

Кожаева А.К.¹, Усебаева Н.Ж.¹

¹ Қазақ Медициналық Үздіксіз Білім Беру Университеті АҚ,
Алматы, Қазақстан

СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ БАР ПАЦИЕНТТЕРГЕ АУРУДЫ БАСҚАРУ БАҒДАРЛАМАСЫ АРҚЫЛЫ ӨЗІН -ӨЗІ БАСҚАРУДЫ ЕНГІЗУДІҢ ТИІМДІЛІГІ

Түйін: Өзін-өзі сәтті күту-жүрек жеткіліксіздігі бар науқасты өзін-өзі басқару көбінесе натрийден бас тарту, сұйықтықты, алкоголь мен темекіні шамадан тыс тұтынуды шектеу, тұрақты жаттығулар және салмақ жоғалту сияқты өмір салтын өзгертуді қажет етеді. Мінез-құлық өзгерістерін жүзеге асырудың негізі болып табылатын транстеоретикалық модель бірқатар кезеңдерді қажет етеді деп болжайды. Ұсынылған әдеби шолу созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар пациенттердің мінез-құлық өзгерістерінің қажеттілігін көрсетеді.

Түйінді сөздер: созылмалы жүрек жеткіліксіздігі, пациенттің өзін-өзі басқаруы, транстеоретикалық модель, мінез-құлықты өзгерту стратегиялары.

Кіріспе

Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі (СЖЖ) - жиі ауруханаға жатқызудың себебі және қоғам үшін жоғары шығындар әкелетін, сырқаттанушылық пен өлім-жітімнің жоғары көрсеткіштерімен байланысты кең таралған ауру [1,2].

СЖЖ таралуы 70 және одан жоғары жастағы адамдарда 10%-ға дейін ұлғайып, жалпы популяцияда 1-2% - ға бағаланады [3].

СЖЖ таралуы негізінен халықтың қартаюына байланысты бүкіл әлемде өсуде [4-6].

Құрылымдық күтім және мультидисциплинарлық тәсіл созылмалы аурулары бар пациенттерді клиникалық жүргізуді оңтайландырудың маңызы болып саналады [5]

Еуропалық Кардиология қоғамы (ESC) шығарған нұсқаулықта диагностикалық критерийлер бойынша консенсус бар және де фармакологиялық, фармакологиялық емес емдеу бойынша ұсыныстар берілген.

Сондай-ақ олар пациенттерді оқыту мен өзін-өзі күтудегі мінез-құлық рөлін атап өтті.

Осы ұсыныстарды орындау барысында аурушандық пен өлім-жітім азаяды, пациенттердің өмір сүру сапасы жақсарады [7,8].

Пациенттің денсаулығына қауіп ұлғайған сайын қолданылатын күтім деңгейлеріне негізделген жағдайды басқарудың 4 моделі (Уэльс Ассамблеясының Үкіметі, 2005 жыл):

► 1-деңгей: бастапқы алдын-алу және денсаулықты нығайту (созылмалы ауру қаупі бар адамдар)

► 2-деңгей: популяцияны басқару (ерте сатыдағы созылмалы аурулары бар адамдар)

► 3-деңгей: жоғары қауіпті басқару (созылмалы аурулар күнделікті өмірге әсер ете бастайды)

► 4-деңгей: пациенттерді басқару (күрделі созылмалы аурулары бар адамдар) [6].

Кардиология және ішкі аурулар ҒЗИ құрастырған әдістемелік ұсынымдарда "2018 жылғы МСАК деңгейінде диспансерлік қызмет көрсету шеңберінде созылмалы инфекциялық емес аурулардың екінші және үшінші профилактикасының құрамдас бөлігі ретінде ауруларды басқару бағдарламаларын (АББ) енгізу қағидаттарының 8 компоненті айқындалды. [7].

Компоненттердің бірі пациенттерді өзін - өзі басқаруға үйрету болып табылады-өзін-өзі басқару мінез-құлықтың өзгеруін, қолдау топтарының жұмысын және алғашқы алдын-алуды қамтуы мүмкін. 2010 жылы білім берудің өзін-өзі күту мінез-құлығына және СЖЖ бар пациенттердің өмір сүру сапасына әсерін анықтау үшін Түрік ғалымдарының зерттеу жұмыстары жүргізілді.

Мақалада жұмыстың нәтижелері көрсетілген. Зерттеу тобына: жоғары мейірбике мектебінің Florence Nightingale Стамбул университетінің профессоры Нурай Энч, Стамбул университетінің доценті Зеррин Йигит, медицина ғылымдарының докторы, Стамбул университетінің доценті, медицина ғылымдарының докторы Гюн Алтыок, Философия докторы, Мерсия университетінің Мейірбике ісі және акушерлік мектебі кірді[8].

1.СЖЖ бар пациенттердің өмір сүру сапасы мен өзін-өзі күту бойынша мінез-құлқына білімнің әсерін анықтау

1.1 Зерттеудің бірінші бөлімінде пациенттердің демографиялық сипаттамалары анықталды (жынысы, жасы, отбасылық жағдайы, білімі, отбасы мүшелерінің саны, медициналық сақтандырудың болуы). Демографиялық ауыспалылар мен аурулардың сипаттамалары туралы деректерді жинау үшін пациенттерді зерттеу нысандары және пациенттердің медициналық жазбалары пайдаланылды. Негізгі топты 35 пациент құрады. Зерттеуге енгізілген пациенттер 40 - тан 75 жасқа дейін болды (орташа мәні 59,86, SD 9,16 жыл). Олардың он үші (37,14%) әйелдер және 22 (62,86%) ер адамдар болды. Пациенттердің 83% тұрмыста/үйленген ,57% орта білімді,77% 2-4 мүшеден отбасы құрамы бар және 97% медициналық сақтандырулары бар[8].

1.2 Зерттеудің екінші бөлімінде пациенттердің клиникалық сипаттамалары зерттелді. Пациенттердің клиникалық жағдайына байланысты іркілген жүрек жеткіліксіздігінің этиологиялық факторларының пайызы 47,7% - жүректің ишемиялық ауруы, 31,4%-ревматикалық клапандық бұзылулар және 22,9% - кеңейтілген кардиомиопатия болды. Пациенттердің 82,9%-ы үш жыл және одан да көп уақыт бойы СЖЖ-мен емделген. Пациенттердің мінез-құлық әдеттері: никотинді тұтыну-22,8% және алкогольді тұтыну -17,4%[8].

1.3 Зерттеудің үшінші бөлігінде пациенттердің өмір сүру сапасы бағаланды, Ноттингем Денсаулық профилінің шкаласы арқылы.

Денсаулық профилі физикалық белсенділіктен, ұйқыдан, ауырсынудан, энергиядан, эмоционалды реакциялардан және әлеуметтік оқшауланудан тұрады; және бұл кіші топтар зерттеуде қолданылды. Өмір сапасының ішкі мектептері бағаланған кезде, өмір сүру сапасы бойынша ең төменгі балдары бар ішкі мектептер эмоционалды реакциялар (25), ұйқы сапасы (25) және энергия (26), содан кейін әлеуметтік оқшаулау (18) болды. Bennett et al. (2000) және Карлсон (2001) пациенттің жиі кездесетін белгілері әлсіздік, ұйқысыздық және депрессия екенін хабарлады [9,10].

Диуретиктер-бұл СЖЖ пациенттері жиі қолданатын дәрі-дәрмектер және олар түнде жиі зәр шығаруды тудырады, ұйқыны дефрагментациялайды, сонымен қатар науқасты ерте оятады.

Зерттеуде пациенттердің көпшілігі түстен кейін зәр айдағыш препараттарды қабылдағанын және түнде жиі зәр шығарғанын хабарлады. Өйткені пациенттерді оқытудан кейін олардың ұйқысының сапасы жақсарғандығы байқалды, бұл кеңестерге бейімделгендік деп бағалауға болады.

Сонымен қатар, Беннетт және басқалардың (2000) айтуынша энергияның төмен деңгейіне байланысты пациенттердің көпшілігіне баспалдаққа көтерілуге және дәретханасыз орындарға баруға кедергі келтіреді. Бұл олардың үйден шығуына кедергі жасады, сондай-ақ әлеуметтік оқшаулауға әкелді [9].

Денсаулықтың көп өлшемділігі

Адамдардың әл-ауқатын өзін-өзі бақылау жоғары болды (55) және олардың денсаулығына оң көзқарасты бастау және жалғастыру мүмкіндігі болды (59).

Салауатты өмір салтының мінез-құлық шкаласы Қоршаған ортаның күшті сыртқы әсері жоғары болғандықтан, бұл пациенттің денсаулығына басқа адамдардың (отбасы, дәрігер, медбике - 21) әсер ету деңгейі жоғары екенін көрсетеді. Бұл нәтижені СЖЖ диагнозы бар адамдардың жасы 50-ден кем емес екендігімен және олардың белгілерін емдеу үшін басқа адамдардың көмегіне мұқтаж екендігімен түсіндіруге болады.

Пациенттердің өз денсаулығын жақсартуға деген көзқарасын зерттеу кезінде "өзіне-өзі сенімділік" (25) орташа деңгейден жоғары, бұл жоғарыда келтірілген нәтижелерді растайды.

"Жаттығу" (8) кіші деңгейі-бұл әдебиеттегі басқа тұжырымдарға ұқсас ең аз орындалатын қатынас.

Bennet et al. (2000) пациенттердің көпшілігі жүйелі жаттығулардың орнына жоспарсыз серуендейтін қадамдармен жүретінін хабарлады [9].

Carlson et al. (2001) тұрақты жаттығуларға қатысу төмен болғанын және пациенттердің көпшілігі жаяу жүруді жөн көретінін хабарлады. [10].

Ni et al. (1999) пациенттердің 30% -ы СЖЖ диагнозын қойғаннан кейін үнемі жаттығуды тоқтатты (өйткені олар зиянды деп санады) [17].

1.4 Зерттеудің төртінші бөлігінде созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар пациенттердің өзін-өзі басқаруы зерттелді, оған мыналар кіреді (тамақтану әдеті, есірткіні қолдану, салмақ қосу/сұйықтық ішу, белсенді демалу)

Artinian et al. (2003) және Evangelista et al. (2001) пациенттердің көпшілігі ұсынылған дәрі-дәрмектерді қабылдады және дәрігердің қабылдауында болды [11,12].

Өтеделген СЖЖ бар пациенттер, егер олар дұрыс емдәмді сақтамаса (мысалы, натрий қабылдауды азайтса) немесе өз дәрі-дәрмектерін қабылдауды тоқтатса, декомпенсацияланған күйде дамуы мүмкін. Адамдардың қартаюы мен олардың өмір сүру ұзақтығының артуы бойынша СЖЖ-мен ауыратындардың саны да ұлғаятын болады [13,14].

Қол жетімді деректер жүрек жеткіліксіздігінің екінші жағдайларының қайталануында үштен біріне дейін, әсіресе 90 күн ішінде жүретіндердің алдын алуға болатындығын көрсетеді. Пациенттер жаңа шектеулер мен ережелерді сақтауы керек және оларға сәйкес келуі керек. Осы қажеттіліктердің немесе шектеулердің кез-келгенін орындаудың жеткіліксіздігі пациенттің өмір сүру сапасының төмендеуіне әкелуі мүмкін, бұл қажетсіз ауруханаға жатқызуға және ерте өлімге әкелуі мүмкін. Осылайша, СЖЖ бар пациенттерді жүргізудегі мақсаттар фармакологиялық терапияны жүргізудің негізгі қағидаттарына, өзіне-өзі көмек көрсету стратегиясына және пациенттерді оқытуға қосуды қамтиды [15].

Ригель мен Карлсон (2002) пациенттердің көпшілігі симптомдарының маңыздылығын түсінбейтінін және дұрыс емес шешім қабылдағанын атап өтті. Олар өзін-өзі күтуге деген көзқарас өздері үшін пайдалы деп санамайды және диеталық натрийді қабылдау шектеулі болған кезде СЖЖ белгілерінің алдын-алу туралы нақты ой жоқ деп ойлайды [16].

Bennett et al. (2000) пациенттердің көпшілігі диеталық ережелерді сақтамағанын, бірақ СЖЖ белгілерін болдырмау үшін төмен натрий диетасын қолданғанын көрсетті. Evangelista et al. (2001) диета мен жаттығудың төмен көрсеткіштері туралы хабарлады. Artinian et al. (2003) ең аз тиімді мінез-құлық симптомдарды бақылау және басқару екенін анықтады; [9,11,12].

Ni et al. 1999 пациенттердің 40% -ы салмақты бақылаудың маңыздылығын білмейтінін, 37.2% -ы салмақ көтеру үлкен проблема деп санамайды, ал 36% Карлсон және т.б. (2001) пациенттердің көпшілігінде СЖЖ белгілері мен белгілерінің өзгеруін тану қиын екенін айтты. [17, 10].

1.5 Білім беру стратегиялары алынған мәліметтермен анықталады.

Әрбір пациентпен ұзақтығы 30-40 минут бетпе-бет әңгімелесу жүргізілді. Зерттеушілер пациенттер мен олардың туыстарына топтық жаттығулар өткізді. Пациенттерге арналған СЖЖ нұсқаулығы және пациенттердің туыстарына арналған СЖЖ кітапшалары [18]. Туыстардың брошюрасында ауру, өмір салтындағы ықтимал өзгерістер, дәрі-дәрмек терапиясы, симптомдарды бақылау және емдеу нұсқаулықтары туралы ғылыми негізделген ақпарат бар.

Науқастың алғашқы дәрігері және екі мамандандырылған медбике білім берді. Топтық оқытуға жиырма адамды қосу жоспарланған болатын, оның ішінде он науқас және он пациенттің туыстары. Топтық оқыту ұзақтығы бір жарым сағатқа жоспарланған, қырық минуттық оқу, он минуттық бос уақыт және әр пациенттің мәселесін талқылауға қырық минут. Білім беру сессиясы аяқталғаннан кейін әр пациентке және оның туыстарына СЖЖ бар науқастарға арналған нұсқаулық және пациенттердің туыстарына арналған кітапша берілді.

Білім беру сессиясынан кейін сұхбат үшінші айда және сегізінші айда қайталанды. СЖЖ бар пациенттердің өзін-өзі күту тәртібіне және олардың өмір сүру сапасына бейімделуі туралы деректер жиналды. Әр сұхбат шамамен он бес минутқа созылды. Егер СЖЖ бар пациенттермен сұхбат кезінде өзін-өзі күту бойынша мінез-құлықтың жеткіліксіздігі байқалса, жеке оқыту мен консультациялар жалғасты.

2. Жүрек жеткіліксіздігі бар науқастардағы мінез-құлықты өзгерту стратегиялары.

Созылмалы жүрек жеткіліксіздігін және оның белгілері мен симптомдарын емдеу пациенттердің айтарлықтай қатысуын талап етеді. Жүрек жеткіліксіздігі бар науқастардағы мінез-құлықты өзгерту стратегиясы Paul-дың зерттеу жұмысында сипатталған, S, MSN және Sneed, N PhD the College of Nursing, Heart Failure Clinic, Medical University of South Carolina, Charleston 2004 жыл.

Аурудың белгілері мен симптомдарының дамуын болдырмайтын немесе азайтатын мінез-құлық өзгерістері жүрек жеткіліксіздігін емдеуге арналған дәрі-дәрмектер сияқты маңызды. [19].

Өмір салтындағы ең күрделі өзгерістерге темекіні тастау, салмақ жоғалту және натрийді шектеу жатады.

2.1 Транстеоретикалық модель тұжырымдаманы бағалау және қарастыру үшін негіз болып табылатын мінез-құлықты өзгертуге дайындық, ол 6 сатылы процесте жүреді. [20].

Модель 3 өлшемнен тұрады:

өзгеру кезеңдері, араласуға негізделген өзгеру процестері және нақты мінез-құлық критерийлері.

Өзгерістердің кезеңдері талқыланады, сондай-ақ жүрек жеткіліксіздігі бар науқастарға осы кезеңдер арқылы өзгерген өмір салтын сақтауға көмектесетін араласулар ұсынылады. Жүрек жеткіліксіздігі бар науқастарды ауыстыруға дайындық деңгейін өлшеу әдістері де ұсынылған, өйткені пациенттің сатысына сәйкес келетін тиісті араласуды бастамас бұрын дұрыс орнату қажет.

1-әдіс: жүрек жеткіліксіздігі бар пациенттерге ұсынылатын өмір салтын өзгерту

Диетадағы натрий мөлшерін тәулігіне 2000-нан 4000 мг-ға дейін азайтыңыз

Күніне сұйықтық қабылдауды шектеңіз (<2 л (<64 сұйық унция))

Үнемі аэробты жаттығулар жасаңыз

Сабақтар арасындағы күн ішінде демалу кезеңдеріне рұқсат етіңіз

Күнделікті салмақты бақылау

Қажет болса, салмақ тастаңыз

Алкоголь мен темекіні тастаңыз

Жүректің ишемиялық ауруы болған кезде диетадағы май мен холестеринді азайтыңыз

Дереу салмақ қосу немесе жүрек жеткіліксіздігінің белгілері мен симптомдары туралы хабарлаңыз

* Дереккөз. [19].

Транстеоретикалық модель (бұдан әрі-ТТМ) (мінез-құлық сипаты және өзгерістерге барынша жақсы ықпал етуі мүмкін араласулар туралы бірқатар сыни болжамдарға негізделеді, соның ішінде мыналар:

Ешқандай теория мінез-құлықтың өзгеруінің барлық қиындықтарын түсіндіре алмайды.

Мінез-құлықтың өзгеруі-бұл уақыт өте келе дамып, кезең-кезеңмен жүретін процесс.

Жоғары қауіпті мінез-құлық бар халық тобының жоспарланған араласуларынсыз өзгерістер қозғалысының болмауымен белгіленген ерте сатыларда қалып отыр.

Өзгерістердің нақты процестері мен принциптері нақты кезеңдерде қолданылуы керек.

Созылмалы мінез-құлық заңдылықтары биологиялық және әлеуметтік әсер мен өзін-өзі бақылаудың белгілі бір үйлесімінде. ТТМ аясында әзірленген іс-шаралар өзін-өзі бақылауды арттыруға бағытталған.

ТТМ 3 өлшемнен тұрады:

1. Орталық ұйымдастырушылық құрылым және модельдің уақытша айнымалысы болып табылатын өзгерудің әртүрлі кезеңдері.

2. Өзгерістер процестері, олардың негізінде араласу

3. Нақты мінез-құлық үшін әрекет критерийлері (тәуелді өлшеу немесе нәтиже).

Шешім қабылдау балансы (өзгерістердің оң және теріс жақтары)

Өзін-өзі жетілдіру (өзгерістерді қайталамай-ақ сақтауға болады деген сенім) және азғырулар өзгерістердің барлық кезеңдерінде алдын-ала өзгереді.

ТТМ психотерапияның жетекші теорияларын талдау және мінез-құлықтың өзгеруі нәтижесінде пайда болды (демек, Транстеоретикалық модельдің атауы) [20].

2.2 Өзгеру кезеңдері

ТТМ-де мінез-құлықтың өзгеруі 6 сатылы процесс ретінде қарастырылады, ол сызықты түрде дами алады, бірақ көбінесе алдыңғы сатыларға оралуды қамтитын спираль түрінде дамиды ,

Өзгертілген мінез-құлық тұрақты болмай тұрып, сатылардан қайта өту және қателіктерге үйренуден өтеді. [20].

ТТМ шеңберіндегі өзгерістер кезеңдері келесідей:

1. мысал: адам проблеманың бар екенін білмейді немесе жеткілікті білмейді және жақын аралықта шаралар қабылдауға ниеті жоқ (әдетте келесі 6 ай ретінде өлшенеді).

2. Ойлау: адам мінез-құлыққа қатысты проблема бар екенін түсінеді, өзгеріс туралы ойлайды және болашақта қандай да бір сәтте, әдетте келесі 6 айда өзгергісі келеді.

3. Дайындық: адам өзгертуге алдын-ала қадамдар жасады және жақын арада өзгертуге ниетті (әдетте келесі 30 күн ретінде өлшенеді).

4. Әрекет: адам соңғы 6 айда өмір салтына нақты өзгеріс енгізді.

5. Техникалық қызмет көрсету: адам рецидивтің алдын алу үшін 6 айдан астам уақыт жұмыс істеді және өзгерістің сақталуы мүмкін екеніне сенімді емес

6. Тоқтату: адамның азғыруы және 100% өзіндік тиімділігі жоқ.

Тоқтату кезеңінде, олар күйзеліске, зерігуге, алаңдаушылыққа, жалғыздыққа, ашулануға немесе қатты күйзеліске қарамастан, адамдар өздерінің ескі зиянды әдеттеріне оралуға азғырылмайтынына сенімді. Сноу және басқалары бұрынғы темекі шегушілер мен маскүнемдердің тек 20%-ы осы кезеңге жеткенін анықтады. Көпшілік үшін тоқтату практикалық шындық болмауы мүмкін және көптеген зиянды мінез-құлықтармен күресудің нақты мақсаты өмір бойы қызмет көрсету/ тоқтату болуы мүмкін. [19].

1-кесте. Дайындық деңгейінің өзгерістерге байланысты тәуелді оқу жоспары

Өзгеру кезеңі	Белсенділік
Сананы арттыру	<p>Пациенттерге үйге қайту үшін жүрек жеткіліксіздігі туралы брошюралар беріңіз</p> <p>Жүрек жеткіліксіздігі туралы бейнеклип беріңіз. Жүрек жеткіліксіздігі туралы ақпараты бар интернет-сайттардың тізімін беріңіз</p> <p>Сұрақтарды ынталандырыңыз. Науқастарды жүрек жеткіліксіздігін қолдау тобына шақырыңыз.</p> <p>Науқастарға жүрек жеткіліксіздігін өз сөздерімен сипаттаңыз. Науқастарды хабардарлықты арттыруға жаңа ақпарат іздеуге, түсіністік пен кері байланыс алуға шақырыңыз</p>
Айтарлықтай жеңілдік	<p>Науқастардан қолдау тобына баруды сұраңыз, оның мүшелері өмір салтын өзгерткеннен кейін қатысушылардың әл-ауқатын жақсарту туралы ұсыныстар береді. Пациенттерден қолдау тобында өз сезімдерін білдірун сұраңыз.</p> <p>Пациенттерге салауатты және салауатты емес өмір салтын таңдау қажет болатын рөлдік жағдайларды ойнауды ұсыныңыз (мысалы, ана мәзірден натрийі аз тағамдарға тапсырыс беру)</p> <p>Психодраманы рөлдік ойын үшін қолданыңыз, дененің қандай бөліктері жүрек сияқты сезінеді жетіспеушілік (мысалы, не ісіп кетер еді: егер олар сөйлесе алар ма еді?). Егер өмір салтына ешқандай өзгерістер енгізілмесе, пациенттерге нейрорхормондардың шығарылуын олардың денесінде бақылаусыз көруге мүмкіндік беріңіз</p>
Экологиялық қайта бағалау	<p>Отбасы мүшелерінен науқастың ауруы туралы ойларымен бөлісуді сұраңыз.Отбасы мүшелерінен жүрек жеткіліксіздігінің өршуі мен ауруханаға жатқызумен байланысты тәжірибе мен эмоциялармен бөлісуді сұраңыз.Науқастардан жүрек жеткіліксіздігінің дамуынан бастап олардың өміріндегі физикалық және әлеуметтік өзгерістерді сипаттауын сұраңыз</p>

*Ойлау деңгейі-өмір салтын өзгерту қажеттілігін байыпты қарастыру, бірақ келесі айда оны жоспарламау

2-кесте. Өзгерту тәсілдері.

Өзгерту процесі	Белсенділік
Өзін-өзі қайта бағалау	<p>Науқастарды жүрек жеткіліксіздігі және жаттығу қажеттілігі немесе натрий қабылдауды азайту туралы өздерін қалай сезінетінін және өздері туралы ойлайтынын бағалауға шақырыңыз.</p> <p>Науқастардан жүрек жеткіліксіздігінің дамуынан бастап өміріндегі өзгерістерді сипаттауын сұраңыз (мысалы, белсенділік деңгейі, хобби, саяхат).Пациенттерден өмір сапасы туралы сауалнаманы толтыруды және олармен бірге нәтижелермен танысуды сұраңыз.</p> <p>Науқастардан жүрек жеткіліксіздігінің белгілері мен белгілерінсіз өмірдің қандай болатынын елестетуді сұраңыз. Пациенттердің диета жазбаларын қарап шығыңыз және құндылықтар мен мінез -құлық арасындағы сәйкессіздіктерді көрсетіңіз.</p>

Өзін-өзі босату	<p>Пациенттерді өзгеру қабілетіне сенуге және осы сенімге сәйкес әрекет ету үшін таңдау мен міндеттеме жасауға шақырыңыз.</p> <p>Медбике мен пациент арасындағы Келісімді жаңартыңыз. Науқастарға күнделікті салмақ, қан қысымы және жүрек соғу жиілігін жазсын.</p> <p>Қажет болса, пациенттерге диуретиктің мөлшерін өздігінен реттеуге мүмкіндік беріңіз. Науқастардан диета және БЕЛСЕНДІЛІК күнделігін жүргізуді сұраңыз.</p>
Контр-кондициялау	<p>Әдетте жүрек жеткіліксіздігінің белгілері мен белгілерін тудыратын жағдайларда пациенттерді сау баламаларды ауыстыруға шақырыңыз</p> <p>Науқастардан сәйкессіздікті арттыратын және алмастыратын әрекеттерді ұсынатын жағдайларды анықтауды сұраңыз.Төмен натрий диетасы туралы ақпаратты қарап шығыңыз; төмен натрий рецептерімен бөлісіңіз; төмен натрий асханаларының тізімін беріңіз.</p> <p>Пациенттермен жаттығу жоспарын жасаңыз немесе пациенттерден кардиологиялық оңалтуға немесе фитнес-орталыққа қосылуын сұраңыз</p> <p>Пациенттерге май мен холестерин мөлшері аз тағамдарды анықтауға көмектесіңіз.</p>
Ынталандыру бақылауы	<p>Пациенттерден үйден азғырылған және зиянды заттарды (мысалы, тұз, темекі, алкоголь, май мөлшері жоғары тағамдар) алып тастауды сұраңыз.Науқастардан натрийі аз ас үй кітабын сатып алуды сұраңыз.</p> <p>Науқастардан күнделікті салмақ өлшеу үшін ванна бөлмесінің жанына таразыны қоюды сұраңыз.</p> <p>Науқастардан дәрі-дәрмек кестесін тоңазытқыштың есігіне қоюды сұраңыз.</p> <p>Науқастардан ас үйде 2 литрлік бөтелке су ұстап, басқа сұйықтық ішкен кезде судың балама мөлшерін құйып алуын сұраңыз.</p> <p>Пациенттерді натрийі жоғары тағамдарды ұсынатын мейрамханаларға барудан аулақ болуға шақырыңыз (мысалы, McDonald ' s, Taco Bell, кез-келген қытай мейрамханасы</p> <p>Пациенттерден күнделікті жаттығу жоспарын тоңазытқышта орналастыруды сұраңыз. Науқастарды позитивті мінез-құлықты жоғарылату қажеттілігі туралы еске салатын сигналдарды анықтауға шақырыңыз.</p>
Күшейтуді басқару	<p>Пациенттерге 4,5 кг (10 фунт) жоғалтқаннан кейін жаңа көйлек немесе 2 аптадан кейін жақсы кешкі ас сияқты нақты сыйақыларды анықтауға көмектесіңіз</p> <p>төмен натрий диетасын мұқият сақтау.</p> <p>Науқастарды қаладан тыс демалыс алуға шақырыңыз.Пациенттерді мінез-құлықтағы оң өзгерістерді тануға және марапаттауға шақырыңыз.</p>

Көмекші қарым-қатынас	<p>Науқастарды отбасын, достарын және клиниканың медициналық қызметкерлерін қолдау жүйесін қолдануға шақырыңыз. Науқастарға өзгеруге көмектесуге және сол адамнан қолдау алуға тырысатын кем дегенде 1 адамды анықтауға көмектесіңіз.</p> <p>Науқастарды қолдау тобына қатыстырыңыз.</p> <p>Науқастарды салмақ бақылаушыларына, кардиологиялық оңалтуға және т. б. қосылуға шақырыңыз.</p>
-----------------------	--

* Деңгейі: қолдау-соңғы 6 айда жүрек жеткіліксіздігімен байланысты мінез-құлықты өзгертуге белсенді қатысу.

* Дереккөзі. [19].

Қорытынды

Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі әлемдегі денсаулық сақтаудың ауыр мәселесі болып қалады.

Мінез-құлық өмір салтын өзгертуді ынталандырудың дәстүрлі әдістері пациенттердің мінез-құлық ережелерін сақтамауы туралы көптеген зерттеулер көрсеткендей, аз ғана сәтті болды. Науқастың өзгеруге дайындық кезеңдеріне сәйкес келетін тиісті іс-шаралар арқылы денсаулық сақтау мамандары науқастың өзгеруіне әсер етуі мүмкін өмір салтын өзгерту үшін науқастың қозғалысын жеңілдетеді.

А.К.Кожаяева¹, Н.Ж.Усебаева¹

¹ АО Қазақский Медицинский Университет Непрерывного Образования,
Алматы, Казахстан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ САМОКОНТРОЛЯ ЧЕРЕЗ ПРОГРАММУ УПРАВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Резюме: Успешный уход за собой - самоменеджмент пациента при сердечной недостаточности часто требует изменений образа жизни, таких как отказ от натрия, избыточного потребления жидкости, алкоголя и табака, регулярные физические упражнения и потеря веса. Транстеоретическая модель, основа для осуществления поведенческих изменений, предполагает, что изменение требует ряда этапов. Представленный литературный обзор показывает необходимость поведенческих изменений пациентов с ХСН.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, самоконтроль пациента, транстеоретическая модель, стратегии изменения поведения.

A.K. Kozhaeva¹, N.Zh. Usenbayeva¹

¹ JSC Kazakh Medical University of Continuing Education, Almaty, Kazakhstan

EFFECTIVENESS OF IMPLEMENTING SELF-MONITORING THROUGH A DISEASE MANAGEMENT PROGRAM IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

Resume: Successful self-care-Self-management of a heart failure patient often requires lifestyle changes, such as avoiding sodium, excessive fluid intake, alcohol and tobacco, regular exercise, and weight loss. The trans-theoretical model, the basis for implementing behavioral change, assumes that change requires a number of steps. The presented literature review shows the need for behavioral changes in patients with CHF.

Key words: chronic heart failure, patient self-management, transtheoretic model, strategies for behavior change.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 Mareev VYu, Ageev Ft, Arutyunov GP, et al. National guidelines OSSN, RCS and RNMOf for the diagnosis and treatment of chronic heart failure (fourth revision)// Journal Heart failure.- 2013.- 14.-P. 1-91.

2 Ross JS, Chen J, Lin Z, et al. Recent national trends in readmission rates after heart failure hospitalization// Circ. Heart Fail.- 2010.-3.-P.97-103.

3 Krumholz HM. Post-hospital Syndrome — An acquired, transient Condition of Generalized Risk. N// Engl. J. Med. 2013.-368.-P.2.

- 4 Marti NC, Fonarow GC, Gheorghiade M, et al. Timing and duration of interventions in clinical trials for patients with hospitalized heart failure// *Circ Heart Fail.*- 2013.-6.-P.1095-101.
- 5 Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: the task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC// *Eur J Heart Fail.*- 2016 . doi: 10.1002/ejhf.592.
6. Jones J, Cadumladr B. Improving the management of chronic disease in the community// *JCN.*- 2016.- 30.- P.54-58.
- 7 Беркинбаев С.Ф., Джунусбекова Г.А., Абдикалиев Н.А. Принципы внедрения программ управления заболеваниями в качестве составной части вторичной и третичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в рамках диспансерного обслуживания на уровне ПМСП // *Методические рекомендации.*-2018.- С. 24.
- 8 Nuray, Enç, Zerrin, Y, Meral G Effects of education on self-care behaviour and quality of life in patients with chronic heart failure// *The World of Critical Care Nursing.*- 2010.-7.-P.115-121.
- 9 Bennet SJ, Kordes DK, Westmoreland G, Castro R, Donnly E. Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure// *Nursing Research.*-2000.- 49.-P.139-145.
- 10 Carlson B, Riegel B, Moser DK. Self-care abilities of patients with heart failure// *Heart & Lung.*- 2001.-30.-P. 351-359.
- 11 Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange MP. Self-care behaviours among patients with heart failure//*Heart & Lung.*-2003.- 31.-P. 161-172.
- 12 Evangelista LS, Berg J, Dracup K. Relationship between psychosocial variables and compliance in patients with heart failure// *Heart & Lung.*-2001.- 30.-P. 294-301.
- 13 Moser DK. Maximising therapy in the advanced heart failure patient// *Journal of Cardiovascular Nursing.*-1996.- 10.-P.29-46.
- 14 Happ MB, Naylor MD, Roe- Prior P. Factors contributing to rehospitalisation of elderly patients with heart failure// *Journal of Cardiovascular Nursing.*-1997.- 11.- P.75-84.
- 15 Sullivan MJ, Hawthorne MH. Nonpharmacologic interventions in the treatment of heart failure// *Journal of Cardiovascular Nursing.*-1996.- 10.-P. 47-57.
- 16 Riegel B, Carlson B. Facilitators and barriers to heart failure self-care// *Patient Education and Counselling.*-2002.- 46.-P. 287-295
- 17 Ni H, Nauman D, Burgess D, Wise K, Crispell K, Hersberger RE. Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure// *Archives of Internal Medicine.*-1999.- 159.-P.1913-1919.
- 18 Enç N, Yiğit Z, Altuok MG, Batukan Ö. *The Handbook of Heart Failure for Patients*// First ed. Istanbul: Yelken Basım Yayın.- 2002.-P.63.
- 19 Sara P, Sneed N. Strategies for behavior change in patients with heart failure// *American Journal of Critical Care.*- 2004.-13.- P.405-413.
- 20 Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change// *Am J Health Promot.*- 1997.-12.-P. 38 - 48.