

**«Астана медицина университеті» КеАҚ**

УДК: 614.253.5-08:616.248-052

МПК: А 61 Н 1/00, А 61 Н 31/005

**Умирзахова Динара Жангалиевна**

**БРОНХ ДЕМІКПЕСІ МЕН ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ  
ОБСТРУКТИВТІ АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРҒА МЕЙІРГЕРЛІК  
КҮТІМДІ ОҢТАЙЛАНДЫРУ**

**7М10101 - «Мейіргер ісі»**

Медицина ғылымдарының магистрі академиялық дәрежесіне  
арналған диссертация

Ғылыми жетекші: м.ғ.д., профессор Жаксылыкова Г.А.

Рецензент: м.ғ.к., ОҚО медицина академиясының «Жедел медициналық көмек және мейіргер ісі» кафедрасының меңгерушісі Сейдахметова А.А.

Астана қ., 2023 ж.

## МАЗМҰНЫ

НОРМАТИВТІ СІЛТЕМЕЛЕР .....	3
АНЫҚТАМАЛАР .....	4
БЕЛГІЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР .....	5
КЕСТЕЛЕР МЕН СЫЗБАЛАР ТІЗІМІ .....	6
КІРІСПЕ .....	9
1 БРОНХ ДЕМІКПЕСІ МЕН ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЫНЫҢ ТАРАЛУ МӘСЕЛЕЛЕРІ (әдеби шолу).....	13
1.1 Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруының таралу мәселелерінің қазіргі жағдайы .....	13
1.2 Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға мейіргерлік күтім аясындағы мейіргердің міндеттері .....	19
1.3 Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруының комплеансы және ондағы мейіргердің рөлі .....	26
2. ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ .....	33
2.1 Этикалық келісім .....	33
2.2 Зерттеу материалдары мен әдістердің жалпы сипаттамасы .....	33
2.3 Ақпараттық зерттеу .....	34
2.4 Зерттеу нысанының сипаттамасы .....	35
2.5 Сауалнаманы әзірлеу және бекіту .....	36
2.6 Статистикалық деректерді өңдеу .....	36
3. ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ОЛАРДЫ ТАЛҚЫЛАУ .....	37
3.1 Бронх демікпесі және өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға жүргізілген сауалнама нәтижелері .....	37
3.2 Науқастармен тығыз қарым-қатынастағы мейіргерлердің көзқарасына жүргізілген сауалнама нәтижелері .....	47
ТҰЖЫРЫМДАМА .....	57
ҚОРЫТЫНДЫ .....	58
ПРАКТИКАЛЫҚ ҰСЫНЫСТАР .....	59
ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ .....	60
ҚОСЫМШАЛАР .....	68

## НОРМАТИВТІ ҚҰЖАТТАР

Осы диссертацияда келесі стандарттарға сілтемелер пайдаланылған:

1. Пульмонологиялық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы ережені бекіту туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2011 жылғы 14 сәуірдегі № 196 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2011 жылғы 13 мамырда № 6955 болып тіркелді.
2. Қазақстан Республикасында пульмонологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 23 желтоқсандағы № 993 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2016 жылғы 22 қаңтарда № 12916 болып тіркелді.
3. Қазақстан Республикасында стационарлық жағдайларда медициналық көмек көрсету стандартын бекіту туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2022 жылғы 24 наурыздағы № ҚР - ДСМ-27 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2022 жылғы 25 Наурызда № 27218 болып тіркелді.
4. «Стационарды алмастыратын көмек көрсету қағидаларын бекіту» туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 17 тамыздағы №669 Бұйрығы.
5. 2021 жылғы 12 қазандағы № 725 ҚР Үкіметінің қаулысы: «Әр азаматқа сапалы және қолжетімді денсаулық сақтау» «Дені сау ұлт» ұлттық жобасын бекіту туралы
6. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2020-2025 жылдарға арналған "Денсаулық" мемлекеттік бағдарламасы.
7. Созылмалы аурулары бар адамдарға медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру қағидаларын, байқау кезеңділігі мен мерзімдерін, диагностикалық зерттеулердің міндетті минимумы мен еселігін 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.
8. «Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 28 сәуірдегі №281 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2019 жылғы 12 ақпандағы бұйрығына сәйкес «Бастапқы медициналық-санитариялық көмек көрсету қағидаларын және азаматтарды алғашқы медициналық-санитарлық көмек ұйымдарына тіркеу қағидаларын бекіту туралы».

## АНЫҚТАМАЛАР

Бұл диссертацияда келесі терминдер сәйкес анықтамаларымен бірге қолданылады:

*Бронх демікпесі* – бронхтың түйілуі және олардың шырышты қабығының ісінуі немесе ұзаққа созылған жөтел салдарынан тұншығудың қайталанба ұстамаларымен сипатталатын созылмалы аллергиялық ауру.

*Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы* – тыныс алу жолдарында ауа ағынының шектелуін тудыратын және тыныс алуды қиындататын кең таралған өкпе ауруы.

*Жұқпалы емес созылмалы аурулар* – жұқпалы емес, бірақ ұзақ ағымы бар және генетикалық, физиологиялық, экологиялық және мінез-құлық факторларының жиынтығының нәтижесінде туындаған аурулар тобы.

*Ауруларды басқару (Disease Management)* – бұл белгілі бір науқаста аурудың даму процесіне сәйкес медициналық көмек көрсетудің құрылымы мен тәртібін ұйымдастыратын тұтас тұжырымдама.

*Global Initiative for Asthma (GINA)* – демікпенің таралуын, аурушандығын және өлімін азайту үшін бүкіл әлем бойынша денсаулық сақтау қызметкерлерімен және денсаулық сақтау мамандарымен жұмыс істейтін денсаулық сақтау саласындағы басшылық ұйым.

*Global Initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)* – өкпе ауруының алдын алу мен емдеуді жақсарту үшін бүкіл әлем бойынша денсаулық сақтау мамандарымен және денсаулық сақтау қызметкерлерімен жұмыс істейтін денсаулық сақтау саласындағы басшылық ұйым.

*Небулайзер* – дәрілік заттың өте аз дисперсті тозаңдануын пайдаланатын ингаляция жүргізуге арналған құрылғы.

*Комплеанс (compliance)* – аурудың алдын алу, емдеу және оңалту шеңберінде емделушінің дәрігердің барлық ұсыныстары мен рецепттерін дәл орындауын білдіретін термин.

*Тынысалу гимнастикасы* – бұл өкпенің көлемін ұлғайтатын, тыныс алу бұлшықеттерін күшейтетін, денеге оттегі деңгейін арттыратын, жүрек-тамыр жүйесі мен ішкі ағзалардың қызметін жақсартатын жаттығулар кешені.

*Ингаляция* – бұл газды, буды немесе түтінді ингаляциялауға негізделген дәрілік заттарды енгізу әдісі.

*ACT test* – бронх демікпесімен ауыратын науқастарға демікпе деңгейінің бақылануын анықтау үшін арнайы жасалған тест.

*SAT test* – арнайы сауалнама өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастардың өмір сапасын бағалауға көмектеседі. Тест 8 тапсырмадан тұрады, олардың әрқайсысы 5 балдық жүйемен бағаланады және қорытындыланады.

## БЕЛГІЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР

- ҚР – Қазақстан Республикасы
- БД – бронх демікпесі
- ӨСОА – өкпенің созылмалы обструктивті ауруы
- ЖЕСА – жұқпалы емес созылмалы аурулар
- ДСИ – дене салмағының индексі
- МСАК – медициналық санитарлық алғашқы көмек
- ДДСҰ – Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
- АББ – ауруларды басқару бағдарламасы
- ТМД – тәуелсіз мемлекеттер достығы
- РА – респираторлық аурулар
- GINA – Global Initiative for Asthma
- GOLD – Global Initiative for chronic Obstructive Lung Disease
- ACT – Asthma Control Test
- CAT – Global Initiative for Asthma

## КЕСТЕЛЕР МЕН СЫЗБАЛАР ТІЗІМІ

Сурет 1	Жұқпалы емес созылмалы ауруларды емдеудің негізгі элементтері	18
Сурет 2	Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруын бақылауға арналған сынақтар	23
Сурет 3	Өкпенің созылмалы обструктивті ауруын басқару бойынша GOLD ұсыныстары	28
Сурет 4	Бронх демікпесін емдеу кезіндегі GINA ұсыныстары	29
Сурет 5	gsk ellipta inhalation trainer жаттықтырушы ингалятор	30
Сурет 6	Зерттеу дизайны	34
Сурет 7	Респонденттердің жынысы бойынша бөлінуі	37
Сурет 8	Респонденттердің жасы бойынша іріктелуі	38
Сурет 9	Респонденттердің шылым тұтыну көрсеткіші	38
Сурет 10	Респонденттердің ауырған уақыт ұзақтығы	39
Сурет 11	Респонденттердегі ұстама жиілігі	39
Сурет 12	Респонденттердің есепте тұруы	40
Сурет 13	Респонденттерге әсер ететін факторлар	40
Сурет 14	Респонденттерде госпитализация жағдайының болуы	41
Сурет 15	Ұстаманы басатын дәрілік заттар	41
Сурет 16	Тынысалу гимнастикасымен шұғылдану көрсеткіші	42
Сурет 17	Респонденттерде ұстаманы басудағы қиындықтар	42
Сурет 18	Респонденттердің мейіргер көмегінің сапасын бағалауы	43
Сурет 19	Респонденттерге мейіргердің кеңес беруі	43
Сурет 20	Мейіргерлердің үлестірме материалды пайдалануы	44

Сурет 21	Мейіргерлердің уақытылы көмек көрсетуі	44
Сурет 22	Мейіргерлердің кеңесіне науқастардың қанағаттануы	45
Сурет 23	Мейіргерлер күтімінің сапасын қанағаттанарлықсыз бағалаудың себептері	45
Сурет 24	Науқас пен мейіргер арасындағы шиеленістің туындауы	46
Сурет 25	Респонденттердің жынысы бойынша бөлінуі	48
Сурет 26	Респонденттердің жас аралығы бойынша ерекшелігі	48
Сурет 27	Респонденттердің медициналық ұйым бойынша бөлінуі	49
Сурет 28	Респонденттердің біліктілігі бойынша бөлінуі	49
Сурет 29	Респонденттердің жұмыс жүктемесіне қанағаттануы	50
Сурет 30	Респонденттердің міндеттерді уақытында орындауы	50
Сурет 31	Респонденттердің міндеттерді орындау кезіндегі үлгермеу себептері	51
Сурет 32	Респонденттердің басшылық қарым-қатынасына қанағаттануы	51
Сурет 33	Басшылықтың респонденттерді мадақтауы	52
Сурет 34	Респонденттердің еңбек демалысын алуы	52
Сурет 35	Науқастармен қақтығыстардың байланысы	53
Сурет 36	Респонденттердің науқастармен жүргізетін сұхбаты	53
Сурет 37	Респонденттердің үлестірме материалдарды пайдалануы	54
Сурет 38	Респонденттердің үлестірме материалды пайдалану жиілігі	54
Сурет 39	Респонденттердің мәселелі науқастармен кездесу жиілігі	55
Сурет 40	Респонденттердің ұсыныстары	55
Кесте 1	МСАК ұйымдарында ӨСОА бар науқастарды динамикалық бақылау бойынша негізгі іс-шаралар	21
Кесте 2	Шылым шегетіндердің индекcін бағалау	23

Кесте 3	Зерттеу жоспары	33
Кесте 4	РІСО әдістемесі	34
Кесте 5	Мейіргерлердің әлеуметтік-демографиялық сипаттамалары	47



## КІРІСПЕ

### Зерттеу тақырыбының өзектілігі:

Қазіргі медицинаның өзекті мәселелерінің бірі тыныс алу жолдарының созылмалы аллергиялық аурулары болып табылады. Соңғы деректерге жүгінсек, бүкіл әлемде бронх демікпесі (БД) мен өкпенің созылмалы обструктивті ауру (ӨСОА) санының өсуі байқалады. Дүниежүзінде БД-мен ауыратын 300 миллионға жуық адам бар. Ресми деректер бойынша олардың 75 миллионы Еуропада, Ресейде 7 млн-дай, ал Қазақстанда 1 млн-ға жуық науқастар тіркелген, бірақ олардың нақты саны айтылған саннан бірнеше есе көп. Бұл медициналық-әлеуметтік салада елеулі мәселе екенін дәлелдейді [Қасым Л.Т., Касимова Р.Н., Мутиева У.Б. 2019, Бакина А.А., Щегорцова Ю.Ю., Павленко В.И. 2019, Абдулхаков И.У., Халилова Д.С. 2020].

Соңғы жылдары, тәжірибелі денсаулық сақтау саласында жас ерекшеліктерге байланыссыз созылмалы аурулардың жасаруы байқалады. Қай ауру түрі болмасын, ол адам ағзасына теріс әсер ететіні сөзсіз. Бронх демікпесі ерлердің орташа өмір сүру ұзақтығын 6,5 жылға, ал әйелдерде 13,5 жылға қысқартады. Осылайша, созылмалы аурулар төтенше жағдайлардың дамуы мен жиілігі жағынан жоғарғы қаупі бар топ екенін растайды. Барлығымызға белгілі аталған аурулардың өршуі кезінде өмір сүру сапасы мен өкпе функциясы төмендейді. Аурудың асқынуы жедел тыныс жетіспеушілігіне әкеліп, өлімнің негізгі себебі болады. Сондықтан науқастардың өмір сүру сапасын зерттеу, ауруды емдеуден соң мейіргерлік күтімнің тиімділігі туралы қосымша ақпарат алуға мүмкіндік береді. Өмір сүру сапасының өзгеру ерекшеліктерін білу мейіргерге күтім жасауды ұйымдастыруға көмектеседі [Кондусова Ю.В., Кручкова А.В., Семынина Н.М. 2018, Полетаева Н.Б., Теплякова О.В. 2020].

Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруын емдеуде дәрі-дәрмектердің басым бөлігі ингаляция түрінде болады. Бірақ науқастардың барлығы ингалятор пайдалануды біле бермейді. Бұл күнделіті дәрігер жұмысының көптігі мен уақытының аздығына байланысты. Сондықтан, мейіргерлердің басты міндеті дәрігер тағайындаған емнің тиімділігін арттыру үшін, түсіндіру жұмыстарын жүргізу. Осыған байланысты шұғыл жағдайлар туындаған кезде медициналық шешімдер қабылдау мен жүзеге асыруда мейіргерлердің жауапкершілігі артады. Дұрыс күтімді ұйымдастыру үшін, мейіргер мысалы ингаляциялық құрылғыларды қолдану техникасын бақылауы керек. Емдік препараттарды тиімді қолдану әдісі күтімнің сәтті болуын, ауру болжамын жақсартудың қажетті шарты болып табылады [Крючкова А.В., Семынина Н.М., Кондусова Ю.В., Венецева Н.В., Прокофичева В.В. 2019].

Сонымен, бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруын емдеу өте күрделі, ал асқынулары ауыр болғандықтан, оларды алдын-алу оның қайтымсыз салдарынан қорғанудың жалғыз әдісі болып табылады. Ал мейіргерлік тиімді күтім, науқастар мен олардың отбасы мүшелеріне ауру және емдеу принциптері туралы ақпарат беру, медициналық қызметтерге науқастардың қанағаттануы маңызды көрсеткіш болып табылады.

Сондықтан бронх демікпесі мен созылмалы обструктивті өкпе аурулары бар науқастардың мейіргерлік күтімін зерттеу және оңтайландыру өзекті ғылыми бағыт болып табылады.

**Диссертациялық жұмыстың мақсаты:** Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға мейіргерлік күтімді жетілдіру.

**Диссертациялық зерттеу нысаны:** базада науқастарға күтім жасайтын мейіргерлер, бронх демікпесі және өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастар:

1. «Астана медицина университеті» КеАҚ «Мейіргер ісі» кафедрасы;
2. Астана қаласының №3 көпбейінді қалалық ауруханасы;
3. Астана қаласы әкімдігінің №5 қалалық емханасы ШЖҚ МКК.

**Диссертациялық зерттеу пәні:** Бронх демікпесі және өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға жүргізілген сауалнама, оларға күтім жасайтын мейіргерлерге арналған сауалнама нәтижелері.

#### **Диссертациялық зерттеудің міндеттері:**

1. Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға мейіргерлік күтімді ұйымдастыруды зерттеу.
2. Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға мейіргерлік күтім сапасына қанағаттануын бағалау.
3. Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бойынша мейіргерлерінің жұмысына арналған ұсыныстар әзірлеу.

#### **Диссертациялық зерттеу әдістері:**

- ақпараттық-аналитикалық (ғылыми әдебиеттерді, әдістемелік материалдарды талдау);
- социологиялық (науқастар арасында сауалнама жүргізу).
- статистикалық («Google Forms» бағдарламасын қолдану арқылы сауалнама нәтижелерін өңдеу).

Жұмыста ҚР-да мейіргерлік көмек көрсету мәселелерін зерттейтін ұлттық және халықаралық сарапшылардың тәжірибесі пайдаланылды.

#### **Диссертациялық зерттеу материалдары:**

- Виртуалды кітапханадағы денсаулыққа арналған іздеу порталы (BVS), келесі мәліметтер базасы: Medline, PubMed, Google Academy, Cochrane Library және тағы басқа порталдар.
- Мейіргер ісі бойынша оқу құралдары, журналдар, электрондық ақпараттық ресурстар;

- Сауалнама туралы ақпарат.

### **Диссертациялық зерттеудің ғылыми жаңалығы:**

- Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға мейіргерлік күтімді ұйымдастыруды зерттеу барысында мейіргер көмегінің сапасымен 83,1% респонденттер толығымен қанағаттанатыны, 13,8% - жартылай қанағаттанатыны, 3,1% - «қанағаттанбайтындығы анықталды.
- Науқастарды емдеуге қатысты сұрақтары туындағанда мейіргерлердің түсіндіруін 86,2% респонденттер оң бағалады, 10,8% - кейде оң, 3,1% - теріс бағалады .
- Мейіргерлердің кеңесіне көңілінің толуын 86,2% науқастар оң бағалады, кейде оң - 10,8%, 3,1% теріс бағалады.
- Мейіргерлер күтімінің сапасын қанағаттанарлықсыз бағалаудың себептері белгіленді: ауыр жұмыс жүктемесіне байланысты - 43%, мейіргерлердің жетіспеушілігінен - 37% .

### **Диссертациялық зерттеудің практикалық маңыздылығы:**

- Бронх демікпесіне, өкпенің созылмалы обструктивті ауруының өршуіне ықпал ететін факторлар анықталды: физикалық жүктеме-43,1% (n=43); респираторлы инфекция-17,7% ; аллергиялар-20,8%; респонденттердің 60% шылым шегетіндігі, 23,1% он жылдан астам ауыратындығы, 27,7 % ауру деңгейі ауыр екендігі және тыныс алу гимнастикасымен 70,8% шұғылданбайтындығы, мейіргерлердің үлестірме ақпарат құралдарын өте сирек пайдаланатыны (83%) анықталды. Дозалаған аэрозольді ингалятормен 47,2% респондент, ал ұнтақ тәрізді ингалятормен 22,5% қолданатындығы анықталды; 12,3% респонденттер еңтігу ұстамасын басудағы қиындықтар болатындығын белгілеген.
- Зерттеу материалдары негізінде жасалынған ұсыныстар медициналық ұйымдарда мейіргер ісінде және білім беру мекемелеріндегі мейіргерлерді даярлау кезінде оқу-әдістемелік процессте қолдануға бағытталған.

### **Қорғауға шығарылатын негізгі ережелер:**

- Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға мейіргерлік күтімді ұйымдастыруды зерттеу барысында аурудың өршуіне ықпал ететін факторлар (физикалық жүктеме-43,1% (n=43); респираторлы инфекция-17,7% ; аллергиялар-20,8%, респонденттердің 60%

шылым шегетіндігі) және науқастардың 70,8% тыныс алу гимнастикасымен шұғылданбайтындығы, 83% мейіргерлердің үлестірме ақпарат құралдарын өте сирек пайдаланатыны анықталды

- Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастардың басым көпшілігі мейіргер көмегінің сапасымен толығымен қанағаттанатыны (83,1%), ал 16,9% - жартылай немесе қанағаттанбайтындығы анықталды.

- Ғылыми зерттеу барысында айқындаған аурудың тәуекел факторлары мейіргерлерді медициналық көмекке тартуды ұтымды ұсыныстар жасауға мүмкіндік берді.

**Диссертацияның көлемі мен құрылымы.** Диссертациялық жұмыс негізгі мәтіннің 77 беттерінде ұсынылған және кіріспеден, үш тараудан, қорытындыдан, практикалық ұсыныстардан, пайдаланылған әдебиеттер мен сілтемелерден тізімінен 100 атаудан, 40 сурет пен 5 кестелерден, төрт қосымшадан тұрады.

### **Жұмысты апробациялау**

Жұмыстың негізгі ережелері мен нәтижелері ұсынылды:

- 1) «Мейіргер ісі» кафедралық отырысы, «Астана медицина университеті» КеАҚ 2021 жылғы 7 қазандағы №1 хаттама;
- 2) «Астана медицина университеті» КеАҚ Сенатының отырысы 2021 жылғы 23 қазандағы № 6 хаттама.

Халықаралық ғылыми-практикалық конференциялардың, семинарлардың, дөңгелек үстелдердің, шеберлік сыныптарының қатысушысы:

- 26-30 қыркүйекте AsselEd жобасы аясында «Қазақстандағы мейіргерлік қызметтің дамуында сервистік дизайнды қолдану» шеберлік сыныбына қатысты, Астана қ.
- 2022 жылдың 25 қарашасында Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университетінде Ақтөбе қаласы «Мейіргер ісі реформасы: жетістіктері, мәселелері және болашағы» атты халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференцияға онлайн режимде қатысты.
- 2022 жылдың 29 маусымында AsselEd жобасы аясында «Мейіргерлік теориялар және күрделі жағдайлары және ұзақ мерзімді денсаулық сақтау қажеттіліктері бар науқастарды зерттеу» мастер-классына қатысты, Вааса, Финляндия. Сертификат алынды.
- 2023 жылдың 1 наурыз бен 19 сәуір аралығында «Мейіргер ісі ғылымы» бойынша Або академия университетінде, Вааса қаласы, Финляндияда тағылымдамадан өтті.

- Мақала №1 Нұр-Сұлтан қаласында өткен «Global science and innovations 2021 Central Asia» XVI халықаралық конференциясы. Конференцияда сертификат беріліп, материалдар жинағы жарық көрді. Тақырыбы: «Бронх демікпесінің таралуы мен өсуі».
- Мақала №2 Нұр-Сұлтан қаласында өткен «Қазіргі әлемдегі ғылым мен білім – XXI ғасыр талаптары» атты X халықаралық конференция. Конференцияда сертификат беріліп, материалдар жинағы жарық көрді. Тақырыбы: «Бронх демікпесі бар науқастарға күтімді ұйымдастырудағы қазіргі мейіргердің рөлі».
- Мақала №3 «Қазақстандағы мейіргерлік білім, зерттеулер және тәжірибе: мейіргер ісінің болашағына инвестициялау» атты халықаралық конференция тақырыбына мақала жарық көрді. Тақырыбы: «Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастардағы мейіргерлік күтімнің ерекшелігі».
- Мақала №4 «ТМД үздік жас ғалымы – 2022» II дәрежелі номинациясына ие болды. 2-дәрежелі диплом, төс медаль алып, «The role of nursing care in chronic obstructive pulmonary disease» атты мақаласы жинақта жарық көрді.

## **1 БРОНХ ДЕМІКПЕСІ МЕН ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЫНЫҢ ТАРАЛУ МӘСЕЛЕЛЕРІ (әдеби шолу)**

### **1.1 Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруының таралу мәселелері.**

Жұқпалы емес созылмалы аурулар (бұдан әрі – ЖЕСА) дамыған елдер тұрғындарының мезгілсіз өлімі мен мүгедектігінің жоғары болуының жетекші себептері бола отырып, қазіргі заманғы денсаулық сақтаудың өзекті мәселелерінің бірі болып қала береді. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДСҰ) мәліметтері бойынша 2015 жылы созылмалы жұқпалы емес аурулар әлемде 40 миллион адамның өліміне әкелді, ал 2016 жылғы жаһандық аурулардың ауыртпалығын зерттеуге сәйкес әлемде созылмалы ЖҚА барлық тіркелген өлімнің 70%-дан астамын құрады [1].

Соңғы екі онжылдықта денсаулық сақтау саласындағы жаһандық жағдайдың күрт өзгеруі байқалды. Дүние жүзінде өмір сүру ұзақтығы бұрын-сонды болмағандай ұлғайып, нәтижесінде әлем халқы, орта есеппен, қартайды. Дүние жүзінде адам саны артып келеді. Өлім мен мүгедектіктің негізгі себептері енді

балалық шақтың жұқпалы аурулары емес, ересектердің жұқпалы емес аурулары болып табылады [2].

Еуропа мен Орталық Азияда денсаулықты жоғалтудың негізгі себептерінің көпшілігі жұқпалы аурулармен байланысты емес. Жаһандық тенденцияларға сәйкес, бұл аймақта жұқпалы аурулар, жүктілік кезіндегі ауру, тамақтану мәселелері және неонатальды аурулар маңыздылығын жоғалтуда, өйткені жұқпалы емес аурулар өлім мен мүгедектікке жиірек әкеледі [3].

Дұрыс тамақтанбау, қан қысымының жоғарылауы, алкогольді тұтыну, темекі шегу, дене салмағының индексінің жоғарылауы (ДСИ) және физикалық белсенділіктің болмауы сияқты қауіп факторлары осы аймақта жұқпалы емес аурулардың өсуіне әкелді. Осыған байланысты қауіп факторларының алдын алу және ЖЕСА-дың өршуі медицина қызметкерлерінің, әсіресе медициналық-санитарлық алғашқы көмек (бұдан әрі – МСАК) деңгейінде жұмысының маңызды бағыты болып табылады [4].

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының Еуропалық аймағының мәліметтері бойынша, ЖҚА барлық өлім-жітімнің 86% дерлік және ауру ауыртпалығының 77% құрайды, бұл денсаулық сақтау жүйесіне салмақ түсіріп, экономикалық дамуға зиян келтіреді. 2030 жылға қарай созылмалы аурумен байланысты денсаулық сақтау шығындарының 25%-дан 54%-ға дейін ұлғаюы күтілуде [5,6].

Жұқпалы емес созылмалы аурулардың ауыртпалығы жыл сайын артып келеді, Стэнфорд университетінің науқастарды оқыту орталығының (Stanford University Patient Education Center) мәліметтері бойынша, созылмалы аурулар 2049 жылға қарай 300%-ға артады. Сонымен қатар, созылмалы аурулар шаршауға, мүгедектікке, ауырсынуға, тәуелділікке, дене функцияларын жоғалтуға, белсенділіктің төмендеуіне әкеледі. Сонымен қатар, созылмалы аурулары бар адамдардың жұмыс өнімділігі айтарлықтай төмендейді және айлық табысы азаяды, олардың бір күнде жасай алатын істерінің саны шегеріледі, олар төсек тартып жатуға көбірек уақыт жұмсайды, олардың көңіл-күйі мен психикалық денсаулығы нашарлайды [7,8].

Бүкіл әлемде, соның ішінде Қазақстан Республикасында да ЖЕСА өлімнің, аурушандық пен мүгедектіктің негізгі себебі болып табылады. Бұл жағдай Қазақстан үшін, әсіресе маманның бақылауында болу мүмкіндігі әрдайым бола бермейтін ауыл тұрғындары арасында ЖЕСА мәселесін ерекше өзекті де ауқымды етеді [9].

2018 жылдың қыркүйек айының соңында Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы, Лондон Императорлық колледжі және Жұқпалы емес аурулар альянсы – қатерлі ісік, жүрек-қан тамырлары аурулары, созылмалы респираторлық аурулар және қант диабеті сияқты төрт созылмалы ауруды қамтитын баяндаманы жариялады. Есепке сәйкес, ЖЕСА жыл сайын шамамен 41 миллион адамды өлтіреді, оның 17 миллионы мерзімінен бұрын (70 жасқа дейінгі өлім) болып саналады. Қазақстан Республикасы жұқпалы емес созылмалы аурулардан ерлер өлімінің қаупі жоғары елдердің ондығына кіреді. Бірақ Денсаулық сақтау министрлігі жүрек-қан тамыр ауруларының алдын алу, ерте анықтау және емдеу бойынша қабылдап жатқан шаралар өлім-жітім, мүгедектік және т.б. азайту тұрғысынан өз нәтижелерін көрсеткен болса, тыныс алу мүшелері ауруларының таралуы, оның ішінде олардан болатын өлім-жітім бір бөлек өсуде [10].

Қазақстанда респираторлық аурулар (РА) сырқаттанушылықтың жалпы құрылымында 30%-дан астамды құрайды. Олар қан айналымы жүйесі ауруларының көрсеткіштерінен 2-3 есе жоғары [11]. Сонымен қатар, ТМД елдері аумағында жүргізілген ӨСОА, бронх демікпесі және аллергиялық риниттің таралуы бойынша бірінші халықаралық эпидемиологиялық зерттеу көрсеткендей, Қазақстанда ӨСОА таралуы ресми деректерден 17 есе жоғары. Алматы қаласының мысалында Қазақстан халқының басқа елдермен салыстыруға болатын жоғары сырқаттануын көрсететін Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің көрсеткіштері. Сонымен қатар, созылмалы респираторлық аурулар тобында өлім мен сырқаттанушылықтың айтарлықтай өсуін көрсететін ӨСОА болып табылады [12]. Жаһандық ӨСОА бастамасына сәйкес (GOLD, 2018) әлемде 300 миллионнан астам адам осы аурудан зардап шегеді, бұл ересектердің шамамен 10% құрайды. 2012 жылы ӨСОА-нан 3 миллионнан астам адам қайтыс болды, бұл дүние жүзіндегі барлық өлімнің 6% құрайды. Болжамдарға сәйкес, 2020 жылға қарай ӨСОА-дан болатын өлім деңгейі артады және бұл ауру осы қайғылы тізімде 4-ші орыннан 3-ші орынға ауысуы мүмкін [13]. Бұл үрдіс бүкіл әлемде, соның ішінде Қазақстанда да байқалады (2-сурет). Суретте көрсетілген деректерден көріп отырғанымыздай, 5 жыл ішінде ӨСОА-мен ауыратын науқастардың жалпы санында, оның ішінде диспансерлік есепте тұрғандар санының да, ауруханаға жатқызылғандардың да өскені байқалады [14].

Бронх демікпесі мен созылмалы обструктивті өкпе ауруының (ӨСОА) таралу проблемалары бірнеше факторлармен байланысты [15]:

1. Бұл аурулардың пайда болу себептері және олардың алдын алу жолдары туралы білімнің жеткіліксіздігі.

2. Бронх демікпесі мен ӨСОА емдеуге арналған сапалы медициналық көмекке және дәрі-дәрмектерге қолжетімділіктің болмауы.
  3. Халықтың осы аурулардың белгілері мен емі туралы хабардар болуының төмендігі, бұл медициналық көмекке жүгінудің кешігуіне әкеледі.
  4. Бронх демікпесі мен ӨСОА-мен ауыратын адамдардың жағдайының нашарлауына әкелетін қоршаған ортаның, соның ішінде ауаның ластануы.
  5. ӨСОА даму қаупі бар қартайған популяциялар санының артуы сияқты демографиялық өзгерістер.
  6. Денсаулық сақтау мен дәрі-дәрмекке қолжетімділіктің шектелуіне әкеп соқтыруы мүмкін табыстың төмендігі және білім алуға жеткіліксіз қолжетімділік сияқты экономикалық және әлеуметтік факторлар.
- Бұл мәселелерді шешу халықты оқытуды, медициналық көмек пен дәрі-дәрмектің қолжетімділігін арттыруды, қоршаған ортаның ластануын бақылауды, өмір сүру жағдайын жақсарту бойынша әлеуметтік-экономикалық шараларды қамтитын кешенді тәсілді қажет етеді [16].

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы - денсаулық сақтаудың маңызды мәселесінің бірі және оны алдын алу мен емдеуге болатын ауру. Сондықтан негізгі қауіп факторларымен күресу үшін шұғыл шаралар қолданылса, ӨСОА-ның алдын алуға болады: темекі тұтыну мен қоршаған ортадағы ауаның ластануы. Аурулардың профилактикасы алғашқы медициналық-санитарлық көмектің басым міндеті болып табылады және жеке, топтық, халық деңгейінде жүргізілетін жұқпалы созылмалы инфекциялық емес аурулардың алдын алуды қамтиды [17].

1986 жылы халықты жалпы медициналық тексеру бағдарламасы қабылданып, оған сәйкес емханаларда бөлімшелер мен профилактикалық кабинеттер құрылды, учаскелік дәрігерлер мен педиатрлар саны ұлғайтылды, зертханалық және аспаптық жабдықтар жетілдірілді. Медициналық тексеру нәтижелері бойынша дені сау, іс жүзінде сау және ауру адамдар тобын бөліп алу ұсынылды [18]. Алғаш рет жоғарыда аталған топтардың әрқайсысында белгілі бір аурулардың (кәсіби, тұрмыстық, генетикалық) пайда болу қаупі факторлары бар тұлғаларды есепке алу керектігі айтылды және оларды диспансерлік бақылауға алу бойынша ұсыныстар берілді [19]. Медициналық тексерулердің нәтижелері туралы ақпараттың үлкен көлемінің жинақталуына және оларды жүйелеу қажеттілігіне байланысты автоматтандырылған скринингтік жүйелер әзірленді. Жағымды аспектілердің көптігіне қарамастан, клиникалық тексеру, атап айтқанда, қазіргі уақытта жүргізіліп жатқан нысанда тиімсіз [20].



АҚШ Ұлттық академияларының Медицина институтының мәліметі бойынша (2015), қазіргі денсаулық сақтау жүйесі талапқа сай емес. Жұқпалы емес созылмалы аурулары бар халықпен жұмыс істеу және алдын алудың жаңа түрлерін іздестіру қажет [21]. Осыған байланысты қазіргі уақытта Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі медициналық тексеру механизмін созылмалы ЖЕСА-мен ауыратын науқастармен жұмыстың жаңа түрімен – ауруларды басқару бағдарламасына (АББ) толық сәйкес келетін динамикалық мониторингпен ауыстыруды ұсынды [22].

Он жылдан астам уақыт бұрын, соңғы жылдары медициналық көмекте пайда болған бірқатар мәселелерге жауап ретінде Ауруларды басқару тұжырымдамасы (Disease Management) ұсынылды - Epstein R.S. & Sherwood L.M. (1996) «Науқастың функционалдық мүмкіндіктерін барынша іске асыру, аурулардың, мүгедектік пен өлімнің даму қаупін азайту, өнімділік пен табыстылықты жаңа деңгейге көтеру» болды [23].

Ауруларды басқару (Disease Management) - бұл белгілі бір науқаста аурудың даму процесіне сәйкес медициналық көмек көрсетудің құрылымы мен тәртібін ұйымдастыратын тұтас тұжырымдама [24].

Американдық ауруларды басқару қауымдастығы анықтағандай, ауруларды басқару (Disease Management) – науқастың денсаулығын қорғауға күш салуы маңызды болатын жағдайлары бар халықтың денсаулығын қорғау үшін үйлестірілген араласулар мен коммуникациялар жүйесі [25].

Ауруды басқару теориясы (Disease Management) науқас – белсенді «денсаулық сақтау ұйымдастырылатын орталыққа» айналса, денсаулық ресурстарын тиімдірек пайдалануға болатынын айтады. Науқастар күтім процесіне серіктес ретінде тартылуы керек, өзінің емделуіне кең бақылау жасап, толық хабардар болу және өз денсаулығын басқару жауапкершілігін өз мойнына алуы қажет [26]. Сонымен қатар, бұл науқастың қатысуы саналы болуы, ол өз ауруын толық біліп, аудандық қызметпен жақсы қарым-қатынас құруы қажет. МСАК ұйымдарының медицина қызметкерлерінің ӨСОА-мен ауыратын науқастарды өзін-өзі басқаруын дамыту және қолдау, сондай-ақ қоғамдық және коммерциялық ұйымдарды тарту арқылы ғана ӨСОА емдеу бағдарламасынан нәтиже алуға болады [27].

ӨСОА басқару бағдарламасының тұжырымдамасы ауруды басқарудың жеке стратегиясын бірлесіп жоспарлау мақсатында мейіргер мен науқастың өзара әрекеттесуін қолдауды қамтиды; науқастың медициналық көмек алу процесіне толық қатысуын көздейтін дәлелді принциптер мен үлгілерді пайдалана

отырып, аурудың өршуі мен асқынуының алдын алуға баса назар аудару; жалпы денсаулықты жақсарту бойынша шараларды кейіннен әзірлеу мақсатында клиникалық, психологиялық және экономикалық күш-жігердің нәтижелерін бағалауды қамтиды [28].

Тұжырымдама әсіресе науқастарды аурудың және оны емдеудің созылмалы клиникалық ағымынан өтетін жеке тұлға ретінде қарастырған жағдайда тиімді болады. Сонымен қатар, әрбір созылмалы ауру (өкпенің созылмалы обструктивті ауруы, бронх демікпесі) енді бөлек қарастырылмайды [29]. Бірдей стратегиялар (біліммен сусындандыру, мінез-құлықтық және когнитивтік араласулар, әлеуметтік қолдау және т.б.) көптеген созылмалы жағдайларды емдеуде бірдей тиімді болуы мүмкін екендігі түсінілді. Емдеудің заманауи тәсілдері науқастардың физикалық, психологиялық, әлеуметтік, мәдени және рухани қажеттіліктеріне негізделген синтезделген болатын [30].

Қайта қалпына келтірудің белгілі идеясын қайтадан қарастыру үлкен маңызға ие - бұл енді «қалыпты жағдайға оралу» немесе «сауықтыру» емес. Қалпына келтіру «адамның көзқарастарын, адамгершілік құндылықтарын, сезімдерін, мақсаттарын, дағдыларын және «рөлдерін» өзгертудің терең жеке және бірегей процесін қамтиды [31]. Бұл аурумен байланысты шектеулер болған жағдайда да жемісті өмірді білдіреді және аурудың апатты салдарын жеңген кезде адамның өмірінің жаңа мәні мен мақсатын дамытуды қамтиды [32].

Жақында ӨСОА-мен ауыратын науқастарға көмек көрсетудің сапасы мен тиімділігін арттыру құралы ретінде жұқпалы емес созылмалы ауруларды басқару бағдарламалары кең тарады. ӨСОА, жүрек жеткіліксіздігі және қант диабеті сияқты созылмалы жағдайларда аталған бағдарламаны сәтті енгізудің дәлелі бар, сонымен қатар арнайы бағдарламалардың тиімділігін дәлелдеген ӨСОА үшін арнайы бағдарламалардың тиімділігін зерттеген зерттеулер бар [33]. Көптеген жұмыстар ӨСОА-мен ауыратын науқастарда өлім-жітімнің, өмір сүру ұзақтығының, аурудың өршуінің төмендеуін, тек ӨСОА бойынша ғана емес, сонымен бірге қатар жүретін жүрек-қан тамырлары аурулары бойынша госпитализация санының азайғанын анықтады. Соңғы деректердегі ресми статистикаға сәйкес, Финляндия, Германия, Канада және басқа да бірқатар елдерде ӨСОА-мен күресу бағдарламалары енгізілген, ӨСОА өлімін 9%-дан (Канада) 16,7%-ға (Финляндия) төмендету мүмкін болды [34].



Сурет 1. Жұқпалы емес созылмалы ауруларды емдеудің негізгі элементтері.

1. Жүйелік және кешенді күтім, күтімнің үздіксіздігі, әртүрлі құрамдас бөліктер мен көп салалы ұжымды үйлестіру, оңалту, алдын алу.
2. Науқастарды басқарудың белсенді құралдары (денсаулық сақтау менеджменті бойынша оқыту, өкілеттік беру, өзін-өзі басқару).
3. Дәлелді медицинаға негізделген клиникалық нұсқаулар, хаттамалар, алгоритмдер және оларды енгізу құралдары.
4. Ақпараттық технологиялар, жүйелік шешімдер.
5. Сапаны үздіксіз жақсарту.

Сонымен, жоғарыда аталған компоненттердің біздің елде жұмыс істеп тұрған бағдарламаларға енгізілуде (қант диабеті, артериялық гипертензия, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі) және ӨСОА мен бронх демікпесін емдеуі МСАК көрсетуде бар технологияларға сәйкес келуі қажет, бірақ науқастарды өзін-өзі басқару менеджментің, ақпараттық технологияларын, сапаның үздіксіз жақсартуларында мейіргерлік рөлді артыру бойынша жұмыстарын жүргізу қажет.

## 1.2 Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға мейіргерлік күтім аясындағы мейіргердің міндеттері

Осыған қарамастан, алғашқы медициналық көмек мамандары, пульмонологтар, ауруханалар, жедел жәрдем мен оңалту қызметкерлері, соның ішінде әртүрлі ұйымдарды қоса алғанда, ӨСОА мен БД бар науқастарды емдеуде үйлестіру

арқылы темекі тұтынуды тоқтатып қана шектелмей, науқастарға өз еркімен темекіні тастауға көмектесу қажет [35,36].

Барлық кезеңдердегі күтімнің үздіксіздігі және олардың арасындағы мызғымас қарым-қатынас құру ауруды жақсырақ бақылауға және осы бақылаудың мақсаттарына қол жеткізуге ықпал етеді: аурудың өршу санын азайту, өмір сүру сапасын жақсарту және тағы да басқа [37].

Кешенді тәсілдің маңызды құрамдас бөліктерінің бірі – мейіргерлердің рөлін күшейту. Бірқатар функцияларды учаскелік дәрігерден учаскелік мейіргерге беру шеңберінде тиісті дайындықтан кейін ӨСОА және БД бар науқастарды динамикалық бақылау, осы науқастармен байланыста болу, олардың емдеу бағдарламаларының орындалуын бақылау және емдеу жөніндегі өзін-өзі басқару бойынша ұсыныстарға өкілеттікті беру қажет [38].

Инфекциялық емес ауруларды басқарудың маңызды элементтерінің бірі Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Сапа жөніндегі бірлескен комиссиясымен бекітілген жақсы дәлелдемелік базаға негізделіп, пайдалануға ұсынылған ӨСОА және БД клиникалық хаттамасының болуы болып табылады [9]. Бірақ ӨСОА диагностикасы мен емдеуінің клиникалық хаттамасын әрбір медициналық ұйымға бірдей енгізілмеуі, бар болғанымен жеткіліксіз болып табылады [39].

Мейіргерлер ӨСОА және БД бар науқастарға аурудың ағымын басқару және оңтайлы нәтижелерге қол жеткізу үшін жаңа білім мен дағдыларды беруге міндеттелген. Тиімді оқытуды қамтамасыз ету медицина мамандарынан ауру туралы терең білім мен дағдыларды қажет етеді; ауыратын науқастармен және олардың отбасыларымен оң қарым-қатынас орнатуын талап етеді [40].

Мамандандырылған медициналық көмек көрсететін мейіргер мамандар өз функциялары мен жұмыс саласының шегінде науқастарды ауруды өзін-өзі басқаруға үйретуге жауапты болуы қажет. Көптеген ғылыми зерттеулер созылмалы аурулар туралы ғылымның қарқынды дамуына ықпал етеді, бұл білімді үнемі жетілдіруді міндеттейді. Мейіргер мамандары білім мен күтім сапасын арттыру үшін өз білімін жетілдіріп, тәжірибеге талдау жасайды. Денсаулық сақтау жүйесіне байланысты ӨСОА және БД-мен ауыратын науқастарды оқытуға, оларды емдеуге және күтуге әртүрлі сала мамандары қатысады [41].

Науқастарға көрсетілетін мейіргерлік көмек дәйекті және дәлелді болуы өте маңызды рөл атақарады. Сондықтан заманауи мейіргер маманға әріптестерінен басқа клиникалық жұмыс пен кеңес беру, оларға оқыту функцияларын біртіндеп беру үшін науқастарды ғана емес, сонымен қатар басқа да

мейіргерлерді де оқыту дағдылары қажет. Сонымен қатар, олардан ғылыми зерттеуші дағдылары – зерттеу есептерін табу және оларды сыни тұрғыдан бағалай білу талап етіледі; зерттеу мәліметтерін тәжірибеде қолдана білу (дәлелдерге негізделген тәжірибеде) [42].

Жұқпалы емес созылмалы аурудың трансформациясына әсер ету – ӨСОА мен БД алдын алу, күту, білім беру, емдеу және зерттеу үшін стратегиялық жоспарлау мен денсаулық сақтау саясатын дамытуға ықпал ету арқылы әсер ету. Мейіргерлер сонымен қатар ӨСОА және БД бар науқастарға тікелей көмек көрсетуден басқа жауапкершіліктерді қабылдауы керек. Созылмалы тыныс алу ауруларында кездесетін өмір сүрудің қиындықтары және алдын алудың маңыздылығы туралы халықтың хабардар болуын арттыру мейіргер маманның негізгі мақсаттарының бірі болуы керек [43,44].

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының [45] мәліметтері бойынша ӨСОА-ның негізгі себебі темекі түтіні (соның ішінде екінші қолданылған түтінмен ингаляция немесе пассивті темекі шегу) болып табылады.

Басқа қауіп факторларына мыналар жатады [47]:

- Ішкі ауаның ластануы (мысалы, тамақ дайындауға және жылытуға қатты отынды пайдаланудан);
- қоршаған ортадағы ауаның ластануы;
- жұмыс орнында шаң мен химиялық заттардың болуы (булар, тітіркендіргіштер және түтіндер);
- балалық шақта жиі төменгі тыныс жолдарының инфекциялары.

Біздің елімізде ӨСОА дамуының негізгі қауіп факторы темекі шегу болып табылады. Сондықтан аталған тыныс алу ауруының көптеген жағдайларын алдын алуға болады. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының темекіге қарсы күрес жөніндегі негіздемелік конвенциясын кешенді түрде жүзеге асыру бүкіл әлемде темекі шегудің таралуын және ӨСОА ауыртпалығын азайтады [48].

Темекі шегуді азайту немесе тоқтату үшін темекі шегетін науқастармен жұмыс істеуге арналған ДДҰ нұсқаулары бар [49].

Сонымен қатар, «Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 28 сәуірдегі №281 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2019 жылғы 12 ақпандағы бұйрығына сәйкес. «Бастапқы медициналық-санитариялық көмек көрсету қағидаларын және азаматтарды алғашқы медициналық-санитарлық көмек ұйымдарына тіркеу қағидаларын бекіту туралы» ӨСОА-мен ауыратын науқастарды учаскелік дәрігердің динамикалық бақылауы келесі шеңберде жүзеге асырылады (кесте 1).

Кесте 1. МСАК ұйымдарында ӨСОА бар науқастарды динамикалық бақылау бойынша негізгі іс-шаралар.

Нозология	Тексеру	Жалпы	Тар	Диагностикалық	Жиілігі	ұзақтығы
-----------	---------	-------	-----	----------------	---------	----------

	жиілігі (учаскелік дәрігер)	тәжірибелік дәрігердің тексеру жиілігі	маманның тексеру жиілігі	зерттеулер минимумы		және тіркеуден шығару критерийлері
Төменгі тыныс жолдарының созылмалы аурулары: 7.1. Басқа созылмалы обструктивті өкпе ауруы, J44	6 айда 1 рет (А, В түрі, жеңіл, орташа) 3 айда бір рет (С, D түрі, ауыр және өте ауыр дәрежесі)	Жылына 1 рет (А, В түрі, жеңіл, орташа); 6 айда бір рет (С, D түрі, ауыр және өте ауыр)	жылына бір рет пульмонолог	спирография	жылына бір рет	Өмір бойы
				пульсоксиметрия	жылына бір рет	
				эхокардиография	жылына бір рет	
				эхокардиография	жылына екі рет	

Кестеде баяндалғандай, негізгі іс-шаралар минимумға дейін қысқартылады және жылына бір рет қолайлы және бақыланатын курспен жүзеге асырылады. Алайда, 2016 жылы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Сапа жөніндегі біріккен комиссиясы бекіткен ӨСОА диагностикасы мен емдеудің қазіргі уақытта қолда бар клиникалық хаттамасында ӨСОА бар науқастарды амбулаториялық бақылау кезінде мамандардың кеңесіне бірқатар өзгертулер ұсынылады. Сондай-ақ аудандық қызметтің назарына бұл клиникалық хаттамада да атап өтілген, ӨСОА бойынша жоспарлы госпитализация қарастырылмаған [50]. Барлық диагностикалық шаралар мен ӨСОА емдеу әдістері бар, олар тек учаскелік дәрігермен ғана емес, сонымен қатар учаскелік мейіргерлермен де таныс болуы керек. Мейіргерлерге емделуші туралы деректерді енгізуден басқа, науқастарды бақылау картасын толтыру қажет. Төлқұжат деректерінен басқа, сараптамалардың нәтижелерін енгізе отырып, темекі шегушілер индексін есептеу қажет - бұл созылмалы обструктивті өкпе ауруының (ӨСОА) даму ықтималдығын анықтау үшін қолданылатын көрсеткіш. Оны барлық темекі шегушілер біліп, бағалауы керек. Темекі шегушілер индексінің соңғы көрсеткіші дәрігерлерге және науқастың өзіне қауіптерді бағалауға мүмкіндік береді, қажет болған жағдайда қосымша сараптама өткізіп, емдеуді тағайындайды. Көбінесе темекі шегудің жоғары индексі адамды өлімге әкелетін зиянды әдетті ұмыттыратын ынталандырушы қосымша компонентке айналады [51].

Индексі есептеудің екі негізгі әдісі бар. Біріншісі - темекі шегетін адам индексі (ТАИ), ол келесі формула бойынша есептеледі, ол күнделікті шегілетін темекі санын 12 айға (бір қорап жыл) көбейтуді болжайды:

$$ТАИ = \text{тәулігіне темекі саны} \times \text{бір жылдағы айлар санына (көбейту)}$$

Екінші нұсқа - темекі шегу индексінің формуласы, ол жылдардағы темекі шегудің жалпы тәжірибесін күнделікті шегілетін темекінің жылдамдығына көбейтуді қамтиды. Орташа деректер есепке алынады. Нәтижені 20-ға бөлу керек - қораптағы темекі саны.

Темекі шегу индексі = (темекі шегу ұзақтығы X күніне темекі саны) / 20

Алынған нәтижелер 2-кестеде көрсетілген арнайы шкала [52] бойынша бағаланады және түсіндіріледі.

Сондай-ақ, қазіргі классификацияға сәйкес науқастың санатын белгілеу үшін арнайы сауалнамалар арқылы еңтігудің белгілері мен ауырлығын бағалау қажет:

1. Бронх демікпесінің бақылайтын сынақ (ACT- TEST) [53]
2. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруын бағалау сынағы (CAT-TEST) (сурет 2) [54]

Сауалнамалардың жауаптарын білген МСАК маманы бағдарлама шеңберінде науқаспен дұрыс жұмыс істеген жағдайда ӨСОА бар науқасқа тағайындалған терапия көлемін анықтайды.

Кесте 2. Шылым шегетіндердің индексі бағалау

Алынған нәтиже	Деректерді бағалау және тәуекелдер (қауіп)
Темекі шегетін адам индексі (ТАИ)	
120	Темекі шегетін адамның обструктивті бронхитіне кепілдік беріледі. Созылмалы формасы
160	ӨСОА даму ықтималдығы жоғары
240	Темекі шегетін адамда ӨСОА бар екеніне кепілдік беріледі. Сондықтан жасөспірімдерде темекі шегу қауіпі жоғары
Темекі шегу индексі	
10	ӨСОА даму мүмкіндігі бар
20	ӨСОА тарихы қазірдің өзінде бар, онкологияның даму ықтималдығы жоғары.
30	Онкологиялық процесс бар.

Сурет 2 – Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруын бақылауға арналған сынақтар.

## ТЕСТ ПО КОНТРОЛЮ НАД АСТМОЙ

**ТЕСТ** по контролю над астмой (АСТ™) 

Узнайте свой результат теста по контролю над астмой

В каждом вопросе выберите ответ, который Вам подходит, и обведите соответствующую ему цифру. Всего в тесте 5 вопросов.

Чтобы подсчитать результат теста по контролю над астмой, сложите все цифры, соответствующие Вашим ответам. Обязательно обсудите результаты с Вашими лечащими врачами.

**ВОПРОС 1** Как часто за последние 4 недели asthma мешала Вам выполнять обычный объем работы в течение последних 4 недель на работе или дома? Баллы

1 Все время 2 Почти все время 3 Иногда 4 Почти никогда 5 Никогда

**ВОПРОС 2** Как часто за последние 4 недели Вы избегали у себя затрудненное дыхание? Баллы

1 Часто, чем раз в день 2 Раз в день 3 До 2 раз в неделю 4 Почти никогда 5 Никогда

**ВОПРОС 3** Как часто за последние 4 недели вы пропусали школу или работу, чем обычно, из-за симптомов asthma (затрудненное дыхание, кашель, затрудненное дыхание, частые приступы или более 2 приступа)? Баллы

1 4 раза и чаще в неделю 2 2-3 раза в неделю 3 Раз в неделю 4 Почти никогда 5 Никогда

**ВОПРОС 4** Как часто за последние 4 недели Вы использовали бронхолитический ингалятор (сальбутамол, вентолин, беротек, беродуал, вентолин, салмекрутамол, салметан, салмекрутамол) или ингалятор длительного действия с corticosteroids (беклометазон, беротек, беродуал, вентолин, формилект)? Баллы

1 1 раз в день или чаще 2 1 раз в неделю 3 2 раза в неделю 4 Почти никогда 5 Никогда

**ВОПРОС 5** Как бы Вы оценили, насколько Вам удалось контролировать asthma за последние 4 недели? Баллы


1 Совсем не удалось 2 Частично удалось 3 Немного удалось 4 Почти удалось 5 Очень удалось

**ИТОГО**

Результат 25 баллов - asthma полностью контролируется, 20-24 балла - хороший контроль, но не полный, менее 20 баллов - за последние 4 недели не удавалось контролировать asthma

## COPD Assessment Test (CAT-TEST)

Ваше имя: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_



**Как протекает Ваше заболевание легких (хроническая обструктивная болезнь легких, или ХОБЛ)? Пройдите оценочный тест по ХОБЛ (COPD Assessment Test™ (CAT))**

Данный тест помогает Вам и медицинскому работнику оценить влияние ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) на Вашу повседневную жизнь и определить степень тяжести заболевания. Тест состоит из 25 вопросов, касающихся влияния ХОБЛ и сопутствующих заболеваний на Вашу повседневную жизнь. Ответьте на каждый вопрос, насколько ХОБЛ и сопутствующие заболевания мешают Вам в повседневной жизни. Выберите один вариант ответа из предложенных.

Пример: Я очень šťastлив(а)  1  2  3  4  5 Я очень несчастлив(а)

Я всегда или довольно часто кашляю	0 1 2 3 4 5	Я довольно кашляю	
У меня в последние несколько лет появились одышка	0 1 2 3 4 5	Моя одышка появилась недавно (слабо)	
У меня одышка есть даже при легкой физической активности и в покое	0 1 2 3 4 5	У меня одышка, которая мешает повседневной деятельности	
Мне трудно дышать, когда я поднимаюсь по лестнице, поднимаюсь на второй этаж или поднимаюсь по лестнице в доме	0 1 2 3 4 5	Мне трудно дышать, когда я поднимаюсь по лестнице, поднимаюсь на второй этаж или поднимаюсь по лестнице в доме	
Мне трудно дышать, когда я поднимаюсь по лестнице, поднимаюсь на второй этаж или поднимаюсь по лестнице в доме	0 1 2 3 4 5	Мне трудно дышать, когда я поднимаюсь по лестнице, поднимаюсь на второй этаж или поднимаюсь по лестнице в доме	
Мне трудно дышать, когда я поднимаюсь по лестнице, поднимаюсь на второй этаж или поднимаюсь по лестнице в доме	0 1 2 3 4 5	Мне трудно дышать, когда я поднимаюсь по лестнице, поднимаюсь на второй этаж или поднимаюсь по лестнице в доме	
Мне трудно дышать, когда я поднимаюсь по лестнице, поднимаюсь на второй этаж или поднимаюсь по лестнице в доме	0 1 2 3 4 5	Мне трудно дышать, когда я поднимаюсь по лестнице, поднимаюсь на второй этаж или поднимаюсь по лестнице в доме	
Мне трудно дышать, когда я поднимаюсь по лестнице, поднимаюсь на второй этаж или поднимаюсь по лестнице в доме	0 1 2 3 4 5	Мне трудно дышать, когда я поднимаюсь по лестнице, поднимаюсь на второй этаж или поднимаюсь по лестнице в доме	

**СУММАРНЫЙ БАЛЛ**

Результаты теста должны быть интерпретированы только Вашим врачом, который примет решение о дальнейших действиях

Баллы от 0 до 10: Незначительное влияние ХОБЛ на жизнь пациента

Баллы от 11 до 20: Умеренное влияние ХОБЛ на жизнь пациента

Баллы от 21 до 30: Сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациента

Баллы от 31 до 40: Чрезвычайно сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациента

ӨСОА және БД бар науқастарда қандағы оттегінің қанықтылығын міндетті түрде зерттеу де маңызды. Оларды пульсоксиметрмен тыныштық күйінде және физикалық белсенділік кезінде де осы көрсеткіштің динамикасын бақылау міндетті.

Мейіргер мен ӨСОА және БД-мен ауыратын науқас арасындағы үздіксіз өзара әрекеттесу ауруды бақылаудың тиімділігін арттырудың негізгі компоненттерінің бірі болып табылады. Дегенмен, бұл өзара әрекеттесу өзара сұранысқа ие болуы керек: ӨСОА немесе БД мен ауыратын науқас үшін де, медициналық ұйым үшін де. Оның үстіне екі тарап та бірдей мотивациялануы міндетті. Зерттеулер көрсеткендей, ауруды басқару бағдарламасына қатысқан созылмалы ауруы бар науқастар орталықта емделушімен құрылымдық және бірлескен іс-әрекет ретінде сипаттауға бейім болды [55,56]. Бұл нәтижелер ауруларды басқару бағдарламалары шынымен емдеуді жеткізуге айтарлықтай әсер етуі мүмкін екенін көрсетеді. Науқастардың белсене қатысуына деген ықыласын ояту үшін мейіргерлер лоларда болатын артықшылықтарды айтуы қажет:

- науқас өз жағдайымен толық танысады;
- медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде базалық терапиямен қамтамасыз етіледі;



- мейіргерлік көмектің үздіксіз байланыс пен мониторингі;
- өршуді алдын алатын профилактикалық медициналық көмек;
- өмір салтын өзгертуге, жаман әдеттерден бас тартуға қолдау;
- ауруханаға жатудың, жедел өршудің болмауы немесе азаюы [57].

Науқасқа қажетті сапалы білімді дәрігер немесе арнайы мектеп қабырғасында дайындалған мейіргер маманы бергені дұрыс. Ақыр соңында, қабылдау кезінде мейіргерден алынған егжей-тегжейлі ұсыныстардан науқас тап болуы мүмкін барлық ескеретін жағдайларды толығымен игере алмайды. Біздің елде «мектептер» (Бронх демікпесі мектебі, ӨСОА мектебі және т.б.) деп аталатын оқу орталықтарын құру қажеттілігі, ең алдымен, адамдардың өз ауруы туралы білімінің төмендігімен және олардың мүмкіндіктерін кеңейтуге ұмтылуымен анықталады. Ауру туралы қате түсініктердің мысалдарына созылмалы ауруды емдеудің мифтік әдістерінің таралуы немесе денеге қатты зиян келтіруі мүмкін дәлелденбеген емдеу әдістерін қолдану жатады [58].

Созылмалы ауруды емдеудегі өршу жағдайларында науқас өз рөлін пассивті бағынумен шектелмеуі қажет. Өкінішке орай, мейіргерлер: «Мен науқастан гөрі ауру туралы көбірек білемін, сондықтан мен оның орнына шешім қабылдаймын» деп ойлаған кезде әлі де осындай бұрынғы ұстаныммен күресуге тура келеді. Мұндай мейіргерлік әдетте емдеу процесіне науқастың белсенді қатысуынан бас тартады, өз тарапынан ақпаратты іздеуін құптамайды және өмірде болып жатқан жағдайларды іс жүзінде ескермейді. Дегенмен, бұл ауру мен өмір сүру мәселелері бойынша түпкілікті шешім қабылдау, әрине, науқастың жеке өзінің құқығы. Бұл ретте ол тек медициналық емес, әлеуметтік ойларды да басшылыққа алып, өзінің психологиялық ерекшеліктеріне байланысты осындай өзіндік шешімдер қабылдайды. Керісінше, мейіргерге аталған жағдайларды елемеге болмайды, өйткені олар емдеу нәтижелеріне тікелей әсер етеді [59].

«Арнайы мектепте» оқудың жай лекция оқумен ешқандай байланысы жоқ. Өйткені, дәріс жүргізетін мейіргер маман науқастардың оқу мақсатына жеткені туралы тікелей ақпарат алмайды. Көбінесе сабақтар әңгіме түрінде өтеді, мейіргерлер ұжымы топтағы әрбір адамға өз көзқарасын табуы керек. Оқыту барысында науқастар өзін толғандырған сұрақтарын қойып, пікірталасқа қатысып, стандартты емес болса да өзіндік пікірін еркін білдірсе, мейіргер мұқият тыңдап, талдаса құпталады. Ауру бойынша білім беру үдерісі «мектеп» деп аталғанымен, оны сөздің қарапайым мағынасында, сондай-ақ сауықтыру-ағарту жұмысының нұсқасы ретінде ғана түсіну мүмкін емес [60].

Оқыту «тірі адам» – яғни мейіргер маман жүргізгенде ғана нәтижелі болады. Оқытудың аудиовизуалды құралдары (кітаптар, брошюралар, фильмдер, компьютерлік бағдарламалар және т.б.) тек қосымша ретінде қызмет етеді немесе алынған білімді бақылау үшін қолданылады. Оқытудың негізгі формалары топтық (15 адамнан артық емес) және жеке (мысалы, жаңадан анықталған ӨСОА бар немесе БД бар науқастар үшін қолданылады) [61].

Мектепте науқастармен топтық жұмыс жасау жеке оқытудан әлдеқайда тиімді, өйткені науқастар өзара тәжірибе алмасып, басқалардың жетістіктерін байқауға және осындай жетістіктерге өзінің жетуіне ұмтылыс пайда болады. Оқыту стационарлық (ауруханада 5-10 күн болу) және амбулаторлық нұсқада да жүргізілуі мүмкін. Амбулаториялық нұсқа ең тиімдісі, себебі ол науқасқа аурухана өмірінде емес, нақты өмірде аурудың барысын байқауға мүмкіндік береді. Науқастарға ұсынылатын теориялық білімнен басқа, «мектеп» өзін-өзі бақылауға байланысты практикалық дағдыларды міндетті түрде береді [62]. Сонымен, ӨСОА және БД кезінде пульсоксиметрді, тонометрді, небулайзер арқылы ингаляция техникасын, дұрыс тамақтануды, физикалық белсенділікті және жалпы алғанда еркін өмір салтын ұстануды өз бетінше үйрету керек. Оқытудың қажетті құрамдас бөлігі ӨСОА және БД бар науқастың өзін-өзі бақылауының жеке күнделіктерімен жұмыс болып табылады. Науқас өзін-өзі бақылау нәтижелерін күнделікке енгізеді, ол өзін-өзі емдеуге және оны кейін дәрігер және мейіргермен талқылауға негіз болады. Білім алушы науқас болашақта асқынулардың дамуын болдырмау үшін қолайлы жағдайға қол жеткізе отырып, арнайы емдік диетасын реттей алады. Науқастар жүргізген күнделіктердің негізінде қателерді нақтылау және сабақта талқылау барысында түсініксіз болған сұрақтарды талдау жүргізіледі [63,64].

ӨСОА және БД-мен ауыратын науқастарды емдеуде білім беру арқылы еңтігуді субъективті қабылдау айтарлықтай төмендейді, бұл кезде сыртқы тыныс алу функциясының көрсеткіштері өзгермейді, бірақ өмір сапасының критерийлері айтарлықтай жақсы жаққа өзгереді [65, 66,67].

Сонымен, созылмалы тыныс алу ауруларымен ауыратын науқастарға арналған мейіргерлік білім беруді енгізу олардың ауруы туралы хабардар болуын, ауру белгілерін бақылау және басқару әдістерін айтарлықтай жақсарты алады, болашақта туындауы мүмкін аурудың күрт өршуі мен ауруханаға жатқызу санын азайтуға көмектеседі, науқастардың өз еркімен өзін-өзі бақылауын жақсарты ады және емделуге деген бейімділігін арттырады. «Денсаулық мектептерінде» оқытудың нәтижесінде науқастар арасында өмір сүру сапасының жақсаруын, ауруханаға жатқызу және жедел жәрдем

шақыруларының азаюы байқалады. Осы бағытта мейіргерлердің науқастарға медициналық көмек қажеттіліктерін қанағаттандыра алатын нақты әлеует ретінде қарастырылады.

### **1.3 Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруының комплеансы және ондағы мейіргердің рөлі**

Бронх демікпесі және өкпенің созылмалы обструктивті ауруы – өмірге қауіп төндіретін аурулар болып табылады, олар тұрақты емдеуді және үзіліссіз компенсацияны қажет етеді. Екі созылмалы ауруды бақылауға алуға болады, бірақ медициналық терапияның комплеанстың деңгейіне тығыз байланысты [68,69].

Комплеанс (compliance) ағылшын тілінен аударғанда – келісім, сәйкестік деген мағынаны білдіреді [70]. Яғни, аурудың алдын алу, емдеу және оңалту шеңберінде емделушінің дәрігердің барлық ұсыныстары мен рецепттерін дәл орындауын білдіретін кең таралған термин [71]. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының анықтамасы бойынша емделуді ұстану – емделушінің дәрігер тағайындаған және нұсқауы бойынша диеталық ұсыныстарды және өмір салтын өзгертуді сақтай отырып, дәрі қабылдауға қатысты мінез-құлқының дәрежесі [72]. Терминологияда ғана емес, құбылысты түсінуде де кейбір сәйкессіздіктер бар. Сонымен, Джон Уркварт пен Бернард Вриженс комплеанс терапияның барлық процесін қамтиды деп санайды - басынан аяғына дейін, ол үш дәйекті кезеңнен тұрады:

1. Емдеу жоспарымен келісім.
2. Тағайындауларды орындау.
3. Емдеуді тоқтату (және барлық тағайындаулардың аяқталғанына немесе аяқталмағанына қарамастан) [73].

Төмен комплеанстың екі негізгі түрі бар: әдейі емес және әдейі. Біріншісінің себебі науқастың хабардар болмауы (нұсқауларды, қолдану схемаларын түсінбеу), ұмытшақтық, ұйымдаспау, күнделікті режимнің болмауы, препараттың жоғары құны болуы мүмкін. Төмен комплеанстың қасақана факторларына емдеу қажеттілігінен бас тарту, жанама әсерлерден қорқу, денсаулық сақтау мамандарына қанағаттанбау, мәдени немесе діни мәселелер жатады [74].

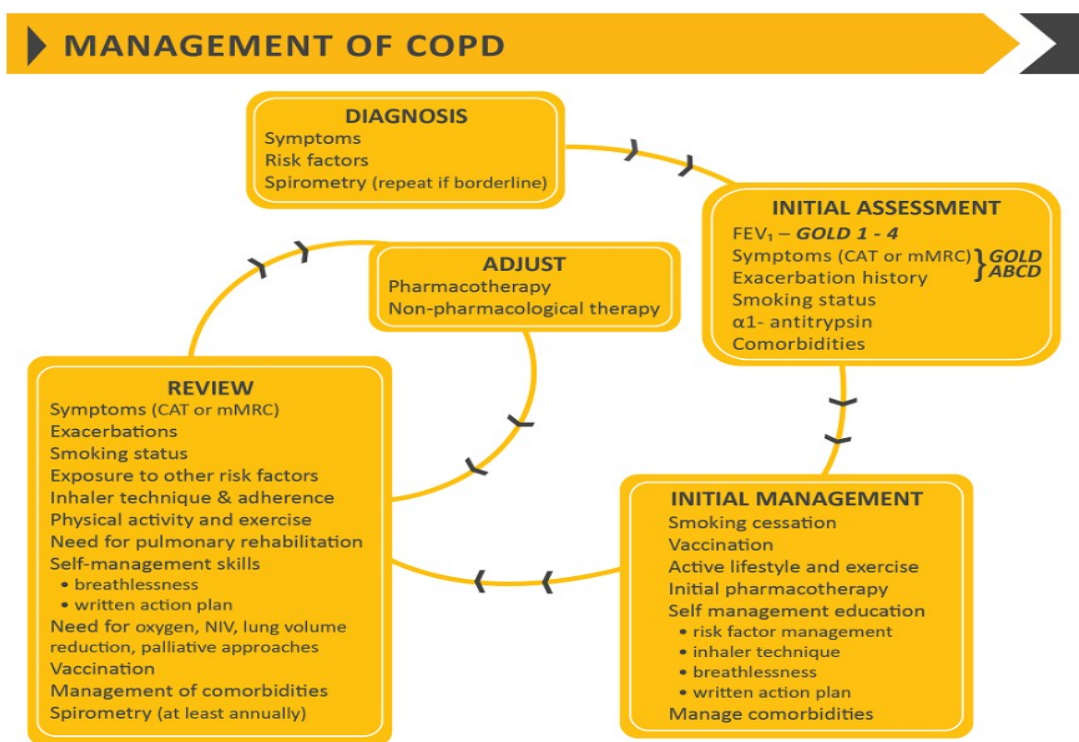
Пульмонология саласында науқастарды емдеуде төмен комплеанс мәселесі әлі өткір. Себебі емдеу терапиясы неғұрлым ұзаққа созылса, науқастың оны ұстануы қиынға соғатыны анық. Терапиялық ынтымақтастық деңгейі (яғни, дәрігердің ұсыныстарын орындау және емдеу процесіне қатысу) симптомсыз патологияда, оның ішінде созылмалы аурулардың ремиссия кезеңінде күрт

төмендейді [75]. Сапалы ремиссия кезінде науқастар аурудың ауыр белгілерін сезінбейді және олардың емдеуге деген мотивациясы айтарлықтай төмендейді. Сондықтан сәйкестік мәселесі созылмалы патологияларды, соның ішінде ӨСОА мен бронх демікпесін емдеуде ерекше өзекті болып табылады. ӨСОА-мен ауыратын науқастарда емдеуді төмен комплеанс байқалады: науқастардың 50%-нан астамы дәрігердің ұсыныстарын орындамайды, ал дәрілік препараттарды қабылдайтын науқастардың үлесі 52% құрайды [76].

Көптеген жолдармен комплеансын арттыру диагностикадан емдеудің тиімділігін бақылауға дейінгі науқастарды басқарудың барлық кезеңдерінде медициналық мамандардың міндеті болып табылады [77]. GINA 2023 соңғы шығарылымы емдеудің оңтайлы нәтижесіне қол жеткізу үшін терапевтік процеске қатысатын әртүрлі денсаулық сақтау мамандары арасындағы серіктестіктің маңыздылығын көрсетеді [78]. Дәрігерлер, фармацевтер және мейіргерлер тобының ішіндегі жақсартылған байланыс науқастардың терапияға қанағаттануын жақсартуға, емдеу нәтижелерін жақсартуға және науқастарға кеңес беру үшін қажетті уақытты арттырмай, денсаулық сақтау ресурстарын пайдалануды азайтуға мүмкіндік береді. Сонымен қатар, терапевтік процеске қатысатын барлық медицина мамандарының тиімді серіктестігі науқастардың емделуге бейімділігін арттыруға мүмкіндік береді [79].

Жоғары комплеансқа жетуде маңызды рөл мейіргерге тиесілі. Науқас ағзада қандай өзгерістер болатынын, емдеу және өмір салтын өзгерту арқылы қандай мақсаттарды көздейтінін түсінуі керек; емдеу кезінде қандай жанама әсерлер болуы мүмкін екенін білуге тиісті [80]. Бұл ақпаратты жеткізу - мейіргердің міндеті. Ұсыныстар анық және қысқаша, ең дұрысы баспа нұсқаулары түрінде берілуі керек (сурет 3, 4) [81].

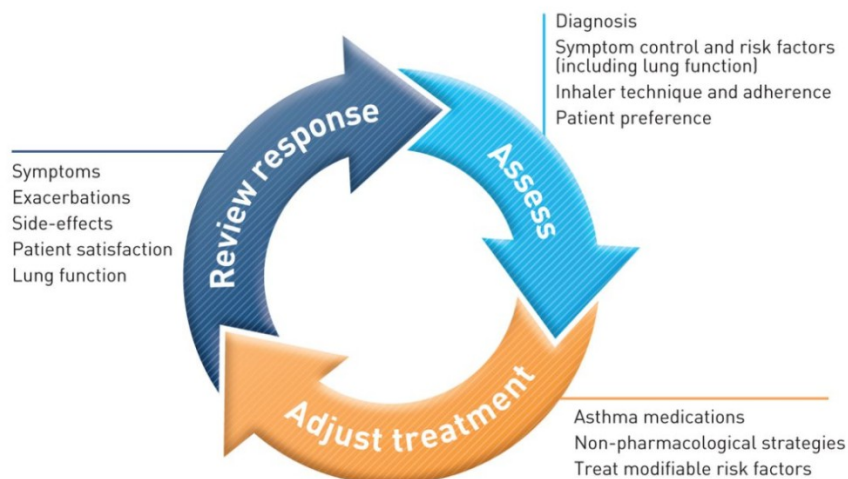
Сурет 3. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруын басқару бойынша GOLD ұсыныстары.



Жаңа GINA және GOLD құжаттарына сәйкес, фармакологиялық емес емдеу дәрі-дәрмектерді толықтырып, науқасқа кешенді көзқарастың ажырамас бөлігі болуы керек. Диагноз анықталғаннан кейін науқасқа оның жағдайы, патология ағымының ерекшеліктері және емдеу туралы егжей-тегжейлі мейіргермен айтылуы қажет:

- темекіні тастаудың маңыздылығын атап өту;
- күтім жоспарын науқаспен бірге талқылау;
- иллюминациялық режимді сақтаудың маңыздылығын түсіндіру;
- науқасты физикалық белсенділікке ынталандыру;
- тұмауға және пневмококкқа қарсы вакцинацияларды жүргізу;
- профилактикалық әңгімелесу арқылы тағайындалған терапияның сақталуын арттыру;
- ингаляторды қолданудың дұрыс техникасын көрсету [82].

Сурет 4. Бронх демікпесін емдеу кезіндегі GINA ұсыныстары.



**Good communication is essential** – establish a partnership with the patient

- Consider health literacy, personal goals and fears, and cultural issues

**Treatment choices**

- *Population-level decisions:* efficacy, effectiveness, safety, cost, regulations
- *Patient-level decisions for tailoring treatment:* also discuss patient characteristics (phenotype) that predict response or risk; patient preference; practical issues inhaler technique, adherence, and cost; treat modifiable risk factors; use non-pharmacological strategies where appropriate

**Stepwise medication adjustment**

- *Consider stepping up* if uncontrolled symptoms, exacerbations or risks, but check diagnosis, inhaler technique, adherence and modifiable risk factors first
- *Consider stepping down* if symptoms controlled for 3 months and low risk for exacerbations. For adults, ceasing ICS is not advised.

**Written asthma action plan** for all patients

Демікпенің емдік терапиясының ең кең тараған әдісі – ингаляция. Дегенмен, ингаляторлық құрылғыны дұрыс қолданбау көптеген науқастар үшін үлкен мәселе болып қала береді. Мейіргерлер науқастың емделуден бас тартуының себептері мен ингалятордың жарамдылығына, техникасына әсер етуі мүмкін негізгі кедергілерді анықтып, түсіну арқылы бейімделуі қажет [83]. Күтім режимін дұрыс сақтамау әдейі немесе байқаусызда болуы мүмкін. Егер науқас ұмытшақ болса, онда байқаусызда болады. Ингаляторды қолдануды білмеу нұсқауларды дұрыс түсінбеудің нәтижесі болуы мүмкін. Осының бәріне мейіргерлер мен дәрігерлер тарапынан, науқастардың немесе оларға күтім жасаушылардың білімін жақсарту арқылы алдын алуға болады [84]. Дәрі-дәрмектердің жанама әсерлеріне байланысты науқастар емнен әдейі бас тартуы мүмкін [85]. Мейіргерлер науқастармен қарым-қатынаста олардың себептерін, мәселелері мен қалауларын жақсы түсіну үшін дұрыс коммуникация жасауы өте маңызды [86]. Мұндай кедергілерді жеңіп, шиеленістерді азайту үшін деонтология мен этика ережелерін сақтаудың маңыздылығын мұқият ескеру қажет. Әр түрлі науқастар ингалятордың түрлі сипаттамаларын қалайтындығын

ескере отырып, оған түсіндіру арқылы емдеу кезінде дұрыс бағытта бейімделуіне көмектесеміз [87]. Науқастың немесе күтушісінің идеяларын, мәселелері мен үміттерін талқылау өте маңызды. Өйткені адамдар емдеуші дәрігермен араласпаса, олардың ингаляторын қолдану ықтималдығы аз болады [88, 89]. Егер науқастар өздерін жайлы сезінсе, ингалятор құрылғысын таңдауға қатысуы керек. Ша, оларда сенімділік пайда болады. Нәтижесінде құрылғыны тиімді пайдалану мүмкіндігіне ие болады [90].

Финляндия мемлекетінде науқастарға жаттықтырушы gsk ellipta inhalation trainer ингаляторды қолданады. Науқас дұрыс дем алғанда ысқырық естіледі. Бұл науқастың ақырын және дұрыс ағын жылдамдығымен тыныс алуын қамтамасыз етеді, бұл қысымды жақсы үйлестіру үшін жеткілікті орын береді. Ингаляторды дұрыс пайдалану өте маңызды, сондықтан ингаляторды дұрыс қолдану техникасын сақтау керек. Бұл өз кезегінде ұнтақ тәрізді дәріні қабылдап үйреніге көмектеседі (сурет 5).



Сурет 5 – gsk ellipta inhalation trainer жаттықтырушы ингалятор.

Құрылғының физикалық сипаттамалары, мысалы, пайдаланудың қарапайымдылығы, ыңғайлылығы, тасымалдануы және нұсқаулықтардың күрделілігі науқастардың қанағаттанушылығына және емделуге деген адалдығына әсер етеді. Еуропада ӨСОА-мен ауыратын науқастарға әлем бойынша жүргізілген сауалнамада ингаляторлармен науқастардың қанағаттануы мен емдеу ережелерін сақтау арасындағы айтарлықтай байланысты анықталды. Ол өз кезегінде аз шиеленістер мен өмір сүру сапасының жақсаруымен байланысты болды. Сол сияқты, демікпесі бар науқастарда жүргізілген зерттеу ингаляторға қанағаттану дәрежесі клиникалық нәтижемен байланысты екенін көрсетті [91].

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруының дамуының ең маңызды қауіп факторларының бірі темекі шегу болып табылады, ол аурудың басталуына да, ағымына да әсер етеді. Темекі жану өнімдерінің бронх қабырғасына әсері оның өзгеруіне әкеледі және аурудың даму қаупін де, асқынулардың пайда болу қаупін де күрт арттырады. Науқастарға темекі шегуді толығымен тастау қиын екенін ескере отырып, олар ұзақ мерзімді терапияны қажет етуі мүмкін [92].

ӨСОА-ның асқыну қаупін азайту құралы ретінде мейіргерлер темекіні тастауға дайын емес темекі шегушілерге барынша психологиялық қолдау көрсетеді. Мейіргер науқасқа шылым шегудің зияндығы мен пайда болатын асқыну салдарын әңгімелесу барысында айту керек (қосымша 1). Науқас ұстаманы дұрыс бақылауы үшін мейіргер оны иллюминациондық режиммен таныстыруы керек. Яғни, бронх демікпесін алдын алудың негізгі әдісі науқаста ұстаманы тудыратын аллергиямен байланысын болдырмау болып табылады. Иллюминациондық іс-шараларға бөлмені ылғалды тазалау, таза ауамен желдету және дұрыс тамақтану болып табылады [93].

Жоғарыда айтылған ұсыныстар бойынша тыныс алу жаттығулары емдеу кезінде күтімнің бір бөлігі. Олар тыныс алудың жылдамдығы мен ырғағын өзгерте алатын ингаляция мен дем шығаруды тереңдетуге арналған емдік жаттығулар. Демікпесі бар ересектердегі тыныс алу жаттығуларының әсерін бағалайтын Кокран шолуы олар демікпемен ауыратын науқастар үшін қауіпсіз және жақсы төзімді деген қорытындыға келді. Тұтастай алғанда, енгізілген зерттеулер тыныс алу жаттығуларының түрі (соның ішінде диафрагмалық тыныс алу, Папурт әдісі, Бутейко әдісі, Стрельников тыныс алу жаттығулары) және сеанстардың ұзақтығы, сондай-ақ нәтижелер сияқты араласу сипаттамаларында айтарлықтай ерекшеленді. Сарапшылар тыныс алу жаттығуларын демікпемен күресудің дәстүрлі стратегияларына қосымша ретінде ұсынуға болады, өйткені олар адамдардың өмір сүру сапасын жақсартып алады [94]. Мейіргердің басты міндеті тыныс алу жаттығулардың маңыздылығын науқасқа түсіндіруі қажет (қосымша 2).

Сарапшылар астманы бақылауға қол жеткізу критерийлерін басшылыққа ала отырып, әр байланыста демікпенің жалпы емдеу жоспарын бағалауды ұсынады [95]. Демікпені басқарудың жалпы жоспары науқасқа бағытталған жекелендірілген астма бойынша білім беру жоспарын, дәрі-дәрмек жоспарын, құжатталған демікпе әрекетінің жоспарын және жоспарланған кейінгі күтімді қамтиды. Емдеу жоспарын бағалауда мейіргер, науқас және бүкіл кәсіптік денсаулық сақтау тобы арасындағы ынтымақтастық пен үйлестіруді талап етеді. Бағалау жағдайы оқытуға ден қоюды, өзін-өзі басқару мүмкіндіктерін, соның ішінде жеке адамның демікпеге қарсы құжатталған әрекет жоспарын түсіну мен пайдалануды көрсетуі керек [96]. Сондай-ақ жеке науқасқа



демiкпенiң бақылауына терiс әсер етуi мүмкiн кез келген негiзгi факторларды бағалау маңызды және бұл күтiм жоспарында көрсетiлуi керек. Науқастардың демiкпемен күресудiң фармакологиялық және фармакологиялық емес аспектiлерiн түсiнуiн бағалау өте маңызды. Демiкпенiң өзiн-өзi басқаруы күрделi процесс болып табылады. Оған тағайындалған дәрiлердi қабылдауды, ингаляторды дұрыс пайдалануды және астма триггерлерiнiң алдын алуды және басқаруды қамтиды [97-,100].

Сонымен, ғылыми дәлелдемелер демiкпемен ауыратын науқасты оқыту демiкпенiң клиникалық нәтижелерiн жақсартатынын көрсетедi, оның iшiнде дәрi-дәрмектiң сақталуын, астманы бақылауды, денсаулық сақтауды пайдалануды және өмiр сүру сапасын. Зерттеулер жедел жәрдем бөлiмiне бару кезiнде немесе одан кейiн емделушiге бiлiм беру шаралары болашақта ауруханаға жатқызу қаупiн азайтатынын, сонымен қатар жоспарланған қатысу мен белгiлердi бақылауды жақсартқанын көрсеттi.

## 2 ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ

### 2.1 Этикалық келісім

Зерттеуді бастамас бұрын «Астана медицина университеті» КеАҚ Жергілікті биоэтикалық комитетінен этикалық келісім алынды (30 наурыз 2022 ж. №3 хаттама). Біздің зерттеуіміз GCP (Good Clinical Practice) ережелеріне және адамдардағы биомедициналық зерттеулерге арналған Дүниежүзілік медицина қауымдастығының Хельсинки декларациясына сәйкес жүргізілді. Барлық респонденттер сауалнама жүргізер алдында зерттеудің мақсаттары туралы хабардар болды. Ол үшін сауалнамаға жалпы мақсатты баяндайтын ақпарат жазылды. Респонденттерге осы зерттеуге қатысудың қажеттілігі мен маңыздылығы туралы толық ақпарат берілді. Олардың қатысудан кез келген уақытта бас тарту құқығына Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасымен кепілдік берілген. Зерттеудің барлық кезеңдерінде моральдық-этикалық аспектілер, сондай-ақ алынған ақпараттың құпиялылығы сақталды.

### 2.2 Зерттеу материалдары мен әдістердің жалпы сипаттамасы

Қойылған міндеттерді орындау үшін зерттеу жоспары жасалды.

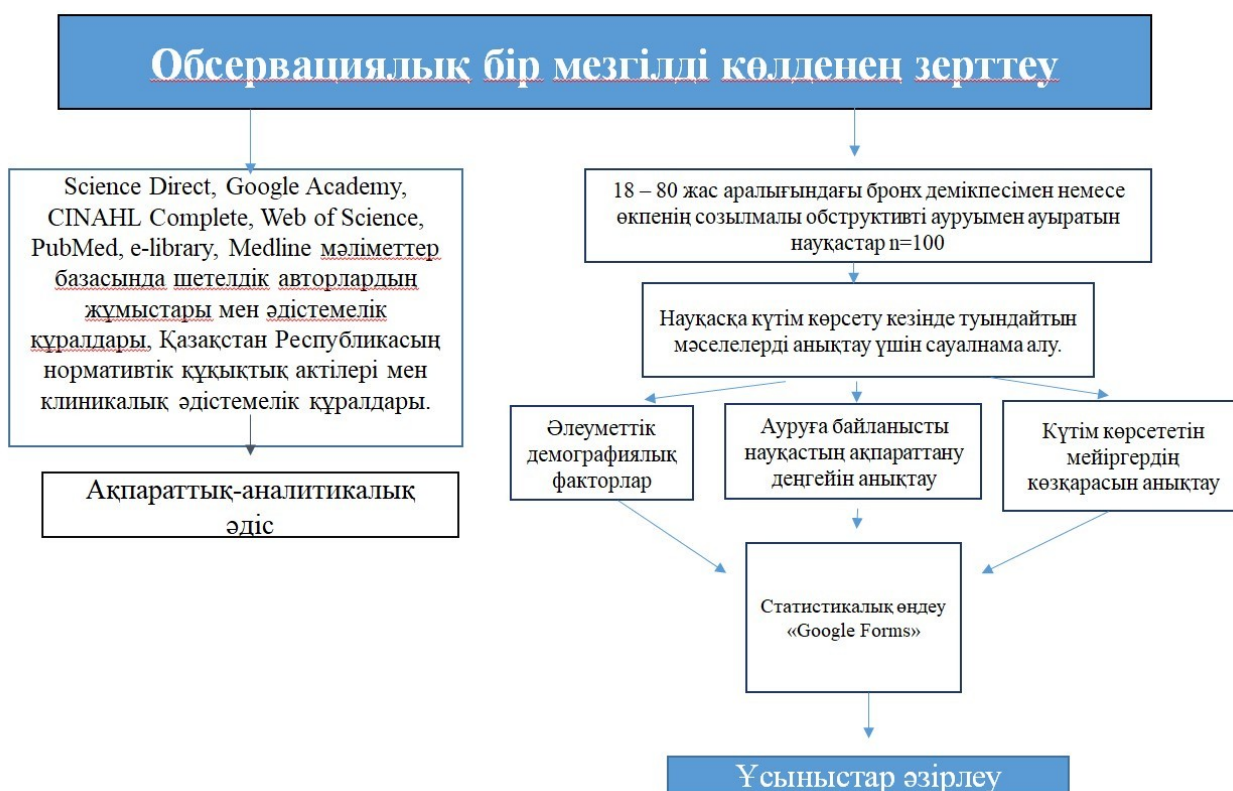
Кесте 3 – Зерттеу жоспары.

Міндеттер	Құралдар	Әдістер
Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға мейіргерлік күтімді ұйымдастыруды зерттеу	Науқастарға мейіргерлік күтім жасау мәселелері бойынша шетелдік және отандық ғылыми әдебиеттер мен нұсқаулықтар	Ақпаратты-аналитикалық
Бронх демікпесі және өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға, мейіргерлік күтім сапасына қанағаттану деңгейін бағалау	Бронх демікпесі және өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға сауалнама жүргізу; аталған науқастарға тікелей күтім жасайтын мейіргерлерге сауалнама жүргізу	Социологиялық
Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруы	Сауалнама нәтижелері бойынша деректер	Статистикалық

бойынша мейіргерлерінің жұмысына арналған нұсқаулық		
---	--	--

Біздің зерттеу дизайнымыз обсервациялық бір мезгілді көлденең зерттеу болды. Жобалау схемасы төменде көрсетілген сурет 6.

Сурет 6 - Зерттеу дизайны



### 2.3 Ақпаратты іздеу

Бірінші кезеңде бронх демікпесі немесе созылмалы обструктивті өкпе ауруы бар науқастарға мейіргерлік көмек көрсетудің шетелдік және отандық тәжірибесі зерттелді. Іздеу PICO формуласы арқылы жүргізілді.

Кесте 4 – PICO әдістемесі.

<b>P</b> (population)	nurses, asthma patients, patients with chronic obstructive pulmonary disease
<b>I</b> (intervention)	new nursing care, new standardized care guidelines
<b>C</b> (comparison)	old practical care tips
<b>O</b> (outcomes)	satisfaction with training, effectiveness of training, involvement of nurses and patients

Зерттелген өзекті тақырып бойынша ақпараттық іздестіру түйінді сөздерді пайдалана отырып жүргізілді: мейіргерлер (nurses), өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастар (patients with chronic obstructive pulmonary disease), бронх демікпесі бар науқастар (asthma patients), мейіргерлік күтім (nursing care). Іздеу түйінді сөздері келесідей логикалық операторлармен біріктірілді: ('мейіргерлік күтім' ЖӘНЕ 'бронх демікпесі бар науқастар'), ('мейіргерлік күтім' ЖӘНЕ 'өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастар'), ('қанағаттану' ЖӘНЕ 'бронх демікпесі бар науқастар'), ('қанағаттану' ЖӘНЕ 'өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастар').

Келесі интернет ресурстары пайдаланылды:

1. Science Direct <https://www.sciencedirect.com/>
2. Google Scholar <https://www.scholar.google.ru>
3. CINAHL Complete <https://www.ebsco.com/>
4. PubMed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
5. eLIBRARY <https://www.elibrary.ru/defaultx.asp>
6. Medline <http://www.medline.ru/>
7. Web of science <https://www.webofscience.com/>

Іздеу барысында 2017-2023 жылдар аралығындағы әдебиеттер талданды, олардың көпшілігі ағылшын және орыс тілдеріндегі басылымдарды қарастырды.

#### 2.4 Зерттеу нысанының сипаттамасы

Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы ауруы бар науқастарға мейіргерлік күтімді сапалы зерттеу арқылы осы мейіргер саласына үлес қосуға үміттенеміз. Арнайы әзірленген сауалнама екі топқа арналды: біріншісі бронх демікпесі немесе өкпенің созылмалы ауруы бар науқастарға, екіншісі оларға күтім жасайтын мейіргерлерді құрады. Жұмыстың мақсаттары мен міндеттерін іске асыруға сәйкес зерттеуге қосу және алып тастау критерийлері анықталды.

Қосу критерийлері:

1. Бронх демікпесі немесе өкпенің созылмалы ауруы бар науқастар
2. Жасы: 18 жастан 80 жасқа дейін
3. Жынысы: ерлер мен әйелдер
4. Этникалық тиістілігі, кез-келген ұлт өкілдері.

Алып тастау критерийлері:

1. Өкпенің басқа созылмалы ауруымен ауыратын науқастар

## 2.5 Сауалнаманы әзірлеу және бекіту

Алға қойылған міндеттерге сәйкес, диссертациялық зерттеудің екінші кезеңінде науқастарға сауалнама жүргізу арқылы мейіргерлік күтімге бағалау жүргізілді.

Ол үшін жоспарланған клиникалық базаларға зерттеу мақсатында ресми хат жіберілді. Зерттеу нәтижелері бойынша сауалнамаға екі медициналық ұйым қатысты:

1. Астана қаласындағы «№5 қалалық емханасы» ШЖҚ МКК
2. «Нұр Сұлтан қаласының №3 көп бейінді ауруханасы» ШЖҚ МКҚК

Жоспар бойынша деректер шамамен үш ай жиналды. Екі сауалнама да мейіргерлік күтімнің тиімділігін анықтауға бағытталған. Диаграммалардағы және қорытынды нәтижелердегі деректердің анонимділігі, сондай-ақ құпиялылығы мен қауіпсіздігі толығымен қамтамасыз етілді.

Сауалнама жүргізу және деректерді жинау үшін Google Forms платформасында электронды сауалнама орналастыру туралы шешім қабылданды, сонымен қатар деректерге тек зерттеушілер ғана қол жеткізе алды. Сауалнамаға сілтеме медициналық ұйымдарға жолданған ресми хатта көрсетілген. Қатысушылар барлық қажетті ақпаратты оқып, батырманы басу арқылы ақпараттандырылған келісімін берді.

Сауалнама респонденттерге Google Forms онлайн қызметі арқылы жіберілді. Респонденттер барлық сұрақтарға тек бір жауап нұсқасын таңдау мүмкіндігімен жауап берді, сонымен қатар барлық сұрақтарға міндетті жауаптар жауапты жіберу қажетті шарт болды. Бірінші кезең үшін ақпарат жинау 2022 жылы жүзеге асырылды. Барлығы онлайн сауалнамада 30 мейіргер, 100 науқас қатысты.

Статистикалық деректерді өңдеу

Алынған мәліметтерді Microsoft Office Excel 2010 және статистикалық бағдарлама SPSS statistics 2019 ж. (лицензияланған, версия 26) пайдаланылды.

### 3. ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ОЛАРДЫ ТАЛҚЫЛАУ

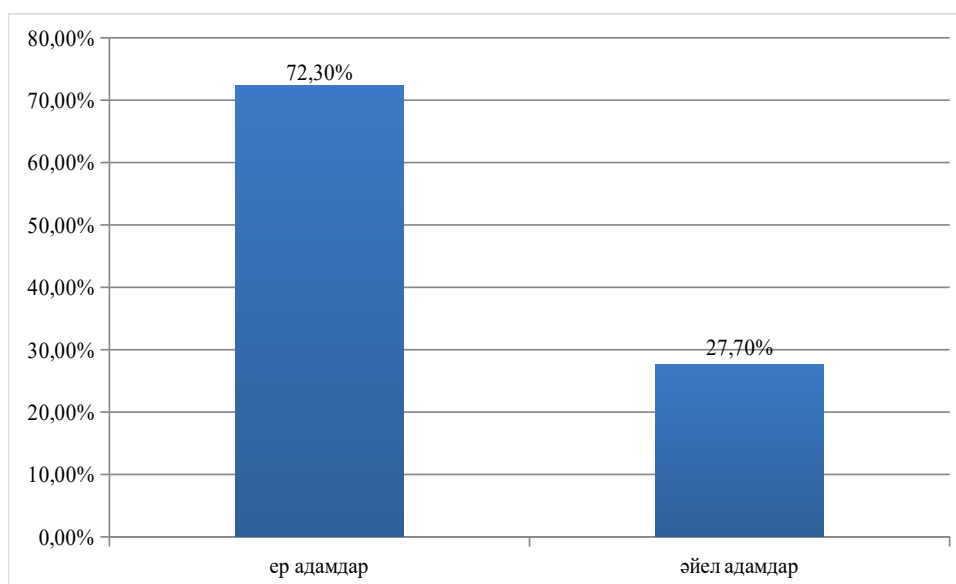
3.1 Бронх демікпесі және өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға жүргізілген сауалнама нәтижелері.

Зерттеу екі кезеңнен тұрды. Бірінші кезең – Астана қаласындағы «№5 қалалық емханасы» ШЖҚ МКК мен «Нұр Сұлтан қаласының №3 көп бейінді ауруханасы» ШЖҚ МКҚК пульмонология бөлімінің науқастарына сауалнама жүргізілді.

Респонденттердің сипаттамалары: зерттеуге бөлімшенің әртүрлі жас санатындағы 100 науқас қатысты. Бронх демікпесімен – 50, өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен 50 науқас сауалнамаға жауап берді.

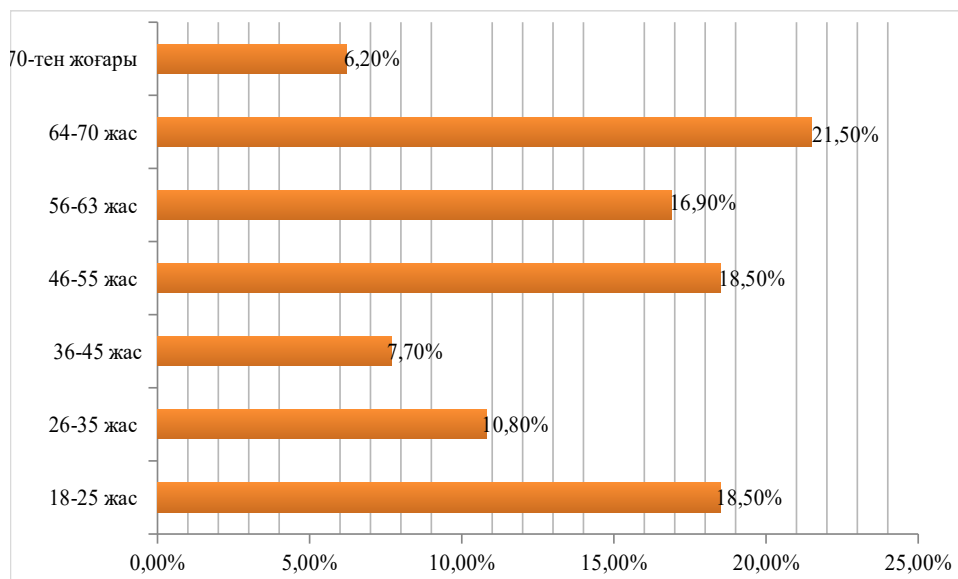
Зерттеудің әдістемесі: науқастарды зерттеу үшін өздігінен әзірленген сауалнаманы қолдану арқылы жүргізілді (қосымша А), онда өкпенің созылмалы обструктивті ауруы және бронх демікпесінің өршуінің ықтимал себептерін, білім деңгейін анықтау үшін және ауру және өзіне-өзі көмек көрсету шаралары туралы 18 сұраққа жауап беру ұсынылды.

Сауалнаманың бірінші сұрағы респонденттердің жынысын білуге көмектесті: 72,3% (n=72) – ер адамдарды, ал 27,7% (n=28) әйел адамдарды құрады (сурет 7).



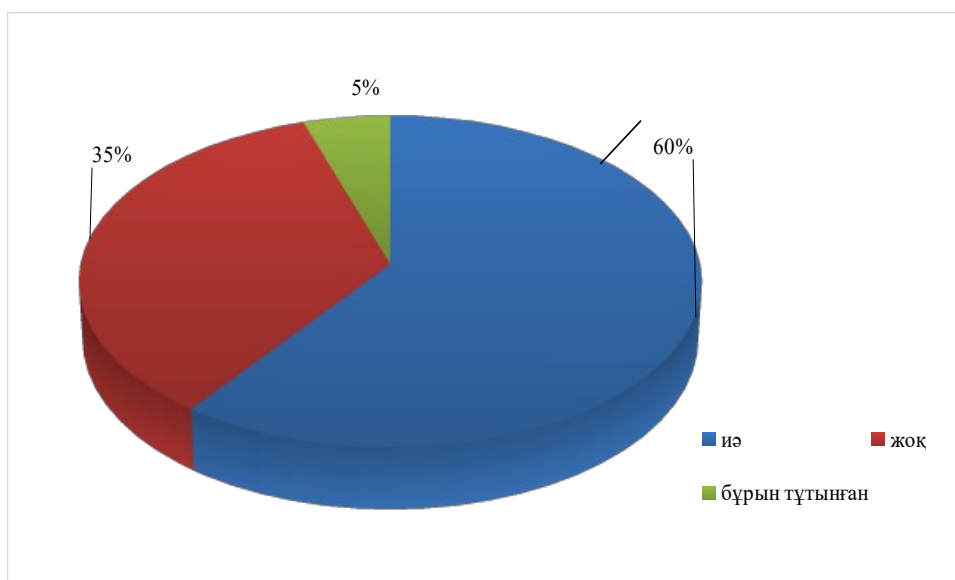
Сурет 7. Респонденттердің жынысы бойынша бөлінуі.

Науқастардың абсолютті санын – ер адамдар құрады. Бұл ер адамдардың зиянды әдеттерге бейім болуымен, ауыр өнеркәсіптік өндіріспен айналысуымен байланысты болуы мүмкін.



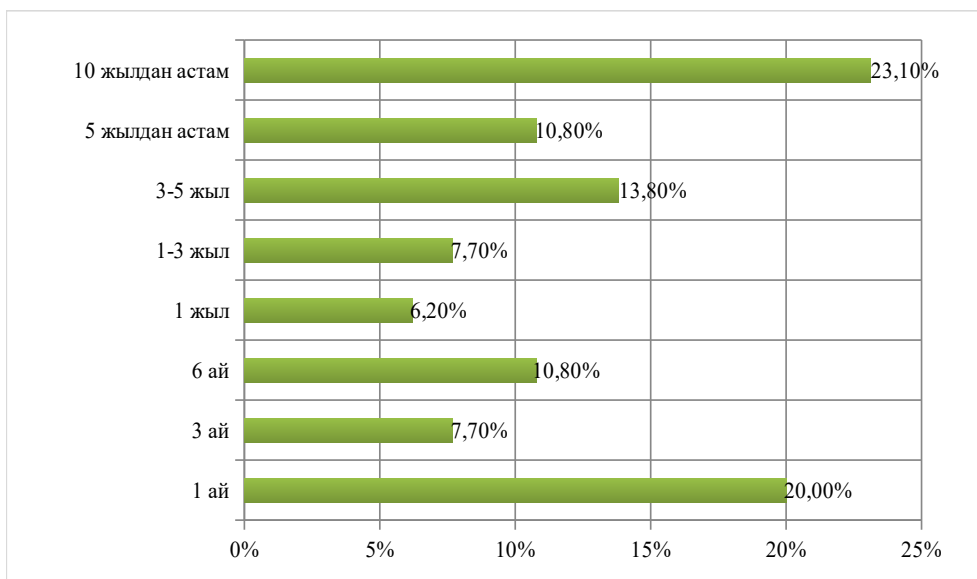
Сурет 8. Респонденттердің жасы бойынша іріктелуі.

Сауалнаманың екінші сұрағы респонденттердің жасын анықтауға мүмкіндік берді: 18-25 жас аралығында – 18,5% (n=18), 26-35 жас аралығында – 10,8% (n=11), 36-45 жас аралығында – 7,7% (n=8), 46-55 жас аралығында – 18,5% (n=18), 56-63 жас аралығында – 16,9% (n=17), 64-70 жас аралығында – 21,5% (n=22), және 70-тен жоғары жас аралығы – 6,2% (n=6) (сурет 8).



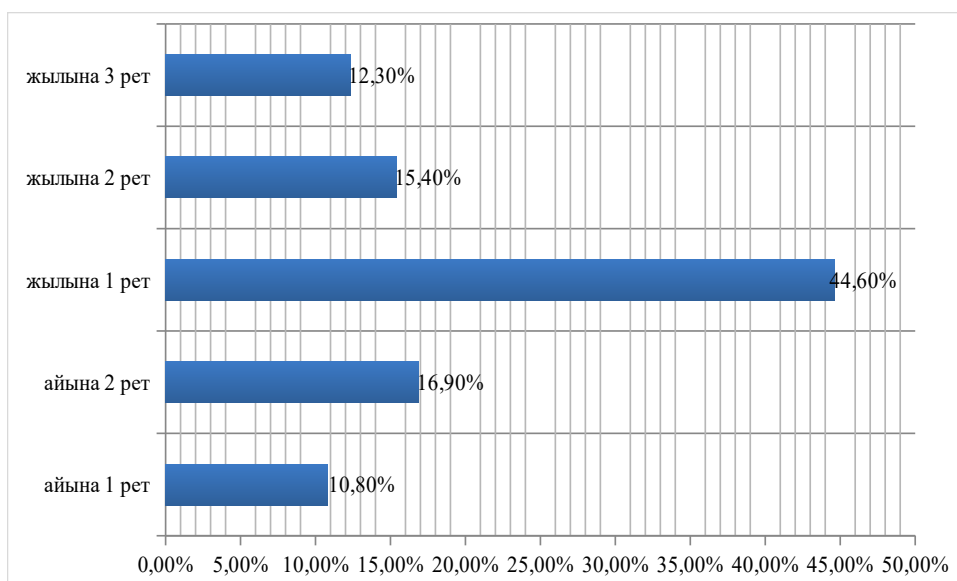
Сурет 9. Респонденттердің шылым тұтыну көрсеткіші.

Сауалнаманың үшінші сұрағы респонденттердің шылым тұтынуына байланысты қойылды: «иә» деген жауапты 60% (n=60), «жоқ» деген жауапты 35% (n=35), «бұрын шеккенін» деген жауапты 5% (n=5) белгілеген (сурет 9).



Сурет 10. Респонденттердің ауырған уақыт ұзақтығы.

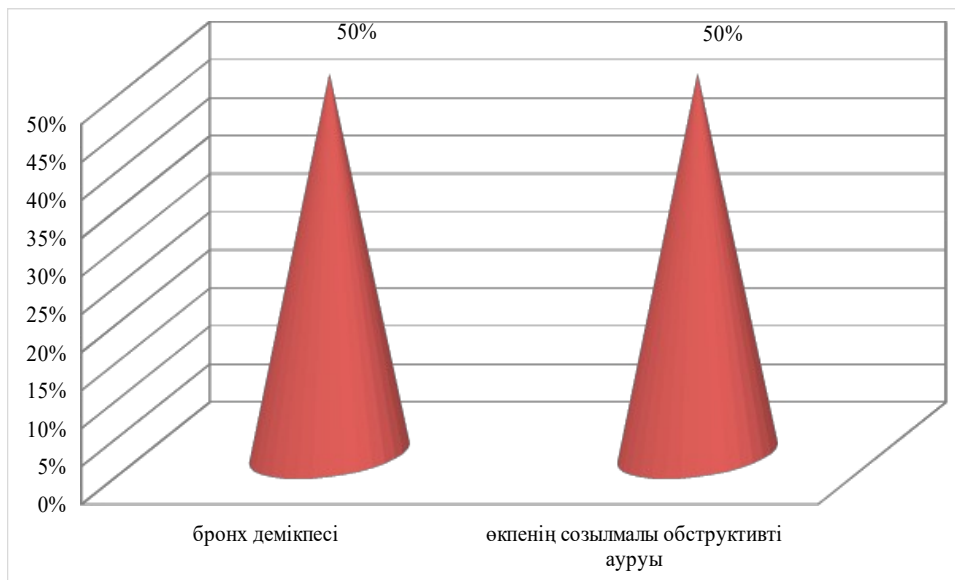
Сауалнаманың төртінші сұрағында респонденттердің ауырған уақыт аралығын белгіледі: «10 жылдан астам» деген жауапты 23,1% (n=23); «1 ай» деген жауапты 20% (n=20); «3 ай» деген жауапты 7,7% (n=8); «6 ай» деген жауапты 10,8% (n=11); «3-5 жыл» деген жауапты 13,8% (n=14); «5 жылдан астам» деген жауапты 10,8% (n=11); «1-3 жыл аралығы» деген жауапты 7,7% (n=7); «1 жылды» деген жауапты 6,2% (n=6) таңдады (сурет 10).



Сурет 11. Респонденттердегі ұстама жиілігі.

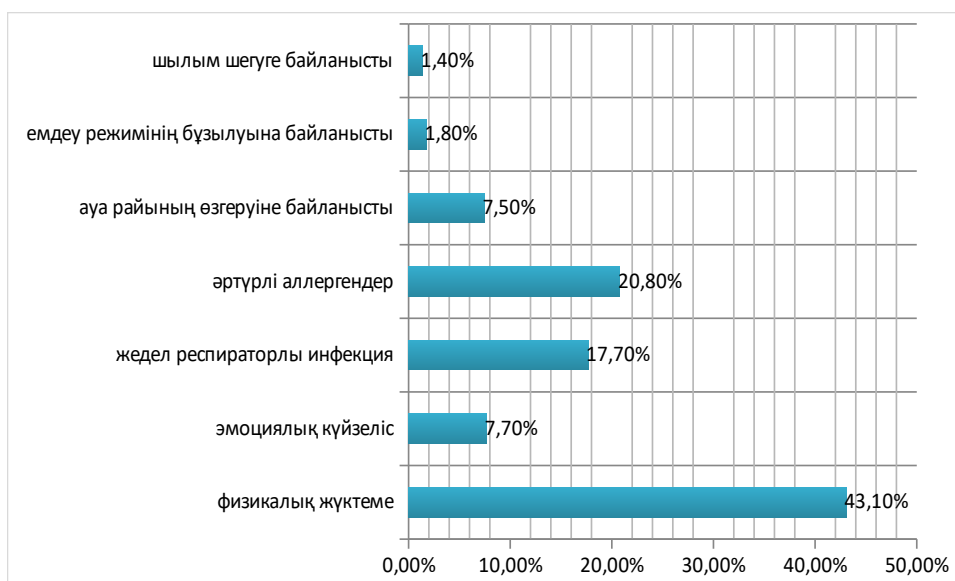


Сауалнаманың бесінші сұрағында респонденттердің қаншалықты жиі ұстама пайда болатынын сұрадық: «айына 1 рет» деген жауапты 10,8% (n=11); «айына 2 рет» деген жауапты 16,9% (n=17); «жылына 1 рет» деген жауапты 44,6% (n=45); «жылына 2 рет» деген жауапты 15,4% (n=15); «жылына 3 рет» деген жауапты 12,3% (n=12) белгілеген (сурет 11).



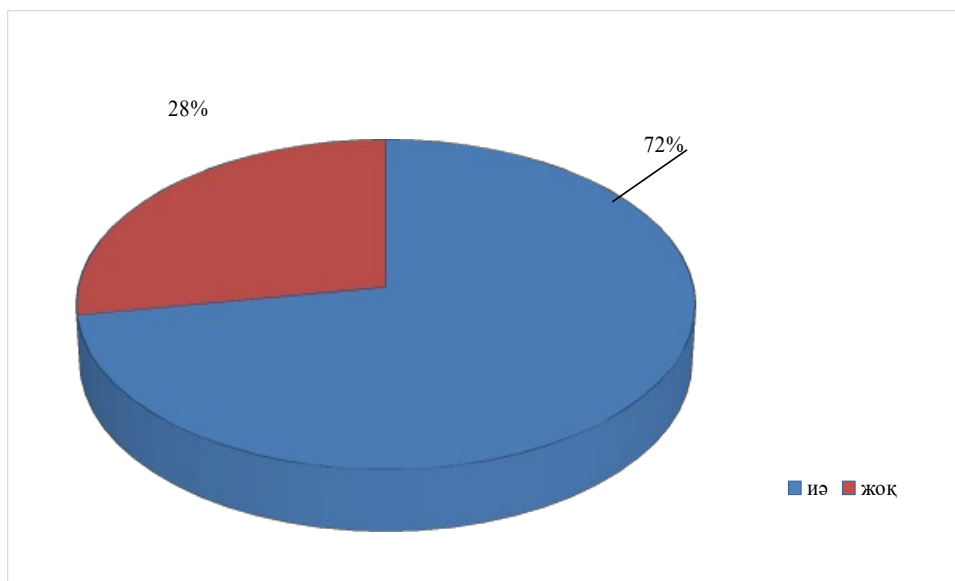
Сурет 12. Респонденттердің есепте тұруы.

Сауалнаманың алтыншы сұрағында респонденттердің өзінің ауруы бойынша есепте тұруы көрсетілді: өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бойынша 50% (n=50), сәйкесінше бронх демікпесі бойынша 50% (n=50) есепте тұрады (сурет 12).



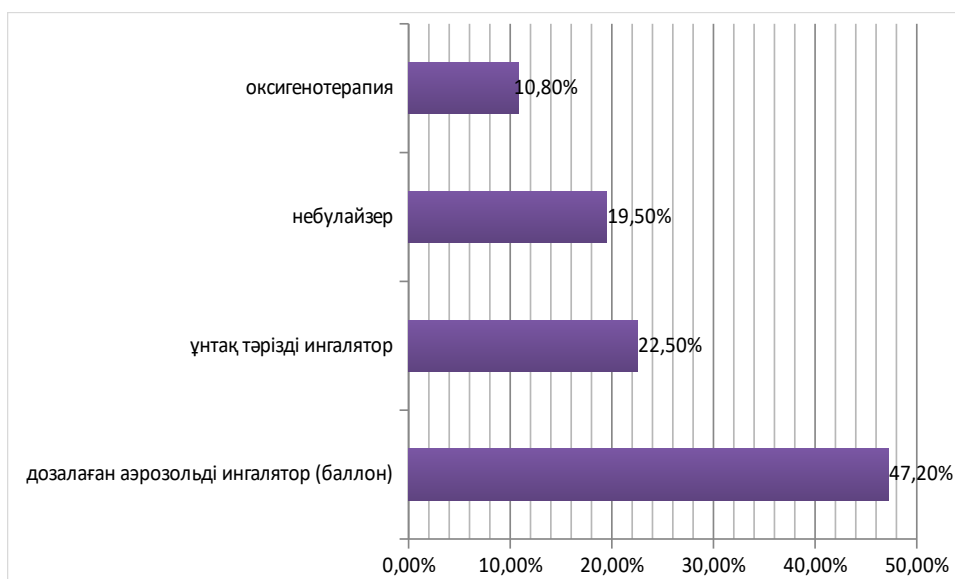
Сурет 13. Респонденттерге әсер ететін факторлар.

«Сіздің ойыңызша, бронх демікпесіне немесе өкпенің созылмалы обструктивті ауруының өршуіне ықпал ететін факторлар» сұрағында респонденттер өз ауруына қатты әсер ететін факторларды белгіледі: «физикалық жүктеме» деген жауапты 43,1% (n=43); «эмоциялық күйзеліс» деген жауапты 7,7% (n=8); «жедел респираторлы инфекция» деген жауапты 17,7% (n=18); «әртүрлі аллергиялар» деген жауапты 20,8% (n=21); «ауа райының өзгеруіне байланысты» деген жауапты 7,5% (n=7); «емдеу режимінің бұзылуына байланысты» деген жауапты 1,8% (n=2); «шылым шегуге байланысты» деген жауапты 1,4% (n=1) белгілеген (сурет 13).



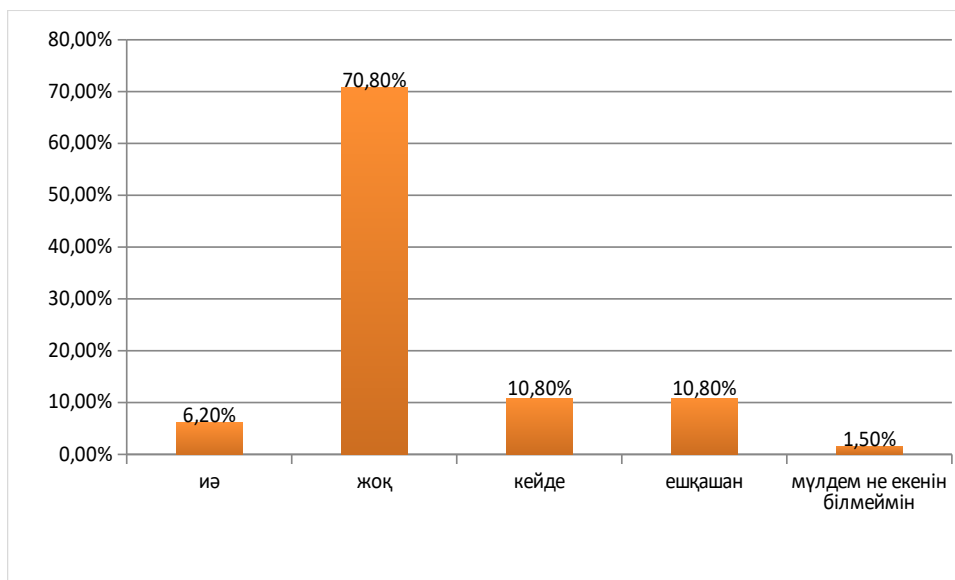
Сурет 14. Респонденттерде госпитализация жағдайының болуы.

Сауалнаманың сегізінші сұрағында респонденттер соңғы жылы госпитализацияға әкелетін жағдай болғандығы жайында «иә» немесе «жоқ» деп жауап берді: «иә» деп 72,3% (n=72); «жоқ» деп 27,7% (n=28) белгіледі (сурет 14).



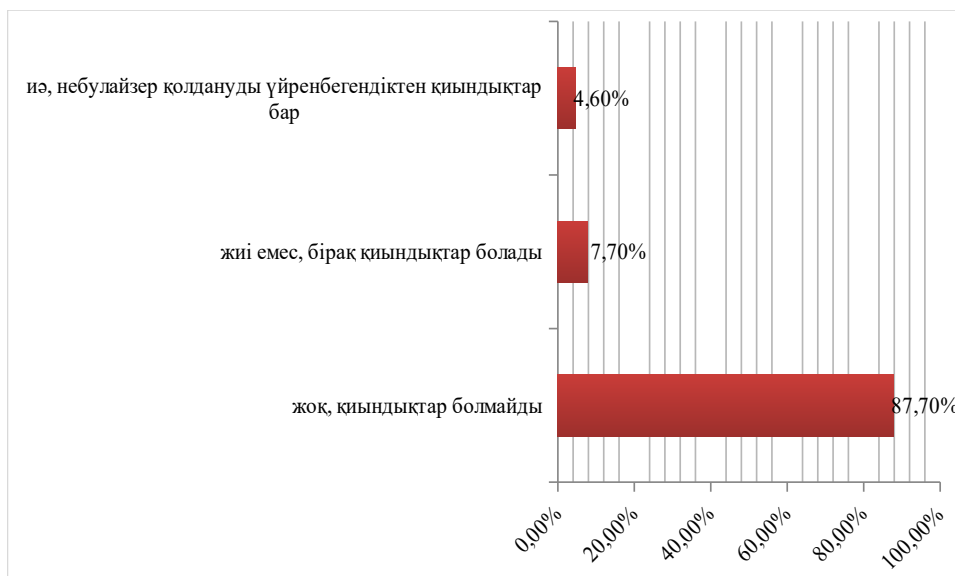
Сурет 15. Ұстаманы басатын дәрілік заттар.

Сауалнаманың тоғызыншы сұрағында респонденттер өз ұстамаларын қандай дәрілік заттармен басатынын таңдады: «дозалаған аэрозольді ингалятор (баллон)» жауабын 47,2% (n=47); «ұнтақ тәрізді ингалятор» түрін жауабын 22,5% (n=22); «небулайзер» жауабын 19,5% (n=20), «кислородотерапия» жауабын 10,8% (n=11) (сурет 15).



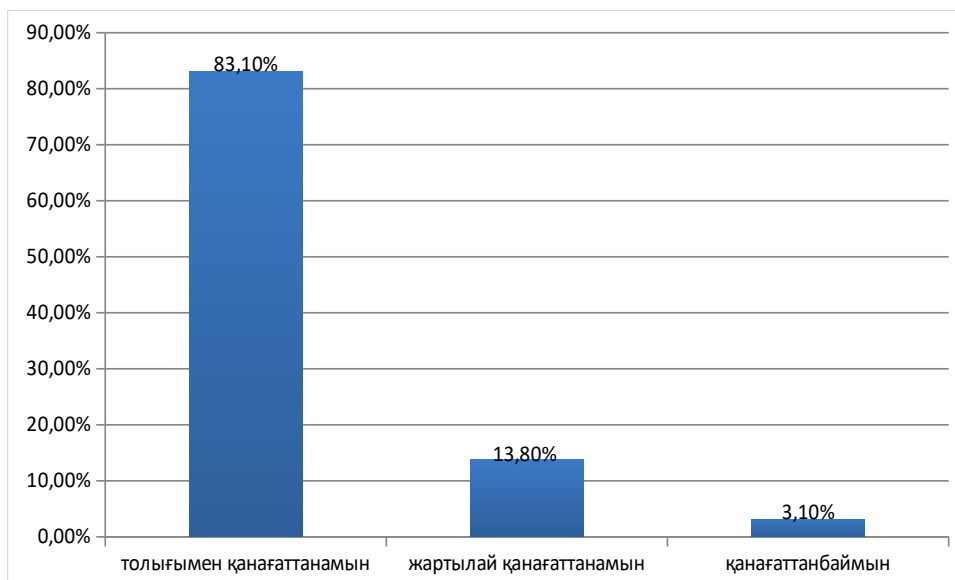
Сурет 16. Тынысалу гимнастикасымен шұғылдану көрсеткіші.

Сауалнаманың оныншы сұрағында респонденттер тынысалу гимнастикасымен шұғылдану бойынша сұрақтарға жауап берді: «жоқ» жауабын 70,8% (n=71); «кейде» жауабын 10,8% (n=11); «ешқашан» жауабын 10,8% (n=11); «иә» жауабын 6,2% (n=6); «мүлдем не екенін білмеймін» жауабын 1,5% (n=1) таңдады (сурет 16).



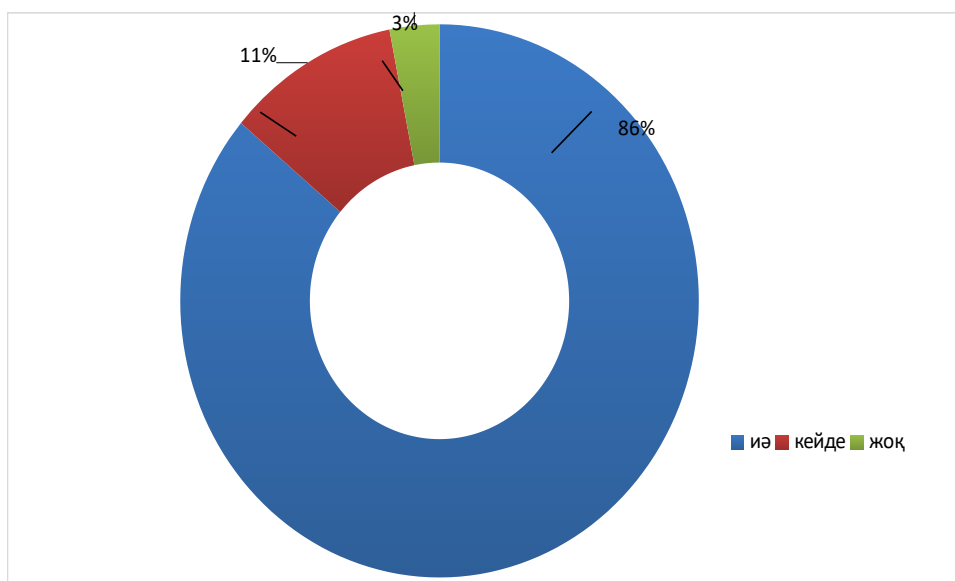
Сурет 17. Респонденттерде ұстаманы басудағы қиындықтар.

Сауалнаманың он бірінші сұрағында респонденттер еңтігу ұстамасын басудағы қиындықтар бойынша сұрақтарға жауап берді: «жоқ, қиындықтар болмайды» деген жауапты 87,7% (n=88); «жиі емес, бірақ қиындықтар болады» деген жауапты 7,7% (n=8); «иә, небулайзер қолдануды үйренбегендіктен қиындықтар бар» деген жауапты 4,6% (n=4) белгілеген (сурет 17).



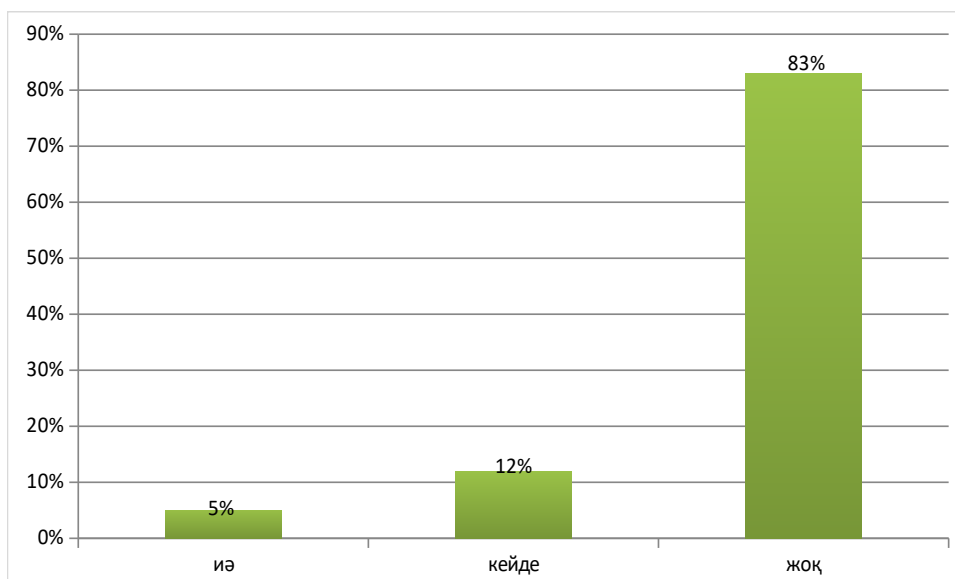
Сурет 18. Респонденттердің мейіргер көмегінің сапасын бағалауы.

Сауалнаманың он екінші сұрағында респонденттер қазіргі уақыттағы мейіргер көмегінің сапасын бағалады: 83,1% - «толығымен қанағаттанамын» жауабын белгіледі; 13,8% - «жартылай қанағаттанамын» жауабын белгіледі; 3,1% - «қанағаттанбаймын» жауабын таңдады (сурет 18).



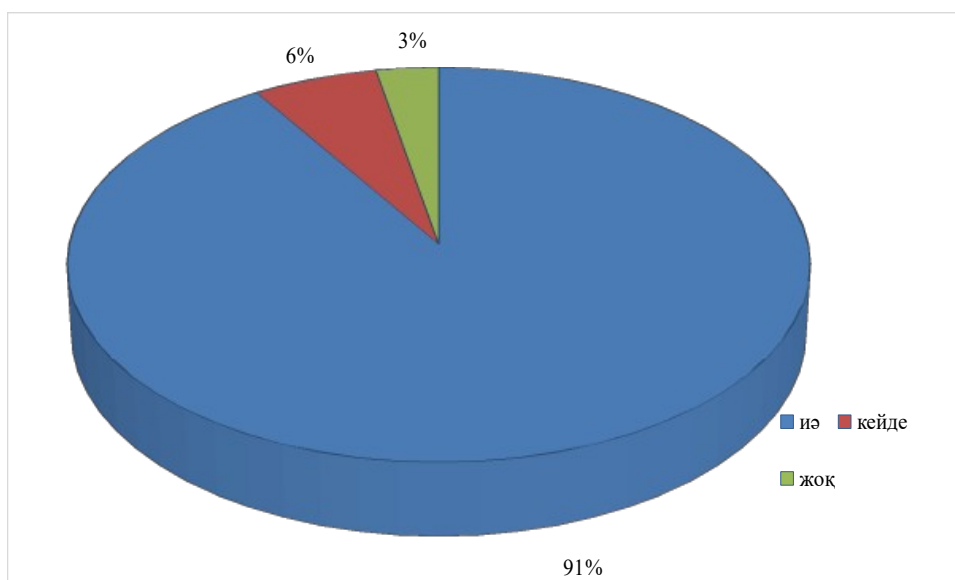
Сурет 19. Респонденттерге мейіргердің кеңес беруі.

Сауалнаманың он үшінші сұрағында респонденттер емдеуге қатысты сұрақтары туындағанда мейіргерлердің түсіндіруін бағалады: «иә» жауабын 86,2% (n=86); «кейде» деген жауапты 10,8% (n=11); «жоқ» жауабын 3,1% (n=3) берді (сурет 19).



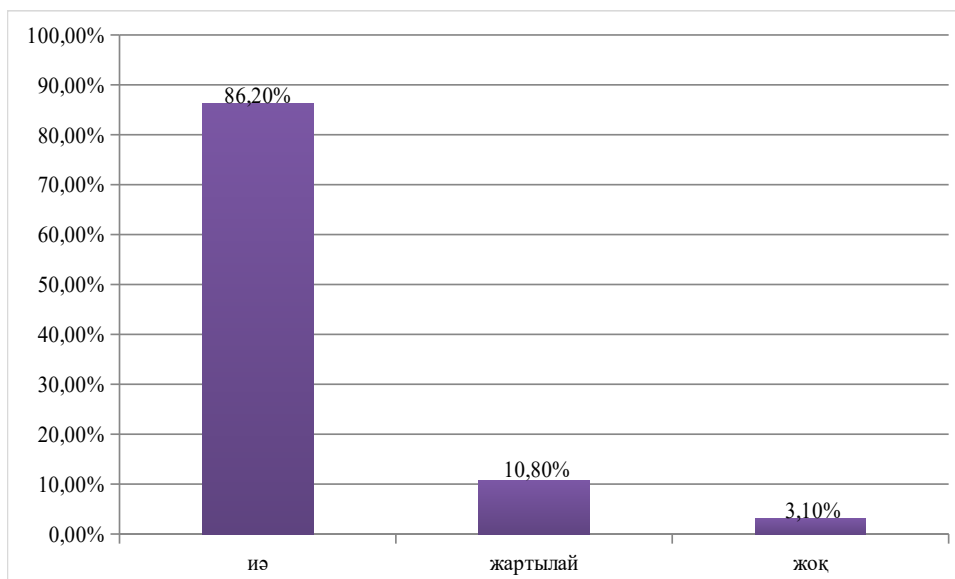
Сурет 20. Мейіргерлердің үлестірме материалды пайдалануы.

Сауалнаманың он төртінші сұрағында респонденттер мейіргерлердің қаншалықты буклет сияқты үлестірме ақпарат құралдарын пайдалануын бағалады: «жоқ» деп 83% (n=83) жауап берді; «кейде» деп 12% (n=12) жауап берді; «иә» деп 5% (n=5) жауап берді (сурет 20).



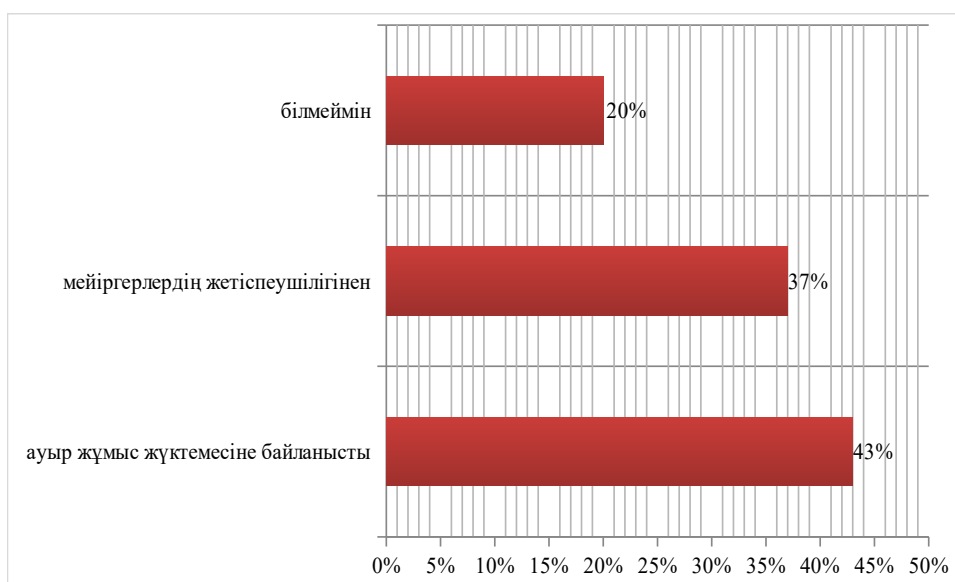
Сурет 21. Мейіргерлердің уақытылы көмек көрсетуі.

Сауалнаманың он бесінші сұрағында респонденттер мейіргерлердің ауруханада уақтылы көмек көрсете алуын бағалады: «иә» деп 91% (n=91); «кейде» деп 6% (n=6); «жоқ» деп 3% (n=3) жауап берді (сурет 21).



Сурет 22. Мейіргерлердің кеңесіне науқастардың қанағаттануы.

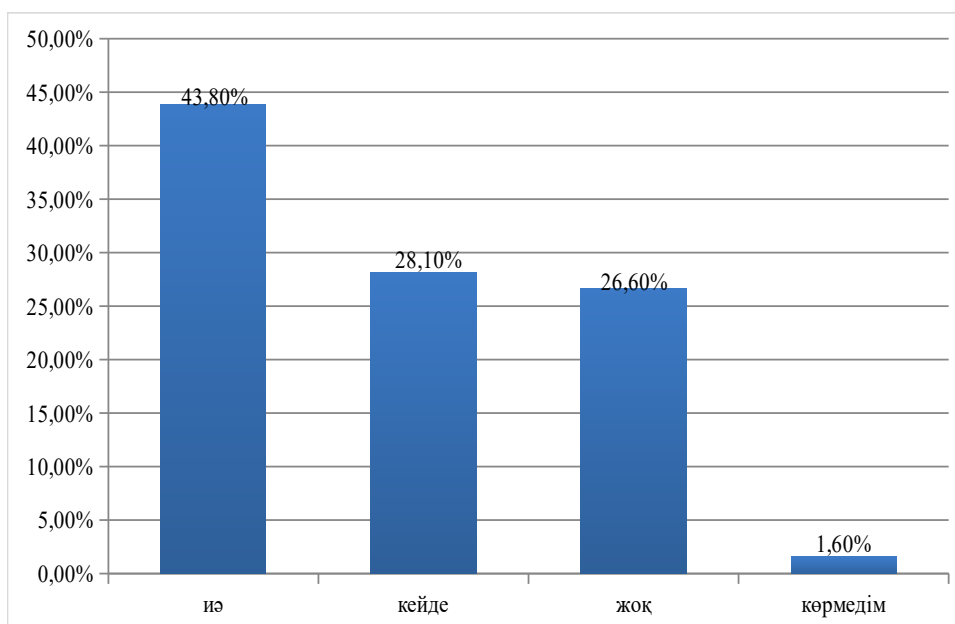
Сауалнаманың он алтыншы сұрағында респонденттер мейіргерлердің кеңесіне көңілінің толуын бағалады: «иә» деп 86,2% (n=86); «жартылай» деп 10,8% (n=11); «жоқ» деп 3,1% (n=3) жауап берді (сурет 22).



Сурет 23. Мейіргерлер күтімінің сапасын қанағаттанарлықсыз бағалаудың себептері.

Сауалнаманың он жетінші сұрағында респонденттер мейіргерлер күтімінің сапасын қанағаттанарлықсыз бағалаудың себебі неде екенін белгіледі: «ауыр жұмыс жүктемесіне байланысты» деп 43% (n=43) жауап берді; «мейіргерлердің

жетіспеушілігінен» деп 37% (n=37) жауап берді; «білмеймін» деп 20% (n=20) жауап берді (сурет 23).



Сурет 24. Науқас пен мейіргер арасындағы шиеленістің туындауы.

Сауалнаманың он сегізінші сұрағында респонденттер науқас пен мейіргерлер арасында шиеленістер жиі туындайтынын бағалады: 43,80% (n=44) «иә» деп жауап берді; «кейде» деп 28,10% (n=28) жауап берді; 26,60% (n=27) «жоқ» деп жауап берді; 1,60% (n=1) «көрмедім» деп жауап берді (сурет 24).

Сонымен, тыныс алу ағзаларының созылмалы аурумен ауыратын респонденттердің абсолютті санын – ер адамдар құрады (72,3%). Бұл ер адамдардың зиянды әдеттерге бейім болуымен, ауыр өнекәсіптік өндіріспен айналысуымен байланысты болуы мүмкін. Бронх демікпесіне, өкпенің созылмалы обструктивті ауруының өршуіне ықпал ететін факторлар анықталды: физикалық жүктеме-43,1% (n=43); респираторлы инфекция-17,7% ; аллергиялар-20,8%; респонденттердің 60% шылым шегетіндігі, 23,1% он жылдан астам ауыратындығы, 27,7 % ауру деңгейі ауыр екендігі және тыныс алу гимнастикасымен 70,8% шұғылданбайтындығы, мейіргерлердің үлестірме ақпарат құралдарын өте сирек пайдаланатыны (83%) анықталды. Дозалаған аэрозольді ингалятормен 47,2% респондент, ал ұнтақ тәрізді ингалятормен 22,5% қолданатындығы анықталды; 12,3% респонденттер енгізу ұстамасын басудағы қиындықтар болатындығын белгілеген.

Мейіргер көмегінің сапасын бағалалауда 83,1% респонденттер «толығымен қанағаттанамын», 13,8% - «жартылай қанағаттанамын», 3,1% - «қанағаттанбаймын» деп белгіледі.

Емдеуге қатысты сұрақтары туындағанда мейіргерлердің түсіндіруін 86,2% респонденттер оң бағалады, 10,8% -кейде , 3,1% -жоқ деп бағалады .

Мейіргерлердің кеңесіне көңілінің толуын бағалауда: «иә» деп 86,2% , «жартылай» деп 10,8%, «жоқ» деп 3,1% жауап берді.

Науқас пен мейіргерлер арасында шиеленістер жиі туындайтынын 43,80% «иә» деп белгіледі; 28,10% кейде деп атады.

Мейіргерлер күтімінің сапасын қанағаттанарлықсыз бағалаудың себептері белгіленді: «ауыр жұмыс жүктемесіне байланысты» - 43%, мейіргерлердің жетіспеушілігінен» - 37% .

### **3.2 Науқастармен тығыз қарым-қатынастағы мейіргерлердің көзқарасына жүргізілген сауалнама нәтижелері**

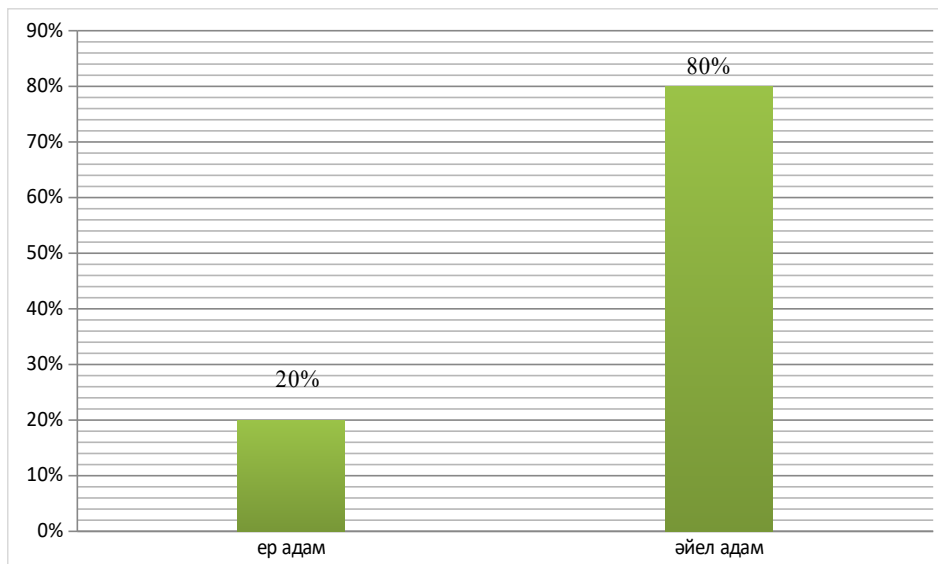
Біздің жасырын сауалнамамызға 30 мейіргер қатысты. Алғашқы деректерді талдау барысында қатысқан респонденттердің сапалық сипаттамалары бағаланды. Жасырын сауалнама нәтижелері бойынша анықталған респонденттердің әлеуметтік-демографиялық сипаттамалары 5-кестеде көрсетілген.

Кесте 5 – Мейіргерлердің әлеуметтік-демографиялық сипаттамалары (n=30).

<b>Сипаттама</b>	<b>Саны (n)</b>	<b>Пайызы (%)</b>
<b>1. Жынысы:</b>		
Ер адам	24	80%
Әйел адам	6	20%
<b>2. Жас ерекшеліктері:</b>		
18-25 жас	6	20%
26-35 жас	8	26,7%
36-45 жас	7	23,3%
46-55 жас	5	16,7%
55 жастан жоғары	4	13,3%

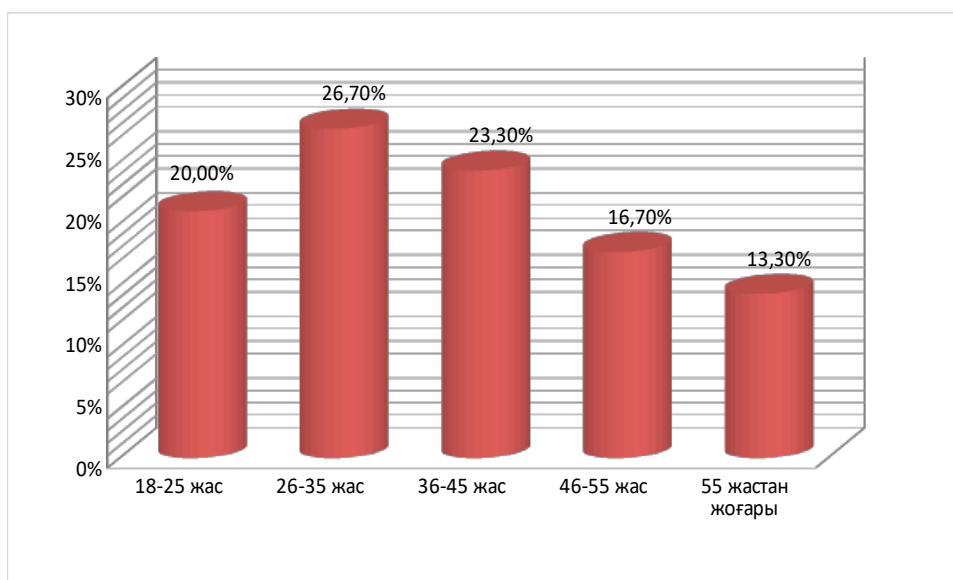


<b>3. Медициналық ұйым:</b> «№5 қалалық емхана» ШЖҚ МКК «№3 қалалық көпсалалы аурухана» ШЖҚ МКҚК	17	56,7%
	13	43,3%



Сурет 25 – Респонденттердің жынысы бойынша бөлінуі.

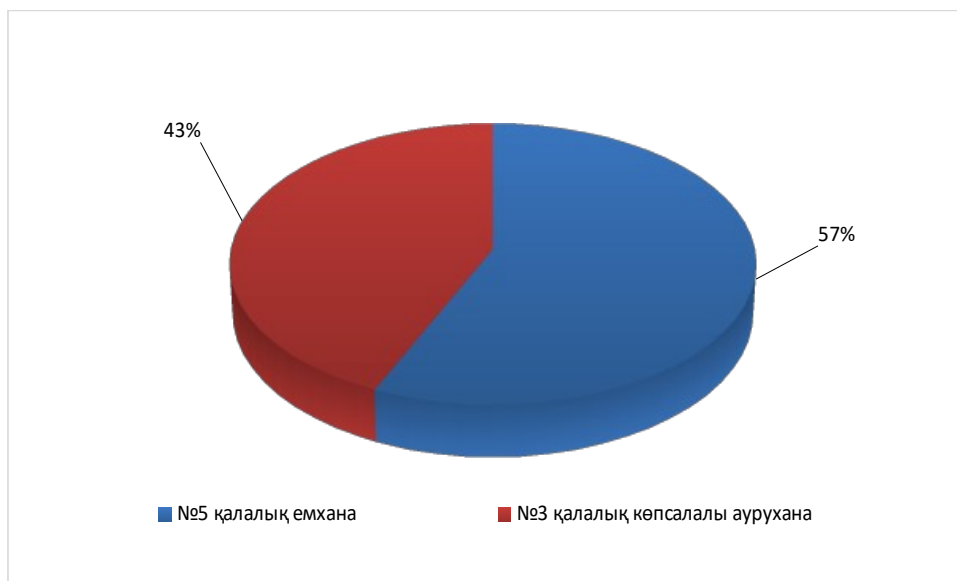
Зерттеуге қатысқан респонденттердің басым бөлігін 80% - әйел адам (n=24), ал қалған 20% - ер адам (n=6) құрады (сурет 25).



Сурет 26 – Респонденттердің жас аралығы бойынша ерекшелігі.

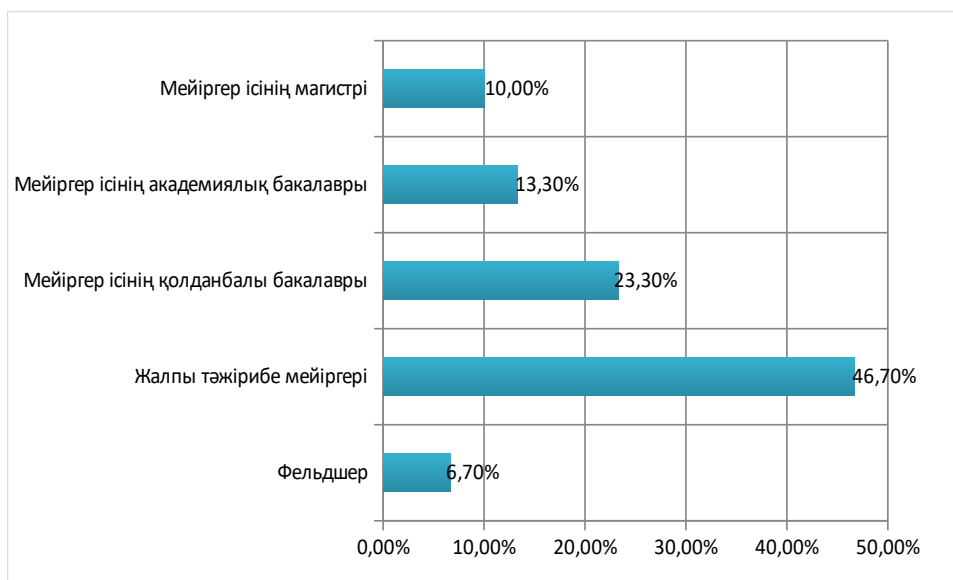
Зерттеуіміздің төлқұжат бөлігін талдау кезінде келесі нәтижелер алынды: 30 мейіргерден сауалнама алынды, олардың көп бөлігі 26-35 жас аралығындағы

респонденттер бұл 26,7% (n=8), 18-25 жас аралығындағы респонденттер 20% (n=6), 36-45 жас аралығындағы респонденттер - 23,3% (n=7), 46-55 жас аралығындағы респонденттер - 16,7% (n=5), 55 жастан жоғары респонденттер – 13,3% (n=4) қатысқан (сурет 26).



Сурет 27 – Респонденттердің медициналық ұйым бойынша бөлінуі.

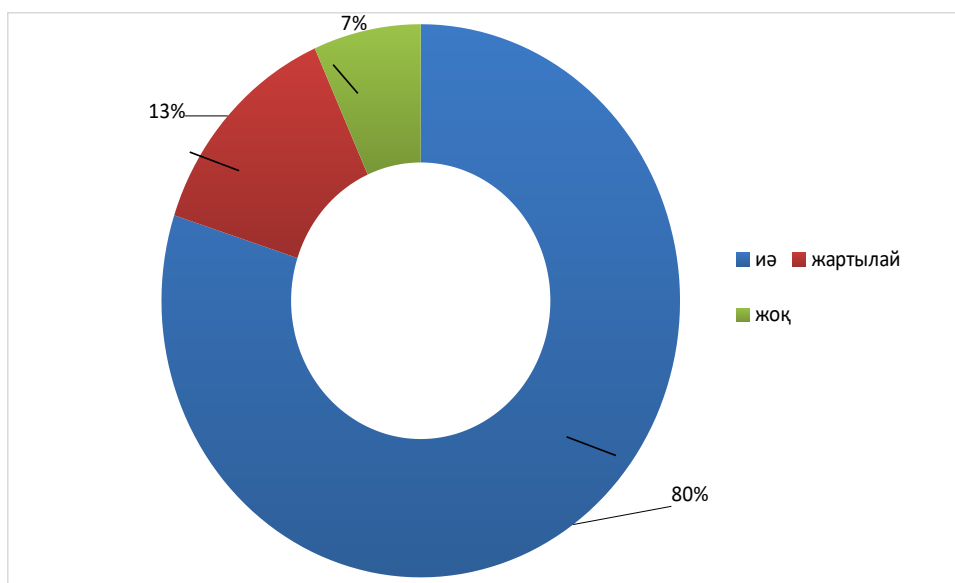
Респонденттердің басым бөлігі «№5 қалалық емхана» ШЖҚ МКК - 56,7% (n=17), қалған бөлігін «№3 қалалық көпсалалы аурухана» ШЖҚ МКҚК – 43,3% (n=13) құрайды (сурет 27).



Сурет 28 – Респонденттердің біліктілігі бойынша бөлінуі.

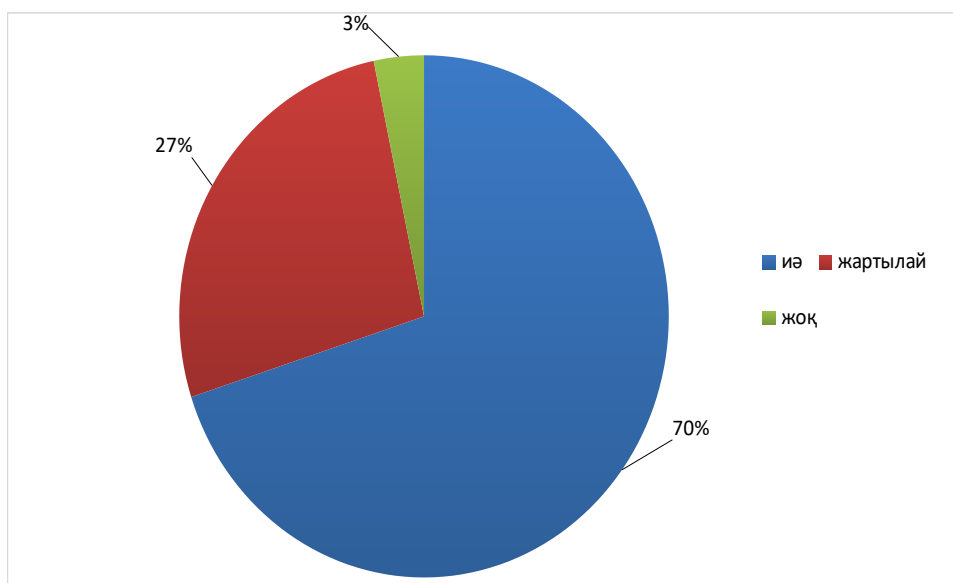
«Сіздің біліктілігіңіз?» деген сұраққа респонденттердің басым бөлігін жалпы тәжірибе мейіргері 46,7% (n=14), мейіргер ісінің қолданбалы бакалавры – 23,3% (n=7), мейіргер ісінің академиялық бакалавры – 13,3% (n=4), мейіргер ісінің

магистрі – 10% (n=3), ең аз бөлігін фельдшерлер – 6,7% (n=2) құрайтынын анықтадық (сурет 28).



Сурет 29 – Респонденттердің жұмыс жүктемесіне қанағаттануы.

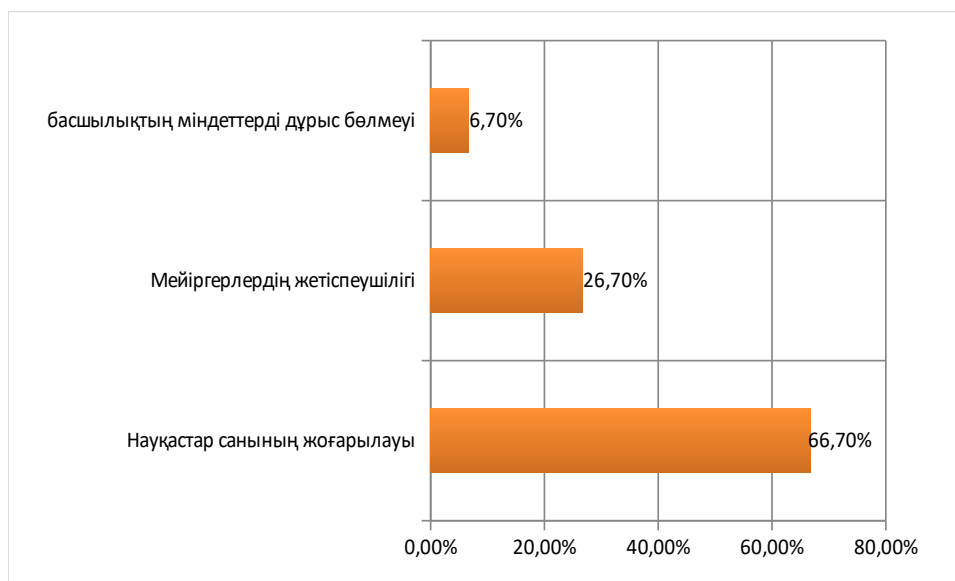
«Сіз өзіңіздің жұмыс жүктемеңізге қанағаттанасыз ба?» деген сұраққа респонденттердің басым бөлігі 80% (n=24) «иә» деп оң жауап берді. «Жартылай» деп 13,3% (n=4), «жоқ» деген жауапты 6,7% (n=2) белгіледі (сурет 29).



Сурет 30 – Респонденттердің міндеттерді уақытында орындауы.

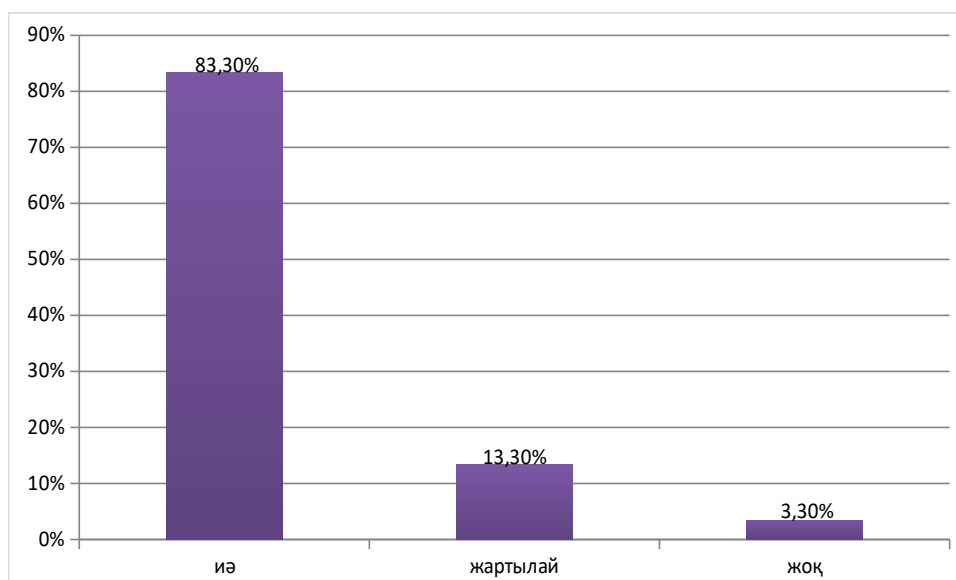
«Сіз барлық міндеттерді уақытында орындай аласыз ба?» деген сұраққа респонденттердің басым бөлігі 70% (n=21) «иә» деп оң жауап берді.

«Жартылай» деп 26,7% (n=8), «жоқ» деген жауапты 3,3% (n=1) белгіледі (сурет 30).



Сурет 31 – Респонденттердің міндеттерді орындау кезіндегі үлгермеу себептері.

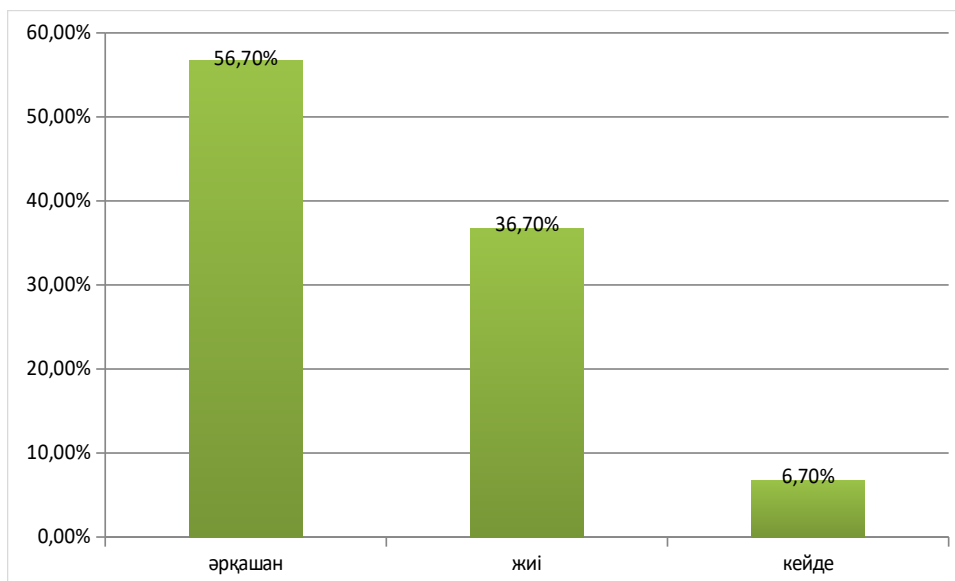
«Сіздің ойыңызша, жұмыс уақытында міндеттерді орындап үлгермеуіңіз немен байланысты?» деген сұраққа респонденттердің басым бөлігі «науқастар санының жоғарылауы» деген нұсқаны 66,7% (n=20), «мейіргерлердің жетіспеушілігі» – деп 26,7% (n=8), «басшылықтың міндеттерді дұрыс бөлмеуі» деген жауапты 6,7% (n=2) белгіледі (сурет 31).



Сурет 32 – Респонденттердің басшылық қарым-қатынасына қанағаттануы.

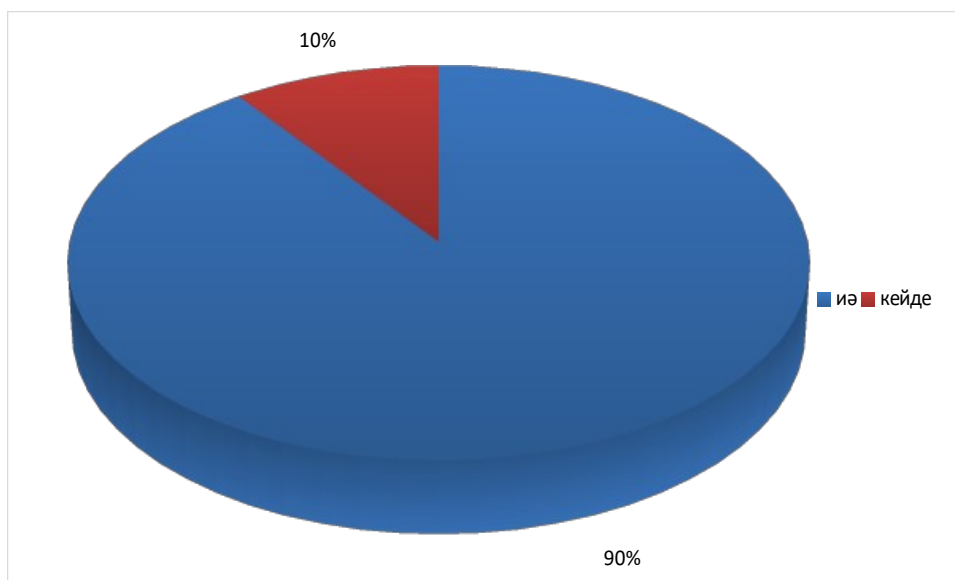
«Сіз басшылық қарым-қатынасына көңіліңіз тола ма?» деген сұраққа респонденттердің басым бөлігі 83,3% (n=25) «иә» деп оң жауап берді.

«Жартылай» деп 13,3% (n=4), «жоқ» деген жауапты 3,3% (n=1) белгіледі (сурет 32).



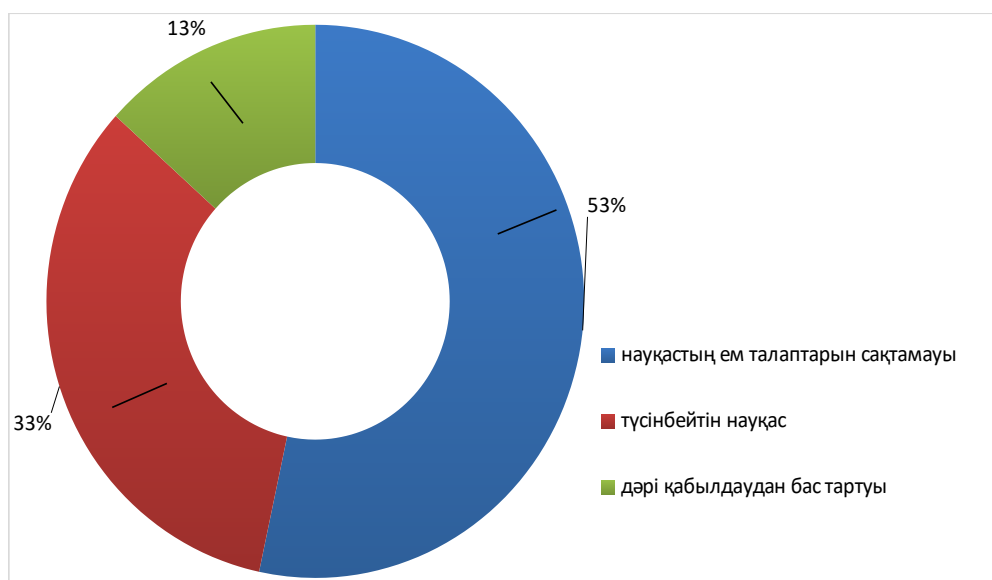
Сурет 33 – Басшылықтың респонденттерді мадақтауы.

«Сізді жұмыста қаншалықты жиі мадақтайды?» деген сұраққа респонденттердің басым бөлігі 56,7% (n=17) «әрқашан» деп оң жауап берді. «Жиі» деп 36,7% (n=11), «кейде» деген жауапты 6,7% (n=2) белгіледі (сурет 33).



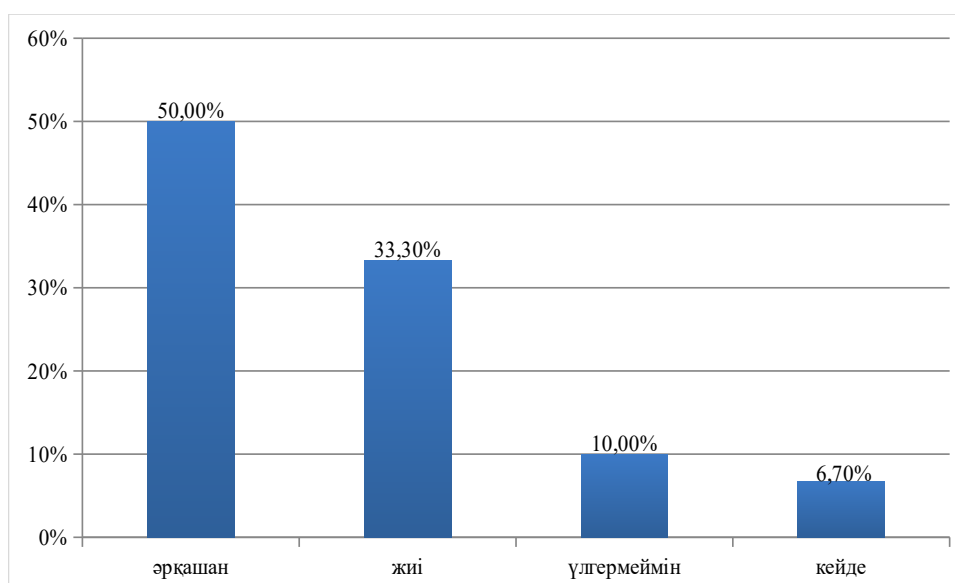
Сурет 34 – Респонденттердің еңбек демалысын алуы.

«Еңбек демалысы уақытында беріле ме?» деген сұраққа респонденттердің басым бөлігі 90% (n=27) «иә» деп оң жауап берді. Қалған респонденттердің 10% (n=3) «кейде» нұсқасын таңдады (сурет 34).



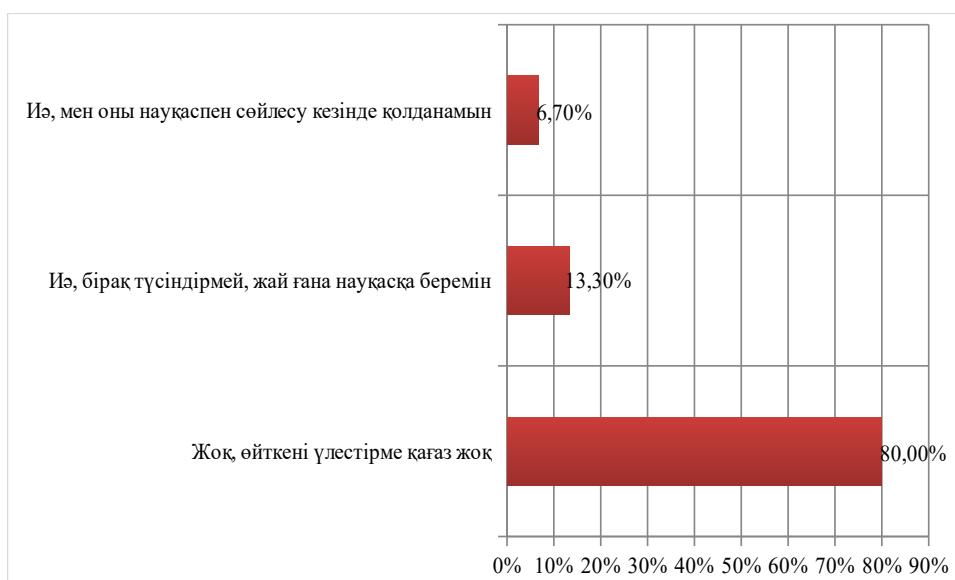
Сурет 35 – Науқастармен қақтығыстардың байланысы.

«Науқастармен қақтығыстар немен байланысты деп ойлайсыз?» деген сұраққа респонденттердің басым бөлігі «науқастың ем талаптарын сақтамауы» деген жауапты 53,3% (n=16) таңдады. «Түсінбейтін науқас» деген жауапты 33,3% (n=10), «дәрі қабылдаудан бас тартуы» деген жауапты 13,3% (n=4) белгіледі (сурет 35).



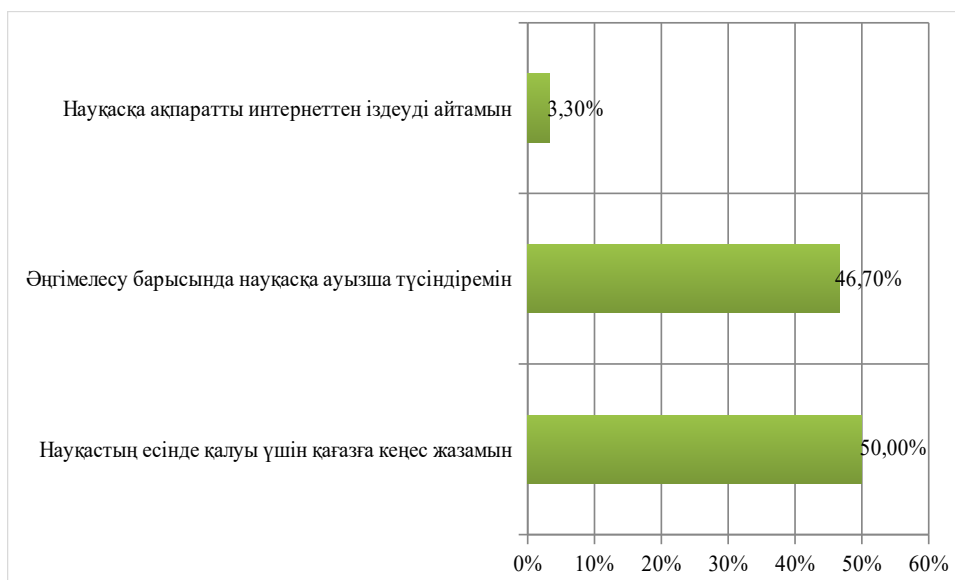
Сурет 36 – Респонденттердің науқастармен жүргізетін сұхбаты.

«Сіз науқастармен режимді сақтау және дәрілік заттарды дұрыс қолдану туралы қаншалықты жиі сөйлесесіз?» деген сұраққа респонденттердің басым бөлігі «әрқашан» деген жауапты 50% (n=15) таңдады. «Жиі» деген жауапты 33,3% (n=10), «үлгермеймін» деген жауапты 10% (n=3), «кейде» деген жауапты 6,7% (n=2) белгіледі (сурет 36).



Сурет 37 – Респонденттердің үлестірме материалдарды пайдалануы.

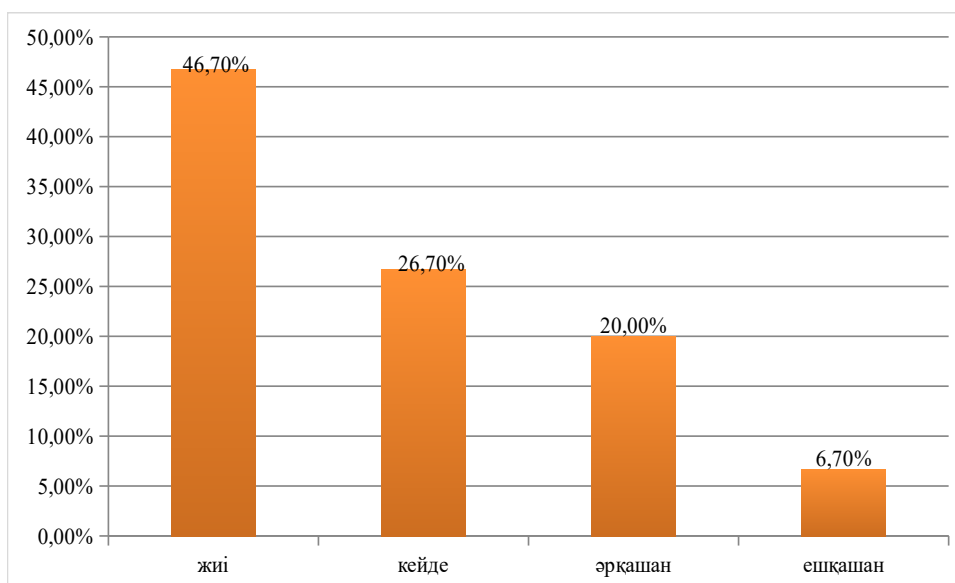
«Сіз науқастарға арналған көрнекі үлестірме материалдарын (брошюра, буклеттер) пайдаланасыз ба?» деген сұраққа респонденттердің басым бөлігі «Жоқ, өйткені үлестірме қағаз жоқ» нұсқасын 80% (n=24) таңдады. «Иә, бірақ түсіндірмей, жай ғана науқасқа беремін» жауабын 13,3% (n=4), «Иә, мен оны науқаспен сөйлесу кезінде қолданамын» деген жауапты 6,7% (n=2) белгіледі (сурет 37).



Сурет 38 – Респонденттердің үлестірме материалды пайдалану жиілігі.

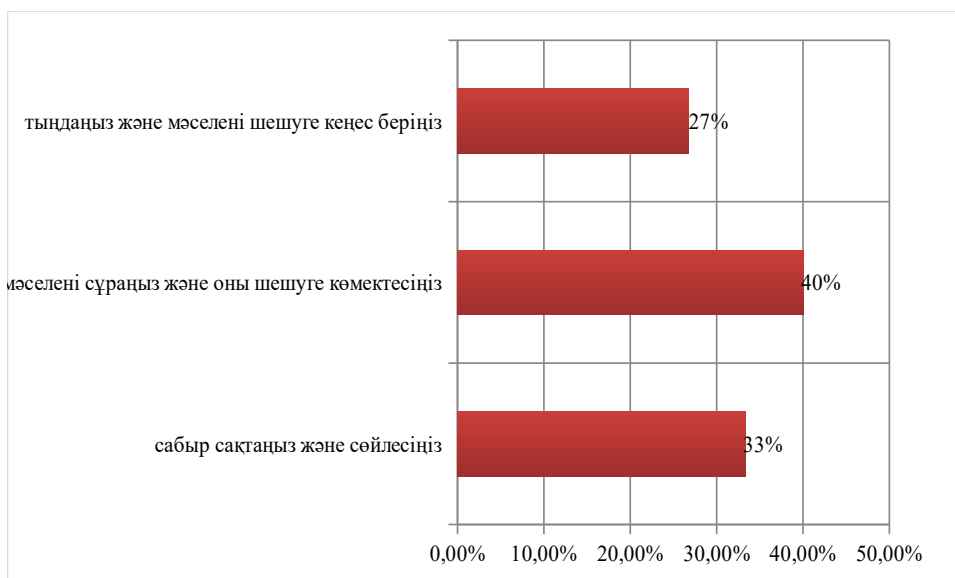
«Қолыңызда көрнекі үлестірме материал (брошюра, буклеттер) болмаса, сіз не істейсіз?» деген сұраққа респонденттердің басым бөлігі «Науқастың есінде қалуы үшін қағазға кеңес жазамын» деген жауапты 50% (n=15) таңдады. «Әңгімелесу барысында науқасқа ауызша түсіндіремін» деген жауапты 46,7%

(n=14), «Науқасқа ақпаратты интернеттен іздеуді айтамын» деген жауапты 3,3% (n=1) белгіледі (сурет 38).



Сурет 39 – Респонденттердің мәселелі науқастармен кездесу жиілігі.

«Жұмыс уақытында «мәселелі (жанжал тудыратын) науқастармен» қаншалықты жиі кездесесіз?» деген сұраққа респонденттердің басым бөлігі 46,7% (n=14) «жиі» деп жауап берді. «Кейде» деп 26,7% (n=8), «әрқашан» 20% (n=6), «ешқашан» деген жауапты 6,7% (n=2) белгіледі (сурет 39).



Сурет 40 – Респонденттердің ұсыныстары.

«Мәселелі (жанжал тудыратын) науқастармен» жұмыс істеу бойынша қандай ұсыныстарыңыз бар?» деген сұраққа респонденттер бірнеше нұсқаны белгіледі:



«сабыр сақтаңыз және сөйлесіңіз» – 33,3% (n=10), «мәселені сұраңыз және оны шешуге көмектесіңіз» – 40% (n=12), «тыңдаңыз және мәселені шешуге кеңес беріңіз» деген жауапты – 26,7% (n=8) таңдады (сурет 40).

Алынған нәтижелерге сүйене отырып, мейіргерлердің ауыр жұмыс жүктемесіне байланысты науқаспен толық сенімді ақпараттық байланыс құра алмауын байқадық. Соның арқасында күнделікті мейіргерлік күтім жасау кезінде науқаспен мейіргер арасында шиеліністің жиі туындайтынын көрдік. Бірақ қандай шиеленісті мәселе болмасын, мейіргерлер сабыр сақтап, мәселенің мән жайын анықтауға әрдайым тырысады. Зертеу деректеріне көз жүгіртсек, белгілі бір бөлімше жағдайында мейіргер өзіне ғана қол жетімді құралдардың арсеналын пайдаланады. Яғни, көрнекі үлестірме құралдардың болмауы мейіргердің кінәсі еместігін түсіндіреді. Алайда ол науқасқа күтімді түсіндіру жауапкершілігінен айырмайды.

Сонымен, мейіргерлердің 20% жүктемелеріне толық немесе жартылай қанағаттанбайтының және барлық міндеттерін уақытында орындай алмайтының белгіледі. Мейіргерлердің жұмыс уақытында міндеттерді орындап үлгермеулерінің себептері: «науқастар санының жоғарылауы- 66,7%, мейіргерлердің жетіспеушілігі –26,7%, басшылықтың міндеттерді дұрыс бөлмеуі-6,7%.

Мейіргерлердің науқастармен қақтығыстар себептері: науқастың ем талаптарын сақтамауы- 53,3%, түсінбейтін науқас- 33,3% , «дәрі қабылдаудан бас тартуы»- 13,3%. Мейіргерлердің науқастармен режимді сақтау және дәрілік заттарды дұрыс қолдану туралы деген сұраққа үлгермеймін деп 10- % , «кейде» деп - 6,7% белгіледі. Мейіргерлердің 80% науқастарға арналған көрнекі үлестірме материалдарын (брошюра, буклеттер) пайдаланбау себебі үлестірме қағаздың болмауын атады. Қолыңызда көрнекі үлестірме материал (брошюра, буклеттер) болмаса мейіргерлердің 50% науқастың есінде қалуы үшін қағазға кеңес жазамын, 46,7% әңгімелесу барысында науқасқа ауызша түсіндіремін, 3,3% науқасқа ақпаратты интернеттен іздеуді айтамын» деп белгіледі.

## ТҰЖЫРЫМДАМА

Созылмалы өкпе ауруларының қазіргі таңда санының өсуі барлық денсаулық сақтау жүйелерінің ең басты мәселелерінің бірі болып табылады. Соңғы деректерге жүгінсек, бүкіл әлемде бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауру санының өсуі байқалады. Ол адам өлімінің негізгі себебі болып табылатын инфекциялық емес созылмалы аурулардың алғашқы ондығына кіреді. Аталған аурулар әсіресе дамушы елдерде жиі кездеседі. Бұл өз кезегінде, ауаның ластану әсерінен аурудың кеңінен таралу ықтималдылығын дәлелдейді. Осылайша, созылмалы аурулар төтенше жағдайлардың дамуы мен жиілігі жағынан жоғарғы қауіп бар топ екенін растайды. Бронх демікпесі және өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен ауыратын науқастар өмір сапасына теріс әсер ететін көптеген жағдайларға тап болады, ол ең алдымен аурудың бүкіл кезеңінде тыныс алудың қысқару мәселесі болып табылады. Көптеген ғалымдар өз зерттеуінде мейіргерлік күтімнің аталған аурулардың асқынуы мен ауруханаға жатқызу санының азаюында, өмір сүру сапасының жақсаруында тиімді екенін анықтады. Инфекциялық емес созылмалы аурулардағы мейіргерлік күтімнің негізгі қағидасы – науқастың тыныс жолдарын ашық ұстап, гипоксияны уақытылы алдын-алу болып табылады. Барлық кезеңдердегі күтімнің үздіксіздігі және олардың арасындағы мызғымас қарым-қатынас құру ауруды жақсырақ бақылауға және осы бақылаудың мақсаттарына қол жеткізуге ықпал етеді: аурудың өршу санын азайту, өмір сүру сапасын жақсарту және тағы да басқа. Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруын емдеуде дәрі-дәрмектердің басым бөлігі ингаляция түрінде болады. Бірақ науқастардың барлығы ингалятор пайдалануды біле бермейді. Бұл күнделіті дәрігер жұмысының көптігі мен уақытының аздығына байланысты. Сондықтан, мейіргерлердің басты міндеті дәрігер тағайындаған емнің тиімділігін арттыру үшін, түсіндіру жұмыстарын жүргізу. Осыған байланысты шұғыл жағдайлар туындаған кезде медициналық шешімдер қабылдау мен жүзеге асыруда мейіргерлердің жауапкершілігі артады. Дұрыс күтімді ұйымдастыру үшін, мейіргер мысалы ингаляциялық құрылғыларды қолдану техникасын бақылауы керек. Емдік препараттарды тиімді қолдану әдісі күтімнің сәтті болуын, ауру болжамын жақсартудың қажетті шарты болып табылады.

Емдеу-алдын алу мекемесі ұсынатын медициналық қызметтерге науқастардың қанағаттануы маңызды көрсеткіш болып табылады. Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруын емдеу өте күрделі, ал асқынулары ауыр болғандықтан, оларды алдын-алу оның қайтымсыз салдарынан қорғанудың жалғыз әдісі болып табылады. Мейіргерлік күтім тиімді болуы үшін науқастар мен олардың отбасы мүшелеріне ауру және емдеу принциптері туралы ақпарат беру өте маңызды.

Бірінші міндетке сәйкес бронх демікпесі және өкпенің созылмалы обструктивті ауруының кең таралуы олардың жаһандық деңгейдегі мәселе екенін тағы да дәлелдейді.

Екінші міндетті орындау үшін арнайы бейімделген сауалнама жүргізілген болатын. Бронх демікпесі және өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастар саны – 100 респондентті құрады. Оның ішінде бронх демікпесімен – 50, өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен 50 науқас сауалнамаға жауап берді. Респонденттердің басым көпшілігі 72,3% (n=72) – ер адамдарды құрады. Бұл ер адамдардың зиянды әдеттерге бейім болуымен, ауыр өнекәсіптік өндіріспен айналысуымен байланысты болуы мүмкін. Шылым шегудің зияндылығына қарамастан респонденттердің 60% әлі де зиянды әдеттен арылмағанын мойындаған. Шылымға деген бейімділікті жою үшін мейіргер науқастармен профилактикалық сұхбаттарды көбірек жүргізіп, олардың адам ағзасына қандай зиян әкелетін салдар болатынын айтуы қажет.

Созылмалы тыныс ауруларына күтіммен айналысатын мейіргер жұмысының маңызды компоненттерінің бірі – науқастың емделуге деген ынтасына оң әсер ету стратегиясы. Мұндай өзгерістердің орын алуы үшін мейіргер мен науқастың ұзақ мерзімді өзара әрекеттесуі қажет. Мейіргер науқасты ынталандыру, бағыттау және қолдау арқылы икемділік пен табандылық танытуы керек. Бірақ мейіргерлердің жұмыс уақытында міндеттерді орындап үлгермеулерінің себептері «науқастар санының жоғарылауы (66,7%) мен мейіргерлердің жетіспеушілігі (26,7%) деп атап айтқан болатын.

Бронх демікпесіне, өкпенің созылмалы обструктивті ауруының өршуіне ықпал ететін факторлар ішінде респираторлы инфекция – 17,7% және аллергиялар – 20,8% құрады. Бұл көрсеткіштер ауыратын науқастардың ақпараттандырудың аз деңгейін және олардың емделуге деген ынтасының төмендігін дәлелдейді.

Халықтың денсаулығына байланысты ақпарат құралдары барлығына қолжетімді деңгейде болуы қажет. Жүргізілген зерттеуіміз көрсеткендей тыныс алу гимнастикасымен 70,8% науқастардың шұғылданбайтындығы, мейіргерлердің үлестірме ақпарат құралдарын өте сирек пайдаланатыны (83%) анықталды.

Қорыта келе, созылмалы тыныс алу ауруларымен ауыратын науқастарға арналған мейіргерлік білім беруді енгізу олардың ауруы туралы хабардар болуын, ауру белгілерін бақылау және басқару әдістерін айтарлықтай жақсарта алады, болашақта туындауы мүмкін аурудың күрт өршуі мен ауруханаға жатқызу санын азайтуға көмектеседі, науқастардың өз еркімен өзін-өзі бақылауын жақсартады және емделуге деген бейімділігін арттырады.

## ҚОРЫТЫНДЫ

1. Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға мейіргерлік күтімді ұйымдастыруды зерттеу барысында ауруының өршуіне физикалық жүктеме (43,1%), респираторлы инфекция (17,7%) аллергиялар (20,8%) әсер ететіндігі және респонденттердің 60% шылым шегетіндігі, 70,8% тыныс алу гимнастикасымен 70,8% шұғылданбайтындығы, 12,3% енгізу ұстамасын басудағы қиындықтар болатындығы, 83% мейіргерлердің үлестірме ақпарат құралдарын өте сирек пайдаланатыны анықталды.

2. Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға мейіргерлік күтім сапасына қанағаттануын бағалауда 83,1% респонденттер «толығымен қанағаттанатыны, 13,8% - «жартылай қанағаттанатыны, 3,1% - «қанағаттанбайтындығы анықталды.

3. Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бойынша мейіргерлерінің жұмысына арналған, аталған аурулардың өршуін алдын алуға кепілдік беретін ақпараттарды кеңінен қолдану қажет.

## **ПРАКТИКАЛЫҚ ҰСЫНЫСТАР**

1. Зерттеу материалдары негізінде жасалынған ұсыныстар медициналық ұйымдарда мейіргер ісінде және білім беру мекемелеріндегі мейіргерлерді даярлау кезінде оқу-әдістемелік процессте қолдануға бағытталған.
2. Ғылыми зерттеу барысында айқындаған аурудың тәуекел факторлары (физикалық жүктеме, аллергиялар, жедел респираторлы инфекциялар және т.б.) мейіргерлерді медициналық көмекке тартуды ұтымды ұсыныстар жасауға мүмкіндік берді.
3. Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бойынша мейіргерлерінің жұмысына арналған тыныс алу гимнастикасының артықшылығы және темекі шегуден толық бас тартудың маңыздылығы бойынша ақпараттарды кеңінен қолдану мейіргерлік күтім тиімділігіне оң әсер етеді.

## ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Mannino D.M., Buist S. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *Lancet* 2007; 370: 765–773.
2. Buist A.S., McBurnie M.A., Vollmer W.M. et al. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. *Lancet* 2007; 370:741–750.
3. Eisner M.D., Anthonisen N., Coultas D. et al. An official American Thoracic Society public policy statement: novel risk factors and the global burden of chronic obstructive pulmonary disease // *Am J Respir Crit Care Med.* – 2010. - №182. – P. 693–718.
4. Williams, D.T. The face of COPD in Scotland now and in the future is increasingly female and poor // *Eur. Respir. J.* - 2004. - Vol. 24, suppl. 48. — P.2250-2259.
5. Г.У. Есетова, Г.А. Джунусбекова, С.Ф. Беркинбаев. Распространенность хронической обструктивной болезни легких среди жителей города Павлодар и Павлодарской области // *Медицина.* – Алматы: 2017. - №8(182). – С. 64-67.
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Revised 2016 // [www.goldcopd.com](http://www.goldcopd.com)
7. Nugmanova D., Feshchenko Y., Iashyna L. et al. The prevalence, burden and risk factors associated with chronic obstructive pulmonary disease in Commonwealth of Independent States (Ukraine, Kazakhstan and Azerbaijan): results of the CORE study // *BMC Pulm. Med.* – 2018. - №18(1). – P. 26-34.
8. Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. Care burden and quality of life among the caregivers of patients with COPD. *Turk. Toraks Mag.* 2012;13:87–92. doi: 10.5152/ttd.2012.21
9. Karasu F, Aylaz R. Evaluation of meaning of life and self-care agency in nursing care given to chronic obstructive pulmonary patients according to health promotion model. *Appl. Nurs. Res.* 2020;51:151208. doi: 10.1016/j.apnr.2019.151208.
10. Yu SH, Guo AM, Zhang XJ. Effects of self-management education on quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int. J. Nurs. Sci.* 2014;1(1):53–57. doi: 10.1016/j.ijnss.2014.02.014.
11. Yee A, Loh HS, Ng CG, Sulaiman AH. Sexual desire in opiate-dependent men receiving methadone-assisted treatment. *Am. J. Men's Health.* 2018;12(4):1016–1022. doi: 10.1177/1557988318759197.
12. Fletcher MJ, Dahl BH. Expanding nurse practice in COPD: is it key to providing high quality, effective and safe patient care? *Prim Care Respir J.* 2013;22(2):230–233. doi: 10.4104/pcrj.2013.00044.
13. Ingadottir TS, Jonsdottir H. Partnership-based nursing practice for people with chronic obstructive pulmonary disease and their families: influences on health-related quality of life and hospital admissions. *J. Clin. Nurs.* 2010;19(19–20):2795–2805. doi: 10.1111/j.1365 2702.2010.03303.x.

14. Scullion J. The nurse practitioners' perspective on inhaler education in asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Can. Respir. J.* 2018 doi: 10.1155/2018/2525319.
15. Spencer P, Hanania NA. Optimizing safety of COPD treatments: role of the nurse practitioner. *J. Multidiscip. Healthc.* 2013;6:53–63. doi: 10.2147/JMDH.S35711.
16. Mannino D.M., Buist S. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *Lancet* 2007; 370: 765–773.
17. Buist A.S., McBurnie M.A., Vollmer W.M. et al. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. *Lancet* 2007; 370:741–750.
18. Eisner M.D., Anthonisen N., Coultas D. et al. An official American Thoracic Society public policy statement: novel risk factors and the global burden of chronic obstructive pulmonary disease // *Am J Respir Crit Care Med.* – 2010. - №182. – P. 693–718.
19. Williams, D.T. The face of COPD in Scotland now and in the future is increasingly female and poor // *Eur. Respir. J.* - 2004. - Vol. 24, suppl. 48. — P.2250-2259.
20. Г.У. Есетова, Г.А. Джунусбекова, С.Ф. Беркинбаев. Распространенность хронической обструктивной болезни легких среди жителей города Павлодар и Павлодарской области // *Медицина.* – Алматы: 2017. - №8(182). – С. 64-67.
21. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Revised 2016 // [www.goldcopd.com](http://www.goldcopd.com)
22. Nugmanova D., Feshchenko Y., Iashyna L. et al. The prevalence, burden and risk factors associated with chronic obstructive pulmonary disease in Commonwealth of Independent States (Ukraine, Kazakhstan and Azerbaijan): results of the CORE study // *BMC Pulm. Med.* – 2018. - №18(1). – P. 26-34.
23. Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. Care burden and quality of life among the caregivers of patients with COPD. *Turk. Toraks Mag.* 2012;13:87–92. doi: 10.5152/ttd.2012.21
24. Karasu F, Aylaz R. Evaluation of meaning of life and self-care agency in nursing care given to chronic obstructive pulmonary patients according to health promotion model. *Appl. Nurs. Res.* 2020;51:151208. doi: 10.1016/j.apnr.2019.151208.
25. Yu SH, Guo AM, Zhang XJ. Effects of self-management education on quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int. J. Nurs. Sci.* 2014;1(1):53–57. doi: 10.1016/j.ijnss.2014.02.014.
26. Yee A, Loh HS, Ng CG, Sulaiman AH. Sexual desire in opiate-dependent men receiving methadone-assisted treatment. *Am. J. Men's Health.* 2018;12(4):1016–1022. doi: 10.1177/1557988318759197.
27. Fletcher MJ, Dahl BH. Expanding nurse practice in COPD: is it key to providing high quality, effective and safe patient care? *Prim Care Respir J.* 2013;22(2):230–233. doi: 10.4104/pcrj.2013.00044.

28. Ingadottir TS, Jonsdottir H. Partnership-based nursing practice for people with chronic obstructive pulmonary disease and their families: influences on health-related quality of life and hospital admissions. *J. Clin. Nurs.* 2010;19(19–20):2795–2805. doi: 10.1111/j.1365 2702.2010.03303.x.
29. Scullion J. The nurse practitioners' perspective on inhaler education in asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Can. Respir. J.* 2018 doi: 10.1155/2018/2525319.
30. Spencer P, Hanania NA. Optimizing safety of COPD treatments: role of the nurse practitioner. *J. Multidiscip. Healthc.* 2013;6:53–63. doi: 10.2147/JMDH.S35711.
31. Абросимов, В.Н. Реабилитация больных ХОБЛ [Текст] / В. Н. Абросимов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 105 с.
32. Вёрткин, А. Л. Хроническая обструктивная болезнь легких: руководство для практических врачей [Текст] / А. Л. Вёрткин, Л. А. Шпагина. – Москва: Э, 2018. - 143 с.
33. Герасимова, А. С. Хроническая обструктивная болезнь легких (клиника, диагностика, лечение): учебное пособие [Текст] / А. С. Герасимова. - Пенза: Изд-во ПГУ, 2014. – 93 с.
34. Дзеранова, Н.Я. Хроническая обструктивная болезнь легких [Текст] / Н. Я. Дзеранова, В. А. Исаков, А. В. Сизов. - Санкт-Петербург: СПбГПМУ, 2018. - 75 с.
35. Кондейевски, Д. М. ХОБЛ и бронхиальная астма [Текст] / Д. М. Кондейевски, С. МакФерсон. - Москва, 2014. - 164 с.
36. Липницкая, Е.А. Хроническая обструктивная болезнь легких и кардиоваскулярная патология: учебное пособие [Текст] / Е. А. Липницкая , Е. А. Полунина. - Астрахань, 2016. - 48 с.
37. Мухина, С. А. Теоретические основы сестринского дела: учебник для студентов учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по специальностям «Сестринское дело» [Текст] / С. А. Мухина, И. И. Тарновская. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 366 с.
38. Никитин, В. А. Лечение клинических вариантов хронической обструктивной болезни легких [Текст] / В. А. Никитин, Л. В. Васильева. - Воронеж: Науч. кн., 2018. - 178 с.
39. Обучение пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в амбулаторных условиях: учебно-методическое пособие [Текст] / Г. Е. Ройтберг, Н. В. Кондратова, Ж. В. Дорош, С. А. Тарабарин. - Москва: ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, 2018. - 28 с.
40. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций: учебное пособие для медицинских училищ и колледжей: для студентов учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по специальностям 060501.52 «Сестринское дело» и 060101.52 «Лечебное дело» по дисциплине «Основы сестринского дела» [Текст] / [Н. В. Широкова и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 155 с.



41. Островская, И. В. Основы сестринского дела: учебник для медицинских училищ и колледжей [Текст] / И. В. Островская, Н. В. Широкова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 319 с.
42. Потешкина, Н. Г. Современные взгляды на диагностику и лечение хронической обструктивной болезни легких с позиции доказательной медицины: учебное пособие [Текст] / Н. Г. Потешкина, В. А. Семенов, С. К. Аджигайтканова. - Москва: Изд-во РАМН, 2016. - 34 с.
43. Похазникова, М.А. Хроническая обструктивная болезнь легких: диагностика, распространенность, факторы риска развития и патогенетические особенности: учебно-методическое пособие [Текст] / М. А. Похазникова. - Санкт-Петербург : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова 2018. - 39 с.
44. Эвелина Кивинен, Ханна Хопия, Сари Ярвинен, Илкка Вянянен, 2018, «Методологические рекомендации по адаптации международных клинических сестринских руководств»
45. World Health Organization. (2007). Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: A comprehensive approach. Retrieved from <http://www.who.int/gard/publications/GARD%20Book%202007.pdf>
46. Bahadori, K., Doyle-Waters, M., Marra, C., Lynd, L., Alasaly, K., Swiston, J., FitzGerald, M. (2009). Economic burden of asthma: a systematic review. *BMC Pulmonary Medicine*, 9(24) doi: 10.1186/1471-2466-9-24.
47. Lougheed, M. D., Lemièrre, C., Ducharme, F. M., Licskai, C., Dell, S., Rowe, B., Boulet, L. P. (2012). Canadian Thoracic Society 2012 guideline update: Diagnosis and management of asthma in preschoolers, children and adults. *Canadian Respiratory Journal*, 19(2), 127–164. Retrieved from [http://www.respiratoryguidelines.ca/sites/all/files/2012\\_CTS\\_Guideline\\_Asthma.pdf](http://www.respiratoryguidelines.ca/sites/all/files/2012_CTS_Guideline_Asthma.pdf)
48. National Institute of Health—National Heart, Lung, and Blood Institute. (2007). Expert panel report 3: Guidelines for the diagnosis and management of asthma (3rd ed.). Retrieved from <http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/asthgdln.pdf>
49. Registered Nurses' Association of Ontario. (2004a). Adult asthma care guidelines for nurses: Promoting control of asthma. Toronto, ON: Author.
50. Registered Nurses' Association of Ontario. (2007a). Adult asthma care guidelines for nurses: Promoting control of asthma supplement. Toronto, ON: Author.
51. D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D. G. Altman, and The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis: The PRISMA Statement. *BMJ*, 339, b2535, doi: 10.1136/bmj.b2535
52. Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 182(108), E839–842.
53. British Thoracic Society/Scottish Intercollegiate Guidelines. (2014). British guideline on the management of asthma: A national clinical guideline. Retrieved

- from <https://www.britthoracic.org.uk/document-library/clinicalinformation/asthma/btssign-asthma-guideline-2014/>.
54. Global Initiative for Asthma. (2015). Global strategy for asthma management and prevention (2015 update). Retrieved from: <http://ginasthma.org/>  
[http://www.respiratoryguidelines.ca/sites/all/files/2012\\_CTS\\_Guideline\\_Asthma.pdf](http://www.respiratoryguidelines.ca/sites/all/files/2012_CTS_Guideline_Asthma.pdf)
  55. Sveum, R., Bergstrom, J., Brottman, G., Hanson, M., Heiman, M., Johns, K., Uden, D. (2012). Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Management of Asthma. Updated July 2012. 48
  56. Veterans Affairs/Department of Defense. (2009). Clinical practice guideline for the management of asthma in children and adults. Retrieved from [http://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/asthma/ast\\_2\\_full.pdf](http://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/asthma/ast_2_full.pdf).
  57. Loughheed, M. D., Lemièrre, C., Dell, S. D., Ducharme, F. M., FitzGerald, J. M., Leigh, R., ...Boulet, L-P. (2010). Canadian Thoracic Society Asthma Management Continuum—2010 Consensus Summary for children six years of age and over, and adults. *Canadian Respiratory Journal*, 17(1), 15–24. Retrieved from [http://www.respiratoryguidelines.ca/sites/all/files/cts\\_asthma\\_consensus\\_summary\\_2010.pdf](http://www.respiratoryguidelines.ca/sites/all/files/cts_asthma_consensus_summary_2010.pdf)
  58. Halbert, R. J., Tinkelman, D. G., Globe, D. R., & Lin, S. L. (2009). Measuring asthma control is the first step to patient management: A literature review. *Journal of Asthma*, 46(7), 659–664. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/02770900902963128>
  59. Eli O. Meltzer, Rhinosinusitis Diagnosis and Management for the Clinician: A Synopsis of Recent Consensus Guidelines May 2011 Volume 86, Issue 5, Pages 427–443
  60. Manoharan, A., Anderson, W. J., Lipworth, J., & Lipworth, B. J. (2015). Assessment of spirometry and impulse oscillometry in relation to asthma control. *Lung*, 193(1), 47–51. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00408-014-9674-6> 20. College of Nurses of Ontario. (2009b). Professional standards, revised 2002. Toronto, ON: Author. Retrieved from [http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41006\\_profstds.pdf](http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41006_profstds.pdf)
  61. British Medical Journal. (2016). BMJ Best Practice: Acute asthma exacerbation in adults. Retrieved from <http://us.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/45.html>
  62. Cowie, R., Underwood, M., Revitt, S., & Field, S. (2001). Predicting emergency department utilization in adults with asthma: a cohort study. *Journal of Asthma*, 38(2), 179–184.
  63. Adams, R., Smith, B., & Ruffin, R. (2000). Factors associated with hospital admission and repeat emergency department visits for adults with asthma. *Thorax*, 55(7), 566–573.
  64. Eisner, M., Katz, P., Yelin, E., Shiboski, S., & Blanc, P. (2001). Risk factors among adults with asthma: the influence of sociodemographic factors and asthma severity. *Respiratory Research*, 2(1), 53–60.

65. Corrado, A., Renda, T., Polese, G., & Rossi, A. (2013). Assessment of asthma control: The SERENA study. *Respiratory Medicine*, 107(11), 1659–1666. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2013.08.019>
66. Vervloet, D., Pribil, C., Dumur, J. P., Godard, P., Salmeron, S., Serrier, P., ... Didier, A. (2014). Factors associated with poorly controlled asthma among adults in France. *Revue Française d'Allergologie*, 54(6), 428–437. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.reval.2014.04.001>
67. Gonzalez-Barcala, F. J., De La Fuente-Cid, R., Tafalla, M., Nuevo, J., & Caamano-Isorna, F. (2012). Factors associated with health-related quality of life in adults with asthma. A cross-sectional study. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 7(5). doi:<http://dx.doi.org/10.1186/2049-6958-7-32>
68. Hwang GW, et al. (2012) Ubiquitin-conjugating enzyme Cdc34 mediates methylmercury resistance in *Saccharomyces cerevisiae* by increasing Whi2 degradation. *J Toxicol Sci* 37(6):1283-6
69. Trzcinska, H., Zwierzchowska, B., Kozłowski, B., Derdowski, S., & Przybylski, G. (2013). Analysis of the role of selected demographic and psychological variables (anxiety and depression) as risk factors of inadequate control of bronchial asthma. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 20(3), 504
70. Thomson, N. C., Chaudhuri, R., Heaney, L. G., Bucknall, C., Niven, R. M., Brightling, C. E., ... McSharry, C. (2013). Clinical outcomes and inflammatory biomarkers in current smokers and ex-smokers with severe asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 131(4), 1008–1016. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2012.12.1574>
71. Ouellet, K., Bacon, S. L., Boudreau, M., Plourde, A., Moullec, G., & Lavoie, K. L. (2012). Individual and combined impact of cigarette smoking, anxiety, and mood disorders on 49 asthma control. *Nicotine and Tobacco Research*, 14(8), 961–969. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/ntr/ntr315>
72. Zaihra, T., Ernst, P., Tamblyn, R., & Ahmed, S. (2015). Tailoring interventions: Identifying predictors of poor asthma control. *Annals of Allergy, Asthma and Immunology*, 114(6), 485–491. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.anai.2015.03.026>
73. Registered Nurses' Association of Ontario (2017). Integrating tobacco interventions into daily practice (3rd ed.). Toronto, ON: Author.
74. Braveman P1 , Gottlieb L2 . The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes *Public Health Rep.* 2014 Jan-Feb;129Suppl 2:19-31.
75. Registered Nurses' Association of Ontario. (2013b). Social determinants of health brochure. Toronto, ON: Author
76. de Sousa, J. C., Pina, A., Cruz, A. M., Quelhas, A., Almada-Lobo, F., Cabrita, J., ... Yaphe, J. (2013). Asthma control, quality of life, and the role of patient enablement: A cross-sectional observational study. *Primary Care Respiratory Journal*, 22(2), 181–187.
77. Krasnodebska, P., Hermanowicz-Salamon, J., Domagala-Kulawik, J., & hazan, R. (2012). Factors influencing asthma course and the degree of control in the patients

- assessed with own questionnaire and Asthma control Test (ACT). *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 80(3), 198–208.
78. Kim, M. Y., Jo, E. J., Kang, S. Y., Chang, Y. S., Yoon, I. Y., Cho, S. H., KU, M., & Kim, S. H. (2013). Obstructive sleep apnea is associated with reduced quality of life in adult patients with asthma. *Annals of Allergy, Asthma and Immunology*, 110(4), 253–257. [oi:http://dx.doi.org/10.1016/j.anai.2013.01.005](http://dx.doi.org/10.1016/j.anai.2013.01.005)
  79. Hayat, E., Borekci, S., & Gemicioglu, B. (2014). Reflux, allergic rhinitis, and sleep disorders with asthma control and quality of life. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 5(6), 453–456. [doi:http://dx.doi.org/10.4328/JCAM.1478](http://dx.doi.org/10.4328/JCAM.1478)
  80. Boudreau, M., Bacon, S. L., Ouellet, K., Jacob, A., & Lavoie, K. L. (2014). Mediator effect of depressive symptoms on the association between BMI and asthma control in adults. *Chest*, 146(2), 348–354. [oi:http://dx.doi.org/10.1378/chest.13-1796](http://dx.doi.org/10.1378/chest.13-1796)
  81. Favreau, H., Bacon, S. L., Labrecque, M., & Lavoie, K. L. (2014). Prospective impact of panic disorder and panic-anxiety on asthma control, health service use, and quality of life in adult patients with asthma over a 4-year follow-up. *Psychosomatic Medicine*, 76(2), 147–155.
  82. Krauskopf, K. A., Sofianou, A., Goel, M. S., Wolf, M. S., Wilson, E. A. H., Martynenko, M., ... Wisnivesky, J. P. (2013). Depressive symptoms, low adherence, and poor asthma outcomes in the elderly. *Journal of Asthma*, 50(3), 260–266. [doi:http://dx.doi.org/10.3109/02770903.2012.757779](http://dx.doi.org/10.3109/02770903.2012.757779)
  83. Axelsson, M., & Lotvall, J. (2012). Recent educational interventions for improvement of asthma medication adherence. *Asia Pacific Allergy*, 2(1), 67–75.
  84. Boulet, L. P., Boulay, M. E., Gauthier, G., Battisti, L., Chabot, V., Beauchesne, M. F., Villeneuve, D., & Cote, P. (2015). Benefits of an asthma education program provided at primary care sites on asthma outcomes. *Respiratory Medicine*, 109(8), 991–1000. [doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2015.05.004](http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2015.05.004)
  85. Goeman, D., Jenkins, C., Crane, M., Paul, E., & Douglass, J. (2013). Educational intervention for older people with asthma: A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 93(3), 586–595.
  86. Press, V. G., Pappalardo, A. A., Conwell, W. D., Pincavage, A. T., Prochaska, M. H., & Arora, V. M. (2012). Interventions to improve outcomes for minority adults with asthma: A systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 27(8), 1001–1015. [doi:http://dx.doi.org/10.1007/s11606-012-2058-9](http://dx.doi.org/10.1007/s11606-012-2058-9) 50
  87. Poureslami, I., Nimmon, L., Doyle-Waters, M., Rootman, I., Schulzer, M., Kuramoto, L., & FitzGerald, J. M. (2012). Effectiveness of educational interventions on asthma self-management in Punjabi and Chinese asthma patients: A randomized controlled trial. *Journal of Asthma*, 49(5), 542–551.
  88. Rootman, I. & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). A vision for a health literate Canada: Report on the expert panel on health literacy. Ottawa, ON: Canadian Public Health Association.
  89. Federman, A. D., Wolf, M., Sofianou, A., Wilson, E. A. H., Martynenko, M., Halm, E. A., ... Wisnivesky, J. P. (2013). The association of health literacy with

- illness and medication beliefs among older adults with asthma. *Patient Education and Counseling*, 92(2), 273–278. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.02.013>
90. Denford, S., Taylor, R. S., Campbell, J. L., & Greaves, C. J. (2014). Effective behavior change techniques in asthma self-care interventions: Systematic review and meta-regression. *Health Psychology*, 33(7), 577–587. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0033080>
  91. Eichenberger, P. A., Diener, S. N., Kofmehl, R., & Spengler, C. M. (2013). Effects of exercise training on airway hyperreactivity in asthma: A systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine*, 43(11), 1157–1170. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s40279-013-0077-2>
  92. Adeniyi, F. B., & Young, T. (2012). Weight loss interventions for chronic asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(7).
  93. Freitas, D. A., Holloway, E. A., Bruno, S. S., Chaves, S. S. G., Fregonezi, A. F. G., & Mendonca, M. P. P. K. (2013). Breathing exercises for adults with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(10).
  94. Crane, M. A., Jenkins, C. R., Goeman, D. P., & Douglass, J. A. (2014). Inhaler device technique can be improved in older adults through tailored education: Findings from a randomised controlled trial. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 24(14034).
  95. Andrews, K. L., Jones, S. C., & Mullan, J. (2014). Asthma self management in adults: a review of current literature. *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing, Australia*, 21(1), 33–41.
  96. Araujo, L., Jacinto, T., Moreira, A., Castel-Branco, M. G., Delgado, L., Costa-Pereira, A., & Fonseca, J. (2012). Clinical efficacy of web-based versus standard asthma self-management. *Journal of Investigational Allergology & Clinical Immunology*, 22(1), 28–34.
  97. Krieger, J., Song, L., & Philby, M. (2015). Community health worker home visits for adults with uncontrolled asthma: The HomeBASE trial randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 175(1), 109–117.
  98. McLean, S., Chandler, D., Nurmatov, U., Liu, L. Y. J., Pagliari, C., Car, J., & Sheikh, A. (2012). Telehealthcare for asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(8).
  99. Lutfiyya, M. N., McCullough, J. E., & Lipsky, M. S. (2011). A population based study of health service deficits for U.S. adults with asthma. *Journal of Asthma*, 48(9), 931–944.
  100. Sari, N., & Osman, M. (2015). The effects of patient education programs on medication use among asthma and COPD patients: a propensity score matching with a difference-in-difference regression approach. *BMC Health Services Research*, 15, 332.

## ҚОСЫМШАЛАР

### ҚОСЫМША А

#### Сауалнама

##### 1 этап

Құрметті респондент! Сізден уақыт бөліп, сауалнаманың барлық сұрақтарына жауап беруіңізді сұраймыз. Шынайы және нақты жауаптар үшін Сізге алғыс айтамыз. Біз науқасқа сапалы медициналық-әлеуметтік көмекке тиімді қолжетімділікті қамтамасыз ету жолын табуға тырысамыз. Сіздің пікіріңіз біз үшін өте маңызды!

Сауалнаманың негізгі мақсаты - жалпы тәжірибелік мейіргерлердің бронх демікпесі және өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға күтім жасау кезіндегі мәселелерін анықтау.

Біз алған нәтижелер егжей-тегжейлі талданатын болады. Олар «Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға мейіргерлік күтімді оңтайландыру» тақырыбындағы диссертациялық жұмыс аясында қолданылады. Бұл зерттеу мейіргерлердің құзыреттілік деңгейін бағалауға мүмкіндік береді және науқастарға күтім жасау мәселелерінде олардың кәсіби дағдыларының деңгейіне объективті баға алуға мүмкіндік береді.

Сіз берген ақпарат қатаң құпиялылық жағдайында сақталады. Сіздің атыңыз да, медициналық ұйымыңыздың атауы да осы зерттеу құжаттарында қолданылмайды.

Сіздің зерттеуге қатысуыңыз толығымен ерікті және сіз әрқашан біздің сұрақтарымызға жауап беруден бас тарта аласыз.

1) Жынысыңызды белгілеңіз:

- ер адам
- әйел адам

2) Сіз неше жастасыз?

- 18-25 жас
- 26-35 жас
- 36-45 жас
- 46-55 жас
- 56-63 жас
- 64-70 жас

70 жастан жоғары

3. Сіз темекі шегесіз бе?

- иә

- жоқ
  - бұрын шеккенмін
4. Сіз қанша уақыттан бері ауырып жүрсіз?
- 1 ай
  - 3 ай
  - 6 ай
  - 1 жыл
  - 1-3 жыл
  - 3-5 жыл
  - 5 жылдан астам
  - 10 жылдан астам
5. Сізде қаншалықты жиі ұстамалар болады?
- айына 1 рет
  - айына 2 рет
  - жылына 1 рет
  - жылына 2 рет
  - жылына 3 рет
6. Сіз бронх демікпесі немесе өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен диспансерлік есепте тұрасыз ба?
- Ия, мен бронх демікпесімен тұрамын
  - Ия, мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен тұрамын
7. Сіздің ойыңызша, бронх демікпесіне немесе өкпенің созылмалы обструктивті ауруының өршуіне ықпал ететін факторлар?
- физикалық жүктеме
  - жедел респираторлы инфекция
  - суық ауа
  - эмоционалық күйзеліс
  - аллергиялар (жануарлардың жүні, өсімдіктердің тозаңы және т.б.)
  - ауа райының өзгеруіне байланысты
  - емдеу режимінің бұзылуына байланысты
  - шылым шегуге байланысты
8. Соңғы жылы жағдайыңыздың нашарлауына байланысты ауруханаға жаттыңыз ба?
- Иә
  - Жоқ
9. Сіз қандай дәрілік затты ұстама кезінде қолданасыз?
- дозаланған аэрозольді ингалятор (баллончик)

- ұнтақты ингаляторлар
- небулайзер
- оксигенотерапия

10. Сіз тынысалу гимнастикасымен шұғылданасыз ба?

- иә
- кейде
- жоқ
- ешқашан
- мүлдем не екенін білмеймін

11. Сіз ұстаманы басқан кезде қиындықтар бар ма?

- иә, небулайзер қолдануды үйренбегендіктен қиындықтар бар
- жиі емес, бірақ қиындықтар болады
- жоқ, қиындықтар болмайды

12. Қазіргі уақытта мейіргерлік көмек көрсету сапасын қалай бағалайсыз?

- толығымен қанағаттандым
- жартылай қанағаттандым
- қанағаттанбаймын

13. Емдеу туралы сұрақ туындаған кезде, мейіргерлер сізге түсіндіреді ме?

- иә
- кейде
- жоқ

14. Мейіргерлер буклет сияқты үлестірме ақпарат құралдарын пайдалана ма?

- иә
- кейде
- жоқ

15. Сізге ауруханада уақытында көмек көрсетіп үлгере ме?

- иә
- кейде
- жоқ

16. Сіз мейіргерлердің кеңесіне қанағаттанасыз ба?

- иә
- жартылай
- жоқ

17. Сіздің ойыңызша, мейіргерлік күтім сапасын қанағаттанарлықсыз бағалау немен байланысты?

- ауыр жұмыс жүктемесіне байланысты
- мейіргерлердің жетіспеушілігіне байланысты



білмеймін

18. Науқас пен мейіргер арасында жиі қақтығыстар (конфликт) бар ма?

- Иә
- Кейде
- Жоқ
- Көрмедім

## ҚОСЫМША Б

### Сауалнама

#### 2 этап

Құрметті мейіргерлер! Сізден уақыт бөліп, сауалнаманың барлық сұрақтарына жауап беруіңізді сұраймыз. Шынайы және нақты жауаптар үшін Сізге алғыс айтамыз. Біз науқасқа сапалы медициналық-әлеуметтік көмекке тиімді қолжетімділікті қамтамасыз ету жолын табуға тырысамыз. Сіздің пікіріңіз біз үшін өте маңызды!

Сауалнаманың негізгі мақсаты - жалпы тәжірибелік мейіргерлердің бронх демікпесі және өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға күтім жасау кезіндегі мәселелерін анықтау.

Біз алған нәтижелер егжей-тегжейлі талданатын болады. Олар «Бронх демікпесі мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға мейіргерлік күтімді оңтайландыру» тақырыбындағы диссертациялық жұмыс аясында қолданылады. Бұл зерттеу мейіргерлердің құзыреттілік деңгейін бағалауға мүмкіндік береді және науқастарға күтім жасау мәселелерінде олардың кәсіби дағдыларының деңгейіне объективті баға алуға мүмкіндік береді.

Сіз берген ақпарат қатаң құпиялылық жағдайында сақталады. Сіздің атыңыз да, медициналық ұйымыңыздың атауы да осы зерттеу құжаттарында қолданылмайды.

Сіздің зерттеуге қатысуыңыз толығымен ерікті және сіз әрқашан біздің сұрақтарымызға жауап беруден бас тарта аласыз.

#### ТӨЛҚҰЖАТ БӨЛІМІ

- 1) Жынысыңызды белгілеңіз:
  - ер адам
  - әйел адам
- 2) Сіз неше жастасыз?
  - 18-25 жас
  - 26-35 жас
  - 36-45 жас
  - 46-55 жас

- 55 жастан жоғары
- 3) Медициналық ұйымды белгілеңіз:
  - «№5 қалалық емхана» ШЖҚ МКК
  - «№3 қалалық көпсалалы аурухана» ШЖҚ МКҚК

### АРНАЙЫ БӨЛІМ СҰРАҚТАРЫ

1. Сіздің біліктілігіңіз:
  - фельдшер
  - жалпы тәжірибе мейіргері
  - мейіргер ісінің қолданбалы бакалавры
  - мейіргер ісінің академиялық бакалавры
  - мейіргер ісінің магистрі
2. Сіз өзіңіздің жұмыс жүктемеңізге қанағаттанасыз ба?
  - Иә
  - Жартылай
  - Жоқ
3. Сіз барлық міндеттерді уақытында орындай аласыз ба?
  - Иә
  - Жартылай
  - Жоқ
4. Сіздің ойыңызша, жұмыс уақытында міндеттерді орындап үлгермеуіңіз немен байланысты?
  - науқастар санының жоғарылауы
  - мейіргерлердің жетіспеушілігі
  - басшылықтың міндеттерді дұрыс бөлмеуі
5. Сіз басшылық қарым-қатынасына көңіліңіз тола ма?
  - Иә
  - Жартылай
  - Жоқ
6. Сізді жұмыста қаншалықты жиі мадақтайды?
  - Әрқашан
  - Жиі
  - Кейде
7. Еңбек демалысы уақытында беріле ме?
  - Иә
  - Кейде
  - Жоқ
8. Науқастармен қақтығыстар немен байланысты деп ойлайсыз?

- науқастың ем талаптарын сақтамауы
  - дәрі қабылдаудан бас тартуы
  - Түсінбейтін науқас
9. Сіз науқастармен режимді сақтау және дәрілік заттарды дұрыс қолдану туралы қаншалықты жиі сөйлесесіз?
- Әрқашан
  - Жиі
  - Үлгермеймін
  - Кейде
10. Сіз науқастарға арналған көрнекі үлестірме материалдарын (брошюра, буклеттер) пайдаланасыз ба?
- Жоқ, өйткені үлестірме қағаз жоқ
  - Иә, бірақ түсіндірмей, жай ғана науқасқа беремін
  - Иә, мен оны науқаспен сөйлесу кезінде қолданамын
11. Қолыңызда көрнекі үлестірме материал (брошюра, буклеттер) болмаса, сіз не істейсіз?
- Науқастың есінде қалуы үшін қағазға кеңес жазамын
  - Әңгімелесу барысында науқасқа ауызша түсіндіремін
  - Науқасқа ақпаратты интернеттен іздеуді айтамын
12. Жұмыс уақытында мәселелі (жанжал тудыратын) науқастармен» қаншалықты жиі кездесесіз?
- Әрқашан
  - Жиі
  - Кейде
  - Ешқашан
13. Мәселелі (жанжал тудыратын) науқастармен жұмыс істеу бойынша қандай ұсыныстарыңыз бар?
- сабыр сақтаңыз және сөйлесіңіз
  - мәселені сұраңыз және оны шешуге көмектесіңіз
  - тыңдаңыз және мәселені шешуге кеңес беріңіз



**Таңдау жасау  
өз қолыңызда!**

[www.hls.kz](http://www.hls.kz)      [www.zozh.kz](http://www.zozh.kz)



**Жанып тұрған темекі** - 4000-нан астам түрлі қосылыстардың көзі болып табылатын бірегей химиялық зауыт. Темекі түтінінің құрамына газ тәрізді компоненттер (аммиак, бутан, метан, метанол, азот, ацетон, циан қышқылы) және бөлшектер (шайыр, металл және басқа қосылыстар: фенол, мышьяк, никотин, қорғасын, мырыш) кіреді.

Темекі түтінінің 300 құрамдас бөлігі биологиялық улар, ал 40-ы канцерогендік заттар екені белгілі.




**«Темекі шегушілер ауруы»**


Темекі шегуден ең алдымен тыныс алу жүйесі зардап шегетіні барлығымызға мәлім. Соңғы мәліметтерге сүйенсек, темекіге тәуелділіктің ең айқын салдары өкпенің созылмалы обструктивті ауруының пайда болуы.



Бұл аурудың ерекшелігі - өкпеде қайтымсыз патологиялық өзгерістер пайда болғаннан кейін ауру белгілері көрінеді. Көбінесе аурудың алғашқы белгісі қақырық бөлетін жөтел болып табылады. Ауру асқынған сайын ентігу дамиды. Алғашында ентігу физикалық күш салу кезінде, соңында тыныштықта пайда болады.



Темекі шегуден толық бас тарту өмірдің кез келген кезеңінде маңызды болып табылады.



**Бүгін темекіні тастауға жақсы мүмкіндік!**

Темекі шегуді тоқтату аурудың белгілерін жеңілдетеді және өмірді ұзартады. Жаман әдеттен бас тарту ғана арқылы біз өз денсаулығымызды сақтай аламыз.




**ЕГЕР СІЗ ТЕМЕКІНІ ТАСТАСАҢЫЗ:**

**20 минут ішінде** жүрек соғу жиілігі мен қан қысымы төмендейді

**12 сағатта** қандағы улы газдың мөлшері қалыпты деңгейге дейін төмендейді


**2-12 апта ішінде** қан айналым мен өкпенің жұмысы жақсарады



**1-9 айда** еңтігу және жөтел азаяды

**1 жыл ішінде** жүректің ишемиялық ауруының пайда болу қаупі 2 есе төмендейді

**5-15 жылдан кейін** инсульт пен өкпенің қатерлі ісігінің пайда болу қаупі 2 есе азаяды



## ҚОСЫМША 2

### ТЫНЫС АЛУ ГИМНАСТИКАСЫ



[www.hls.kz](http://www.hls.kz)      [www.zozh.kz](http://www.zozh.kz)




### Тыныс алу гимнастикасы дегеніміз не?

Тыныс алу гимнастикасы - тыныс алу бұлшықеттерін күшейтуге және өкпенің өмірлік қабілетін арттыруға арналған жаттығулар кешені.

### Тыныс алу гимнастикасының артықшылығы:

- тыныс алу қызметін жақсартады;
- еңтігуді азайтады;
- тыныс алу бұлшықеттерін күшейтеді;
- физикалық жүктеме кезінде төзімділікті арттырады;
- өмір сүру сапасын жақсартады.



## Тыныс алу гимнастикасын орындаудан алдын ескеріңіз:

Тыныс алу гимнастикасын ережелерге сай ДҰРЫС жасағанда ғана тиімділігін сезінесіз. Сондықтан өз еркіңізбен орындай аламын деп тәуекелге бармаңыз. Қажетті гимнастика түрін және қалай орындау қажеттігін дәрігер тағайындап, кеңес береді.



## Бронх демікпесі немесе өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға тыныс алу гимнастикасының пайдасы?

Тыныс алу гимнастикасы еңтігуді азайтуға, аурудың ауырлығын айтарлықтай жеңілдетуге көмектеседі. Бірақ тыныс алу гимнастика сізге толық емді алмастыра алмайды, ол тек қосымша оңалту болып саналады. Сондықтан дәрігер тағайындаған дәрілік заттарды үзбей қабылдауыңыз қажет.



**Тыныс алу гимнастикасын тек емдеуші дәрігер тағайындайды. Дәрігердің рұқсатынсыз жасауға болмайды!**

