



**Волинський національний
університет імені Лесі Українки**



**СУЧАСНІ
ЗДОРОВЧО-РЕАБІЛІТАЦІЙНІ
ТЕХНОЛОГІЇ**



**Збірник
наукових
праць**

СУЧАСНІ ОЗДОРОВЧО-РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ

**Матеріали IV Регіональної науково-практичної
конференції молодих учених**

Випуск 13



Луцьк – 2023

**Свідоцтво про державну реєстрацію
друкованого засобу масової інформації:
серія КВ № 24863-14803 Р видане 25.06.2021 р.**

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

- Андрійчук О.Я – доктор наук з фізичного виховання та спорту, професор.
- Валецький Ю.М. – доктор медичних наук, професор.
- Колесник Г.В. – доктор медичних наук, професор.
- Сітовський А.М. – кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент.
- Цюпак Т.Є. – кандидат педагогічних наук, доцент.
- Ульяницька Н.Я. – кандидат біологічних наук, доцент.
- Усова О.В. – кандидат біологічних наук, доцент.
- Якобсон О.О. – кандидат медичних наук, доцент.
- Грейда Н.Б. – кандидат педагогічних наук, доцент.
- Лавринюк В.Є. – кандидат медичних наук, доцент.
- Гайдучик П.Д. – кандидат психологічних наук.

Сучасні оздоровчо-реабілітаційні технології : матеріали IV Регіональної науково-практичної конференції молодих учених / ВНУ ім. Лесі Українки, каф. фіз. терапії та ерготерапії ; редкол.: О. Я. Андрійчук [та ін.]. Луцьк, 2023. Вип. 13.

У збірнику подано результати наукових праць, що висвітлюють сучасні технології оздоровчої та реабілітаційної роботи з різними категоріями населення.

Збірник розрахований на фізичних терапевтів, аспірантів, магістрантів й студентів галузі знань «Охорона здоров'я».

*Видається за рішенням кафедри фізичної терапії та ерготерапії
(протокол № 11 від 30 червня 2023 року).*

ЗМІСТ

Усова Оксана, Уляницька Наталія, Сітовський Андрій, Захожа Наталія, Індика Світлана	
ЯКІСТЬ ЖИТТЯ УЧАСНИКІВ ПРОЕКТУ «ПОЛІПШЕННЯ ЖИТТЄВОЇ СИТУАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД НАЦІОНАЛ-СОЦІАЛІЗМУ ШЛЯХОМ АКТИВІЗАЦІЇ ЇХ СОЦІАЛЬНИХ КОНТАКТІВ ТА СПРИЯННЯ ФІЗИЧНОМУ ЗДОРОВ'Ю»	7
Сітовський Андрій, Уляницька Наталія, Усова Оксана, Якобсон Олена, Іщук Олена, Захожа Наталія, Кирилюк Вікторія	
МОДИФІКАЦІЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ УЧАСНИКІВ ПРОЕКТУ «ПОЛІПШЕННЯ ЖИТТЄВОЇ СИТУАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД НАЦІОНАЛ-СОЦІАЛІЗМУ ШЛЯХОМ АКТИВІЗАЦІЇ ЇХ СОЦІАЛЬНИХ КОНТАКТІВ ТА СПРИЯННЯ ФІЗИЧНОМУ ЗДОРОВ'Ю».....	14
Степан Богдан, Бояркевич Андрій, Скрипець Оксана	
ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПОСТКОВІДНИХ ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ВІКУ	23
Балик Анна	
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА АЛІМЕНТАРНЕ ОЖИРІННЯ I-II СТУПЕНЯ.....	25
Бондарчук Аліна	
КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ АМПУТАЦІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК.....	27
Оксентюк Дмитро	
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ COVID-19 У ПІСЛЯГОСТРИЙ ПЕРІОД РЕАБІЛІТАЦІЇ	30
Михалевська Ірина	
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ.....	33
Бубало Вікторія, Усова Оксана	
ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДСТАТНІСТЮ	35
Воробей Іванна, Усова Оксана	
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ВЕНОЗНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ ..	37
Слюсар Аліна	
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ У ПІЗНЬОМУ ПЕРІОДІ	39
Мялковський Юрій, Степаненко В'ячеслав	
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ З ДИТЯЧИМ АУТИЗМОМ	41
Тичинська Карина, Степаненко В'ячеслав	
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА.....	42

*Сітовський Андрій, Ульяницька Наталія, Усова Оксана, Якобсон Олена,
Ішук Олена, Захожа Наталія, Кирилюк Вікторія*

**МОДИФІКАЦІЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ УЧАСНИКІВ ПРОЕКТУ «ПОЛІПШЕННЯ ЖИТТЄВОЇ
СИТУАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД НАЦІОНАЛ-СОЦІАЛІЗМУ
ШЛЯХОМ АКТИВІЗАЦІЇ ЇХ СОЦІАЛЬНИХ КОНТАКТІВ ТА
СПРИЯННЯ ФІЗИЧНОМУ ЗДОРОВ'Ю»**

Волинський національний університет імені Лесі Українки

Анотація. Модифікація факторів ризику серцево-судинних захворювань учасників проекту «Поліпшення життєвої ситуації постраждалих від націонал-соціалізму шляхом активізації їх соціальних контактів та сприяння фізичному здоров'ю». Цілеспрямована просвітницька робота, що до модифікації факторів ризику серцевих захворювань, у тому числі з використанням дистанційних технологій комунікації (мобільний зв'язок, соціальні мережі, спеціально організовані онлайн лекції) мотивує до участі у індивідуальній програмі профілактики. По завершенні навчально-мотиваційної програми зросло число як обізнаних так і прихильних до модифікації факторів ризику серцевих захворювань. Встановлено, також, що високий рівень обізнаності що до можливості модифікації факторів ризику серцевих захворювань асоціюється з дотриманням таких заходів у вторинній профілактиці серцево-судинних захворювань як: зменшення вживання жирів й регулярне вживання овочів та фруктів, усвідомленням шкідливості куріння й вживання алкоголю, підвищенням фізичної активності, намаганням зменшити вагу при її надлишку, а також намаганням уникати стресів.

Ключові слова: прихильність, фактори ризику, серцево-судинні захворювання.

Abstract. The study aims to modify cardiovascular disease risk factors in participants of the project «Improving the life situation of victims of national socialism by activating their social contacts and promoting physical health». The study uses targeted educational work to modify risk factors for heart disease, including the use of remote communication technologies such as mobile phones, social networks and specially organised online lectures, and aims to motivate participation in an individual prevention programme. After completing the educational and motivational programme, the number of individuals who were aware of and committed to modifying their risk factors for heart disease increased. Research has shown that individuals who are highly aware of the potential to modify risk factors for heart disease are more likely to comply with measures for secondary prevention of cardiovascular disease. These measures include reducing fat intake, regularly consuming vegetables and fruit, being aware of the harmful effects of smoking and alcohol consumption, increasing physical activity, attempting to reduce excess weight, and managing stress.

The key words: compliance, risk factors, and cardiovascular disease.

Актуальність. Прихильність – це рівень дотримання пацієнтом узгоджених рекомендацій фахівців з охорони здоров'я щодо прийому ліків, дотримання дієти та зміни способу життя. Високий рівень прихильності до науково обґрунтованих схем лікування й профілактики сприяє зниженню ризику смертності від усіх причин щонайменше на третину, зниженню серцево-судинної смертності, госпіталізації внаслідок інфаркту міокарда та зниженню витрат на лікування, тоді як низький рівень прихильності (тобто часткове

приймання ліків і часткове проходження програм профілактики й реабілітації) асоціюється з підвищеним ризиком серцево-судинних подій [3; 5; 9].

Принаймні три чверті смертей у світі від серцево-судинних захворювань припадають на країни з низьким і середнім рівнем доходу. Люди, які живуть у країнах із низьким і середнім рівнем доходу, часто не мають переваг програм первинної медичної допомоги для раннього виявлення та лікування факторів ризику серцево-судинних захворювань. Як наслідок, у багатьох людей у цих країнах хвороба часто виявляється пізно. Заходи, що створюють сприятливе середовище для того, щоб вибір здорового способу життя став доступним, мають важливе значення для мотивації людей приймати та підтримувати здорову поведінку [19].

Оцінка рівня прихильності, скринінг на предмет відсутності прихильності та сприяння підвищенню прихильності до зміни способу життя повинні бути включені до програм кардіологічної реабілітації чи профілактики. Для сприяння дотриманню режиму лікування можна застосувати модель «П'ять як»: «Запитання» (визначити статус прихильності кожного пацієнта в кожній реабілітаційній програмі), «Консультація» (рекомендувати кожному пацієнту приймати всю призначену схему лікування і прийняти всі зміни способу життя), «Оцінка» (оцінити у кожного пацієнта рівень прихильності, причини, бар'єри і наслідки для захворюваності і смертності), «Допомога» (застосувати консультування, щоб допомогти пацієнтам підтримувати задовільний рівень прихильності), «Організація» (проводити відповідне спостереження з метою постійного контролю за дотриманням пацієнтом схеми лікування) [2].

Існують переконливі докази того, що прихильність до лікування та зміна способу життя є важливими для пацієнтів, які проходять вторинну профілактику серцево-судинних захворювань. Кардіологічна реабілітація підвищує прихильність до лікування та покращує зміну способу життя. Однак, пацієнти з низьким соціально-економічним статусом (рівень освіти, соціальної підтримки) мають меншу прихильність до лікування та зміни способу життя, навіть при безкоштовному доступі до медичної допомоги. Заохочення пацієнтів з нижчим соціально-економічним статусом до участі в програмах кардіологічної реабілітації й вторинної профілактики має бути пріоритетом профілактичної медицини [6; 10].

Що стосується первинної профілактики серцево-судинних захворювань, у Кокранівському систематичному огляді та мета-аналізі зроблено висновок про наявність низькоякісних і непереконливих доказів того, що втручання на основі мобільного телефону можуть покращити прихильність до лікування та/або мати сприятливий вплив на такі результати, як артеріальний тиск або холестерин ЛПНЩ [11].

Питання про те, як зменшити витрати на серцево-судинну захворюваність, стає дедалі актуальнішим для країн із низьким і середнім рівнем доходу. У первинній профілактиці в усіх вікових групах адресне виявлення випадків за допомогою попередньої оцінки ризику серцево-судинних захворювань є більш ефективним, ніж уніфіковане [4]. Наприклад, навчальна програма для лікарів загальної практики в окрузі Стокгольм, спрямована на впровадження науково-

обґрунтованої допомоги пацієнтам із дуже високим ризиком коронарної смерті сприяла зниженню смертності та була економічно ефективною у довгостроковій перспективі [7].

Встановлено, що прихильність до участі в кардіологічній реабілітації є вищою при застосуванні стратегій дистанційного втручання [13]. Прихильність пацієнтів віком ≥ 70 років до програми кардіологічної реабілітації вдома є також досить високою (67%, $p=0,05$), а причиною неприхильності була відсутність мотивації [17].

Прихильність до кардіореабілітації є кращою у домашніх програмах порівняно зі стаціонарними в результаті більшої гнучкості та зручності для пацієнтів. Основними компонентами домашніх програм є ті, що й для стаціонарних: оцінка пацієнта, фізичні вправи, дієтичне консультивання та контроль факторів ризику (рівень ліпідів, гіпертонія, ожиріння, цукровий діабет) через оптимальне медикаментозне лікування, модифікацію поведінки (відмова від куріння, здорові харчові звички, регулярна фізична активність) і психосоціальні втручання. Основна відмінність між домашніми і стаціонарними програмами полягає в тому, що стаціонарні програми передбачають безпосередньо особисте спостереження за пацієнтами [16].

Незважаючи на доведену ефективність кардіореабілітації, показники участі в програмах залишаються неоптимальними в усьому світі [15], і тому необхідні ефективні стратегії підвищення прихильності і участі у таких програмах [13]. Зокрема, на сьогодні відмічаються низькі показники участі в програмах кардіореабілітації після гострого інфаркту міокарда у Сполучених Штатах – 7,1% [12], 7,05% пацієнтів у Китаї [18], 1,5% пацієнтів у Кореї [8].

Встановлено також, що низький рівень обізнаності що до можливості модифікації факторів ризику серцевих захворювань асоціюється з невиконанням таких немедикаментозних заходів у вторинній профілактиці після інфаркту міокарда як зменшення вживання жирів й регулярним вживанням овочів та фруктів, небажанням відмови від куріння й зменшенням вживання алкоголю, небажанням підвищувати фізичну активність й зменшити вагу при її надлишку, уникненням стресів [14].

Ефективним механізмом може бути підвищення прихильності до профілактики серцево-судинних захворювань шляхом проведення мотиваційно-просвітницької роботи в малих групах, об'єднаннях громадянського суспільства, в межах громади. З огляду на недосконалість національної стратегії профілактики цю функцію можуть на себе взяти навчальні заклади, що готують фахівців напряму охорони здоров'я.

Тому, **метою** нашого дослідження було підвищити прихильність до профілактики серцево-судинних захворювань учасників проекту «Поліпшення життєвої ситуації постраждалих від націонал-соціалізму шляхом активізації їх соціальних контактів та сприяння фізичному здоров'ю».

Методи дослідження. Обізнаність респондентів щодо факторів ризику, застосування профілактичних заходів та прихильність до лікування оцінювались на підставі складеної нами анкети. До анкети було включено 67 запитань, зокрема стосовно виконання рекомендацій лікаря, за якими визначали

суб'єктивний компонент прихильності. У анкеті визначався соціально-економічний статус, респондент відмічав усі немедикаментозні заходи, яких він дотримується, а також відповідав на запитання, які дають змогу оцінити обізнаність й прихильність до медикаментозного лікування, модифікації факторів ризику – паління, алкоголь, нераціональне харчування й надмірна вага, стрес, гіподинамія, можливі причини порушення терапевтичного режиму, взаємовідносини із лікарем та родичами й можливі бар'єри ефективної взаємодії.

Структура та зміст питань формувалися таким чином, щоб відповіді відображали поведінку респондентів щодо прийому ліків, обізнаності, модифікації способу життя, самоконтролю, мотивації до взаємодії [1].

Респонденту заздалегідь пояснювали правила заповнення та особливості окремих запитань. Питання та варіанти відповідей зачитував інтерв'юер. При заповненні анкети респонденту пропонували самостійно відповісти на запитання анкети у присутності інтерв'юера. Консультація з іншими особами, окрім дослідника, заборонялась. В окремих питаннях варіанти відповіді не зачитувались, а очікували на спонтанну відповідь, а також респондент міг вказувати свій варіант відповіді. Тривалість анкетування не обмежена. Анкета мала добру відтворюваність перевірену методом test-retest, при повторному анкетуванні респондентів через 1-2 тижні.

У дослідженні брали участь 15 учасників цільової групи проекту «Поліпшення життєвої ситуації постраждалих від націонал-соціалізму шляхом активізації їх соціальних контактів та сприяння фізичному здоров'ю» від Німецького Фонду «Пам'ять, відповідальність та майбутнє» (Берлін). Тривалість проекту 01.05.2022-01.11.2023. Вік учасників 75-98 років. Протягом проекту було організовано курс просвітницьких бесід, що до модифікації факторів ризику серцевих захворювань. Дані бесіди проводились при безпосередніх групових зустрічах, а також з використанням дистанційних технологій комунікації (мобільний зв'язок, соціальні мережі, спеціально організовані онлайн лекції). Обговорювались такі питання як режим фізичної активності, самоконтроль, допомога під час нападу стенокардії напруги, фактори ризику серцево-судинних захворювань, харчування та психологічні аспекти. Інформація надавалась в доступній формі з використанням мультимедійного супроводу, що робило її максимально зрозумілою для учасників проекту.

Статистична обробка отриманого матеріалу проводилася з використанням статистичної програми STATISTICA 12.5 (StatSoft.Inc). Результати подано, як середнє значення та стандартне відхилення ($M \pm \sigma$), число варіантів (n). Для порівняння якісних характеристик (таблиці частот) застосовували критерій χ^2 і точний критерій Фішера. Результати вважали статистично значущими при $p < 0,05$.

Результати дослідження. Аналізуючи відповіді на питання: «Чи застосовуєте Ви які-небудь методи профілактики серцево-судинних хвороб, тобто чи робите Ви щось для зменшення ризику виникнення чи погіршення цих хвороб?» ми встановили, що 86,67 % респондентів відповіли «Так» на це запитання.

Аналізуючи інформацію що до того чи рекомендував лікар застосовувати окремі заходи профілактики серцево-судинних захворювань встановлено, що 86,67 % респондентів отримували рекомендації притримуватись дієти (вживати менше солодкої, жирної їжі); 80,0 % респондентів отримували від лікаря рекомендації вживати менше солоної їжі; 73,33 % отримували від лікаря рекомендації вживати менше алкоголю; 66,67 % отримували від лікаря рекомендації менше курити чи покинути курити та займатись фізичними вправами; 93,33 % отримували від лікаря рекомендації уникати стресу (табл. 1).

Таблиця 1

Результати відповідей респондентів з приводу рекомендацій лікаря що до застосування окремих заходів вторинної профілактики, %

Рекомендації лікаря	Отримували рекомендації	Не отримували рекомендацій	p
Притримуватись дієти (вживати менше солодкої, жирної їжі)	86,67	13,33	p=0,022
Займатись фізичними вправами	66,67	33,33	p=0,211
Вживати менше солоної їжі	80,0	20,0	p=0,046
Менше курити/покинути курити	66,67	33,33	p=0,211
Вживати менше алкоголю	73,33	26,67	p=0,092
Уникати стресу	93,33	6,67	p=0,003

З метою з'ясування обізнаності респондентів щодо можливості модифікації факторів ризику серцевих захворювань було проаналізовано наступні варіанти відповідей на питання «Як можна знизити ризик серцево-судинних захворювань?»: зменшенням вживання жирів; регулярним вживанням овочів та фруктів; відмовою від куріння; зменшенням вживання алкоголю; підвищенням фізичної активності; зменшенням ваги при її надлишку; уникненням стресів. А з метою з'ясування прихильності що до модифікації факторів ризику серцево-судинних захворювань ми проаналізували відповіді респондентів відносно того які саме із перерахованих методів профілактики серцевих захворювань вони застосовують.

Встановлено, що лише 13,33 % пацієнтів обізнані, що зменшення вживання жирів знижує ризик серцевих захворювань та лише 20,0 % зазначили, що зменшують вживання жирів з метою профілактики серцевих захворювань. Лише 13,33 % обізнані, що регулярно вживання овочів і фруктів знижує ризик серцевих захворювань та лише 6,67 % зазначили, що регулярно вживають овочі та фрукти з метою профілактики серцевих захворювань. Лише 13,33 % обізнані, що відмова від куріння знижує ризик серцевих захворювань та 13,33 % зазначили що відмовились від куріння з метою профілактики серцевих захворювань. Лише 13,33 % обізнані, що зменшення вживання алкоголю знижує ризик серцевих захворювань та 13,33 % зазначили що зменшили вживання алкоголю з метою профілактики серцевих захворювань. Лише 13,33 % обізнані, що підвищення фізичної активності знижує ризик серцевих захворювань та 13,33 % зазначили,

що збільшують фізичну активність з метою профілактики серцевих захворювань. Лише 6,67 % обізнані, що зменшення ваги при її надлишку знижує ризик серцевих захворювань та лише 6,67 % зазначили, що намагаються зменшувати вагу з метою профілактики серцевих захворювань. Лише 26,67 % обізнані, що уникнення стресів знижує ризик серцевих захворювань та 20,0 % зазначили, що намагаються уникати стресів з метою профілактики серцевих захворювань (табл. 2).

Вивчаючи асоціацію обізнаності й прихильності до модифікації факторів ризику серцевих захворювань перед початком просвітницько-мотиваційних заходів, ми встановили, що низький рівень обізнаності щодо можливості модифікації факторів ризику серцевих захворювань асоціюється з невиконанням таких немедикаментозних заходів у вторинній профілактиці: зменшення вживання жирів ($p=0,029$) й регулярним вживанням овочів та фруктів ($F_p=0,033$), небажанням відмови від куріння, зменшенням вживання алкоголю та небажанням підвищувати фізичну активність ($p=0,009$) й зменшити вагу при її надлишку ($p=0,046$), а також уникати стресів ($p=0,008$).

Ми повторно вивчали обізнаність та прихильність до модифікації факторів ризику по завершенні програми. Встановлено, що зросло число як обізнаних так і прихильних до модифікації факторів ризику серцевих захворювань.

Зокрема, на 73,34 % зросло число обізнаних щодо необхідності зменшення вживання жирів, на 80,0 % зросло число обізнаних щодо необхідності регулярного вживання овочів та фруктів, на 80,0 % зросло число обізнаних щодо необхідності відмови від куріння, на 73,34 % зросло число обізнаних щодо необхідності зменшення вживання алкоголю, на 73,34 % зросло число обізнаних щодо необхідності підвищення фізичної активності, на 80,0 % зросло число обізнаних щодо необхідності зменшення ваги при її надлишку, на 60,0 % зросло число обізнаних щодо необхідності уникнення стресів (табл. 2).

Подібна динаміка спостерігається і відносно зміни кількості прихильних до модифікації факторів ризику серцевих захворювань. Зокрема, на 66,67 % зросло число прихильних до зменшення вживання жирів, на 80,0 % зросло число прихильних до регулярного вживання овочів та фруктів, на 80,0 % зросло число прихильних до відмови від куріння, на 73,34 % зросло число прихильних до зменшення вживання алкоголю, на 73,34 % зросло число прихильних до підвищення фізичної активності, на 73,33 % зросло число прихильних до зменшення ваги при її надлишку, на 66,67 % зросло число прихильних до необхідності уникнення стресів (табл. 2).

Дані зміни підтверджують нашу гіпотезу про ефективність цілеспрямованої просвітницької роботи щодо модифікації факторів ризику серцевих захворювань, у тому числі через дистанційні технології комунікації (мобільний зв'язок, соціальні мережі, спеціально організовані онлайн лекції). А зростання до 87 % кількості прихильних до підвищення фізичної активності вказує на те, що поєднання просвітницької роботи мотивує до участі у індивідуальній програмі профілактики чи реабілітації серцевих захворювань.

Вивчення асоціації обізнаності й прихильності до модифікації факторів ризику серцевих захворювань по завершенні проекту показало, що високий

рівень обізнаності що до можливості модифікації факторів ризику серцевих захворювань асоціюється з дотриманням таких немедикаментозних заходів у вторинній профілактиці як: зменшення вживання жирів ($p=0,009$) й регулярним вживанням овочів та фруктів ($p=0,043$), усвідомленням шкідливості куріння й вживання алкоголю ($p=0,009$), підвищенням фізичної активності ($p=0,009$), намаганням зменшити вагу при її надлишку ($p=0,028$), а також намаганням уникати стресів ($p=0,009$).

Таблиця 2

Обізнаність та прихильність до модифікації факторів ризику по завершенні програми, %

Обізнаність та прихильність до модифікації факторів ризику		На початку програми	По завершенні програми	p
Зменшення вживання жирів	Обізнані	13,33	86,67	P=0,020
	Прихильні	20,0	86,67	P=0,016
Регулярне вживання овочів та фруктів	Обізнані	13,33	93,33	P=0,004
	Прихильні	6,67	86,67	P=0,011
Відмова від куріння	Обізнані	13,33	93,33	P=0,004
	Прихильні	13,33	93,33	P=0,004
Зменшення вживання алкоголю	Обізнані	13,33	86,67	P=0,020
	Прихильні	13,33	86,67	P=0,020
Підвищення фізичної активності	Обізнані	13,33	86,67	P=0,020
	Прихильні	13,33	86,67	P=0,020
Зменшення ваги при її надлишку	Обізнані	6,67	86,67	P=0,011
	Прихильні	6,67	80,0	P=0,036
Уникнення стресів	Обізнані	26,67	86,67	P=0,018
	Прихильні	20,0	86,67	P=0,016

Таким чином, дотримання певного алгоритму дій: бесіда → пояснення → рекомендація → виконання → контроль, дає можливість створення своєрідного альянсу – конкордансу – партнерських зусиль між учасниками програм з метою дотримання режиму профілактики серцевих захворювань.

Висновок. Цілеспрямована просвітницька робота, що до модифікації факторів ризику серцевих захворювань, у тому числі з використанням дистанційних технологій комунікації (мобільний зв'язок, соціальні мережі, спеціально організовані онлайн лекції) мотивує до участі у індивідуальній програмі профілактики. По завершенні навчально-мотиваційної програми зросло число як обізнаних так і прихильних до модифікації факторів ризику серцевих захворювань.

Список використаних джерел

1. А. с. Оцінка якості вторинної профілактики серцево-судинної патології: опитувальник / Ягенський А.В., Сітовський А.М., Белікова Н.О., Індіка С.Я. № 117934 від 07.04.2023; Бюл. № 75. <https://evnuir.vnu.edu.ua/handle/123456789/22311>

2. Ambrosetti M., Abreu A., Corrà U., Davos C.H., Hansen D., Frederix I., Zwisler A.D.O. Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: From knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology. *European journal of preventive cardiology*. 2021. № 28(5). P. 460-495. doi: <https://doi.org/10.1177/2047487320913379>
3. Bansilal S., Castellano J. M., Garrido E., Wei H. G., Freeman A., Spettell C., Fuster V. Assessing the impact of medication adherence on long-term cardiovascular outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*. 2016. № 68(8). P. 789-801. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2016.06.005>
4. Crossan C., Lord J., Ryan R., Nherera L., Marshall T. Cost effectiveness of case-finding strategies for primary prevention of cardiovascular disease: a modelling study. *British Journal of General Practice*. 2017. № 67(654), e67-e77. doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp16X687973>
5. Du L., Cheng Z., Zhang Y., Li Y., Mei D. The impact of medication adherence on clinical outcomes of coronary artery disease: A meta-analysis. *European journal of preventive cardiology*. 2017. № 24(9). P. 962-970. doi: <https://doi.org/10.1177/2047487317695628>
6. Gaalema D.E., Elliott R.J., Morford Z.H., Higgins S.T., Ades, P.A. Effect of socioeconomic status on propensity to change risk behaviors following myocardial infarction: implications for healthy lifestyle medicine. *Progress in cardiovascular diseases*. 2017. № 60(1), P.159-168. doi: <https://doi.org/10.1016%2Fj.pcad.2017.01.001>
7. Groot-Jensen S., Kiessling A., Zethraeus N., Björnstedt-Bennermo M., Henriksson P. Cost-effectiveness of case-based training for primary care physicians in evidence-based medicine of patients with coronary heart disease. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2016. № 23(4). P. 420-427. doi: <https://doi.org/10.1177/2047487315583798>
8. Kim S.H., Ro J.S., Kim Y., Leigh J.H., Kim W.S. Underutilization of hospital-based cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction in Korea. *Journal of Korean Medical Science*. 2020. № 35(30). e262. doi: <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e262>
9. Kotseva K., Wood D., De Bacquer D. Determinants of participation and risk factor control according to attendance in cardiac rehabilitation programmes in coronary patients in Europe: EUROASPIRE IV survey. *European journal of preventive cardiology*. 2018. № 25(12). P. 1242-1251. doi: <https://doi.org/10.1177/2047487318781359>
10. Nielsen J.B., Leppin A., Gyrd-Hansen D.E., Jarbøl D.E., Søndergaard J. Larsen P.V. Barriers to lifestyle changes for prevention of cardiovascular disease—a survey among 40–60-year old Danes. *BMC cardiovascular disorders*. 2017. № 17. P. 1-8. doi: <https://doi.org/10.1186/s12872-017-0677-0>
11. Palmer MJ., Machiyama K., Woodd S., Gubijev A., Barnard S., Russell S., Perel P., Free C. Mobile phone-based interventions for improving adherence to medication prescribed for the primary prevention of cardiovascular disease in

- adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021. Issue 3. Art. No.: CD012675. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012675.pub3>
12. Ritchey M.D., Maresh S., McNeely J., Shaffer T., Jackson S.L., Keteyian S.J., Wright J. Tracking cardiac rehabilitation participation and completion among medicare beneficiaries to inform the efforts of a National Initiative. *Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2020. №13(1). e005902. doi: <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005902>
 13. Santiago de Araújo Pio C, Chaves GSS, Davies P, Taylor RS, Grace SL. Interventions to promote patient utilisation of cardiac rehabilitation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019. Issue 2. Art. No.: CD007131. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007131.pub4>
 14. Sitovskiy A., Andriichuk O., Yakobson O., Ulianytska N., Usova, O. Compliance to modification of risk factors for recurrent myocardial infarction in the long term of the disease: a randomized study. *Physical rehabilitation and recreational health technologies*. 2023. № 8(2). P. 82-90. doi: [https://doi.org/10.15391/prrht.2023-8\(2\).02](https://doi.org/10.15391/prrht.2023-8(2).02)
 15. Taylor R.S., Dalal H.M., McDonagh, S.T. The role of cardiac rehabilitation in improving cardiovascular outcomes. *Nature Reviews Cardiology*. 2022. №19(3). P. 180-194. doi: <https://doi.org/10.1038/s41569-021-00611-7>
 16. Thomas R.J., Beatty A.L., Beckie T.M., Brewer L.C., Brown T.M., Forman D.E., Franklin B.A., Keteyian S.J., Kitzman D.W., Regensteiner J.G. and Sanderson B.K. Home-based cardiac rehabilitation: a scientific statement from the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, the American Heart Association, and the American College of Cardiology. *Circulation*. 2019. №140(1). e69-e89. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.03.008>
 17. van Erck D, Terbraak M, Dolman CD, Weijs PJM, Henriques JP, Delewi R, Verweij L, Jepma P, Scholte op Reimer WJM, Schoufour JD. Adherence of Older Cardiac Patients to a Home-Based Cardiac Rehabilitation Program. *Geriatrics*. 2023. №8(3). P. 53. doi: <https://doi.org/10.3390/geriatrics8030053>
 18. Wang X., Xu L., Lee G., Song A., Shao J., Chen D., Chen H. Development of an integrated cardiac rehabilitation program to improve the adaptation level of patients after acute myocardial infarction. *Frontiers in Public Health*. 2023. №11. e1121563. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1121563>
 19. World Health Organization (WHO). Cardiovascular Diseases (CVDs). [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)); (accessed prior to 11 June 2021).