пациенты участвуют в принятии медицинских решений вместе с медицинским персоналом. Руководящие принципы, включая Американскую ассоциацию сердца 2013 года, Американский колледж кардиологии рекомендует совместное принятие решений для принятия решений, связанных с началом статиновой терапии в профилактике ССЗ. Один из подходов к совершенствованию практики совместного принятия решений - это использование информационных технологий для принятия решения в помощь пациентам. Хотя, совместное принятие решений, это многоступенчатый, совместный процесс, который фокусируется на взаимодействии с отдельными пациентами, использование стандартизованных вспомогательных решений может сыграть важную роль для передачи информации и содействия обсуждению [7].

Роль медицинской сестры в профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы заключается в просвещении пациентов о поведенческих факторах риска, побуждая их к сотрудничеству, а также предоставление информации, которая улучшит их образ жизни. ССЗ представляют наиболее частую причина заболеваемости, несмотря на тот факт, что существует множество способов уменьшить риск их проявления. Медсестры могут осуществлять мероприятия, способствующие успешной профилактике ССЗ. Их основная роль - информировать пациентов о принципах здорового образа жизни. Такая мотивационная и воспитательная работа медсестер, способствует долгосрочному успеху в отношении профилактических мер [8].

Научные исследования в области профилактики ССЗ показали, что вмешательства в образ жизни уменьшают факторы риска и может снизить смертность и заболеваемость болезней, вызванных атеросклерозом. Однако, результаты управления факторами риска у пациентов с коронарной болезнью в EUROASPIRE показывают, что профилактика данных заболеваний в рутинной практике неэффективна. Одним из объяснений этого может служить неучастие большинства пациентов в профилактических программах, низкий уровень соблюдения пациентами мер профилактики в обычной практике. Поэтому была разработана модель профилактических мер EUROACTION. Wood и соавторы исследовали, являются ли профилактические программы эффективными при участии медицинских сестер. Данное испытание

Impact Factor:

ISRA (India) = 4.971
ISI (Dubai, UAE) = 0.829
GIF (Australia) = 0.564
JIF = 1.500

SIS (USA) = 0.912
РИИЦ (Russia) = 0.126
ESJI (KZ) = 8.716
SJIF (Morocco) = 5.667

ICV (Poland) = 6.630
PIF (India) = 1.940
IBI (India) = 4.260
OAJI (USA) = 0.350

было проведено в восьми европейских странах мира - Дания, Франция, Италия, Польша, Испания, Нидерланды, Швеция и Англия. Были исследованы 1189 лиц с факторами риска и 1128 пациентов без факторов риска ССЗ. Участники из первой группы получили рутиную программу профилактики, а вторая группа участвовала в новой программе. Исследование длилось год и в результате выяснилось, что группа с новой программой с участием медсестер оказалась более успешной, чем контрольная группа [9]. Аналогичные результаты были получены в исследовании проведенной Murchie и соавторами, где показано, что профилактическое вмешательство со стороны медсестер существенно улучшает прогноз больных с ССЗ [10]. Allen and Dennison считают, что командная работа медсестер, особенно, если они являются обученными, является наиболее эффективным в профилактических работах с ССЗ [11].

Наряду с этим, несколько исследований показали, что проведение профилактики ССЗ медсестрами одинаково эффективно в достижении цели и качества профилактики выполняемые врачами [12]. Во многих исследованиях основное внимание уделялось как первичной, так и вторичной профилактике ССЗ. Большинство из них показало, что проведение вторичной профилактики медсестрами привело к увеличению приверженности к лечению, соблюдению принципов здорового образа жизни и значительному снижению уровня холестерина среди пациентов с ССЗ. Положительные результаты также были связаны с образовательной деятельностью медсестер, повторных проверок, а также более продолжительным индивидуальным

консультированием медсестрами, по сравнению с докторами [13]. Роль медсестры в улучшении контроля гипертонии расширилась за последние 50 лет, дополнив роль врача. Участие медсестер в профилактике АГ началось с измерения и мониторинга АД и обучения пациентов, став одной из наиболее эффективных стратегий улучшения контроля АД. Сегодня роль медсестер в контроле над гипертонией включает все аспекты ухода, включая выявление, динамическое наблюдение, диагностика лечение, обучение пациентов, консультирование, координация помощи и улучшение качества жизни [14]. Медицинские сестры в большинстве случаев тесно контактируют с населением, в этих условиях они должны быть компетентными в оказании диагностической и лечебной помощи. Все эти мероприятия достигаются при повышении уровня знаний и компетентности в области сердечно-сосудистой патологии, навыков общения с пациентами и деонтологии, которые несомненно приведут к улучшению профилактических и лечебных мер ССЗ и качества жизни пациентов.

Таким образом, участие среднего медицинского персонала в мероприятиях первичной и вторичной профилактики патологий сердечно-сосудистой системы является центральным компонентом в оказании медицинской помощи пациентам. Исходя из этого, медицинским сестрам требуется соответствующая непрерывная переподготовка, повышение уровня знаний, навыков для работы в мультидисциплинарной команде, которые в свою очередь принесет свой вклад в улучшении и укреплении здоровья населения нашей страны.

References:

1. Bodenheimer, T., Wagner, E.H., & Grumbach, K. (2002). *Improving primary care for patients with chronic illness*. (pp.1775-9). JAMA.
2. Zhu, Q.M., Liu, J., Hu, H.Y., & Wang, S. (2015). *Effectiveness of nurse-led early discharge planning programmes for hospital inpatients with chronic disease or rehabilitation needs: a systematic review and meta-analysis*. J Clin Nurs, pp. 2993-3005.
3. Kotseva, K., et al. (2010). *EUROASPIRE III. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: cross-sectional survey in 12 European countries*. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil, pp. 530-540.
4. Albert, N.M. (2008). *Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease*. American Association of CriticalCare Nurses, pp. 54-64.
5. Angermayr, L., Melchart, D., & Linde, K. (2010). Multifactorial lifestyle interventions in the primary and secondary prevention of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus—a systematic review of randomized controlled trials. *Annals of Behavioral Medicine*, pp. 49-64.
6. Proia, K.K., et al. (2014). Team-based care and improved blood pressure control: a community guide systematic review *Am J Prev Med*, pp. 86-99.

Impact Factor:	ISRA (India) = 4.971	SIS (USA) = 0.912	ICV (Poland) = 6.630
	ISI (Dubai, UAE) = 0.829	PPIHI (Russia) = 0.126	PIF (India) = 1.940
	GIF (Australia) = 0.564	ESJI (KZ) = 8.716	IBI (India) = 4.260
	JIF = 1.500	SJIF (Morocco) = 5.667	OAJI (USA) = 0.350

7. Weymiller, A.J., et al. (2007). Helping patients with type 2 diabetes mellitus make treatment decisions: statin choice randomized trial. *Arch Intern Med.*, pp. 1076-82.
8. Murchie, P., Campbell, N.C., Ritchie, L.D., Simpson, J.A., & Thain, J. (2003). Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow up of a randomized controlled trial in primary care. *BMJ.*, pp. 84-87.
9. Wood, D.A., et al. (2008). Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme EUROACTION for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease a paired, cluster - randomised controlled trial. *The Lancet.*, pp. 1999-2012.
10. Allen, J.K., et al. (2011). COACH trial: A randomized controlled trial of nurse practitioner/community health worker cardiovascular disease risk reduction in urban community health centers: Rationale and design. *Contemp Clin Trials.*, pp. 403-411.
11. Brown, A.S., & Cofer, L.A. (2000). Lipid management in a private cardiology practice (the Midwest Heart experience) *Am J Cardiol.*, pp. 18-22.
12. Hill, M.N., et al. (2003). Hypertension care and control in underserved urban African American men: behavioral and physiologic outcomes at 36 months. *Am J Hypertens.*, pp. 906-913.
13. Carter, B.L., Bosworth, H.B., & Green, B.B. (2012). The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse, and teamwork in hypertension therapy *J Clin Hypertens.*, pp. 51-65.
14. Steptoe, A., Doherty, S., Kendrick, T., Rink, E., & Hilton, S. (1999). Attitudes to cardiovascular health promotion among GPs and practice nurses. *Family Practice.*, pp. 158-163.