

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Терапевтических дисциплин

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 31.02.01 Лечебное дело
4 курса группы 03051521
Волковой Виктории Вячеславовны**

Научный руководитель
преподаватель Смирнова Т.В.

Рецензент
Врач-кардиолог
ОГБУЗ «Городская больница № 2
г. Белгорода» Денисова Л.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	6
1.1. Гипертоническая болезнь, определение. Этиопатогенез. Классификация. Клиника.	6
1.2. Факторы риска. Осложнения. Лечение. Профилактика.....	9
1.3. Качество жизни. Определение. Составляющие качества жизни	14
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	21
2.1 Результаты собственного исследования	21
2.2 Рекомендации по повышению качества жизни пациентов с гипертонической болезнью.....	41
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	43
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	44
ПРИЛОЖЕНИЕ	45

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования обусловлена тем, что гипертоническая болезнь (АГ) является одной из наиболее значимых медико-социальных проблем современного общества. По данным Всемирной Организации здравоохранения на глобальном уровне сердечно - сосудистые заболевания являются причиной примерно 17 млн. случаев смерти в год, это почти треть от общего числа смертей. Из них осложнения гипертонии вызывают 9,4 млн. случаев смерти в мире ежегодно. На долю гипертонии приходится, по меньшей мере, 45% смертных случаев, вызванных болезнями сердца.

«Качество жизни – категория, с помощью которой характеризуют существенные обстоятельства жизни населения, определяющие свободы личности каждого человека и степень достоинства, и степень комфортности внутри себя и в рамках общества. Еще не сложился единый подход к содержанию этого понятия, хотя еще в 1949 году появились первые публикации.

Качество жизни рассматривается: общесоциологическое, социально-экономическое, экономическое понятие. Экономические показатели, уровень дохода являются одним из важных критериев. Частичным аналогом индекса качества жизни является индекс развития человеческого потенциала (индекс человеческого развития), применяемые в ООН с 1990 года, в числе главных составляющих которого уровень образования населения, средняя продолжительность жизни при рождении, и реальный среднедушевой валовой внутренний продукт, рассчитанный с учетом паритета покупательной способности национальной валюты» [9, 321].

Эксперты определяют качество жизни как «способ жизни в результате воздействия факторов, влияющих на их здоровье, образование, социальный успех, удовлетворительную работу, счастье, включая индивидуальное благополучие в окружающей среде, а также свободу, возможность свободных

действий, справедливость и отсутствие какого-либо угнетения». Качество жизни – это оценка самим человеком степени удовлетворенности различных сторон своей жизни, ощущаемого качества жизни, субъективные ощущения индивида, формирующиеся на основе конкретных условий жизни, эмоционального состояния и т.д.

В будущем обязательным методом оценки при проведении клинических исследований, а так же лекарственных средств и методов лечения будет являться качество жизни.

Практическая значимость исследования:

В результате исследовательской работы будут разработаны и рекомендованы мероприятия для средних медработников, позволяющие улучшить качество жизни больных с гипертонической болезнью.

Цель исследования: проанализировать современные взгляды на качество жизни больных с гипертонической болезнью и найти оптимальные пути полноценной медико-психологической и социальной реабилитации пациентов.

Задачи исследования:

1. На основе теоретического изучения литературных источников выяснить и уточнить причины, влияющие на качество жизни пациентов с гипертонической болезнью.
2. Исследовать эмоциональное состояние пациентов с гипертонической болезнью.
3. Изучить влияние социально-демографических факторов на качество жизни и эмоциональное состояние больных с гипертонической болезнью.
4. Изучить психологические особенности больных с гипертонической болезнью и их связь с качеством жизни и эмоциональным состоянием.
5. Проанализировать современные точки зрения на методики исследования КЖ пациентов с гипертонической болезнью.
6. Дать рекомендации повышения качества жизни пациентов с гипертоническим заболеванием.

Объект исследования – пациенты с гипертонической болезнью.

Предмет исследования – качество жизни пациентов с гипертонической болезнью.

Методы исследования:

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме.
2. Эмпирический метод (наблюдение).
3. Психодиагностический метод (беседа).
4. Социологический метод (анкетирование).
5. Статистический метод (обработка статистических данных).

База исследования – кардиологическое отделение №2 ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода».

Время исследования: 2019 г.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

1.1. Гипертоническая болезнь, определение. Этиопатогенез. Классификация. Клиника.

Гипертоническая болезнь - это хроническое патологическое заболевание, которое проявляется стойкой и продолжительной систолодиастолической гипертензией, в развитии которой имеют значение дисфункция центральной нервной и нейроэндокринной систем, генетическая предрасположенность, а также мембрано-рецепторная патология, приводящее к структурной перестройке сосудов, сердца и почек.

Этиопатогенез

В развитие стойкой артериальной гипертензии принимают участие разнообразные факторы, регулирующие давление крови в физиологических условиях.

«Предрасполагающие факторы: наследственность, нервный фактор, эмоциональные перегрузки, стрессовые ситуации, эндокринные факторы, ожирение, употребление алкоголя, курение, гиподинамия, пожилой возраст, перенесенные заболевания почек и др.

Нервный фактор является одной из главных причин повышения давления. Это острые и хронические психо-эмоциональные стрессы, постоянное умственное перенапряжение, черепно-мозговая травма, гипоксия мозга. Определенное значение при этом придается появлению тахикардии, которая сопровождается увеличением сердечного выброса.

Гиперфункция эндокринных желез (гипофиза, щитовидной железы, половых желез) связана с выработкой гормонов, повышающих АД.

В развитии гипертонической болезни имеют значение и пищевые факторы. У лиц, потребляющих избыточное количество поваренной соли, регистрируется более высокие цифры АД. Задержка натрия в организме способствует отеку сосудистой стенки и повышению АД.

Отмечена роль генетического фактора; при двусторонней наследственности наследуется однотипный обмен веществ, что приводит к аналогичным нарушениям в выработке веществ, регулирующих артериальное давление. Под воздействием этих факторов происходит окончательное формирование артериальной гипертензии» [8,с.220].

Классификация

«Самая первая классификация АГ принадлежит немецкому врачу Фольгарду, который в ряде работ (1913-1920) стал подразделять ее на красную и бледную, предполагая прогнозировать течение болезни на основании внешнего вида больного.

- при бледной АГ происходит спазм мелких сосудов, кожа лица и конечностей при этом бледнеет, становится холодной на ощупь.

- при красной АГ в момент повышения АД лицо и тело краснеют, часто пятнами, что объясняют расширением капилляров кожи.

Классификация по происхождению:

Для лечения АГ крайне важно дифференцировать:

- первичную (эссенциальную, идиопатическую) АГ, которая, собственно, и представляет собой ГБ;

- симптоматическое повышение АД.

Классификация по характеру течения:

К концу 1930-х годов Г.Ф. Ланг не только разработал определение гипертонической болезни, но и предпринял попытку различить ее варианты.

При этом были выделены два варианта течения гипертонической болезни:

- доброкачественный (медленно прогрессирующий);

- злокачественный (быстро прогрессирующий) типы АГ.

- доброкачественная АГ проходит три стадии, которые различают по степени стабильности повышения АД, а также по наличию и выраженности патологических изменений в так называемых органах-мишенях.

- злокачественная АГ часто начинается в молодом и даже детском возрасте. Как правило, она имеет эндокринную природу и протекает очень тяжело. Для нее характерны стабильно высокое АД, симптомы гипертонической энцефалопатии (сильная головная боль, рвота, отек соска зрительного нерва и тяжелые поражения сосудов глазного дна, преходящая слепота, транзиторные параличи, судороги, кома), декомпенсация сердечной деятельности, прогрессирующая почечная недостаточность, олигурия (снижение количества мочи). В настоящее время злокачественная АГ встречается редко.

Изолированная диастолическая АГ встречается реже - всего в 6-9% случаев» [8,с.238].

В России наибольшую популярность имеет классификация АГ по степени поражения органов-мишеней (ВОЗ, 1996), т.е. по состоянию органов, кровоснабжение которых нарушается в результате АГ.

На этом основано подразделение доброкачественной АГ на три основные стадии.

«Стадии гипертонической болезни:

- I стадия - доклиническая, характеризуется сравнительно небольшим повышением САД до 140-160 мм рт.ст. и ДАД до 95-100 мм рт.ст. АД неустойчиво, во время отдыха происходит его нормализация. Возможны несильная головная боль, нарушение сна, снижение умственной работоспособности. На этой стадии нет признаков поражения органов-мишеней.

- II стадия отличается более высоким и устойчивым САД и ДАД, которые в покое составляют 160-180 и 100-110 мм рт.ст. соответственно. Для этой стадии характерны следующие клинические признаки поражения органов-мишеней:

1. Со стороны сердца - гипертрофия ЛЖ.
2. Со стороны глазного дна - сужение сосудов сетчатки.
3. Со стороны сосудов - распространенное и локализованное сужение артерий, наличие атеросклеротических бляшек (сонные артерии, аорта, подвздошные и бедренные артерии).
4. Со стороны почек - протеинурия и/или незначительное повышение концентрации креатинина в плазме (1,2-2 мг/100 мл).

- III стадия - АД достигает 220-230/115-130 мм рт.ст., иногда выше. На этой стадии характерны следующие осложнения:

1. Со стороны сердца - стенокардия, ИМ, СН.
2. Со стороны сосудов - атеросклеротические изменения в артериях (расслоение стенок аорты, закупорка артерий).
3. Со стороны почек - высокая концентрация креатинина плазмы (более 2 мг/100 мл), почечная недостаточность.
4. Со стороны мозга - нарушение мозгового кровообращения, инсульт.
5. Со стороны глазного дна - кровоизлияния, отек диска зрительного нерва, слепота» [1,с.116].

1.2. Факторы риска. Осложнения. Лечение. Профилактика.

Факторы риска

1. «Наследственность. Около 30 % случаев развития гипертонической болезни определяется наследственным фактором. Если родственники первой степени (родители, дедушки и бабушки, родные сестры и братья) страдали повышенным артериальным давлением, то возникновение ГБ имеет высокую вероятность. Риск возрастает в случае, когда проблемы с АД имелись у двух и более родственников.

2. Пол. По статистике, в большей степени предрасположенность к развитию ГБ наблюдается у мужчин, особенно в возрасте от 35 до 55 лет.

Однако у женщин этот риск увеличивается в климактерический период и с наступлением менопаузы.

3. Возраст. Проблемы с АД чаще наблюдаются у лиц старше 35 лет. При этом, чем больше возраст человека, тем, как правило, выше уровень артериального давления. Например, гипертоническая болезнь у мужчин в возрасте 20-29 лет наблюдается в 9,4 % случаев, а в 40-49 лет – в 35 %. При достижении 50-летнего возраста этот показатель увеличивается до 50 %. Стоит отметить, что мужчины до 40 лет страдают ГБ чаще женщин. После 40-летнего возраста это соотношение меняется в обратную сторону.

4. Стрессы. Эмоциональные перенапряжения или психические травмы заставляют организм вырабатывать гормон стресса – адреналин. Под его воздействием сердце бьется чаще, перекачивая в единицу времени больший объем крови, и давление возрастает. При длительных стрессах сосуды испытывают постоянную нагрузку и изнашиваются, поэтому повышенное АД становится хроническим.

5. Избыток соленой пищи. Натрий имеет способность удерживать воду в организме, а избыток жидкости в кровеносном русле является причиной повышения АД. При потреблении более 5,8 г соли в сутки возрастает риск возникновения гипертонической болезни.

6. Вредные привычки. Курение и злоупотребление алкоголем повышают риск возникновения ГБ. Компоненты табачного дыма при попадании в кровь провоцируют спазм сосудов и повреждение стенок артерий, что может вызвать образование атеросклеротических бляшек. При ежедневном употреблении крепких спиртосодержащих напитков уровень АД увеличивается на 5-6 мм рт. ст. в год.

7. Гиподинамия. Малоподвижный образ жизни повышает риск развития гипертонической болезни на 20-30 %. При гиподинамии медленнее происходит обмен веществ, а нетренированному сердцу сложнее справляться с нагрузками. Кроме этого, отсутствие умеренных физических нагрузок ослабляет иммунную систему и организм в целом» [8,с.127].

8. Ожирение. Люди с избыточной массой тела обычно страдают повышенным артериальным давлением. Это связано с тем, что ожирение часто является следствием вышеперечисленных факторов – малой физической активности, употребления большого количества соли и животных жиров.

Осложнения

Осложнением ГБ могут быть инсульты, инфаркты, острая сердечная недостаточность, также нарушения зрения, связанные с развитием ангио- и нейроретинопатии, гипертонический криз.

Виды гипертензивных кризов (по Кутаковскому).

1. «Нейровегетативный - больной возбужден, беспокоен, тремор рук, кожа влажная, тахикардия, в конце криза - обильное мочеиспускание.

Механизм гипердренергической системы.

2. Отечный вариант - больной заторможен, сонлив, диурез снижен, отечность лица, рук, мышечная слабость, повышение систолического и диастолического давления. Чаще развивается у женщин после злоупотребления поваренной солью, жидкостью.

3. Судорожный вариант - встречается реже, характерна потеря сознания, тонические и клонические судороги. Механизм - гипертензивная энцефалопатия, отек мозга. Осложнение – кровоизлияние в мозг или субарахноидальное пространство.

Пациенты во время гипертонического криза испуганы, возбуждены либо заторможены, сонливы; при тяжелом течении криза могут терять сознание» [Зс.160].

На фоне гипертонического криза и имеющихся органических изменений сосудов нередко могут возникать инфаркт миокарда, острые нарушения мозгового кровообращения.

«Одна из основных причин тяжелых сосудистых катастроф у молодых пациентов - симптоматическая АГ. Полное обследование для выявления АГ, связанной с заболеваниями почек, почечных артерий, надпочечников, щитовидной железы, возможно только в специализированных центрах.

Согласно этой классификации, выделяют три степени повышения АД:

- АД I степени - САД - 140-160 мм рт.ст., ДАД - 90-100 мм рт.ст.;

- АД II степени - САД - 160-180 мм рт.ст., ДАД - 100-110 мм рт.ст.;

- АД III степени - САД выше 180 мм рт.ст., ДАД выше 110 мм рт.ст. К

сожалению, довольно часто встречается бессимптомная форма АД» [4,с.132].

Лечение

«ГБ, как и некоторые другие хронические заболевания (например, СД или бронхиальная астма), невозможно полностью излечить. Однако болезнь можно контролировать, не допускать обострений и осложнений, сохранять нормальное самочувствие и работоспособность на долгие годы.

Именно такие цели: контроль АД, длительная ремиссия и оптимизация уровня жизни, предупреждение инсульта, ИМ, стенокардии и других осложнений - стоят перед медицинскими работниками и пациентом, вступающими на путь борьбы с этим недугом.

Терапию АД необходимо проводить постоянно, т.е. всю оставшуюся жизнь. В связи с этим главная задача врача - подобрать конкретному больному такие ЛС, которые бы снижали АД и при этом не оказывали неблагоприятного побочного действия.

Немедикаментозное лечение включает:

- снижение избыточной массы тела;
- увеличение ФА;
- уменьшение потребления алкоголя;
- потребление соли не более 5 г/сут;
- отказ от курения;
- коррекция питания;
- управление стрессом.

Немедикаментозные методы - не альтернатива медикаментозной терапии: они способствуют снижению АД, повышают эффективность приема ЛС.» [7,с.132].

Группы препаратов применяемые при лечении ГБ:

1. Ингибиторы АПФ. К данной группе относят эналаприл, рамиприл, фозиноприл, лизиноприл и пр. Противопоказанием является беременность, высокий уровень калия в крови, ангионевротический отек и двустороннее сужение почечных сосудов.

2. Блокаторы рецепторов к ангиотензину-1. Данная группа включает валсартан, кандесартан, ирбесартан, лозартан. Противопоказания такие же, как и у иАПФ.

3. β -адреноблокаторы. В группу входят небиволол, метопролол, бисопролол. Такие препараты не назначаются при бронхиальной астме и атриовентрикулярной блокаде 2-3 степени.

4. Антагонисты кальция. Эта группа включает амлодипин, нифедипин, верапамил, дилтиазем. и др. Первые два препарата противопоказаны больным с хронической сердечной недостаточностью и атриовентрикулярной блокадой 2-3 степени.

5. Диуретики. В данную группу входят спиронолактон, индапамид, гидрохлортиазид. Противопоказаниями к приему препаратов могут являться хроническая почечная недостаточность и высокий уровень калия.

Профилактика

«Включает в себя следующую структуру:

1. Ограничение чрезмерной физической нагрузки.
2. Ограничение соли и жидкости.
3. Исключить стрессовые ситуации.
4. Отказаться от приема никотина и алкоголя.
5. Прием преимущественно растительных жиров.
6. Сон не менее 8 часов.
7. Ежедневное измерение артериального давления.
9. Диспансерное наблюдение.
10. Постоянный прием гипотензивных препаратов

Умеренная физическая нагрузка. . Особенно полезны занятия спортом на свежем воздухе: ходьба, бег, лыжи, плавание.

Ограничение соли до 5 гр. в день. В качестве замены обычной соли можно использовать чеснок, пряные травы.

Исключить хронический стресс. Больше быть на свежем воздухе.

Отказ от вредных привычек. Не злоупотреблять никотином, алкоголем.

Вести здоровый образ жизни. Ежедневные прогулки на свежем воздухе, достаточный сон и полноценный отдых, устранение стрессов, умеренная физическая активность – все эти факторы укрепляют организм, защищая его от разного рода болезней и повышая устойчивость к вредным внешним воздействиям.

Постоянный прием поддерживающей дозы гипотензивных препаратов, рекомендованных врачом. Для метеозависимых больных в период смены погоды - ограничение как физических, так и психологических нагрузок» [5,с.238].

Полноценный 8 часовой сон, особенно с 22-00 часов, положительно сказывается на НС пациента и способствует нормализации АД.

1.3. Качество жизни. Определение. Составляющие качества жизни

«В целом качество жизни понимается как удовлетворенность индивида в физическом, социальном, психологическом и духовном плане. То есть, благополучие во всех сферах жизнедеятельности, оцениваемое индивидом по совокупности своих субъективных переживаний, а, следовательно, не всегда отражающее его состояние по объективным критериям (наличие патологических симптомов, уровню дохода, и др.), но в определённой мере зависящее от них» [7, с.111].

Большое число работ появилось за последнее десятилетие, посвященных проблемам гипертонической болезни, которые в корне изменили наши взгляды на проблему гипертонии в целом.

Составляющие качества жизни

Физическая сфера:

1. Физическая боль и дискомфорт.
2. Жизненная активность, энергия и усталость.
3. Сон и отдых.
4. Подвижность, способность выполнять повседневные дела.
5. Зависимость от лекарств и лечения.
6. Способность к работе.

Психологическая сфера:

1. Положительные эмоции.
2. Мышление, обучаемость, память, концентрация внимания.
3. Самооценка, образ тела и внешность.
4. Отрицательные эмоции.
5. Религия.
6. Личные убеждения.

Социальная сфера:

1. Личные отношения.
2. Физическая безопасность и защищённость.
3. Сексуальная активность.
4. Финансовые ресурсы.
5. Практическая социальная поддержка.
6. Возможности для отдыха и развлечения.
7. Окружающая среда (загрязнённость, шум, климат).
8. Транспорт.

Физическая сфера пациентов, страдающих гипертонической болезнью.

Головная боль при гипертонической болезни больным предоставляет большой дискомфорт. Иногда это чувство настолько невыносимо, что он принимает вынужденное положение. С поднятием высокого АД у него нередко возникает головокружение, что чревато неблагоприятными последствиями. Например, при сильном головокружении он может упасть и не подняться без помощи других людей. Так же падение может поспособствовать травматизму

или летальному исходу. Начало головной боли и резкое сильное головокружение при гипертонии внезапное, часто в ночные или предутренние часы.

Необходимо помнить, что после выявления гипертонической болезни, необходимо поддерживать здоровье не только с помощью лекарств, рекомендованных кардиологом, но и умеренно физической активностью.

Для раннего распознавания гипертонической болезни и для предотвращения осложнений необходимы ежедневные легкие физические нагрузки, например, быстрая ходьба. Часто повышенное давление возникает как результат пассивного образа времяпровождения. Можно начать с прогулок пешим ходом, отказавшись от лифта.

Позже можно увеличить нагрузку: полезна работа на свежем воздухе, занятия плаваньем, бег и катание на велосипеде. При этом нужно строго контролировать пульс. Оптимальное повышение пульса можно вычислить индивидуально для вашего возраста. Для этого от 200 нужно отнять ваш возраст – это максимальное значение, до которого может подниматься ваш пульс во время физического труда.

У пациентов с ГБ при наличии постоянных головных болей нарушается сон, при этом, как процесс засыпания, так и сам сон становится беспокойным, прерывистым. Это приводит к систематическому недосыпанию, быстрой утомляемости, снижению работоспособности, как в быту, так и на производстве. Больной вынужден по рекомендации врача соблюдать режим, не пропускать прием лекарственных препаратов, то есть быть зависимых от ряда факторов, благодаря которым, АД остается в пределах нормы. Такой постоянный самоконтроль угнетает больных и снижает их качество жизни.

Психологическая сфера

У всех пациентов с гипертонией наблюдаются нарушения в психологической сфере. Чаще всего это наблюдается в виде невроза - обычно навязчивых состояний, психостении и неврастении. Однако у пациентов она отличается от подлинной неврастении более яркой выраженностью

раздражительности и возбудимости. Пациенты, страдающие гипертонической болезнью, испытывают не только положительные эмоции, но и такие, как:

1. Тревожность.
2. Чувство внутреннего конфликта.
3. Сложные взаимоотношения с близкими и с сотрудниками.
4. Частые перепады настроения.
5. Ранимость.
6. Чрезмерная обидчивость.
7. Раздражительность, негативно влияющая на качество жизни.

Для больных с гипертонической болезнью характерно нарушение памяти, сопровождающиеся забывчивостью в связи с рассеянным вниманием. Отсюда следует, что им труднее запоминать, снижается уровень внимания и умственная работоспособность.

Кроме этого, больные находятся в депрессивных состояниях, часто с тревожной окраской, порой вплоть до развития бреда и обманов восприятия. При ухудшении состояния люди, страдающие артериальной гипертензией, могут начать ощущать угрозу со стороны окружающих вплоть до развития параноидного бреда («дважды два пять, и я знаю кто в этом виноват»), возможно, также появление взбудораженности (особенно к ночи). Достаточно часто эта симптоматика напрямую связана с гипертоническим кризом и проходит после нормализации артериального давления. Если же давление не удаётся сбить, возможно развитие делирия с яркими, чаще зрительными галлюцинациями.

«Самооценка обычно у таких пациентов снижается в связи с изменением уклада жизни. Чаще возникает апатия, вялость, пренебрежение к себе и лечению.

Форма тела и внешность у пациентов с артериальной гипертензией связаны с изменениями, которые происходят как в моральном, так и в физических планах, причиной которой, является пренебрежительное отношение к лечению и рекомендациям лечащего врача, наличием осложнений

(чаще сердечно сосудистые заболевания). Больные, как правило, недовольны своим внешним видом, хотя мало что могут и хотят менять. Как правило, обычно такие люди страдают ожирением, отёками, повышенной утомляемостью и сонливостью. Таких больных часто преследуют мысли о собственной неполноценности и бесперспективности.

Больным с артериальной гипертензией врач настоятельно рекомендует отказаться от приема алкогольных напитков, курения, адинамии связанной с сидячим образом жизни, избегать стрессовых ситуаций и не принимать всё «близко к сердцу».

Все вышеперечисленные причины становятся поводом для повышенного давления. Постоянство высоких показателей ведет к развитию психосоматической гипертонии.

Психическое состояние больных гипертонической болезнью чрезвычайно динамично. При благоприятном течении основного патологического процесса постепенно самочувствие улучшается, исчезают астенические симптомы, наблюдаются благоприятные сдвиги и в эмоциональной сфере. Все это способствует появлению у больного уверенности в выздоровлении. Большое значение здесь имеет нормализация образа жизни: отказ от вредных привычек, строгое соблюдение рационального режима питания, физической активности, организация досуга, выработка новых отношений с окружающими (изменение эмоциональных реакций или типа поведения). Все эти психогигиенические мероприятия проводятся по рекомендации врача. Его вдумчивые, тактичные, вовремя подсказанные советы, как больному, так и его ближайшим родственникам помогают пережить трудный период» [8,с.245].

Социальная сфера

«Считается, что гипертоническая болезнь не является болезнью социальной, т.е. она проявляется в различных сословиях и социальных группах. Однако нужно говорить о том, что многие бытовые ситуации, порождающие отрицательные эмоции, могут приводить к артериальной гипертензии. Среди них неблагоустроенность быта, постоянные неудовлетворенность и тревога,

конфликты в семье. Наибольшую роль среди этих факторов играют такие, как одиночество.

От курения больному страдающим таким недугом следует отказаться навсегда. Даже одна сигарета в день вредит сердечно сосудистой системе, что значительно снизит качество жизни больного.

При нарушении половой гармонии растет чувство неудовлетворенности, что ведет к постоянному напряжению и способствует развитию артериальной гипертензии» [7,с.123].

Одной из проблем у больных с артериальной гипертензией являются финансовые ресурсы. Больному необходимо пожизненно приобретать препараты для снижения артериального давления. С развитием заболевания у больного значительно снижается трудоспособность. Отсюда следует, что люди страдающие таким недугом не могут работать как раньше или вовсе становятся безработными. В связи с этим у них значительно тратятся и снижаются финансовые ресурсы. Не все могут постоянно приобретать препараты, находится на санаторно-курортных лечениях по рекомендациям врача.

«Один из важнейших бытовых факторов риска заболевания ГБ связан с тем, что не все больные соблюдают режим дня, труда и отдыха. Общеизвестно, что человеку лучше ложиться и вставать в определенные часы, спать не менее 8 часов в сутки, чередовать периоды напряженного труда с периодами полноценного отдыха. И если в молодости наш организм с большей терпимостью относится к режимным сбоям, к бессонным ночам, то с возрастом нарушения режима могут спровоцировать развитие артериальной гипертензии.

Необходимо также сказать несколько слов о такой, незначительной на первый взгляд детали, как внешний вид жилья, в частности о цветовой гамме обстановки, которая нас окружает. Психологи считают, что цвет оказывает серьезное влияние на состояние психики большинства людей. Так, например, красный и оранжевый цвета вызывают сильное возбуждение центральной нервной системы, что способствует активной выработке так называемого «гормона стресса» адреналина и повышению давления. Если такое воздействие

постоянно, для людей с чувствительной психикой и неблагоприятной наследственностью это может стать причиной устойчивых болезненных состояний, которые в итоге приводят к заболеванию» [8, с. 324].

«Негативно влияет на нервную и сердечно-сосудистую систему больных с артериальной гипертензией содержание в воздухе выхлопных газов, в частности – окиси углерода, свинца, которыми особенно «богаты» высокооктановые сорта бензина, и других тяжелых металлов. Это один из факторов риска гипертонической болезни, связанный с местом проживания. ГБ не зря называют «болезнью урбанизации» и сопряженных с ней явлений – стрессов, высокого темпа жизни, экологических сдвигов и пр. В тех районах современного мира, где образ жизни изменился мало, где нет процессов урбанизации (поселения австралийских аборигенов, Новой Гвинеи, островов Тихого океана), больных гипертонией практически нет.

Отдельно необходимо сказать и о таком факторе риска заболевания ГБ, напрямую связанном с урбанизацией, как шум, который оказывает на больного резко негативное воздействие на центральную нервную систему. Раньше шум воспринимался как сигнал тревоги, указывал на опасность, стимулируя быструю активизацию нервной и сердечно-сосудистой деятельности, побуждал к борьбе или бегству. Известно, что люди, проживающие в городе более склонны к заболеваниям ССС, одним из которых является гипертоническая болезнь. В частности, доказано, что даже кратковременный шум мощностью 60–90 дБ вызывает увеличение выработки различных гормонов, в частности – адреналина, сужение сосудов, повышение артериального давления, что особенно характерно для людей с наследственной предрасположенностью к гипертонии и населения проживающего в городе. Отсюда следует что городское население практически не бывает на природе, не дышит свежим воздухом. Это приводит к повышенной усталости, снижается жизненная энергия, которая оказывает негативное влияние на качество жизни пациента» [8,с.333].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

2.1 Результаты собственного исследования

Исследовательская работа проводилась на базе кардиологического отделения №2 ОГБУЗ «Городская больница №2 города Белгорода» методом анкетирования. В исследовании участвовали 30 пациентов. В результате исследовательской работы были выявлены следующие данные:

Из 30 респондентов (60%) находились на лечении не впервые, (40%) – повторно. Таким образом, пациенты чаще лечатся в больнице (Рис.1).

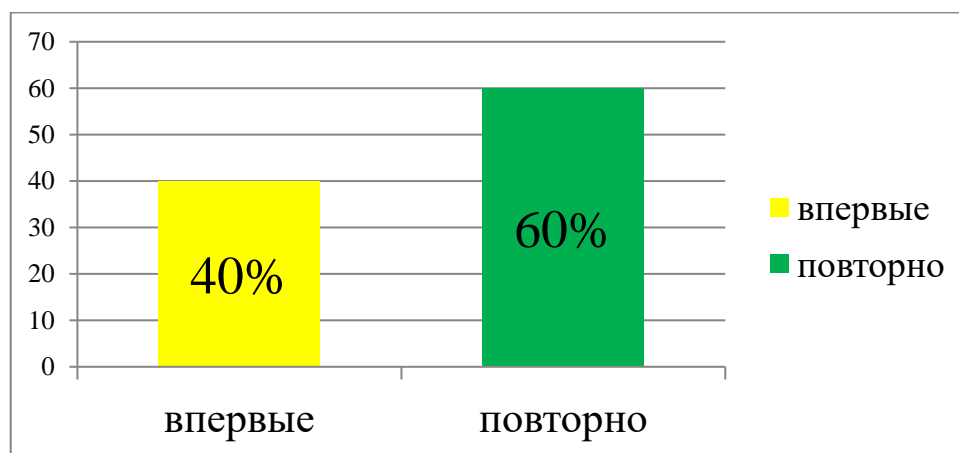


Рис.1. Лечение ГБ в больничных условиях

По полу одинаковую часть составляют мужчины и женщины (Рис.2).

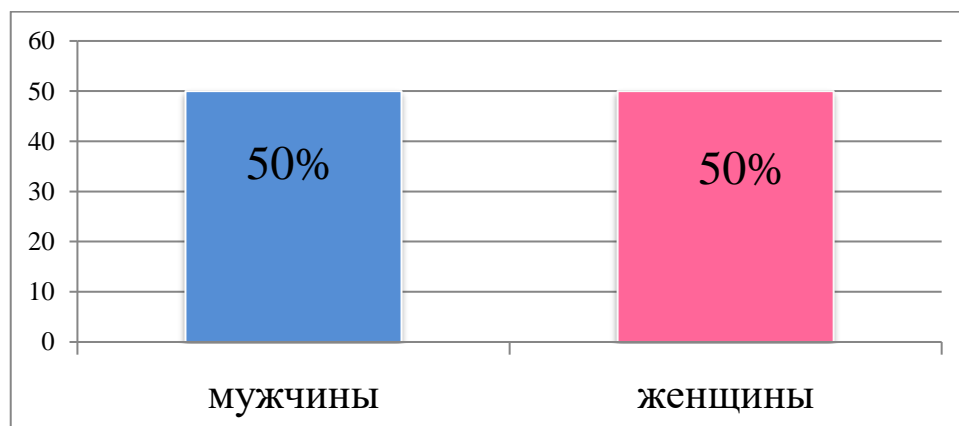


Рис.2. Гендерные данные

Соотношение по возрасту: до 40 лет (10%), от 40 – 60 лет (53%), и (37%) - старше 60 лет. (Рис.3).

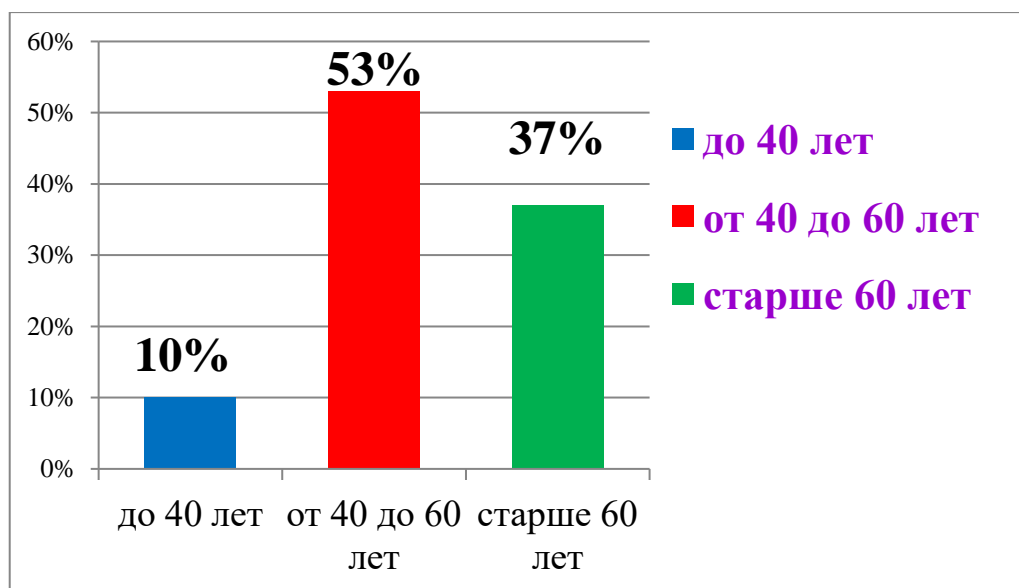


Рис.3. Соотношение пациентов с гипертонической болезнью по возрасту

Наибольшее количество пациентов имеют средне специальное образование (59%). Высшее – (24%), а среднее – (17%) пациентов. То есть, уровень образования пациентов с гипертонической болезнью довольно высок (Рис.4).

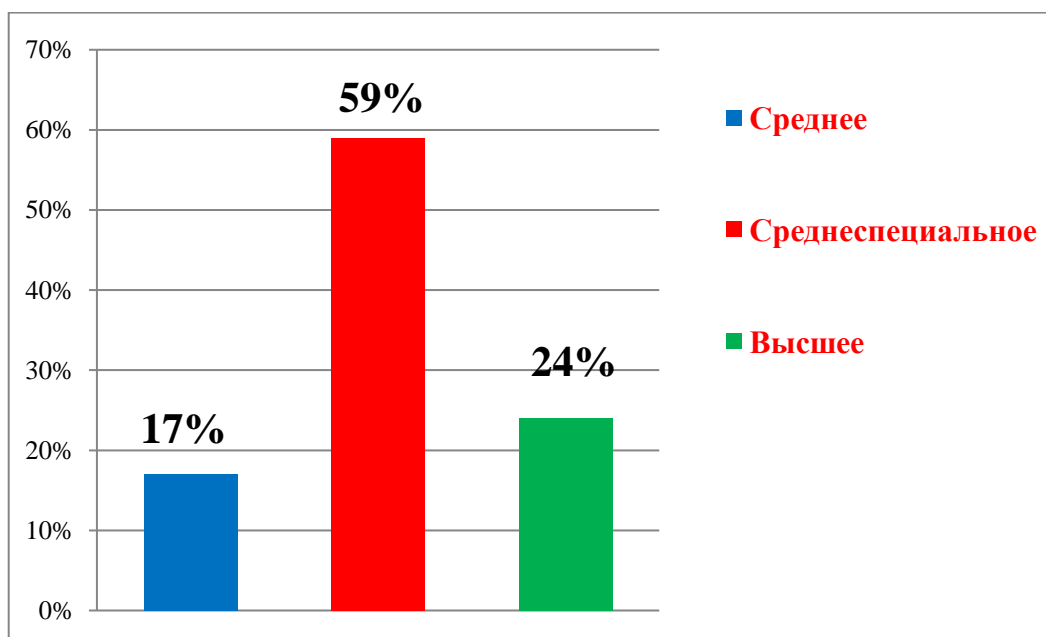


Рис.4. Соотношение пациентов с гипертонической болезнью по уровню образования

Устраивает уровень образования 90% пациентов. И лишь 10% были не удовлетворены им (Рис.5).

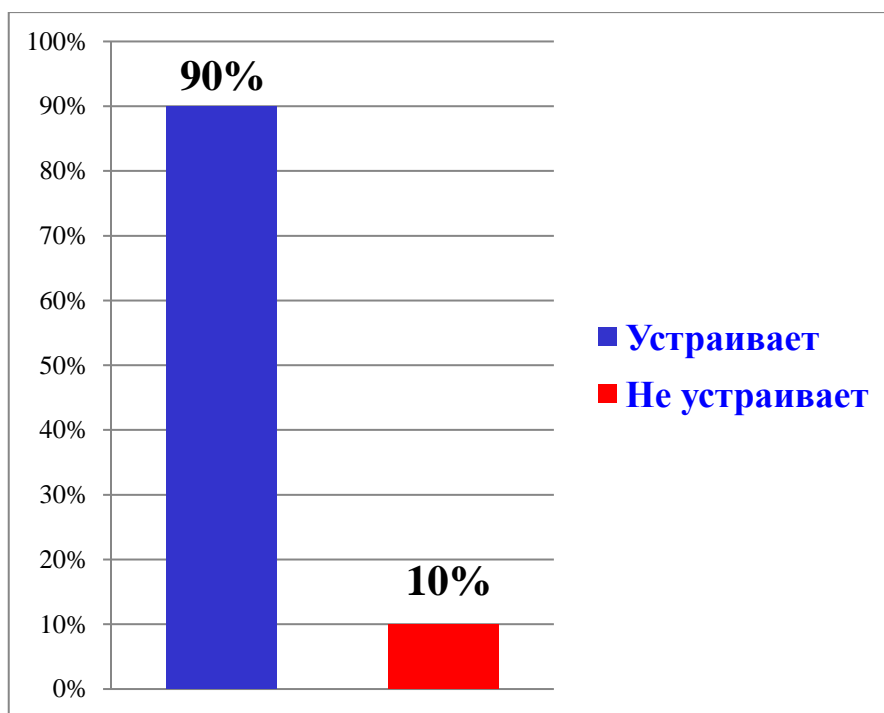


Рис.5. Удовлетворённость уровнем образования

Из семейного положения удалось выяснить что состоят в браке (68%); в разводе, вдовствующие, одинокие – (32%) пациентов. Отсюда следует что большое количество преобладает людей состоящих в браке. (Рис.6).

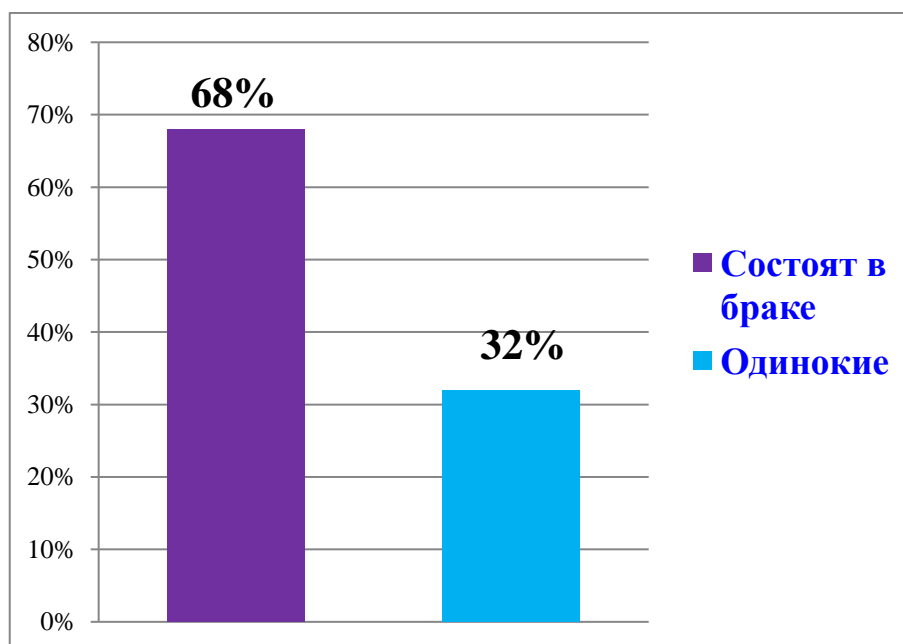


Рис.6. Семейное положение

Хорошо могут передвигаться 20% пациентов, (30%) ответили средне, а (50%) ответили плохо. Таким образом, половина пациентов с артериальной гипертензией имеют проблему с передвижением (Рис. 6).

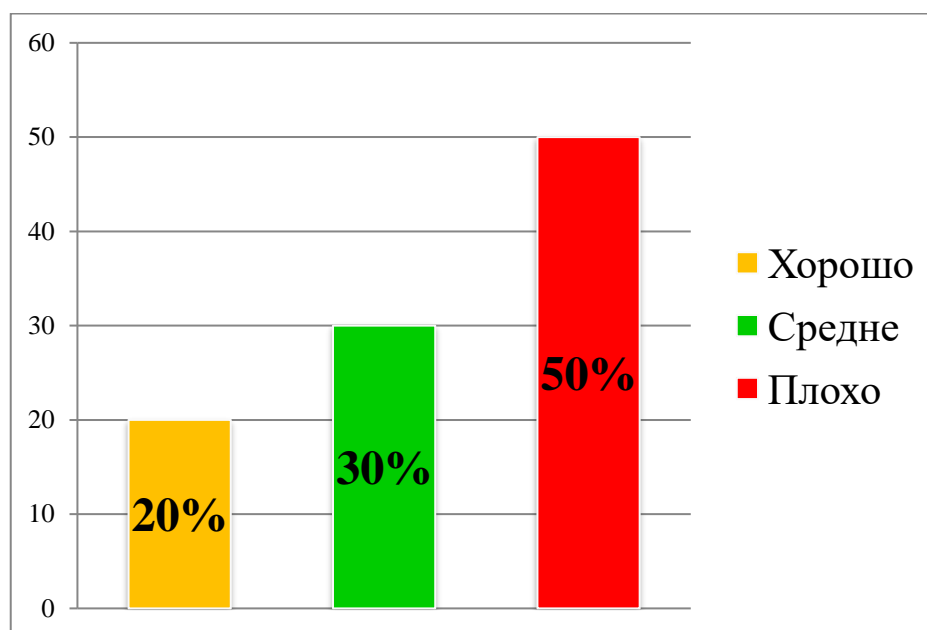


Рис. 6. Качество передвижения с гипертонической болезнью

Сами себя могут обслуживать 60% опрошенных, не могут – (20%); частично себя обслуживают – (30%) (Рис.7).

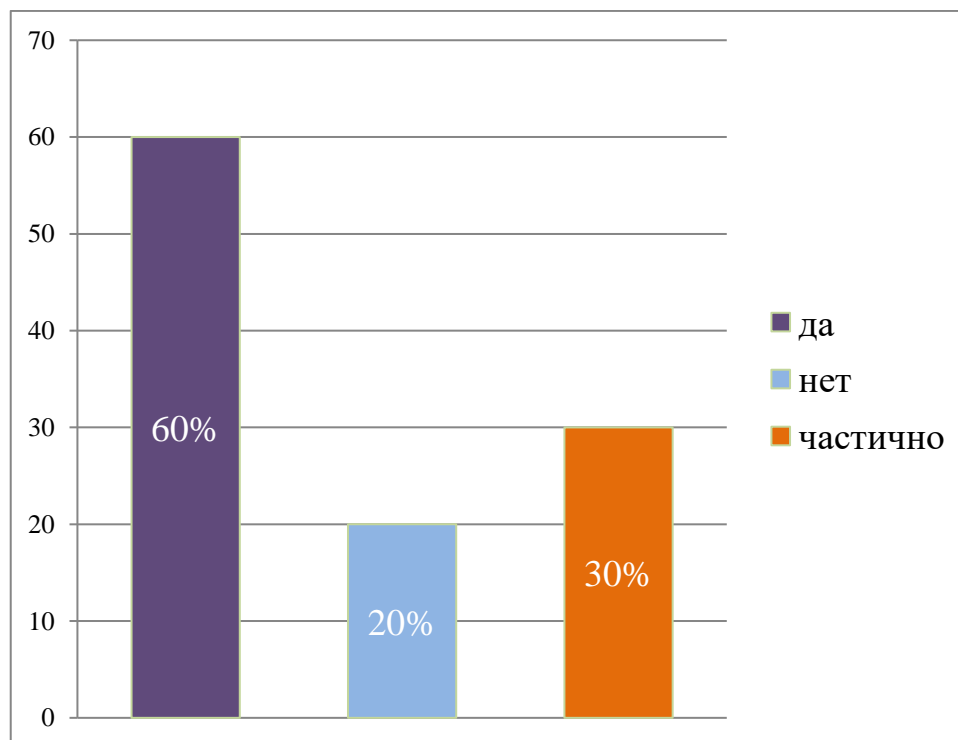


Рис.7. Самообслуживание

С появлением заболевания отмечают снижение переносимости физических нагрузок (50 %) опрошенных. Не отметили – (20%). Частично – (30%) (Рис.8).

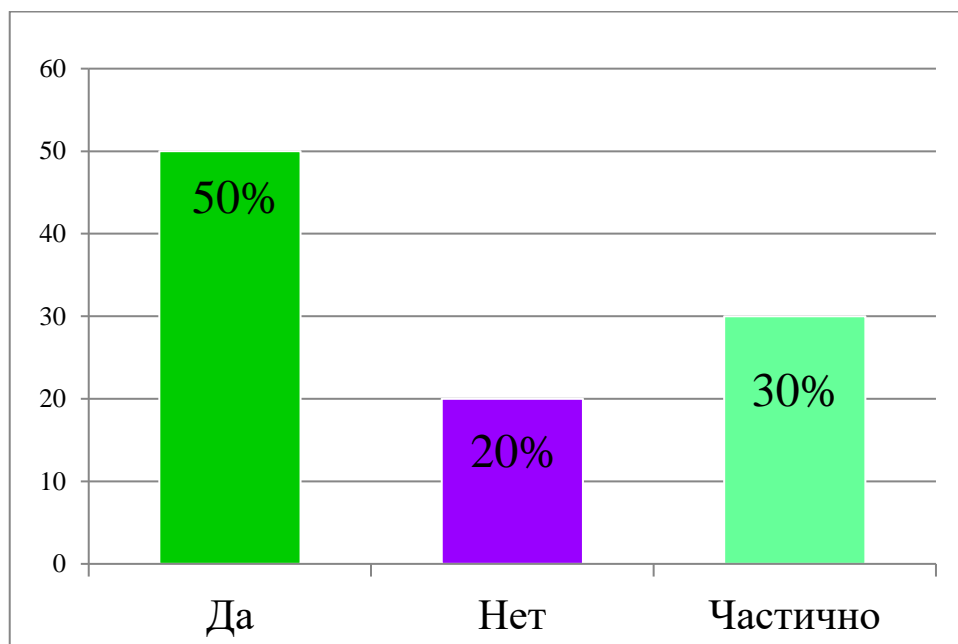


Рис.8. Качество выполнения физической нагрузки

Важность выполнения повседневной деятельности считают: Очень важно – (65 %). Важно – (25%). Неважно – (10%) пациентов (Рис. 9).

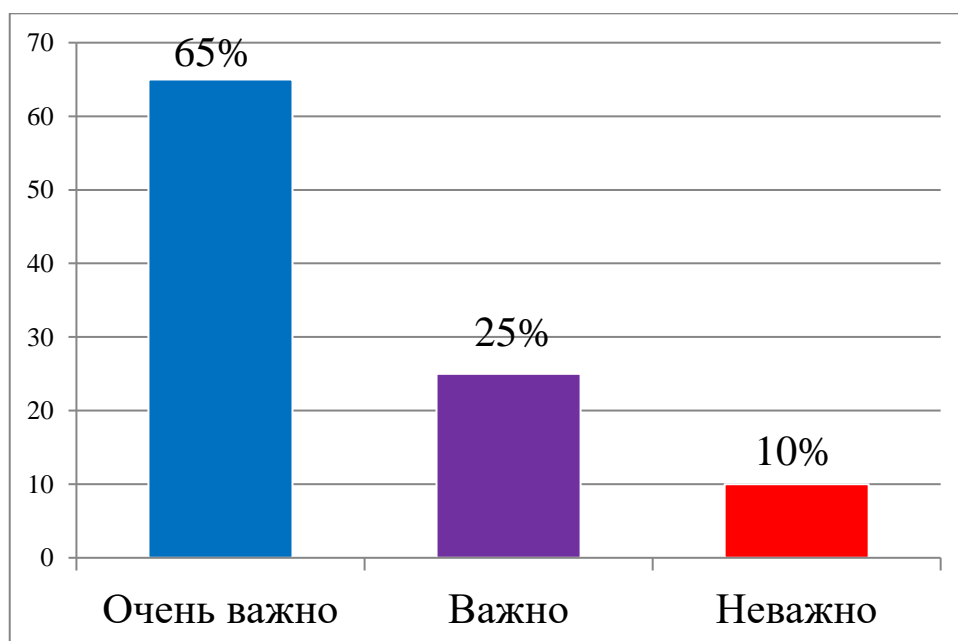


Рис.9. Важность выполнения повседневной деятельности

Так же в ходе исследования удалось выяснить качество сна: (17 %) пациентов считают, что у них хороший сон, (60%) пациентов ответили, что спят беспокойно. Очень плохо спят (несколько раз просыпаются за ночь) (23%) (Рис. 10).

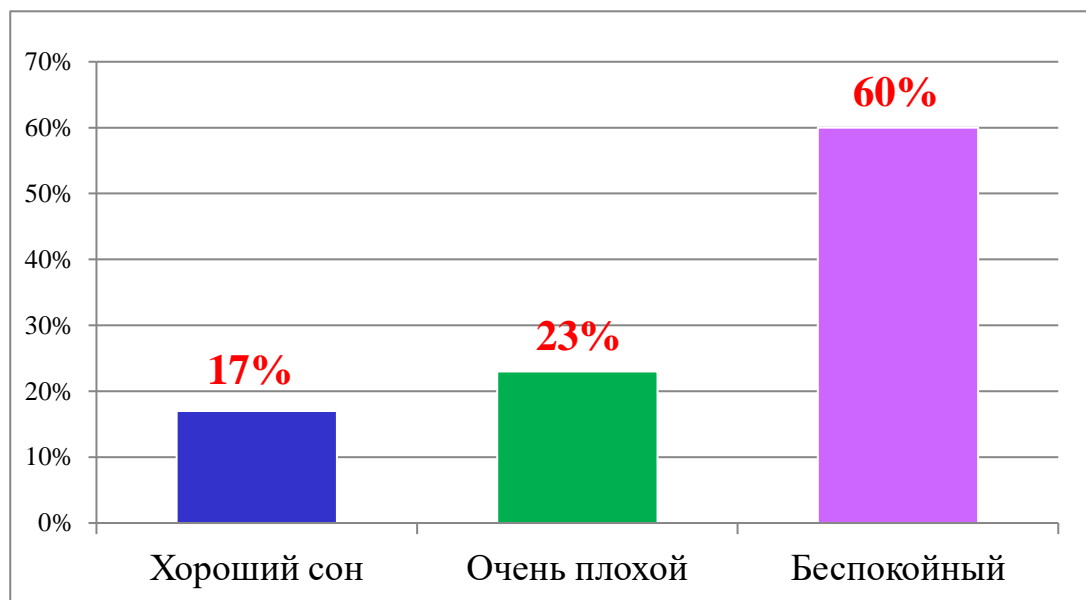


Рис.10. Качество сна у пациентов

В ходе исследования ответили на вопрос: «Сколько часов длиться Ваш сон?» (55 %) пациентов ответили 6 часов и менее, (35 %) пациентов спят 8 часов, и лишь (10%) - 9 часов и более (Рис. 11).

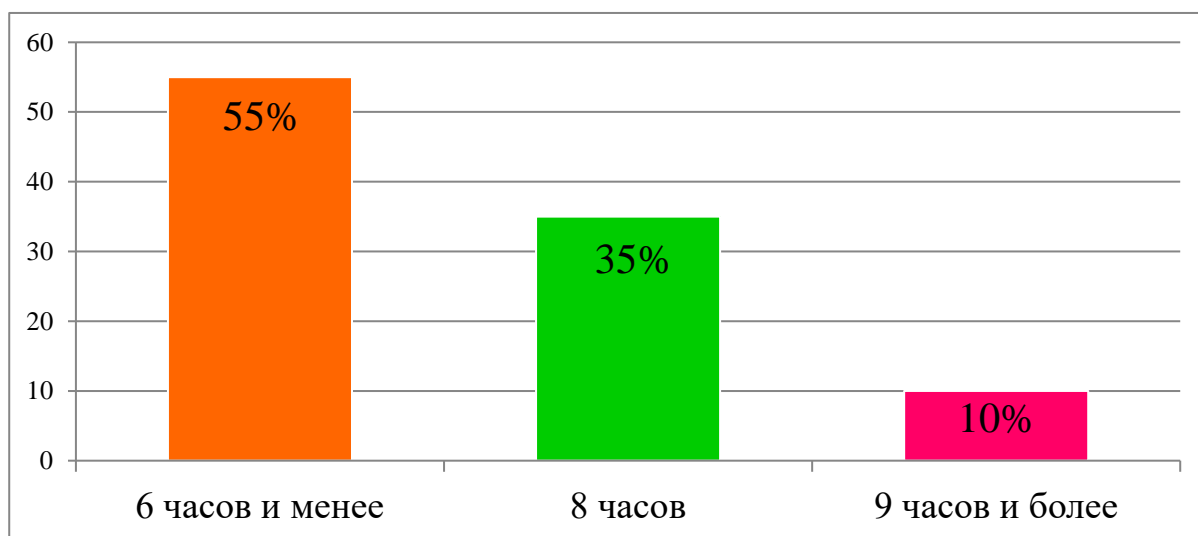


Рис.11. Продолжительность сна

Ложатся спать (60 %) пациентов до 22 час, (25 %) - с 22 до 23 часов, и лишь (15 %) предпочитают отход ко сну после 23 час. Таким образом, мы видим, что большинство больных стараются ложиться спать вовремя (Рис.12).

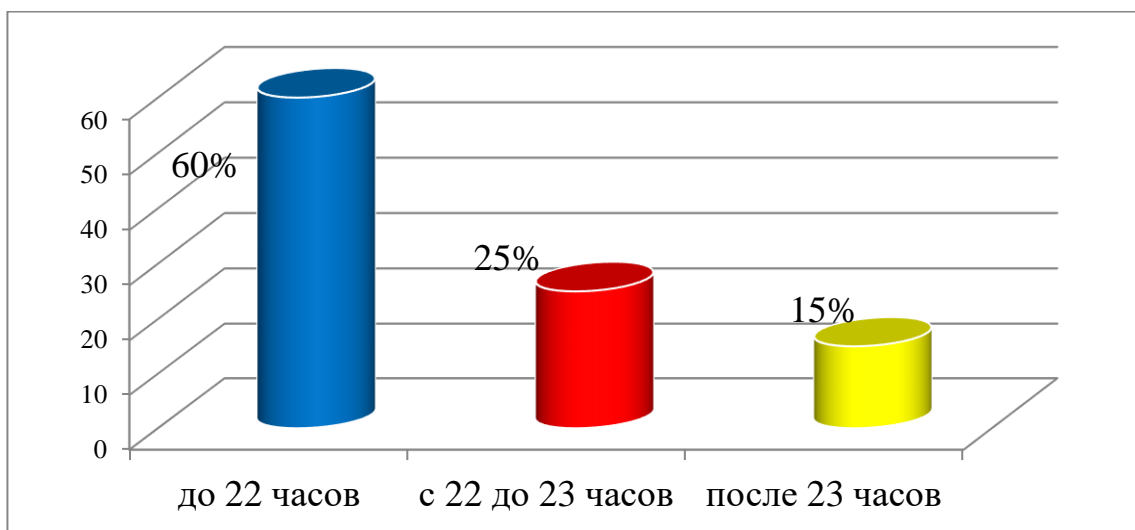


Рис.12. Время отхода ко сну

Как часто больные испытывают радость и удовольствие от приятных вещей в жизни, мы выяснили что (58%) больных часто, иногда испытывают её (31%) пациентов, и никогда не испытывают радость в своей жизни (11%) пациентов. То есть, несмотря на тяжесть своего состояния, больные с ГБ продолжают испытывать радость жизни. Отсюда следует что качество жизни больных зависит не только от тяжести заболевания, но и как сам человек относится к самому себе и здоровью (Рис.13).

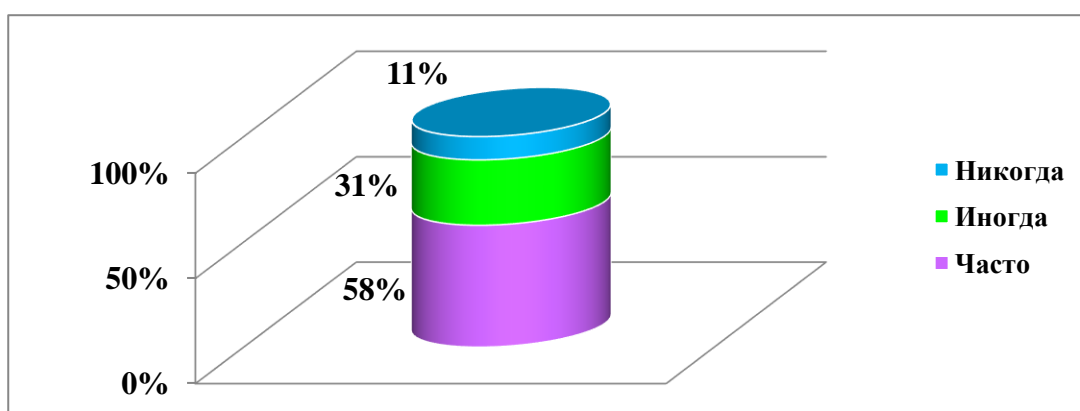


Рис.13. Способность испытывать радость в жизни

Считают, что у них хорошая память (36%) пациентов, что плохая память (38%) пациентов. Отмечают, что память стала хуже (26%) пациентов. Таким образом, мы видим, что гипертоническая болезнь значительно влияет на память и внимание (Рис. 14).

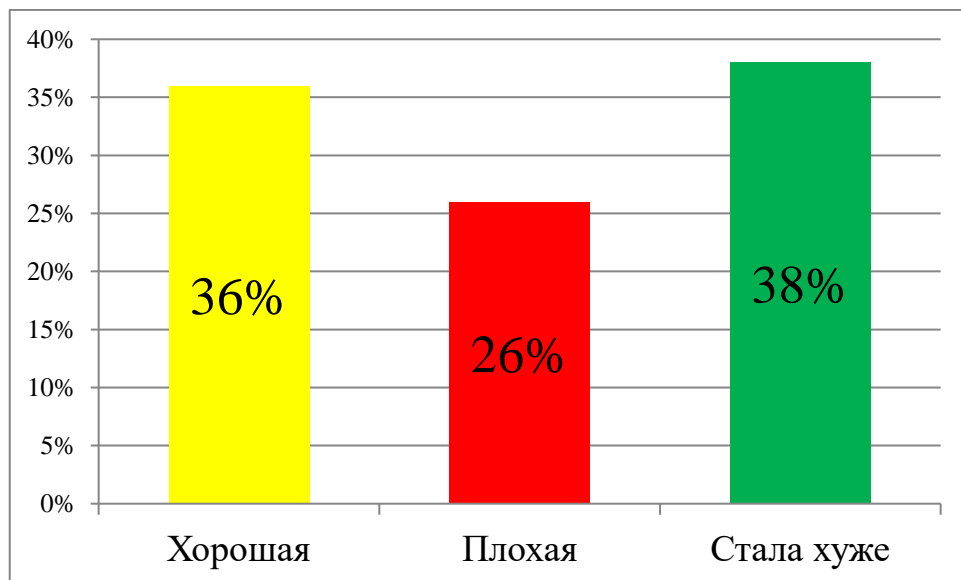


Рис.14. Оценка пациентами уровня своей памяти

Более половины пациентов испытывают уныние, тревогу, беспокойство, (58%), и лишь изредка – (34%) пациентов. Никогда не испытывают тревоги (8%) опрошенных пациентов. (Рис.15).

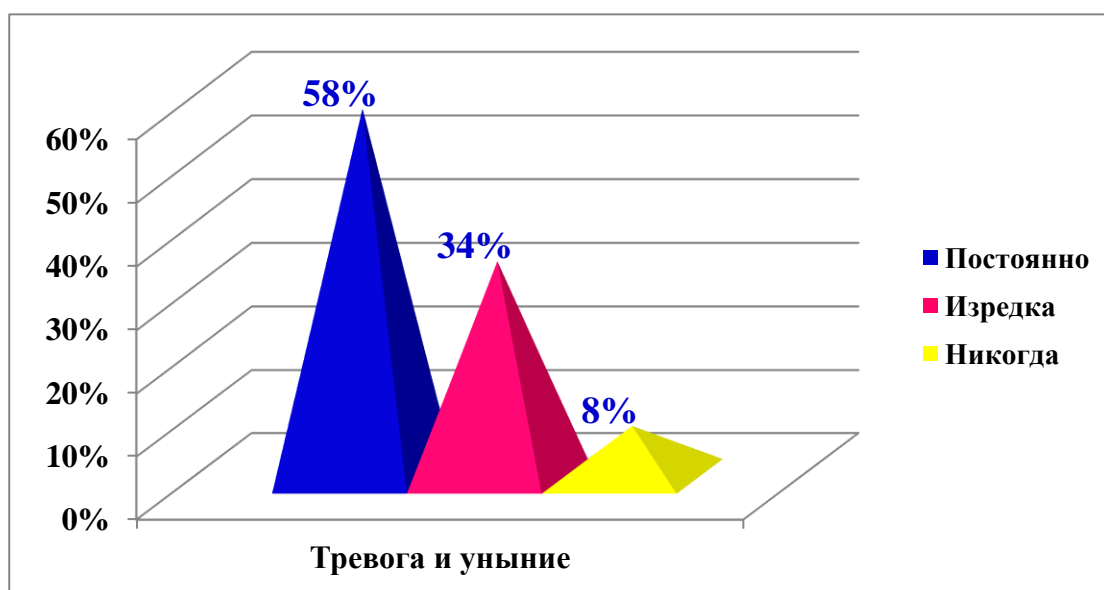


Рис.15. Испытывают беспокойство, тревогу и уныние

В настоящее время пациенты считают своё здоровье как очень плохое (11%) опрошенных. Как плохое – (43%) пациентов. Как удовлетворительное – (40%) пациентов. Как хорошее – (6%) опрошенных пациентов. Почти половина опрошенных пациентов считают уровень своего здоровья удовлетворительным или хорошим, что улучшает их КЖ (Рис.16).

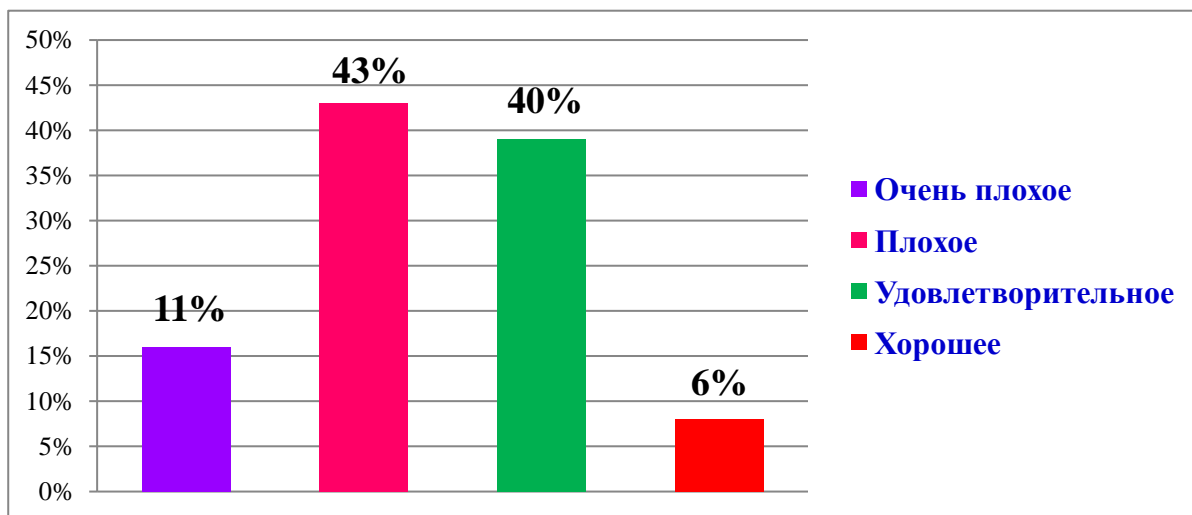


Рис.16. Оценка пациентами уровня своего здоровья

Имеют представление, что такое гипертония (70%) опрошенных, не имеют понятия о своём заболевании (30%) пациентов (Рис. 17).

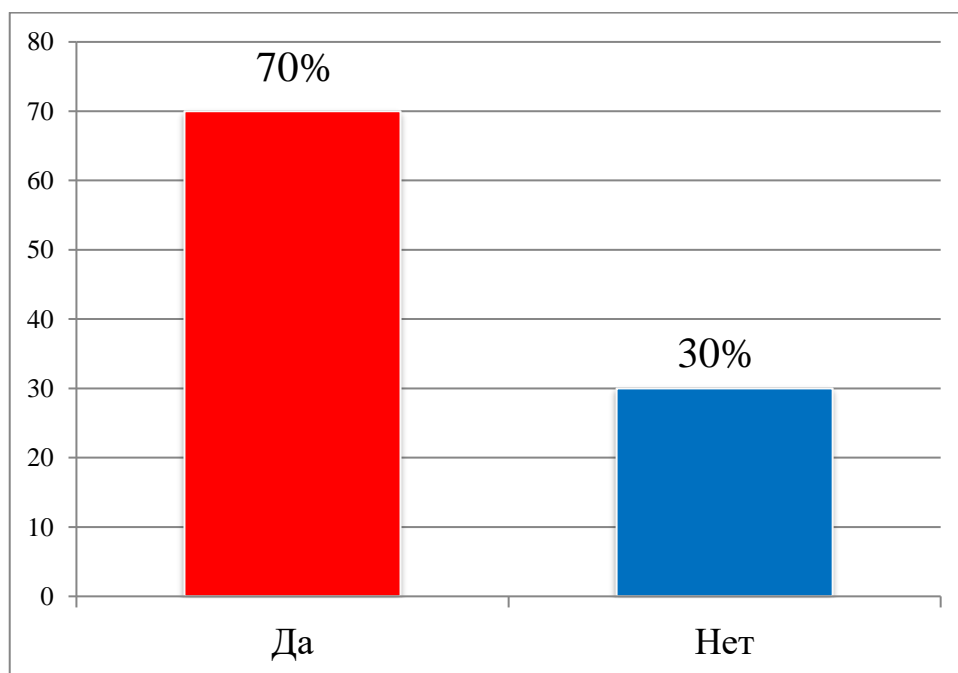


Рис.17. Знание о своём заболевании

Узнали впервые, что такое гипертоническая болезнь большинство пациентов от родственников – (50%); от медработника – (30%); из СМИ – (20%) (Рис. 18).

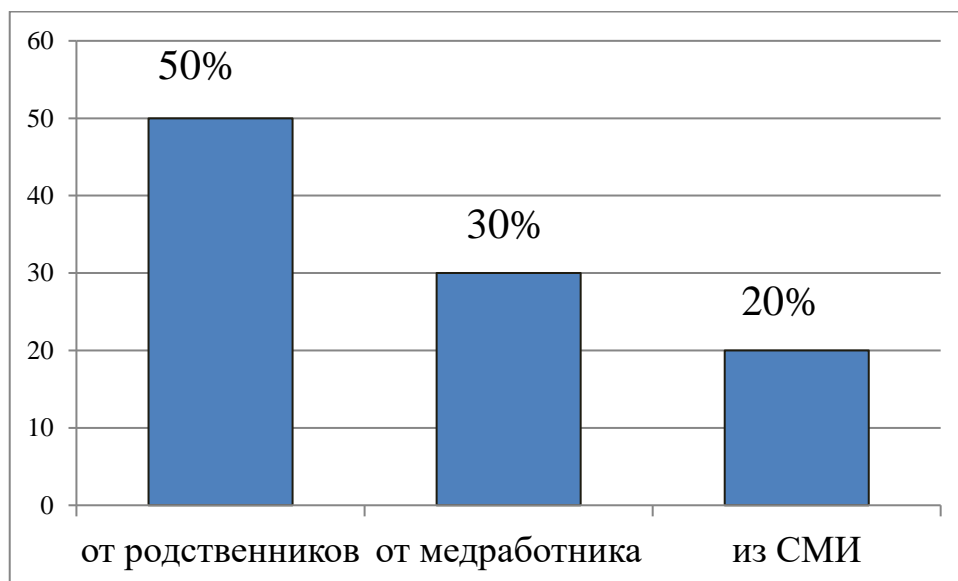


Рис.18. Источник первых познаний о ГБ

Большинство пациентов считают, что мало знают о своём заболевании. Поэтому на вопрос: «Необходимо ли Вам больше информации о таком заболевании, как гипертония, и методы её профилактики?» ответили: Да – (90%), Нет – (10%) (Рис. 19).

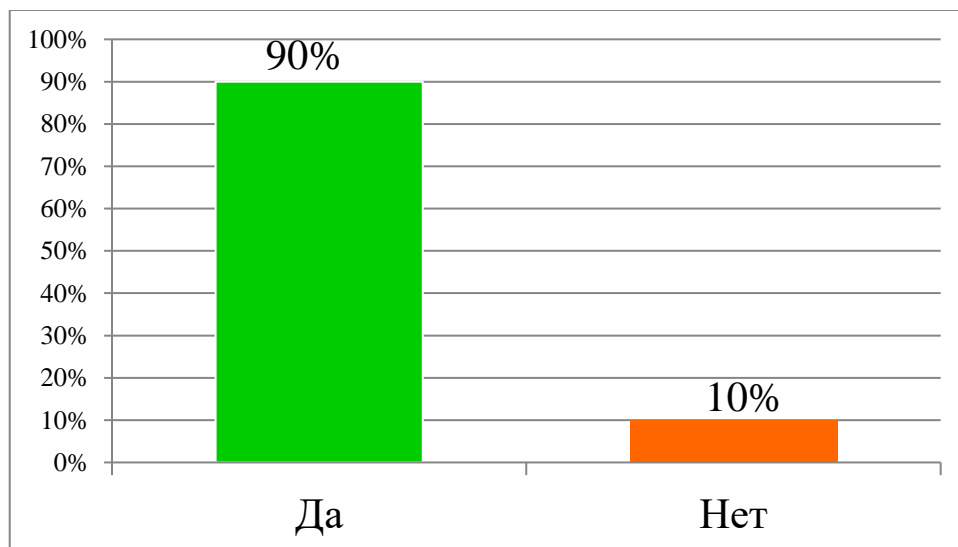


Рис.19. Необходимость получения большей информации и методов профилактики гипертонии

Знают, что у родственников имеются заболевания ССС (80%) пациентов, и не имеется у (20%) опрошенных. То есть, наследственность оказывает большое влияние на возникновение заболеваний ССС и на уровень качества жизни (Рис. 20).

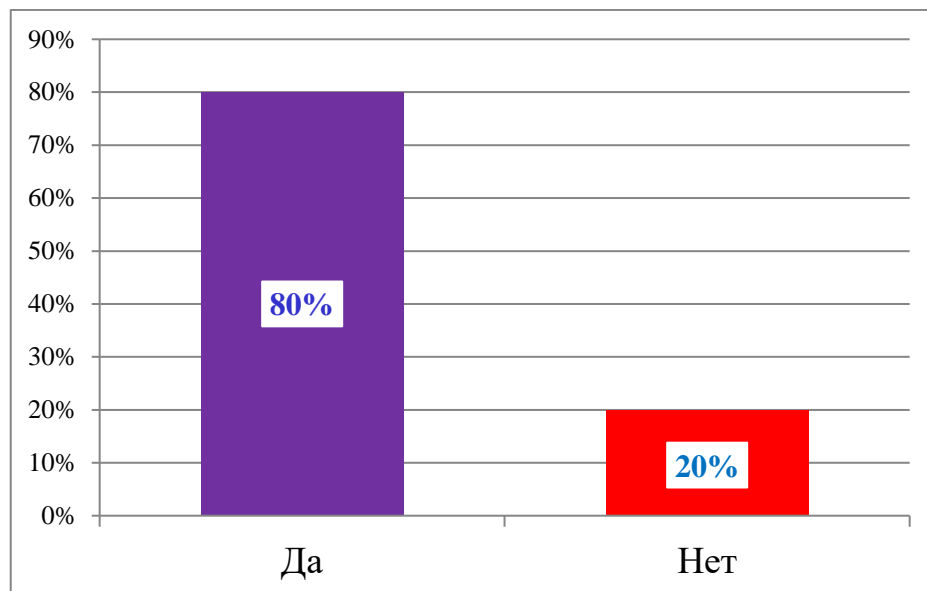


Рис.20. Влияние наследственности на возникновение заболеваний ССС

Регулярно посещают врача (54%) пациентов, а (38%) пациентов обращаются к врачу, только при ухудшении состояния, и лишь (8%) не наблюдаются. То есть мы видим, что большинство больных регулярно наблюдаются у врача, что способствует повышению КЖ (Рис. 21).

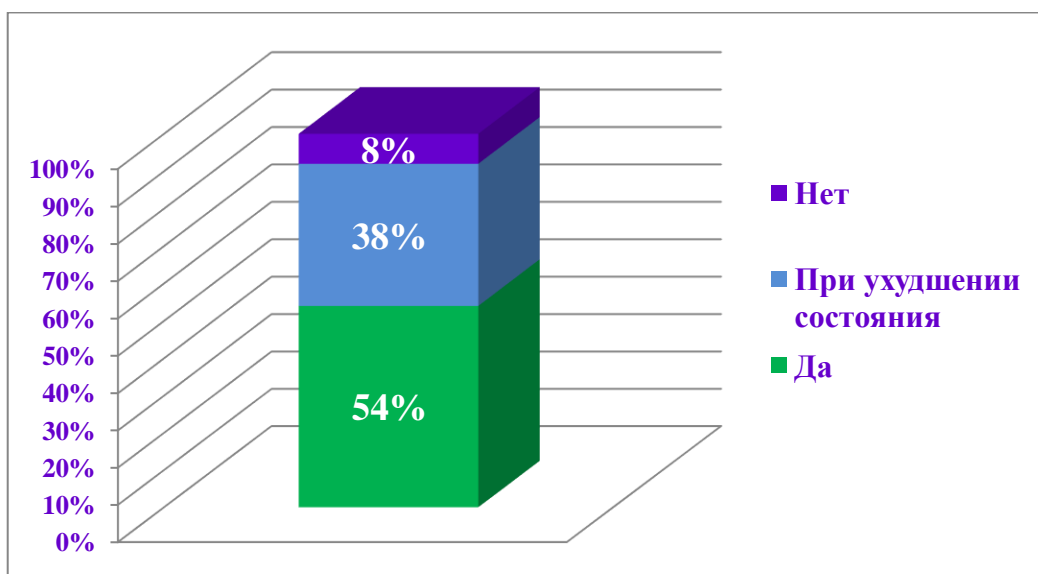


Рис.21. Регулярность посещения врача

Большинство пациентов (60%) выполняют назначение врача регулярно, а (40%) - выполняют его, только при ухудшении состояния. Т. е, большинство больных серьезно относятся к своему здоровью (Рис.22).

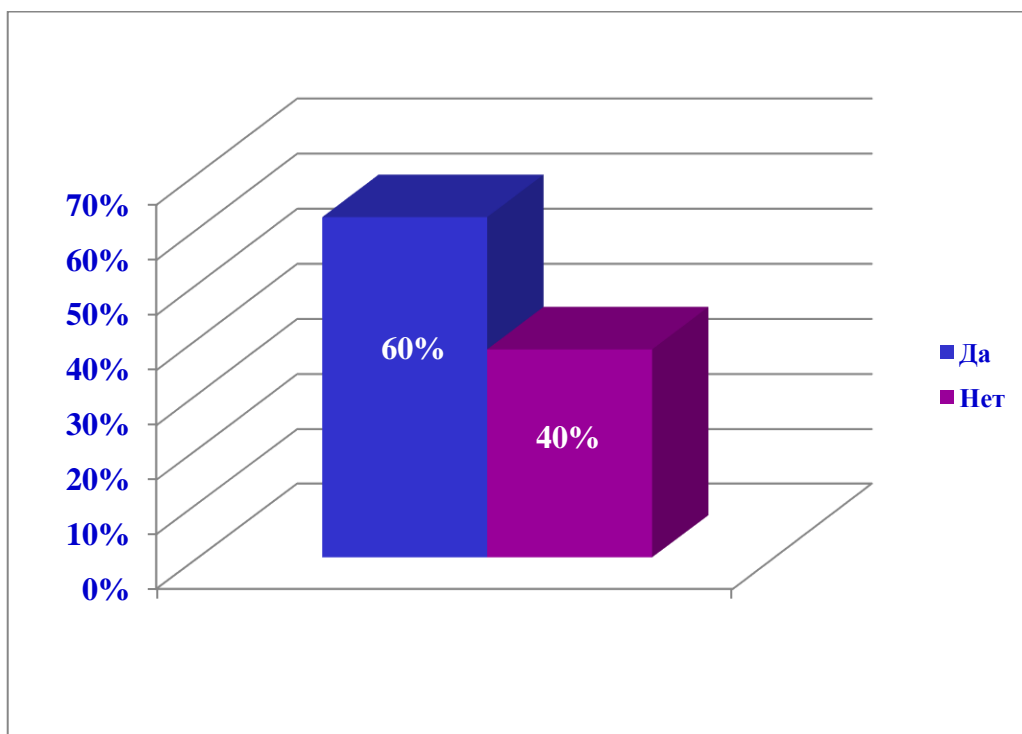


Рис. 22. Регулярность выполнения назначений врача

Большинство пациентов ответили, что у них дома имеется тонометр, и они умеют им пользоваться – (95%), и (5 %) не имеют, либо не умеют им пользоваться. (Рис. 23).

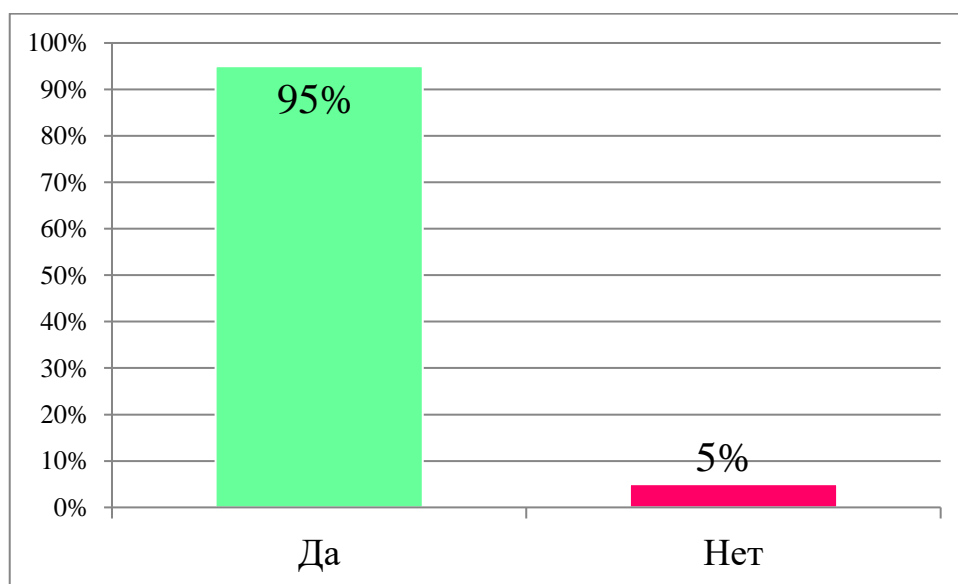


Рис.23. Наличие тонометра и умение им пользоваться

Большинство больных считают, что их работа связана со стрессом и физической нагрузкой – (60%) и лишь (40%) считают, что особых стрессов и физической нагрузки на работе не испытывают (Рис. 24).

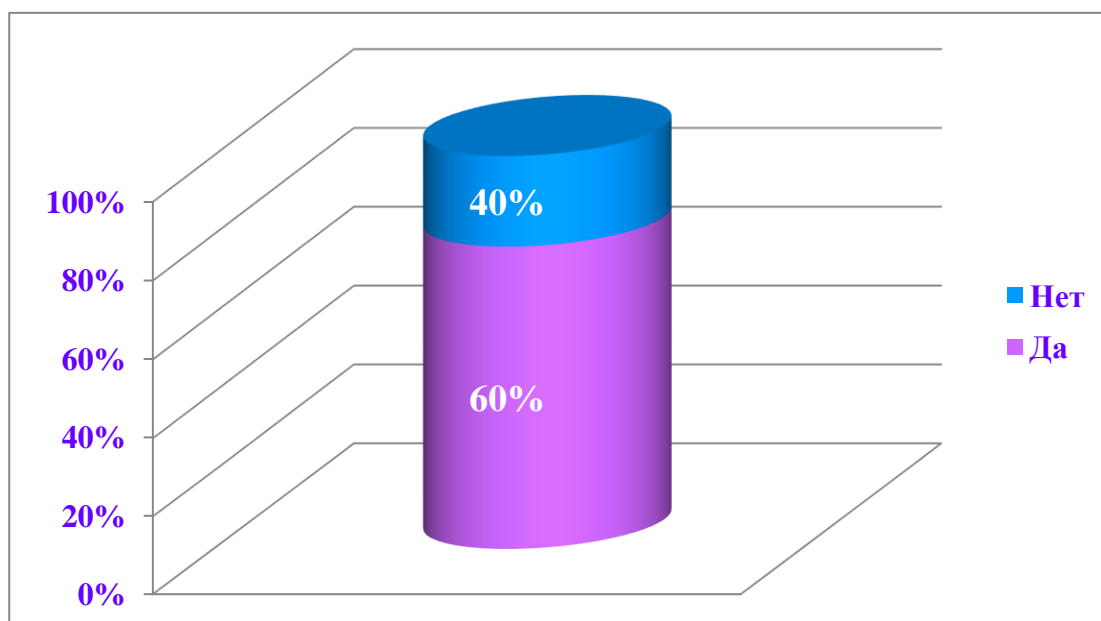


Рис.24. Наличие стрессов и физической нагрузки в жизни больных с ГБ

У (70%) опрошенных пациентов работа связана с длительным нахождением перед компьютером, не связана - у (30 %) опрошенных (Рис. 25).

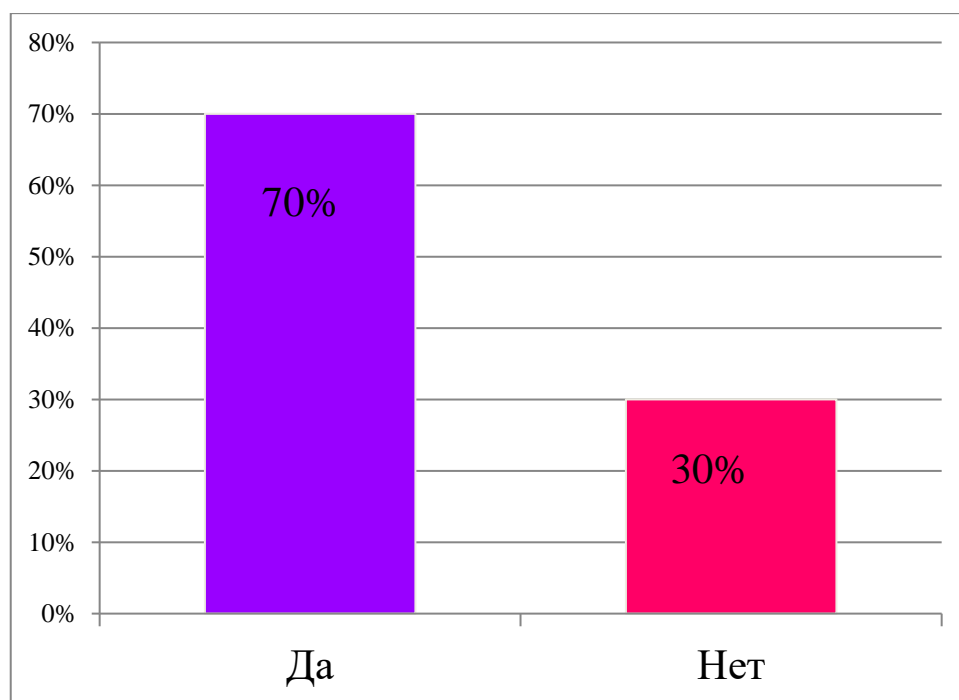


Рис.25. Работа с длительным нахождением перед компьютером

Испытывают стрессовые ситуации в семье (75%) пациентов, и лишь (25%) вовсе не испытывают (Рис. 26).

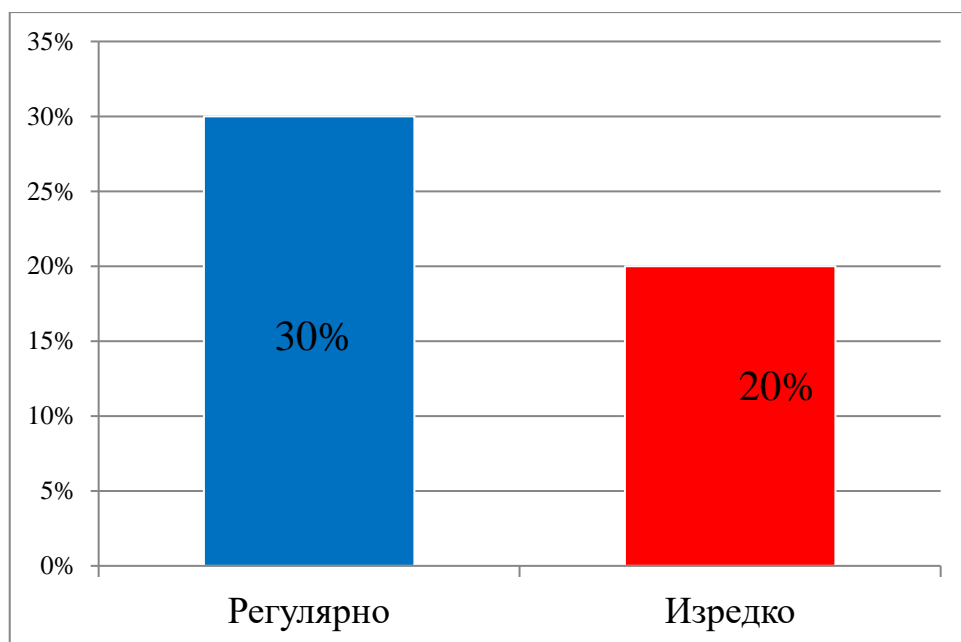


Рис.26. Наличие стрессовых ситуаций в семье

Среди опрошенных, несмотря на своё заболевание, (33%) составили курильщики, (67%) вовсе не курят, злоупотребляют алкоголем (22%) пациентов, не злоупотребляют (78%). Таким образом, следуя статистике, большинство больных с артериальной гипертензией не курят и не употребляют алкоголь, что положительно сказывается на их качество жизни (Рис. 27).

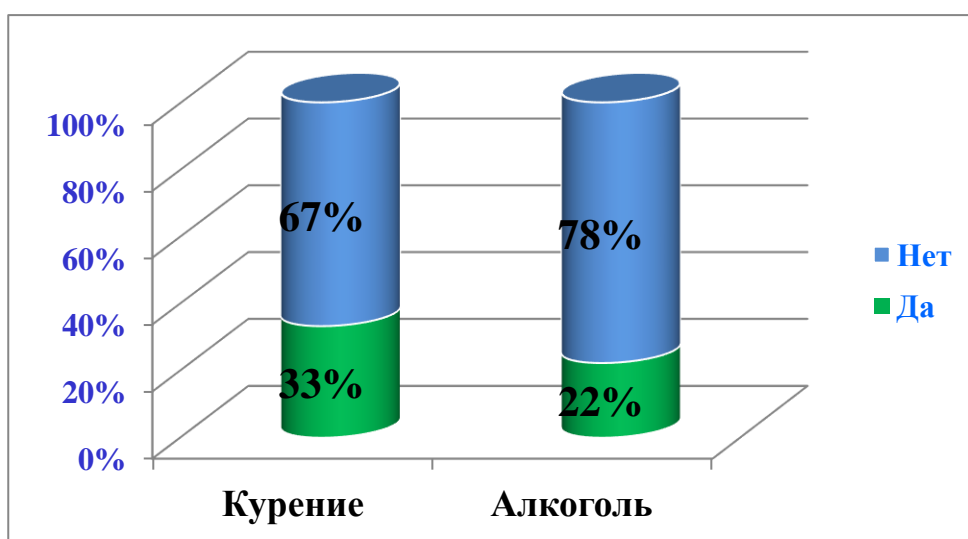


Рис.27. Курение и употребление алкоголя больным с ГБ

Имеют избыточную массу тела 76% пациентов, не имеют – (24%) опрошенных (Рис.28).

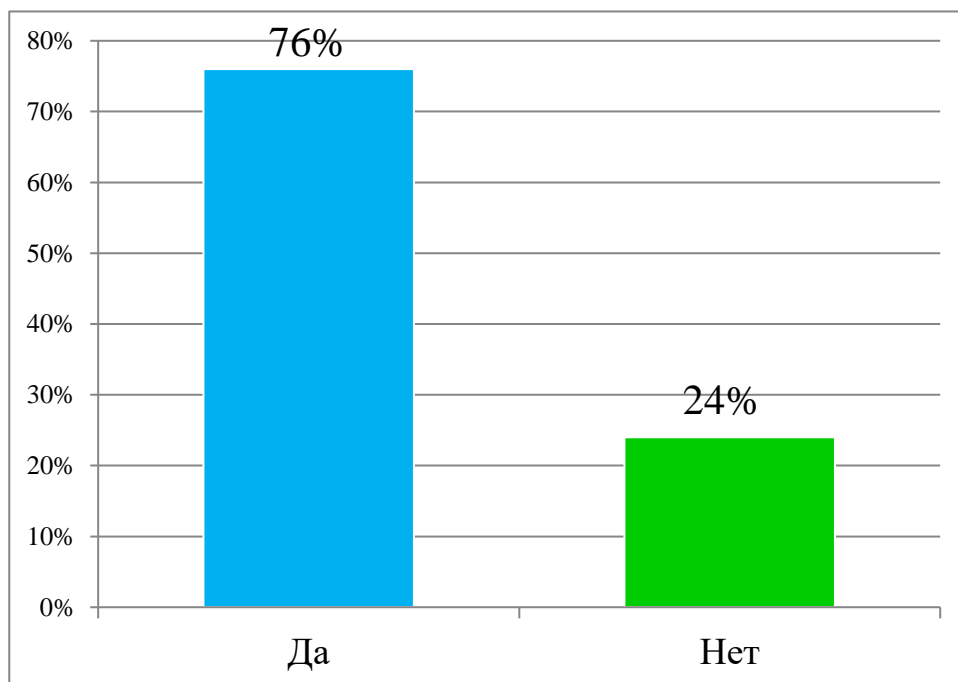


Рис.28. Наличие избыточной массы тела

Регулярно следят за весом тела (60%) пациентов, не смотрят за ним (40%) опрошенных (Рис.29).

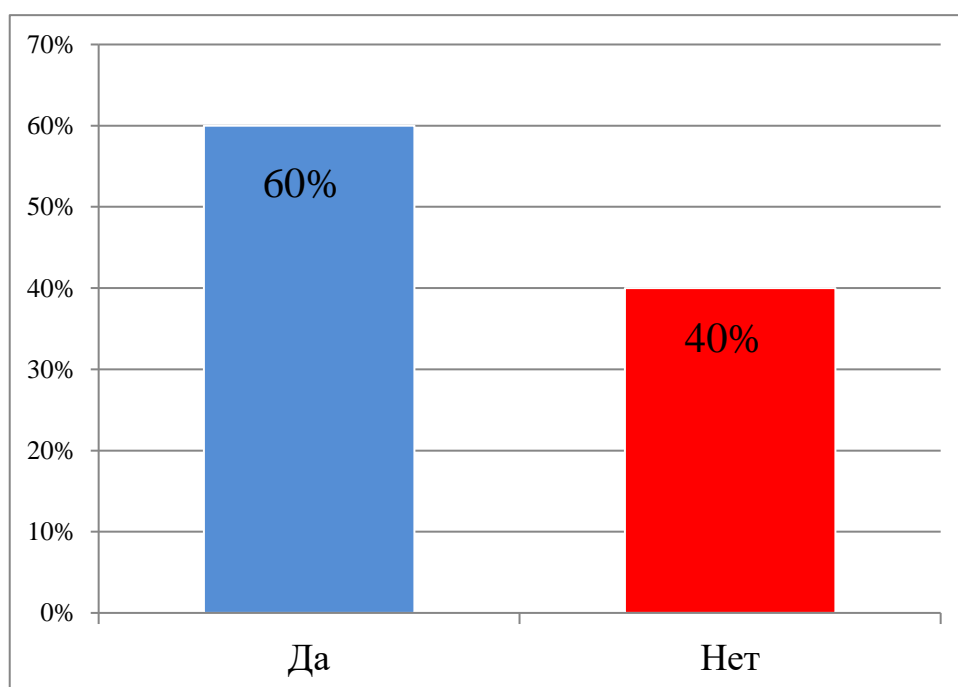


Рис.29. Регулярно следят за весом

К сожалению, удалось выяснить, что большинство больных (60%) ведут малоподвижный образ жизни, что очень негативно сказывается на их качество жизни. Лишь (40%) пациентов занимаются спортом, зарядкой или физкультурой (Рис.30).

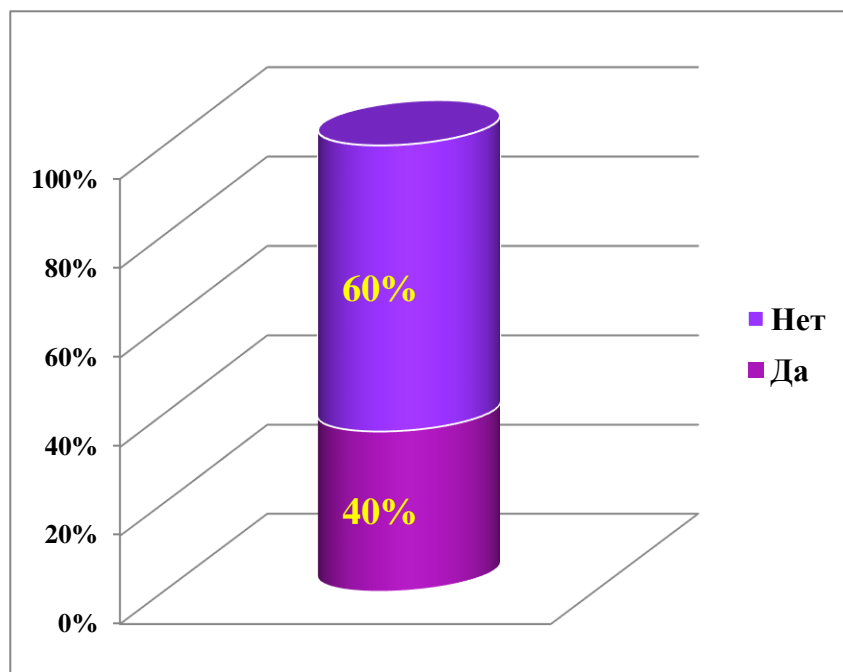


Рис.30. Соблюдение двигательного режима

Предпочитают активный отдых (46%) пациентов, но большинство пациентов (54%) по каким-либо причинам не могут активно отдыхать (Рис. 31).

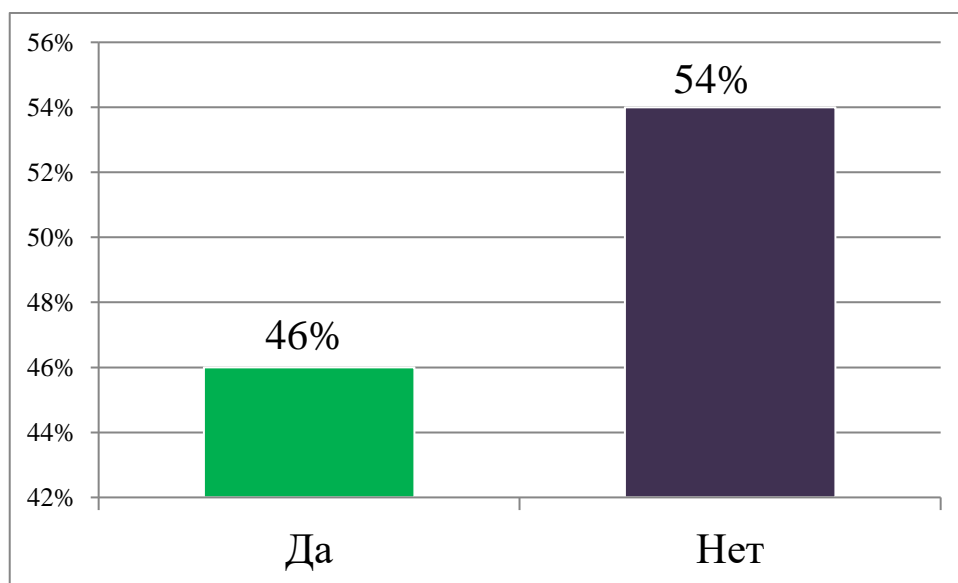


Рис.31. Соблюдение активного отдыха

Большинство пациентов исследуемой группы злоупотребляют солёной пищей, их число составило (75%), и только (25%) не злоупотребляют ей (Рис. 32).

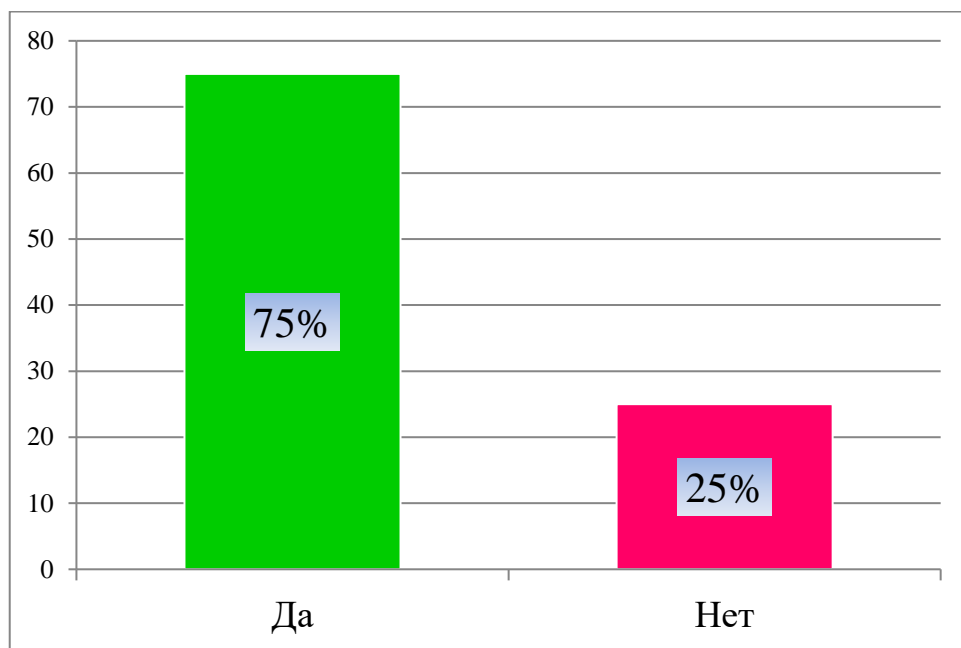


Рис.32. Злоупотребление солёной пищей

Большинство пациентов исследуемой группы предпочитают жирную, жареную пищу, их число составило (64%), и только (36%) не злоупотребляют ей (Рис. 33).

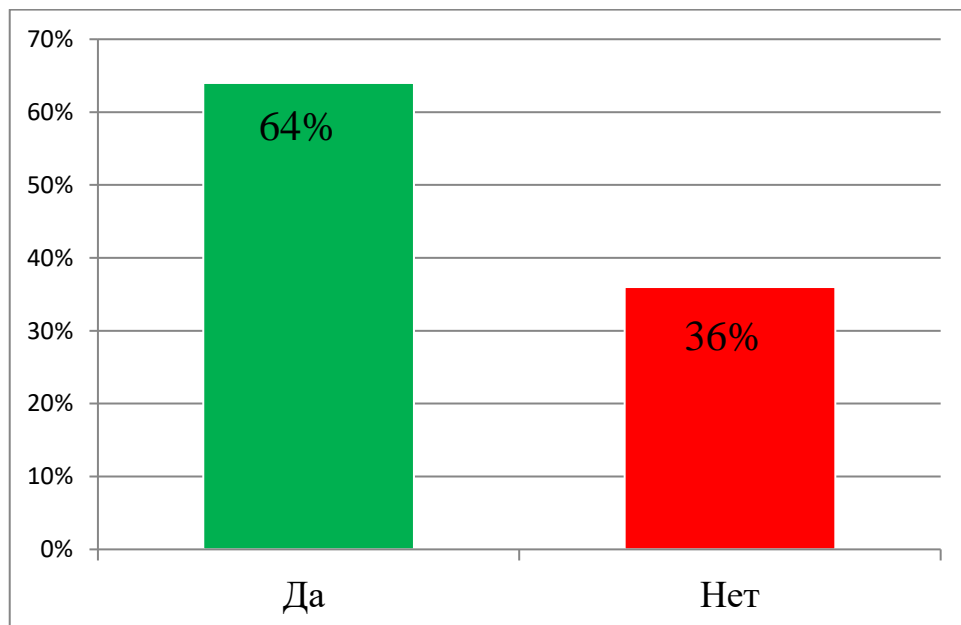


Рис.33. Предпочтение жирной и жареной пищи

Ведут подсчёт хлебных единиц (93%) пациентов, и лишь (7%) опрошенных вовсе не ведут его (Рис. 34).

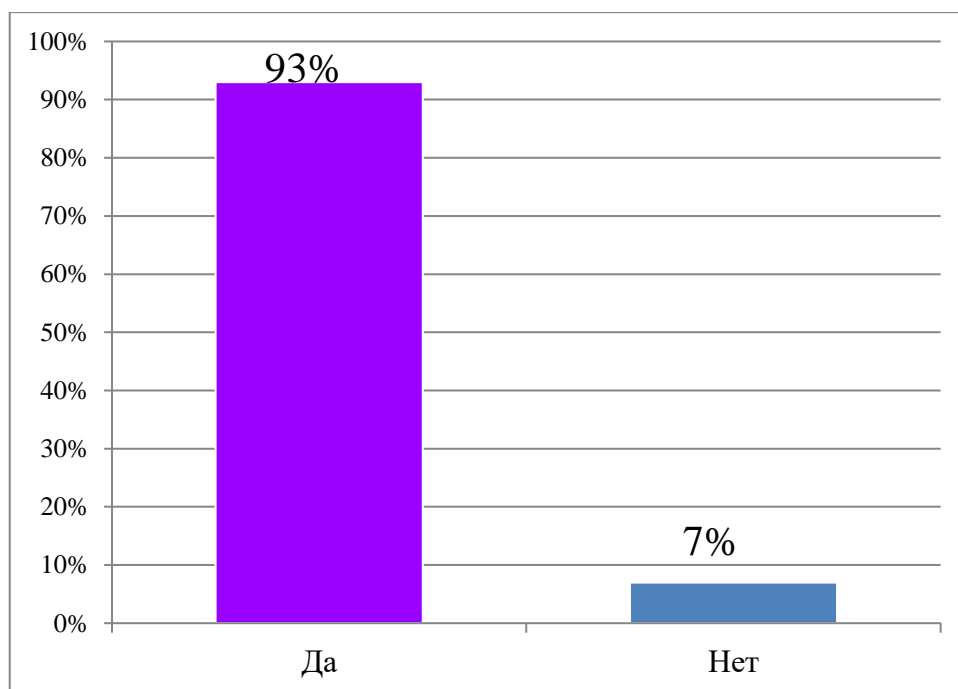


Рис.34. Ведение подсчёта хлебных единиц

Заболевание почек имеют – (40%) , не имеют – (60%) опрошенных пациентов (Рис. 35).

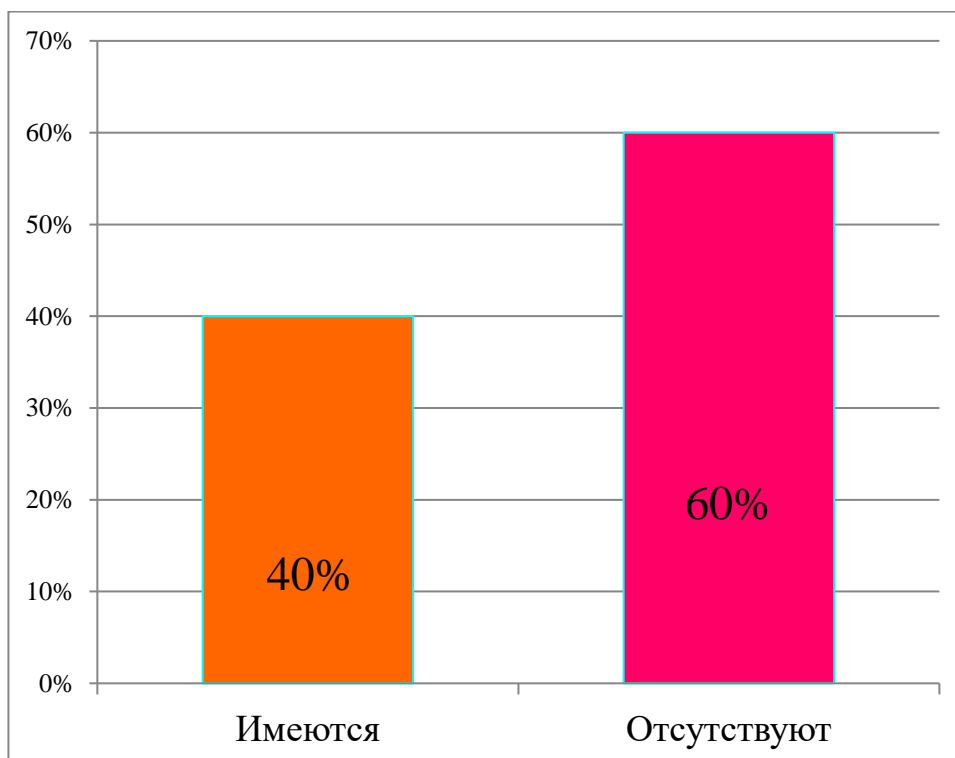


Рис.35. Наличие заболевания почек

Наличие повышенного холестерина отмечается у (86%) пациентов, и лишь (14%) опрошенных его отрицают (Рис. 36).

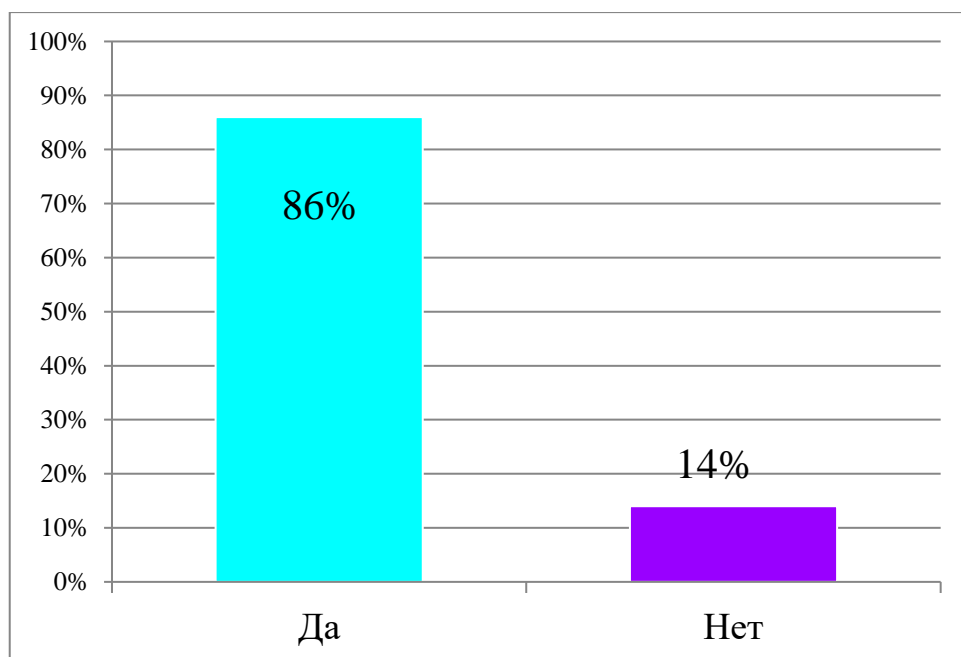


Рис.36. Наличие повышенного холестерина

Измеряют холестерин регулярно (30%) пациентов, изредко – (20%), и большинство опрошенных (50%) только при диспансеризации (Рис. 37).

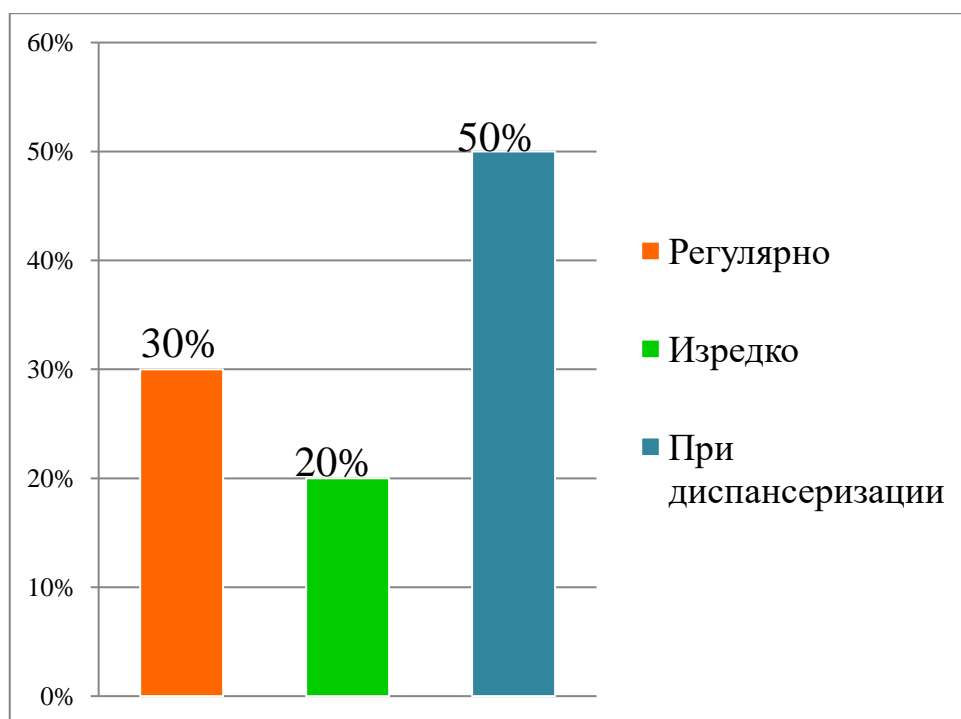


Рис.37. Регулярность измерения холестерина

О продуктах, относящихся к гипохолестериновым, знают (63%) пациентов, а (37%) ответили Нет (Рис. 38).

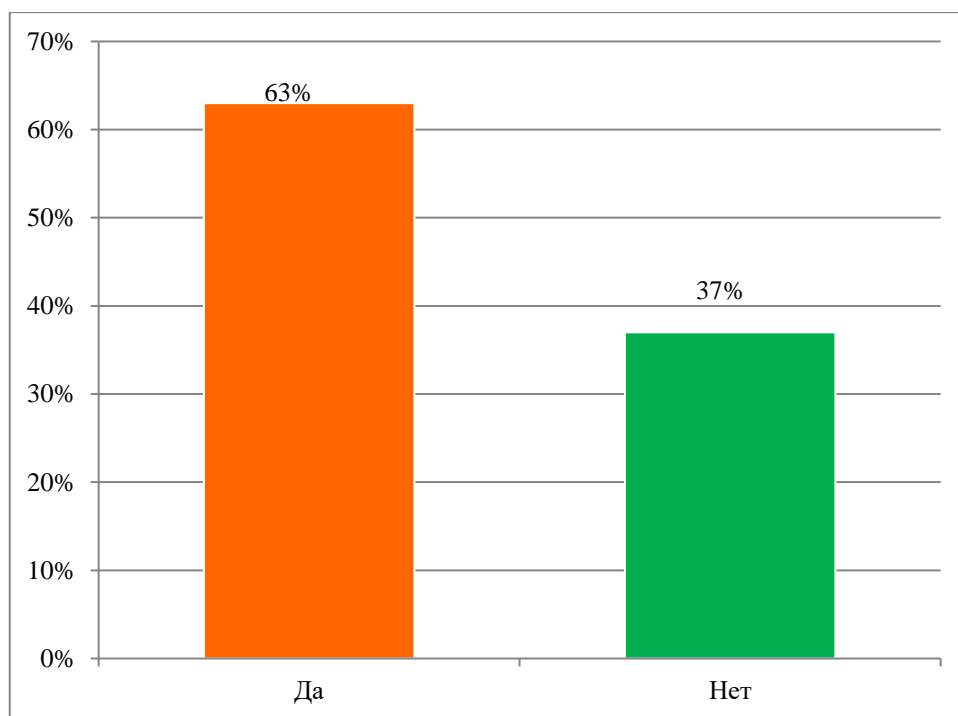


Рис.38. Знание о гипохолестериновой диете

Ощущают поддержку близких (74%) пациентов, а (26%) - Нет (Рис. 39).

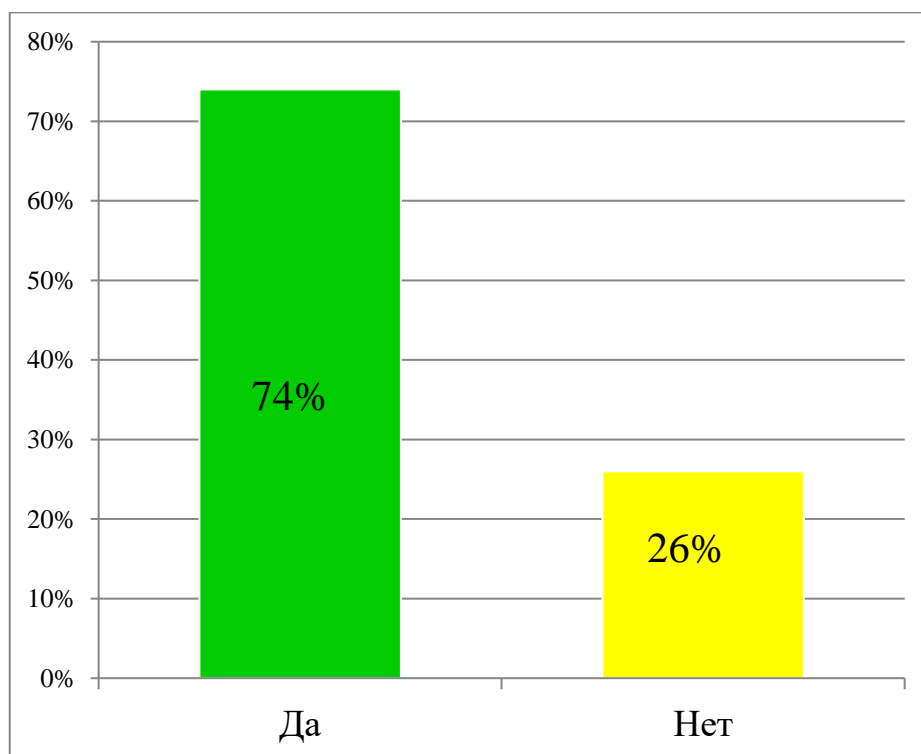


Рис.39. Ощущение поддержки близких

Большинство пациентов (95%) хотят, чтобы при в отделении была открыта «Школа гипертоника» и посещать её, где бы они могли более полно получить ответ на все интересующие их вопросы, и лишь (5%) не заинтересованы в этом (Рис. 40).

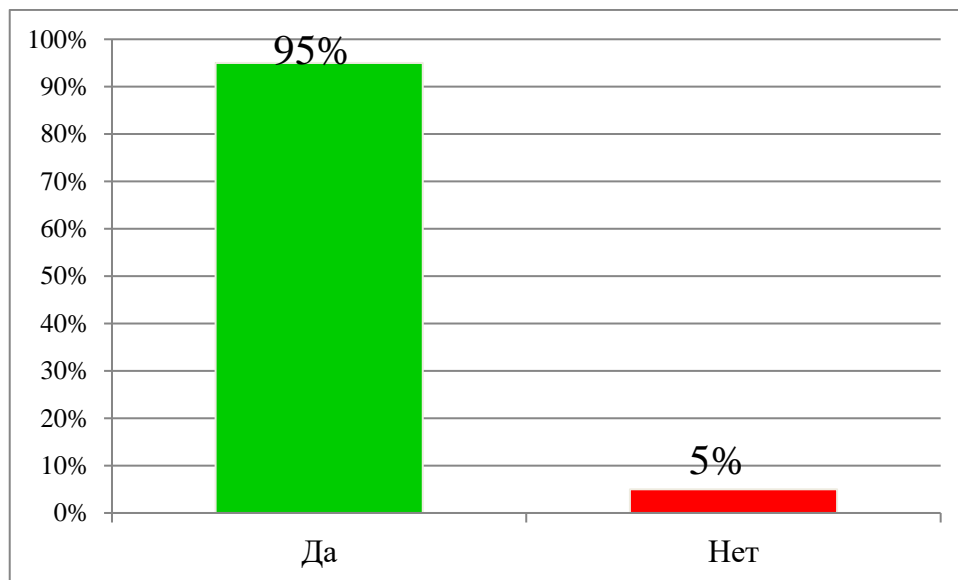


Рис.40. Открытие и посещение «Школы гипертоника»

Выводы

В результате исследовательской работы удалось выяснить, что снижает качество жизни пациентов с гипертонической болезнью наследственная предрасположенность к ССС заболеваниям (80%), малоподвижный образ жизни, стрессовые ситуации (60%), злоупотребление соленой и жирной пищей (75%), ожирение (76%), недосыпание (60%), чрезмерные физические нагрузки, длительная работа за компьютером (70%), нерегулярное посещение врача и невыполнение его рекомендаций (38%).

Такие факторы, как отсутствие вредных привычек (78%), постоянный контроль за АД (95%), регулярный прием гипотензивных средств (60%), активный образ жизни (40%), поддержка близких и родных (74%), наличие брака (68%), способность к самообслуживанию (60%), позитивный настрой больного, умение не унывать в любой ситуации (58%), повышают качество жизни пациентов.

Таким образом, качество жизни – это то, насколько, по ощущению самого пациента, хороша или же наоборот плоха его жизнь, то есть это субъективная оценка человеком своего здоровья.

2.2. Рекомендации пациентам с гипертонической болезнью для повышения качества жизни

1. Ограничить приём алкоголя и табачных изделий.
2. Регулярно посещать врача и выполнять все его рекомендаций.
3. Избегать стрессовых ситуации в семье, на работе.
4. Соблюдать режим труда и отдыха.
5. Спать не менее 8 часов в день
6. Не злоупотреблять соленой, жирной пищей.
7. Вести ежедневно дневник наблюдения за своим АД.
8. Следить за своим весом.
9. Не унывать в любой ситуации, позитивно смотреть на жизнь и строить планы на будущее.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время проблема гипертонической болезни остаётся актуальной и злободневной в нашем обществе. Гипертоническая болезнь зачастую поражает молодое поколение, что ведет к длительной нетрудоспособности, инвалидности. Основными причинами снижения качества жизни является злоупотребление алкоголем, табакокурение, несбалансированное питание, гиподинамия. К сожалению, многие не знают этиологию и патогенез данного заболевания и без санитарно просветительских работ количество заболевших будет расти.

В результате исследовательской работы были выполнены все поставленные задачи:

1. На основе теоретического изучения литературных источников и анкетирования выяснены и уточнены причины, влияющие на качество жизни пациентов с гипертонической болезнью.
2. Исследован эмоциональный фон пациентов с гипертонической болезнью.
3. Изучено влияние различных факторов риска на качество жизни и эмоциональное состояние больных с артериальной гипертензией.
4. Изучена связь эмоционального состояния пациента и течением у него гипертонической болезни, которая также влияет на его качество жизни
5. Даны рекомендации повышения качества жизни пациентов с гипертоническим заболеванием.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Виноградов С. В., Дифференциальный диагноз внутренних болезней [Текст] / С. В. Виноградов. – Изд. 4-е, стер. – Ростов н/Д : Феникс, 2015. – 411 с.
2. Елифанов. В. А., Реабилитация в гипертонической болезни [Текст] / В. А. Елифанов. – Москва .: Медицина, 2015. – Т. 4, № 2. – С. 21-26.
3. Манвелов Л. С., Руководство для средних медицинских работников [Текст] / Л. С. Манвелов , А. С. Чернышова, А. В. Кадыков - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 220 с.
4. Манвелов Л. С., Руководство для средних медицинских работников [Электронный ресурс]: учебник/ Л. С. Никитина, А. С. Чернышова, А. В. Кадыков - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 220 с – Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970403914.html>
5. Отвагина Т. В., Терапия: учебное пособие [Текст] / Т.В. Отвагина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 30-32.
6. Органова, Н. Е. Внутренние болезни [Текст] / Н. Е. Органова, Л. М. Смирнова. – Москва.: Медицина, 2016. – 320 с.
7. Привес, М.Г. Анатомия человека [Текст] / М.Г. Привес , Н.К. Лысенков, В. И. Бушкович – Москва.: Гиппократ, 2015. – 211 с.
8. Сединкина Р.Г., Сестринская помощь при патологии сердечно сосудистой системы [Электронный ресурс] : учебник / Сединкина Р.Г., Демидова Е.Р. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 656 с. - ISBN 978-5-9704-4615-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446157.html>
9. Федюкович Н.И., Внутренние болезни [Текст] : учебник / Н.И. Федюкович – Изд.8-е, стер. – Ростов н/Д : Феникс , 2015. – С. 115-120.
10. Францева А. П., Нарушение работы сердечно сосудистой системы [Текст] / А.П. Францева Л.В.,Седакова М.С., Карпов И.К.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 350 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета

Уважаемые пациенты! Разрешите представить вам анкету, с рядом вопросов, для изучения вашего качества жизни и для предоставления рекомендаций по улучшению вашего самочувствия.

1. Пол: М Ж
2. Возраст: 45-59, 60-74, 75- и более
3. Образование: Среднее, Среднеспециальное, Высшее
4. Устраивает ли Вас уровень образования? (ДА НЕТ)
5. Семейное положение: М- женат, разведен Ж- Замужем, одинок(а)
6. Как хорошо Вы можете передвигаться ? (Хорошо, Средне, Плохо)
7. Вы полностью сами себя обслуживаете? (Да, Нет, Частично)
8. Снижено ли выполнение физических нагрузок у Вас? (Да, Нет, Частично)
9. Насколько важно для Вас выполнение повседневной деятельности? (Очень важно Важно Неважно)
10. Хороший ли у Вас сон? (Да Беспокойный Плохой)
11. Сколько часов длиться Ваш сон? (6 час и менее, 8 час, 9 час и более)
12. Во сколько вы обычно ложитесь спать? До22 час, с22 до23 час, после 23 час.
13. Часто Вы испытываете радость и удовольствие от приятных вещей в жизни?(Да, Иногда, Никогда)
14. Хорошая ли у Вас память, внимание? (Хорошая, Стала хуже, Плохая)
15. Часто Вас беспокоит тревога, уныние? (Постоянно, Изредка, Никогда)
16. В настоящее время свое здоровье вы оцениваете, как (Очень плохое, Плохое, Удовлетворительное, Хорошее)
17. Знаете Вы что такое «Гипертоническая болезнь»? Да Нет
18. Из каких источников Вы узнали, что такое ГБ? От медработника, от родственников, от знакомых, из СМИ

19. Необходимо ли Вам больше информации о таком заболевании, как гипертония, и методы его профилактики? Да, Нет)
20. У Вас есть родственники с другой патологией сердца? Да Нет
21. Регулярно Вы посещаете врача? Да Нет При ухудшении здоровья
22. Всегда Вы выполняете назначения врача? Да Нет При ухудшении
23. У вас есть тонометр? Да Нет
24. Вы можете им пользоваться ? Да Нет
25. Как часто Вы измеряете себе давление? Ежедневно Несколько раз на день
Только при ухудшении состояния
26. Вы ведете дневник наблюдения? Да Нет
27. Ваша Работа связана со стрессом? Да Нет
28. Ваша работа связана с физической нагрузкой? Да Нет
29. Работа связана с длительным нахождением перед компьютером?
Да Нет
30. У Вас бывают стрессовые ситуации в семье? Да Нет
31. Вы курите? Да Нет Изредко?
32. Как часто Вы употребляете спиртные напитки?
(Почти ежедневно, По праздникам, Практически не употребляю)
33. Вы имеете избыточную массу тела? Да Нет
34. Вы регулярно следите за весом? Да Нет
35. Вы делаете зарядку? Да Нет
36. Вы занимаетесь каким - то видом спорта? Да Нет
37. Вы предпочитаете активный отдых? Да Нет
38. Вы злоупотребляете соленой пищей? Да Нет
39. Вы предпочитаете жирную, жаренную пищу? Да Нет
40. Были у Вас травмы черепа? Да Нет
41. Вы страдаете сахарным диабетом? Да Нет
42. Вы регулярно измеряете уровень сахара крови? Да Нет
43. Вы ведете подсчет хлебных единиц? Да Нет
44. У Вас есть заболевание почек? Да Нет

45. У вас повышен холестерин? Да Нет
46. Как часто вы его проверяете? Регулярно Изредко При диспансеризации
47. Вы знаете, что относится к гипохолестериновой диете? Да Нет
48. Вы ощущаете поддержку близких ? Да Нет
49. Вы хотите, чтобы при отделении была открыта «Школа гипертоника», где бы Вы могли более полно получить ответ на все интересующие Вас вопросы?
Да Нет
50. Вы бы посещали эту «Школу гипертоника»? Да Нет Затрудняюсь ответить