

"Астана медицина университеті" КЕАҚ

УДК: 614.253.5:616.12-008.331.1-083

МПК: А 61 N2/00, А 61 K33/10

Шахтыбай Диляра Жагабайқызы

**МЕЙІРГЕРЛЕРДІҢ БАСТАПҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ
КӨМЕК КЕЗЕҢІНДЕ АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР
ПАЦИЕНТТЕРДІҢ ӨЗІН-ӨЗІ БАҚЫЛАУЫН БАҒАЛАУЫ**

7М10101 – «Мейіргер ісі»

Медицина ғылымдарының магистрі дәрежесін алу үшін жазылған
(ғылыми-педагогикалық бағыт) диссертациялық жұмыс

Ғылыми жетекші: _____

м.ғ.к., доцент Келимбердиева Э.С.

Рецензент: _____

м.ғ.к., профессор Ермуханова Л. С.

Астана, 2023ж

МАЗМҰНЫ

| | |
|---|----|
| НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР | 3 |
| АНЫҚТАМАЛАР | 5 |
| ТАҢБАЛАУ ЖӘНЕ ҚЫСҚАРТУЛАР | 6 |
| КЕСТЕЛЕР МЕН БЕЙНЕЛЕНГЕН СУРЕТТЕР | 7 |
| КІРІСПЕ | 8 |
| 1 ТАРАУ. СОЗЫЛМАЛЫ АУРУЛАРДЫ БАСҚАРУ БАҒДАРЛАМАСЫ. ӘДЕБИЕТТІК ШОЛУ | 11 |
| 1.1 Шетелдік тәжірибелер. | 14 |
| 1.2 Қазақстандағы жағдай | 21 |
| 1.3 Қазақстанда мейіргерлердің Ауруларды Басқару Бағдарламасындағы рөлі. | 23 |
| 1.4 Артериялық гипертензияға диета. DIET DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension). | 24 |
| 1.5 Физикалық белсенділіктің артериялық қан-қысымына әсері. | 30 |
| 1.6 Қан қысымын үй жағдайында бақылау. Маңыздылығы мен орындау алгоритмі. | 32 |
| 2 ТАРАУ. ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ МЕН МАТЕРИАЛДАР | 33 |
| 2.1 Динамикалық бақылаудағы және АББ қатысатын пациенттердің өмір сапасын анализдеу | 33 |
| 2.2 Деректерді статистикалық өңдеу | 35 |
| 3 ТАРАУ. ДЕРЕКТЕРДІ ТАЛДАУ | 36 |
| 3.1 Сипаттамалы статистика | 36 |
| 3.2 Зерттеуге қатысқан пациенттердің қан-қысым деңгейлері | 37 |
| 3.3 Зерттеу тобы мен бақылау тобындағы пациенттердің жастарының арасындағы айырмашылыққа салыстырмалы анализ | 38 |
| 4 Аналитикалық статистика | 39 |
| 4.1 Динамикалық бақылаудағы пациенттердің өмір сапасына статистикалық анализ | 39 |
| 4.2 Ауруларды Басқару Бағдарламасына қатысатын пациенттердің өмір сапасына статистикалық анализ | 40 |
| 4.3 АББ пациенттері мен динамикалық бақылаудағы пациенттердің өмір сапаларына салыстырмалы анализ | 41 |
| ТҰЖЫРЫМДАР | 45 |
| ҚОРЫТЫНДЫ | 48 |
| ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ | 49 |
| ҚОСЫМША 1 | 56 |
| ҚОСЫМША 2 | 60 |
| ҚОСЫМША 3 | 66 |

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР

Диссертацияда келесі стандарттардың сілтемелері пайдаланылды:

1. Созылмалы аурулары бар адамдарға медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру, байқаудың мерзімділігі мен мерзімдерін, диагностикалық зерттеулердің міндетті минимумы мен еселігі қағидаларын бекіту туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 23 қазандағы № ҚР ДСМ-149/2020 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2020 жылғы 26 қазанда № 21513 болып тіркелді.

2. ХАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІ ТУРАЛЫ Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI ҚРЗ Кодексі.

3. Мейіргерлік күтім көрсету қағидаларын бекіту туралы. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 23 қарашадағы № ҚР ДСМ-199/2020 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2020 жылғы 25 қарашада № 21674 болып тіркелді.

4. Ақпаратты келісім алу тәртібі. Ақпараттандырылған келісім-бұл пациент қол қоятын емдеу мен диагностиканың барлық аспектілерін егжей-тегжейлі көрсететін және пациенттің емдеу мен диагностиканың нақты әдісін алуға ерікті келісімін беретін құжат. Ақпараттандырылған келісім ережесі пациенттерге немесе биомедициналық эксперименттерде сыналушыларға жеке тұлғалар ретінде құрметпен қарауды қамтамасыз етуге, сондай-ақ, әрине, мамандардың теріс пиғылды немесе жауапсыз іс-әрекеттері салдарынан олардың денсаулығына, әлеуметтік-психологиялық әл-ауқаты мен моральдық құндылықтарына қауіп-қатерді азайтуға бағытталған. Медициналық практикада және биомедициналық зерттеулерде қолдану мақсаттары қандай? Бичампу мен Чилдреске сәйкес, олардың үші: 1. Пациентке немесе биомедициналық зерттеуде сыналушыға еркін таңдауды жүзеге асыруға және емдеу немесе оның денесімен ғылыми зерттеу процесінде жүзеге асырылатын барлық рәсімдерді немесе іс-қимылдарды бақылауға құқылы автономды тұлға ретінде құрметпен қарауды қамтамасыз ету. Теріс пиғылды емдеу немесе эксперимент жасау салдарынан пациентке келтірілуі мүмкін моральдық немесе материалдық залал мүмкіндігін азайту. 3. Медицина қызметкерлері мен зерттеушілердің пациенттер мен сыналушылардың моральдық және физикалық әл-ауқаты үшін жауапкершілік сезімін арттыруға ықпал ететін жағдайлар жасау. Этикалық комитетпен рұқсат етіледі. Халықтың осал топтарының құқықтарын қорғау. Медициналық көмектің негізгі қажеттіліктерін қанағаттандырудан басқа халықтың осал топтарын, атап айтқанда балаларды, жастарды, әйелдерді, тұрғылықты халықтарды және халықтың кедей топтарын қорғау мен ағартуға ерекше назар аудару керек, бұл

тұрақты дамуды қамтамасыз ету үшін қажетті шарт болып табылады. Қарттар мен мүгедектердің медициналық қызмет көрсетудегі қажеттіліктеріне ерекше назар аудару қажет. Халықтың осал топтарын қорғаудың жалпы мақсаты осындай топтың әрбір өкілінің өз мүмкіндіктерін толық дамытуға (дені сау дене, ақыл-ой және рухани дамуды қоса алғанда); жастардың салауатты өмір салтын жүргізуін қамтамасыз етуге; әйелдерге қоғамда негізгі рөл атқаруға және тұрғылықты халықтарға оларға білім беру мен экономикалық және техникалық даму саласында мүмкіндіктер бере отырып, қолдау көрсетуге мүмкіндік беруге мүмкіндік беруінде болып табылады.

АНЫҚТАМАЛАР

Артериялық гипертензия – қалыпты қан қысымының $СҚҚ \geq 140$ мм рт. ст., және/немесе $ДҚҚ \geq 90$ мм.рт.ст. жоғарылауы.

Ауруды Басқару Бағдарламасы – бұл өзіне-өзі көмек/өзін-өзі басқару бойынша күш салуға болатын жағдайлары бар пациенттердің белгілі бір топтарына арналған үйлестірілген медициналық араласулар мен коммуникация жүйесі.

Динамикалық бақылау – пациенттің денсаулық жағдайын жүйелі түрде байқау, сондай-ақ осы байқау нәтижелері бойынша қажетті медициналық көмек көрсету;

Мейіргерлік күтім - денсаулықты насихаттауды, аурулардың профилактикасын және науқастардың, мүгедектер мен хал үстіндегі адамдардың күтімін қамтитын, барлық жастағы, топтар мен қоғамдастықтардың адамдарына, науқастарға немесе сау адамдарға мейіргерлер және кеңейтілген практиканың мейіргерлері көрсететін медициналық қызметтер кешені;

Мультипәндік топ - пациент организмнің функциялары мен құрылымдарының бұзылу сипатына, оның клиникалық жай-күйінің ауырлығына байланысты қалыптастырылатын әртүрлі мамандар тобы;

Профилактика - аурулардың пайда болуының, аурулардың ерте сатыларда өршуінің алдын алуға және өршіп кеткен асқынуларды, ағзалар мен тіндердің зақымдануын бақылауға бағытталған медициналық және медициналық емес іс-шаралар кешені;

Бейінді маман – денсаулық сақтау саласындағы сертификаты бар жоғары медициналық білімді медицина қызметкері;

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (МӘМС) – әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының активтері есебінен медициналық қызметтердің тұтынушыларына медициналық көмек көрсету жөніндегі құқықтық, экономикалық және ұйымдастырушылық шаралар кешені;

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі (ТМККК) – бюджет қаражаты есебінен берілетін медициналық көмектің көлемі.

ТАҢБАЛАУ ЖӘНЕ ҚЫСҚАРТУЛАР

| | |
|-------------|---|
| АББ | - ауруды басқару бағдарламасы |
| АГ | - артериялық гипертензия |
| АҚҚ | - артериялық қан қысымы |
| ДҚҚ | - диастолалық қан қысым |
| СҚҚ | - систолалық қан қысым |
| ММ СЫН.БАҒ. | - миллиметр сынап бағанасы |
| ДСИ | - дене салмағының индексі |
| ЖИА | - жүректің ишемиялық ауруы |
| СЖЖ | - созылмалы жүрек жеткіліксіздігі |
| ЛПНП | - төмен тығыздықты липопротеиндер |
| ЛПВП | - жоғары тығыздықты липопротеиндер |
| АСС/АНА | -Американдық кардиология колледжі/ Американдық жүрек ассоциациясы |
| ESC | -Европалық кардиология қоғамы |
| СӨС | - салауатты өмір салты |
| БМСК | - бастапқы медико-санитарлық көмек |
| ЖСЖ | - жүрек соғу жиілігі |
| ТАЖ | - тыныс алу жиілігі |
| МӘМС | - міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру |
| ТМККК | - тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі |

КЕСТЕЛЕР МЕН БЕЙНЕЛЕНГЕН СУРЕТТЕР

| | |
|---------|---|
| 1 кесте | Жас көрсеткіштерінің сипаттамалы статистикасы |
| 2 кесте | Жыныстық көрсеткіштердің сипаттамалы статистикасы |
| 3 кесте | 2 топтың жас айырмашылықтарына сипаттамалы анализ |
| 4 кесте | 2 топтың өмір сапасының көрсеткіштерін талдау |
| 1 сурет | Қатысушылардың жынысының қатынасы |
| 2 сурет | Пациенттердің тұрақты қан қысым деңгейлері |
| 3 сурет | Динамикалық бақылаудағы пациенттердің өмір сапаларының орташа деңгейлері |
| 4 сурет | Ауруларды Басқару Бағдарламасына қатысатын пациенттердің өмір сапаларының орташа деңгейлері |
| 5 сурет | Физикалық белсенділік RF-тің ПУЗ-ға байланысын талдау |
| 6 сурет | Әлеуметтік қарым-қатынас SF - тың ПУЗ-ға байланысын талдау |
| 7 сурет | Эмоционалды жағдайға байланысты рөлдік қызмет RE-ның ПУЗ-ға байланысын талдау |

КІРІСПЕ

Зерттеудің өзектілігі: Қазақстан Республикасының халық денсаулығын арттыру мақсатында 2016 жылдан бастап “Денсаулық” бағдарламасы іске асырылып келеді. Аталған бағдарламаның шеңберінде созылмалы инфекциялық емес ауруы бар адамдарға өз ауруларын өздері бақылауына мүмкіндік беру арқылы және денсаулықтарына жауапкершілігін арттыру арқылы олардың аурушандығын азайтатын “ауруларды басқару бағдарламасы (АББ)” енгізілген болатын. Бағдарлама бойынша науқастар медициналық персоналмен біріге отырып, профилактикалық, емдік жоспар құрады. Бұл шаралар бастапқы медициналық-санитарлық көмекті күшейтуге негізделген.

Қазіргі таңда АББ бағдарламасы бойынша қант диабеті, жүректің ишемиялық аурулары, артериялық гипертензия секілді кең таралған аурулар емделеді. Жақын арада бронх демікпесі, өкпенің созылмалы обструктивті ауруларын да қосу жоспарланып отыр. Аталған аурулардың ішіндегі көп кездесетіні - артериялық гипертензия ауруы [1].

Артериялық гипертензия - артериялық қан қысымның ұзақ уақыт бойы тұрақты түрде көтерілуімен сипатталатын медициналық жағдай. Оның салдарынан жүрек-қан тамырларының аурулары (миокард инфаркті, жүректің ишемиялық аурулары, жүрекше фибрилляциясы), цереброваскулярлық аурулары (ишемиялық және геморрагиялық инсульт) және бүйрек аурулары туындауы мүмкін. ДДҰ-ның деректері бойынша әлем бойынша артериялық гипертензиямен ауыратын адамдардың саны 1,28 миллиардты құрайды. Ал, Қазақстанда әрбір 12-ші адам гипертониямен ауырады [2]. Сондықтан, бүкіл әлем бойынша артериялық гипертензияны емдеу үшін, асқынулардың алдын алу үшін және науқастардың өмір сапасын арттыру үшін жаңа бағыттар, соның ішінде ауруларды өзіндік басқару процесстері қарқынды дамытылуда.

Ауруларды басқару бағдарламасы бойынша науқастар мультидисциплинарлы топпен бірге ем шаралар жоспарын құрайды және өзін-өзі басқару бойынша пациенттің өз тарапынан жасалатын іс-әрекеттер жоспары әзірленеді. Мультидисциплинарлы топқа келесі мамандар кіреді: жалпы практикалық дәрігер, терапевт, эндокринолог (немесе офтальмолог, невропатолог, кардиолог, хирург), медбике, денсаулық мектебінің мамандары, психолог, әлеуметтік қызметкер. Аталған мамандардың ішінде науқастардың көп қарым-қатынасқа түсетіні, оларға консультация беріп, үйрететіні мейіргер болып есептеледі. Мейіргер АББ бойынша аурудың ауырлығы төмен немесе орташа науқастарды 3 айда 1 рет, ауырлығы жоғары науқастарды 1 айда 1 рет қарап тексеріп отырады және науқастардың жағдайын бақылап отырады. Осы аталғандай, мейіргердің науқастарды өзін өзі бақылауында атқаратын рөлі жоғары болғандықтан, зерттеу тақырыбы қазіргі таңда өте өзекті болып табылады.

Зерттеу мақсаты: Бастапқы медициналық-санитарлық көмек деңгейінде ауруларды басқару бағдарламасын (АББ) дамыту мақсатында артериялық гипертензиясы бар пациенттердің өмір сапасын бағалау және динамикалық еммен салыстырғанда АББ тиімділігін бағалау.

Зерттеу міндеттері:

1. Ауруларды басқару бағдарламасының шетелдік тәжірибелеріне әдебиеттік шолу жүргізу.
2. Динамикалық бақылауда тұрған артериялық гипертензиясы бар пациенттердің өмір сапасын салыстырмалы түрде анализдеу.
3. Ауруларды басқару бағдарламасына (АББ) қатысатын пациенттердің өмір сапасын салыстырмалы түрде анализдеу.
4. Созылмалы артериялық гипертензиясы бар пациенттердің өмір сапасын арттыру мақсатында АББ қатысатын пациенттерді қарап-тексеруге арналған мейіргерлік карта әзірлеу.

Зерттеу объекті:

Динамикалық бақылауда тұрған артериялық гипертензиясы бар пациенттер және ауруларды басқару бағдарламасына қатысатын пациенттер.

Зерттеу әдістері:

1. Medical Outcomes Study 36 Item Short Form (MOS SF-36) сауалнамасы;
2. Статистикалық талдау Stat Tech V. 3.0.9 бағдарламасын қолдана отырып жүргізіледі (әзірлеуші - "Статтех" ЖШҚ, Ресей).

Ғылыми жаңалығы:

1. Астана қаласында динамикалық бақылауда тұрған және ауруларды басқару бағдарламасына қатысатын пациенттердің өмір сүру сапасы параметрлерінің көрсеткіштеріне салыстырмалы талдау жүргізіледі.
2. Ауруларды Басқару Бағдарламасының тиімділігін арттыру мақсатында мейіргерлерге арналып дәрігерлерге дейінгі қарап-тексеру картасы құрылады.

Зерттеудің болжамды нәтижесі:

Ауруларды басқару бағдарламасы, оған қатысатын артериялық гипертензиясы бар пациенттердің өз денсаулықтарына жауапкершілігін арттырады және өз-өзін бақылай алуға мүмкіндігі болады. Сондықтан, бағдарламаға қатысушы топтың динамикалық бақылаудағы артериялық гипертензиясы бар пациенттерге қарағанда өмір сапасы мен денсаулық жағдайы жақсырақ болады деп болжанады.

Практикалық маңыздылығы:

Зерттеу нәтижелері бойынша әзірленген мейіргерлік тексерудің картасы бұдан әрі мейіргердің артериялық гипертензиясы бар пациенттерді бақылауы үшін пайдаланылуы мүмкін.

Ғылыми зерттеулер жүргізу базасы:

ШЖҚ "№ 6 қалалық емхана " МКК және ШЖҚ" № 10 қалалық емхана " МКК

1 ТАРАУ. СОЗЫЛМАЛЫ АУРУЛАРДЫ БАСҚАРУ БАҒДАРЛАМАСЫ. ӘДЕБИЕТТІК ШОЛУ

Артериялық гипертензия - артериялық қан қысымның ұзақ уақыт бойы тұрақты түрде көтерілуімен сипатталатын медициналық жағдай. 95% гипертонияның біріншілік немесе эссенциалды түрі кездеседі. 5%-ы симптоматикалық гипертония: бүйректік, реноваскулярлық, эндокриндік, аортаның коартациясы кезіндегі гипертония және т. б.

Қазіргі таңда қан қысымының тұрақты көтерілуі — әрбір жетінші өлімнің себебі болып отыр, ол кез келген басқа қауіп факторына қарағанда көбірек өлімге әкеледі (жылына шамамен 10 миллион). Артериялық гипертензия (АГ) аурушандықтың орасан зор ауыртпалығы болып табылады: қан қысымының жоғарылауының тікелей салдары — жүректің ишемиялық ауруы (ЖИА), созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің (СЖЖ), цереброваскулярлық жедел бұзылыстың (ЦЖБ), сондай-ақ созылмалы бүйрек ауруының (СБА), перифериялық артерия аурулары және когнитивті дисфункцияның дамуы [3].

Классификациясы.

2017 жылдың қараша айында Американдық жүрек ассоциациясы АНА сарапшыларының жұмыс тобы артериялық қан қысымы жоғарылаған ересек пациенттерді диагностикалау, классификациялау, бағалау және емдеу бойынша клиникалық ұсыныстар берді.

Сол АСС/АНА 2018 (Американдық кардиология колледжі / Американдық жүрек ассоциациясы 2018 ж) мақұлдаған жіктеуі бойынша қан қысымы келесі түрлерге бөлінеді:

1. Оптимальды қан қысымы. Систолалық АҚ < 120 , диастолалық АҚ < 80 .
2. Қалыпты қан қысымы. Систолалық АҚ 120-129 мм сын. бағ. арасында, диастолалық қан қысымы 80-84 мм сын. бағ.
3. Жоғары-қалыпты қан қысым. Систолалық АҚ 130–139 мм сын. бағ. арасында және/немесе диастолалық қан қысымы 85-89 мм сын. бағ.
4. 1 сатыдағы гипертензия. Систолалық қан қысымы 140–159 мм сынап бағанасы және/немесе диастолалық қан қысымы 90–99 арасында.
5. 2 сатыдағы гипертензия. Систолалық 160–179 мм сын. бағ. және/немесе диастолалық 100–109 мм сын. бағ.
6. 3 сатыдағы гипертензия. Систолалық ≥ 180 мм сын. бағ. және/немесе диастолалық ≥ 110 мм сын. бағ.
7. Оқшауланған систолалық гипертензия. Систолалық ≥ 140 мм сын. бағ. және/немесе диастолалық < 90 мм сын. бағ. [4].

Себептері және этиологиясы.

1922 жылы Г.Ф. Ланг гипертония (АГ) бүйректің біріншілік зақымдануымен байланысты емес, өз алды тәуелсіз ауру деген болжам келтірген болатын. Автор аурудың пайда болу себебін ұзаққа созылған эмоционалды күйзеліспен, мидың жоғарғы бөлімдерінің (атап айтқанда, гипоталамустың) функцияларының бұзылуымен және симпатикалық жүйке жүйесінің белсендірілуімен байланыстырды. Г. Ф. Лангтың гипотезасы клиникалық бақылауларға негізделді. Стресс деп мінез-құлық, гемодинамикалық және нейрогормоналды өзгерістер тудыратын кез-келген сыртқы факторларды айтады. Нақты АГ - ға негативті эмоциялардың әсерлері айтылған. Негативті эмоция агрессивті-қорғаныс реакциясының пайда болуына әкеледі, ол сәйкесінше қан қысымының айқын көтерілуіне себеп болады. Эмоционалды реакциялардың моторлы және вегетативті көріністерінің интеграторы гипоталамус болып табылады. Эксперименттерде көрсетілгендей қысқа мерзімді эмоциональдық жүктеме кезінде қан қысымының жоғарылау ұзақтығы эмоциональдық жүктеме ұзақтығынан аспаса, онда ұзақ уақытты стрессте қан қысымының жоғарылауы эмоционалды жүктеме тоқтағаннан кейін де сақталады. Клиникалық жағдайда стресстік жүктемелерге ұшыраған популяцияларда АГ жиілігінің жоғары екені көрсетілген [5].

Келесі себеп – ренин-ангиотензин жүйесінің реакциясы. Эндотелий жасушалары бұл жүйе арқылы қан тамырларға вазоконстрикторлы және демодельдеуші әсер береді. Ұзақ уақыт бойы вазоконстрикцияда болған тамыр морфологиялық тұрғыда өзгере бастайды.

Тағы бір себептерге өмір салты жатады. 1922 ж. Г. Ф. Лангтың айтуы бойынша: “ көптеген науқастарды бақылау барысында анықталғандай, эссенциалды гипертонияға өмір салтының дұрыс еместігі әкеледі, ал асқындырушы ретінде сыртқы факторлар, яғни жұмыс характері, тұрмыс-салты, тамақтануы және зиянды әдеттер әсер етеді. Айта кетерлік жағдай, бұл факторлар бөлек емес, бірге әсер етеді”.

Диагностика және қауіп факторын анықтау.

Скринингті қан қысымы оптимальді пациенттерге әр 5 жыл сайын жүргізу керек, қан қысымы қалыпты болса әр 3 жыл сайын және қан қысымы қалыптыдан жоғары адамдар үшін жыл сайын жүргізу керек. Қабылдау бөлімінде АҚ үш рет тіркеумен және 1-2 минуттық аралықпен өлшенеді. Өзін-өзі бақылау және қан қысымының тәуліктік мониторингін де есепке луға болады, себебі, олардың клиникалық бақылаумен бірдей дәлелдігі анықталды. Бірақ бұл тәсілдер тек диагнозды растау үшін ғана пайдаланылады және алған деректер сенімді болған жағдайда ғана пайдаланылады.

Өзін-өзі бақылау және қан қысымының тәуліктік мониторингінің маңыздылығы – “ақ халат” синдромы мен жасырын АГ-ны анықтауда [6] [7].

2013 жылмен салыстырғанда жаңа нұсқаулар өмір салтына қатысты қауіп факторларын қосты (темекі шегу, артық салмақ, менопаузаның ерте басталуы, отырықшы өмір салты, тыныштық күйінде тахикардия > 80 уд/мин) және зертханалық көрсеткіш (зәр қышқылы).

SCORE шкаласы бұрынғыша қауіп факторының деңгейін анықтаудың бірден бір тәсілі [8].

АСС/АНА 2018 (Американдық кардиология колледжі / Американдық жүрек ассоциациясы 2018 ж) бойынша әрбір сатылардың кардиоваскулярлық қауіп тудыратын факторлары бар:

- 1 сатыдағы артериялық гипертензиясы бар пациенттер үшін: жынысы (ер адамдар > әйел адамдар). Жасы (жас ұлғайған сайын жүрек-қан тамырлар ауруларының туындау қаупі жоғарылайды). Темекі шегу (қазіргі кезде немесе бұрын шеккен болса). Жалпы холестерин. Зәр қышқылы. Семіздік. Отбасылық анамнезде жүрек-қан тамыр ауруларының болуы. Отбасылық анамнезде ерте басталған артериялық гипертензияның болуы. Ерте басталған менопауза. Отырықшы өмір салты. Психосоциальдік және әлеуметтік-экономикалық факторлар. Жүрек соғу жиілігі (тыныштықта минутына > 80 соққы).
- 2 сатыдағы артериялық гипертензиясы бар пациенттер үшін: сол жақ қарыншаның гипертрофиясы, микроальбуминурия немесе альбумин-креатинин арақатынасының жоғарылауы, алдыңғы және артқы жіліншік артериялардың систолалық қан қысымының ең жоғарғысы мен оң және сол иық артериялардың систолалық қан қысымының ең жоғарғысы арасындағы қатынас < 0.9 болуы, Прогрессивті ретинопатия: қан кетулер немесе экссудат, папиллоэдема.
- 3 сатыдағы артериялық гипертензиясы бар пациенттер үшін: цереброваскулярлық аурулар: ишемиялық инсульт, миға қан кету, миокард инфарктісі, стенокардия, миокард ревазуляризациясы, суретте атероматозды бляшканың болуы, жүрек жеткіліксіздігі, перифериялық артерия ауруы, атриальды фибрилляция.

Емдік шаралары.

Артериялық гипертензияны емдеу стратегиясы диагностикалау мен антигипертензивті препараттарды қабылдау арқылы АҚ-ны қалыпты деңгейге түсіруден тұрады. Созылмалы гипертонияны толықтай емдеу өте қиын. Сондықтан, пациенттерге гипотензивті терапия тағайындалады, ал өмір сапаларын төмендетпес үшін өмір салтын өзгертуге ұсыныс беріледі. Емдік шаралар ретінде келесідей антигипертензивті дәрілер тағайындалуы мүмкін: диуретиктер, кальций антагонистері, перифериялық

вазодилататорлар, ангиотензинге айналдырушы ферменттің ингибиторлары, АТ-1 рецепторларының блокаторлары.

Өмір салтын өзгертуге артериялық қан қысымын түсіретін диета, физикалық белсенділікті арттыру үшін жаттығулар тағайындау немесе нормаларын сақтай отырып жаяу жүру/жүгіруге кеңес беру, темекі шегуді, алкогольді шектеу және т.б.

1.1 Шетелдік тәжірибелер.

Абстракт. Артериалық гипертензияны сәтті емдеу дәрі-дәрмекті уақытылы қабылдау мен диетаны ұстану сияқты өзін-өзі күтуге үнемі қатысуды талап етеді. Сол мақсатпен әлем бойынша ауруды басқару бағдарламалары практикаға енгізіліп жатыр.

Ауруларды Басқару - адамдардың салауатты өмір салтын ұстану үшін, созылмалы ауруына бақылау жасау және одан әрі асқынулардың алдын алу үшін жасайтын әрекеттері. Бұл әдеби шолу науқастар өз жағдайларын басқаруға қажетті дағдыларды дамытқан кезде ем қаншалықты тиімді болатынын анықтауға бағытталған.

Әдістер. Шолу PUBMED базалар дерегінде 2018-2022 жж. аралықтарында жарияланған мақалаларда жүргізілді.

Пайдаланылған кілттік сөздер: chronic disease management , arterial hypertension, self-management program and hypertension, self care and hypertension, effectiveness, nursing.

Нәтижесі. Әдебиеттерге шолу жүргізу барысында 83 мақала табылып, оның 14-і барлық критерийге сай келді. Соның ішіндегі 7 зерттеулер “ауруларды басқарудың” тиімділігін анықтау үшін жүргізілді. Зерттеулер Испания, АҚШ, Иран, Африка, Бразилия, Эфиопия елдерінде өтті. Зерттеуге қатысқан барлық пациенттер саны - 1555. Зерттеу нәтижелері бойынша АББ тиімділігі келесі медициналық араласулардан артты: антигипертензивті дәрілерді өз бетінше қабылдау (n=1), қан қысымын қадағалау/өлшеу (n=3), гипокалориялық диета және натрийі аз диета (n=2), физикалық белсенділік (n=3). Көзделген нәтижелер: (а) систолалық қан қысымының төмендеуі (б) қан қысымдарын өздері бақылау (в) өмір сапасының жақсаруы (г) емдеу бейымдылық (д) дене салмағының индексі (ДСИ).

7 зерттеу науқастарды әртүрлі электрондық құралдар мен приложениелер арқылы бақылап отырып, байланысқа түсіп көмек көрсеткенде емнің тиімділігі қаншалықты артатынын анықтайды.

Қорытынды. Ауруды басқару созылмалы аурулары бар науқастардың, соның ішінде гипертониктердің өмір сапасын, клиникалық көрсеткіштерін жақсартады және шығындарды азайтып, ауыр асқынулардың алдын алуға көмектеседі. Клиникалық зерттеулерге

сүйенсек науқастардың емге араласып, өмір салттарын өзгертуі емдік-профилактикалық ұйымдарға пациенттердің қайталанып түсуін азайтады. Демек, бұл шаралар халық денсаулығын күшейтіп, өлім-жітімдікті азайтып қана қоймай, денсаулық сақтау ұйымдарының экономикасын да жақсартады.

Сонымен қатар, мақалаларда ауруды басқаруды оңтайлатудың жолдары да тәжірибелерден өтіп сыналды. Ол жолдар - медицина маманы мен науқастардың байланысқа түсіп отыруын жеңілдететін электрондық құрылғылар, гипертензия ауруы туралы білімін арттыратын мобильді қосымшалар және артериалды гипертензиясы бар науқастарды бақылауды мейірбикелерге тапсыру. Аталған шараларды тәжірибе жүзінде енгізу созылмалы ауруды емдеуді одан әрі тиімді етеді. Себебі, әрбір пациентке жеке көңіл бөліп отырғанға қарағанда уақытты көбірек үнемдейді және шығынды да азайтады.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының 2021 жылғы деректері бойынша әлемде 30-79 жас аралықтарында 1,28 миллиард адам артериялық гипертензиямен ауырады және олардың көп бөлігі (үштен екісі) табысы орташа/төмен елдерде тұрады. 46% гипертониясы бар ересектер өздерінің артериялық гипертониямен ауыратындарын білмейді, 42% гипертониктер диагностикадан өтіп, ем қабылдайды, шамамен әрбір 5-ші гипертоник (21%) ауруларын бақылайды.

Гипертония қазіргі таңда өлімге әкелетін ең басты себептердің бірі болып табылады. Сондықтан, дүниежүзілік мақсат ретінде 2010-2030 жж. аралықтарында бұл аурудың таралуын 33%-ға дейін түсіру көзделген [9]. Артериалды гипертензияны емдеу стратегиясы диагностикалау мен антигипертензивті препараттарды қабылдау арқылы АҚ-ны қалыпты деңгейге түсіруден тұрады. Бірақ, гипертензияны сәтті емдеу тек қана динамикалық емді ғана емес, сонымен қатар пациенттің де өз еміне араласып, ауруын бақылауын талап етеді.

Ауруды бақылау/өзін-өзі басқару - адамдардың салауатты өмір салтын ұстану үшін, созылмалы ауруына бақылау жасау және одан әрі асқынулардың алдын алу үшін жасайтын әрекеттері. Америкалық кардиология колледжінің (ACC)/Америкалық кардиологиялық ассоциациясының (AHA) және Еропалық гипертония қоғамдастығының (European Society of Cardiology (ESC) ең соңғы ұсыныстары бойынша жоғары қан қысымды тиімді бақылау келесі компоненттерден тұрады: (а) тұз бен алкогольді тұтынуды шектеу, (б) салмақ тастау, (с) арнайы құрылған жаттығулар арқылы физикалық белсенділікті күшейту, (д) DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) диетасын ұстану, жемістер мен көкөністерді көп тұтыну және калий қоспаларын қабылдау.

Г. Ф. Лангтың айтуы бойынша: “Гипертония көбінесе әлеуметтік-экономикалық жағдайға және онымен байланысты әдеттерге байланысты

көп жейтін, алкогольді тым көп пайдаланатын, көп темекі шегетін және отырықшы өмір салтын ұстанатын адамдарда байқалады” [10].

Сонымен қатар, рандомизацияланған бақыланатын сынақтарда диеталық өзгерістер, жаттығулар және алкогольді тұтынуды азайту шаралары қан қысымының айтарлықтай төмендеуіне әкелетіні дәлелденген және күнделікті қан қысымын өзіндік өлшеп, бақылап отыру гипертензияны басқаруға көмектеседіні дәлелденген [11].

Созылмалы ауруы бар науқастардың өзін-өзі бақылауы олардың емделуге мотивациясын арттырып, өмір сапасын және клиникалық нәтижелерін жақсартып, ресурстарды тиімді пайдалануына себепші болады.

Бірақ, өкінішке орай, фармакологиялық ем қабылдайтын науқастардың жартысынан көбі ауруларын бақыламайды, бұны пациенттердің емдік нұсқауларды орындау көрсеткіштерінің төмендігінен, психологиялық әлауқаттың нашарлығынан және өмір сапасының төмендігінен көруге болады.

Әдістер. Артериялық гипертензия кезінде өзіне өзі көмек көрсету қаншалықты тиімді екенін анықтау үшін PubMed деректер көзінен 2018-2022 жж. аралығында жарияланған ағылшын тілінде мақалалар қарастырылды. Пайдаланылған кілттік сөздер: chronic disease management , arterial hypertension, self-management program and hypertension, self care and hypertension, effectiveness, nursing.

Шолуға қосу критерийлері: ағылшын тіліндегі толық мәтінді мақалалар, зерттеуге қатысушылары артериялық гипертензиясы бар 18 жастан жоғары науқастар.

Шолудан алып тастау критерийлері: зерттеу объектісі ретінде артериялық гипертензиясы бар жүкті әйелдерді, 18 жасқа дейінгі жасөспірімдерді алған мақалалар, артериялық гипертензия екіншілік ауру ретінде, жүрек-қан тамыр аурулары бар науқастары бар зерттеулер, ауруды басқарудың тиімділігі зерттелмеген мақалалар.

Нәтижесі. Әдебиеттерге шолу жүргізу барысында 83 мақала табылып, оның 14-і барлық критерийге сай келді. Соның ішіндегі 7 зерттеулер “ауруларды басқарудың” тиімділігін анықтау үшін жүргізілді. Зерттеулер Испания, АҚШ, Иран, Африка, Бразилия, Эфиопия елдерінде өтті. Зерттеуге қатысқан барлық пациенттер саны - 1555. Зерттеу нәтижелері бойынша АББ тиімділігі келесі медициналық араласулардан артты: антигипертензивті дәрілерді өз бетінше қабылдау (n=1), қан қысымын қадағалау/өлшеу (n=3), гипокалориялық диета және натрийі аз диета (n=2), физикалық белсенділік (n=3). Көзделген нәтижелер: (а) систолалық қан қысымының төмендеуі (б) қан қысымдарын өздері бақылау (в) өмір сапасының жақсаруы (г) емдеуді ұстану (д) дене салмағының индексі (ДСИ).

7 зерттеу науқастарды әртүрлі электрондық құралдар мен мобильдік қосымшалар арқылы бақылап отырып, байланысқа түсіп көмек көрсеткенде емнің тиімділігі қаншалықты артатынын анықтайды.

Әдебиеттерді саралау нәтижесі бойынша ауруды басқару бағдарламасы динамикалық емге қарағанда тиімді екені анықталды. Зерттеу кезінде көпфакторлы медициналық кірісулер пайдаланылды:

1. DASH диета. Зерттеуге іріктеліп алынған пациенттерге диета ұстануын сұрайды және оның нұсқаулығымен таныстырады. Сонымен қатар диетаны жеңіл қабылдауға көмектесу үшін мотивациялық семинарларға шақырып отырады. Семинарда науқастар тағамдардың этикеткасын оқып үйренеді, әрбір тағам түрлерінің күнделікті нормаланған дозасын ішіп үйренеді [12];
2. Физикалық жаттығулар. Әрбір пациентке жағдайына қарай аэробты жаттығулар жоспарланып, бағдарлама беріледі. Жалпы, орташа барлығына аптасына 5-7 күн 50-60 минуттан жаттығуды ұсынады. Жаттығу ретінде жүгіру немесе жүру берілсе, онда пациенттің шагомер арқылы қадамдары саналып отырады. Қатысушылар жаттығудан кейін өзінің субъективті жағдайын сипаттап береді [13];
3. Қан қысымды өлшеу. Пациенттерге қан қысым өлшейтін аппарат беріліп, оларды дұрыс пайдалануы үшін инструкциясымен таныстырады. Пациенттер күнде қан қысымын өлшеп, оларды жазып тіркеп отырады және тағайындалған антигипертензивті дәрілерді қабылдаған уақыттарын тіркейді [14];
4. Зиянды әдеттер. Темекі мен алкогольді өнімдерді тұтынуды азайту [15] [16];

4 зерттеуде пациент ұсынылған барлық нұсқаулықтарды (диета, физикалық белсенділік, артериялық қысымды бақылау) орындағаннан ауруды сәтті бақылауға қол жеткізетіні анықталды [17-20]. 1 зерттеуде қатысушылар 3 топқа бөлініп зерттелді: 1 топ тек медицина қызметкерінің бақылауында болды, қосымша кірісулер пайдаланылмады, 2 топ медицина қызметкерінің бақылауында болды және гипертония кезінде өзіне көмек көрсету туралы шешімдерді қалай қабылдау керектігі үйретілді (decision-making skills), 3 топ медицина қызметкерінің бақылауында болды және оларды ауруына қатысты туындайтын мәселелерді өз бетінше шешуге (self-management problem-solving) оқытты. Нәтижесінде барлық топтарда да қан қысымы төмендеді: систолалық қан қысымындағы өзгерістер [95% CI] – 9.1 [– 15.1, – 3.1], – 7.4 [– 13.4, – 1.4], және – 11.3 [– 17.2, – 5.3] mmHg) және диастолалық қан қысымындағы (– 4.8 [– 8.3, – 1.3], – 4.0 [– 7.5, – 0.5], және – 5.4 [– 8.8, – 1.9] mmHg) сәйкесінше. Ең көп түсірген 3 топтағы пациенттер, демек, ауруды басқару арқылы мәселелерді өзіндік шешу жоғары клиникалық көрсеткіштерге әкеледі [21]. 1 зерттеу гипертониясы бар пациенттермен бірге мейіргерлер ауруды басқарғандағы тиімділікті

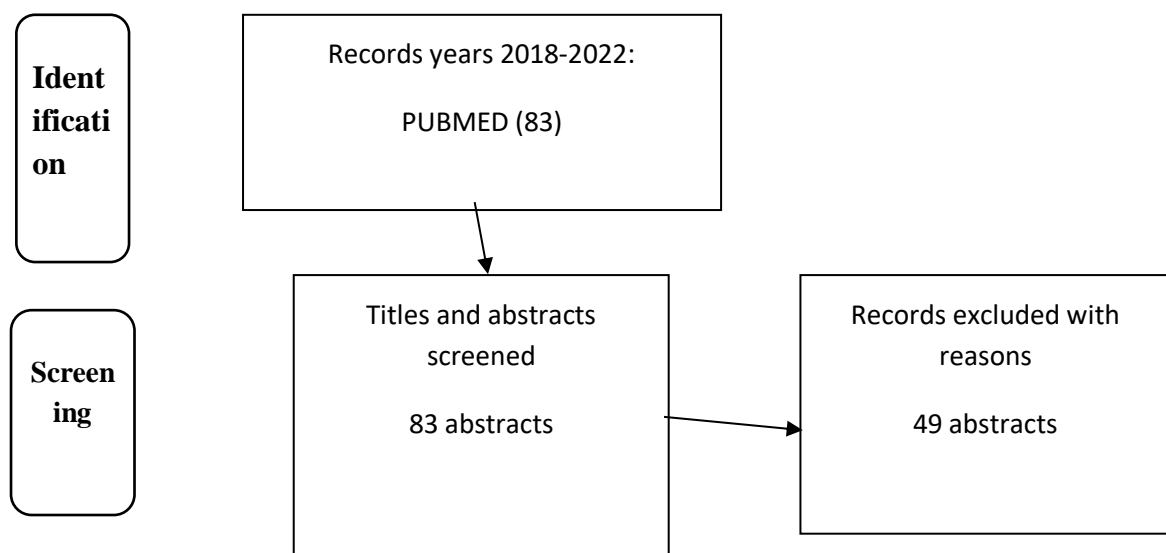
анықтады. Бұл модель бойынша мейіргерлер науқастарға ауруына қатысты мәселелер бойынша консультация береді, ұялы телефон арқылы пациентпен байланысқа шығып отырады, үйіне барып тұрады, өмір салтына қатысты санитарлы-ағарту істерін жүргізеді. Нәтижеге жету критерийлері: қан қысымы, дене салмағының индексі, бел өлшемі, өмір сапасы және емді ұстануы болды. 12 айлық зерттеуден кейін ауруды басқаруға қатысқан топтың қан қысымы түсіп, бел өлшемі кішірейіп, өмір сапасы жақсарған. Тек динамикалық емді қабылдаған бақылау тобында қатты медициналық маңызы бар өзгеріс болмады [22].

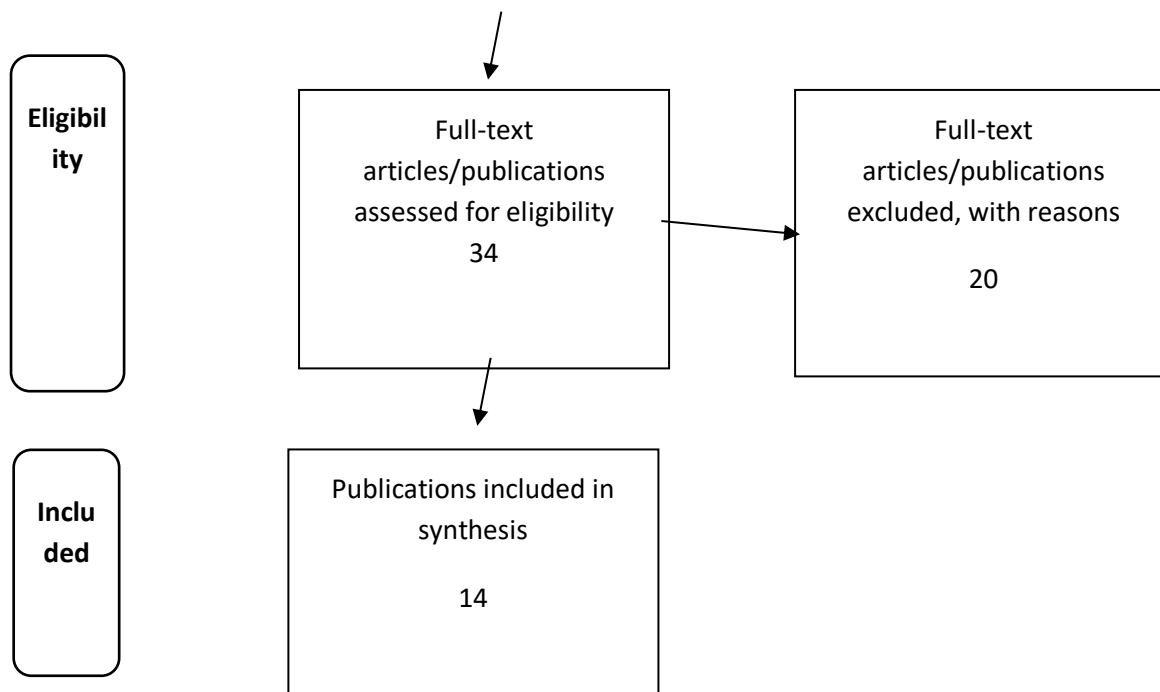
1 зерттеуде әртүрлі факторлардың науқастардың ауруларын бақылауына қалай әсер ететіндігін анықталды. Зерттеу әртүрлі елдерде жүргізілді. Пациенттердің 20%-ы ауыл тұрғындары, 80%-ы қала тұрғындары болды. Зерттеу нәтижесінен қалада тұратын науқастарға қарағанда ауылда тұратын науқастардың емді аз ұстанатыны анықталды. Бұл демографиялық сипаттаманың әртүрлілігіне және аурулардың таралуына байланысты болуы мүмкін, сонымен қатар, бұл медициналық сауаттылықтың жеткіліксіздігіне, денсаулық сақтауға қолжетімділіктің болмауына, дәрілер жеткілісіздігі мен ауруды емдеу жолдары туралы халыққа ақпараттың толық жеткізілмеуіне байланысты болуы мүмкін. Зерттеуде емдеуді ұстануға әсер ететін 6 фактор қарастырылды: дәрілерге сену, диета сақтау, физикалық белсенділік, алкогольды шектеу, темекі шегуді шектеу, салмақтарын бақылау. (а) 7 күн бойы антигипертензивті препараттарды уақытылы үзбей қабылдаған қатысушылар, (б) 6-7 күн тұзсыз тағам қабылдаған қатысушылар, (в) минимум 8 күн бойы 30 минуттан жаттығу жасаған қатысушылар, (г) 7 күн бойы алкоголь тұтынбағандар, (д) 7 күн қатарынан темекі шекпегендер, (ж) 50 баллдың ішіндегі 40 баллды жинап салмағын қадағалағандар өз ауруларын бақылауға және емге қабілетті деп есептелді. Антигипертензивті дәрілерге оң көзқараспен қарайтындар дәрілерді мойындамайтындарға қарағанда емді көбірек ұстанады. Қатысушылардың тек 36,6%-ы ғана дәрі қабылдаудың маңыздылығын түсінеді. Әйел адамдар ер адамдарға қарағанда дене салмақтарын аз бақылайды және жаттығулар мен спортпен аз шұғылданады, бірақ ер адамдарға қарағанда өздерін алкоголь мен темекі шегуден шектей алады [23].

Әдеби шолу барысында тек қана ауруды басқарудың тиімділігі бар жоғы зерттеліп қана қоймай, оның тиімділігін арттыратын жолдар да қарастырылды. Зерттеудің нәтиже көрсеткіштері: систолалық қан қысымы (біріншілік көрсеткіш ретінде), дәрі-дәрмектерді үйлестіру, дәрі-дәрмектің қабылдау көрсеткіштерін білу, дәрі-дәрмектердің нұсқаулықтары мен дозаларын түсіну. 1 зерттеуде мейіргерлердің бақылауымен электронды карталар пайдаланған қатысушылар өз ауруларын жақсы бақылады. Пациенттерде дәрі-дәрмектерді өзіндік қабылдай білу қабілеті пайда болды, алайда, кәдімгі емге қарағанда артериялық қан қысымын түсірмеді [24].

Дүниежүзілік жүйелік шолуларда мобильдік қосымшалар тиімді екенін дәлелдеді. Солардың бірі, Mhealth мобильдік қосымшасы. mHealth-бұл ауруды басқаруды қамтамасыз ету үшін ұялы телефондар, пациенттерді бақылау құрылғылары және сымсыз құрылғылар сияқты мобильді құрылғыларды пайдалану. ДДҰ mHealth терминін алғаш рет 2010 жылы енгізді. Содан бері mHealth технологиясы барлығына қол жетімді. Бұл қосымша келесі функцияларды атқарады: жеке SMS хаттамалар, интерактивті байланыс, ұялы қоңыраулар, электронды почта. Клиникалық деректерді электроншы бақылау және дәрігерлер мен пациенттер онлайн ақпараттық байланыс жеке қызметтерге қарағанда арзанырақ, өйткені mHealth енгізу ешқандай қосымша ресурстарды пайдаланбайды [25-27]. Ұлыбританияда 622 адамның қатысуымен Home BP (қан қысымын үйде онлайн мониторлау және бақылау) құрылғысының тиімділігі зерттелді. Қатысушылар екі топқа бөлінді: цифрлық енгізулермен қан қысымын бақылайтындар (n=305), кәдімгі ем қабылдайтындар (n=317). Бұл жердегі цифрлық араласулар келесі қызметтерді атқарды: пациенттер мен мед. қызметкерлеріне қан қысымының нәтижесін көрсету және қосымша өмір салтын дұрыс салауатты жүргізуге кеңестер ұсыну, мотивация беру. 1 жылдан кейін нәтиже деректері 522 (88,6%) адамнан алынды. Нәтиже бойынша цифрлық қолдау алған топтың орташа қан қысымы 151,7/86,4 тен 138,4/80,2 мм рт.ст. ге дейін түсті. Зерттеу соңында пациеттердің өмір сапасы жақсарғаны, қан қысымын бақылауы күшейгені және дәрі-дәрмекті уақытылы қабылдауды қолға алғандары байқалды.

Қорытынды. Дене салмағының 5-10%-ын тастаса жүрек қантамырлар ауруының пайда болу қаупін азайтады. Сондықтан, диетаның маңыздылығын жеткізу маңызды. Әрбір пациентті жеке қадағалау көп уақытты талап етеді және шығын алып келуі мүмкін. Сондықтан, ауруды басқару үшін арнайы құрылғылар мен мобильдік қосымшыларды пайдаланған тиімді.





1.2 Қазақстандағы жағдай

Қазақстан Республикасының тұрғындарының арасында аурушандықты азайту үшін, асқынулардың алдын алу үшін және жалпы денсаулық жағдайын арттыру мақсатында 2016-2019 жылдарына құрылған “Денсаулық” бағдарламасы аясында Ауруларды Басқару Бағдарламасы енгізілген болатын.

Негізгі мақсаты: созылмалы инфекциялық емес аурулары бар науқастардың өз денсаулықтары үшін жауапкершілік алуы, медицина қызметкерімен біріге отырып емдік жоспарын құрып мақсатқа бірге жетуі және сол арқылы елдің статистикалық көрсеткішін жақсарту: өлім-жітімдікті азайту, халықтың өмір сапасын арттыу, ауруханаға қайталама түсудің деңгейін азайту, жедел жәрдем мен үйге дәрігер шақырудың санын азайту.

Бағдарлама 5 созылмалы жұқпалы емес аурулармен жұмыстанады: созылмалы артериялық гипертензия, қант диабеті, бронх демікпесі, жүректің ишемиялық ауруы, өкпенің обструктивті ауруы.

Бағдарламаны енгізу келесі этаптардан өтті:

- 2013 жылдан бастап Павлодар мен Солтүстік Қазақстан облыстарында енгізіліп басталды;
- 2016 жылдан бастап Астана, Алматы және Қарағанды, Батыс Қазақстан, Қостанай облыстарында енгізілді;
- 2017-2018 жылдар аралығында Республика бойынша енгізілді.

АББ-ның енгізілуіне орай 2018 жылдың 19-20 ақпан айларында Денсаулық Сақтаудың Ұлттық Ұйымы келесі семинар-тренинг жүргізді:

“Профилактикалық шаралардың тиімділігін арттыру құралы ретінде Ауруларды Басқару Бағдарламасы шеңберінде өзін-өзі басқаруды қолдауды ұйымдастыру негіздері”. Оқуды ұйым директорының орынбасары Салтанат Мукашева жүргізді. Одан кейін Ұйымның жоғары категориялы дәрігері Курманов М.К - ның жүргізуімен персоналдарды бағдарламаға үйрету бірнеше жерлерде өткізілді.

Қазақстанда Ауруларды Басқару Бағдарламасына қатысатын созылмалы жұқпалы емес аурулары бар науқастар келесі мультидисциплинарлы топпен өзара әрекеттену арқылы емдік жоспарын құрады: жалпы тәжірибелік дәрігер немесе учаскелік дәрігер, кардиолог немесе эндокринолог (ауру түріне қарай), учаскелік мейіргер, әлеуметтік қызметкер мен психолог, салауатты өмір салты маманы.

Бағдарламаның пилоттық версиясы енгізіле бастағаннан-ақ тиімділігі байқалды. Науқастардың денсаулығына жауапкершілік алуы дәрігер тағайындаған дәрілерді уақытылы ішіп, салауатты өмір салтын ұстануға көмектесті. Нақтырақ айтатын болсақ, диета сақтау (тағамға тұзды рұқсат етілген мөлшерде ғана қосу, калийі көп тамақтарды тұтыну, рационда қызыл етті азайту), алкогольді шектеу, темекі шекпеу, күнделікті физикалық белсенділікті арттыру (жаяу көп жүру, ір науқасқа жеке рұқсат етілген жаттығуларды орындау) [28].

Бағдарлама міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (МӘМС) және/ немесе тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі (ТМККК) -мен қаржыландырады.

1.3 Қазақстанда мейіргерлердің Ауруларды Басқару Бағдарламасындағы рөлі.

Қазақстанда АББ бағдарламасы келесі қадамдардан тұрады:

1. Созылмалы артериялық гипертензиямен ауыратын пациент жалпы практика дәрігеріне/учаскелік терапевтке, сондай – ақ емхананың көпсалалы командасына мүше бейінді мамандарға барады.
2. Емдеудің жеке жоспары бірлесіп талқыланады.
3. Өзін-өзі басқару бойынша пациенттің қысқаша іс-қимыл жоспары әзірленеді.
4. Жалпы тәжірибе дәрігеріне немесе учаскелік терапевтке одан әрі бару үшін аурудың мәртебесі анықталады.
5. Пациенттің бақылау картасы жасалады, онда зертханалық және аспаптық зерттеулердің нәтижелері көрсетіледі.

Артериялық гипертензия кезіндегі мейіргерлердің қызметтері келесілерден тұрады: орташа және төмен қауіпті топтағы науқастарды 3 айда 1 рет қарап тексереді, жоғары және өте жоғары қауіпті топтағы

немесе емделуге бейімділігі төмен науқастарды айына 1 рет қарап тексереді.

Мейіргерлік қарап-тексеру:

1. Физикалық қарап-тексеру жүргізеді.
2. Дәрілік препараттарға рецепт береді.
3. Бейіндік мамандарға және диагностикалық зерттеулерге жолдама береді.
4. Салауатты өмір салтына (СӨС) қатысты ұсыныстар береді, қажет жағдайда СӨС маманымен қоса орындайды.
5. Асқынулар туындау қаупі бар пациенттерге сондай жағдайлар туындағанда қандай іс-әрекеттер орындау керектігін үйретеді және уақытында жедел жәрдем шақыртудың маңыздылығын түсіндіреді.
6. Учаскелік дәрігерге және бейінді мамандарға келесі келу уақытын белгілейді және сол жазбаны регистратурада тіркейді.
7. Денсаулығына шағым болған жағдайда жоспарсыз дәрігердің қарап тексеруіне жолдама береді.
8. Емдік шаралардың орындалуына мониторинг жасайды.

Пациенттің өзін-өзі бақылау жоспарына мыналар кіруі керек: дұрыс тамақтану; қан қысымын күнделікті бақылау; қандағы қантты үнемі бақылау; физикалық белсенділіктің белгілі бір нормасын орындау және т. б. [29]

1.4 Артериялық гипертензияға диета. DIET DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension).

1.4.1 DASH диетасының тиімділігіне зерттеулер

DASH диетасы гипертонияны тоқтатудың диеталық тәсілдері дегенді білдіреді, яғни жоғары қан қысымын емдеуге немесе алдын алуға арналған дұрыс тамақтану жоспарын құрайды. Аталған диетаға калий, кальций және магнийге бай тағамдар кіреді (бұл қоректік заттар қан қысымын бақылауға көмектеседі) және құрамында натрий, қаныққан май және қант қосылған тағамдарды шектейді.

DASH диетасы қандағы төмен тығыздықтағы липопротеидтердің (LDL немесе "жаман") холестерин деңгейін төмендетуі мүмкін. Жоғары қан қысымы және жоғары LDL холестерині жүрек ауруы мен инсульттің екі негізгі қауіп факторы болып табылады.

Диетаға қандай өнімдер кіреді?

Көкөністер, жемістер және дәнді дақылдар. Оларға майсыз сүт өнімдері, балық, құс еті, бұршақ дақылдары және жаңғақтар кіреді. Майлы ет және майлы сүт өнімдері сияқты құрамында қаныққан майы көп

тағамдар, қант қосылған сусындар мен тәттілер, кокос және пальма майы сияқты тропикалық майлар шектеледі.

Зерттеулер көрсеткендей, DASH диетасы қан қысымын екі аптаның ішінде төмендете алады [30]. Бірақ, гипертония туғызатын кейбір патофизиологиялық себептер, мысалы, эндотелиялық дисфункция, симпатикалық жүйке жүйесінің тонусының жоғарылауы DASH диетасының гипотензивті әсерін төмендетеді [31]. Сонымен қатар, жас ұлғайған сайын гипертония кезінде қантамырлардың “қартаюы” тез жүретіндіктен, диета қарт кісілерге тиімділігін аз көрсетеді.

DASH диетасы натрийуретикалық әсер беретіндіктен [32] және ренин-ангиотензин-альдестерон жүйесімен өзара әрекеттескендіктен қантамырлық және гормоналды реакция шақырып, нәтижесінде артериялық қан қысымын азайтады [33]. Зерттеуде DASH диетасымен натрийді көп пайдаланатын адамдардың артериялық қан-қысымы натрийді аз пайдаланатындарға қарағанда айтарлықтай көп деңгейге түскен. Диетадағы натрийдің төмен мөлшері калийдің гипотензивті әсерін әлсіретеді немесе керісінше, DASH диетасындағы калийдің немесе кальцийдің жоғары мөлшері натрийдің төмен мөлшерінің әсерін әлсіретеді деп болжанған [34].

DASH диетасындағы маңызды элемент натрийді шектеу. Диетамен қоса қатысушыларға тұз деңгейін 3-ке бөліп (аз, орташа, көп) зерттегенде гипертензияның барлық стадияларында, соның ішінде гипертензия алды ауруы бар пациенттердің систолалық қан қысымының төмендегені байқалды. ССҚ деңгейі ең жоғары ересектерде (≥ 150 мм сын. бағ. ст.) қан қысымының төмендеуі таңқаларлық болды және осы жоғары қауіпті топтағы адамдардың натрийді төмендетудің де, DASH диетасын ұстанудың да маңыздылығын атап өтті [35]. Тек DASH диетасы немесе тек натрийді шектеу емес, олардың комбинациясы жоғары нәтижеге жеткізеді. Тек DASH диетасын ұстанған адамдар күнделікті тұз мөлшерін 140 ммольге дейін (АҚШ-тағы мөлшерленген нормасы) шектейді. Ол деңгейді 65 ммоль немесе одан да төмен 40 ммольге дейін азайтса тек нормаға дейін шектеу жасағанға қарағанда жоғары тиімділік береді. Бұл зерттеу диетаның тұз нормасын тағы да төмендетуді қарастыруды ұсынады [36].

Диета майлы тағамдарды шектейтіндіктен, ол қан құрамындағы ЛПНП және ЛПВП холестеринін түсіреді. Бұл жүректің ишемиялық аурулары мен инсульттің алдын алады.

Бірақ, кейбір зерттеулер барысында анықталғандай DASH диетасын сақтауда қиындықтар кездеседі. Диетаның шектеулерінің тым көптігі пациенттердің диетаны дұрыс сақтамауына әкеледі. Сондықтан, шектеуді азайтып көру үшін, зерттеулерде көмірсулардың бөлігін азғантай майлы өнімдерге алмастыру арқылы, диетаның тиімділігі зерттелді. Зерттеуде қатысушылар DASH диетасын, бақылау диетасын (контрольная диета) және майлы өнімдер көмірсулардың бір бөлігімен алмастырылған HF-

DASH диетасын ұстанды. Нәтижесі бойынша бақылау диетаға қарағанда DASH диетасы мен майға қаныққан өнімдері бар HF-DASH диетасы артериялық қан қысымын айтарлықтай деңгейде түсірді [37]. Бір-бірінің арасында айырмашылық болмады. Қатысушылардың зәріндегі калийдің экскрециясы DASH диетасы мен HF-DASH диетасында жоғары болды. Сонымен қатар, жалпы холестерин деңгейі екі диетада да бақылау диетасына қарағанда төмен болды. Бұл DASH диетасының қант пен жемісті сусындардың орнына майлы сүт тағамдары мен ет тағамдарын қосқаннан оның тиімділігі жоғалмайды, артериялық қан қысымын сол деңгейде түсіретінін көрсетеді [38].

Қатысушылардың тамақтануын тікелей бақылайтын зерттеулерде диеталардың әсері келесі түрде зерттелді: қатысушыларға белгілі бір жерде (мысалы, зерттеу орталықтарында) тамақ беру және сол жерде бақылау, қатысушылардың өздерімен алып кететін тамақтарын тұтынуы туралы есептерін алып отыру және зәрді жинау арқылы бағаланды.

Тамақтануы бақыланбайтын зерттеулерде диета әсері келесі түрде зерттелді: қатысушылар үш мезгіл тамақтарын жазып отырады, 24 сағат диета туралы естеліктер жіберіліп отырады, тұтынылатын тамақ пен сусындардың фотосуреттері, зәр жинау және диеталық сессияларға қатысу сияқты әртүрлі әдістермен бағаланды. Бұл жерде басым көпшілігі тамақтануы туралы деректерді ұсынбағандықтан, зерттеу жүргізудің бірінші түрі екінші түріне қарағанда жоғары нәтиже береді деп күтілуде.

Зерттеулерде систолалық және диастолалық қан қысымдарының екеуі де қатысушылар отырған кезде кездейсоқ нөлдік сфигмоманометрлермен бір уақытта өлшенді. Кейбір зерттеулерде тек систолалық өлшем есептелді. Лабораториялық деңгейде зәр анализдері алынып, калий мен натрий деңгейлері бақыланды. Қандағы холестерин мөлшері бақыланды. Скрининг кезінде антропометриялық өлшемдер: ИМТ, бел өлшемдері өлшенді. Сонымен қатар, үй жағдайында қатысушылар таңертеңгі және кешкі артериялық қан-қысымын жазбалап отырды.

1.4.2 Диетаның жалпы ұсыныстары:

- Көкөністер, жемістер және дәнді дақылдардың барлық түрлерін тұтыну;
- Майсыз немесе майсыздандырылған сүт өнімдері, балық, құс еті, бұршақ дақылдары, жаңғақтар жеу және өсімдік майларын қолдану.

Қандай тағамдар шектеледі?

- Майлы ет, майлы сүт өнімдері және кокос, пальма майлары сияқты тропикалық майлар қосылған тағамдар.
- Қант қосылған сусындар мен тәттілер

Мақсаты: төмен қаныққан және транс майлары бар, калий, кальций, магний, талшық және ақуызға бай және ең бастысы натрийдің (тұз) мөлшері өте аз тағамдарды тұтыну [39].

Ұсынылған порциялар.

Порция мөлшері сіздің күнделікті тұтынатын калория санына байланысты.

Бұл күніне 2000 калорияға есептелген порциялар мөлшері, соған қарап өзіңізге тамақтану жоспарын құрасаңыз болады:

1. Дәнді дақылдар: күніне 6-8 порция. Бір порция: бір тілім нан және 1 унция (2 ас қасық) құрғақ жарма немесе 1/2 стакан пісірілген жарма, күріш немесе макарон.
2. Көкөністер: күніне 4-5 порция. Бір порция: 1 стакан жасыл жапырақты көкөністер, 1/2 стакан туралған шикі/пісірілген көкөністер немесе 1/2 стакан көкөніс шырыны.
3. Жемістер: күніне 4-5 порция. Бір порция: 1 орташа жеміс, 1/2 стакан жемістер (мұздатылған немесе консервіленген түрі де болады) немесе 1/2 стакан жеміс шырыны.
4. Майсыз немесе майсыздандырылған сүт өнімдері: күніне 2-3 порция. Бір порция: 1 стакан сүт немесе йогурт немесе 1 унция ірімшік.
5. Майсыз ет, құс еті және балық: күніне 1 унциядан (28 граммнан) 6 немесе одан да аз порция. Бір порция: 1 унция (28 грамм) пісірілген ет, құс еті немесе балық немесе 1 жұмыртқа.
6. Жаңғақтар, тұқымдар және бұршақ дақылдары: аптасына 4-5 порция. Бір порция: 1/3 стакан жаңғақ, 2 ас қасық жержаңғақ майы, 2 ас қасық тұқым немесе 1/2 стакан пісірілген бұршақ дақылдары (кептірілген фасоль немесе горох).
7. Майлар: күніне 2-3 порция. Бір порция: 1 шай қасық жұмсақ маргарин, 1 шай қасық өсімдік майы, 1 ас қасық майонез.
8. Тәттілер мен қосылған қант: аптасына 5 порция немесе одан аз. Бір порция: 1 ас қасық қант, желе немесе джем, 1/2 стакан сорбет немесе 1 стакан лимонад.

DASH диетасына мысал мәзірлер.

1 мысал:

Таңғы ас (1-2 порциядан):

- Негізгі тамақ: туралған қызанақ пен қияр және қатты қайнатылған жұмыртқа;
- Жарма және крахмал: бидайдан жасалған (пшеничная) ботқа, жүгеріден маффины;
- Жеміс немесе жеміс шырыны: алма/апельсин

- Сүт немесе йогурт: майсыздандырылған сүт, 1% немесе майсыз йогурт

Түскі ас:

- Негізгі тамақ: сиыр етінен жасалған рулет (саңырауқұлақ соусымен).
- Жарма: 100% бидай ұнынан жасалған нан.
- Көкөністер: ақжелкен мен сәбіз, сарымсақпен картоп езбесі.
- Жеміс немесе жеміс шырыны: пісірілген алма, апельсин немесе алма шырыны.
- Сүт: майсыздандырылған сүт, 1%

Кешкі ас: салат, тұзы аз бидай крекерлері, сүт/шырын.

Тісбасарлар (кез-келген уақытта): 1 кесе жеңіл йогурт, 1 орташа шабдалы, ванильді вафли.

2 мысал:

Таңғы ас (1-2 порциядан):

- Негізгі тамақ: бұрыш және пияз қосылған жұмыртқадан омлет, буға пісірілген брокколи/шпинат.
- Жарма және крахмал: сұлы жармасы, бидай ұнынан жасалған нан.
- Жеміс немесе жеміс шырыны: пісірілген шабдалы/алма
- Сүт немесе йогурт: майсыздандырылған сүт, 1% немесе майсыз йогурт

Түскі ас:

- Негізгі тамақ: пеште пісірілген тауық немесе пеште пісірілген лосось/балық
- Жарма: суға пісірілген чечевица, қоңыр күріштен жасалған палау, 100% бидай ұнынан жасалған нан.
- Көкөністер: көкөністер қоспасы, буға піскен брокколи.
- Жеміс немесе жеміс шырыны: банан, апельсин шырыны.
- Сүт: майсыздандырылған сүт, 1%

Кешкі ас: салат, тұзы аз бидай крекерлері, сүт/шырын.

Тісбасарлар (кез-келген уақытта): 1 кесе жеңіл йогурт, 1 орташа шабдалы, ванильді вафли [40-42].

Қан қысымын түсіру үшін орындалатын ең маңызды әрекет – натрий көлемін азайту, яғни тұзды шектеу.

Нәтижеге жету үшін күнделікті тұздың мөлшерін 2300 мг-ға (2,3гр) дейін азайту керек. Бұл шамамен 1 шәй қасықтың көлеміндей (1 күнде).

Соңғы зерттеулерде қан қысымын айтарлықтай деңгейге дейін түсіріп, қалыпқа келтіру үшін тұз мөлшерін 1500 мг-ға дейін түсіру керектігі дәлелденген. Сондықтан, 2,3 граммнан бастап, жайлап мөлшерін 1,5 граммға дейін азайта берген жөн.

Кеңес! Тұзсыз тағамдарға дәм беру үшін тұзы аз дәмдеуіштер қоспасын немесе шөптер қолдансаңыз болады: пияз ұнтағы, сарымсақ ұнтағы, кептірілген орегано, тимьян, розмарин, көк жуа, лимон қабығы, зира, куркума, паприка, кайен бұрышы, қалампыр және мускат жаңғағы[43].

1.5 Физикалық белсенділіктің артериялық қан-қысымына әсері.

Созылмалы артериялық гипертензия комплексті емді қажет етеді, оған қоса пациенттің өмір салты да осы комплекске енеді. Жоғарыда диетаның маңызы аталып өткен болса, бұл бөлімде физикалық белсенділіктің әсері бағаланады.

Физикалық белсенділік дегеніміз – қаңқа бұлшықетінің жиырылуынан туындаған дененің кез келген қозғалысы. Физикалық белсенділік кезінде энергия шығыны тыныштық кезіне қарағанда бірнеше есе жоғарылайды. Бұл белсенділікке жұмысқа бару, кәсіби тапсырмалар немесе үй шаруалары және денсаулықты жақсартатын мақсатты қозғалыстар/әрекеттер сияқты күнделікті қимыл қозғалыстар кіреді [44].

Артериялық гипертензиясы бар адамдарда физикалық белсенділікті арттыруға бағытталған жаттығуларға аэробты жаттығулар [45], аралас аэробты жаттығулар, жоғары қарқынды интервалды жаттығулар, кардиореспираторлық фитнес, йога сабақтары және серуендеуге, жаяу жүруге негізделген жаттығулар кіреді [46].

АҚШ-тағы ірі, перспективті зерттеулердің соңғы деректері бойынша және “Мейіргерлердің денсаулығы II” зерттеуі бойынша, аэробика орталығының (ACLS) зерттеуі және жас ересектердегі коронарлық артерия қаупінің дамуын зерттеуі (CARDIA) физикалық белсенділік гипертонияның дамуымен кері байланысты екенін көрсетті [47]. Сол сияқты, cardia және ACLS зерттеулерінің деректері кардиореспираторлық фитнес гипертонияның дамуымен кері байланысты екенін көрсетті. Соңғы жылдары Ұлыбритания, Қытай, Дания, Франция, Италия, Корея, Сауд Арабиясы және Таиландтағы әртүрлі халықаралық популяциялар арасында физикалық белсенділік және кардиореспираторлық фитнес пен кездейсоқ гипертензия арасындағы кері байланыс туралы хабарланды. Әр түрлі популяциялардағы нәтижелердің салыстырмалы реттілігі Брэдфорд Хиллдің себеп-салдарлық критерийлерінің біріне сәйкес келеді [48].

Сол сияқты, ұлттық жүгірушілердің денсаулығын зерттеу II және Ұлттық жаяу жүргіншілердің денсаулығын зерттеу деректерін пайдалана отырып, Уильямс пен Томпсон жүгіру мен жаяу жүру кезіндегі баламалы энергия шығындарын (тәулігіне сағат әдісі) салыстыру кезінде гипертония қаупінің салыстырмалы төмендеуімен байланысты екенін анықтады. Артериялық гипертензия қаупі күніне 1 сағаттан жаттығу уақытын арттыра бергеннен азайды. Бұл доза-реакция қатынасы жаяу жүру топтарында да, жүгіру топтарында да бірдей болды. Тұжырымдарға ескерту - жүгірушілерге қарағанда жаяу жүргіншілердің аз ғана бөлігі энергия шығындаудың физикалық нормасынан асады: жүгірушілерге қарағанда 2 есе асуы (15,4% қарсы 61,1%), 3 есе (4,5% қарсы 40,1%) және 4 есе (1,1% қарсы 17,9%). Бұл жаналық жүгіру кезінде жаяу жүруге қарағанда белгілі бір уақыт аралығында көп калория жұмсалатындығына байланысты болды. Осылайша, қарқынды жаттығулар денсаулыққа үлкен пайда әкелуі мүмкін деп айтуға болады, өйткені бөлінген уақыт ішінде көп калория шығынын алуға болады.

Тек емдік шара ретінде ғана емес физикалық белсенділікті артериялық гипертензияның профилактикалық шарасы ретінде қолдануға болады. 30 жылдық проспективті обсервациялық зерттеу барысында қатысушылардың 18 жасындағы физикалық белсенділік көлемі мен жыл өткен ссайын ол көлемнің азаюы гипертония ауруының басталуына тәуелді болғанын көрсетті. Бұл зерттеу физикалық белсенділікті ерте жастан арттыруға және АСС/АНА 2017 (Американдық кардиология колледжі / Американдық жүрек ассоциациясы 2017 ж) ұсынысындағы гипертонияның алдын алуы үшін жасалатын физикалық белсенділік нормасын сақтауды немесе арттыруды ұсынады [49].

Гипертонияның алдын алу үшін тіпті аптасына 10 минуттан астам физикалық жаттығу жасағанның өзі нәтиже көрсетеді. Нәтижені одан да арттыру үшін егде жастағы адамдарға қарқынды физикалық белсенділікті күніне жарты сағатқа дейін арттыру ұсынылады. [50].

Мұндай жаттығуларға мысал ретінде жылдам жүру, велосипед тебу және бақша жұмыстарын келтіруге болады. Қосымша мысалдар кестеде келтірілген:

| Жалпы үй жұмыстары | Спорттық іс шаралар |
|---|--|
| Автокөлік жуу (45-60 минут) Терезелерді немесе едендерді жуу (45-60 минут) Бақшаға күтім жасау (30-45 минут) Жапырақтарды тырмалау Күрекпен қарды тазалау | Волейбол ойнау (45-60 минут) Футбол ойнау (45 минут) 30 минутта 2-3 км жаяу жүру Велосипедпен 30 минутта 7-8 км жүріңіз Билеу (30 минут) |

| | |
|----------------------------|--|
| Баспалдақпен 15 минут жүру | Су аэробикасы (30 минут) Жүзу Баскетбол ойнау (15-20 минут) 15 минут арқанмен секіру 15 минут ішінде 1-1,5 км жүгіру |
|----------------------------|--|

Немесе, лифттің орнына баспалдақпен жүріңіз, автобустан бір-екі аялдама ертерек түсіп қалыңыз немесе көлігіңізді жұмыстағы тұрақтың ең шетіне қойыңыз. Егер, күніне 30 минут орташа физикалық белсенділікпен айналысып жүрген болсаңыз, бұл әрекеттер қосымша пайдасын тигізеді. Көптеген адамдарға қалыпты физикалық белсенділікті бастамас бұрын дәрігерге қаралудың қажеті болмайды. Бірақ, сізде жүрекпен проблемалар болса немесе инфаркт алған болсаңыз, жасыңыз 50 жастан асқан болса және орташа физикалық белсенділікке үйренбеген болсаңыз, отбасыңызда ерте жаста жүрек ауруы болған адам болса немесе денсаулығыңызда басқа да ауыр проблемалар болса, алдымен дәрігермен кеңесу керек[51].

1.6 Қан қысымын үй жағдайында бақылау. Маңыздылығы мен орындау алгоритмі.

Қан қысымын үй жағдайында өзіндік бақылаудың артықшылықтары мен маңыздылығы:

- “ақ халат” синдромы мен жасырын АГ-ны анықтауға көмектеседі.
- “Ақ халат” синдромы – дәрігер кабинетінде болғанда/қан қысымын дәрігер өлшегенде АҚ көтеріліп дәрігер қарағанда үйде тыныш
- арзан және қолжетімді;
- оңай қайталанады және күнделікті қан қысымын өлшеуге ұзақ период бойы қолданыла береді;

Қан қысымын үй жағдайында өзіндік бақылаудың клиникалық көрсеткіштері, яғни қай жағдайда қолдану керек:

1. Қауіп қатер тобында тұрған, бұрын емделген/емделіп жүрген пациенттерге қан қысымын бақылап отыру үшін.
2. Физикалық жаттығу кезінде қан қысымы көтерілетін болса.
3. Қан қысымында айтарлықтай ауытқулар болғанда.
4. Емдеу кезінде артериялық гипотензияға тән симптомдарды бағалап отыру үшін.

Өлшеу алгоритмі:

1. Қан қысымын өлшегенге дейін 30 минут бұрын ештеңе ішпеңіз немесе жемеңіз.
2. Өлшеу алдында алдында қуықты босатып алыңыз.
3. Өлшемес бұрын ыңғайлы орындыққа отырыңыз.
4. Екі аяғыңызды жерге қойыңыз (аяқтарыңызды бір-бірімен айқастырмаңыз).
5. Қолыңызға манжет тағып, үстелге қолыңызды қойыңыз.
6. Манжет киімнің сыртынан емес, жалаңаш теріңізге қойылуы керек. Манжет тым бос немесе тым тығыз болмауы керек.
7. Қан қысымы өлшеніп жатырғанда сөйлеменіз[52].

2 ТАРАУ. ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ МЕН МАТЕРИАЛДАР

2.1 Динамикалық бақылаудағы және АББ қатысатын пациенттердің өмір сапасын анализдеу

Респонденттер sf-36 сауалнамасындағы 36 сұраққа жауап берді. Сауалнаманың шарттары бойынша өмір сапасы 8 критерий бойынша бағаланады: физикалық белсенділік PF: 0%-100%, физикалық жағдайға байланысты рөлдік қызмет RP : 0%-100% , эмоционалдық жағдайға байланысты рөлдік қызмет RE: 0%-100%, өмірлік белсенділік VT: 0%-100%, психикалық денсаулық MH : 0%-100%, әлеуметпен қарым-қатынас SF: 0%-100%, ауырсыну қарқындылығы BP: 0%-100%, жалпы денсаулық GH: 0%-100%.

Сұрақтардың әрқайсысында 0-ден 100 баллға дейінгі шкала бойынша бағаланатын 2-ден 6-ға дейінгі жауап нұсқалары бар. Жоғары балл денсаулық пен өмір сапасының жақсы екенін білдіреді, ал төмен балл проблемалардың болуын көрсетеді.

Әрбір критерий формула бойынша есептеледі.

1. Физикалық белсенділік (Physical Functioning – PF), пациенттің физикалық жағдайы физикалық қызметтердің орындалуын қаншалықты шектейтінін көрсетеді (өзіне-өзі қызмет көрсету, жүру, баспалдақпен көтерілу, ауыр атлетика және т.б.). Бұл шкала бойынша төмен көрсеткіштер – пациенттің физикалық белсенділігі оның денсаулық жағдайымен айтарлықтай шектелетінін көрсетеді.
2. Физикалық жағдайға байланысты рөлдік қызмет (Role-Physical Functioning – RP), пациенттің физикалық жағдайы күнделікті шаруаларына қаншалықты әсер ететінін көрсетеді. Бұл шкала бойынша төмен көрсеткіштер күнделікті белсенділік пациенттің физикалық жағдайымен айтарлықтай шектелетінін көрсетеді.
3. Ауырсыну қарқындылығы (Bodily pain – BP). Ауырсыну және оның күнделікті іс-әрекеттерді, соның ішінде үйден тыс жұмыстарды орындау қабілетіне әсері. Бұл шкала бойынша төмен көрсеткіштер ауырсынудың белсенділікті айтарлықтай шектейтінін көрсетеді.
4. Жалпы денсаулық (General Health – GH). Науқастардың қазіргі кездегі өз денсаулық жағдайларын және емдеу перспективаларын бағалауы. Осы шкала бойынша балл неғұрлым төмен болса, денсаулық жағдайы соғұрлым төмен болады.
5. Өмірлік белсенділік (Vitality – VT). Бұл күш-қуат пен энергияға толы сезімді немесе, керісінше, әлсіреген сезімді білдіреді. Төмен балл пациенттің шаршауын, өмірлік белсенділіктің төмендеуін көрсетеді.
6. Әлеуметпен қарым-қатынас (Social Functioning – SF). Физикалық немесе эмоционалдық жағдайдың әлеуметпен байланысты шектеу дәрежесін көрсетеді. Төмен баллдар әлеуметпен байланыстың айтарлықтай шектелуін, физикалық және эмоционалдық жағдайдың

нашарлауына байланысты қарым-қатынас деңгейінің төмендеуін көрсетеді.

7. Эмоционалды жағдайға байланысты рөлдік қызмет (Role-Emotional – RE). Эмоционалды күйдің жұмысты немесе басқа күнделікті әрекеттерді орындауға кедергі келтіретін дәрежесін бағалайды (соның ішінде бір шаруаға уақытты көп құртуы, жұмыс көлемінің төмендеуі және т.б.). Төмен көрсеткіш және эмоционалды жағдайдың нашарлауы күнделікті жұмысты орындаудағы шектеу ретінде түсіндіріледі.
8. Психикалық денсаулық (MentalHealth – MH). Көңіл-күйді сипаттайды. Депрессия, мазасыздық деген сияқты күйлердің бар-жоғын анықтайды. Жағымды эмоциялардың жалпы көрсеткіші. Төмен көрсеткіштер депрессияның, мазасыздықтың болуын көрсетеді.

Шкалалар "денсаулықтың физикалық компоненті" және "денсаулықтың психологиялық компоненті" деп екі топқа бөлінген:

Денсаулықтың физикалық компоненті (Physicalhealth – PH)

- Физикалық белсенділік (PhysicalFunctioning – PF)
- Физикалық жағдайға байланысты рөлдік қызмет (Role-PhysicalFunctioning – RP)
- Ауырсыну қарқындылығы (Bodily pain – BP)
- Жалпы денсаулық (GeneralHealth – GH)

Денсаулықтың психологиялық компоненті (MentalHealth – MH)

- Өмірлік белсенділік (Vitality – VT)
- Әлеуметпен қарым-қатынас (SocialFunctioning – SF)
- Эмоционалды жағдайға байланысты рөлдік қызмет (Role-Emotional – RE)
- Психикалық денсаулық (MentalHealth – MH)

SF-36 пациенттердің өмір сүру сапасын бағалау үшін ең көп қолданылатын сауалнамалардың бірі болып табылады және ол көптеген клиникалық және зерттеу салаларында қолданылады.

Зерттеудің этикалық талаптарға сәйкестігі

"Мейіргерлердің бастапқы медициналық -санитарлық көмек кезеңінде артериялық гипертензиясы бар пациенттердің өзін-өзі бақылауын бағалауы" зерттеуін Астана Медицина Университеті КеАҚ этикалық комитеті мақұлдады (2021 жылғы 21 қазан № 15 хаттама).

Әрбір қатысушы зерттеуге қатысуын ерікті келісіммен және ақпараттандырылған келісімге қол қоюымен растады. Пациенттерге зерттелетін фактор, зерттеу мақсаттары, міндеттері, сондай-ақ зерттеуге қатысу қажеттілігі туралы толық ақпарат берілді. Этикалық Комитетке

және Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына сәйкес әрбір зерттеуге қатысушының кез келген кезеңде зерттеуге қатысудан бас тартуға толық құқығы болды.

2.2 Деректерді статистикалық өңдеу

Статистикалық талдау Stat Tech V. 3.0.9 бағдарламасын қолдана отырып жүргізіледі (өзірлеуші - "Статтех" ЖШҚ, Ресей). Сандық көрсеткіштер Колмогоров-Смирновтың критерийі (зерттелгендер саны 50-ден асқандықтан) арқылы қалыпты таралуға сәйкестігі бағаланады.

Екі топты сандық өлшем бойынша салыстыру Манн-Уитнидің U критерийі арқылы жүзеге асырылады.

3 ТАРАУ. ДЕРЕКТЕРДІ ТАЛДАУ

3.1 Сипаттамалы статистика

Зерттеу Астана қаласының 6,10 емханаларында тіркеуде тұрған артериялық гипертензиясы бар пациенттердің арасында және басқа емханаларда жалпы ем алып жүрген пациенттердің арасында жүргізілді. Зерттеудің міндеттері бойынша пациенттердің sf-36 сауалнамасы арқылы өмір сапалары бағаланды. Жалпы қатысушылар саны 80, олардың 40-ы Ауруларды Басқару Бағдарламасына (ары қарай АББ) қатысатын, қалғандары динамикалық бақылауда тіркелген. Респонденттердің жас аралықтары 19-76 қамтиды, орташа жас - 42 (кесте 1).

Кесте 1 – Жас көрсеткіштерінің сипаттамалы статистикасы

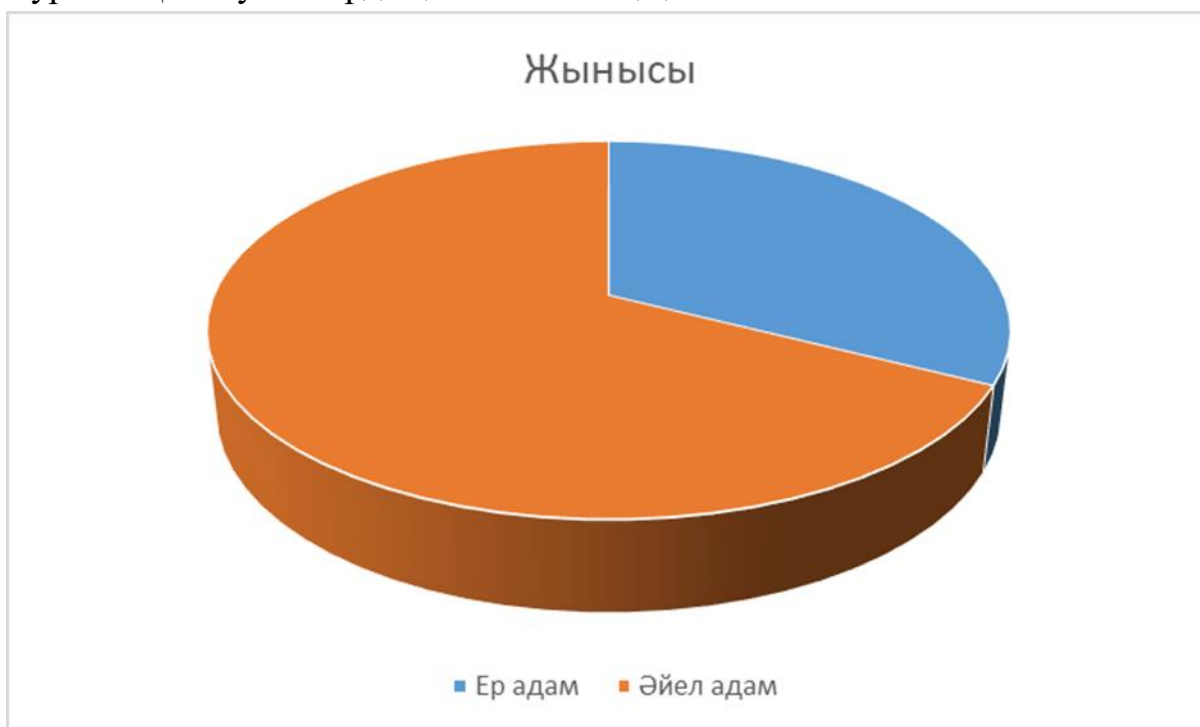
| | M ± SD | 95% ДИ | n | min | max |
|------|---------|---------|----|-----|-----|
| Жасы | 42 ± 16 | 39 – 46 | 80 | 19 | 76 |

Зерттеуге қатысушылардың 32,5 пайызы ер адамдарды құрады. 67,5 пайызы – әйел адамдар.

Кесте 2 - Жыныстық көрсеткіштердің сипаттамалы статистикасы

| | Категориялар | Абс. | % | 95% ДИ |
|--------|--------------|------|------|-------------|
| Жынысы | ер адам | 26 | 32,5 | 22,4 – 43,9 |
| | әйел адам | 54 | 67,5 | 56,1 – 77,6 |

Сурет 1 Қатысушылардың жынысының қатынасы



Зерттеуге қатысқан барлық пациенттерде: артериялық гипертензия біріншілік ауру болды, асқинулар мен қосалқы аурулары жоқ. Жүрек қантамыр аурулары, ми қан айналымының бұзылысы, бүйрек аурулары бар пациенттер зерттеуге қосылмады. Артериялық гипертензиясы бар жүкті әйелдер зерттеуден алып тасталынды.

3.2 Зерттеуге қатысқан пациенттердің қан-қысым деңгейлері

Сауалнама алу барысында қатысушылардан тұрақты қан қысымдары сұралды.

Қан қысымы оптимальды және қалыпты (120/80 мм сынап бағанасы) – 16 респондент. Жоғары-қалыпты қан қысым (систолалық АҚ 130–139 мм сын. бағ. арасында және/немесе диастолалық қан қысымы 85-89 мм сын. бағ.) – 21 респондент. 1 деңгейдегі гипертензия (систолалық қан қысымы 140–159 мм сынап бағанасы және/немесе диастолалық қан қысымы 90–99 арасында) – 33 респондент. 2 сатыдағы гипертензия (систолалық 160–179 мм сын. бағ. және/немесе диастолалық 100–109 мм сын. бағ.) – 10 респондент.

3 сатыдағы гипертензия және окшауланған систолалық гипертензия жоқ.

Сурет 2 Пациенттердің тұрақты қан қысым деңгейлері



3.3 Зерттеу тобы мен бақылау тобындағы пациенттердің жастарының арасындағы айырмашылыққа салыстырмалы анализ

Кесте 3 2 топтың жас айырмашылықтарына сипаттамалы анализ

| Показатели | $M \pm SD / Me$ | 95% ДИ / $Q_1 - Q_3$ | n | min | max |
|--|-----------------|----------------------|----|-----|-----|
| АББ қатысатын пациенттер, Me | 41 | 23 – 54 | 40 | 19 | 76 |
| Динамикалық бақылаудағы пациенттер, $M \pm SD$ | 43 ± 14 | 39 – 47 | 40 | 20 | 72 |

Зерттеу тобындағы, яғни АББ қатысатын пациенттердің жастарының орташа көрсеткіші - 41, бақылау тобындағы, яғни динамикалық бақылаудағы пациенттердің орташа жасы - 43. Салыстырмалы түрде 2 топ арасында айырмашылық жоқ.

4 Аналитикалық статистика

Статистикалық талдау Stat Tech V. 3.0.9 бағдарламасын қолдана отырып жүргізілді (әзірлеуші - "Статтех" ЖШҚ, Ресей). Сандық көрсеткіштер Колмогоров-Смирновтың критерийі (зерттелгендер саны 50-ден асқандықтан) арқылы қалыпты таралуға сәйкестігі бағаланады.

Қалыпты таралмаған сандық деректер медианамен (Me) және төменгі және жоғарғы кватильдермен (Q1 – Q3) сипатталды.

Екі топты сандық өлшем бойынша салыстыру Манн-Уитнидің U критерийі арқылы жүзеге асырылады.

4.1 Динамикалық бақылаудағы пациенттердің өмір сапасына статистикалық анализ

Динамикалық бақылаудағы пациенттер – Астана қаласының бастапқы медико-санитарлық көмек ұйымдарында тіркеуде тұрған пациенттер. Әрбір пациенттің өмір сапаларының деңгейлері sf-36 сауалнамасынан алынған жауаптарды формулаға салу арқылы анықталды. Stat Tech V. 3.0.9 бағдарламасы алынған нәтижелердің орташа деңгейі есептеп шығарды (Сурет 3)

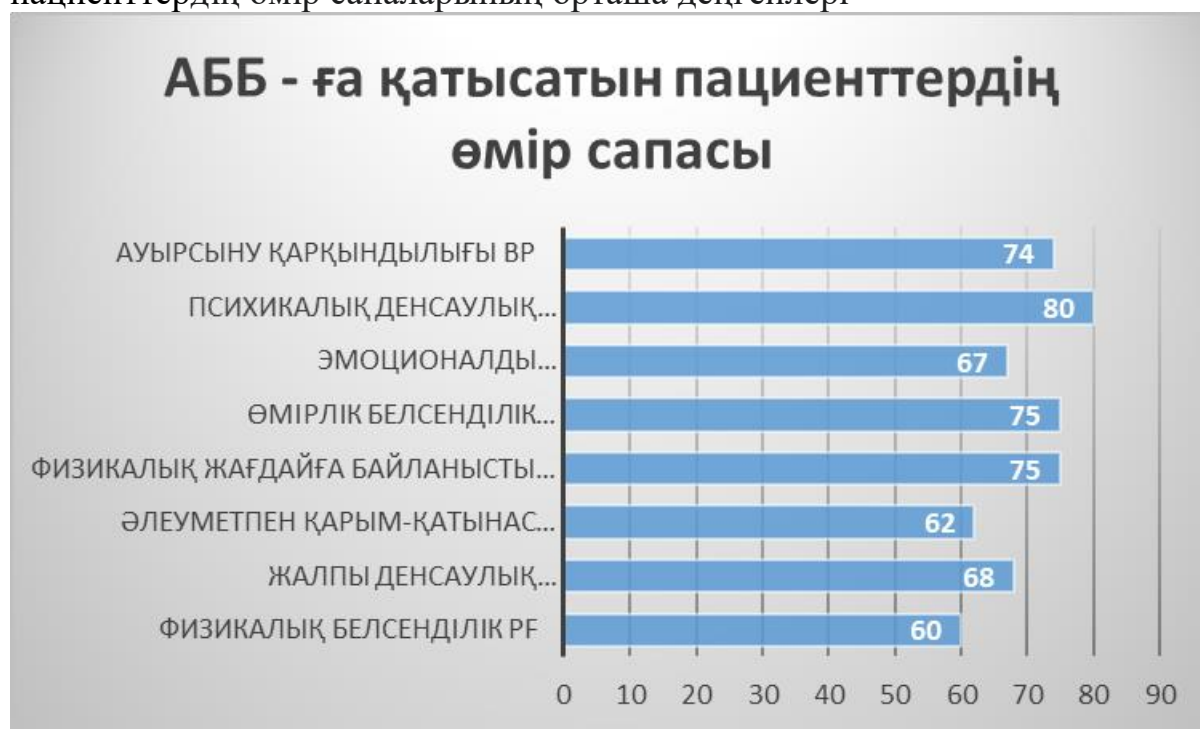
Сурет 3 Динамикалық бақылаудағы пациенттердің өмір сапаларының орташа деңгейлері



4.2 Ауруларды Басқару Бағдарламасына қатысатын пациенттердің өмір сапасына статистикалық анализ

Ауруларды Басқару Бағдарламасына қатысатын пациенттер – Астана қаласының 6,10 бастапқы медико-санитарлық көмек ұйымдарында тіркеуде тұрған пациенттер. Әрбір пациенттің өмір сапаларының деңгейлері sf-36 сауалнамасынан алынған жауаптарды формулаға салу арқылы анықталды. Stat Tech V. 3.0.9 бағдарламасы алынған нәтижелердің орташа деңгейі есептеп шығарды (Сурет 4)

4 сурет Ауруларды Басқару Бағдарламасына қатысатын пациенттердің өмір сапаларының орташа деңгейлері



4.3 АББ пациенттері мен динамикалық бақылаудағы пациенттердің өмір сапаларына салыстырмалы анализ

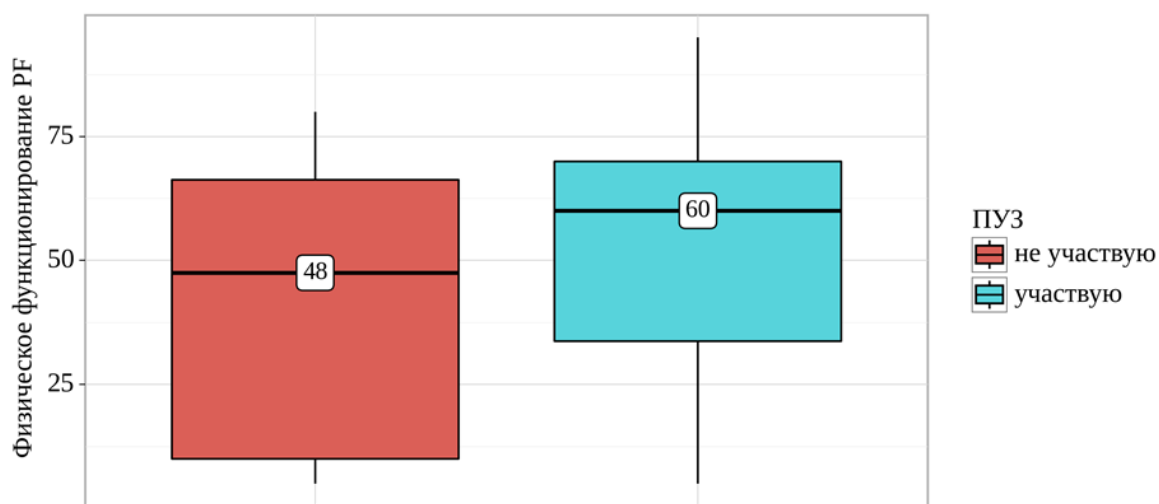
Кесте 4 2 топтың өмір сапасының көрсеткіштерін талдау

| Көрсеткіштер | Категория | АББ | | | p |
|-----------------------|-------------|-----|---------------------------------|----|-------|
| | | ME | Q ₁ – Q ₃ | n | |
| Физикалық белсенділік | Қатыспаймын | 48 | 10-66 | 40 | 0,061 |

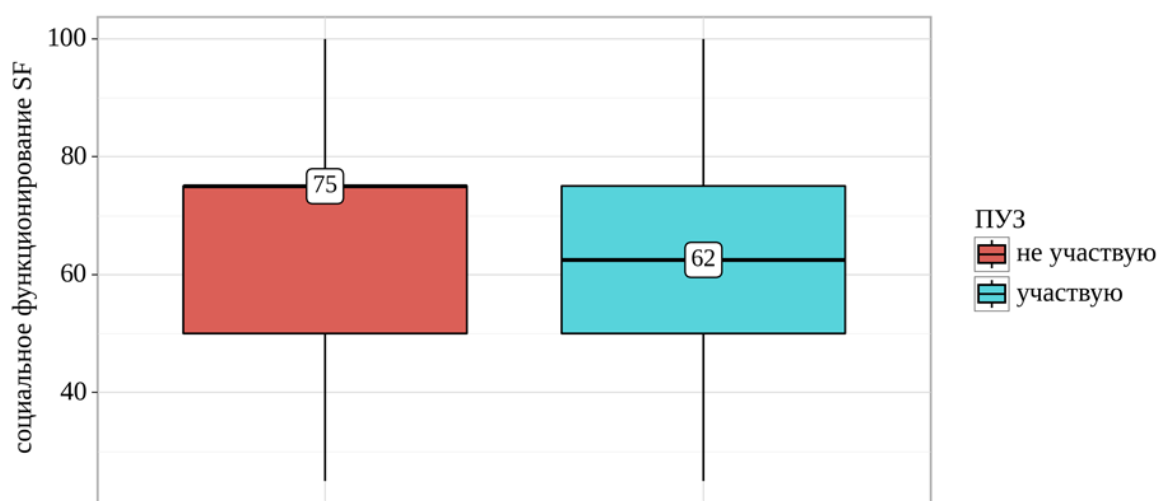
| | | | | | |
|---|-----------------|----|--------|----|---------|
| PF | Қатысамы н | 60 | 34-70 | 40 | |
| Жалпы денсаулық GH | Қатыспай мын | 52 | 48-77 | 40 | 0,024* |
| | Қатысамы н | 68 | 58-90 | 40 | |
| Әлеуметпен қарым-қатынас SF | Қатыспай мын | 75 | 50-75 | 40 | 0,419 |
| | Қатысамы н | 62 | 50-75 | 40 | |
| Физикалық жағдайға байланысты рөлдік қызмет RP | Қатыспай мын | 50 | 0-75 | 40 | 0,012* |
| | Қатысамы н | 75 | 50-100 | 40 | |
| Өмірлік белсенділік VT | Қатыспай мын | 75 | 50-75 | 40 | 0,013* |
| | Қатысамы н | 75 | 69-100 | 40 | |
| Эмоционалды жағдайға байланысты рөлдік қызмет RE | Қатыспай мын | 67 | 33-100 | 40 | 0,107 |
| | Қатысамы н | 67 | 67-67 | 40 | |
| Психикалық денсаулық MH | Қатыспай мын | 76 | 46-81 | 40 | <0,001* |
| | Қатысамы н | 80 | 76-87 | 40 | |
| Ауырсыну қарқындылығы BP | Қатыспай мын | 52 | 31-58 | 40 | <0,001* |
| | Қатысамы н | 74 | 52-80 | 40 | |

*көрсеткіштердегі айырмашылықтар статистикалық маңызды ($p < 0,05$)

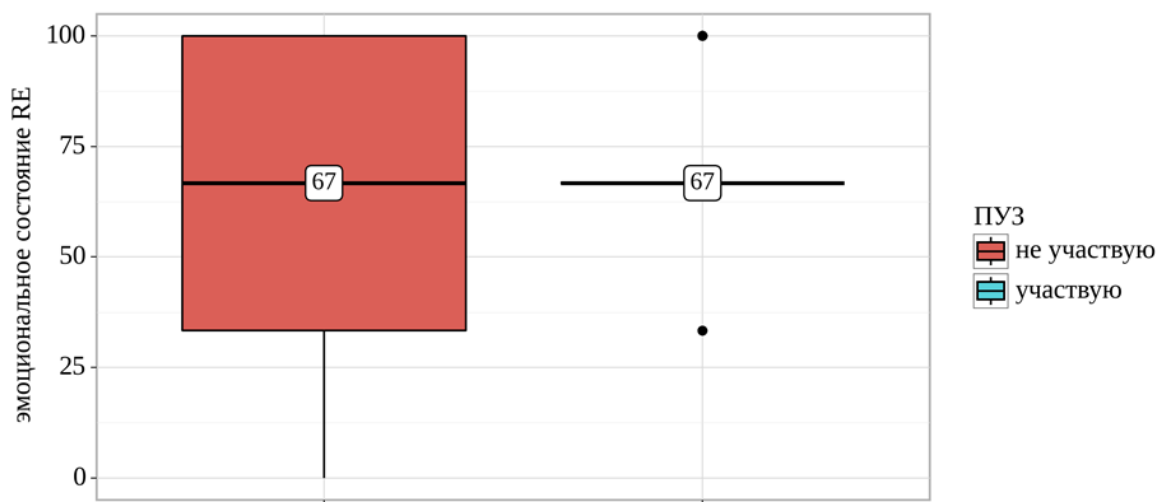
Бейнеленген кестеге сәйкес GH жалпы денсаулық, RP физикалық жағдайға байланысты рөлдік қызмет, VT өмірлік белсенділік, MH психикалық денсаулық, BP ауырсыну қарқындылығы талдау кезінде статистикалық маңызды айырмашылықтар анықталды (сәйкесінше $p = 0,024$, $p = 0,012$, $p = 0,013$, $p < 0,001$, $p < 0,001$) (қолданылатын әдістер: U-Манн-Уитни критерийі). PF физикалық белсенділік, SF әлеуметпен қарым-қатынас, эмоционалды жағдайға байланысты рөлдік қызмет RE көрсеткішін бағалау кезінде, статистикалық маңызды айырмашылық анықталмады (сәйкесінше $p = 0,061$, $p = 0,419$, $p = 0,107$) (қолданылатын әдістер: Манн-Уитни U-критерийі).



5 сурет физикалық белсенділік PF-тің ПУЗ-ға байланысын талдау



6 сурет әлеуметтік қарым-қатынас SF - тың ПУЗ-ға байланысын талдау



7 - сурет эмоционалды жағдайға байланысты рөлдік қызмет RE-ның ПУЗ-ға байланысын талдау

Суреттерде зерттеу топтары мен бақылау топтарындағы статистикалық айырмашылық табылмаған көрсеткіштер нәтижесі бейнеленген.

ТҰЖЫРЫМДАР

Зерттеулер көрсеткендей, артериялық гипертензия әлемдегі ең көп таралған аурулардың бірі болып табылады, сондықтан бұл ауруларды басқарудың тиімді бағдарламаларын құруды маңызды етеді. БМСК деңгейіндегі Ауруларды Басқару Бағдарламалары (АББ) пациенттердің ауруын тиімді басқаруына және оның асқынуын болдырмауы үшін қажетті ақпарат пен ресурстармен қамтамасыз етуде маңызды рөл атқаруы мүмкін.

Ауруларды басқару бағдарламасының шетелдік тәжірибелерін зерттеу нәтижесінде бағдарламаның қаншалықты тиімді екені және оған қандай факторлар әсер ететінін анықталды. Яғни, Ауруларды Басқару Бағдарламасы гипертониямен ауыратын науқастарға көптеген пайда әкелуі мүмкін. Бұл оларға дұрыс тамақтануды, физикалық белсенділікті сақтауды және салмақты бақылауды сақтауға көмектеседі, бұл өз кезегінде қан қысымының төмендеуіне және жалпы денсаулықтың жақсаруына әкелуі мүмкін. Сонымен қатар, бағдарлама пациенттерге олардың ауруын қабылдауына және оны тиімді басқаруды үйренуге көмектеседі. Бұл гипертониямен байланысты асқынулардың даму қаупін азайтып, олардың өмір сүру сапасын жақсартуы мүмкін.

Маңыздысы, Ауруларды Басқару Бағдарламасы пациент пен медициналық персонал арасындағы өзара әрекеттесуді жақсартуға көмектеседі, бұл ем-шараны тиімдірек қылуға және пациенттің денсаулығын дұрыс бақылауына ықпал етеді.

Сонымен қатар, Ауруларды басқару бағдарламасының қосымша артықшылығы – бұл гипертониямен ауыратын науқастарды емдеу шығындарын төмендетуі. Себебі, ауруды тиімді басқару инсульт, инфаркт, жүрек жеткіліксіздігі және т.б. сияқты асқынулардың даму қаупін азайтады, бұл өз кезегінде осы асқынуларды емдеуге кететін шығындарды төмендетеді. Бағдарлама пациенттерге Денсаулық сақтау ресурстарын тиімдірек пайдалануға және қажетсіз ауруханаға қайталап жатқызудың және дәрігерлерге қайта-қайта баруының алдын алуға көмектеседі.

Әдебиеттік шолу тек қана тиімділігіне ғана емес, оны оңтайландыру жолдарына да жүргізілген. Нәтижелері бойынша, келесі әдіс, құралдармен Ауруларды Басқару Бағдарламасының тиімділігін арттыруға болатыны анықталған: біріншіден, интерактивті бейнематериалдар, онлайн курстар, қосымшалар мен ойындар сияқты тиімді оқыту әдістерін қолдануға болады, бұл пациенттерге өз ауруларын жақсы түсінуге және дұрыс тамақтанудың, физикалық белсенділіктің және салмақты бақылаудың маңыздылығын түсінуге мүмкіндік береді. Екіншіден, медициналық қызметкерлерге пациенттің жағдайын бақылауға және өзгерістерге тез жауап беруге мүмкіндік беретін смартфон қосымшалары, ұстап жүруге ыңғайлы құрылғылар, телемедицина және т.б. сияқты пациенттердің денсаулығын

бақылау технологияларын қолдануға болады. Сонымен қатар, медициналық қызметкерлер мен пациенттер арасындағы ынтымақтастықты жақсартуға болатын іс-шаралар ұйымдастыруға болады, мысалы, тұрақты консультациялар мен шолулар жүргізу, дәрігерлер мен пациенттер арасында ақпарат алмасу және пациенттердің денсаулығын жақсарту үшін ортақ мақсаттарды пайдалану.

Шетелдік тәжірибелерде артериялық гипертензияны басқаруға көмектесетін смартфон қосымшалары белсенді қолданысқа ие. Бұл қосымшалар қан қысым деңгейі, пульс жиілігі, физикалық белсенділік деңгейі және ұйқы сапасы сияқты денсаулық көрсеткіштерін бақылауға, сондай-ақ дұрыс тамақтану, дәрі-дәрмек және денсаулыққа әсер етуі мүмкін басқа факторларды жазуға мүмкіндік береді.

Мұндай қосымшалар пациенттерге дұрыс тамақтану, күн тәртібі және физикалық белсенділік туралы ақпарат бере алады, сонымен қатар дәрі-дәрмектерді қабылдау және дәрігерге бару туралы ескертулер жібере алады. Сондай-ақ, пациенттер медициналық қызметкерлермен байланысып, денсаулық жағдайына қатысты кеңес алып немесе кездесуге жазыла алады.

Өз зерттеуімізде Қазақстандағы осы бағдарламаға қатысатын пациенттер мен динамикалық бақылауда тұрған пациенттердің өмір сапалары sf-36 сауалнамасы арқылы бағаланды. Нәтижелер өзара салыстырылып, бағдарламаның тиімділігі зерттелді. Сауалнаманың шарттары бойынша өмір сапасы 8 критерий бойынша бағаланады: физикалық белсенділік PF: 0%-100%, физикалық жағдайға байланысты рөлдік қызмет RP : 0%-100% , эмоционалдық жағдайға байланысты рөлдік қызмет RE: 0%-100%, өмірлік белсенділік VT: 0%-100%, психикалық денсаулық MH : 0%-100%, әлеуметпен қарым-қатынас SF: 0%-100%, ауырсыну қарқындылығы BP: 0%-100%, жалпы денсаулық GH: 0%-100%.

Сұрақтардың әрқайсысында 0-ден 100 баллға дейінгі шкала бойынша бағаланатын 2-ден 6-ға дейінгі жауап нұсқалары бар. Жоғары балл денсаулық пен өмір сапасының жақсы екенін білдіреді, ал төмен балл проблемалардың болуын көрсетеді.

Зерттеу нәтижесі бойынша АББ бағдарламасына қатысатын пациенттердің өмір сапалары GH жалпы денсаулық, RP физикалық жағдайға байланысты рөлдік қызмет, VT өмірлік белсенділік, MH психикалық денсаулық, BP ауырсыну критерийлері бойынша жоғары деңгейді көрсетті. Алайда, PF физикалық белсенділік, SF әлеуметпен қарым-қатынас, эмоционалды жағдайға байланысты рөлдік қызмет RE көрсеткіштері бойынша динамикалық бақылауда тұрған пациенттермен салыстырғанда айырмашылық көрсетпеді. Бұл, пациенттердің әлеуметпен қарым-қатынас деңгейі мен физикалық белсенділігіне көбірек мән беруді талап етеді.

Осы мақсатта зерттеу нәтижесі бойынша пациенттің әлеуметпен қарым-қатынасы, эмоциональды жағдайы және физикалық белсенділігі ескеріліп мейіргерлік қарап-тексеру картасы жасалды.

Мейіргерлік қарап-тексеру картасы бірнеше бөлімдерге бөлінген. Жоспары бойынша бірінші бөлімі пациенттердің анықтамалық ақпаратынан тұрады (аты-жөні, жасы, жынысы, аллергиялық анықтама, өмір салты т.б), екінші бөлімі мейіргерлік қарап тексеру қорытындылары жазылады. Оларға антропометриялық көрсеткіштер, тері жабындысы, екі қолынан алынған қан қысым деңгейі, ісіктері және пульс пальпациясы кіреді. Келесі бөлім пациенттердің эмоциональдық жағдайы мен жақындарының күтімге қатысуы мен қолдау деңгейін анықтауға арналады. Бұл бөлім бойынша мейіргер пациенттердің эмоциональдық жағдайына біріншілік диагностикада жүргізеді. Мақсаты – бейінді маманның көмегінің қажеттілігін және қаншылықты деңгейде қажетті екендігін немесе мүлдем керек еместігін анықтау. Сонымен қатар, нәтижеге қарап пациентке мейіргерлік көмек ұйымдастырылады.

ҚОРЫТЫНДЫ

Зерттеу қорытындысы бойынша, қойылған міндеттерге келесідей нәтиже алынды:

1. Әдебиеттік шолу бойынша, шетелдік тәжірибелерде Ауруларды Басқару Бағдарламасы салыстырмалы кірісулерге қарағанда тиімді екені анықталды. Тиімділік дәрежесі келесі көрсеткіштер бойынша бағаланды: (а) систолалық қан қысымының төмендеуі (б) қан қысымдарын өздері бақылауы (в) өмір сапасының жақсаруы (г) емдеуге бейімділік (д) дене салмағының индексі (ДСИ). Ал, пациенттің өз тарапынан жасалатын жоспары бойынша денсаулық жағдайы келесі шаралардан кейін артты: антигипертензивті дәрілерді өз бетінше қабылдау ($n=1$), қан қысымын қадағалау/өлшеу ($n=3$), гипокалориялық диета және натрийі аз диета ($n=2$), физикалық белсенділік ($n=3$).
2. Динамикалық бақылауда тұрған артериялық гипертензиясы бар пациенттердің өмір сапалары 8 критерий бойынша: ауырсыну қарқындылығы орташа деңгейі – 52, психикалық денсаулық – 76, эмоциональды жағдайға байланысты рөлдік қызмет – 67, өмірлік белсенділік – 75, физикалық жағдайға байланысты рөлдік қызмет – 50, әлеуметпен қарым-қатынас – 75, жалпы денсаулық – 52, физикалық белсенділік – 48.
3. Ауруларды басқару бағдарламасына (АББ) қатысатын пациенттердің өмір сапалары 8 критерий бойынша: ауырсыну қарқындылығы орташа деңгейі – 74, психикалық денсаулық – 80, эмоциональды жағдайға байланысты рөлдік қызмет – 67, өмірлік белсенділік – 75, физикалық жағдайға байланысты рөлдік қызмет – 75, әлеуметпен қарым-қатынас – 62, жалпы денсаулық – 68, физикалық белсенділік – 60.
4. АББ пациенттері мен динамикалық бақылаудағы пациенттердің өмір сапаларына салыстырмалы анализ кезінде GH жалпы денсаулық, RP физикалық жағдайға байланысты рөлдік қызмет, VT өмірлік белсенділік, MN психикалық денсаулық, BP ауырсыну қарқындылығы критерийлері бойынша статистикалық маңызды айырмашылықтар анықталды (сәйкесінше $p = 0,024$, $p = 0,012$, $p = 0,013$, $p < 0,001$, $p < 0,001$) (қолданылатын әдістер: U-Манн-Уитни критерийі). Ал, PF физикалық белсенділік, SF әлеуметпен қарым-қатынас, эмоциональды жағдайға байланысты рөлдік қызмет RE көрсеткішін бағалау кезінде, статистикалық маңызды айырмашылық анықталмады (сәйкесінше $p = 0,061$, $p = 0,419$, $p = 0,107$) (қолданылатын әдістер: Манн–Уитни U–критерийі).

5. Ауруларды басқару бағдарламасы бойынша мейіргерлердің пациентке күтім тиімділігін арттыру мақсатында мейіргерлік қарап тексеру картасы құрылды.

Мейіргерлік қарап-тексеру картасы бірнеше бөлімдерге бөлінген. Жоспары бойынша бірінші бөлімі пациенттердің анықтамалық ақпаратынан тұрады (аты-жөні, жасы, жынысы, аллергиялық анықтама, өмір салты т.б), екінші бөлімі мейіргерлік қарап тексеру қорытындылары жазылады. Оларға антропометриялық көрсеткіштер, тері жабындысы, екі қолынан алынған қан қысым деңгейі, ісіктері және пульс пальпациясы кіреді. Келесі бөлім пациенттердің эмоциональдық жағдайы мен жақындарының күтімге қатысуы мен қолдау деңгейін анықтауға арналады.

ПРАКТИКАЛЫҚ ҰСЫНЫСТАР

1. Ауруларды басқару бағдарламасы аясында созылмалы артериялық гипертензиясы бар пациенттердің емдік жоспарын және өз тарапынан орындалатын іс-шара жоспарын құрарда олардың эмоциональдық жағдайына көбірек мән беріңіз, қажет жағдайда психологиялық көмек тағайындаңыз.
2. Созылмалы артериялық гипертензиясы бар пациенттерге мейіргерлік көмек көрсету кезінде және күтімнің тиімділігін бағалау кезінде физикалық және рухани әл-ауқат көрсеткіштерін ескеріңіз, бұл пациенттердің өз денсаулығына жауапкершілік алып, ауруларын тиімді басқаруына ықпал етеді.
3. Созылмалы артериялық гипертензиясы бар пациенттердің денсаулық жағдайын бақылау және медициналық персоналдың жұмысын жеңілдету үшін дәрігерге дейінгі мейіргерлік қарап-тексеру картасын қолданыңыз.

Диссертация тақырыбы бойынша жарияланған мақалалар тізімі:

1. Оценка эффективности «Программы Управления Заболеванием» при артериальной гипертензии (обзор литературы) Электронный научный журнал «биология и интегративная медицина». 453-459 стр; г. Астана,

2. «Қызыл етті тұтыну артериялық қан-қысымының жоғарылауына қаншалықты әсер ететінін бағалау» . (тезис) «Ғылым және денсаулық» атты 64-ші білім алушылардың ғылыми-тәжірбиеліу конференциясының тезистер жинағы. 211-212 бет г. Семей

3. Психогенді гипертония. Психоэмоциональді стресс – артериялық гипертонияның пайда болуының қауіп факторы ретінде. «Сестринское образование, исследования и практика в Казахстане: инвестиции в будущее сестринского дела» 19-20 мая 2022г. 94-95 стр.

4.«Ауруларды Басқару Бағдарламасының» созылмалы артериялық гипертензиясы пациенттердің өмір сапасына әсерін бағалау. (Доклад және тезис) Конференция: Хронические воспалительные процессы кожи. Междисциплинарные проблемы» 15 марта 2023г. 51-53 стр. г. Астана

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Созылмалы жұқпалы емес ауруларды басқару бағдарламалары. Қазақстан Республикасы Президентінің Іс Басқармасы Медициналық орталығының ауруханасы.
2. КАЗИНФОРМ. Алматы. Артериальная гипертония. 29 сентябрь 2021г.
3. Совместные клинические рекомендации ESH/ESC 2018 по диагностике и ведению пациентов с артериальной гипертензией: первый взгляд. М.В.Ионов, Э.Звартау, О.Конради, «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А.Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия. 22 июнь, 2018г.
4. New ACC/ANA High Blood Pressure Guidelines Lower Definition of Hypertension. Nov 13, 2017; ACC News Story.
5. Нейрофизиологическое обоснование гипотезы Г.Ф.Ланга о возникновении гипертонической болезни. Е.В.Шляхто, В.А.Цырлин, Н.В.Кузьменко, М.Г.Плисс, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А.Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия. 9 октябрь, 2021г.
6. Stergiou GS, Kario K, Kollias A, McManus RJ, Ohkubo T, Parati G, Imai Y. Home blood pressure monitoring in the 21st century. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2018 Jul;20(7):1116-1121. doi: 10.1111/jch.13284. PMID: 30003694; PMCID: PMC8030885.
7. Tuo J, Godai K, Kabayama M, Akagi Y, Akasaka H, Takami Y, Takeya Y, Yamamoto K, Sugimoto K, Yasumoto S, Masui Y, Arai Y, Ikebe K, Gondo Y, Ishizaki T, Rakugi H, Kamide K. Self-Monitoring Home Blood Pressure in Community-Dwelling Older People: Age Differences in White-Coat and Masked Phenomena and Related Factors-The SONIC Study. *Int J Hypertens*. 2022 Apr 30;2022:5359428. doi: 10.1155/2022/5359428. PMID: 35535213; PMCID: PMC9078792.
8. SCORE - European High Risk Chart. Source: European Guidelines on CVD Prevention in Clinical Practice 2016 *Eur J Prev Cardiol*. 2016 Jul;23(11):NP1-NP96. doi: 10.1177/2047487316653709.
9. Гипертония. ВОЗ. 16 марта 2023 г.
10. Гипертоническая болезнь — миф или реальность? Литовский И.А., Гордиенко А.В., Павлович И. М., Смирнов А. А., Сергеев С. М. Июнь, 2014 г.
11. Shahaj, O, Denny, D, Schwappach, A, Pearce, G, Epiphaniou, E, Parke, HL, Taylor, SJC & Pinnock, H 2018, 'Supporting self-management for

- people with hypertension: A meta-review of quantitative and qualitative systematic reviews', *Journal of Hypertension*.
<https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001867>
12. Effectiveness of a multifactorial intervention, consisting of self-management of antihypertensive medication, self-measurement of blood pressure, hypocaloric and low sodium diet, and physical exercise, in patients with uncontrolled hypertension taking 2 or more antihypertensive drugs. 2020 Apr;
 13. Recommendations for Exercise Preparticipation Health Screening. *Med Sci Sports Exerc*. 2015 Nov;
 14. The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial. *Version of Record 6 February 2020*.
 15. Tan FCJH, Oka P, Dambha-Miller H, Tan NC. The association between self-efficacy and self-care in essential hypertension: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2021 Feb 22;
 16. Hypertension in adults: diagnosis and management NICE guideline [NG136]Published: 28 August 2019 Last updated: 18 March 2022
 17. Effectiveness of a multifactorial intervention, consisting of self-management of antihypertensive medication, self-measurement of blood pressure, hypocaloric and low sodium diet, and physical exercise, in patients with uncontrolled hypertension taking 2 or more antihypertensive drugs. 2020 Apr;
 18. The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial. *Version of Record 6 February 2020*.
 19. Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, Laurent D, Hobbs M. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract*. 2001 Nov-Dec;4(6):256-62. PMID: 11769298.
 20. Self-care among Filipinos in the United States who have hypertension Emerson E. E, Alison Colbert , Melanie Turk , Victoria Vaughan Dickson; February 2018.
 21. Hypertension Self-management in Socially Disadvantaged African Americans: the Achieving Blood Pressure Control Together (ACT) Randomized Comparative Effectiveness Trial. *J Gen Intern Med*. 2020 Jan;35(1):142-152. doi: 10.1007/s11606-019-05396-7. Epub 2019 Nov 8. PMID: 31705466; PMCID: PMC6957583.
 22. Nursing case management for people with hypertension in primary health care: A randomized controlled trial. *Res Nurs Health*. 2020 Jan;43(1):68-78. doi: 10.1002/nur.21994. Epub 2019 Nov 11. PMID: 31710134.

23. Practice and predictors of self-care behaviors among ambulatory patients with hypertension in Ethiopia. *PLoS One*. 2019 Jun 26;
24. Persell SD, Karmali KN, Lazar D, Friesema EM, Lee JY, Rademaker A, Kaiser D, Eder M, French DD, Brown T, Wolf MS. Effect of Electronic Health Record-Based Medication Support and Nurse-Led Medication Therapy Management on Hypertension and Medication Self-management: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2018 Aug 1;178(8):1069-1077. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.2372. PMID: 29987324; PMCID: PMC6143105.
25. Li R, Liang N, Bu F, Hesketh T. The Effectiveness of Self-Management of Hypertension in Adults Using Mobile Health: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020 Mar 27;8(3):e17776. doi: 10.2196/17776. PMID: 32217503; PMCID: PMC7148553.
26. Liu K, Xie Z, Or CK. Effectiveness of Mobile App-Assisted Self-Care Interventions for Improving Patient Outcomes in Type 2 Diabetes and/or Hypertension: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020 Aug 4;8(8):e15779. doi: 10.2196/15779. Erratum in: *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020 Aug 19;8(8):e23600. PMID: 32459654; PMCID: PMC7435643.
27. Li R, Liang N, Bu F, Hesketh T. The Effectiveness of Self-Management of Hypertension in Adults Using Mobile Health: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020 Mar 27;8(3):e17776. doi: 10.2196/17776. PMID: 32217503; PMCID: PMC7148553.
28. Программы управления хроническими неинфекционными заболеваниями Больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан
29. Работа с ПУЗ: инструкция для врача и медсестры Источник: <https://c-med.mcfr.kz/article/1016-programma-upravleniya-zabolevaniyami-puz>
30. DASH diet: Healthy eating to lower your blood pressure 1998-2023 Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER) June 25, 2021
31. Mordi I, Mordi N, Delles C, Tzemos N. Endothelial dysfunction in human essential hypertension. *J Hypertens*. 2016 Aug;34(8):1464-72. doi: 10.1097/HJH.0000000000000965. PMID: 27203578.
32. Akita S, Sacks FM, Svetkey LP, Conlin PR, Kimura G; DASH-Sodium Trial Collaborative Research Group. Effects of the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet on the pressure-natriuresis relationship. *Hypertension*. 2003 Jul;42(1):8-13. doi: 10.1161/01.HYP.0000074668.08704.6E. Epub 2003 May 19. PMID: 12756219.

33. Maris SA, Williams JS, Sun B, Brown S, Mitchell GF, Conlin PR. Interactions of the DASH Diet with the Renin-Angiotensin-Aldosterone System. *Curr Dev Nutr.* 2019 Jul 31;3(9):nzz091. doi: 10.1093/cdn/nzz091. PMID: 31528838; PMCID: PMC6735835.
34. Filippou CD, Tsioufis CP, Thomopoulos CG, Mihas CC, Dimitriadis KS, Sotiropoulou LI, Chrysochoou CA, Nihoyannopoulos PI, Tousoulis DM. Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet and Blood Pressure Reduction in Adults with and without Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Adv Nutr.* 2020 Sep 1;11(5):1150-1160. doi: 10.1093/advances/nmaa041. PMID: 32330233; PMCID: PMC7490167.
35. Juraschek SP, Miller ER 3rd, Weaver CM, Appel LJ. Effects of Sodium Reduction and the DASH Diet in Relation to Baseline Blood Pressure. *J Am Coll Cardiol.* 2017 Dec 12;70(23):2841-2848. doi: 10.1016/j.jacc.2017.10.011. Epub 2017 Nov 12. PMID: 29141784; PMCID: PMC5742671.
36. Effects on Blood Pressure of Reduced Dietary Sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet Frank M. Sacks, M.D., Laura P. Svetkey, M.D., William M. Vollmer, Ph.D., Lawrence J. Appel, M.D., George A. Bray, M.D., David Harsha, Ph.D., Eva Obarzanek, Ph.D., Paul R. Conlin, M.D., Edgar R. Miller, M.D., Ph.D., Denise G. Simons-Morton, M.D., Ph.D., Njeri Karanja, Ph.D., Pao-Hwa Lin, Ph.D.,
37. A Clinical Trial of the Effects of Dietary Patterns on Blood Pressure Lawrence J. Appel, M.D., M.P.H., Thomas J. Moore, M.D., Eva Obarzanek, Ph.D., William M. Vollmer, Ph.D., Laura P. Svetkey, M.D., M.H.S., Frank M. Sacks, M.D., George A. Bray, M.D., Thomas M. Vogt, M.D., M.P.H., Jeffrey A. Cutler, M.D., Marlene M. Windhauser, Ph.D., R.D., Pao-Hwa Lin, Ph.D., Njeri Karanja, Ph.D.,
38. Chiu S, Bergeron N, Williams PT, Bray GA, Sutherland B, Krauss RM. Comparison of the DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diet and a higher-fat DASH diet on blood pressure and lipids and lipoproteins: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr.* 2016 Feb;103(2):341-7. doi: 10.3945/ajcn.115.123281. Epub 2015 Dec 30. PMID: 26718414; PMCID: PMC4733264.
39. Description of the DASH Eating Plan. National heart, lung and blood institute December 29, 2021
40. Hashemi-Arend A, Vasquez KS, Guishard D, Naji M, Ronning A, George-Alexander G, Vasquez D, Sylvester C, Pagano W, Khalida C, Coffran C, Ezeonu T, Fofana K, Bielopolski D, Vaughan R, Qureshi A, Tobin JN, Kost RG. Implementing DASH-Aligned Meals and Self-Measured Blood Pressure to Reduce Hypertension at Senior Centers: A RE-AIM Analysis. *Nutrients.* 2022 Nov 18;14(22):4890. doi: 10.3390/nu14224890. PMID: 36432576; PMCID: PMC9699075.

41. Sample menus for the DASH diet 1998-2023 Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER)
42. Lowering Your Blood Pressure With DASH U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute
43. Hashemi-Arend A, Vasquez KS, Guishard D, Naji M, Ronning A, George-Alexander G, Vasquez D, Sylvester C, Pagano W, Khalida C, Coffran C, Ezeonu T, Fofana K, Bielopolski D, Vaughan R, Qureshi A, Tobin JN, Kost RG. Implementing DASH-Aligned Meals and Self-Measured Blood Pressure to Reduce Hypertension at Senior Centers: A RE-AIM Analysis. *Nutrients*. 2022 Nov 18;14(22):4890. doi: 10.3390/nu14224890. PMID: 36432576; PMCID: PMC9699075.
44. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*. 1985 Mar-Apr;100(2):126-31. PMID: 3920711; PMCID: PMC1424733.
45. Controlled aerobic exercise training reduces resting blood pressure in sedentary older adults Guoyuan Huang, Xiangrong Shi, Cheryl A. Gibson, Sunny C. Huang, Nadine A. Coudret & Mary C. Ehlman Pages 386-394 | Received 09 Oct 2012, Accepted 18 Feb 2013, Published online: 03 Apr 2013
46. Noone C, Dwyer CP, Murphy J, Newell J, Molloy GJ. Comparative effectiveness of physical activity interventions and anti-hypertensive pharmacological interventions in reducing blood pressure in people with hypertension: protocol for a systematic review and network meta-analysis. *Syst Rev*. 2018 Aug 21;7(1):128. doi: 10.1186/s13643-018-0791-9. PMID: 30131071; PMCID: PMC6103808.
47. Carnethon MR, Evans NS, Church TS, Lewis CE, Schreiner PJ, Jacobs DR Jr, Sternfeld B, Sidney S. Joint associations of physical activity and aerobic fitness on the development of incident hypertension: coronary artery risk development in young adults. *Hypertension*. 2010 Jul;56(1):49-55. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.147603. Epub 2010 Jun 1. PMID: 20516395; PMCID: PMC2909350.
48. Diaz KM, Shimbo D. Physical activity and the prevention of hypertension. *Curr Hypertens Rep*. 2013 Dec;15(6):659-68. doi: 10.1007/s11906-013-0386-8. PMID: 24052212; PMCID: PMC3901083.
49. Nagata JM, Vittinghoff E, Pettee Gabriel K, Garber AK, Moran AE, Sidney S, Rana JS, Reis JP, Bibbins-Domingo K. Physical Activity and Hypertension From Young Adulthood to Middle Age. *Am J Prev Med*. 2021 Jun;60(6):757-765. doi: 10.1016/j.amepre.2020.12.018. Epub 2021 Apr 15. PMID: 33867211; PMCID: PMC8494495.
50. You Y, Teng W, Wang J, Ma G, Ma A, Wang J, Liu P. Hypertension and physical activity in middle-aged and older adults in China. *Sci Rep*. 2018

Oct 31;8(1):16098. doi: 10.1038/s41598-018-34617-y. PMID: 30382177;
PMCID: PMC6208349.

51. Your Guide to Lowering Blood Pressure U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute
52. Measure Your Blood Pressure. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion , Division for Heart Disease and Stroke Prevention March 17, 2023

ҚОСЫМША 1

SF-36. Анкета оценки качества жизни

1. В целом вы бы оценили состояние Вашего здоровья как (обведите одну цифру):

- Отличное.....1
- Очень хорошее.....2
- Хорошее.....3
- Посредственное.....4
- Плохое.....5

2. Как бы вы оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад?

- Значительно лучше, чем год назад.....1
- Несколько лучше, чем год назад.....2
- Примерно так же, как год назад.....3
- Несколько хуже, чем год назад.....4
- Гораздо хуже, чем год назад.....5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течении своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? (обведите одну цифру в каждой строке)

| | Вид физической активности | Да, значительно ограничивает | Да, немного ограничивает | Нет, совсем не ограничивает |
|---|---|-------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| А | Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта | 1 | 2 | 3 |
| Б | Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды | 1 | 2 | 3 |
| В | Поднять или нести сумку с продуктами | 1 | 2 | 3 |
| Г | Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов | 1 | 2 | 3 |
| Д | Подняться пешком по лестнице на один пролет | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Е | Наклониться, встать на колени, присесть на корточки | 1 | 2 | 3 |
| Ж | Пройти расстояние более одного километра | 1 | 2 | 3 |
| З | Пройти расстояние в несколько кварталов | 1 | 2 | 3 |
| И | Пройти расстояние в один квартал | 1 | 2 | 3 |
| К | Самостоятельно вымыться, одеться | 1 | 2 | 3 |

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

| | | Да | Нет |
|---|---|----|-----|
| А | Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела | 1 | 2 |
| Б | Выполнили меньше, чем хотели | 1 | 2 |
| В | Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности | 1 | 2 |
| Г | Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий) | 1 | 2 |

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

| | | Да | Нет |
|---|---|----|-----|
| А | Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела | 1 | 2 |
| Б | Выполнили меньше, чем хотели | 1 | 2 |
| В | Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно | 1 | 2 |

6. Насколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течении последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? (обведите одну цифру)

Совсем не мешало.....1

- Немного.....2
- Умеренно.....3
- Сильно.....4
- Очень сильно.....5

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели? (обведите одну цифру) Совсем не испытывал(а).....1

- Очень слабую.....2
- Слабую.....3
- Умеренную.....4
- Сильную.....5
- Очень сильную.....6

8. В какой степени боль в течении последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой, включая работу вне дома и по дому? (обведите одну цифру)

- Совсем не мешала.....1
- Немного.....2
- Умеренно.....3
- Сильно.....4
- Очень сильно.....5

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям. Как часто в течении последних 4 недель (обведите одну цифру в каждой строке):

| | | Все время | Большую часть времени | Часто | Иногда | Редко | Ни разу |
|---|--|-----------|-----------------------|-------|--------|-------|---------|
| А | Вы чувствовали себя бодрым(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Б | Вы сильно нервничали? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| В | Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой), что ничто не могло Вас взбодрить? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Г | Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|---|
| Д | Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Е | Вы чувствовали себя упавшим(ей) духом и печальным(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Ж | Вы чувствовали себя измученным(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| З | Вы чувствовали себя счастливым(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| И | Вы чувствовали себя уставшим(ей)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10. Как часто в последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми? Например, навещать родственников, друзей и т.п. (обведите одну цифру)

- Все время.....1
 Большую часть времени.....2
 Иногда.....3
 Редко.....4
 Ни разу.....5

11. Насколько **ВЕРНЫМ** или **НЕВЕРНЫМ** представляется по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений? (обведите одну цифру в каждой строке)

| | | Опреде ленно верно | В основн о верно | Не знаю | В основном не верно | Опреде ленно неверно |
|---|---|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| А | Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Б | Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| В | Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Г | У меня отличное здоровье | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ҚОСЫМША 2

1. Физикалық белсенділік (Physical Functioning - PF) бойынша нәтижені талдау формуласы:

а) 3а, 3б, 3в, 3г, 3д, 3е, 3ж, 3з, 3и, 3к сұрақтарынан алынған жауаптардың баллдарын қосу;

$$PF_{\text{sum}} = PF_{3а} + PF_{3б} + PF_{3в} + PF_{3г} + PF_{3д} + PF_{3е} + PF_{3ж} + PF_{3з} + PF_{3и} + PF_{3к}$$

б) Шыққан баллды келесі формулаға салып есептеу:

$$PF = ((PF_{\text{sum}} - 10) / 20) * 100$$

2. Физикалық жағдайға байланысты рөлдік қызмет (Role-Physical Functioning - RP) бойынша нәтижені талдау формуласы:

а) 4а, 4б, 4г, 4д сұрақтарынан алынған жауаптардың ұпайларын қосу;

$$RP_{\text{sum}} = RP_{4а} + RP_{4б} + RP_{4г} + RP_{4д}$$

б) Шыққан ұпайды келесі формулаға салып есептеу:

$$RP = ((RP_{\text{sum}} - 4) / 4) * 100$$

3. Ауырсыну (Bodily pain - BP) бойынша нәтижені талдау формуласы:

а) 7 және 8 сұрақтарға жауап беру кезінде алынған ұпайларды келесі кілт бойынша есептеу:

| 7 сұраққа алынған жауаптың ұпайы (BP7) | қайта есептелгендегі ұпай | 8 сұраққа алынған жауаптың ұпайы | қайта есептелгендегі ұпай |
|--|---------------------------|--|---------------------------|
| 1 | 6 | 1 және (BP7)=1 болған жағдайда | 6 |
| 2 | 5,4 | 1 және (BP7) 2 мен 6 арасындағы жауаптар болған жағдайда | 5 |
| 3 | 4,2 | 2 | 4 |
| 4 | 3,1 | 3 | 3 |

| | | | |
|---|-----|---|---|
| 5 | 2,2 | 4 | 2 |
| 6 | 1 | 5 | 1 |

б) Шыққан ұпайды келесі формулаға салып есептеу:

$$BP = [((BP7'' + BP8'') - 2) / 10] * 100$$

4. Жалпы денсаулық (General Health - GH) бойынша нәтижені талдау формуласы:

а) 1 сұраққа жауап беру кезінде алынған ұпайды келесі кілт бойынша есептеу:

| Өз ұпайы | қайта есептелгендегі ұпай |
|----------|---------------------------|
| 1 | 5 |
| 2 | 4,4 |
| 3 | 3,4 |
| 4 | 2 |
| 5 | 1 |

11б сұраққа жауап беру кезінде алынған ұпайды келесі кілт бойынша есептеу:

| өз ұпайы | қайта есептелгендегі ұпай |
|----------|---------------------------|
| 1 | 5 |
| 2 | 4 |
| 3 | 3 |
| 4 | 2 |
| 5 | 1 |

11г сұраққа жауап беру кезінде алынған ұпайды келесі кілт бойынша есептеу:

| өз ұпайы | қайта есептелгендегі ұпай |
|----------|---------------------------|
| 1 | 5 |
| 2 | 4 |
| 3 | 3 |
| 4 | 2 |
| 5 | 1 |

б) 1, 11а, 11б, 11в, 11г сұрақтарына жауаптардың қайта есептелінген ұпайларын қосу;

$$GH_{sum} = GH1'' + GH11a + GH11б'' + GH11в + GH11г''$$

в) Шыққан ұпайды келесі формулаға салып есептеу:

$$GH = ((GH_{sum} - 5) / 20) * 100$$

5. Өмірлік белсенділік (Vitality - VT) бойынша нәтижені талдау формуласы:

9а сұраққа жауап беру кезінде алынған ұпайды келесі кілт бойынша есептеу:

| өз ұпайы | қайта есептелгендегі ұпай |
|----------|---------------------------|
| 1 | 6 |
| 2 | 5 |
| 3 | 4 |
| 4 | 3 |
| 5 | 2 |
| 6 | 1 |

9д сұраққа жауап беру кезінде алынған ұпайды келесі кілт бойынша есептеу:

| өз ұпайы | қайта есептелгендегі ұпай |
|----------|---------------------------|
| 1 | 6 |

| | |
|---|---|
| 2 | 5 |
| 3 | 4 |
| 4 | 3 |
| 5 | 2 |
| 6 | 1 |

б) 9а, 9д, 9ж, 9и сұрақтарына жауаптардың қайта есептелінген ұпайларын қосу (VT_{sum});

$$VT_{sum} = VT_{9a} + VT_{9д} + VT_{9ж} + VT_{9и}$$

в) Шыққан ұпайды келесі формулаға салып есептеу:

$$VT = ((VT_{sum} - 4) / 20) * 100$$

6. Әлеуметпен қарым-қатынас (Social Functioning - SF) бойынша нәтижені талдау формуласы:

а) 6 сұраққа жауап беру кезінде алынған ұпайды келесі кілт бойынша есептеу:

| өз ұпайы | қайта есептелгендегі ұпай |
|----------|---------------------------|
| 1 | 5 |
| 2 | 4 |
| 3 | 3 |
| 4 | 2 |
| 5 | 1 |

б) 6 және 10 сұрақтарына жауаптардың қайта есептелінген ұпайларын қосу (SF_{sum});

$$SF_{sum} = SF_6 + SF_{10}$$

в) Шыққан ұпайды келесі формулаға салып есептеу:

$$SF = ((SF_{sum} - 2) / 8) * 100$$

7. Эмоционалды жағдайға байланысты рөлдік қызмет (Role-Emotional - RE) бойынша нәтижені талдау формуласы:

а) 5а, 5б, 5в сұрақтарынан алынған жауаптардың ұпайларын қосу;

$$RE_{sum} = RE_{5a} + RE_{5б} + RE_{5в}$$

б) Шыққан ұпайды келесі формулаға салып есептеу:

$$RE = ((RE_{sum} - 3) / 3) * 100$$

8. бойынша нәтижені талдау формуласы:

а) 9г сұраққа жауап беру кезінде алынған ұпайды келесі кілт бойынша есептеу:

| өз ұпайы | қайта есептелгендегі ұпай |
|----------|---------------------------|
| 1 | 6 |
| 2 | 5 |
| 3 | 4 |
| 4 | 3 |
| 5 | 2 |
| 6 | 1 |

б) 9г сұраққа жауап беру кезінде алынған ұпайды келесі кілт бойынша есептеу:

| өз ұпайы | қайта есептелгендегі ұпай |
|----------|---------------------------|
| 1 | 6 |
| 2 | 5 |
| 3 | 4 |
| 4 | 3 |
| 5 | 2 |
| 6 | 1 |

в) 9б, 9в, 9г, 9е сұрақтарына жауаптардың қайта есептелінген ұпайларын қосу (SFsum);

$$MH_{sum} = MH_{9б} + MH_{9в} + MH_{9г} + MH_{9е} + MH_{9з}$$

в) Шыққан ұпайды келесі формулаға салып есептеу:

$$MH = ((MH_{sum} - 5) / 25) * 100$$

ҚОСЫМША 3

Артериялық гипертензиясы бар пациенттерді мейірбикелік тексерудің дәрігерге дейінгі картасы

Т.А.Ж (аты-жөні) _____

Жынысы: Е Ә

Жасы _____

Диагноз қойылған мерзім _____

Жұмыс

орны _____

Қызметі _____

Отбасылық

жағдайы _____

Балалары _____

Тұқым

қуалаушылық _____

Перенесенные

заболевания _____

Мүгедектік: Жоқ

Иә

Мүгедектік тобы _____

Диагноз _____

Мүгедектік алу күні _____

Қосалқы

аурулары _____

Аллергия/аллергиялық реакциялардың болуы: Жоқ

Иә

Зиянды әдеттер: Темекі шегу Жоқ

Иә

Қанша _____

ЖЫЛ _____

Күніне қанша _____

Алкоголь: Мүлдем ішпейді

Өте сирек

Орташа

Шамадан тыс

Диета сақтау: Жоқ

Иә

Физикалық белсенділік Жоқ

Иә

Аптасына неше рет _____

Күніне қанша сағат _____

Артериялық гипертензия диагнозы қойылған уақыт

Физикалық қарап-тексеру

Бойы, см _____ Салмағы, кг _____

ДСИ _____

Бел өлшемі, см _____ Температура, °С _____

Дене құрылысының типі:

Астеник

Нормостеник

I-II деңгейдегі семіздік

III деңгейдегі семіздік

ЖСЖ _____ ТАЖ _____

Пульс: Симметриялы Жоқ

Иә

Жиілігі

сол қолында _____ оң қолында _____

Ритм

Жоқ

Бар

ҚҚ, мм рт.ст.: сол қолында _____ оң қолында _____

Тері жабындысы:

Қалыпты түс

Тері гиперемиясы

Бозғылт тері

Нейрофиброматоз

Цианоз

Ісіну: Жоқ

Бар

Орналасқан жері табан

аяқтың тізеге дейінгі бөлігі

аяқтың тізеден төмен бөлігі

дене бөлігі

Тығыздығы

жұмсақ

тығыз

Эмоционалды жағдайды бағалау

Көңіл-күйі:

- Қалыпты
- Мұңды
- Ашулы
- Бейтарап
- Қуанышты

Стресс тудырған жағдайлар:

- Қаржылық мәселе
- Өмірдегі өзгерістер
- Шаршау
- Шуыл
- Дене жарақаты, ота, ауру

Стресске реакция:

- Жүрек соғысының жиілеуі
- Тершеңдік
- Қан қысымының жоғарылауы
- Ұйқысыздық
- Ес жадының жоғалуы
- Мазасыздық
- Басқа

Стрессті басқару:

- Стрессті тамақпен басу
- Темекі шегумен басу
- Физикалық белсенділікпен
- Медитация
- Басқа

Әлеуметпен қарым-қатынас:

Жақындарының қиын кезеңдерде эмоционалды қолдау көрсетуі

- Әрқашан эмоционалды қолдау көрсетеді
- Кейде
- Қолдау жоқ

Стресс кезінде қолдау көрсететін жақыны:

- Жолдасы

- Ата-анасы
- Балалары
- Достары
- Басқа

Клиникалық симптоматика

Бас ауруы: Жоқ

Бар

Орналасуы:

- Желке аймағы
- Самай аймағы
- Маңдай аймағы

Қарқындылығы

- Төмен
- Орташа
- Жоғары

Бас айналу: Жоқ

Бар:

- Денені орнынан қозғалтқанда
- Жатырған күйінде

Әлсіздік: Жоқ

Иә

Ес жадының бұзылысы/естен тану:

- Жиі
- Анда-санда
- Жоқ

Ентігу: Жоқ

Иә

- Физикалық белсенділіктен кейін
- Жаяу жүргенде
- Тыныштық күйде

Жүректегі ауырсыну сезімі: Жоқ

Иә

- Физикалық белсенділіктен кейін
- Жаяу жүргенде
- Тыныштық күйде

Көру қабілетінің бұзылысы: Жоқ

Иә

Зәр шығаруының бұзылысы: Жоқ

□ Иә

Лабораториялық параметр

| Параметр | Тапсыру күні | Көрсеткіш | Тапсыру күні | Көрсеткіш |
|---|--------------|-----------|--------------|-----------|
| Гемоглобин (г/л) және/немесе гематокрит | | | | |
| Глюкоза (ммоль/л) | | | | |
| Жалпы холестерин (ммоль/л) | | | | |
| ЛПВП (мкмоль/л) | | | | |
| ЛПНП (мкмоль/л) | | | | |
| Креатинин (мкмоль/л) | | | | |
| Зәр қышқылы (ммоль/л) | | | | |
| АЛТ (ед) | | | | |
| Триглицерид(ммоль/л) | | | | |
| Калий (ммоль/л) | | | | |
| Натрий (ммоль/л) | | | | |
| СКФ (мл/мин) | | | | |
| Зәр шөгіндісінің микроскопиясы - протеинурия - гематурия - лейкоцитурия | | | | |

Аспаптық зерттеу нәтижелері және бейінді мамандардың кеңестері

| Зерттеу | Тапсыру күні | Қорытынды |
|--------------------------|--------------|-----------|
| ЭКГ | | |
| ЭХО-КГ | | |
| Кардиолог | | |
| Нефролог | | |
| Эндокринолог | | |
| Қан тамырлары хирургы | | |

Ілеспе жазбалар мен мейіргердің пікірлері:

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ



РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

АВТОРЛЫҚ ҚҰҚЫҚПЕН ҚОРҒАЛАТЫН ОБЪЕКТІЛЕРГЕ ҚҰҚЫҚТАРДЫҢ
МЕМЛЕКЕТТІК ТІЗІЛІМГЕ МӘЛІМЕТТЕРДІ ЕНГІЗУ ТУРАЛЫ

ҚУӘЛІК

2023 жылғы «26» мамыр № 36252

Автордың (лардың) жөні, аты, әкесінің аты (егер ол жеке басын куәландыратын құжатта көрсетілсе):
**ШАХТЫБАЙ ДИТЯРА ЖАҒАБАЙҚЫЗЫ, КЕЛИМБЕРДИЕВА ЭЛЬМИРА САУБЕТОВНА,
ДЕРБИСАЛИНА ГҰЛЬМИРА АЖМАДИНОВНА**

Авторлық құқық объектісі: **әдеби туынды**

Объектінің атауы: **Артериялық гипертензиясы бар пациенттерді мейіркелік тексерудің дәрігерге дейінгі
картасы. Доврачебная карта сестринского осмотра пациентов с артериальной гипертензией**

Объектіні жасаған күні: **10.04.2023**



Құжат түпнұсқалығы <http://www.kazpatent.kz/mu/obitnik>

"Авторлық құқық" бөлімінде тексеруге болары <http://copyright.kazpatent.kz>

Подлинность документа возможно проверить на сайте [kazpatent.kz](http://www.kazpatent.kz)
в разделе «Авторское право» <http://copyright.kazpatent.kz>

ЭЦҚ қол қойылды

Е. Оспанов

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ



РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

СВИДЕТЕЛЬСТВО

О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР
ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ

№ 36252 от «26» мая 2023 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ав):
**ШАХТЫБАЙ ДИЛЯРА ЖАГАБАЙҚЫЗЫ, КЕ ЛИМБЕРДИШЕВА ЭЛЬМИРА САУБЕТОВНА,
ДЕРБИСАЛИНА ГУЛЬМИРА АЖМАДИНОВНА**

Вид объекта авторского права: **произведение литературы**

Название объекта: **Артериялық гипертензиясы бар пациенттерді мейірбилік тексерудің дәрігерге дейінгі
картасы. Доврачебная карта сестринского осмотра пациентов с артериальной гипертензией**

Дата создания объекта: **10.04.2023**



Құжат тексеру үшін <http://www.kazpatent.kz/> сайтының
"Авторлық құқық" бөлімінде тексеруге болады. <https://copyright.kazpatent.kz>

Подлинность документа возможно проверить на сайте [kazpatent.kz](http://www.kazpatent.kz)
в разделе «Авторское право» <https://copyright.kazpatent.kz>

Подписано ЭЦП

Е. Оспанов