

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан Мемлекеттік Медицина  
Университеті

ӘӨЖ 616.24-052:615.099.036.8 (574.13)

Қолжазба құқығында

**АЛЕКЕНОВА НУРГУЛЬ УМИРБЕКОВНА**

Ақтөбе облысы бойынша науқастардағы өкпенің созылмалы обструктивті  
ауруының ауыртпалығы және өмір сапасы

6D110200- Қоғамдық денсаулық сақтау

Философия докторы (PhD)  
дәрежесін алу үшін дайындалған диссертация

Ғылыми кеңесші:

Назарбаева Р.К. м.ғ.к., доцент

Ғылыми кеңесші:

Көшербаева Л. К. PhD,

қауымдастырылған профессор

Шетелдік ғылыми кеңесші:

Анна Влошак- Зубзда PhD,

қауымдастырылған профессор

**Қазақстан Республикасы**  
**Алматы, 2019**

## МАЗМҰНЫ

<b>НОРМАТИВТІ СІЛТЕМЕЛЕР</b>	3
<b>АНЫҚТАМАЛАР</b>	4
<b>БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР</b>	6
<b>КІРІСПЕ</b>	8
<b>1. ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЛАРЫНЫҢ ТАРАЛУЫ, АУЫРТПАЛЫҒЫ, ӨМІР САПАСЫ (ӘДЕБИ ШОЛУ)</b>	13
1.1. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруларының таралуы және қауіп факторлары	13
1.2. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастардың өмір сапасы	17
1.3. Ауруды басқару бағдарламасы	26
1.3.1. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруын басқару бағдарламасының маңызы	26
1.3.2. Өкпенің обструктивті созылмалы ауруын басқарудың салыстырмалы өлшегіш көрсеткіштері	34
<b>2. МАТЕРИАЛДАР МЕН ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ</b>	39
2.1. Зерттеу кезеңдерінің бағдарламасы мен мазмұны	39
2.2. Зерттеу нысандары	40
2.2. Статистикалық өңдеу	49
2.4. Материалдың сипаттамасы	50
<b>3. АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫ БОЙЫНША ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЛАРЫНЫҢ АУРУШАҢДЫҚ ДИНАМИКАСЫ ЖӘНЕ АУЫРТПАЛЫҒЫ</b>	52
3.1. Ақтөбе облысы бойынша өкпенің созылмалы обструктивті ауруларының аурушаңдығына сипаттама	52
3.2. Ақтөбе облысы бойынша өкпенің созылмалы обструктивті ауруларының	55
<b>4. ӨЗІН – ӨЗІ БАСҚАРУ ПИЛОТТЫ БАҒДАРЛАМАСЫ</b>	63
<b>5. ӨЗІН – ӨЗІ БАСҚАРУ БАҒДАРЛАМАСЫН АҚТӨБЕ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЛАРЫ БАР НАУҚАСТАРҒА ЖҮРГІЗУ</b>	69
5.1. Ақтөбе облысы бойынша өкпенің созылмалы обструктивті аурулары бар науқастардың өмір сапасына өзін – өзі басқару басқару бағдарламасының әсерін бағалау	69
5.2. Ақтөбе облысы бойынша өкпенің созылмалы обструктивті аурулары бар науқастардың өмір сапасын бағалау	78
<b>ҚОРЫТЫНДЫ</b>	91
<b>ТӘЖІРИБЕЛІК ҰСЫНЫСТАР</b>	95
<b>ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ</b>	96
<b>ҚОСЫМШАЛАР</b>	111

## НОРМАТИВТІ СІЛТЕМЕЛЕР

Бұл диссертацияда келесі нормативтік-құқықтық актілер мен стандарттарға сілтемелер қолданылды:

Қазақстан Республикасының Конституциясы (1995 жылы 30 тамызда республикалық референдумда қабылданған, 10 наурыз 2017 жылы өзгертулер мен толықтырулар енгізілген);

Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" № 193-IV Кодексі;

Қазақстан Республикасы Президентінің 2016 жылғы 15 қаңтардағы №176 Жарлығымен бекітілген Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016 – 2019 жылдарға арналған "Денсаулық" мемлекеттік бағдарламасы;

ҚР Денсаулық Сақтау министрлігінің медициналық қызмет сапасы жөніндегі комиссиясымен «10» қараша 2016 жылғы, №15 хаттамасымен бекітілген «Өкпенің созылмалы обструктивті ауруларының» диагностикалау мен емдеудің клиникалық хаттамасы;

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2009 жылғы 15 желтоқсандығы «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемнің тізбесін бекіту туралы» № 2136 қаулысы.

### Стандарттар:

МЕСТ 7.1-2003 Ақпараттық, кітапхана және баспа ісі жөніндегі стандарттар жүйесі. Құжаттың библиографиялық сипаттамасы. Жалпы талаптар мен ережелер.

МЕСТ 7.32-2001(Халықаралық стандарт) Ақпараттық, кітапхана және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Ғылыми зерттеу жұмысы жөніндегі есеп. Құрылымы мен рәсімдеу ережелері.

МЕСТ 7.9-95 (ИСО 215-76) - Ақпараттық, кітапхана және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Реферат және аннотация. Жалпы талаптар.

МЕСТ 7.12-93 - Ақпараттық, кітапхана және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Библиографиялық жазба. Орыс тіліндегі сөздерді қысқарту. Жалпы талаптар мен ережелер.

МЕСТ 7.12-88 - Ақпараттық, кітапхана және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Ғылыми-техникалық құжаттары мен материалдардың қасиеттері жөніндегі сандық деректерді таныстыру. Жалпы талаптар

## АНЫҚТАМАЛАР

Бұл диссертациялық жұмыста келесі терминдерге сәйкес анықтамалар қолданылды:

**АДАМНЫҢ ӨМІР СҮРУ ҰЗАҚТЫҒЫ** — бұл бір жылы туған адамдар тобының орташа өмір сүру ұзақтығын көрсететін көрсеткіш. Бұл жағдайда әр жастағы адамдар тобындағы өлім деңгейі бір қалыпты қалады.

**ЖАҒАҢДЫҚ АУРУ АУЫРТПАЛЫҒЫ ЖАА (GBD)** – негізгі аурудан, жарақаттан және қауіп факторларынан болатын өлім-жітім мен мүгедектікпен сипатталатын көрсеткіштер тобы (Дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымының анықтамасы бойынша).

**DALY КӨРСЕТКІШІ - (DISABILITY ADJUSTED LIFE YEAR)** – дені сау өмірдің жалпы жойылған жылдар санын қосқандағы «ауру ауыртпалығын» бағалайтын көрсеткіш

**ДЕНСАУЛЫҚ** – толық физикалық, рухани (психикалық) және әлеуметтік әл-ауқаттың жай-күйі, аурудың және физикалық кемістіктердің болмауы ғана емес (Қазақстан Республикасының халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы Кодексі).

**ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ** - аурудың алдын алу және емдеуге, қоғамдық гигиена мен санитарияны сақтауға, әр адамның физикалық және психикалық денсаулығын сақтауға және нығайтуға, белсенді өмір сүруіне, жоғалтқан жағдайда медициналық көмек көрсетуге бағытталған саяси, экономикалық, құқықтық, әлеуметтік, мәдени, медициналық сипаттағы іс-шаралар жүйесі денсаулық сақтау (Қазақстан Республикасының халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы Кодексі).

**ЕҢБЕККЕ ЖАРАМСЫЗДЫҚҚА БАЙЛАНЫСТЫ ЖОЙЫЛҒАН ЖЫЛДАР (YEARS LIVED WITH DISABILITY, YLD)** – толық денсаулық критерийлеріне жауап бере алмайтын денсаулық күйіне байланысты жойылған жылдар (Дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымының анықтамасы бойынша).

**ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ**—денсаулық сақтау - аурулардың алдын алуға және оларды емдеуге, қоғамдық гигиена мен санитарияны қолдауға, әрбір адамның тәни және психикалық саулығын сақтап, нығайтуға, оның ұзақ жыл белсенді өмір сүруін қолдауға, денсаулығынан айырылған жағдайда оған медициналық көмек ұсынуға бағытталған саяси, экономикалық, құқықтық, әлеуметтік, мәдени, медициналық сипаттағы шаралар жүйесі; (ҚР Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы Кодекс).

**МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК САПАСЫ** – уәкілетті орган бекіткен және медицина ғылымы мен техникасының қазіргі даму деңгейіне негізделген стандарттарға сәйкес медициналық көмекке сәйкестіктің деңгейі (Қазақстан Республикасының халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы Кодексі)

**ӨМІРДІҢ ЖОЙЫЛҒАН ЖЫЛДАРЫ (YEARS OF LIFE LOST, YLL)** (YEARS OF LIFE LOST, YLL) - кенеттен болған өлім-жітімге байланысты

жойылған жылдар саны (Дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымының анықтамасы бойынша).

ӨМІР САПАСЫ (КЖ -QOL) – мәдениет тұрғысынан адам өміріндегі және онымен байланысты құндылық жүйесінде, немесе олардың мақсаттарына, үмітсіздіктерге және үміттерге, стандарттар мен нормаларға, проблемалар мен қиындықтарға қатысты жеке көзқарастарының жиынтығы

ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЛАРЫ – (ӨСОА) әртүрлі экологиялық әсерлерден соның ішінде ең негізгісі шылым шегуден қабынған тыныс алу жолдарының созылмалы ауруы. Тыныс алу жолдарының дистальды бөлімдері мен өкпенің паренхимасын зақымдап, өкпе эмфизамасын тудырады,

ПАЙДА (UTILITY) – науқастың денсаулық күйіне сәйкес беретін бағасы

## БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР

BOLD	- Обструктивтік өкпе ауруларының ауыртпалығы Burden of Obstructive Lung Disease
CAT	- Өкпенің созылмалы обструктивті ауруын бағалау тесті (COPD Assessment Test)
CCQ	- Өкпенің созылмалы обструктивті ауруын клиникалық сауалнамасы (clinical COPD questionnaire )
CRQ	- Созылмалы респираторлы ауруларға арналған сауалнама (Chronic Respiratory Questionnaire)
DALY	- Мүгедектікке түзетілген жыл (Disability Adjusted Life Year)
DMAA	- Ауруларды басқару Американдық ассоциациясы (Disease Management Association of America)
EQ-5D	- Өмір сапасын бағалайтын Еуропа сауалнамасы European Quality of Life Questionnaire (EuroQoL 5D)
FEV1	- Өлшенген өкпе функциясы (Overview of Forced Expiratory Volume)
FVC	- Мәжбүрлі өмірлік көлемі (forced volume vital capacity)
GBD	- Жаһандық ауру ауыртпалығы (Global Burden of Disease)
GOLD	- Обструктивтік өкпе ауруы бойынша жаһандық бастама (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease)
HRQoL	- Науқастардың денсаулыққа байланысты өмір сапасы (Health-related quality of life)
ISOQOL	- Өмір сапасын зерттейтін халықаралық қауымдастық (International Society of Quality of Life)
LWWCOPD	- Өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен өмір сүру (Living well with a Chronic Obstructive Pulmonary Disease)
MEDLINE	- Медициналық әдебиеттерді талдау және іздеу жүйесі (MEDical Literature Analysis and Retrieval System onLINE)
MQ	- Өзгертілген сауалнама (modified questionnaire)
NICE	- Ұлттық денсаулық сақтау институты және Клиникалық жетілдіру, Лондон, Ұлыбритания (National Institute for Health and Clinical Excellence)
NHIS-	- АҚШ-тың денсаулық сұрақтары бойынша Ұлттық сауалнамасы (National Health Interview Survey)
PROM	- Науқастардың бағалау нәтижелерін хабарлауы (patient reported outcome measures)
QALY	- Сақталған сапалы өмір жылдарын көрсететін индекс

(Quality Adjusted Life Years index)

SF-36	Науқастың өмір сапасын бағалайтын қысқаша сауалнама The Short Form-36
SGRQ	Әулие Георгий респираторлы сауалнамасы St. George's Respiratory Questionnaire
YLD	- Еңбекке жарамсыздыққа байланысты жоғалған жылдар (Years Lived with Disability)
YLL	- Өлімге байланысты жоғалған жылдар (Years of Life Lost)
VAS	- Визуальды аналогтық шкаласы (Visual Analog scale)
АМСК	- Алғашқы медициналық- санитарлық көмек
АҚШ	- Америка Құрама Штаттары
АР	- Аллергиялық ринит
БА	- Бронх астмасы
ДДСҰ	- Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
ҚР	Қазақстан Республикасы
ӨСОА	- Өкпенің созылмалы обструктивті аурулары
ӨС (QoL)	- Өмір сапасы (Quality of Life)
СИ	- Сенімділік интервалы
ТМД	- Тәуелсіз мемлекеттер достығы

## КІРІСПЕ

### Зерттеудің өзектілігі

Қазақстан Республикасы Президентінің 2012 жылы 14 желтоқсанындағы «Қазақстан -2050 Стратегиясы Жолдауында Қазақстан ХХІ ғасырдың ортасына қарай әлемнің ең дамыған 30 елінің қатарына кіру мақсатында Экономикалық ынтымақтастық және Даму Ұйымының біздің елімізбен арасындағы алшақтықты жеңу жолында ұлт денсаулығын сақтаудың жоғары деңгейін, тұрғындардың өмір сүру ұзақтығы мен өмір сапасын жақсарту ең тиімді әдістермен жаһандық және жергілікті қауіптерді ескере отырып қамтамасыз етілуі керек, сонымен қатар денсаулық сақтау жүйесінің мемлекеттік ішкі саясатының негізгі міндеті халық денсаулығын жақсарту шаралары болуы керек» [1].

Қоғамдық денсаулық сақтаудың замануи мәселелерінің арасында өкпенің созылмалы обструктивті аурулары (ӨСОА) аурушандық деңгейінің ұлғаюы мен ауру ақырының қолайсыздығымен маңызды орын алады. Бүгінгі таңда ӨСОА тек маңызды медициналық қана емес, сонымен қатар әлеуметтік – экономикалық келелі мәселе болып отыр. Дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДСҰ) мәліметі бойынша ӨСОА бүкіл әлемде 600 миллионнан астам адам ауырады. 2030 жылы бұл ауру миокард инфаркті мен инсульттан кейін өлім көрсеткіші бойынша үшінші орында болады, ал қазір төртінші орында және инфекциялы емес аурулардың ішінде таралуы бойынша екінші орында тұрған ауру [2].

ӨСОА таралуының барлық жағдайларының 85-90 % шылым шегу мен үй, жай, ғимараттар ішіндегі ауаның ластануымен тікелей байланысты, сонымен қатар шылым шегу қаншалықты көбейсе аурудың таралуы соншалықты ұлғаяды [3-6].

ӨСОА бүкіл әлемдегі мүгедектік пен өлім –жітімнің басты себебі және оның таралу көрсеткіші 5% дан 13% ға дейін болып отыр [7]. Белевскийдің зерттеу нәтижесі бойынша ӨСОА салдарынан мүгедек болған науқастар бүкіл өмір бойына медико-әлеуметтік қолдауды қажет етеді, себебі өкпенің созылмалы обструктивті ауруы қайтымсыз үдеріс, ал көрсетілетін ем тек аурудың әрі қарай дамуы үдерісін ғана тежейді. Онымен қоса науқастың ғана емес оның отбасы мүшелерінің де өмір сапасы нашарлайды [8].

ӨСОА өкпенің тыныс алу қызметі мен денсаулыққа байланысты өмір сапасын төмендетумен сипатталады [9]. Көптеген зерттеулерде ӨСОА адамдарға, қоғамға және экономикаға елеулі ауыртпалық түсіретіні айтылған [10]. ӨСОА ағзаның физикалық бұзылуларына, депрессия мен мазасыздыққа, асқынулардың жиілігіне байланысты ауруханаға жатуға, кенеттен өлімге әкелетіні туралы әдебиеттерде көптеген дәлелдер бар [11]. Сонымен қатар ӨСОА симптомдарының ауыртпалығы қатерлі ісік ауруларының симптомдарының ауыртпалығымен салыстыруға болатыны, ол симптомдардың ұзақтығы және ӨСОА ауыратын науқастар қатерлі ісік ауруларымен ауыратын науқастарға қарағанда көбірек өмір сүретіні туралы да айтылған [12-14].



Көптеген Ресейлік авторлардың жұмыстарында ӨСОА дифференциацияланған қосарланған ем мен оңалту үдерістері және жүйелі бақылау алгоритмін енгізген жағдайда клиникалық әсері мен экономикалық тиімділіктің құндылығы туралы хабарлайды [15, 16]. Клинико - экономикалық талдау нәтижелерін зерттеу оңалту емінің оңтайлы әдістерін таңдауда шығынның мөлшерін азайту мақсатында қолданатын негізгі құрал болу керек. Дегенмен созылмалы респираторлы аурулардың, соның ішінде өкпенің ӨСОА ауыртпалығы мен қаржылай шығынына қарамастан осы тұрғыдағы мәселесін шешу үшін қай елде болмасын мейлі ол клиникалық зерттеу болсын немесе алдын алу шаралары мен клиникалық қызмет көрсету болсын барабарлық қаржыландыру болмағаны анық [17].

Америка құрама штаттарында (АҚШ) жүрек өкпе және қан ұлттық институтының берген бағасы бойынша өкпенің созылмалы обструктивті аурулары Америка экономикасын 2003 жылы 32,1 миллиард долларға жалпы шығынға (тікелей және жанама), оның ішінде тікелей шығыны 18 миллиард АҚШ долларын құраған [18,19].

ӨСОА айтарлықтай дәрежеде болдырмауға болады. Дамыған елдердегі аурудың негізгі себебі темекі түтіні, яғни шылым шегумен (дамыған елдердегі 60 - 85% өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен ауырады) байланысты. Екінші себебі үй- жайдың ішіндегі ауаның ластануы, яғни кәсіби сырқат (өрт сөндірушілер, фермерлік қожалық жұмысшылары, тамақ пісіру және үй- жайды жылыту үшін жағылатын от әсері) болып отырғаны мәлім [20, 21].

Бүкіл әлемдегі көптеген зерттеулердің нәтижесі ӨСОА ауыртпалығы қаншалықты көп болса, науқастың өмір сапасы соншалықты төмен болатынын мәлімдейді. ӨСОА ауыратын науқастар еңбек ету көрсеткіштері мен адамның қоғамдағы пайда көрсеткішін төмендететін депрессияға жиі шалдығады [15 с.63, 22, 23]. ӨСОА бүкіл әлемдегі ересек тұрғындардағы ең көп тараған және титықтататын, сонымен қатар науқастардың өмір сапасына әсер етіп, жаһандық өлім - жітімге әкелетін аурулардың бірі болып табылады. Қазақстан Республикасында ауру ауыртпалығы төңірегіндегі жұмыстар саусақпен санарлықтай [24, 25].

Осылайша, ӨСОА әлеуметтік ауыртпалығы, кеңінен таралуы мен өлім-жітімнің өсуі, деңгейі жыл сайын артып отыратын елеулі экономикалық және әлеуметтік залал әкелетініні, оның тек медициналық ғана емес, әлеуметтік-экономикалық және гуманитарлық өзекті мәселе екенін ескере отырып, біздің зерттеуіміздің өзектілігін растайды.

### **Зерттеудің мақсаты**

Өкпенің созылмалы обструктивті аурулары бар науқастарға өзін-өзі басқару бағдарламасы арқылы көмек көрсетуді жетілдіру бойынша ұсыныстар әзірлеу.

## **Зерттеу міндеттері**

1. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруының аурушаңдығының халықаралық және отандық тәжірибелерін талдау.

2. Ақтөбе облысында өкпенің созылмалы обструктивті ауруының ауыртпалығын жылы, жасы және жынысы бойынша бағалау.

3. Ақтөбе қаласы бойынша өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға өзін-өзі басқару бағдарламасын әзірлеу және сынау.

4. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастардың өмір сапасына өзін-өзі басқару бағдарламасының әсерін анықтау.

## **Жұмыстың ғылыми жаңалығы**

Зерттеудің ғылыми жаңалығы мен теориялық маңыздылығы келесі ерекшеліктермен анықталады:

- Алғаш рет өкпенің созылмалы обструктивті ауруларының ауыртпалығы ресми статистикалық деректер негізінде бағаланды және территориялық (қала мен аудан), жыныстық және жас ерекшеліктеріне байланысты халықаралық нәтижелермен салыстырмалы түрде талдау жүргізілді

- Алғаш рет өкпенің созылмалы обструктивті бар науқастарды алғашқы көмек деңгейінде өзін-өзі басқару негізінде оқыту арқылы басқару бағдарламасы құрастырылды және пилотты түрде енгізілді

- Алғаш рет өкпенің созылмалы обструктивті ауруларымен ауыратын науқастардың өмір сапасын зерттеу арқылы ауруды басқару бағдарламасының өмір сапасына әсері бағаланды.

## **Тәжірибелік маңыздылығы**

- Алғашқы медициналық-санитарлық көмек деңгейінде созылмалы обструктивті өкпе ауруларын басқару бағдарламасы құрастырылды және енгізілді

- Алғашқы медициналық-санитарлық көмек деңгейінде медициналық қызметкерлерге арналған созылмалы обструктивті өкпе ауруларын басқару бағдарламасы әдістемелік нұсқаулық дайындалды.

## **Қорғауға ұсынылатын қағидалар**

1. Зерттеу 2013-2017 жылдарында қаламен салыстырғанда аудандарда ауру ауыртпалығы 55 жастан асқан науқастарда жоғары, әсіресе ер адамдарда. 2017 жылы 1000 адамға шаққанда өкпенің созылмалы обструктивті ауруының ауыртпалығы 160,92 құрады (ерлер - 83,81, әйелдер-77,11). Демек, 55 жасқа дейінгі науқастарға ерекше назар аудара отырып, алғашқы медициналық көмек көрсетуді күшейту қажет.

2. Әзірленген өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастар үшін басқару бағдарламасына көпсалалы жұмысы тобынан тұратын жалпы тәжірибелі дәрігер, медбике, психолог, физиотерапевт маманы және науқастың өзін-өзі басқару жүйесі арқылы қатысуы міндетті.

3. Құрастырылған бағдарлама өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастардың өмір сапасын жақсартуға көмектесті; науқастардың ауруханаға жатқызу деңгейін, сондай-ақ дәрігерге көмегіне жүгіну жиілігін 1,4% -ға дейін қысқартты, EQ-5D халықаралық сауалнамасының көрсеткіштері; қозғалғыштық 24% (p=0.0001), өзін күту 12% (p=0.0001), әдеттегі әрекеттер 15% (p=0.0001), ауырсыну/жайсыздық 10% (p=0.0003), аландаушылық/жабырқау 20% (p=0.0003) жақсарғанын көрсетті; VAS шкаласы бойынша: науқастардың денсаулық күйінің жақсарғаны туралы статистикалық маңызды көрсеткіштер алынды, әйел адамдар арасында медиана көрсеткішінің ауытқуы 5 тен 15 дейін, ал ер адамдарда 12-ден 23-ке дейін.

#### **Диссертациялық жұмыстың негізгі нәтижелері баяндалды:**

- PhD докторанттардың диссертациялық жұмыстары тақырыптарын және диссертациялардың апробациясын бекітетін ғылыми мәселелік мәжілісінің отырысы (хаттама № 6);
- «XXI ғасырдағы денсаулық сақтау мен профилактикалық медицинаның келешегі» Халықаралық ғылыми – тәжірибелік конференция материалдарының жинағы 4 желтоқсан, 2015 (Алматы, 2015);
- Proceedings of the II - nd International Scientific and Practical Conference "Methodology of Modern Research" (Dubai, UAE 2016);
- «Актуальные вопросы медицины» тақырыбындағы V Жыл сайынғы Халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференция материалдарының жинағы (Баку, 2016);
- Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университетінің студенттер мен жас ғалымдардың халықаралық қатысумен 56-шы ғылыми тәжірибелік конференция (Ақтобе, 2016);

#### **Диссертация тақырыбы бойынша басылымдар**

Диссертация материалдары бойынша 10 ғылыми еңбек басылып шығарылды, оның ішінде 4 ҚР БҒМ ғылым және білім саласындағы бақылау Комитетінің ұсынылған ғылыми басылымдарда, 4 жарияланым Халықаралық және шетел конференциялары жинақтарында; 1 мақала- шетел Scopus базасында «Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences» журналында, 1- әдістемелік нұсқаулық басылып шығарылды.

#### **Зерттеу нәтижелерін енгізу**

1. «Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға білім беру бағдарламасы» тақырыбына ғылыми - зерттеу жұмыстарының нәтижесі бойынша әдістемелік нұсқаулық
2. Ғылыми - зерттеу жұмыстарының нәтижесін білім беру үдерісіне енгізу актісі № 690/1 (22.06.2017жыл)
3. «Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы кезіндегі науқастардың өзін- өзі басқару бағдарламасы» тақырыбына ғылыми - зерттеу жұмыстарының нәтижесі бойынша тәжірибелік денсаулық сақтау жүйесіне енгізу актісі

4. Зерттелген жұмыс Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университетінің дәлелді медицина және ғылыми менеджмент кафедрасының ынталы қолданбалы ғылыми зерттеу шеңберінде жүргізілді (Мемлекеттік тіркеу нөмірі № 0118PKU0546).

**Автордың жеке үлесі:** Зерттеу бағытын, бағдарламасын және оның нысандарын құрастырумен, зерттеуді ұйымдастырып, зерттеуді жүргізіп, зерттеудің барлық кезеңдеріне тікелей қатысумен, мәліметтерді статистикалық өңдеумен, зерттеу нәтижелерін интерпретациялаумен, талқылаумен, қорғауға шығарылған қағидаларды, зерттеуден алынған нәтижелер мен тәжірибелік ұсыныстарды құрастырумен негізделеді.

**Диссертацияның көлемі мен құрылымы:** Диссертациялық жұмыс 129 бетте баяндалған және кіріспеден, заманиу мәселелерге шолудан, зерттеу әдістемесінен, жеке зерттеу бөлімдерінен, қорытындыдан, нәтижелерден, тәжірибелік ұсыныстардан, қолданылған әдебиеттер тізімінен тұрады. Диссертацияда 28 кесте, 20 сурет, 7 қосымша және 231 әдебиет көздері берілген.

# **1 ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЛАРЫНЫҢ ТАРАЛУЫ, АУЫРТПАЛЫҒЫ, ӨМІР САПАСЫ (ӘДЕБИ ШОЛУ)**

## **1. 1 Өкпенің созылмалы обструктивті ауруларының таралуы және қауіп факторлары**

Өкпенің созылмалы обструктивті аурулары (ӨСОА) өкпенің тыныс алу қызметінің төмендеуімен және респираторлы белгілерімен, әсіресе еңтігу, жөтел және қақырықтың бөлінуімен сипатталатын созылмалы респираторлық ауру болып табылады [26].

ӨСОА ауа ағымының жылдамдығының шектелуімен сипатталатын емдеуге және алдын ала болдырмауға болатын аурулардың бірі. Кейбір науқастарда қосалқы аурулардың қозуы ӨСОА жалпы жағдайын ауырлатуы мүмкін. Оның ішінде жиі кездесетіні жүрек қан тамырлары аурулары. Науқастың жасы неғұрлым егде болған сайын оның физикалық белсенділігі төмендейді [27, 28].

Бүкіл өмір бойына адамдардың 27,6% ӨСОА даму қаупіне шалдыққан. Популяцияның демографиялық қартаюынан ӨСОА таралуының өсуі әлемдік геронтологияның денсаулық күйінде қартаю өзекті мәселесіне айналып отыр. ӨСОА емдеу мақсаты симптомдар дәрежесін азайту, өршудің алдын – алу және өмір сапасын жақсарту [29, 30]. Бүкіл әлемде ӨСОА өлім-жітім себебі бойынша үшінші орында тұр [31, 32].

1990-2010 жылдар аралығында ӨСОА 227,3 тен 297 миллион адам арасында ең көбі Америка Құрама Штаттарында (АҚШ) және ең азы Оңтүстік Шығыс Азия елдерінде таралған. ӨСОА аурушандығының әрі қарай ұлғаюы қауіп факторларының әсер ету ұзақтығына тәуелді [33]. Замануи ғылыми зерттеулер бүкіл әлемде ӨСОА аурушандығы әлдеқайда ұлғайғанын көрсетеді. Соңғы 15-20 жылда ӨСОА 35-40 жағдайына орташа есеппен 5-7 диагноз алғаш рет қойылады екен [34]. Аталмыш аурудың таралуы бойынша 28 мемлекетте жүргізілген зерттеу мәліметтері бойынша аурудың таралу деңгейі 9,2% (спирометрия мәліметі бойынша) және 7,8% (науқастардың шағымы бойынша) жеткен. Барлығын қосқанда ӨСОА таралуы 40 жастан асқан адамдарда шамамен 9-10% [35, 36].

Дүниежүзілік Денсаулық Сақтау Ұйымының (ДДСҰ) болжамы бойынша көптеген елдерде аурудың әрі қарай көбеюі күтілуде. 2012 жылы ноябрь айынан 2013 жылы май айына дейін 1990-2000 жылдары жүргізілген халықаралық зерттеу ӨСОА қаншалықты таралғанын бағалау мақсатында жалғастырылған. Бұл зерттеуге 12 мемлекетте (Бразилия, Франция, Германия, Италия, Япония, Мексика, Нидерланды, Россия, Оңтүстік Корея, Испания, Ұлыбритания, АҚШ) қатысқан. Зерттеуге жас шамасы 40-тан асқан 106 876 респондент қатысқан. Зерттеу нәтижесінде ӨСОА таралуы ер адамдарда 6–14%), әйел адамдар арасында- 5–11% болған. Тек АҚШ бұл көрсеткіш ер адамдарда-6,2%, әйелдерде- 7,1% [37-39].

Жаһандық ауру ауыртпалығы зерттеуінің бағалауына сәйкес ӨСОА таралуы 2013 жылы 300 миллион адамның арасында таралған [31, б.755].

Тұрғындардың қартаюына байланысты ӨСОА ауыртпалығы көбейеді деп болжанады. Бірнеше зерттеулер ӨСОА таралуы туралы айтады [40-42].

Клиникалық және профилактикалық медицинасың даму деңгейінің жоғарылауына қарамастан ӨСОА замануи денсаулық сақтаудың жаһандық медициналық - әлеуметтік мәселесі болып отыр [43]. ӨСОА ауа ағынының тұрақты шектелуімен ерекшеленіп, күшейетін және тыныс алу жолдары мен өкпе тінінің зиянды бөлшектерге созылмалы қабынуға қарсы жауабының жоғарылауына байланысты болады, бұл паренхиманы зақымдау мен (эмфиземаны) кіші тыныс жолдарының ауруларын (обструктивті бронхиолит) тудырады [44]. ӨСОА баяу ағымы ауруды ерте диагностикалау мен емдеуді қиындатып, өлім-жітім мен мүгедектік көрсеткіштеріне әсер етіп осы ауруға шалдыққан науқастардың өмір сапасын төмендетіп отыр [45,46].

ӨСОА ауырлық дәрежесі және жіктелісін түрлі әдістермен анықтауға болады. Аурудың аурушандығы мен таралуы диагностикалық әдістеріне және жіктелуіне байланысты ажыратылады. ӨСОА уақытылы қадағалау және ықтимал емдеу әдістерінің немесе алдын алу шараларының тиімділігін анықтау үшін аурудың шынайы эпидемиологиясын түсіну маңызды.

BOLD (Burden of Obstructive Lung Disease) ӨСОА ауыртпалығы - ең үлкен халықаралық зерттеудің мәліметтері бойынша ӨСОА әлемдегі 60 жастан жоғары адамдар арасында жиі таралғанымен 40 жастан жоғары адамдар арасында таралуы 10% құрайды [47]. ӨСОА таралуы ер адамдар арасында 1000 адамға шаққанда 9,3, ал әйелдер арасында 1000 адамға шаққанда 7,3 құрайды. ӨСОА жасы ұлғайған адамдардың ауруы болсада оның 25 жастан бастап дамיתыны байқалған (зерттеуге қатысқан адамдардың 44 % ауа ағымының шектелуінің жеңіл түрі анықталған) [48].

Қазіргі таңда еңбекке жарамды жастағы ӨСОА ауыратын адамдар саны 41 % (Испания) 82 % (АҚШ) құрайды. Аурудың бұлай өршуі еңбекке жарамды адамдар арасында ерте мүгедектікке әкеліп, ӨСОА қоғам мен мемлекетке медико – әлеуметтік маңыздылығының жоғары екенін білдіреді [49]. ӨСОА ауыратын әрбір төртінші науқас диагноз қойылған 10 жылдан кейін мүгедек болады, оның үстіне мүгедектердің өмір сүру ұзақтығы салыстырмалы түрде онша көп емес және шамамен ол 8 жыл көлемін құрайды [50].

АҚШ-та ӨСОА бойынша жыл бойына 100000 өлім – жітім себебі бойынша үшінші орында [51,52]. Медициналық қызмет көрсетушілердің 2010 жылдағы есебі бойынша 15 миллион адамдарға ӨСОА диагнозы қойылса, 12 миллион адамдарда диагностикаланбай қалады [51,52]. ӨСОА егде жастағы адамдарды зақымдайтын созылмалы ауру болып табылады [53].

Balmes және басқа авторлар ӨСОА 15% кәсіби зақымдалумен байланысты деген қорытындыға келген [54]. Сонымен қатар Bang және тағы авторлардың айтуынша ӨСОА жұмысшылар тобы арасында кеңінен таралғанын айтады [55]. АҚШ-тың денсаулық сұрақтары бойынша Ұлттық сауалнамасы (NHIS-National Health Interview Survey) мәліметінің негізінде (2004–2011ж.) жұмысшылар арасында темекі шегуді тоқтатуға арналған алдын- алу шаралары ӨСОА қауіп факторын төмендететіні көрсетілген [56-58]. ӨСОА таралуы

мемлекеттер арасында және мемлекет ішіндегі түрлі топтар арасында әртүрлі болады, мысалы Үндістанда 3% болса, Уругвайда 19,7% [59-61]. Кореяда ӨСОА таралуы 40 жастан жоғары адамдарда 13,1% және 65 жастан жоғары адамдар арасында 31,9% болғаны анықталған [62]. Және де Кореяда ӨСОА таралуы мен өлім-жітім өмір сүру ұзақтығының жоғарылауымен ұлғаятыны күтілуде.

ӨСОА созылмалы ауру болғандықтан оның емі науқастардың денсаулығы мен өмір сапасына теріс әсер ететін симптомдарды жақсартуға бағытталған [63]. ӨСОА 40 жастан және одан жоғары жастағы адамдар арасында 13% жоғары деңгейде таралуымен Германиядағы аурушандық пен өлімнің ең жиі себебі болып отыр [64].

ӨСОА өршуі, симптомдардың күрт нашарлауы денсаулыққа қатты ықпал етіп, өкпе қызметін төмендетіп, ауруханаға жатумен, тіпті өліммен байланысты [65]. ӨСОА ауыр және өте ауыр түрі бар науқастарда аурудың орташа есеппен жылына 2,7 өршуі болады және олардың 10% ауруханаға жатуға мәжбүр болады [66].

Спирометриялық тестке негізделген эпидемиологиялық зерттеулердің мета – анализі ӨСОА таралуы 9–10% екенін көрсетті [35, р.780]. Дәрігермен қойылған ӨСОА диагнозы спирометриялық зерттеулерге қарағанда Ұлыбританияда 1,5% және Канадада 3% төмен екені анықталды [67]. Осылайша, ӨСОА науқастардың тек шамалы бөлігі диагностикаланған (9,4%, 8-22%)[68].

Европаның 40 жастан жоғары ересек тұрғындары арасында ӨСОА таралуы ер адамдарда әйел адамдарға қарағанда 15–20% жоғары [69-71]. Италияндық зерттеушілердің зерттеу мәліметтері бойынша көп тараған денсаулық жағдайларында, әсіресе астма және өкпенің созылмалы обструктивті аурулары сияқты респираторлы ауруларда гендерлік айырмашылықтардың бар екендігі айқындалған. Астмада гендерлік айырмашылық жас ерекшеліктері бойынша топтармен байланысты. Астма әйелдерде өте ауыр өтеді және өлім деңгейі бірдей жас шамасындағы ер адамдармен салыстырғанда өте жоғары. ӨСОА әйел адамдар арасында таралуы көбеюде және оның кеш және қиындықпен диагностикалану себебіне байланысты дұрыс бағаланбайды. Барлық себептерден болатын ауру жиілігі мен өлімнің азаюымен қатар таралуы көбеюі әйел адамдармен салыстырғанда ер адамдарда жоғары болғаны байқалады.

Жас шамаларына бойынша 2004 жылы жасалған жасалған қисық талдауында әйел адамдар арасындағы ӨСОА жағдайы көбейгені көрсетілген. Әрі қарай талдауда әйелдер когортасының әсері байқалған. ӨСОА ауыртпалығы уақыт өте көбейе бастаған. 65 жоғары жастағы әйел адамдар денсаулық сақтауды жоспарлау үшін қауіп тобы ретінде анықталған [72]. Бұдан да бұрын жүргізілген көптеген эпидемиологиялық зерттеулерде ӨСОА таралуы әйел адамдармен салыстырғанда ер адамдар арасында жоғары болуын көптеген қауіп факторларының әсерінен, әсіресе шылым шегуден болатынын түсіндірген.

Қазіргі таңда дамыған елдерде әйелдер мен ерлер арасында ӨСОА таралуы бірдей. Дания мемлекетінде «Копенгаген қаласының жүрегін зерттеу» атты 4-ші рет жүргізілген зерттеуге 6236 жастан жоғары науқастар қатысып, нәтижесінде ӨСОА шылым шегумен байланысты екені, ерлер арасында басымдылығы және таралуы әлемдегі ең жоғары (17,4%) көрсеткіш екені анықталған [73,74]. Көптеген әлемдік зерттеушілер ӨСОА болатын өлім-жітім әйелдер арасында ұлғайып, ер адамдардағы кездесетін өлім-жітім көрсеткішінен басып озатыны туралы болжам жасаған [75-77].

Тәуелсіз мемлекеттер достығы (ТМД) елдері арасында ӨСОА, бронх астмасы (БА) және аллергиялық ринитке (АР) ең алғашқы халықаралық эпидемиологиялық зерттеу жүргізілді [78]. Зерттеудің мақсаты 3 ТМД елдерінің (Украина, Қазақстан және Әзербайжан) ересек тұрғындары арасында ӨСОА, БА және АР ауруларының мезеттік таралу көрсеткішін сауалнама негізінде және спирометрияны қолдану арқылы тағайындау болды. Сонымен қатар шылым шегумен, дененің артық салмағымен, қосалқы аурулармен байланысы сарапталған. Зерттеу ірі үш қалада - Киев, Алматы, Бакуде жүргізілген, ал зерттеуге аталған қалаларда 10 жылдан кем тұрмаған 18 жастан жоғары барлық еріктілер қатысқан. Зерттелушілерден халықаралық сауалнамаларды қолданып, ӨСОА, БА және АР диагностикасына қатысты сұрастырулар жүргізілген, сонымен қатар халықаралық талаптар мен стандарттарға сәйкес спирометриялық зерттеулер жүргізілген. Зерттеу нәтижелері ӨСОА ерте, жеңіл сатыларымен (I және II) көп пациенттер анықталған. Осы зерттеу нәтижелерінде анықталған пациенттердің айтарлықтай саны науқастардың ауру туралы ақпараттануының аздығы мен дер кезінде емханаға жүгінбеуі не болмаса диагностика деңгейінің төмендігін және медициналық қызметкерлердің өкпенің респираторлы ауруларына абайсыздығы екенін айта алмайсың. Осы зерттеу барысында ӨСОА таралуы туралы мәліметтер нақты статистика мәліметтерінен 17 есеге көп екені анықталған, бірақ ӨСОА Қазақстанда таралуы көрші елдерден алда тұрғанымыз, ал диспансерлік есепте ӨСОА ауыратын науқастардың тек 0,4 % тұрғаны анықталған. Бұл болып жатқан жағдайды өзгерту туралы дабыл соғу керек екенін айтады [78,79].

Қазақстанда тыныс алу мүшелерінің аурулары жүрек қан - тамыр ауруларына қарағанда жалпы аурушандық құрылымның сандық көрсеткіштері бойынша алда тұрғаны белгілі. ӨСОА соңғы екі онжылдықта 2 есеге көбейді [80]. Біздің елімізде осыған дейін жүргізілген зерттеу жұмыстары нәтижелері ӨСОА Оңтүстік Қазақстан, Ақтөбе және Павлодар аймақтарында таралуының өте жоғары екенін көрсетеді. Жүргізілген эпидемиологиялық зерттеу нәтижесінде Ақтөбе облысындағы ӨСОА ең көп таралған қауіп факторы тұқым қуалаушылық болып табылатынын анықталды. Кәсіби зиянды әсерлер тыныс алу қызметіне үлкен әсер ететіні де анықталған [81].

Осылайша, жүргізілген зерттеулердің нәтижесінде ӨСОА бүкіл әлемде 40 жастан асқан ересек адамдар арасында спирометрия мәліметі бойынша - 9,2% және науқастардың шағымы бойынша - 7,8% жиілікте таралған. Барлығын



қосқанда ӨСОА таралуы 40 жастан асқан адамдарда шамамен 9-10 % құрайды. Сонымен қатар ҚР бойынша жүргізілген зерттеуде ӨСОА таралуы нақты статистика мәліметтерінен 17 есеге көп екені анықталған.

ӨСОА бұрын ер адамдар арасында жиі кездесетін ауру болып саналса, қазіргі таңда әйелдер арасында шылым шегудің көбеюімен гендерлік айырмашылығы жоқ екенін жүргізілген зерттеулер нәтижесінен білуге болады. ӨСОА науқастарда ертерек басталып, ұзақ дамитын және ауыртпалығы жоғары жаһандық медициналық - әлеуметтік мәселе. ӨСОА негізгі қауіп факторы шылым шегумен байланысты, сонымен қатар ең жиі кездесетін симптомдары енгізу және қақырықты жөтел. ӨСОА жиі өршумен, науқастың жағдайын нашарлатып, өкпенің тыныс алу қызметін төмендетіп, жиі ауруханаға жатумен, ақыры өлімге де әкелетін созылмалы ауру.

## **1.2 Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастардың өмір сапасы**

Созылмалы аурулар мезгіл - мезгіл асқынуларымен адамның өмір сапасының барлық көрсеткіштеріне шектеу жасайды[82-84].

Өмір сапасы - бұл адамның ауру даму мен ем барысындағы өмір кезеңіндегі өзгерістерді айқындайтын субъективті сезінуі мен параметрлеріне негізделген физикалық, психологиялық, эмоциональды және әлеуметтік қызмет жасау жиынтығының сипаттамасы. Өмір сапасы әртүрлі факторларға байланысты болады: тұрғын үй жағдайына, жұмыс немесе оқу, отбасылық, әлеуметтік-экономикалық жағдайға, елдегі саяси жағдайға, сонымен қатар жас, жыныс, діни сенімдер, адамның мәдени деңгейіде әсер етеді. Ал АҚШ - та басылып шығарылған Өмір Сапасының Медициналық Энциклопедиясында берілген анықтамада: «Өмір сапасы - адамның қажеттіліктермен қанағаттану дәрежесі» делінген [85].

ДДСҰ ӨСОА ауыратын науқастардың өмір сапасы осы ауруды емдеуде, клиникалық зерттеулерде және медициналық қызметкерлерді дайындау барысында шешім қабылдау үшін өте қажет құрал деп санайды. Сонымен қатар өмір сапасын бағалау дәрігерлерге науқастардың өмірінің белсенді аспектілеріне көңіл бөлуіне мүмкіндік береді. ӨСОА жүйелі түрде қарайтын болсақ, бұл аурудың мемлекет және жеке сала үшін де әлеуметтік маңызды мәселе екенін түсіну маңызды.

ӨСОА мәселесі тұрғындардың денсаулығына үлкен қауіп тудырады. Аурудың эпидемиологиясы, экономикалық маңыздылығы, біріншілік және екіншілік алдын – алу шараларына қатысты сұрақтар денсаулық сақтау ұйымдастырушылары, пульмонологтар, экономистер және тағы да басқа мамандардың зерттеу объектісіне айналуы қажет. Әрине, ең алдымен медициналық қызметкерлер үшін де науқастар үшін де ӨСОА ең негізгі себебі шылым шегумен күрес және никотинге тәуелділікті емдеуге арналған оқыту бағдарламалары бірінші болып жоспарлануы керек [86]. Өмір сапасына арналған зерттеулер медициналық көмек сапасын бақылау үшін өте маңызды роль атқарады[87].

Malik Shanawaz Ahmed пен бірлескен авторлардың зерттеуі ӨСОА бар 124 науқастың өмір сапасының барлық көрсеткіштеріндегі бұзылыстарды Әулие Георгийдің респираторлы сауалнамасымен (SGRQ- St. George's Respiratory Questionnaire) анықтады [88-95]. 1 секундта форсирленген тыныс көлеммен (FEV1- Overview of Forced Expiratory Volume) өлшенген өкпе функциясы және FEV1-ден мәжбүрлі өмірлік көлемі (FVC- forced volume vital capacity), яғни FEV1 / FVC қатынасы көрсеткендей, неғұрлым нашар болса, науқастың өмір сапасы солғұрлым төмендейді. Бұл байланыстың болары сөзсіз екені, сондай-ақ аурудың ұзақтығы өмір сапасына кері әсерін тигізетіні, аурудың ұзақтығы неғұрлым ұзақ болса, өмір сүру сапасы солғұрлым нашарлайтыны көптеген зерттеулерде айтылған. Басқа авторларда ұқсас нәтижелер туралы хабарлады [91, p.88, 96,97,98]. ӨСОА ауырлық дәрежесінің әртүрлі кезеңдерінде бағалауы FEV1% -ға негізделгендіктен, бұл нәтижелер ӨСОА ауыр сатыларындағы өмір сүру сапасының төмен екенін көрсетеді.

Dignani және тағы басқалар ӨСОА күшею кезеңдері өмір сапасының нашарлауына әкеліп соқтыратыны туралы айтты [99]. Сондай-ақ, өкпе функциясының бұзылуы өмір сапасының барлық көрсеткіштеріне әсер етті. Өкпенің қызметі күнделікті нашарлаған сайын, белсенділік төмендейді, бұл өмір сүру сапасының төмендеуіне әкеледі. Денсаулыққа байланысты өмір сапасы ӨСОА көрсеткіштері мен еңтігудің корреляциясын көрсетті. Ұқсас нәтижелер ертерек жүргізілген зерттеулерден де алынған [94,96,98,100].

Темекі шегудің өмір сапасы көрсеткіштерімен корреляциясы да анықталған. Темекі тарту ұзақтығымен өмір сапасы нашарлай берген. Әртүрлі авторлар ұқсас нәтижелер туралы айтқан [94, p.515, 96, p.293,101]. Сонымен қатар темекі шегуді тоқтату өмір сапасын жақсартады және ӨСОА байланысты симптомдарды азайтатыны туралы да айтқан [102]. Бұл денсаулық сақтау қызметкерлерінің ӨСОА бар темекі шегетін науқастардың өмір сапасын жақсартуға және ӨСОА тиісті түрде емдеудің негізгі құралы ретінде белсенді араласуын қажет етеді. Басқа авторлар науқастардың өмір сүру сапасына нашар әлеуметтік-экономикалық жағдайдың кері әсерін тигізетіндігін анықтады [103-105]. Бұның себебі ӨСОА сабақтасты және қымбат емді талап ететін аурулардың қатарына жататындықтан науқастың емді уақытылы және дұрыс қабылдамауынан болуы мүмкін.

ӨСОА кезіндегі еңтігу мен өмір сапасы арасындағы байланыс бұдан бұрында зерттеулерде айтылған болатын [106,107]. Еңтігу науқастардың денсаулыққа байланысты өмір сапасына әсері өте жоғары [108]. Халықаралық зерттеуде ӨСОА бар науқастардың ең жиі кездесетін симптомы еңтігу екенін (78%), ал ең көп шағымға күнделікті белсенділіктің шектелуі екені айтылған [109]. Hajiro және авторлар еңтігуді өмір сапасымен байланысты денсаулықты анықтайтын негізгі көрсеткіш және ӨСОА бар науқастардың денсаулыққа байланысты өмір сапасының төмендеуімен корреляциясының бар екенін көрсетеді [107]. Бір жағынан бағалау өлшемдерінің нәтижесі өмір сапасын тыныс жолдарындағы ауа ағымының шектелуімен нашар корреляциясы бар екенін [110], оған қоса еңтігу, депрессия, алаңдаушылық және физикалық

жүктемеге толеранттылық спирометриялық көрсеткіштерге қарағанда денсаулық күйімен корреляциясы жоғары екені анықталды [95].

Темекі шегу әдеті ер адамдарға қарағанда әйел адамдарда өмір сапасы бойынша 25% -ға төмен. Алайда, әйел адамдардың ағзасы және бронх ағашының темекі түтініне және темекінің зиянды заттарға сезімталдығын жоғарылатуға ықпал ететін физиологиялық және неврологиялық факторлары белгісіз [111]. ӨСОА бар науқастардың өмір сапасы көрсеткіштері мен темекі шегу индексінің арасындағы биологиялық байланыс механизмі ұсынылған болатын. Алдыңғы зерттеулерде темекі шегетін ӨСОА бар науқастардың ауру сатысы нашарлаған сайын интерлейкин-6 (IL-6- Interleukin-6) қабыну цитокині деңгейі жоғарылайтыны көрсетілген [34,р.5].

Сонымен қатар ӨСОА депрессиясы бар науқастарда да IL-6 қабыну цитокині анықталған [34, р.5,6]. Зерттеу нәтижесінде форсирленген тыныс шығару көлемі темекі шегетін әйел адамдарда ең төменгі деңгейі - 0,6 л құраса, ең жоғары деңгейі - 3,8 л құраған. Темекі шекпейтін әйелдерде 1,4 л-ден 4 л-ге дейін көрсеткен. Темекі шегетін ер адамдарда 0,7 л (төменгісі) ден 5 л (жоғарғысы), ал темекі шекпейтін ер адамдарда 1,9 л (төменгісі) ден 4,2 л (жоғарғысы). Сонымен бірге темекі шегетін ер адамдардың денсаулыққа байланысты өмір сапасында айқын өзгерістер орын алған. ӨСОА ауырлық дәрежесінің маңызды көрсеткіші сауаулнама көмегімен бағаланған өмір сапасы болып табылады. Pickard және авторлар SGRQ сауалнамасымен денсаулықтың жалпы көрсеткіштерін емес тиімділіктің салыстырмалы коэффициентін пайдаланып ӨСОА ауырлық дәрежесін ажырытуға болатынын көрсеткен және SGRQ сауалнамасымен бағалағанда форсирленген тыныс алу көлемінің жоғары корреляциясын( $r = 0,43$ ) көрсеткен [112]. Бұл зерттеуде өкпе функциясының параметрі форсирленген тыныс алу көлемі-FEV1 өмір сапасы индикаторы ретінде пайдаланылуы мүмкін MQ (modified questionnaire- өзгертілген сауалнама) жалпы баллымен (MQ / FEV1 ерлер үшін,  $r = 0,41$ ) оң корреляция болды. 2016 жылғы Жаһандық обструктивті өкпе ауруының бастамасы ӨСОА тыныс алу симптомдарының нашарлауымен сипатталатын жіті клиникалық жағдай ретінде қарастырады [113,114].

ӨСОА және депрессиясы бар науқастарда аурудың өршуі жиі болып тұрады және әсіресе, мүгедектігі жоғары науқастарда ӨСОА депрессияны тудыратын фактор болып саналады. Қосалқы аурулардың ішінде депрессия ең жиі кездеседі, тіпті ӨСОА жеңіл түрінде депрессияның таралуы бақыланатын топпен салыстырғанда төрт есе жоғары болған [115,116]. Nikolić Emilija зерттеуінде ӨСОА бар науқастардың 22% психотропты дәрілер қабылдайтыны, 36% науқастарда аландаушылық, ал тұқым қуалайтын психикалық аурулар 7,5% кездесетіні айтылған [111, р.4]. Сонымен бірге ӨСОА бар науқастарда SGRQ сауалнамасы нәтижесінде еңгіу өмір сапасымен байланысты ең маңызды фактор екені туралы корреляциялық мета-анализ көрсеткен [117]. Дегенмен өкпе қызметінің параметрлері психикалық денсаулық, ұйқы және науқастардың шаршағандығын толыққанды бағалай алмайды. Сондықтан

клиникалық тәжірибеде ӨСОА бар науқастардың денсаулығын өлшеуге қосымша зерттеулер жүргізілуі қажет [118,119].

Seon-Ha Kim және авторлар зерттеулерінде өмір сапасын бағалайтын Европалық сауалнамасын -5D (EQ-5D- European Quality of Life Questionnaire) сауалнамасының орташа индексі Жаһандық обструктивті өкпе ауруының бастамасы критерийі бойынша бағаланған ӨСОА II – IV сатыларында еңтігу дәрежесі көбейген сайын EQ-5D сауалнамасының орташа индексі азайған. EQ-5D сауалнамасының ең төменгі индексі ӨСОА ең ауыр сатысында анықталған. ӨСОА FEV1% болжамды мәніне негізделген орташа және ауыр сатысының арасындағы айырмашылық, өте ауыр және ауыр жағдайлардың арасындағы айырмашылықтың үштен біріне тең болды. Дегенмен, ӨСОА әртүрлі дәрежедегі пайдалы баллдары өте ауыр ӨСОА санамағанда, айтарлықтай емес. Керісінше, еңтігудің ауырлығына қарай, EQ-5D-дің пайдалылығын бағалау барлық топтық салыстыруда елеулі айырмашылықтарды көрсетті және әртүрлі деңгейдегі диспепсия деңгейіндегі науқастардағы әсердің тиісті мөлшерін 0,47-ден 1,18-ге дейін өзгертті, бұл орташа және үлкен әсерді көрсетеді. критерийлерге негізделген [120].

Kocks J авторларымен бірге CCQ (clinical COPD questionnaire -ӨСОА клиникалық сауалнамасы) сауалнамасымен жүргізген зерттеу сараптауында ӨСОА сатыларының арасында 0,4 жоғары айырмашылық болды. CCQ жалпы балының ӨСОА II мен III сатысында және III мен IV сатысы арасындағы айырмашылықтарды көрсетті. CCQ элементтері өзара іштей қарама қайшылығы (альфа Кронбаха = 0,88) болмады және EQ-5D индексімен корреляциясы күшті болды. Осылайша, зерттеу нәтижесі EQ-5D және CCQ құралы Кореядағы ӨСОА бар науқастардың өмір сапасын бағалауға жарамды және екі сауалнамада да Жаһандық обструктивті өкпе ауруының бастамасының ӨСОА ауырлық критерийлеріне қарағанда еңтігу ерекшеленетін критерий болып саналды.

Rutten-van Molken авторлармен бірге және Stahl авторлармен бірге ӨСОА орташа пайдалылығын 0,787 және 0,73 орташа ауыр; 0,750 және 0,74 ауыр; 0,64 және 0,52 өте ауыр сатыларына сәйкес екенін айтты [121,122]. Жүйелі шолуда пайдалылықтың орташа көрсеткішін Жаһандық обструктивті өкпе ауруының бастамасының ӨСОА ауырлық сатыларына байланысты көрсеткен 0,74 (0,66–0,83) орташа ауыр; 0,69 (0,60–0,78) ауыр және 0,61 (0,44–0,77) өте ауыр сатысына сәйкестігін [63, p.524]. Осы зерттеуде мәліметтерді Британиялық алгоритмге салып жүргізгенде ӨСОА бар науқастардың пайдалылық орташа бағасы 0,69 орташа ауыр сатысында, 0,58 ауыр сатысында және 0,24 өте ауыр сатысына сәйкес төмендеді. Пайдалылық бағасы бойынша айырмашылық ӨСОА күйіне, әртүрлі мемлекеттегі есептеу алгоритміне немесе науқастардағы еңтігу дәрежесінің және симптомдардың біркелкі болмауына, бірақ ауа ағымының шектелу дәрежесіне байланысты емес болады.

Ұлыбритания мен Корея жиынтығында айтарлықтай алшақтық бар және Ұлыбритания алгоритмі Корея алгоритмімен салыстырғанда EQ-5D ең төмен бағасын береді [123]. Осы зерттеу авторлары өз мәліметтерін британия

алгоритміне салып қайта сараптағанда пайдалылық салмағы ӨСОА барлық сатысында алдыңғы зерттеулерге қарағанда төмен болды. ССQ жалпы балы Нидерландыда ӨСОА пайдалылық салмағы 1,0 жеңіл сатысында, 1,3 орташа сатысында, 1,9 ауыр сатысында және 2,5 өте ауыр сатысына сәйкес болды, ал Италияда 0,9 3 орташа сатысында, 1,4 ауыр сатысында және 2,6 өте ауыр сатысына сәйкес болды [124,125]. Зерттеуге қатысқан ӨСОА ауыр сатысындағы науқастардың денсаулыққа байланысты өмір сапасы (HRQoL- Health-related quality of life) бұрынғы нәтижелерге қарағанда жоғары болуы қатаң бақыланатын науқастарды жинаған деп түсіндіруге болады. Бірнеше зерттеулер FEV1 және жалпы HRQoL өзгерістерінің арасындағы жалпы әлсіз байланыстарды көрсетті [126,127]. Сонымен қатар зерттеудің нәтижесі EQ-5D мен FEV1 арасындағы әлсіз корреляцияны көрсетті, ал Stahl мен авторлардың зерттеуі HRQoL мен өкпе функциясы арасындағы тығыз байланысты көрсетті [127]. Тіпті ӨСОА байланысты науқастардың өмір сапасын бағалайтын құрал Әулие Георгийдің респираторлы сауалнамасы пайдаланылса да HRQoL мен FEV1 арасындағы байланыс әлсіз болды [127,128].

Бірқатар зерттеулерде ӨСОА бар науқастардың өмір сапасы аурудың тұрақты фазасы кезінде денсаулық күйін бағалайтын жалпы сауалнамалардың көмегімен жүргізілген мысалы, EuroQol 5 (EQ-5D) [121, p.1123, 122, p.6] , SF-12 қысқаша формасы (SF-12) немесе аталмыш ауруға арналған SGRQ , тек кейбір авторлар ғана аурудың өршуі кезінде өмір сапасын бағалаған. ӨСОА тұрақты сатысы үшін EQ-5D-дің Өкпенің созылмалы обструктивті ауруларының жауандық бастамасы (GOLD- Global initiative for Obstructive Lung Disease) бойынша сатысын ажырату мүмкіндігі көрсетілген, бірақ шектелген әсерлері де айтылған [129-131]. Дегенмен бұл құрал аурудың өршуі кезіндегі өмір сапасын бағалауға қолданылмаған. Өмір сапасын бағалауға жиі қолданылатын құрал- SGRQ және созылмалы респираторлы ауруларға арналған сауалнама (CRQ- Chronic Respiratory Questionnaire) қолданылған [132-135]. Барлық науқастардың 55% ауруханаға түскеннен және шыққаннан кейінгі пайдалылығының көрсеткіші салыстырылған. SGRQ бойынша ең төмен мүмкін бағалау ауруханаға түскен кезде, сонымен қатар екі кезеңдегі күнделікті белсенділік нүктесі бағаланған. Жоғары әсері ӨСОА ауыр сатысының тұрақты түрінде болғаны белгілі болған, бірақ осы зерттеуде EQ-5D бойынша ең жоғары мүмкін денсаулық күйі ӨСОА ауыр және өте ауыр сатысында ауруханадан шығу кезінде анықталған, ал SF-6D сауалнамасы бойынша 0,55 төмен және науқастардың айтуы бойынша оларда денсаулығының өміршеңдігінің шектелуі (100%), психикалық денсаулығының шектелуі (83%) және физикалық шектеулер (80%) [121, p.1126, 136].

Өртүрлі аурулар топтарының пациенттерін зерттеу барысында EQ-5D бойынша толық денсаулық жағдайы пациенттердің 9% байқалды, олардың 92% -ы SF-6D бойынша бағалау кезінде денсаулығының өміршеңдігінің шектелуін, 65% психикалық денсаулықтың шектелуін, 71% -ы физикалық шектеулер болғанын хабарлаған [137]. Ал бауыр трансплантациясы жасалған науқастарды зерттеу барысында EQ-5D толық денсаулық жағдайы 16% байқалды, оның

ішінде 94% денсаулығының өміршеңдігінің шектеулері, 51% психикалық денсаулық, 80 физикалық шектеулер болғанын хабарлаған [138,139]. Қосалқы аурулардың ӨСОА бар науқастардың өмір сапасына әсерін Sundh, Josefín авторларымен бірге зерттеді. Зерттеудің мақсаты EuroQol-5 бағалау құралын (EQ-5D) және ӨСОА бағалау тестін (CAT- COPD Assessment Test) пайдаланып қосалқы аурулар мен HRQL арасындағы байланыстарды зерттеу болды. Зерттеудің әдістеріне: Швециядағы екіншілік көмек көрсететін 27 респираторлы бөлімдердегі 1 секунд ішіндегі форсирленген тыныс шығару көлемі <50 % болатын созылмалы бронхит, жүрек-қан тамырлары аурулары, қант диабеті, бүйрек жетіспеушілігі, тірек-қимыл симптомдары, остеопороз, депрессия ауруы бар 373 науқастардың мәліметтері және EQ-5D мен CAT сауалнамасының нәтижелері жиналды. Корреляциялық талдау және бірнеше регрессиялық модельдер EQ-5D индексі, EQ-5D визуальды аналогтық шкаласы (VAS- Visual Analog scale) және CAT көрсеткіштері жауап айнымалы мәндері ретінде қолданды. Нәтижелері: барлық құралдар бойынша бірнеше қосалқы ауруы бар науқастардың HRQL-тің ең төмен болды. Созылмалы бронхит HRQL-нің EQ-5D индексі бойынша төмен болды (түзетілген регрессия коэффициенті [95% СИ] -0.07 [-0.13 -0.02]), VAS EQ-5D (-5, 17 [-9,42 -0,92]) және CAT (3,78 [2,35-5,20]). Тірек-қимыл аппаратының симптомдары негізінен EQ-5D индексі (-0.08 [-0.14 -0.02]) бойынша нашарлаған, остеопорозда VAS EQ-5D нашарлағаны (-4,65 [-9,27 -0.03]) және депрессияда EQ-5D индексі нашарлаған (-0.10 [-0.17 -0.04]). Стратификацияланған талдау барысында науқастардың HRQL тірек-қимыл аппаратының симптомдары, остеопороз және депрессияларда шектелді. Қорытынды: EQ-5D және CAT құралдары бір-бірін толықтырады және ӨСОА бар науқастардың HRQL бағалау үшін пайдалы. Созылмалы бронхит, тірек-қимыл аппаратының симптомдары, остеопороз және депрессия HRQL-тың нашарлауымен байланысты болды. Авторлар ӨСОА бар науқастарды басқару барысында, атап айтқанда, созылмалы бронхит, депрессия, остеопороз және тірек-қимыл аппаратының симптомдарын ескеруі керек деген қорытынды айтады [140].

ӨСОА ауыр сатысының HRQoL-ге әсері диабет немесе жүрек-қан тамырларының аурулары әсерінен өте жоғары болып табылады [141]. Сонымен қатар, ӨСОА бірге жүретін ауруларда, әсіресе жүрек-тамыр аурулары, депрессия, алаңдаушылық пен қант диабеті HRQoL нашарлаумен байланысты[142]. ӨСОА елеулі ауыртпалық жүктейді. Испанияда жүргізілген зерттеуге сәйкес, бір науқасқа бір жылда 1922,60 еуро жұмсалады[143]. Оның ішінде ең көп шығындар 788,72 еуро госпиталдандыруға жұмсалған; дәрі-дәрмектер құны - 492,87 еуро; және төтенше жағдайлар- € 134,32 құраған. EQ-5D-5L HRQoL-ті бағалауға ең көп қолданылатын құралдардың бірі болып табылады. Ол EQ-5D алдыңғы нұсқасына негізделген, яғни 3 деңгейдегі қиыншылықтарды қамтыған болатын. ӨСОА бар науқастардың өмір сапасын EQ-5D-5L көмегімен жүргізілген бірнеше зерттеу бар. Мультиемлекеттік (Multi-country study) зерттеуде (Дания, Англия, Италия, Нидерланды, Польша және Шотландия) EQ-5D-3L және EQ-5D-5L қасиеттерін науқастардың 8

тобына, соның ішінде респираторлық ауруларға (ӨСОА немесе астма) салыстырған [144,145].

Иранда 343 науқасқа жүргізілген зерттеуде (30,35% ӨСОА таңдамасы) денсаулық жағдайы жақсы деп мәлімдеді [146]. Мультимемлекеттік зерттеу бойынша, испандықтар үшін EQ-5D-5L-дегі жоғары әсері 7% және EQ-5D-3L-де 8,5 [145, p.1721]. Алайда, испандықтар үшін EQ-5D-3L-да жоғары шегі әлдеқайда төмен, бұл 22% болды (орташа ӨСОА-29,6%, ауыр ӨСОА- 20% және өте ауыр ӨСОА- 10,6%). Өлшемдерге сәйкес ең жоғарғы әсер (77,8%) «өзін-өзі күту» өлшемінде байқалды, ал ең төмен әсер «ауырсыну/ыңғайсыздық» өлшемінде анықталды (42,9%)[147]. Денсаулық сақтау саясатын жобалауға және жоспарлауға көмектесетін тұрғындардың нақты топтарындағы HRQoL үшін нормативтік мәндерді қамтамасыз ететін зерттеулер жалпы тұрғындарға және тұрғындардың нақты патологиялық немесе патологиялық емес топтары арасында салыстыруды жүргізуге мүмкіндік береді. Нормативтік мәндер зерттеушілерге емнің, оқытудың немесе араласудың клиникалық маңыздылығын бағалауға мүмкіндік береді және науқастардан алынған емдеу нәтижелерін түсіндірудің пайдалы құралы бола [148-151] алады.

2012 жылғы обструктивтік өкпе ауруы бойынша жаһандық бастамада ӨОСА емдеу ауру симптомдарын жеңілдетіп, өмір сапасын жақсартып, асқынулардың жиілігін азайтып және мүмкіндігінше өлім- жітімді де азайтады делінген [27, с.46]. ӨСОА диагностикалық және емдік алгоритмдері сонымен қатар осы аурумен байланысты экономикалық шығын әлемнің көп елдерінде жақсы зерттелген, дегенмен ТМД елдерінде мәліметтер аздық етеді.

Көрші мемлекет Ресейде ӨСОА ауыратын 5375 науқас қатыстырылған ауру ауыртпалығын, емдеу әдістерін және өмір сапасын бағалайтын EQ 5D (Euro Quality of Life-5 Dimension) сауалнамасын пайдаланып жүргізілген эпидемиологиялық зерттеудің нәтижесінде:

- 1) ӨСОА ауыратын науқастардың көбісі еңбекке жарамды жастағы адамдар екені;
- 2) аурудың науқас өмірінің маңызды аспектілеріне клиникалық маңызды әсер ететіні;
- 3) ем халықаралық стандарттарға сәйкес тек сирек жағдайда жасалатыны;
- 4) ӨСОА клиникалық жеңіл сатыларындағы науқастарға көңіл бөлінбейтіндігі анықталған.

Мұндай нәтижелер дәрігерлер мен науқастардың ӨОСА туралы білімін жоғарылату керек ететінін, сонымен қатар дер кезінде қойылған диагноз емді ерте аурудың жеңіл сатыларында бастап, оның өршуі мен асқынуларының алдын алуға бірден бір себеп болатынын дәлелдейді [82,с.58, 152]. Денсаулыққа қатысты өмір сапасы ауру ауыртпалығын анықтап, денсаулық сақтау жүйесінде дұрыс шешім қабылдауға ықпалын тигізеді [153].

Ресейдің Дағыстанында жүргізілген зерттеудің қорытындысы ӨОСА ауыратын науқастардың көпшілігі еңбекке жарамды жастағы адамдар екені; аурудың науқас өміріне кері әсері; сонымен қатар емнің халықаралық

стандарттарға сай жүргізілмейтіндігі; біріншілік көмектегі дәрігерлердің білімін жетілдіруді айқын ашып көрсетті. Дер кезінде көрсетілген көмек, дұрыс тағайындалған ем науқастың өмірге белсенділігін сақтауға және аурудың экономикалық ауру ауыртпалағын төмендететіні белгілі болды [154].

Сонымен қатар көптеген зерттеушілердің жұмыстарынан депрессия ӨСОА жиі кездесетін симптом екенін көре аламыз. Пессимизм, үмітсіздік және тығырыққа тірелу сияқты симптомдар ӨСОА психологиялық аспектілерін зерттеген барлық зерттеушілердің жұмыстарынан кездестіруге болады. Үрейлену ӨСОА ауыратын белсенді түрде шылым шегетін науқастарда бұрын шылым шеккен науқастармен салыстырғанда жиі кездесетіні айқындалды.

ӨСОА бүкіл әлемдегі созылмалы аурулар мен өлім-жітімнің басты себептерінің бірі болып табылады. Кейбір зерттеулердің мәліметтерінде депрессия ӨСОА жиі кездесетінін, оған қоса аурудың таралуы аурудың ауырлығына қарай 19,6 % жеңіл сатысында 25 % ауыр сатыларында көбейетіні туралы айтылған. Сонымен бірге кейбір зерттеулерде депрессия мен демікпе, артық салмақтың болуы әйелдер арасында жиі кездесетіні туралы коррелятивті байланыс бар екенін байқадық [155,156].

Сондай-ақ, ӨСОА экономикалық, әлеуметтік ауыртпалығы көрсеткіші өсуде және жаһандық таралуы болжаммен 11,7% құрайды. Еуропалық одақта тыныс алу жолдарының ауруларының жалпы тікелей шығындары жалпы денсаулық сақтау бюджетінің шамамен 6% құрайды және ӨСОА емдеу құнын осы шығындардың (38,6 млрд. еуро ақшасымен) 56% құрайды [156, p.249].

ӨСОА өршуі ол өкпенің желдету қызметінің бұзылуы демікпе, жөтел пайда болып, бөлінетін қақырық мөлшерінің көбеуіне әкеліп соқтырады. Аталған симптомдардың ауырлауы науқастардың толыққанды өмір сүру мүмкіндігін шектейді. Тыныс алудың нашарлауы және оның шегіне жетуі, яғни тұншығудың пайда болуы науқастарда өліп кетемін деген үрей туғызып, үнемі демікпе болатынын күтіп, белгілі бір дәрі - дәрмекке тәуелді болу ӨСОА ауыратын науқастардың өмірі айналадағы басқа адамдардың өмірінен ерекшеленеді және олардың өмір сапасына әсерін тигізеді [156, p.251,157].

Бурятия Республикасында жүргізілген зерттеудің қорытындысы төмендегідей тұжырымдар берген: ӨСОА-нан болатын аурушандық пен өлім - жітім деңгейі Ресейдің орташа деңгейінен жоғары болғаны анықталған. Сонымен қатар біріншілік аурушандықтың азайғаны; ӨСОА-мен көбінесе 50 мен 59 жас аралығындағы еңбекке жарамды ер адамдарда кездесетіні; ӨСОА жалпы қауіп факторы зерттелуші когортада бірқалыпты деп бағаланған ( $22,3 \pm 0,66$  б.); аурудың дамуына жас ерекшелігінің, шылым шегудің ер адамдар мен қатар әйел адамдарда ең басты қауіп факторы екені тікелей байланыстылығы; зерттеу аурудың негізгі клиникалық симптомдарының науқастардың өмір сапасына және еңбекке жарамдылығына тигізетін әсерін айқын көрсетті [158].

Тұрғындардың денсаулығына және олардың өлшемдеріне арналған зерттеулерде денсаулық дегеніміз не және оларды қалай өлшейтіні туралы кең көлемде ашып көрсеткен. Тұрғындардың денсаулығының негізгі өлшегіштері -



олар тұрғындардың белгілі бір тобындағы өлім-жітім туралы ақпараттан және өлім-жітімсіз денсаулық күйін көрсететін бір нақты сан. Аурушандық пен мүгедектікті ескере отырып өлім-жітімді азайтуға арналған көрсеткіштер негізгі екі түрге бөлінеді. Денсаулық ұзақтығы және денсаулық сақтау аймағының келеңсіздігі [159-161].

ӨСОА болатын адамдардағы және экономикалық ауыртпалығы бүкіл әлемде маңызды және ұлғаю үстінде [162-164]. ӨСОА дамыған және дамып келе жатқан елдерде кең тарағандықтан ДДСҰ ӨСОА әлеуметтік ауыртпалығы жоғары аурулар тобына жатқызады [27,с.64]. ӨСОА науқастарды жүргізу бойынша барлық тыныс жолдары ауруларының ішіндегі ең көп шығынды ауру болып табылады.

ӨСОА ауыратын науқастарды жүргізуге экономикалық шығындарды сараптағанда көп шығын аурудың асқынуына кететіні белгілі болған. Асқыну жиілігі бронх обструкциясының өршуін, науқастардың өмір сапасын және осы аурудан болатын өлім-жітімді анықтайтын негізгі параметр болып табылады[165].

Осылайша, жүргізілген зертеулердің нәтижесінде ӨСОА науқастардың денсаулығына байланысты өмір сүру сапасына, яғни күнделікті іс-қимылдарына шектеулер, әлеуметтік функциясының төмендеуіне және науқастың дербестігінің жоғалуына айтарлықтай әсер етеді.

ӨСОА бар науқастардың өмір сапасы аурудың негізгі симптомдары енгіту, жөтел және аурудың жиі өршуіне байланысты. ӨСОА өршуі науқастардың денсаулығына байланысты өмір сапасын айтарлықтай өзгертеді. ӨСОА диагнозын нақты қоюға спирометрия өлшемдері, ал терапиялық шешім қабылдау үшін тыныс алу белгілері өте маңызды болып табылады. ӨСОА көп шығынды талап ететін аурулардың қатарында, оның ішінде ауруханаға жатумен байланысты. ӨСОА негізгі себебі темекі шегуді тоқтату науқастардың өмір сапасын жақсартады.

Қорыта айтқанда, ӨСОА өмір сапасын зерттеу науқастың аурудан туындаған алаңдаушылығын, тәжірибесін субъективті бағалауын көп өлшемді бейнемен зерттеуге мүмкіндік беретін жаңа әдіс және замануи клиникалық зерттеулер мен клиникалық тәжірибедегі маңызды компонент болып табылады. ӨСОА-мен ауыратын науқастардың өмір сапасын, ауру ауыртпалығын және емдік әдістерін бағалау үшін әрі қолайлы, әрі тиімді, сонымен қатар науқастардың және денсаулық күйінің экономикалық тиімділігін талдау мақсатында қолданылатын құралдардың бірі болып EQ 5D сауалнамасы саналады. Өмір сапасын бағалау - жалпы халықаралық тәжірибеде қабылданған денсаулық жағдайын бағалаудың өте жоғары ақпаратты, тиімді және үнемді әдісі. ӨСОА-ның әлеуметтік маңыздылығын және оның таралуын ескере отырып, науқастардың өмір сапасын зерттеу өте маңызды.

### 1.3 АУРУДЫ БАСҚАРУ БАҒДАРЛАМАСЫ

1.3.1. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруын басқару бағдарламалары ӨСОА өмір сүру сапасына әсер етеді және медициналық қызметтердің өзіндік құнын арттыратын жиі асқынулармен сипатталады [166]. ӨСОА бар науқастарда өзін-өзі басқару дағдыларын дамыту - өршуді азайтудың тиімді стратегиясы болып табылады. Ауруханадан кейін ӨСОА бар науқастарда өзін-өзі басқару дағдыларын жақсартуға бағытталған оқыту бағдарламасы өмір сапасын жақсартады және маңызды клиникалық нәтижелерді береді [167].

ӨСОА ентигу, қатты жөтелу және қақырықтың бөлінуі сияқты белгілері мезгіл-мезгіл күшейіп шаршаумен, депрессиямен, тамақтанудың нашарлауымен, ұйқының бұзылуы және күнделікті өмірдегі іс-әрекеттердің шектеулерімен қатар жүреді, бұл жиі ауруханаға жатумен және өлім - жітімге әкеліп соқтырады. Науқастарға және денсаулық сақтау жүйесіне ауыртпалықты болдырмау үшін, науқастардың ӨСОА туралы хабардарлығын және білімдерін арттыру науқастың мінез-құлқын өзгертуге қажетті алғышарттар болып табылады. Ауру туралы хабардарлықтың төмендігі және білімнің аздығы науқастарда елеулі мәселелер туғызатын өзекті мәселе болып табылады. Осындай өзекті мәселелерді шешетін әдістердің бірі ӨСОА басқару бағдарламасы болып табылады. «Өз ауруын басқару» араласуы науқастың ӨСОА симптомдарын жеңілдетіп, өмір сапасын жақсартып және жиі ауруханаға жатуды азайтуы мүмкін. Созылмалы жағдайдағы науқастар үшін өзін-өзі басқару «адамның созылмалы аурудан болатын симптомдарды, емді, физикалық және психоәлеуметтік әсерлерді басқаруға және өмір салтын өзгертуге қабілеттілігін білдіреді, яғни бұл пайдалы стратегия болып табылады және науқастарға олардың ауруларын бақылауға көмектеседі [106, p.418].

31 түпнұсқалы зерттеулерге жүргізілген жүйелі шолудың нәтижелерінде, науқастың ӨСОА бейімделе алатындығы анықталған, дегенмен, өзін-өзі басқаруды үйрету ұзақ үдеріс болып табылады. Эмоциялық қажеттіліктер науқас үшін өте маңызды, алаңдаушылық, депрессия және қорқыныш жиі кездеседі. Сонымен қатар, науқастарда өмір салты және әлеуметтік өзара қарым - қатынаста көптеген мәселелер мен шектеулер болуы мүмкін. Науқасқа отбасы тарапынан қолдау маңызды болуы мүмкін, бірақ ауыртпалығы да айтарлықтай болады. Тәжірибелік дәрігерлердің пациенттердің психоәлеуметтік қажеттіліктеріне қатысты уақыты, ресурстары немесе тиісті дағдылары жеткіліксіз болуы мүмкін. Сол себепті пациенттердің өзін-өзі басқаруға қатысу қабілетінің нашарлауы мүмкін. ӨСОА өзін-өзі басқару пациенттердің психоәлеуметтік қажеттіліктері дәрі-дәрмектермен және асқынуды басқарумен қатар басымдыққа ие болуы керек [168].

ӨСОА бар науқастармен жүргізілген (LWWCOPD- Living well with a Chronic Obstructive Pulmonary Disease) «ӨСОА-мен өмір сүру» проспективті бақыланатын зерттеуінде өзін-өзі басқару араласуына қатысқан науқастарды өзін-өзі басқаруға араласуына қатыспаған алғашқы медициналық- санитарлық қалыпты күтім көмегіндегі (NCT00706602 COPD Cohort ICE COLD ERIC)

науқастармен салыстырған. Алынған негізгі нәтиже - ауруға шалдыққаннан 1 жылдан кейін мінез-құлықтың ауруға байланысты өзгеруі. Екінші ақырғы нүкте - өршу жылдамдығы болды. Зерттеуде нөлдік теріс биномдық және логистикалық регрессиялық модельдермен аралас сызықты есептеген. Зерттеуге барлығы 467 науқас қатысқан, оның ішінде LWWCOPD-ден 71 және қалыпты күтім когортасынан 396 науқас қосылды. Араласу мен бақылау арасындағы айырмашылықтар төмендегідей көрсеткіштер берген: созылмалы респираторлы сауалнамасының «иеленуіне» 0,54 (95% СИ 0,13-0,94), «шаршағандық» үшін 0,55 (95% СИ 0,11-0,99), 0,54 (0,14-0,93) «эмоциялық функцияға» және 0,64 (95% СИ 0,14-1,14) «тыныс алу жетіспеушілігі» үшін. Араласу орташа және ауыр өршулер қаупін елеулі түрде төмендетеді (ауыру деңгейі 0,36, 95% СИ 0,25-0,52). Алғашқы медициналық көмекте өзін-өзі басқару бойынша оқыту (коучинг) денсаулыққа байланысты өмір сапасын жақсартады, аурудың өршуін төмендетеді және денсаулық сақтауда жүйесінде қолдануға жарамды [168, p.50].

ӨСОА өмір сүру сапасын төмендетумен және жиі асқынуымен ауыртпалығы бар елеулі ауру. Род Айланд (Rhode Island) медициналық мекемесінің тәжірибелік дәрігерлері өмір сүру сапасын жақсарту жөніндегі жергілікті ұйыммен серіктестікте, бірнеше медициналық мекемелерде ӨСОА үшін стандартталған білім беру бағдарламасын әзірлеп және енгізген. 2015 жылдың қазанынан 2016 жылдың маусымына дейін 60-тан астам ұйымдар өз мекемелерінде алдымен 140 жетекші жаттықтырушыны дайындап 634 қызметкерді оқытқан. Бұл нәтижелер стандартталған білім беруді тарату бағдарламасы бірнеше медициналық мекемелерде ӨСОА бар науқастарға бағдарланған және оны асыру мүмкін екенін көрсетеді [169].

Благовещинск қаласында (Ресей) жүргізілген зерттеудің нәтижесінде, білім беру бағдарламасы аурудың денсаулық жағдайына әсер ету дәрежесін сенімді статистикалық түрде төмендететінін көрсетеді. Білім беру бағдарламасын пайдалану ӨСОА бар науқастардағы психо-эмоционалдық көрсеткіш ауырлығын төмендетеді. Қорқыныш және депрессия төмендеу деңгейі білім беру бағдарламасы аяқталған соң 3 айға дейін тұрақты болып тұратынын көрсетеді [170].

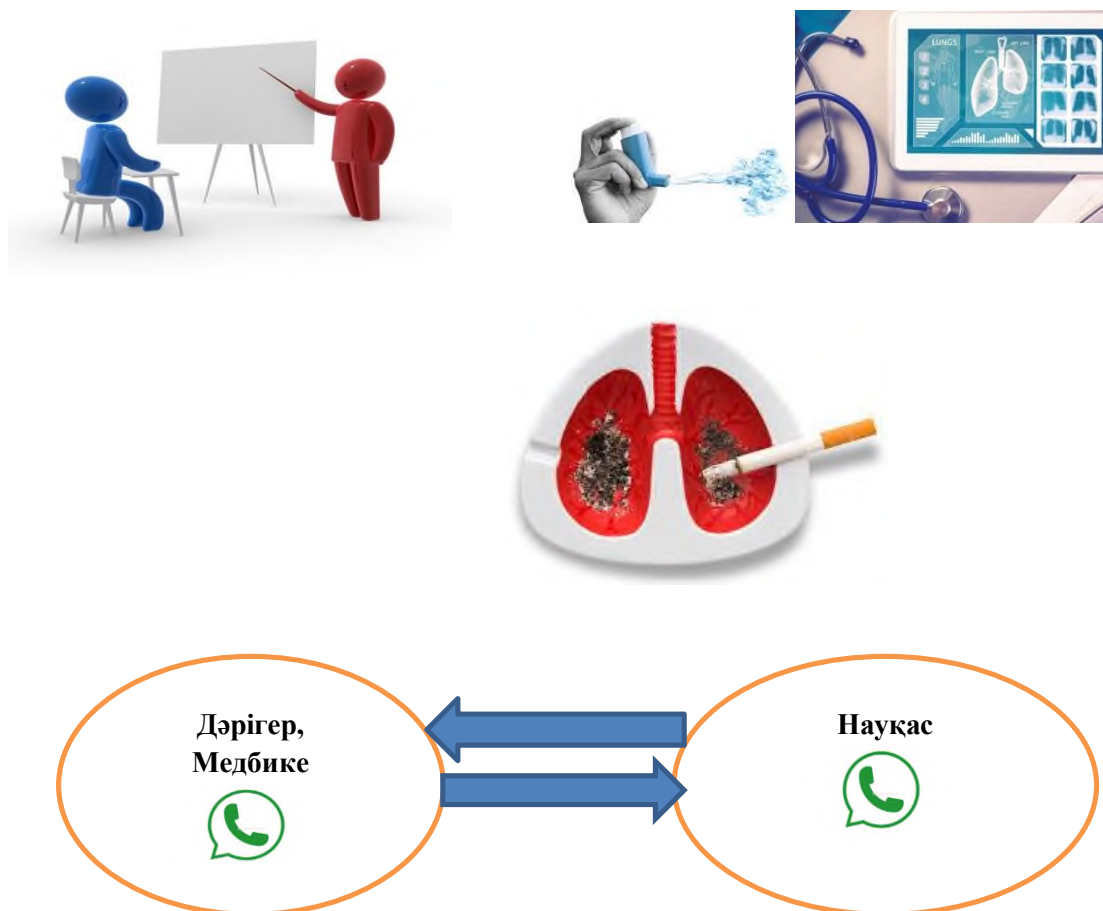
Қазіргі кезде әлемдік медицинада созылмалы ауруларды емдеудегі ең тиімді тәсілдердің бірі науқастарды оқыту бағдарламалары болып табылады, оның мақсаты науқастарды ауруын өз бетінше құзыретті бақылау үшін мінез-құлқын өзгертуге ынталандыру және жаңа психологиялық қарым-қатынастарды қалыптастыру болып табылады.

Ауруды басқару - денсаулық сақтау жүйесіндегі инновациялық әдіс ретінде қарастырылады. Алғашында ауруды басқарудың негізгі артықшылығы, бұл әдіс аурудың толық құнын, диагностикасы мен емдеудің баламалы тәсілдерінің тиімділігін және медициналық көмек көрсетудегі инновациялық тәсілдерді дамытуды ынталандыру болған.

Денсаулық сақтауда басқару менеджментімен қатар ауруды басқаруда дами бастады, ол жеке ауруларды емдеуге жұмсалатын шығындарды

төмендетуден бастап, емделудің құнына және шұғыл шараларды талап ететін жедел жағдайларды болдырмауға бағытталған медициналық жағдайларды реттеуге назар аударылды. Бұл өзгерістердің себептерінің бірі денсаулық сақтау жүйесі дамыған елдердегі науқастардың көпшілігі созылмалы аурулары бар адамдар және олардың толығымен айығып кетуі мүмкін еместігі, бірақ олардың өмір сапасын айтарлықтай жақсартып, медициналық қызметтерге деген қажеттілікті төмендетуге болады». Мысалы, медициналық қызметтер нарығында созылмалы ауруларды бақылау және олардың асқынуының алдын алу мақсатында көптеген ауруды басқару бағдарламалары ұсынылған. Мұндай бағдарламалардың басты міндеттерінің бірі – науқспен ауру симптомдарымен және өз ауруын басқаруға дәрігер немесе арнайы қызметтер арқылы оқыту. Ауруларды басқару Американдық ассоциациясының мәліметі (DMAA- Disease Management Association of America) бойынша созылмалы аурулардың «Үлкен бестігіне» көп мән беріледі: жүректің ишемиялық аурулары, қант диабеті, өкпенің созылмалы обструктивті ауруы, астма, жүрек жетіспеушілігі [171-175].

Өзін-өзі басқару «бір немесе одан да көп созылмалы жағдайлармен өмір сүру үшін адамдардың міндеттерін атқаруы» деп анықтама берілді. Бұл міндеттер медициналық басқару, ролді басқару және олардың жағдайын эмоционалды басқару мәселелерімен айналысуға сенім білдіреді» [176].



Сурет 1. Мауо Р. Н. және т.б. жеке оқытуға негізделген тиімді оқыту бағдарламасы [178].

Өз денсаулығын басқару әдістері - адамның өз денсаулығын басқару туралы шешім қабылдауға ынталандыратын және басқару үдерісін жүзеге асыруға көмектесетін әдіс болып табылады. Сонымен қатар, өз денсаулығын басқаруды дамыту, мемлекет кепілдік берген медициналық қызмет көлеміне тең қолжетімділік сапасы мен қауіпсіздігін арттыру жөніндегі шаралар болып табылады [177].

Медициналық мамандар ауруды басқару бағдарламасы шеңберінде сапалы медициналық көмек көрсету үшін, сондай-ақ науқастарды ауру туралы және олардың жағдайларын қалай басқаруға болатыны туралы оқытуда шешуші рөл атқарады. Өзін-өзі басқару немесе өзіне-өзі көмектесу дегеніміз ауруды басқару әдісінің терминология жүйесінде ол пациенттердің емдеуге белсенді қатысуын білдіреді. Өзін-өзі басқарудың мақсаты - созылмалы аурудың әсерін адам денсаулығына және тіршілігіне барынша азайту болып табылады.

ӨСОА ауыратын науқастардың ауру симптомдарын азайтуға, өмір сүру сапасын жақсартуға, күнделікті өмірдің физикалық және эмоциялық көрсеткіштерін арттыруға бағытталған оңалту емнің ажырамас бөлігі болып табылады (GOLD, 2006 ж.). Науқастарды, дәрігерлерді оқыту, алғашқы және арнайы медициналық көмек арасындағы тығыз байланыс ӨСОА басқаруға керек маңызды факторлар. Мауо Р.Н. және т.б. (1990 ж.) жеке оқытуға негізделген тиімді оқыту бағдарламасын құрастырған (сурет1). ӨСОА қарастырылған сұрақтары:

1. Ингаляторды, пикфлоуметрді қолдану әдісін үйретті және профилактикалық емнің қажеттілігін түсіндірген (1 сағат).
2. Аурудың асқынуының ерте белгілерін тануға және бастапқы сатысында амбулаториялық жағдайында белсенді емдеуге арналған.
3. Қалған уақытта пациент кез-келген уақытта дәрігерге барып тұрған, науқастың әрбір келуі кемінде 30 минутқа созылған
4. Сонымен қатар телефон шалып отырған.

Бұл бағдарлама науқастарды қарқынды оқытуды, ең қарапайым терапевтік режимді және науқасқа кез-келген уақытта дәрігер мен медбикенің қол жетімділігін біріктірген. Бұл бағдарламаның ерекшелігі, дәрігерде және науқасты оқытатын бір адам болатындығында болды. Бағдарлама ауруханаға жатқызу санының үш есеге азаюына және стационарда өткізілетін күндер санының азаюына алып келген [178].

Алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсету (АМСК) жүйесінде науқастарға арналған білім беру бағдарламаларын енгізу, емдеудің және профилактикалық шаралардың тиімділігін арттыру, науқастардың өмір сүру сапасын сақтау және арттыруға көмектеседі [179]. Осылайша, жыл сайын ӨСОА ауыратын науқастардың саны көбеюде. ӨСОА мүгедектік сияқты ауыр асқынуларға және ұзақ уақыт бойы қымбат тұратын ауруханалық емделуге әкеледі.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды дамытудың «Денсаулық» 2016-2019 жылдарға мемлекеттік бағдарламасының негізгі

бағыттарының бірі - созылмалы аурулары бар науқастардың өмір сапасын жақсарту және өмір сүру ұзақтығын арттыру мақсатында алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсетуді жаңғырту және басымды дамытудың құралы ретінде ауруды басқару бағдарламасын енгізу болып табылады [180].

Ауруды басқару бағдарламасы көп дисциплинарлы бағдарлама болып табылады. ӨСОА басқару бағдарламасы респираторлардың негізгі тобынан тұрады: респиратор- дәрігерлер және жалпы тәжірибелі дәрігерлермен бірлесіп жұмыс істейді. Ауруды басқару бағдарламасы созылмалы ауруларды басқару қағидаларына сүйенеді, мысалы аурудың ауырлық дәрежесі бойынша пациенттерді стратификациялау, дәлелді негізделген алгоритмдер, мамандандырылған амбулаториялық клиникалық хаттамалар, топтық бағдарланған әдіс және өзін-өзі басқару.

Ауруды басқару бағдарламалары 1990-шы жылдары АҚШ-та денсаулық сақтау шығындарын азайту мақсатында кеңінен қолдана басталды. 2000 жылдары әртүрлі созылмалы аурулардың кең ауқымы үшін ауруды басқару бағдарламалары әзірленді. Көптеген ауруды басқару бағдарламаларын жеке компаниялар жүргізсе, ал кейбір сарапшылар 2010 жылға қарай мұндай бағдарламалардың құны 20 млрд. долларды құрайтынын болжаған [181].

Нидерландтың Маастрихт ауданында БА мен ӨСОА үшін жүргізілген ауруды басқару бағдарламасының нәтижесінде науқастардың ауруханаға жату көрсеткіші жартысына дейін қысқарған. Сонымен қатар науқасқа медициналық көмек көрсетудің жалпы құны төмендеген [182]. Сол сияқты, АҚШ ардагерлерінің денсаулық сақтау басқармасы өткізген ӨСОА бар науқастарға арналған ауруды басқару бағдарламасы науқастардың тағайындалған дәрілерді уақытылы қолдануы жоғарылап, ӨСОА бойынша жедел жәрдемге жүгіну жағдайы және ауруханаға жату көрсеткіштерін азайтқан [183].

Жапонияда қант диабетін басқару бағдарламасы да оң нәтижелі болды. Глюкоза төзімділігі төмен адамдар (қант диабетінің жоғары қаупі бар) науқастарға арналған ауруды басқару бағдарламасы науқастардағы артық салмақты азайтуға көмектесті және қант диабетінің даму қаупінің үштен екі бөлігіне дейін төмендеуіне көмектесті [184]. Италияда жүрек жеткіліксіздігі бар науқастарға жүргізілген ауруды басқару бағдарламасы науқастардың ауруханаға жатқызу көрсеткішін және ауруханада болу ұзақтығын төмендеткен, сондай-ақ әрбір тіркелген науқасқа жұмсалатын шамамен емделу құнын 980 еуроға дейін азайтқан [185]. Швецияда жүрек жеткіліксіздігі бар науқастарға жүргізілген ауруды басқару бағдарламасы науқастардың ауруханада болу ұзақтығын қысқартты (ауруханаға жатқызу деңгейі төмендеген жоқ) және тіркелген науқастардың өмір сүру деңгейін жақсартты. Швеция сондай-ақ гипертония және қатерлі ісік аурулары бар науқастарды емдеуде ауруды басқару бағдарламалары табысты болды [186].

Қазіргі уақытта басқа елдердің көптеген ауруды басқару бағдарламаларының оң нәтижелері туралы хабарлануда.

Өзін-өзі басқару/өздігінен көмек – ауруды басқару бағдарламасының басты кілті белсенді науқас, дәрігер мен науқастың өзара әрекеттестігі және

науқастарды өз бетінше басқаруға үйретуге негізделген медициналық көмек көрсетудің бірлескен жоспары болып саналады. ӨСОА бойынша іс-шаралардың ең маңызды сәттерін аймақтарға бөле отырып ауруды басқарудағы науқасқа арналған жоспар [187].

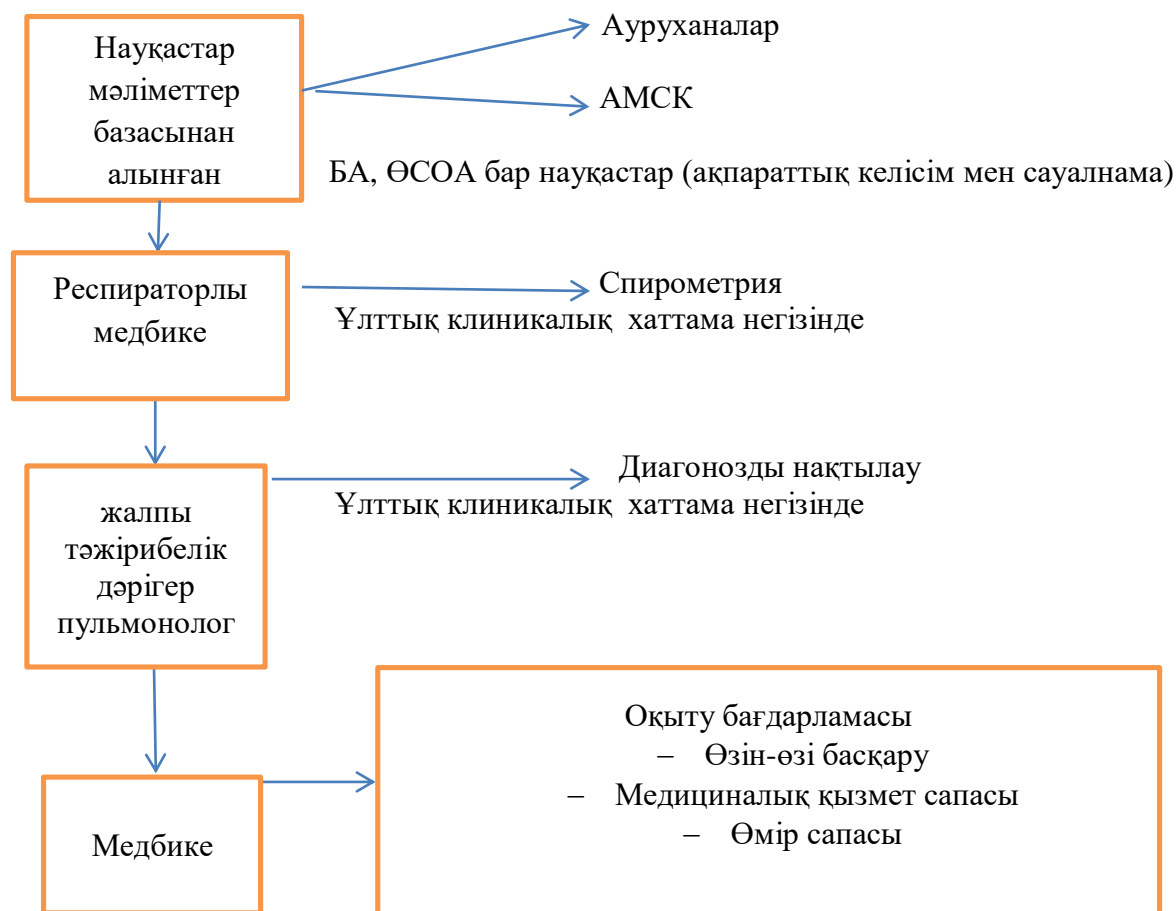
Кесте 1– ӨСОА бойынша іс-шаралардың ең маңызды сәттерін аймақтары [187].

Аймақтар	Іс-шаралар сипаттамасы
1	2
Жасыл аймақ:	<p>Бүгін өзімді жақсы сезінемін</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– қалыпты белсенділік және жаттығу деңгейі. Күнделікті дәрі-дәрмектерді қабылдаңыз</li> <li>– жөтел мен қақырықтың қалыпты мөлшері</li> <li>– оттегіні дәрігер тағайындағандай пайдаланыңыз</li> <li>– түнде жақсы ұйықтадыңыз</li> <li>– тұрақты жаттығу / диета жоспарын жалғастырыңыз</li> <li>– тамаққа тәбетім жақсы</li> <li>– әрқашан темекі түтінінен, ингаляциялық тітіркендіргіштерден алшақ болыңыз</li> </ul>
Сары аймақ:	<p>Бүгін менде нашар күн немесе ӨСОА өршуі.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– еңтігу күндегіден көбірек</li> <li>– күнделікті еміңізді жалғастыра беріңіз</li> <li>– күнделікті іс-әрекетім үшін күш - қуатым аз</li> <li>– көмек көрсету үшін жылдам әсер ететін ингаляторды әр _____ сағатқа пайдаланыңыз</li> <li>– көлемді немесе көбейген қақырық.</li> <li>– ішуге арналған кортикостероидты (мемлекеттік атау, доза және ұзақтық) бастаңыз</li> <li>– ұзақ әсерлі ингалятор / небулайзерді жиі қолдану</li> <li>– ісіну әдеттегіден артық</li> <li>– антибиотикті (мемлекеттік атау, доза және ұзақтық) бастаңыз</li> <li>– күнделіктіден көп жөтел</li> <li>– менің кеудем «суық сандық» сияқты екенін сезінемін оттегіні талаптарға сәйкес пайдаланыңыз</li> <li>– түндегі ұйқым нашар болды және менің симптомдарым мені оятып жіберді</li> <li>– көбірек демалу қажет</li> <li>– менің тамаққа тәбетім нашар</li> <li>– «Еріндерді қысып тыныс алу» жаттығуын қолданыңыз</li> <li>– ем маған көмектеспейді</li> <li>– үнемі темекі түтінінен, тыныс алғанда жұтылатын тітіркендіргіштерден аулақ болыңыз</li> <li>– егер симптомдар жақсармаса, дереу дәрігерге қоңырау шалыңыз</li> </ul>

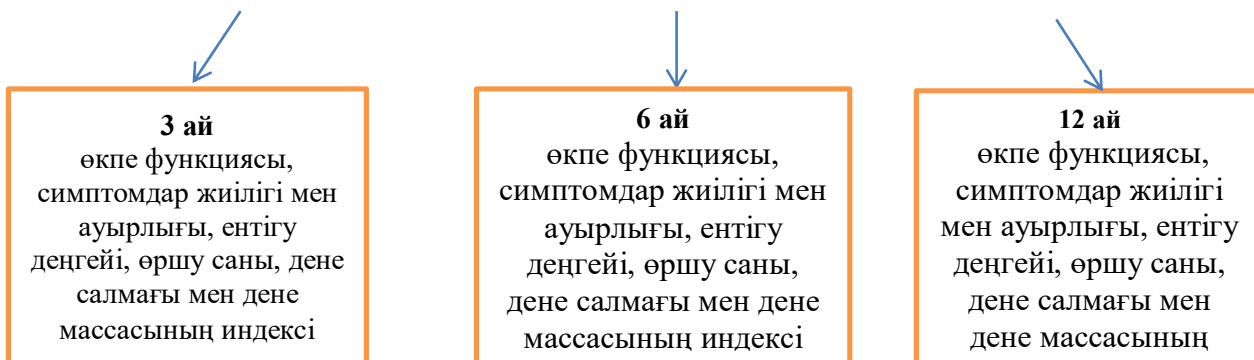
## 1 кестенің жалғасы

1	2
Қызыл аймақ:	<p>маған жедел медициналық көмек қажет</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– тыныштық кезінде қатты еңтігудің болуы. 103 номерін теріп, дереу жедел медициналық көмекке жүгініңіз.</li> <li>– Сіз тыныс алуына байланысты ешқандай келесі әрекеттерді жасай алмайсыз.</li> <li>– еңтіккен ұйықтай алмайсыз.</li> <li>– дене қызуы немесе үрей.</li> <li>– ұялуды сезінесіз немесе қатты ұйқыңыз келеді.</li> <li>– кеуденің төс тұсының ауыруы</li> <li>– • жөтелмен қанның бөлінуі</li> </ul>

Нидерландтың тәжірибесінде ӨСОА басқару бағдарламасы медицина қызметкерлерінің, жалпы тәжірибелі дәрігердің және респираторлы дәрігердің бірлескен командасынан тұрады. Әрбір медицина қызметкерінің міндеттері мен жауапкершілігі пәнаралық хаттамада сипатталған. Дәлелдемелерге негізделген нұсқаулықтарды толтырып, бағдарламаны толықтырып отырады. Медициналық мамандар мен жалпы тәжірибелік дәрігерлеріне ұлттық емдеу нұсқауларын ұстануға кеңес берілді, ал медбике медициналық көмек көрсету хаттамасы голландтық практикаға арналған нұсқаулыққа негізделген.



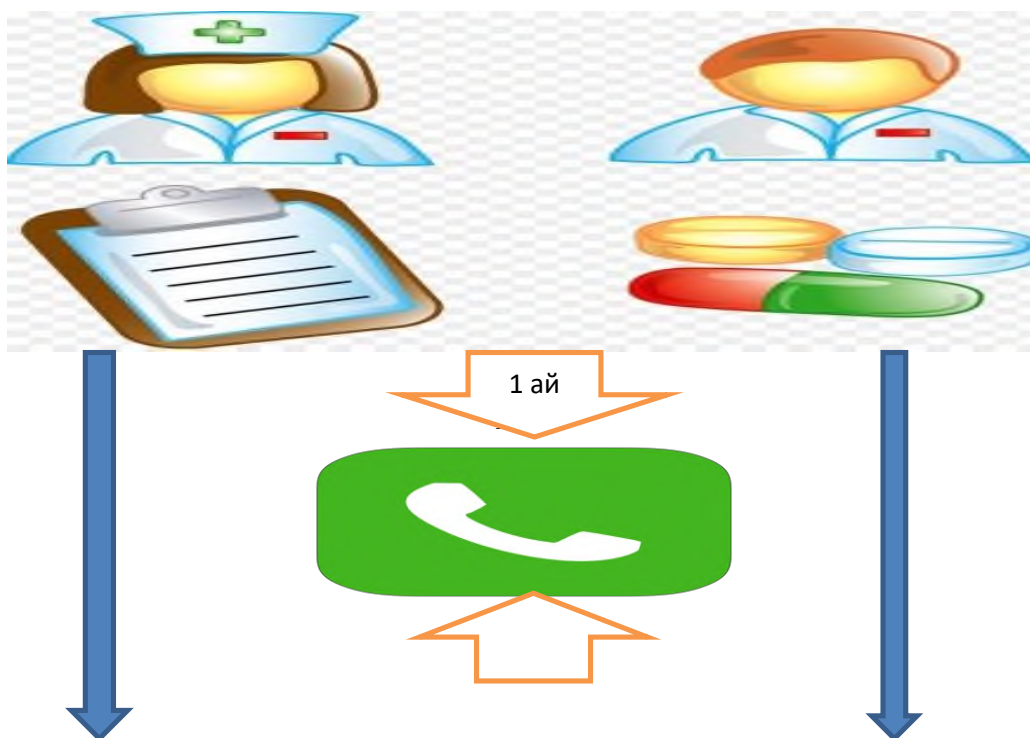




Сурет 2- Нидерландтың тәжірибесіндегі ӨСОА басқару бағдарламасы

Медбикелер өз кезегінде пациенттердің білімін жетілдіру және өзін-өзі бақылауды жетілдіру үшін медбикелік дағдыларын пайдалана отырып диагностикалық және емдік араласуды дербес жүзеге асырады. Олар стационарда болғандықтан, бірақ жалпы тәжірибе дәрігерінің кабинетінде пациенттермен кездеседі, олар алғашқы және екіншілік көмек арасындағы байланыс ретінде жұмыс істейді. Емдеу процестері мен нәтижелерін бағдарламаны ұйымдастыратын аурухананың интеграцияланған бөлімшесі бақылап отырады. Электрондық пациенттерді тіркеу жүйесіндегі деректер бағдарламаны басқару және медициналық қызмет көрсетушілерге кері байланыс ұсыну үшін басшылық ретінде пайдаланылады (сурет-2) [182].

АҚШ-тың тәжірибесінде ӨСОА басқаруда медбикенің барлық науқасқа қол жетімді телефон номері көрсетілген ӨСОА кезінде көмек көрсету қағидалары бар буклет ұсынылған. Одан кейін науқастарды емдеуге арналған бөлмеде респираторлық дәрігермен 1-ден 1,5 сағатқа дейін жалғасатын топтық оқыту сеансына жалғасқан.



### Оқыту сабағы 1-1,5 сағат



- ингаляторларды қолдануды үйрету
- дәрі- дәрмектерді қолдануды қадағалау
- қол гигиенасы
- темекі тартуды доғару
- күнделікті физикалық жаттығуларға арналған ұсыныстарымен
- тұмау мен пневмококкқа қарсы егулерге кеңес беру

Сурет 3- АҚШ тәжірибесіндегі ӨСОА басқару

Оқыту сеансы ӨСОА туралы жалпы мағлұмат, ингаляторларды, дәрі-дәрмектерді қолдануды қадағалау, қол гигиенасы, темекі тартуды доғару, күнделікті физикалық жаттығуларға арналған ұсыныстарымен, тұмау мен пневмококкқа қарсы егулерге кеңес беру туралы ақпараттардан тұрады. Сонымен қатар әрбір науқастың қолына күнделікті қабылдайтын дәрі-дәрмектің тізімі бар, медициналық қызметкердің телефон номері көрсетілген іс-шаралар жоспары ұсынылады. Медициналық қызметкер айына бір рет науқастарға телефон шалып отырады, ал науқас болса өзінің еміне қатысты сұрағы болса жұмыс күні бойына телефон шалып отырады. Ал жоспарлы түрде дәрігерге келіп қаралу болмаған (сурет-3)[183].

Осылайша, ӨСОА басқару бағдарламасы созылмалы ауруларды басқару қағидалары бойынша көп дисциплинарлы бағдарлама болып табылады. Топ мүшелері жалпы тәжірибелік дәрігерлер, медбикелер, психолог, пульмонолог және тағы басқа мамандар болып табылады. Олар бір-бірімен тығыз байланыста науқастың мүддесі үшін бірлесіп жұмыс жасайды. Топтың барлық мүшелері науқасты қоса санағанда бірігіп емнің, оқытудың және өзін-өзі басқарудың әдістерін анықтап, осы мақсаттарға қол жеткізуді қадағалау керек. Бұл топтағы медбикенің дәрігерлермен бірлескен ролі өте маңызды. Медбике науқасты өз бетінше өз ауруын басқаруға ынталандырады, мезгіл мезгіл науқаспен хабарласып тұрады, ауруды басқару бағдарламасын қадағалап отырады. Осындай науқас мүддесі үшін бірлескен көп дисциплинарлы бағдарламалар көптеген мемлекеттерде енгізілген және ауруды басқару бағдарламалары ауруханаға жатқызу көрсеткішін және ауруханада болу ұзақтығын төмендеткен, науқастардың өмір сүру сапасын жақсартып, науқасқа жұмсалатын емделу құнын азайтады.

### 1.3.2. Өкпенің обструктивті созылмалы ауруын басқарудың салыстырмалы өлшегіш көрсеткіштері

Қазіргі заманғы әлемдік қоғам үшін созылмалы аурулар тек медициналық ғана емес, сонымен бірге әлеуметтік-экономикалық маңызы бар жаһандық проблема болып табылады.

ӨСОА басқару бағдарламаларының негізгі мақсаты аурудың өршуінің алдын алу, қажетсіз қайта ауруханаға жатуды азайту және науқастардың өмір сапасын жақсарту [188]. ӨСОА бойынша ең көп пайдаланылатын денсаулық сақтау ресурстарын анықтау мақсатында 11 мемлекетте (Алжирде, Египтте, Иорданияда, Ливанда, Мароккода, Пакистанда, Сауд Аравиясында, Сирияда, Тунисте, Түркияда и Біріккен Араб Әмірлігінде) барлығы 62 086 адамның қатысуымен үлкен зерттеу жүргізілген. Зерттеудің нәтижесінде ең көп пайдаланылатын денсаулық сақтау ресурстары дәрігердің кеңесі екені анықталған: Біріккен Араб Әмірлігінде -43 118 дейін (95% СИ: 755-85 548) дәрігер кеңесі және жедел жәрдем көмегіне жүгіну 15 917 [95 % СИ: 0-34,807]; 4 276 800 [95% СИ: 2 320 164 6 230 763] Пакистанда; Түркияда 683,697 [95% СИ: 496,993-869,737] және ауруханаға жатуымен 15,563 [95% СИ: 7,911-23,215] [189].

Ramani A.A. және т. б. зерттеуінің мақсаты ӨСОА үй жағдайында басқарудың тиімділігін бағалау болды. Ауруханадан шыққасын кемінде 3 рет үйіне дәрігер барады, екінші рет 1 айдан соң, ал үшінші рет 10 айдан соң барған. Зерттеуге 323 науқас қатысқан. Зерттеу барысында ауруханаға жатудың жалпы деңгейі төмендеген (11% екінші барғаннан кейін; 2,1% үшінші рет барғаннан кейін). Науқастардың өз ауруын түсінуі неғұрлым жоғарылаған (21,6%- дан 83,9%-ға), қабылдап жүрген дәрілерді білуі (56,0% дан 87,0%-ға дейін), және дәрілерді ретімен уақытылы қабылдауы (52,0% дан 86,0%-ға дейін). Зерттеу нәтижесінде ауруханадан шығарылған оттегіге тәуелді ӨСОА бар науқасты үйде емдеу шығынды азайтады және тиімді екені анықталған, себебі ӨСОА ауруханада емдеу құны кең көлемді шығын көзі болып табылады. ӨСОА асқыну қаупі бар науқастар өзін-өзі басқару стратегиясын алуы керек. Ауруды қабылдауды және оны өзгертуді талқылау ӨСОА бар науқастардың өмір сүру сапасын жақсартады және мүгедектік деңгейін төмендетеді [190]. Сингапурда ауруды басқару бағдарламасына жүргізілген зерттеуіне барлығы негізгі тобына 309 және бағдарламаға қатыспаған бақылау тобында 893 науқас болды [188, р.77].

Кесте 2 – Ауруды басқару бағдарламасына Сингапурда жүргізілген зерттеу сипаттамасы

Көрсеткіштер	Ауруды басқару бағдарламасы (n = 309)	Бақылау тобы (n = 893)	p деңгейі
1	2	3	4
Эпизодтар	488	1227	-
Ауруханадағы күндері (орташа ± SD) (күн)	4,40 ± 4,70	4.70±5.10	0,0435
Ауруханадағы күндердің жалпы саны	2122	5764	-
Өлім саны (%)	35(11,3)	173 (19,4)	0,0003
Тыныс алу мүшелерінің ауруынан болған өлім (%)	25 (8. 1)	124 (13,9) <sup>‡</sup>	0,0001

## 2 кестенің жалғасы

1	2	3	4
Шөптің өлім деңгейі жылына бір адам, тыныс алу жүйесінің аурулары нан болған өлімнің жалпы саны (95% СИ)	0,09 (0,06-0,14)	0,17 (0,14-0,20)	0,0034

Қазіргі кезде еліміздің денсаулық сақтау жүйесі міндеттеріне тұрғындардың өмір сүру кезеңін ұзарту, сапалы көмек көрсету және азаматтардың жұмыс қабілетін сақтау болып отыр.

ӨСОА ауруының әлеуметтік маңыздылығын және оның кең таралуын ескере отырып науқастардың өмір сапасын зерттеу аса өзекті болып табылады және өз ауруын басқаруды жүргізудің негізгі себептері: науқастың өмірін ұзарту, мерзімінен бұрын болатын өлімнің алдын алу немесе әл-ауқаттылықты жақсарту.

Осы шығындарды барынша азайту үшін әлемнің 30-дан астам елдерінде медициналық көмек көрсетудің профилактикалық және жүйелік тәсіліне негізделген ауруды басқару бағдарламасы енгізілуде (кесте 3).

### Кесте 3 – Әртүрлі мемлекетте енгізілген ауруды басқару бағдарламалары

	Мемлекет	Ауруды басқару бағдарламаларын енгізу
1.	Финляндия	1971 жылы жүректің ишемия аурулары бойынша ең жоғары өлім көрсеткіші болған 1972-1977 жылдар аралығында ауруды басқару бағдарламасын алғаш рет енгізген, кейін мемлекеттің барлық жеріне енгізген
2.	Голландия	2000 жыл – қант диабеті
3.	Германия	2002 жылы – 2 типті қант диабеті, өкпе рагі 2003 жылы - жүректің ишемия аурулары [191] 2004 жылы - 1 типті қант диабеті 2005 жылы - бронх астмасы және ӨСОА
4.	Канада	2003 жылы сүт безі рагі, жүректің созылмалы жетіспеушілігі, өкпенің созылмалы обструктивті ауруы

2008 жылғы жүйелі шолу мен мета-анализде, ӨСОА басқару бағдарламасы «физикалық төзімділікті, денсаулыққа байланысты өмір сүру сапасын және ауруханаға жатуды жақсартты, бірақ өлім-жітім көрсеткіштерін төмендеткен емес» деп қорытындыланды [192].

ӨСОА бар 50 жас және одан асқан адамдарда ауруды басқару бағдарламасынан бір жыл өткен соң науқастар өздерінің денсаулығының жақсаруына қол жеткізген. Мысалы, өкпе қабілетін немесе 6 минут бойы жүру қабілеті жақсармағанымен, науқастардың әлеуметтік, эмоционалдық және психологиялық әл-ауқаты жақсарған [193].

Өзін-өзі басқаруға бағытталған іс-шараларға медицина қызметкерлері мен арасындағы ынтымақтастық болып табылады, сондықтан науқас емдеу

режимдерін басқаруға, денсаулығына байланысты өздерінің мінез- құлқын өзгертуге, ауруларын бақылауды жақсартуға және өздерінің хал-ахуалын жақсартуға қажетті білім мен дағдыларды меңгереді және көрсетеді. Созылмалы обструктивті өкпе ауруы бойынша жаһандық бастаманың соңғы баяндамасында ӨСОА өзін-өзі бақылау шараларын ерекше атап өтті [50,с.17]. ӨСОА басқару бойынша ұсынымдар [157, р.1771] бар болса да және денсаулық сақтау жүйесіне түсіретін ауыртпалығына қарамастан, ӨСОА басқаруға арналған ең маңызды аурулардың бірі болып қалады. ӨСОА елеулі жүйелі көріністерге ие созылмалы өкпе ауруы болып табылады, сондықтан ӨСОА бар науқастардың жалпы өмір сапасын жақсартуға, аурудың ауыртпалығы мен күнделікті өмірге әсерін азайтуға бағытталған созылмалы аурулармен күресуге арналған бағдарламалардың болуы өте маңызды. ӨСОА әртүрлі сатыларда өршіп науқастардың функционалдық көрсеткіштері мен өмір сапасына әсер ететін қайтымсыз және титықтаттыратын ауру. Ентігу ӨСОА жиі және алаңдатарлық симптомы болып табылады. ӨСОА тек науқастардың ғана емес, сонымен қатар олардың туыстарының да өмір сапасына айтарлықтай әсер етуі мүмкін.

Жүйелі шолудың талдауы көрсеткендей, ентігуді басқарудың фармакологиялық және фармакологиялық емес араласулары ең жақсы нәтижеге жету үшін біріктірілуі керек. Фармакологиялық емес стратегияларға жалпы ақпарат, басқару жоспары мен дене белсенділігі кіреді және науқастарға демікпені жеңуге көмектеседі [140, р.1475]. Осыған байланысты, өзін-өзі басқаруды қамтитын әртүрлі «фармакологиялық емес араласулар» аурудың болжамын жақсарту және ресурстарды пайдалануды азайту үшін созылмалы ауруларды емдеудің негізінде жасалады. Осылайша, ӨСОА бар науқастарға арналған біздің білім беру бағдарламамызға ӨСОА ауруы туралы оң ақпарат, әлеуметтік белсенділікті арттыруға арналған ұсыныстар және емдеуші дәрігердің тағайындаған ұсыныстарын науқастардың орындауына ынталандыруды қалыптастыру кіреді.

Қорыта келе, ӨСОА миокард инфаркті мен инсульттан кейін өлім көрсеткіші бойынша үшінші орынға көшеді деп болжанған, ал қазір төртінші орында және инфекциялы емес аурулардың ішінде таралуы бойынша екінші орында тұрған ауру, сонымен қатар аурушандық деңгейінің ұлғаюы мен ауру ақырының қолайсыздығымен, ауыртпалығы мен қаржылай шығын келтіретіні айтарлықтай маңызды орын алады.

ӨСОА шылым шегумен байланысты, негізгі симптомдары ентігу және қақырықты жөтелмен жиі өршитін, өкпенің тыныс алу қызметін төмендетіп, науқастардың денсаулығына байланысты өмір сапасын айтарлықтай өзгертетіп, адамның өмір сапасының барлық көрсеткіштеріне шектеу жасайтын, сонымен қатар жиі ауруханаға жатуымен, ақыры өлімге де әкелетін 40 жастан асқан ересек ер және әйел адамдар арасында жиі кездесетін созылмалы ауру.

ӨСОА науқастардың өмір сапасының негізгі көрсеткіштеріне, әсіресе науқастарда ауруды басқару бағдарламаларын, соның ішінде өзін-өзі басқару дағдыларын дамыту ӨСОА өршуін, ауруханаға жату жиілігін, дәрігердің

көмегіне жүгінудің жиілігін азайтудың тиімді стратегиясы болып табылады. Сонымен қатар науқастарда өзін-өзі басқару дағдыларын жақсартуға бағытталған оқыту бағдарламасы өмір сапасын жақсартады және маңызды клиникалық нәтижелерді береді.

Ауруларды басқару бағдарламасы – медициналық қызмет көрсетудің сапалық аспектілерінің, науқастың жеке күтімінің, науқастардың қанағаттануының жақсаруына, темекі шегу жағдайы азаюына, науқастардың өз аурулары туралы тереңірек түсініп, білуіне, ауруханаға жатқызу мөлшерін төмендету арқылы денсаулық сақтау жүйесінің шығындарын азайту, кешенді медициналық көмек көрсету арқылы созылмалы аурулары бар науқастардың өмір сапасын жақсартуға негізделген тұжырымдама.

Көптеген мемлекеттерде енгізілген ауруды басқару бағдарламаларының тәжірибесі ӨСОА бар науқастардың ауруханаға жатқызу көрсеткішін және ауруханада болу ұзақтығын төмендетіп, науқастардың өмір сүру сапасын жақсартып, науқасқа жұмсалатын емделу құнын азайтатыны дәлелденген.

Қазіргі таңда бүкіл әлемдік медицинада созылмалы ауруларды емдеудегі ең тиімді тәсілдердің бірі науқастарды оқыту бағдарламалары болып табылады.

Ауруды басқару бағдарламалары созылмалы ауруларды ерте анықтау мен емдеуге, олардың дамуының алдын алу, сондай-ақ науқастар өздерінің созылмалы ауруларын қалай дұрыс басқаруға, өмір сүру сапасын жақсартуға және өзін-өзі басқаруды енгізуге бағытталып отыр.

## 2 МАТЕРИАЛДАР МЕН ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ

### 2.1 Зерттеу кезеңдерінің бағдарламасы мен мазмұны

Зерттеу жұмысы Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университетінің дәлелді медицина және ғылыми менеджмент кафедрасының ынталы қолданбалы ғылыми зерттеу шеңберінде жүргізілді (Мемлекеттік тіркеу нөмірі № 0118РКУ0546).

Диссертациялық жұмыс Ақтөбе облысы бойынша өкпенің обструктивті созылмалы ауруларымен ауыратын науқастардың 2013-2017 жылдар аралығындағы ауру ауыртпалығын бағалап, өмір сапасын жақсарту үшін ауруды басқарудың жолдарын негіздеуге арналған.

Зерттеудің мақсаты мен міндеттеріне сәйкес кестеде ұсынылған зерттеу бағдарламасы құрастырылды (4 кесте).

Кесте 4- Зерттеу кезеңдері

Зерттеу міндеттері мен кезеңдері	Әдістер	Зерттеу материалдары мен көлемі
Бірінші кезең		
1	2	3
Өкпенің созылмалы обструктивті ауруының таралуы, қауіп факторы, ауыртпалығы, өмір сапасын бағалаудың және басқару бағдарламасы сұрақтары бойынша әлемдік және отандық тәжірибесін зерделеу.	Тарихи Библиографиялық Аналитикалық Ақпараттық-аналитикалық Контент-анализ элементтері статистикалық	Ғылыми ақпараттық көздер талданды (231), соның ішінде: – мақалалар PubMed, Elsevier, Scopus базаларынан; – ғылыми әдебиеттер; – ҚР статистикалық жиынтықтары; – 2013-2017 жылдардағы Ақтөбе облысы бойынша өкпенің созылмалы обструктивті ауруының аурушандығы туралы деректер (№12 нысан).
Екінші кезең		
Ақтөбе облысы бойынша өкпенің созылмалы обструктивті ауруының өлім-жітімдігін зерттеу; Ақтөбе облысы ресми статистикалық деректері бойынша өкпенің созылмалы обструктивті ауруының (2013-2017 жж) аурушандық динамикасын және ауыртпалығын зерттеу, сонымен бірге қалалық № 1, 2, 3, 4 емханалар және аудандық ауруханалар (емханалар) 2013-2017 жж. есептік нысандары.	Статистикалық Ақпараттық-аналитикалық DALY бірлігімен ӨСОА бар науқастардың денсаулығын бағалау әдісі	– қалалық № 1, 2, 3, 4 емханалар және аудандық ауруханалар (емханалар) жылдық есептері (№12 нысан); – жас-жыныстық; – статистика мәліметтері бойынша өлім-жітім көрсеткіштері.

#### 4 кестенің жалғасы

1	2	3
Үшінші кезең		
Ауруды басқару бағдарламасын құрастыру, жүргізу; Ауруды басқару бағдарламасының өмір сапасына әсерін бағалау.	Әлеуметтік Статистикалық Аналитикалық	ӨСОА бар 138 науқасқа сауалнама (EQ-5D (Euro QoL)); ӨСОА бар науқастардың өз жағдайын басқару сауалнамасы).
Төртінші кезең		
АМСК ұйымдарына ӨСОА бар науқастардың ауруын басқару бойынша тәжірибелік ұсынысыңтар дайындау	Тарихи Библиографиялық Аналитикалық Ақпараттық- аналитикалық Контент-анализ элементтері статистикалық	Зерттеу нәтижелері

### 2.2 Зерттеу нысандары

Ақтөбе облысының қалалық № 1,2,3,4 емханалар және аудандық ауруханаларында (емханалар) ӨСОА бойынша тіркелген ересек науқастар.

Зерттеу жұмысының *алғашқы кезеңінде* ауруының таралуы, қауіп факторы, ауыртпалығы, өмір сапасын бағалаудың және басқару бағдарламасы сұрақтары бойынша әлемдік және отандық тәжірибесін зерттеу үшін PubMed, ELSEVIER, SCOPUS және т.б. медициналық мәліметтер базасында әдебиет көздерінен іздеу жүргізілді. Әдеби көздерге талдау жасау үшін төмендегідей кілтті сөздер таңдалып алынды: өкпенің обструктивті созылмалы ауруы, өкпенің обструктивті созылмалы ауруының таралуы, демографиялық сипаттамасы, ауру ауыртпалығы, DALY, QALY, өмір сапасы, сауалнамалар, өмір сапасын бағалайтын құралдар, ауруды басқару бағдарламасы, өз ауруын басқару. 231 әдеби көздерге талдау жасалынды, оның ішінде 184 ағылшын тілінде, 44 орыс тілінде және 3 қазақ тілінде болды.

Зерттеу жұмысының *екінші кезеңінде* 2013-2017 жж. аралығындағы Ақтөбе облысының ресми статистикасы бойынша ӨСОА аурушандық деңгейіне, өлім-жітімдігіне талдау жасалды және ауыртпалығы еңбекке жарамсыздығына түзетілген өмір жылдары (DALY - Disability Adjusted Life Year – «еңбекке жарамсыздығына байланысты жоғалған немесе түзетілген өмір жылы») зерттелді (№12 «Медициналық ұйымның қызмет көрсететін ауданында тұратын науқастардың және диспансерлік бақылауда тұрған тіркелген науқастар контингентінің ауруларының саны туралы есеп» нысанына және №106/е-12 нысанға түбіртек және өлім туралы медициналық куәландандыруды тіркеу журналы формасынан ӨСОА-нан болған өлім көрсеткіштері).

Біздің зерттеуіміз Жаһандық ауру ауыртпалығына құрастырылған әдістер негізінде жүргізілді. DALY әдісінде бағана мүгедектік бойынша ноль дені сау (мүгедектік жоқ) және өлшенген 1 өлімді көрсетеді.



DALY уақытша өлшем болып саналады, себебі ол кенеттен болған өлім мен денсаулық күйіне байланысты жойылған жылдардан тұрады.

Бір DALY денсаулықтағы өмірдің бір жоғалған жылына тең келеді және жаһандық ауру ауыртпалығы аурусыз, мүгедексіз сүрген кәрілік өмір күйін өлшегіш ретінде қарастырылады [194, p.1].

Ғаламдық зерттеулердің алғашқы нәтижелері 1993 жылғы Дүниежүзілік даму баяндамасының бөлігі ретінде жарияланды. Бұл зерттеуде сегіз аймаққа және бес жас тобының 107 ауруға, 483 аурудың (өлімге әкелмейтін) әсеріне бағалау жүргізілді. Зерттеушілерді саясаткерлердің қажетті шешімдерді қабылдау үшін аурулар, жарақаттар және ықтимал қауіпті факторлар туралы толық және стандартталған мәліметтерге ие болмағанын түсіну шабыттандыра түсті. Зерттеушілер үшін шабыттың екінші көзі- бұл белгілі бір аурулардың белгілі бір аурулармен байланысты өлім-жітімді бағалау әлемдегі кез келген жылы қайтыс болғандардың жалпы санынан едәуір асып түскендігі. GBD зерттеушілері мамандардан тәуелсіз ғылыми негізделген бағалауды алу үшін аурулардың әсерін талдауда тұтас әдісті пайдалануды ұйғарды. 1990 жылғы GBD зерттеуі денсаулық сақтау саласындағы саясатқа терең әсер етті, себебі ол бүкіл әлемде психикалық аурулар түрінде жасырын проблеманы анықтады. Сондай-ақ, бұл зерттеу жеткілікті көңіл аударылмаған денсаулыққа қатысты мәселелерге, мысалы, уақытынан бұрын болған өлімге және жол-көлік оқиғаларының жарақаттарынан туындаған мүгедектікке шалдығуына назар аударды. 1993 жылдан бастап осы зерттеудің нәтижесі 4000-нан астам рет түрлі мақалаларда айтылып жүрді. Бұл зерттеу сондай-ақ елеулі дау да тудырды.

Көптеген жекелеген аурулардың мамандары GBD -ның бастапқы зерттеуі олар үшін ең қызықты аурулардың салдарын төмендетпегенін дәлелдеді. Жасы мен салмақ коэффициентін пайдалану да айтарлықтай даулы мәселелерге себеп болды. Жасы бойынша салмақ коэффициентін пайдалану өмірдің әрбір жылы құнының 22 жылға дейін өскенін және содан кейін бірте-бірте төмендегенін болжады. Шегерімдер болашақта сақталған өмірдің жылдарына қарағанда салауатты өмірдің сақталған жылдарында маңызды екенін ескерді. Бұдан басқа, мүгедектік салмағының коэффициенттерін анықтауға (өлімге әкелмейтін жағдайлардың ауырлығына баға беру) сараптамалық бағалауды қолдану қайшылықты туғызды. Философтар, этика мамандарының және экономистерден алынған кеңестер мен кері байланыс нәтижесінде GBD зерттеулерінде салмақ коэффициенті жасқа және шегерімдерге қолданылмайды. Бұдан басқа, GBD 2010 зерттеуі мүгедектік үшін салмақ коэффициенттерін және әлемнің әртүрлі елдерінен мыңдаған респонденттерден жиналған деректерді анықтауға арналған жаңартылған әдістерді зерттеді. GBD 2010 жылғы зерттеуі негізгі 1990 жылдағы GBD біріктіріліп, аурулар, жарақаттар және қауіп факторлары туралы қолда бар барлық деректерді пайдалану сияқты көптеген негізгі принциптерді зерттейді; қоғамдағы өлім-жітім мен мүгедектік әсерін бағалау үшін салыстырмалы көрсеткіштерді пайдалану; аурулардың әсерін ғылыми бағалауға мамандардың жеке факторларының әсерінің жоқтығын қамтамасыз ету. Ұқсастықтарға қарамастан, GBD 2010 зерттеуі

ауқымы кең болды және өткен GBD зерттеулерінің кез келгеніне қарағанда көп қатысушыларды (бірлескен авторлар) қамтыды. Алғашқы зерттеуге 100 қатысушы тартылса, GBD 2010 зерттеуіне 488 авторлар тартылды. Осындай кең ауқымды зерттеулер желісінің арқасында медициналық нәтижелер мен ықтимал қауіп факторлары туралы көптеген деректер алынды. Зерттеушілер 2-аймақ аясында қысқаша баяндама есепте және осы баяндама есебіне қосымшада көрсетіп, сондай-ақ жарияланған зерттеулерде егжей-тегжейлі сипаттап GBD зерттеу әдіснамасына айтарлықтай жақсартулар жасады. Осы жетілдірулердің ішіндегі ең маңыздысы: мүгедектік салмақ коэффициентін алғаш рет бағалау үшін тұрғындарды зерттеу барысында жиналған деректерді пайдалану болды; зерттеулерде талданатын себептер мен қауіп факторларының тізбесін айтарлықтай кеңейту, диетаның әртүрлі компоненттерінің медициналық нәтижелерге әсерін егжей-тегжейлі талдау; және барлық индикаторлар бойынша белгісіздік аралықтарын жариялау. GBD 2010 зерттеуінде зерттеушілер талдау нәтижелерінің әлсіз жақтарына және сенімділігіне қатысты толық нақтылықты қамтамасыз ету үшін есептерде белгісіздік аралығын қамтиды. Нақты белгісіздік аралықтары нақты деректердің сенімді екендігін көрсетеді және кең белгісіздік аралықтары нақты деректердің нашарлығын [195].

DALY-ды бағалаудың бірінші кезеңі уақытынан бұрын болған өлімнің себебінен жоғалған жылдарды (YLL-Years of Life Lost) бағалау болып табылады. «Жоғалған жылдар» көрсеткіші - аурудың жаһандық ауыртпалығын зерттеуде қолданылатын денсаулықты өлшеу әдістерінің бірі. DALY көрсеткіші жалпы аурудың ауыртпалығын бағалайды және уақытынан бұрын болған өлім мен мүгедектік салдарынан жоғалған өмірдің ықтимал жылдарының сомасын білдіреді.

Осылайша, өлім-жітім мен ауру-сырқауды бір ғана бірлікпен бағалап және бір көрсеткіш ретінде ұсынуға болады.

DALY көрсеткішін есептеу үшін келесі формула қолданылады :

$$DALY = YLL + YLD \quad (1) ,$$

мұндағы YLL - өлім-жітімге байланысты жоғалған өмір жылдары  
YLD—ауруларға байланысты жоғалтқан өмір жылдары (ауруға шалдыққан әрбір күнге белгілі бір салмағын тағайындау арқылы қайтыс болған ауыртпалықты жылдармен өлшеуге болады деп есептеледі).

Халықаралық әдіснамаға сәйкес, өлім-жітімге байланысты жоғалған өмір жылының көрсеткішін есептеу төмендегі формула бойынша жүзеге асырылады:

$$YLL = \text{death} \times \text{life expectancy} \quad (2),$$

мұндағы death- өлім саны; Life expectancy- өлім болғанға дейінгі күтілетін жыл бойынша өмір сүру ұзақтығы:

мұндағы P-таралған жағдайлар саны; DW-аталмыш ауруға байланысты бұзылған денсаулық күйінің ауыртпалық коэффициенті.

DALY көрсеткішін есептеген кезде ДДСҰ «мүгедектік» деп әртүрлі ауруларды салыстыруға қажет болатын толық денсаулық жағдайына сәйкес келмейтін және өлім-жітім жағдайымен байланыстырылмайтын, мүгедек уақытындағы кейіннен уақытынан бұрын болатын өлім салдарынан жоғалған жылдарды айтады [198].

ӨСОА еңбекке жарамсыздық ұсынылған ауыртпалық коэффициенті ретінде DALY зерттеуінде экономикалық ынтымақтастық және даму ұйымы елдерінің жіктелісі мәліметтері негізінде есептелген белгілі көрсеткіш 0,28 (тағайындалған жиек 0-ден 1-ге) алынды [199-201].

Жәй ғана өлім көрсеткіштерінің орнына DALY көрсеткішін қолдану нашарлаған денсаулық күйінің негізгі бейнесін ашып көрсетеді. Қоғамдық денсаулық сақтауды бақылау осы көрсеткішті қолданудың арқасында зерттеушілер 2010 жылғы жаһандық ауру ауыртпалығын зерттеу аясында көп елдерде өлім-жітім азайғанмен мүгедектік ұлғайғанын анықтаған. Аурудың сипатының өзгеруі туралы ақпарат шешім қабылдау үшін өте қажет, себебі бұндай ақпарат әртүрлі елдердегі тұрғындар мен медициналық көмек көрсететін мекемелердің қиыншылықтарын айқын көрсете алады [202].

Барлық жас топтарындағы жаһандық ауру ауыртпалығының орташаланған көрсеткіштермен алғандағы негізгі себептері: тыныс алу мүшелерінің аурулары, депрессиялық күйзелістер және диареялық аурулар тобы. Көп жас топтарын зерттеген кезде төмендегідей бағыттар анықталған: табысы жоғары елдердегі ауыртпалыққа жүректің ишемиялық аурулары, көрудің нашарлауы, жасқа байланысты деменция, инсульт және ісік аурулары, орташа және төмен табысты елдердегі ауыртпалық жүректің ишемия аурулары, инсульт, көрудің нашарлауы және өкпенің обструктивті созылмалы аурулары [203].

Қазақстандық авторлардың мәліметтері бойынша DALY жоғалған бірліктерінің 60% кенеттен болған өлім және 40% мүгедектік құрайды [204]. 2020 жылы ӨСОА тыныс жолдары ауруларының ішіндегі көшбасшы болады, ал 2030 жылы DALY-дың жетінші себебі болады [27, с.24]. DALY философиясын қарастырытын болсақ кез келген адам өмірге дені сау күйінде келеді, бірақ әртүрлі сыртқы немесе ішкі әсер факторлары адам денсаулығын жоюы немесе ерте өлімге шалдықтыруы мүмкін, осылайша адам белгілі бір орташа өмір сүру ұзақтығына дейін жете алмайды [205-207]. Аурудың ауыртпалығын есептеу үшін мәліметтерді талдауға төмендегідей стратификация деңгейлері қолданылды

- 1) жасы (15 санат бойынша)
- 2) жынысы (ер және әйел)
- 3) аймақ (аудан және қала)
- 4) кезең (2013-2017жылдар)

Мәлімет жинау барысында әлемдік тәжірибедегі ұқсас зерттеулер нәтижелеріне сәйкес 5 жылдық қадаммен 15 санат бойынша жас топтары қолданылды: 0-4, 5-10, 11-15, 16-20, 21-25, 26-30, 31-35, 36-40, 41-45, 46-50, 51-55, 56-60, 61-65, 66-70, 71-75, 76-80, 80-84, 85 және одан жоғары [208].

Өмір сапасын зерттейтін әдістердің сан алуан түрі көп. Олардың барлығы науқастың психикалық және физикалық денсаулығын, өмір сүру стилін, медициналық және әлеуметтік оңалу дәрежесін бағалайтын арнайы сауалнамалардың талдауынан, сараптауынан кейін құрастырылған [209]. Науқастардың өмір сапасын зерттейтін құралдар науқастардың пікірі негізінде денсаулық сақтау жүйесінің тұрғындарға көрсететін медициналық көмектің тиімділігін бағалайтын маңызды көрсеткіш ретінде қарастырылады. Тағайындалған емге байланысты өмір сапасы көрсеткіштерінің жақсаруы денсаулық сақтау жүйесін ұйымдастыру мен қаржыландыру кезінде шешім қабылдауда ескерілгені жөн [210]. Жарақат пен қауіп факторларының жаһандық ауыртпалығы зерттеуі эпидемиологиялық көрсеткіштердің ең үлкен өлшемі болып саналады және әр түрлі елдердің денсаулық сақтау жүйесін салыстырып басымды ауруларды анықтауға мүмкіндік береді, сонымен қатар денсаулық сақтау жүйесіндегі жүргізіліп жатырған реформалардың нәтижесін бағалауға және әлемдік, аймақтық деңгейде денсаулық сақтаудың саясатын жұмыстандыруға бағытталған күнделікті тәжірибеге жаңа технологияларды енгізуге мүмкіндік береді.

Денсаулықты өлшейтін және бағалайтын институт жаһандық ауру ауыртпалығын бағалауды жүргізу барысында елдің және аймақтың денсаулығын сақтау аясында дер кезінде сапалы мәлімет алу үшін бес қағидаға бағытталуға шақырады [211-215].

1. Әдісті модификациялау және ғылыми тұрғыда негіздеу. Қандайда бір шешім қабылдау үшін ғылыми зерттеу қағидаларын ұстап, танымал тәжірибеге сәйкес үнемі жетілдіріп отырған жөн
2. Релеванттілік саясаты. Зерттеулер өлшеуге жеңіл ғана болып қоймай, денсаулық сақтау аясында басымды бағыттарға бағытталуы қажет, сонымен қатар, уақытқа және жаңарған мәліметтерді қолдануға қоғамның қажеттілігіне сәйкес болуы керек.
3. Алаланбауы керек. DALY бағалауды жүргізу және шешім қабылдау барысында саяси, қаржылай және басқа да түрлі араласулардың (көбіне фармакологиялық өндіріс, медициналық құрылғыларды өндірішілердің қызығушылығы) болмауы.
4. Ынтымақтастық. Бірлесіп жаһандық тұрғыда зерттеу жүргізу барысында барлық аспектілері шынайы болатындай мульти дисциплинарлық және аймақтық тәсіл болғаны дұрыс.
5. Білімнің айналымы. Денсаулық сақтау жүйесіндегі саясат туралы объективті пікір қалыптасу мақсатында медициналық қауымдастықта және қоғамда ақпараттың таралуы.

Сонымен, жоспарлау кез келген мемлекетте, сонымен қатар Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау жүйесін дамытудың маңызды сатыларының бірі болып табылады.

Денсаулық сақтау жүйесінде DALY көрсеткішін пайдалану бірқатар артықшылықтарды береді, әсіресе жедел мәселелерді анықтап, кешенді басқару шешімдерін қолдануды анықтау жоспарында. DALY әдіснамасын қолдану әрі қарай даму және жетілу үстінде, ал оны пайдалану бүкіл әлемде, сонымен қатар ҚР-ның денсаулық сақтау жүйесін жақсартуға әкелуі керек [216, 217]. Осылайша, салауатты өмірдің жойылған жылдар көрсеткіші белгілі бір себептерден қайтымсыз жоғалған жылдарды немесе өлім-жітімді анықтауды ғана емес, сондай-ақ өлім-жітімге әкелетін аурулардың дамуын болдырмауға немесе бәсеңдетуге, яғни белгілі бір адамның өмірін ұзартуға немесе оның сапасын жақсартуға бағытталған денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік саясатты қалыптастырады.

*Келесі кезеңде*, өмір сапасын зерттеу тұжырымдамасы негізінен науқастың аурудан туындаған алаңдаушылығын, тәжірибесін субъективті бағалауын көп өлшемді бейнемен зерттеуге мүмкіндік беретін жаңа әдіс және заманауи клиникалық зерттеулер мен клиникалық тәжірибедегі маңызды компонент болып табылады. Соңғы он жылдықта пайданы (тиімділікті) өлшеу (Utility) көптеген аурулардың өмір сапасының салмағын (QOL-Quality of life) алу үшін қолданылды.

Пайдалылық-Utility–бұл адамдардың тауарлар мен қызметтерді тұтынудан алатын субъективті қанағаттанушылықтарына қатысты экономистер құрастырған көрсеткіш. Бұл көрсеткіш әртүрлі денсаулық жағдайында әлауқаттың субъективті күйін белгілеу үшін пайдаланылады.

Сапалы өмір (QALY) өмір сүру ұзақтығының ұзаруы мен денсаулық күйінің жақсаруынан тұрады. Екі құрал да (Utility және QALY) денсаулыққа байланысты QOL-ды бағалауға мүмкіндік береді, экономикалық тиімділікті және шығындарды және коммуналдық қызметтерді өлшеуге қолданылады.

Сапалы түзетілген өмір сүру мерзімі - QALY денсаулықты экономикалық бағалаудың танылған критерийі болып табылады. QALY өлім-жітімді және ауруды бір индекс санымен біріктіріп жеке артықшыларды қамтиды және денсаулыққа пайдасын анықтайды. Экономикалық талдаудың заманауи түрлерінде емнің әсерін анықтау үшін өмір сүру сапасы туралы ақпаратты пайдаланады. Қазіргі уақытта экономикалық талдаудың ең алдыңғы қатардағы әдістердің бірі – «шығын-тиімділік», тиімділік шарасы ретінде сапалы өмірдің сақталған жылдары–QALY (сапалы түзетілген өмірлік жыл) қолданады. Сапалы түзетілген өмір жылдары QALY- жеке тұлғаның өмір сапасы ескерілген өмір сүру ұзақтығы болып табылады. Ол екі компонентті қамтиды: өмір сүрген жылдар мен өмір сүру сапасы. «Шығын-тиімділік» әдісін қолдану, экономикалық талдаудың басқа әдістерімен салыстырғанда оның артықшылығы емдік шаралардың тиімділігін бағалау кезінде пациенттің пікірі ескеріледі [218-222].

QALY индикаторын қолданып, медициналық араласудың нәтижелерін талдау кезінде өмірдің барлық санын және сапасын біріктіруге болады. QALY бір ауруды емдеудің әр түрлі әдістерін пайдаланудан алынған өмір сүру сапасын салыстыруға мүмкіндік береді. Денсаулық сақтауды дамытумен қатар денсаулықты сақтауға көбірек көңіл бөлу керек. Өмір сапасын зерттеп жан-жақты бағалаудың негізгі құралы – сауалнамалар болып табылады және олар науқастың өмір сапасының аурудан ең көп зардап шеккен аймақтарын анықтауға мүмкіндік береді. Көптеген зерттеулердің талдауы пациенттерді және халықтың басқа санаттарын зерттеуден алынған тиімділік арасындағы айырмашылықтың бар екенін көрсетті: науқастардың пікірі бойынша тиімділік жоғары болып отыр. NICE соңғы жетекшілігінде клиникалық әсерді бағалау үшін EQ-5D сауалнамасын пайдалануды ұсынады [136, p.20].

Жедел асқынулар науқастың денсаулық күйін мен өмір сапасын нашарлатады. EQ-5D сауалнамасы, әдетте созылмалы аурулардың асқынуын өлшеуге сәйкес келеді. SF-12 сауалнамасы негізгі мәселесі өзін – өзі бағалауға құндылықтардың жетіспеушілігінде болып табылады. SGRQ сауалнамасы қанағаттанарлық болып табылады, бірақ бұл сауалнама арнайы сауалнамалардың қатарына жататын болғандықтан экономикалық бағалауларға сәйкес келмейді [223].

Экономикалық тұрғыдан PROM (patient reported outcome measures – бағалау нәтижелерін науқастардың хабарлауы) бастамасы үлкен қызығушылық тудырады. PROM-тың басты аспектісі - олар әр аурухананың тиімділігін басқа адамдармен салыстыру үшін бағалауға мүмкіндік береді. Өнімділік пен тиімділікті талдау дәстүрлі іс-қимыл шараларын емес, денсаулыққа бағытталуы мүмкіндігін айтады. Бұдан басқа, бұл бастамада EQ-5D [224] сауалнамасы өнімділік индикаторы ретінде пайдалану алғашқы халықаралық бастама болып табылады. EQ-5D сауалнамасы, жалпы PRO құралы, зерттеу үшін кеңінен қолданылады, медициналық көмектің экономикалық тиімділігі мысалы, технологияларды бағалау үдерісінде дәлелдемелерге ұсынылған NICE талап ететін құрал [225].

Зерттеу жұмысының *осы кезеңінде* ӨСОА-мен ауыратын науқастарға өз ауруын басқару бағдарламасы құрастырылды және оның науқастардың өмір сапасына әсері зерттелді. Біздің зерттеуімізде науқастардың өмір сапасының көрсеткіші ретінде ауруханаға жату жиілігі, дәрігердің көмегіне жүгіну жиілігі алынды. ӨСОА ауыратын науқастардың өмір сапасын бағалауға халықаралық EQ-5D (Euro QoL) сауалнамасы (орыс және мемлекеттік тілде, қосымша А) пайдаланылды. Сауалнама ӨСОА бар науқастар арасында жасырын түрде жүргізілді. EQ-5D (Euro QoL) сауалнамасын тандау себебі құралдың қарапайымдылығы мен пайдалануға ыңғайлылығында. Орташа есеппен алғанда көп уақытты алмайды, бір минуттың ішінде толтыруға болады. Сауалнама дәрігерлерінің күнделікті тәжірибесінде қолдануы үшін де ыңғайлы болып табылады. EQ 5D сауалнамасы, Еуропалық өмір сапасын бағалайтын (EuroQoL) топпен 1987 жылы құрастырылған және денсаулыққа байланысты жалпы өмір сапасын бағалауға арналған. Сауалнама өмір сапасын зерттейтін халықаралық

қауымдастықта (ISOQOL- International Society of Quality of Life) [223,р.410]. EQ 5D сауалнамасы популяциялық зертеулерде белгілі бір топтың денсаулық жағдайының өзгерістерін бағалауға ғана емес сонымен қатар бір емнің екінші емнен тиімділігін де бағалауға болады. EQ-5D мәндер жиынтығы [123, р.1187] арқылы жүретіндіктен, бұл сапаны жақсартатын өмір сүру уақытын (QALY) бағалауды жеңілдетеді. Өмір сапасын бағалау зерттеуі аясында EQ-5D қолдану, экономикалық бағалау үшін де пайдаланылады [226]. Авторлық құқықты ұстану мақсатында EuroQoL Research Foundation Фондынан (Роттердам, Нидерланды) өкпенің обструктивті созылмалы ауруларымен ауыратын науқастарға сауалнама жүргізу үшін арнайы рұқсат алынды. Зерттеуіміздің мақсаты мен міндеттеріне сәйкес нәтижесінде ӨСОА ауыратын науқастардың өмір сапасын жақсартатын ауруын басқару бағдарламасын құрастыру үшін де сауалнама жүргізілді.

Осы орайда біздер сауалнама құрастырдық. Сауалнама орыс және мемлекеттік тілде құрастырылды (қосымша В, Г). Сауалнама ӨСОА бар 15 науқасқа тестіленді. Сауалнамадағы барлық мәселелер аудиторияға түсінікті және қолайлы екендігі анықталды. Сауалнаманың мақсаты ӨСОА ағымына ауруды басқару бағдарламасының тиімділік әсерін анықтау болды. Сауалнама 4 бөлімнен тұрады: 1 бөлімі науқас туралы жалпы әлеуметтік мәліметтен, 2 бөлімі денсаулық сақтау саласымен ынтымақтастық деңгейі, 3 бөлім ауруды басқару бағдарламасы туралы науқастардың білім деңгейі, 4 бөлімі қауіп факторлары. Сауалнама жүргізу үшін Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан Мемлекеттік Медицина Университетінің жергілікті этикалық комитетінің келісімі алынды, №11 хаттама 30.11.2015 ж. Сауалнама медициналық мекемеде ДДСҰ халықаралық этикалық (Женева, 1993). талабына сәйкес науқаспен ақпараттық келісім толтырылғаннан кейін бетпе бет алынды.

Зерттеу жұмысының дизайны—көлденең зерттеу (Cross-sectional research).

Көлденең зерттеу Ақтөбе қаласының №1 және №2 қалалық емханаларында зерттеушімен жүргізілді. Сауалнамаға жауап берушілерді іріктеу кездейсоқ қайталанбайтын іріктеу әдісімен жасалды.

Таңдама зерттеудің мақсаты мен міндеттеріне сәйкес және өмір сапасын зерттеу әдістерінің ерекшелігін ескере отырып жасалды (жүйелі таңдама - ӨСОА ауыратын 138 науқас).

Зерттеуге енгізбеу критерилері:

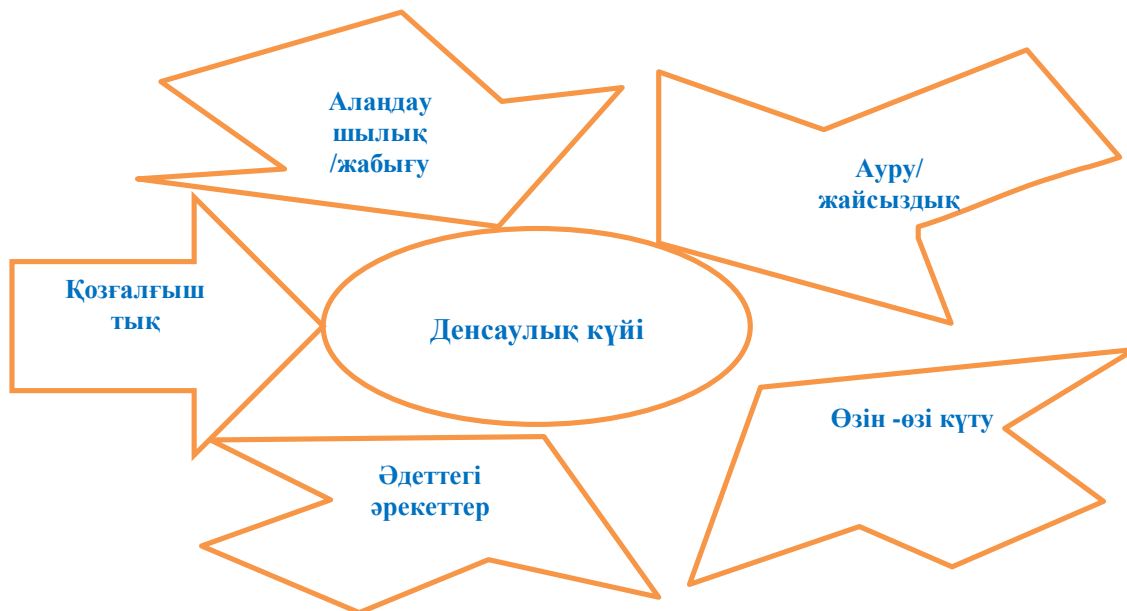
- 1) ақпараттық келісімнің болмауы
- 2) сауалнамалар толтырылмай қайтарылса
- 3) жүкті әйелдер
- 4) 85 жас және одан жоғары жастағы науқастар
- 5) аурудың соңғы сатылары бар науқастар

Сауалнаманы толығымен жүргізіп аяқтағаннан кейін EuroQoL Research Foundation Фондының авторлық жетекшілігі бойынша есептеулер жасалды.

Сауалнама екі бөлімнен тұрады:

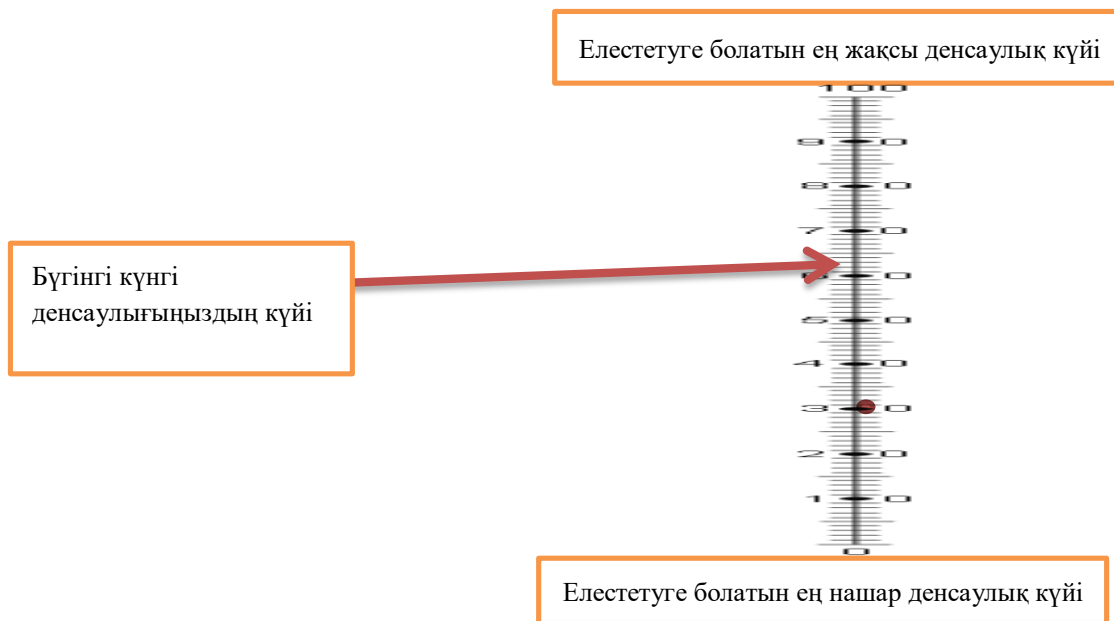
- сауалнаманың бірінші бөлімі денсаулық индексі түрінде берілген және өмір аспектілерімен байланысты 5 компонент кіреді: қозғалғыштық, өзін-өзі күту, әдеттегі әрекеттер, ауыру/жайсыздық және алаңдаушылық/жабығу.

Әр компонент қиындық дәрежесіне байланысты үш деңгейге бөлінген (еш қиындық жоқ –1, аздап қиындық бар – 2, қиындық бар) (сурет4).



Сурет 4- EQ-5D сауалнамасының 5 компоненті

- сауалнаманың екінші бөлігі- VAS шкаласы- “денсаулық термометрі” деп те аталады. Адам денсаулығын 0-ден 100 баллға дейін бағалауға арналған (Қосымша А, Б). Науқас VAS шкаласы бойындағы өз денсаулығына қатысты күйді 0-ден 100 дейінгі ең қолайлы нүктені таңдайды (сурет-5).



Сурет 5 - VAS шкаласы



### 2.3 Статистикалық өңдеу

Нәтижелердің статистикалық өңдеуі MS Excel 2007 статистикалық пакетінің көмегімен мәліметтер негізі құрастырылды және R 3.5.2 статистикалық бағдарламасының көмегімен өңделді. R-статистикалық деректерді өңдеуге және графикамен жұмыс жасауға арналған бағдарламалау тілі, сонымен бірге ол еркін бағдарламалық қамтамасыз ету ортасы.

Келтірілген талдауда салыстырмалы және орташа статистикалық мәндер қолданылды. Сапалы көрсеткіштерді талдау үшін  $\chi^2$  Мак-Немар критеріі қолданылды.

Мак-Немар критеріі–Стьюдент параметрлік критеріінің және Вилкоксон параметрлік емес критеріінің аналогы болып табылады және бір-бірімен байланысты таңдамалар көрсеткіштерін талдау үшін қолданылады.

Ал сандық көрсеткіштер үшін t Студент критеріі қолданылды, бұл критерий екі таңдама арасындағы айырмашылықты талдау үшін пайдаланылады. Статистикалық мәліметтер маңызды болып  $p < 0,05$  жағдайда саналды. Алынған мәліметтер негізінде ӨСОА бар науқастардың өмір сапасын жақсартуға бағытталған ғылыми негізделген ұсыныстар әзірлеу бойынша мәліметтер талданды.

Осылайша, жоғарыда көрсетілген зерттеудің материалдары мен әдістері зерттеу жүргізу қағидаларына сәйкес жалпы жиынтықтан таңдау үлесімен жас, жыныстық белгілері, тұрғылықты жері және нозологиясы бойынша сай болатын таңдама көлемі негізінде шынайы және нақты ғылыми мәліметтер алуға мүмкіндік берді.

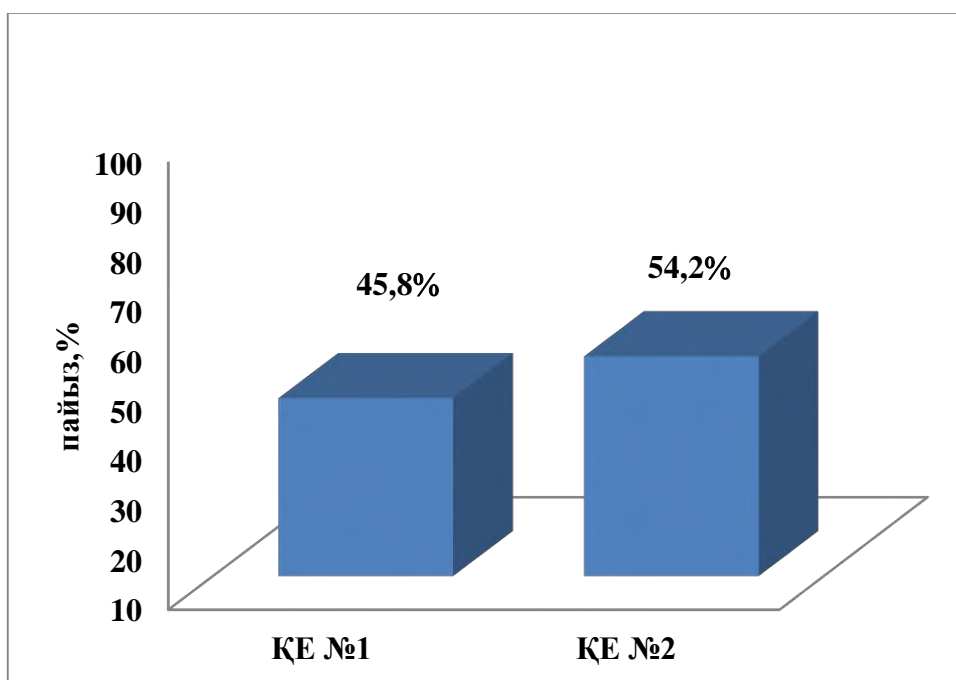
Өзін-өзі басқару науқастарға бағдарланған заманауи медициналық көмектің ажырамас бөлігі болып табылады. Өзін-өзі басқару өмір сапасын және аурудың нәтижесін жақсартады [178, с.1051,227, 228].

ӨСОА науқастарда көптеген физикалық және психологиялық өзгерістер, әлеуметтік-экономикалық кемшіліктер, өмір сүру сапасына әсер ететін мәселелермен байланысты және де аталған көрсеткіштер деңгейін айтарлықтай төмендетеді. Соңғы жылдары денсаулыққа байланысты өмір сапасын бағалауға қызығушылық байқалуда. Бұның себебі зерттеушілердің сараптау талабы мен стратегиялық шешім қабылдау үшін ақпаратқа мұқтаждығына байланысты.

Өмір сапасына арналған басылымдардың санының өсуі өмір сапасына деген аса көңіл бөлу бағытының жылдан жылға артуын көрсетеді. Өмір сапасын зерттеу шеңбері бүкіл әлемде және сонымен қатар Қазақстанда жаңа және қарқынды дамып келе жатырған ғылым саласы болып табылады. Оның ішінде созылмалы аурулары бар науқастардың өмір сапасын бағалауға көп көңіл бөлінеді. Созылмалы аурулар жиі өршуімен адамның өмір сапасының барлық көрсеткіштеріне шектеу жасайды және өз ауруын басқару науқастарға созылмалы аурулардың салдарын азайтуға мүмкіндік береді [82, с.102, 83,с.215, 84,с.102].

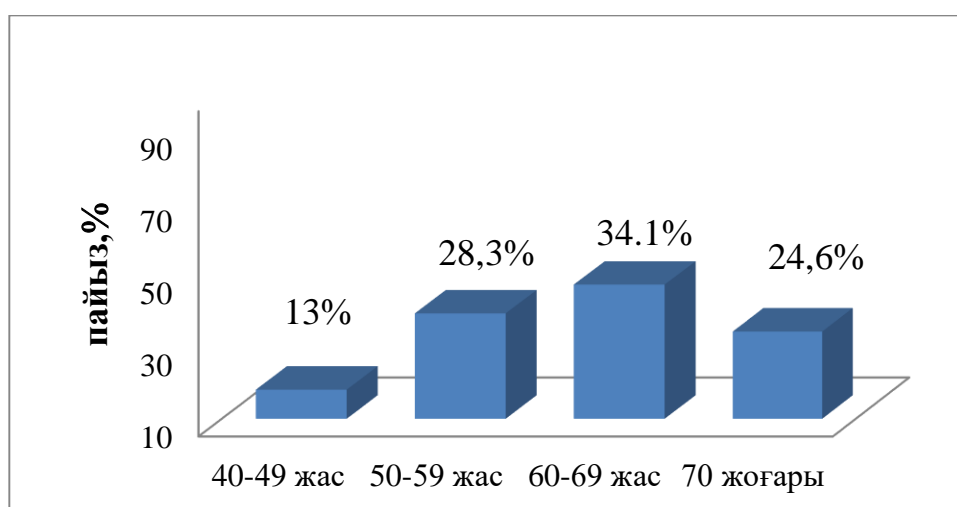
## 2.4 Материалдың сипаттамасы

Сауалнамаға ӨСОА бар 138 ерлер мен әйелдер қатысты. №1 қалалық емханадан (45,8%, n=63) және №2 қалалық емханадан (54,2%, n=75) (сурет).



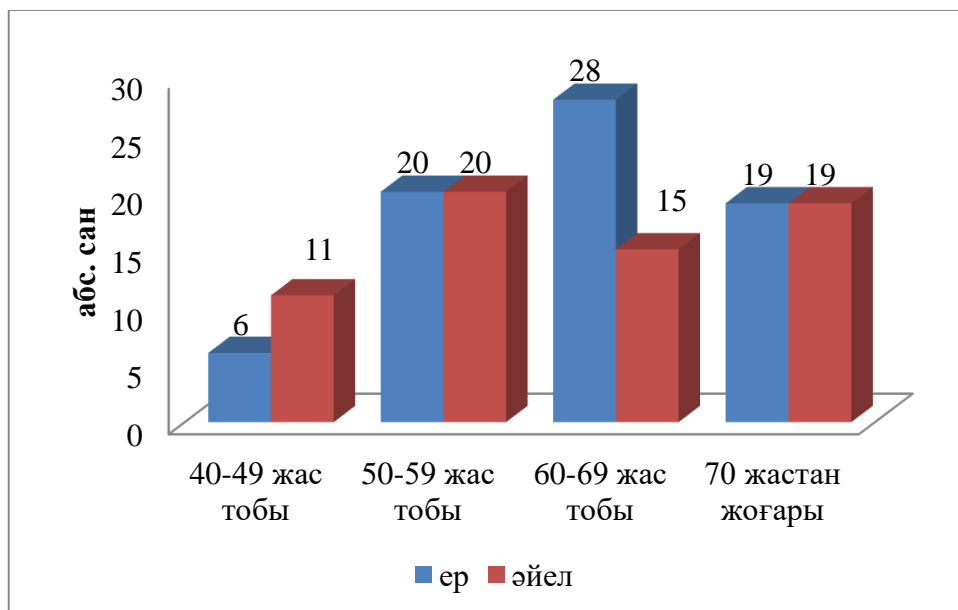
Сурет 6 - Зерттеуге қатысқан науқастардың емханалар бойынша пайыздық үлесі, %

Зерттеуге қатысқан науқастардың көп бөлігін 50-59 жас тобы (28,3%; n = 40) және 60-69 жас тобы (34,1%; n = 43), 40-49 жас тобы (13%; n = 17) және 70 жастан жоғары жас тобы (24,6%; n = 38) құрайды (сурет 6,7).



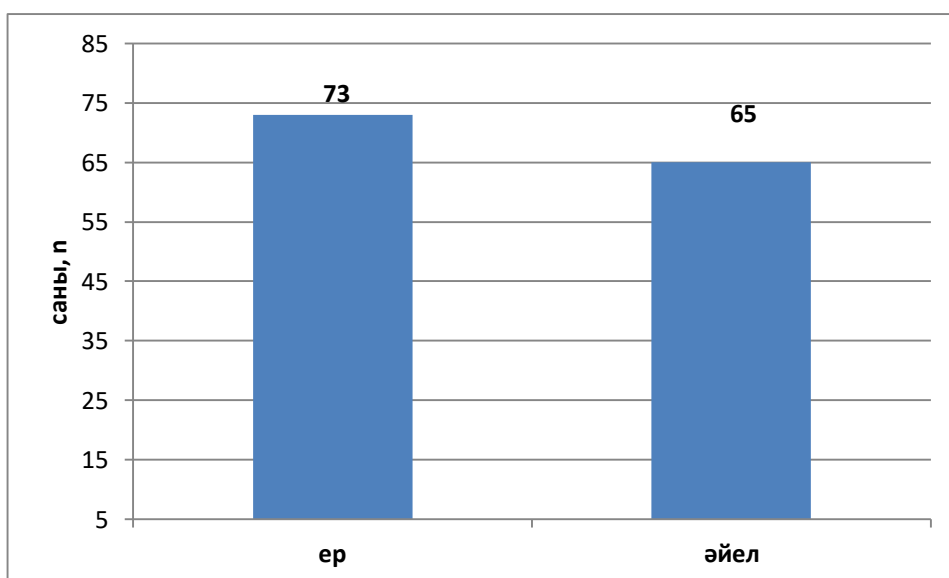
Сурет 7- Зерттеуге қатысқан науқастардың жас тобы бойынша пайыздық үлесі, %

Сонымен ӨСОА бар науқастардың айтарлықтай бөлігі өмірдің белсенді кезеңіндегі және еңбекке жарамды жастағылар бұл олардағы ӨСОА ауыртпалығын зерттеудің өзектілігін көрсетеді(сурет 8).



Сурет 8 - Зерттеуге қатысқан науқастарды жыныс құрылымына және жас тобына бөлу, абсолютті сан

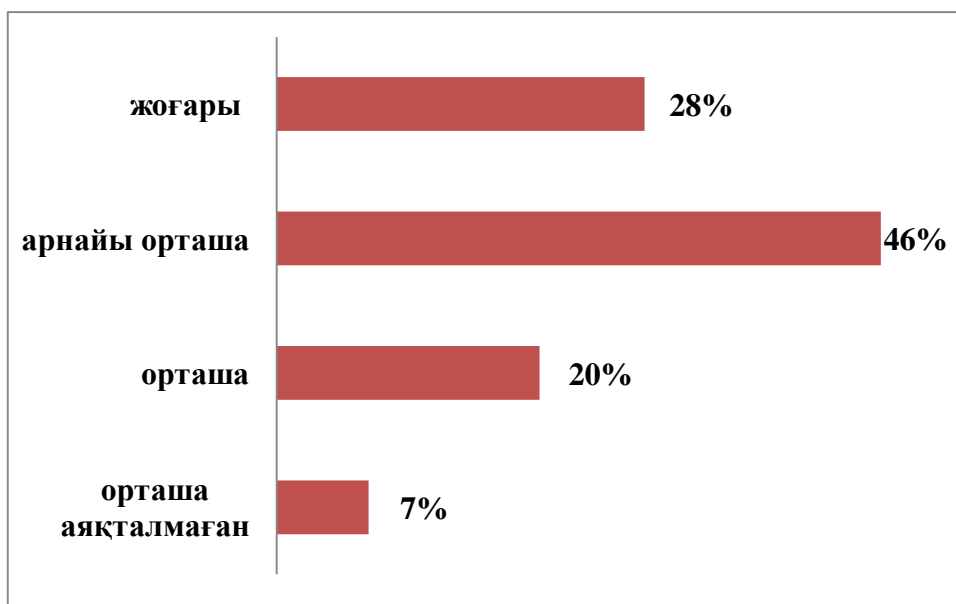
Зерттеуге қатысқан науқастарды жынысы бойынша қарастырғанда ер адамдар саны басым (53%;  $n = 73$ ), жас топтары бойынша да көрсетілген (сурет 9).



Сурет 9 - Зерттелушілердің жынысы бойынша бөлу, %

Зерттеуге қатысқан науқастардың білім деңгейлеріне қарай орташа аяқталмаған -7%, орташа- 20%, арнайы орташа- 46%, жоғарғы білімі бар-28%

құрады және өндірісте еңбек ететіндері- 20%, жұмыс істемейтіндері- 56% (зейнеткерлерді қосқанда), жұмыс істейтіндері- 24% (сурет 10).



Сурет 10 - Зерттелушілерді білімі бойынша бөлу, %

### **3 АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫ БОЙЫНША ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЛАРЫНЫҢ АУРУШАҢДЫҚ ДИНАМИКАСЫ ЖӘНЕ АУЫРТПАЛЫҒЫ**

#### **3.1. Ақтөбе облысы бойынша өкпенің созылмалы обструктивті ауруларының аурушаңдығына сипаттама**

Тұрғындар денсаулығының негізгі көрсеткіштерінің бірі- ол аурушаңдық. Тұрғындардың медициналық мекемеге алдын алу шаралары немесе ем- дом алуға келуінен аурушаңдық туралы ақпарат жинаудың бір көзі болып табылады.

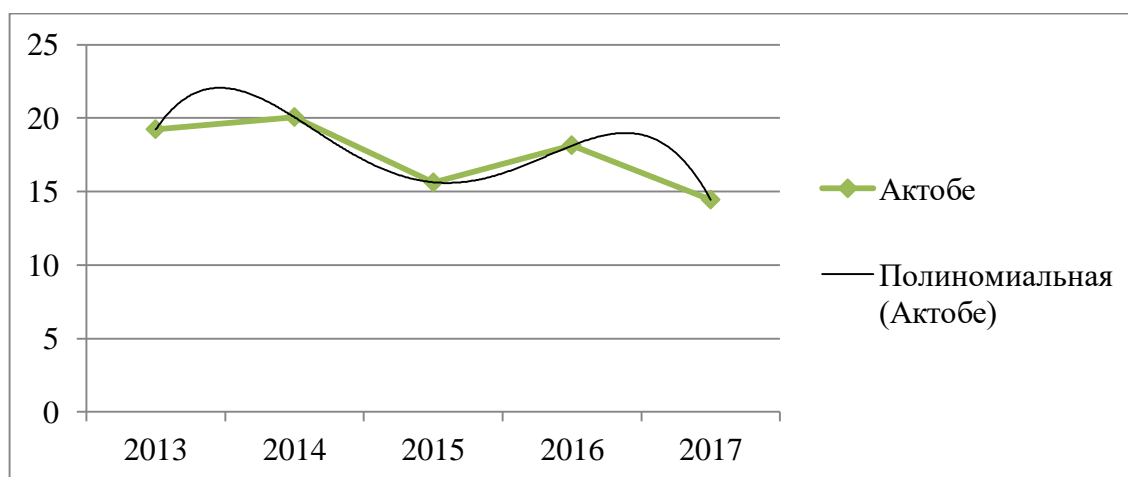
Зерттеу барысында Ақтөбе облысы бойынша өкпенің обструктивті созылмалы ауруларының ресми статистикалық мәліметтерінен аурушаңдығы туралы ақпарат жиналды және зерттелді. Зерттеу жүргізу үшін біз 2013-2017 жылдардағы №12 жылдық есеп нысанының мәліметтерін қолдандық. Ол есептік формаларда тұрғындардың (ер және әйел адамдардың) аурушаңдығы туралы мәліметтер берілген. Аурушаңдық көрсеткіштері сәйкес жастағы тұрғындардың жалпы санына байланысты есептелді.

Ақтөбе облысында статистикалық мәлімет бойынша 2013 жылы қалада- 572300, аудандарда - 223517; 2014 жылы қалада – 578330, аудандарда -230602; 2015 жылы қалада - 582165, аудандарда- 240357; 2016 жылы қалада - 584657, аудандарда -250161; 2017 жылы қалада – 595000, аудандарда – 259520 ересек тұрғын тіркелген [130,р.451].

Кесте 5 – Ақтөбе облысы бойынша науқастар аурушандығы (100000 тұрғынға )

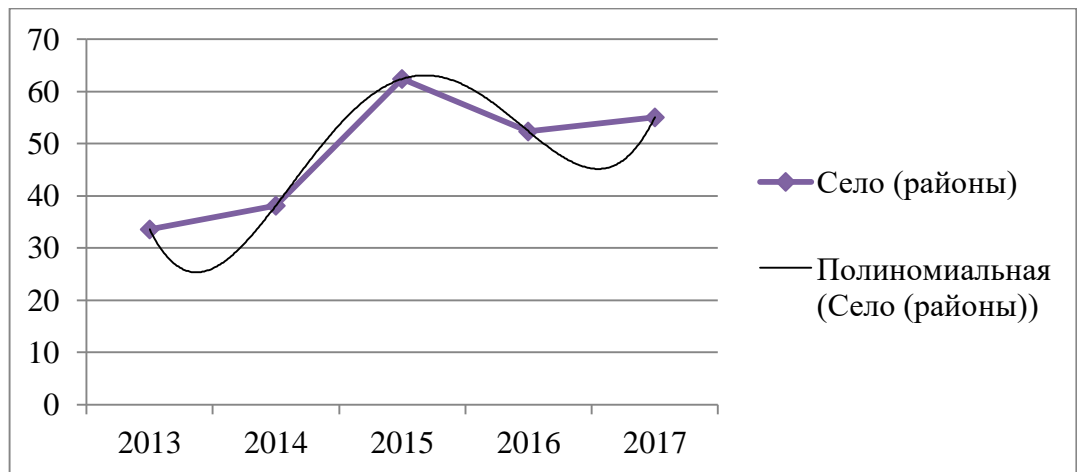
Жылдар	қала		аудандар	
	тіркелген жағдай, абс.	аурушандық	тіркелген жағдай, абс.	аурушандық
2013	110	19,22	75	33,55
2014	116	20,05	88	38,16
2015	91	15,63	150	62,40
2016	106	18,13	131	52,36
2017	86	14,45	143	55,10

Ақтөбе қаласы бойынша ӨСОА болған аурушандығы зерттелген 2013 жылы -110 жағдай, 2014 жылы – 116 жағдай, 2015 жылы-91 жағдай, 2016 жылы- 106 жағдай, 2017 жылы- 86 жағдай тіркелген (кесте 5, сурет11).



Сурет 11- Ақтөбе қаласы бойынша ӨСОА аурушандық тренді

Ал аудандар бойынша 2013 жылы- 75 жағдай, 2014 жылы- 88 жағдай, 2015 жылы- 150 жағдай, 2016 жылы-131 жағдай, 2017 жылы- 143 жағдай тіркелген. Қаламен салыстырғанда аудандарда зерттелген жылдары аурушандықтың өсімі байқалды (сурет12).

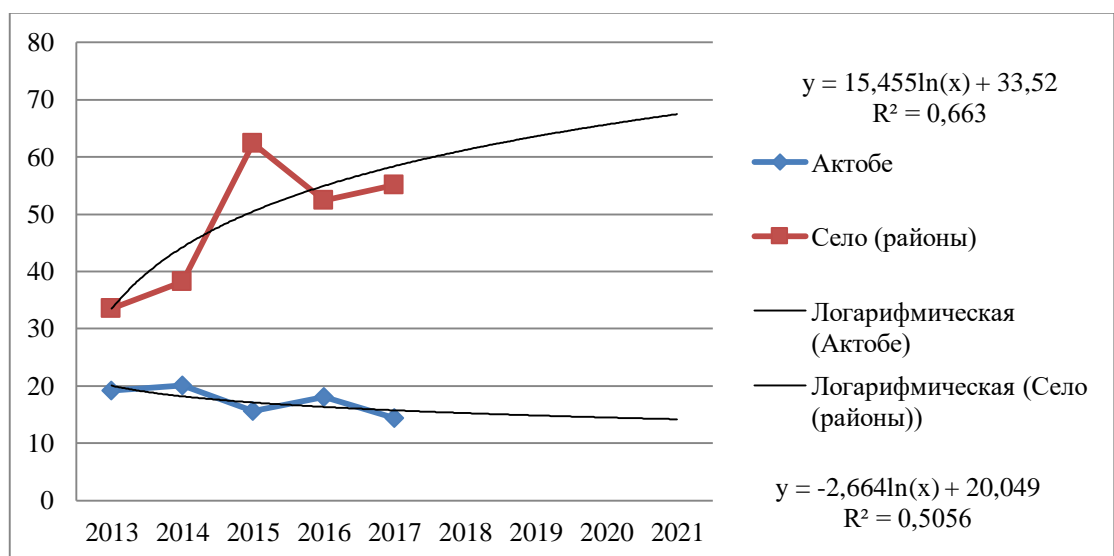


Сурет 12 - Аудандар бойынша ӨСОА аурушаңдық тренді

ӨСОА ересек адамдар тобындағы алғаш рет тіркелген жағдайлар 100 000 тұрғынға шаққандағы көрсеткіші көрсетілген.

2013-2017 жылдар зерттеу аралығында аудан тұрғындарының арасында өкпенің обструктивті созылмалы ауруларының алғаш тіркелген жағдайларының көрсеткіші қала тұрғындарымен салыстырғанда басым екені айқындалды.

Ақтөбе облысы бойынша ӨСОА жалпы көрсеткішінің артуы аурудың алғаш тіркелген жағдайларының аудан тұрғындарының арасында өсуімен байланысты. Ақтөбе облысы бойынша 2013-2017 зерттеу жылдары аралығында ӨСОА аурушаңдық трендінің Ақтөбе қаласы бойынша төмендегенін (-7%), ал аудандар бойынша (13%) өскені анықталды (сурет 13). Аудандар бойынша аурушаңдық трендінің өсуін ӨСОА кең таралуымен, аурудың кеш диагностикаланануы мен науқастардың уақытылы медициналық көмекке жүгінбеуімен түсіндіруге болады (сурет 13).



Сурет 13- Ақтөбе облысы бойынша ӨСОА 2013-2017 жылдар аралығындағы 100000 ересек тұрғынға шаққандағы аурушаңдық тренді

Сонымен, ӨСОА өте жай дамитын аурулардың қатарында болғандықтан 40-50 жастан асқан адамдарда ғана клиникалық көрінісін береді. Науқастар медициналық мекемеге тек ӨСОА өршуі кезінде ғана жүгінетіні осыған дейін де жүргізілген зерттеулерден білуге болады.

Біздің зерттеуіміздің нәтижесінде 2013-2017 жылдар аралығындағы тұрғындардың медициналық мекемеге алдын алу шаралары немесе ем- дом алуға келуінен ӨСОА аурушандығы туралы жиналған ақпараттардың нәтижесінде осындай көрсеткіштерге қол жеткіздік.

Осылайша, ӨСОА аурушандығын анықтау тұрғындардың денсаулығы мен медициналық көмек тиімділігін бағалайтын және емдік, алдын- алу шаралары жоспарларының негізін қалайтын маңызды көрсеткіш болып табылады.

### **3.2 Ақтөбе облысы бойынша өкпенің созылмалы обструктивті ауруының ауыртпалығы**

Ақтөбе облысындағы ӨСОА ауыртпалығын 2013-2017 жылдар аралығындағы зерттеу нәтижесінде ӨСОА себебінен уақытынан бұрын болған өлім-жітімге байланысты жоғалған жылдар көрсеткішінің аудандар тұрғындарында қала тұрғындарымен салыстырғанда жоғары екенін анықтадық (5 кесте). Мысалы, бұл көрсеткіш 2013 жылы 1000 тұрғынға шаққанда қала тұрғындарында  $YLL=2,115$  сәйкес болса, ал аудандар тұрғындарында  $YLL=5,841$  жылды құрайды, 2014 жылы қала тұрғындарында  $YLL=3,067$  болса, аудандарда  $YLL=5,419$  жылға сәйкес, 2015 жылы қала тұрғындарында  $YLL=3,121$  жыл болса, аудандар тұрғындарында  $YLL=8,464$ , ал 2016 жылы қала тұрғындарының жоғалған жылдары  $YLL=2,017$  жыл болса, ал аудан тұрғындарының жоғалған жылдары  $YLL=6,427$  болды және зерттеудің 2017 жылы бұл көрсеткіш  $YLL=2,174$  қала тұрғындарында анықталса, аудандар тұрғындары  $YLL=5,596$  жыл жоғалтқаны анықталды.

Зерттеу қорытындысы бойынша 2013 жылы ӨСОА себебінен уақытынан бұрын болған өлім-жітімге байланысты жоғалған жылдар 45-49 жас тобында  $YLL=0,0847$  анықталса, осы жас тобында қала тұрғындары арасында ӨСОА өлім- жітім болмаған. Аудан тұрғындарында 60-64 ( $YLL=0,8486$ ;  $0,4526$ ), 65-69 ( $YLL=1,2369$ ;  $0,3806$ ), 70-74 ( $YLL=1,1065$ ;  $0,3882$ ) және 75-79 ( $YLL=1,1447$ ;  $0,3052$ ) жас топтарында қала тұрғындарында қарағанда ӨСОА болған өлім- жітімнің жоғары екені анықталды байқалды. Зерттеудің 2014 жылы ӨСОА себебінен уақытынан бұрын болған өлім-жітімге байланысты жоғалған жылдар аудандар мен қала тұрғындарының арасында 45-49 жас тобында және қала тұрғындарында 55-59 жас тобында болмаған. 60-64 жас тобында қала мен аудандар тұрғындары арасында ӨСОА болған өлімнің себебінен жоғалған жылдар бірдей болған  $YLL=0,8769$ ;  $0,8203$ ), аудан тұрғындарында 65-69 жас тобында басқа жас топтарымен салыстырғанда ӨСОА болған өлімнің себебінен жоғалған жылдар көрсеткіші жоғары болған ( $1,332$ ). ӨСОА болған өлімнің себебінен жоғалған жылдар қалған жас топтарында да аудандарда жоғары болды. 2015 жылы алдыңғы зерттеу жылдарына қарағанда қала тұрғындарында

да аудандар тұрғындарында өлім - жітімге байланысты жоғалған жылдар жоғары екені анықталады, әсіресе 60-64 (1,1881; 0,6506), 65-69 (1,5223;0,8325), 70-74 (1,6888; 0,5047) және 75-79 (1,4041; 0,4273) жас топтарында.

2016 жылы зерттеу барысында қала тұрғындарының арасында ӨСОА болған өлім себебінен жоғалған жылдар 45-49 және 50-54 жас топтарында болмаған, бірақ аудандар тұрғындарында 55-59 (YLL=1,1513) және 75-79 (YLL =1,2057) жас топтарында басқа жас топтарымен салыстырғанда ӨСОА себебінен уақытынан бұрын болған өлім-жітімге байланысты жоғалған жылдар ең жоғары көрсеткішін байқадық.

Зерттеудің нәтижесі 2017 жылы қала тұрғындарының арасында ӨСОА болған өлім себебінен жоғалған жылдар 45-49 және 50-54 жас топтарында болмаған. Дегенмен аудандар тұрғындарында ӨСОА себебінен уақытынан бұрын болған өлім – жітімге байланысты жоғалған жылдар 55-59 (YLL=1,0855), 60-64 (YLL=1,1881), 65-69 (YLL=1,2607), 70-74 (YLL=1,2423) және 75-79 (YLL=1,2057) жас топтарында қаламен салыстырғанда әлдеқайда жоғары екені анықталды (кесте 6).

Кесте 6- Ақтөбе облысы бойынша өкпенің созылмалы обструктивті ауруының YLL көрсеткіші (1000 тұрғынға шаққанда)

Жас тобы	2013 жыл		2014 жыл		2015 жыл		2016 жыл		2017 жыл	
	аудандар	қала	аудандар	қала	аудандар	қала	аудандар	қала	аудандар	қала
45-49	0,084	0	0	0	0,1271	0,0424	0,1694	0	0,2118	0
50-54	0,150	0,1879	0,451	0,037	0,451	0,1127	0,2631	0	0,6013	0
55-59	0,625	0,1974	0,4276	0	0,6579	0,1974	1,1513	0,098	1,0855	0,0329
60-64	0,848	0,4526	0,8769	0,820	1,1881	0,6506	1,0466	0,480	1,1881	0,0254
65-69	1,123	0,3806	1,332	0,880	1,5223	0,8325	0,9039	0,618	1,2607	0,4757
70-74	1,106	0,3882	1,0094	0,562	1,6888	0,5047	1,0094	0,330	1,2423	0,4076
75-79	1,144	0,3052	0,8699	0,381	1,4041	0,4273	1,2057	0,255	1,2057	0,5342
80-84	0,389	0,1947	0,2634	0,343	0,916	0,2176	0,4809	0,171	0,5382	0,2519
85+	0,188	0,0082	0,1886	0,041	0,5084	0,041	0,1968	0,057	0,2624	0,123
Барлығы	5, 84	2, 115	5, 419	3, 06	8, 464	3, 121	6, 427	2,017	7,596	2, 174
	7,956		8,486		11,585		8,444		9,770	

Осылайша біздің зерттеуіміздің нәтижесі ӨСОА себебінен уақытынан бұрын болған өлім-жітімге байланысты жоғалған жылдардың көрсеткіші– YLL, қала тұрғындарымен салыстырғанда аудандар тұрғындарының арасында басым екенін анықталды. ӨСОА себебінен уақытынан бұрын болған өлім-жітімге байланысты жоғалған жылдардың жоғары көрсеткіші аудандар тұрғындары арасындағы ӨСОА таралуының жоғары болуы мен науқастардың ӨСОА асқынулары емі және олардың алдын-алу туралы ақпараттан хабарының аз болуымен түсіндіруге болады.

DALY-дың екінші көрсеткіш YLD (ауруға байланысты жоғалған өмір жылдары) болып табылады.



7-кестеде Ақтөбе облысы бойынша ӨСОА ауыратын науқастардың еңбекке жарамсыздығына байланысты жойылған жылдары зерттелген кезең аралығы мен жас топтарына байланысты нәтижелер келтірілген.

Ақтөбе облысы тұрғындарының ӨСОА себебінен еңбекке жарамсыздығына байланысты жоғалған жылдарының жылдан жылға артқаны анықталды, 2013 жылы (54,975 жыл), 2014 жылы (54,4114 жыл), 2015 жылы (69,979 жыл), 2016 жылы (76,7872 жыл), 2017 жылы (139,15212 жыл).

2013 жылы зерттеу нәтижесінде ӨСОА салдарынан еңбекке жарамсыздығына байланысты жоғалаған жылдар жас топтары бойынша қала мен аудандар тұрғындарын салыстырғанда қала тұрғындарының 50-54 (YLD=4,0894), 55-59 (YLD=3,4776) және 55-59 жас тобында (YLD=5,0078) аудан тұрғындарында жас топтарында басым екендігі анықталды. Бұл көрсеткіштің жоғары болуын еңбекке жарамды жастағы адамдардың ӨСОА денсаулық күйіне тигізетін ауыртпалығымен түсіндіруге болады.

65-69 жас топтары арасында ауданмен салыстырғанда (YLD=5824) қала тұрғындарында (YLD=6,006) басымдығы байқалады, ал аудан тұрғындарының 70-74 (YLD=5,159) және 75-79 (YLD=6,8096) жас топтарында басым екендігі көрінеді.

2014 жылы ӨСОА ауыратын науқастардың еңбекке жарамсыздығына байланысты жоғалған жылдары қала тұрғындарында 50-54 жас тобында (YLD = 2998,8) ауданмен салыстырғанда басым (YLD=1,666) болса, ал аудан тұрғындарында 55-59 (YLD=5,796), 60-64(YLD=5196,8) және 65-69 (YLD= 6,5698) жас топтарында басым екені анықталды және ең көп жоғалған жылдарды құрайды, қала тұрғындарының ең көп жоғалған жылдары 55-59 (YLD=5796), 65-69 (YLD=6,5698) және 70-74 (YLD=6,468) жас топтарында айқын байқалады.

2015 жылы ӨСОА бойынша еңбекке жарамсыздығына байланысты жоғалған жылдар қала тұрғындарында 55-59 (YLD=5,1324) және 65-69 (YLD=3,780) жас топтарында болса, аудандар тұрғындарының жоғалған жылдары 55-59 (YLD=10,9074), 60-64 (YLD=8,4988), 65-69 (YLD=8,3916) және 70-74 (YLD= 10,374) жас топтарында айқын байқалады .

2016 жылы ӨСОА бойынша еңбекке жарамсыздығына байланысты жоғалған жылдар қала тұрғындарында 55-59 (YLD=5749,8) және 60-64 (YLD=5381) жас топтарында кездесе, аудандар тұрғындарының жоғалған жылдары 55-59 (YLD =10368,4) және 70-74 (YLD=9811,2) жас топтарында ең көп жоғалған жылдары айқын байқалды. 2017 жылы ӨСОА бойынша еңбекке жарамсыздығына байланысты жоғалған жылдар қала тұрғындарында 75-79 (YLD=14,0154) жас топтарын құраса, аудандар тұрғындарының жоғалған жылдары 60-64 (YLD= 16,485) және 75-79 (YLD=17,325) жас топтарында ерекше айқын байқалады. ӨСОА себебінен еңбекке жарамсыздығына байланысты жоғалған жылдарының жылдан жылға артуын ӨСОА ұзақ уақыттар бойы дамып, жиі өршумен науқастардың медициналық көмекке жүгінуімен түсіндіруге болады.

Кесте 7- Ақтөбе облысы бойынша ӨСОА ауыратын науқастардың YLD көрсеткіші, 1000 тұрғынға шаққанда

Жас тобы	2013 жыл		2014 жыл		2015 жыл		2016 жыл		2017 жыл	
	қала	аудан	қала	аудан	қала	аудан	қала	аудан	қала	аудан
45-49	1,197	0,2016	0,7056	1,0164	1,995	0,1848	0,466	0,4872	0,266	0,0924
50-54	4,0894	2,1168	2,9988	1,666	3,5742	5,0232	2,094	6,0088	3,9592	1,281
55-59	3,4776	5,0078	2,6866	5,796	5,1324	10,9074	5,749	10,3684	8,6072	6,8068
60-64	3,7044	3,864	4,4968	5,1968	2,4304	8,9488	5,381	7,5264	8,0276	16,485
65-69	6,006	5,824	6,272	6,5698	3,780	8,3916	4,176	8,680	8,127	13,860
70-74	4,7096	5,159	3,8304	6,468	1,3328	10,374	4,897	9,8112	8,6884	15,103
75-79	2,8084	6,8096	2,2554	2,2568	0,5264	7,378	2,308	6,426	14,0154	17,325
80-84	0	0	0	0,196	0	0	0,595	1,323	0	16,500
85+	0	0	0	0	0	0	0	0,4872	0	0,00812
Барлығы	25,992	28,9828	23,2456	29,1658	18,7712	51,2078	25,669	51,1182	51,6908	87,46132
	54,975		54,411,4		69,979		76,7872		139,15212	

7 - кестеде жас топтарына және зерттелген кезең бойынша DALY көрсеткіші сипатталады. Зерттеудің нәтижесінде өкпенің обструктивті созылмалы ауруының ауыртпалығы аудандар тұрғындарында қала тұрғындарымен салыстырғанда жоғары екені айқындалды, әсіресе 55-59, 65-69, 70-74 және 75-79 жас топтарының арасында (11,57; 16,36; 18,57; 17,71) көрсеткіштің басым екені анықталды

ӨСОА аурушандығының артуымен ӨСОА ауыртпалығы да артуда. 2013 жылы зерттеу нәтижесі науқастардағы ӨСОА ауыртпалығы қала тұрғындарымен салыстырғанда, әсіресе 55-59 (DALY=3,68; 5,63) 65-69 (DALY =6,39; 7,06) және 70-74 (DALY=5,10; 6,27), 75-79 (DALY=4,16;4,71), 75-79 (DALY=3,16;7,95) жас топтары арасындағы науқастарда аудандар тұрғындарында жоғары екені байқалды.

2014 жылы ӨСОА ауыртпалығы 65-69 жас тобында аудан тұрғындарында (DALY=7,15) қала тұрғындарымен (DALY=7,93) салыстырғанда өте жоғары сандарды көрсетсе, 70-79 жас топтарында тобында ауданда (DALY=2,64) және қалада (DALY=3,13) азайғаны байқалады .

2015 жылғы ӨСОА ауыртпалығына келетін болсақ аудан тұрғындарында да қала тұрғындарында да салыстырмалы түрде 50-54 жас тобынан (DALY= 5,47) бастап 70-74 жас тобына (DALY=12,06) дейін ауыртпалықтың үнемі жоғарылағаны байқалады және әрі жас топтарына қарай 75-79 (DALY=8,78) және 80-84 (DALY =1,51) бәсеңдегені көрінеді.

2016 жылдағы ӨСОА ауыртпалығының (DALY) жоғарылауы аудан тұрғындарында 55-59 жас (DALY=11,52), 70-74 жас (DALY=10,82) тобында байқалады.

2017 жылы аудан тұрғындарында ӨСОА ауыртпалығы қала тұрғындарындағы ӨСОА ауыртпалығымен салыстырғанда ауыртпалықтың

тұрақтылығы байқалады, әсіресе 55-59 (DALY=15,05), 60-64 (DALY=16,36), 65-69 (DALY=18,57), 70-74 (DALY=17,71) жас топтарында (кесте 8).

Қала тұрғындары мен аудан тұрғындарының жас топтарындағы ӨСОА болған ауыртпалықты барлық зерттеу кезеңі (2013-2017жж.) бойынша салыстырғанда аудандар тұрғындарындағы ауыртпалықтың басым екендігін байқадық .

Кесте 8 - ӨСОА жас топтары және зерттелген 2013-2017 жылдар бойынша қала мен аудандар тұрғындарындағы DALY көрсеткіші (1000 тұрғынға шаққанда)

Жас тобы	2013 жыл		2014 жыл		2015 жыл		2016 жыл		2017 жыл	
	қала	аудан	қала	аудан	қала	аудан	қала	аудан	қала	аудан
45-49	1,20	0,29	0,75	1,02	2,04	0,31	0,47	0,66	3,96	1,49
50-54	4,28	2,54	3,04	2,12	3,69	5,47	2,09	6,27	8,61	7,41
55-59	3,68	5,63	2,69	6,22	5,33	11,57	5,85	11,52	8,06	17,57
60-64	4,16	4,71	5,32	6,07	3,08	10,14	5,86	8,57	8,38	15,05
65-69	6,39	7,06	7,15	7,93	4,61	9,91	4,79	9,58	9,16	16,36
70-74	5,10	6,27	4,39	7,48	1,84	12,06	5,23	10,82	14,42	18,57
75-79	3,11	7,95	2,64	3,13	0,69	8,78	2,57	7,63	11,37	17,71
80-84	0,19	0,39	0,34	0,46	0,22	1,51	0,14	1,59	0,64	2,16
барлығы	28,11	34,84	26,32	34,43	21,50	59,75	27,00	56,64	64,6	96,32
	62,95		60,75		81,25		83,64		160,92	

Жоғарыда көрсетілген кестеде жыныстық құрылым бойынша аудан тұрғындарының арасында ӨСОА ауыртпалығының ең жоғарғы көрсеткіші 2013 жылмен салыстырғанда 2017 жылы 50-55 (DALY=9,05); 65-69 (DALY=8,81) 70-74 (DALY=10,02) жас топтарында басым екені анықталды.

2013 жылғы жыныстық құрылым бойынша аудандар тұрғындарының ӨСОА болған ауыртпалықты салыстырғанда әйел адамдардағы 65-69 (DALY= ,344), 70-74 (DALY=3,32) және 75-79 жас топтарындағы (DALY=3,86), ал ер адамдарда да 65-69 (DALY=3,62), 70-74 (DALY=2,95) және 75-79 жас топтарында (DALY= 4,09) ауыртпалықтың басым екенін байқадық.

2014 жылғы зерттеу кезеңінде аудандар бойынша ӨСОА бар науқастардың ауру ауыртпалығын жыныстық құрылымы бойынша салыстырмалы талдауында әйелдер арасында 65-69 жас топтарында (DALY= 4,01 ) байқалса, ер адамдарда 55-59 (DALY=3,21), 60-64 (DALY=3,36), 65-69 (DALY=3,92) және 70-74 (DALY=4,07) жас топтарында ауыртпалықтың тұрақты түрде артқаны анықталды, ал әрі қарайғы жас топтарында ауру ауыртпалығының төмендегені байқалады .

2015 жылғы зерттеу кезеңіндегі ӨСОА бар науқастардағы ауру ауыртпалығы әйел адамдардың 55-59 (DALY=5,57) және 70-74 (DALY=5,30) жас топтарында көрсетсе, ер адамдардың осы жас топтарында 55-59 (DALY= 6,00), 70-74 (DALY= 6,76) ауыртпалықтың басым көрсеткіштері анықталды.

Зерттеудің нәтижелері 2016 жылғы аудан бойынша ӨСОА бар науқастардағы ауру ауыртпалығы 2015 жылғы ӨСОА ауру ауыртпалығымен салыстырғанда ер адамдардың 55-59 (DALY=5,74), 70-74 (DALY=5,91) және

әйел адамдардың 55-59 (DALY=5,78), 70-74 (DALY=4,91) жас топтарында ауыртпалықтың төмендегені анықталды .

2017 жылы аудан бойынша ӨСОА ауруы бар науқастардағы ауру ауыртпалығы ер адамдар арасында 60-64 (DALY=1,66), 65-69 (DALY=1,52) және 70-74 (DALY=1,68) жас топтарында әйел адамдармен салыстырғанда өткір басымдылығы анықталды.

2013 жылғы зерттеу кезеңінде қала тұрғындарында жыныстық құрылым бойынша ер және әйел адамдардың арасында ауру ауыртпалығының басымдылығы мен төмендеуі айырмашылығы көп емес, ауыртпалықтың ең жоғары көрсеткіші 65-69 жас топтарында (DALY= 3,27; 3,12) байқадық. ӨСОА ауыртпалығы 55-59; 60-64 жас тобында ер адамдарда (DALY=1,95; 2,18) көрсетсе, әйел адамдардағы көрсеткіш (DALY=1,73; 1,98) төмен болмағанын анықтадық.

2014 жылғы зерттеудің нәтижесінде қала бойынша ӨСОА ауыртпалығы ер адамдарда мен әйел адамдарда 65-69 жас топтарында (DALY= 3,65; 3,50) жас топтарында жоғарылағаны байқалды.

2015 жылғы зерттеудің нәтижесінде қала бойынша ӨСОА ауыртпалығы ер адамдарда 55-59 және 65-69 жас топтарында (DALY=2,65; 2,40) әйел адамдармен салыстырғанда (DALY=2,68; 2,21) ауыртпалықтың бірдей екені байқалады. 2016 жылғы зерттеудің нәтижесінде қала бойынша ӨСОА ауыртпалығы ер адамдардың 55-59 (DALY=3,05), 60-64 (DALY=2,94) және әйел адамдардың 55-59 (DALY=2,80) және 60-64 (DALY=2,92) жас топтарында жоғарылағаны байқалады, қалған жас топтарында азайғаны байқалды .

2017 жылғы зерттеудің нәтижесінде қала бойынша ӨСОА ауыртпалығы ер адамдар мен әйел адамдар арасындағы ауру ауыртпалығының бірдей және тұрақты екені байқалады. Әсіресе 65-69 жас топтарында (DALY= 4,22; 4,20) әрі қарайғы жас топтарында 70-74 (DALY=0,40;0,17), 80-84 (DALY=0,30; 0,34) азайғаны байқалды.

Кесте 9–ӨСОА аудандар мен қала тұрғындарының зерттеу кезеңіндегі жыныстық құрылым бойынша DALY көрсеткіштері

Жас тобы	2013 жыл				2014 жыл				2015 жыл				2016 жыл				2017 жыл			
	қала		аудандар		қала		аудандар		қала		аудандар		қала		аудандар		қала		аудандар	
	ер	әйел	ер	әйел	ер	әйел	ер	әйел	ер	әйел	ер	әйел	ер	әйел	ер	әйел	ер	әйел	ер	әйел
45-49	0,81	0,39	0,17	0,12	0,40	0,35	0,90	0,012	1,11	0,93	0,19	0,12	2,6	0,21	0,45	0,21	1,99	1,97	0,78	0,71
50-54	2,61	1,67	1,34	1,20	1,54	1,50	1,16	0,96	1,88	1,81	2,97	2,50	1,09	1,00	3,22	3,05	4,11	3,95	3,91	3,50
55-59	1,95	1,73	2,73	2,90	1,47	1,22	3,21	3,01	2,65	2,68	6,00	5,57	3,05	2,80	5,74	5,78	4,26	4,12	9,05	8,52
60-64	2,18	1,98	2,19	2,52	2,70	2,62	3,36	2,71	1,58	1,50	5,41	4,73	2,94	2,92	4,50	4,07	4,63	4,53	8,22	6,83
65-69	3,27	3,12	3,62	3,44	3,65	3,50	3,92	4,01	2,40	2,21	5,65	4,26	2,44	2,35	5,15	4,43	7,22	7,20	8,81	7,55
70-74	2,58	2,56	2,95	3,32	2,26	2,13	4,37	3,11	1,01	0,83	6,76	5,30	2,69	2,54	5,91	4,91	0,40	0,17	10,02	8,55
75-79	1,61	1,50	4,09	3,86	1,36	1,28	1,74	1,39	0,37	0,32	4,67	4,11	1,37	1,20	4,11	3,52	5,72	5,65	8,87	8,84
80-84	0,11	0,08	0,21	0,18	0,18	0,16	0,21	0,25	0,13	0,09	0,76	0,75	0,10	0,04	0,74	0,85	0,30	0,34	1,15	1,01
Барлығы	15,1	12,9	17,3	17,5	13,5	12,7	18,8	15,56	11,1	10,3	32,4	27,3	13,9	13,0	29,82	26,8	33,0	31,6	50,81	45,51
	2	9	0	4	6	6	7		3	7	1	4	4	6		2	0	0		
	28,11		34,84		26,32		34,43		21,50		59,75		27,00		56,64		64,60		96,32	

9-кестеде жыныстық құрылым бойынша қала тұрғындарының арасында ӨСОА ауыртпалығы зерттеу жылдарының 2013 (DALY=28,11), 2014 (DALY= 26,32), 2015 (DALY=21,50), 2016 (DALY=27,00) жылдары тұрақты болса, ең жоғарғы көрсеткіші 2017 жылға (DALY=64,60) ер және (DALY= 33,00) әйел адамдарда (DALY=31,60) бірдей екені анықталғаны көрсетілген және 2013-2017 жылдарында жыныстық құрылымы бойынша ер және әйел адамдар арасындағы ӨСОА ауыртпалығының бірдей екені көрсетілген.

Осылайша, біздің зерттеуімізде ӨСОА ауыртпалығы қала тұрғындарымен салыстырғанда ауыл тұрғындары арасында жоғары екендігі анықталды, ал ең үлкен DALY 55 жас және одан да жоғары жаста, сондай-ақ әйелдерге қарағанда ер адамдар арасында басым екені байқалды. GBD деректері бойынша, 100 мың тұрғынға шаққанда ӨСОА ауыртпалығы ер адамдарда 1273, ал әйелдерге 717 құрады, яғни ӨСОА гиподиагностикасын және Дамиля Сакеновнаның зерттеулерін дәлелі екендігін растайды [229].

#### 4 ӨЗІН – ӨЗІ БАСҚАРУ ПИЛОТТЫ БАҒДАРЛАМАСЫ

ӨСОА бүкіл әлемдегі созылмалы аурулар мен өлім-жітімнің басты себептерінің бірі болып табылады. Сондай-ақ, ӨСОА экономикалық, әлеуметтік ауыртпалығы көрсеткіші өсуде және жаһандық таралуы болжаммен 11,7% құрайды. Еуропалық одақта тыныс алу жолдарының ауруларының жалпы тікелей шығындары жалпы денсаулық сақтау бюджетінің шамамен 6% құрайды және ӨСОА емдеу құнын осы шығындардың (38,6 млрд. еуро ақшасымен) 56% құрайды [170]. ӨСОА енгізу, қатты жөтелу және қақырықтың бөлінуі сияқты белгілері мезгіл-мезгіл күшейіп шаршаумен, депрессиямен, тамақтанудың нашарлауымен, ұйқының бұзылуы және күнделікті өмірдегі іс-әрекеттердің шектеулерімен қатар жүреді, бұл жиі ауруханаға жатумен және өлім-жітімге әкеліп соқтырады. Науқастарға және денсаулық сақтау жүйесіне ауыртпалықты болдырмау үшін, науқастардың ӨСОА туралы хабардарлығын және білімдерін арттыру науқастың мінез-құлқын өзгертуге қажетті алғышарттар болып табылады. Ауру туралы хабардарлықтың төмендігі және білімнің аздығы науқастарда елеулі мәселелер туғызатын өзекті мәселе болып табылады.

Осындай өзекті мәселелерді шешетін әдістердің бірі ӨСОА басқару бағдарламасы болып табылады. «Өз ауруын басқару» араласуы науқастың ӨСОА симптомдарын жеңілдетіп, өмір сапасын жақсартып және жиі ауруханаға жатуды азайтуы мүмкін. Созылмалы жағдайдағы науқастар үшін өзін-өзі басқару «адамның созылмалы аурудан болатын симптомдарды, емді, физикалық және психоәлеуметтік әсерлерді басқаруға және өмір салтын өзгертуге қабілеттілігін білдіреді, яғни бұл пайдалы стратегия болып табылады және науқастарға олардың ауруларын бақылауға көмектеседі [187,p.1664].

Өзін-өзі басқаруға бағытталған іс-шараларға медицина қызметкерлері мен арасындағы ынтымақтастық болып табылады, сондықтан науқас емдеу режимдерін басқаруға, денсаулығына байланысты өздерінің мінез-құлқын өзгертуге, ауруларын бақылауды жақсартуға және өздерінің хал-ахуалын жақсартуға қажетті білім мен дағдыларды меңгереді және көрсетеді. Созылмалы обструктивті өкпе ауруы бойынша жаһандық бастаманың соңғы баяндамасында ӨСОА өзін-өзі бақылау шараларын ерекше атап өтті [27, с.61]. ӨСОА басқару бойынша ұсынымдар [229] бар болса да және денсаулық сақтау жүйесіне түсіретін ауыртпалығына қарамастан, ӨСОА басқаруға арналған ең маңызды аурулардың бірі болып қалады.

ӨСОА елеулі жүйелі көріністерге ие созылмалы өкпе ауруы болып табылады, сондықтан ӨСОА бар науқастардың жалпы өмір сапасын жақсартуға, аурудың ауыртпалығы мен күнделікті өмірге әсерін азайтуға бағытталған созылмалы аурулармен күресуге арналған бағдарламалардың болуы өте маңызды. ӨСОА әртүрлі сатыларда өршіп науқастардың функционалдық көрсеткіштері мен өмір сапасына әсер ететін қайтымсыз

және титықтаттыратын ауру. Ентігу ӨСОА жиі және алаңдатарлық симптомды болып табылады. ӨСОА тек науқастардың ғана емес, сонымен қатар олардың туыстарының да өмір сапасына айтарлықтай әсер етуі мүмкін.

Жүйелі шолудың талдауы көрсеткендей, ентігуді басқарудың фармакологиялық және фармакологиялық емес араласулары ең жақсы нәтижеге жету үшін біріктірілуі керек. Фармакологиялық емес стратегияларға жалпы ақпарат, басқару жоспары мен дене белсенділігі кіреді және науқастарға демікпені жеңуге көмектеседі [226,с.150]. Осыған байланысты, өзін-өзі басқаруды қамтитын әртүрлі «фармакологиялық емес араласулар» аурудың болжамын жақсарту және ресурстарды пайдалануды азайту үшін созылмалы ауруларды емдеудің негізінде жасалады.

Осылайша, ӨСОА бар науқастарға арналған біздің білім беру бағдарламамызға ӨСОА ауруы туралы оң ақпарат, әлеуметтік белсенділікті арттыруға арналған ұсыныстар және емдеуші дәрігердің тағайындаған ұсыныстарын науқастардың орындауына ынталандыруды қалыптастыру кіреді. Осы сабақ барысында сауалнама екі рет өткізілді. Бірінші сауалнама оқыту бағдарламаларын құруға және жұмыс істеуге дейін жүргізілді. Екінші сауалнама ӨСОА бойынша оқыту бағдарламасынан 3 айдан кейін немесе 12 тәжірибелік жаттығудан кейін жүргізілді.

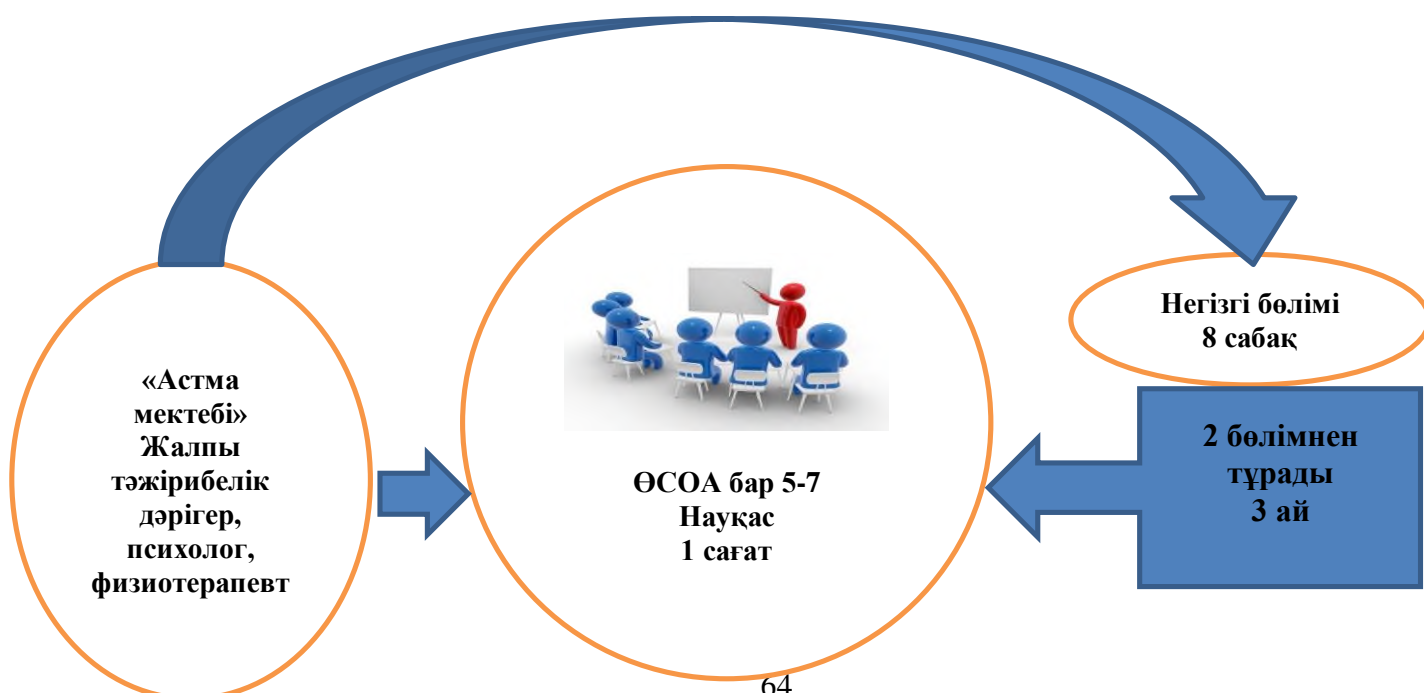
ӨСОА кезінде науқастарды оқыту амбулаториялық деңгейде жүргізілді. Тыңдаушылар жұмыс істейтін және жұмыс істемейтін (зейнеткерлер) науқастар болды. Сабақтар «Астма мектебі» жанында өткізілді.

Сабақтар күндізгі уақытта - аптасына 1 реттен, сабақтардың ұзақтығы ең кемі - 3 ай өткізілді, сабақ саны - 8-ден 12-ге дейін болды.

Сабақтарды жалпы практика дәрігерлері, физиотерапевт және психолог жүргізді.

Қатысушылардың саны 5 адамнан 7 адамға дейін болды.

Сабақ «жабық топ» принципі бойынша жүргізілді, оқыту басталғаннан кейін науқастар топқа қабылданбады (сурет 14).







Сурет 14- Өз ауруын басқару пилотты бағдарламасы

ӨСОА-мектебінде науқастарға арналған өзін-өзі басқару бағдарламасы негізгі және арнайы деген екі бөлімнен тұрды.

Бағдарламаның негізгі бөлігінде ӨСОА алдын-алу және емдеу, сондай-ақ өз ауруын өз бетінше басқару және ауруын өз бетінше жүргізу дағдыларын дамытуға қатысты негізгі мәселелерге арналған тақырыптар қамтылады.

Өзін-өзі басқару бағдарламасының ерекшеліктерінің бірі емдеу қағидаларын енгізу және дәрігерлерді замануи стратегиялар мен ұғымдарға бағдарлап, аурудың асқынуының алдын алатын стратегиялық мен емдеу жоспарын бірлесіп жасау болып табылады.

Өзін-өзі басқару бағдарламасының негізгі және арнайы бөлімдері  
Негізгі бөлімі:

1. Өкпе мен бронхтың анатомиясы мен физиологиясынан тақырыбына түсіндірме дәріс (қалыпты жағдайдағы тыныс жолдары мен ӨСОА ауруы пайда болған кездегі өзгерістермен таныстыру)
2. ӨСОА маңызы мен науқастың ауруға бейімделуі
3. «Бронхо-обструктивті синдром дегеніміз не?» атты тақырыбына түсіндірме дәріс (ӨСОА байланысты бронх саңылауларындағы өзгерістері туралы мәлімет). Осы тақырыпты талдау кезінде, аурудың маңызын қалыпты және ӨСОА кезінде бронх-өкпенің анатомиялық және физиологиялық ерекшеліктерін көрсету арқылы түсіндірген жөн болады. Темекі түтінінің тыныс жолдарына кіруін жасөспірімнің темекі түтінін жұтқан кезде жөтеліп шашалғаны мысалынан көрсетуге болады.

4. Тыныс алу функциясын өзгерту әдістері, пикфлоуметрия.

Бронхтың саңылауының өтімділік көрсеткішін бақылау науқастың жағдайын бақылап отыру үшін және дәрі-дәрмектерді уақтылы қабылдау үшін маңызды екенін атап көрсету керек.

Аэрозолді қолдану әдісі төмендегі қадамдардан тұрады: 1–қорғаныш қалпақшасын алып тастаңыз, 2–терең тыныс алыңыз, 3– қолыңызға баллонды түбін жоғары қаратып ұстаңыз және ерніізбен мундштукты қысыңыз, 4– барынша терең тыныс алыңыз, баллонның түбінен қаттырақ басыңыз, 5–

бірнеше секунд деміңізді шығармаңыз,6–мундштукті аузыңыздан шығарып, деміңізді шығарыңыз 7- қорғаныш қалпақшасын жабыңыз.

5. ӨСОА емдейтін дәрі-дәрмектер, яғни әрбір жеке науқас үшін емдеу тактикасы жеке тағайындалды [230].

- бронходилитаторлар;
- негізгі қабынуға қарсы дәрі- дәрмектер

6. Ингаляцияға арналған дәрілік заттарды қолдану ережелері (спейсер, небулайзер) туралы мәліметтер беру.

7. Сатылы ем жүргізу қағидалары

8. Өз жағдайын бақылайтын күнделік жүргізу

10. Медициналық көмекке жүгіну критерийлері

11. ӨСОА дәрі-дәрмексіз емдеу. Емдік дене шынықтыру, тыныс алу жаттығулары, ӨСОА кезіндегі массаж

12. ӨСОА және вирусты инфекциялар

Арнайы бөлімі:

1. ӨСОА және қосалқы аурулар

2. ӨСОА темекі шегуді қою сұрақтары

3. ӨСОА және жыныстық қатынас

4. Санаторлы- курорттық ем туралы ақпарат

5. Қала дәріханаларындағы дәрі-дәрмектердің қол жетімділігі мен олардың бағалары туралы ақпараттар

Кесте 10 - Ауруды басқару бағдарламасына қатысатын науқастың бағыты

Ауруды басқару бағдарламасына қатысқан науқастың бағыты		
№	Қадамдар атауы	Іс-шаралар
1	2	3
1	Регистратура	амбулаторлық карта
2	Жалпы тәжірибелік дәрігер	– диагнозын нақтылау (спирометрия) – «Д»-есепке алу
3	Учаскелік медбике	– сауалнама жүргізу (EQ -5D сауалнамасы, өкпенің обструктивті созылмалы (ӨОСА) ауруы бар науқастардың өз жағдайын басқару қабілетін анықтау сауалнамасы) – өз ауруын басқару күнделігін беру (кесте10) – апта сайын қабылдауға келу – өз ауруын басқару күнделігін жүргізу телефон арқылы хабарласып отыру
4	Салауатты өмір салтын насихаттау дәрігері	– тамақтану бойынша кеңестер – ақпараттық буклеттер – емдік дене шынықтыру

## 10 кестенің жалғасы

1	2	3
5	Пульмонолог	– қажет болған жағдайда емге өзгерістер енгізу
6	Психолог	– стресстік жағдайларда – ауруын басқаруда мінез құлқын өзгертуге көмектесу
7	ӨСОА мектебі	– темекі тартуды тоқтату шаралары – науқастарды өз ауруын басқаруға оқыту

Науқастар үйлерінде қосымша оқыту фильмдері бар бейне таспаларды алып қарады. Сондай-ақ сабақ барысында науқастардың ӨСОА емдеу және алдын алу бойынша өз тәжірибелерімен бөлісуге бағытталды

Сабақтарды жүргізудің бір ерекшелігі—науқастар тек материалға қатысты сұрақтар қойды.

Өзін-өзі басқару бағдарламасының арнайы бөлімі негізгі бағдарлама аяқталғаннан кейін (6 айдан 1 жылға дейін) біраз уақыттан кейін өткізілді және ӨСОА емдеу және алдын алу туралы жаңадан пайда болған жаңа ақпаратты, сонымен қатар науқастардың жеке өтініштеріне қатысты тақырыптарды қамтыды.

Ауруды басқару бағдарламасының қатысушылардың функционалдық өзара әрекеттесу сызбасы (кесте 10).

ӨСОА бар науқастарды психологиялық қолдау және психотерапияға бағытталған психологиялық әдістерді қолдану да оқыту бағдарламаларының ерекшеліктерінің бірі болып табылады.

Емханаға келген зерттелушіге өз ауруын басқару бағдарламасы бағыты берілді. Ол бағытта ӨСОА ауыратын науқасты ауруды басқару аясында жүргізу жоспары берілген. Сонымен қатар науқастың қолына үй жағдайында денсаулық күйін бақылайтын күнделік берілді. Науқас күнделікті күніге өз жағдайына байланысты толтырып отырды. Аптасына 1 рет емханаға басқару бағдарламасына келгенде өзімен ала келіп дәрігердің кеңесін алды (кесте 11).

### Кесте 11- Өкпенің созылмалы обструктивті ауруын қадағалау күнделігі

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруын қадағалау күнделігі						
Емхананың атауы						
Дәрігердің аты- жөні				телефон номері		
Учаскелік медбике аты-жөні				телефон номері		
Шаралар	Күндер					
	1 күн	2 күн	3күн	4 күн	5 күн	6 күн
1	2	3	4	5	6	7

## 11 кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7
Қалыпты белсенділік (әдеттегі әрекеттер)						
Күнделікті дәрі-дәрмектерді қабылдау						
Жаттығу деңгейі, тұрақты жаттығу жасау						
жөтел мен қақырықтың қалыпты мөлшері әдеттегідей						
Түнгі ұйқы жақсы/нашар						
тамаққа тәбет жақсы/нашар						
диета жоспары иә/жоқ						
Ентігу деңгейі бар/жоқ						
темекі түтінінен ингаляциялық тітіркендіргіштерден иә/жоқ						

Өз ауруын басқарудың кешенді бағдарламалары белгілі бір пациенттің қажеттілігіне және олардың мінез-құлқының өзгеруіне бағытталуы керек. Белгілі бір оқиғаларға сеніммен және жеңіл қарайтын науқастар, мысалы, аурудың өршуі кезінде, мінез-құлқын оңай өзгерте алады. Науқастың мінез-құлқын түзету, ақырында, аурудың клиникалық нәтижелерінің жақсаруына әкелуі тиіс. Өз ауруын басқару тиімділігі науқастың ауруханаға жатуының және жоспардан тыс медициналық көмекке жүгінудің азаюымен және өмір сапасының жақсаруымен бағалануы керек. Өз ауруын басқару бағдарламаларына қатысу үшін әрбір жеке науқаста мотивацияның болуы шешуші рөл болып табылады.

## 5 ӨЗІН – ӨЗІ БАСҚАРУ БАҒДАРЛАМАСЫН АҚТӨБЕ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЛАРЫ БАР НАУҚАСТАРҒА ЖҮРГІЗУ

### 5.1 Өзін – өзі басқару бағдарламасының науқастардың жағдайына әсері

Ақтөбе қаласы бойынша ӨСОА бар науқастардың өзін-өзі басқару бағдарламасы бойынша сауалнаманың нәтижесінде өз денсаулығын бағалау деңгейін жас топтары және жыныстық құрылымы бойынша талданды. Талдау барысында зерттеуге қатысқан әйелдердің (27,7%/18) өз денсаулықтарын оқыту бағдарламасына дейін жақсы деп бағаласа, бағдарламадан кейін (43,1%/28) бұл көрсеткіш 15,4% өскені анықталды.

Оқыту бағдарламасына дейін өз денсаулығын нашар деп бағалаған әйелдердің (36,9%/24) саны оқыту бағдарламасынан кейін (4,6%/3) 36,2% азайып, жақсы және қанағаттанарлық деңгейіне көтерілді. Оқыту бағдарламасынан кейін өз денсаулығын қанағаттанарлық деп бағалаған респонденттер саны 16,9% артты. Оқыту бағдарламасының зерттеуге қатысқан әйелдер арасында салыстырғанда статистикалық маңызды көрсеткіш алынды ( $p=0,001565$ ). Зерттеуге қатысқан ер адамдар өз денсаулықтарын оқыту бағдарламасына дейін (13,7%/10) жақсы деп бағаласа, бағдарламадан кейін (31,5%/23) бұл көрсеткіш 17,8% өскені анықталды. Өз денсаулығын қанағаттанарлық деп бағалаған респонденттердің (31,5%/23) саны оқыту бағдарламасынан кейін (56,2%/41) 24,7% көбейді. Оқыту бағдарламасына дейін өз денсаулығын нашар деп бағалаған ер адамдардың (49,3%/36) саны оқыту бағдарламасынан кейін (5,5%/4) 43,8% азайып, жақсы және қанағаттанарлық деңгейіне көтерілді. Бұл көрсеткіш өзін-өзі басқару бағдарламасының ӨСОА бар науқастардың денсаулық күйінің жақсарғанын түсіндіреді (кесте 12).

Кесте 12- Респонденттің өз денсаулығын бағалауы

Жас тобы	N, абс сан	Әйелдер (дейін)			Әйелдер (кейін)			Ерлер(дейін)			Ерлер(кейін)			
		код	абс	%	код	абс	%	код	абс	%	код	абс	%	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
40-49	11	2	5	7,7	2	8	12,3	6	2	2	2,7	2	4	5,5
		3	2	3,1	3	11	4,6		3	-	-	3	2	2,7
		4	4	6,2	4	-	-		4	4	5,5	4	-	-
50-59	20	1	2	3,1	1	2	3,1	20	1	2	2,7	1	2	2,7
		2	6	9,2	2	9	13,8		2	2	2,7	2	4	5,5
		3	4	6,2	3	9	13,8		3	11	15,1	3	14	19,2
		4	8	12,3	4	-	-		4	5	6,8	-	-	-

## 12 кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
60-69	19	1	-	-	-	-	-	28	1	2	2,7	1	3	4,1
		2	6	9,2	2	9	13,8		2	3	4,1	2	11	15,1
		3	8	12,3	3	8	12,3		3	6	8,2	3	12	16,4
		4	5	7,7	4	2	3,1		4	17	23,3	4	2	2,7
70+	15	1	1	1,5	1	1	1,5	19	1	-	-	1	-	-
		2	1	1,5	2	2	3,1		2	6	4,1	2	4	5,5
		3	6	9,2	3	11	16,9		3	6	8,2	3	13	17,8
		4	7	10,8	4	1	1,5		4	10	13,7	4	2	2,7
барлығы	65	1	3	4,6	1	1	1,5	73	1	4	5,5	1	5	6,9
		2	18	27,7	2	3	4,6		2	10	13,7	2	23	31,5
		3	20	30,8	3	28	43,1		3	23	31,5	3	41	56,1
		4	24	36,9	4	31	47,7		4	36	49,3	4	4	5,5
p=0.001								p=0.000828						
p- МакНемер критерийі														
код* - респонденттердің өз денсаулығына байланысты таңдаған жауап варианты: Тамаша (1) Жақсы (2) Қанағаттанарлық (3) Нашар (4)														

Зерттеуге қатысқан әйел адамдардың 36,9% (24), ер адамдардың 49,3% (36) өз денсаулықтарын нашар деп бағалаған.

Зерттеу нәтижесінде науқастардың өз денсаулықтарының нашарлығын әртүрлі себептермен байланыстыратыны анықталды. Оқыту бағдарламасына дейін 25%(16) өз денсаулықтарына назар аудармағандықпен, 25%(16) емделуге қаражат мұқтаждығымен, 33,8% (22) ешқандай себеппен байланыстырмайтыны, ал 16,2% (11) медициналық қызметкерлердің біліктілігінің төмендігімен байланыстыратыны анықталды. Оқыту бағдарламасына кейін аталған себептердің көрсеткіштерінің жақсаруы (25%-емделуге қаражатымның жоқтығынан, 75%- ешқандай себепсіз) науқастардың ӨСОА туралы мағлұматының тереңдеп, өз денсаулықтарына көңіл бөлгендігімен түсіндіріледі (кесте 13)

Кесте 13- Респонденттің өз денсаулығының нашарлау себептері

Жас тобы	N, абс	Әйелдер (дейін)			Әйелдер (кейін)			Ерлер (дейін)				Ерлер(кейін)		
		код	абс	%	код	абс	%	N, абс	код	абс	%	код	абс	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
40-49	11	1	1	4,2	1	-	-	6	1	2	5,6	1	-	-
		2	2	8,3	2	-	-		2	1	2,8	2	-	-
		4	1	4,2	4	-	-		4	1	2,8	4	-	-
50-59	20	1	3	12,5	1	-	-	20	1	-	-	1	-	-
		2	4	16,7	2	-	-		2	2	5,6	2	-	-
		3	-	-	3	-	-		3	-	-	3	-	-
		4	1	4,2	4	-	-		4	3	8,3	4	-	-

13 кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
60-69	15	1	1	4,2	1	-	-	28	1	6	16,7	1	-	-
		2	1	4,2	2	1	33,3		2	5	13,4	2	-	-
		3	-	-	3	-	-		3	-	-	3	-	-
		4	3	12,5	4	1	33,3		4	6	16,7	4	2	-
70+	19	1	1	4,2	1	-	-	19	1	2	5,6	1	-	-
		2	3	12,5	2	-	-		2	3	8,3	2	-	-
		3	-	-	3	-	-		3	1	2,8	3	-	-
		4	3	12,5	4	1	33,3		4	4	11,1	4	2	50
барлығы	65	1	6	25	1	-	-	73	1	10	27,8	1	-	-
		2	10	41,7	2	1	33,3		2	11	30,6	2	-	-
		3	-	-	3	-	-		3	1	4,2	3	-	-
		4	8	33,3	4	2	66,7		4	14	58,3	4	4	100
p=0.001								p=0.000828						
p- МакНемер критерийі код* - респонденттердің өз денсаулығына байланысты таңдаған жауап варианты: өз денсаулығыма назар аудармағандықтан (1), емделуге қаражат мұқтаждығымен (2), медициналық қызметкерлердің біліктігінің төмендігі (3), ешқандай себепсіз (4)														

Зерттеу барысында науқастардың ӨОСА туралы ақпараттың хабарының аздығы әйел адамдарда -86,2%(56) және ер адамдардың-75,3%(55) анықталды, оқыту бағдарламасына кейін ӨСОА туралы оқыту сабақтарынан көбірек ақпарат бұл көрсеткіштің жақсаруымен әйел адамдарда -96,9%(63), ер адамдардың-95,9% (55) түсіндіріледі (кесте 14).

Кесте 14 - Респонденттердің ӨОСА басқару бағдарламасы туралы ақпараты:

Жас тобы	N, абс	Әйелдер (дейін)			Әйелдер (кейін)			Ерлер (дейін)			Ерлер (кейін)			
		код	абс	%	код	абс	%	N, абс сан	код	абс	%	код	абс	%
40-49	11	0	7	10,8	1	11	16,9	6	0	4	5,5	1	6	8,2
		1	4	6,2	-	-	-		1	2	2,7	-	-	0,0
50-59	20	0	16	24,6	1	20	30,8	20	0	17	23,3	1	20	27,4
		1	4	6,2	-	-	-		1	3	4,1	-	-	0,0
60-69	19	0	18	27,7	1	19	29,2	28	0	25	34,2	1	28	38,4
		1	1	1,5	-	-	-		1	3	4,1	-	-	0,0
70+	15	0	15	23,1	0	2	3,1	19	0	19	26,0	0	3	4,1
		1	-	-	1	13	20,0		1	-	-	1	16	21,9
барлығы	65	0	56	86,2	0	2	3,1	73	0	55	75,3	0	3	4,1
		1	9	13,8	1	63	96,9		1	8	24,7	1	70	95,9
p 2.005e-13								p 3.435e-15						
код* - респонденттердің таңдаған жауап варианты: Ия(1), жоқ(0) p- МакНемер критерийі														

Біздің зерттеуіміз нәтижесінде науқастардың ӨСОА науқастардың үштен бірі жалпы тәжірибелік дәрігердің көмегіне жүгінбейтіндігі анықталды, әйел адамдар- 33,8 % (22); ер адамдар-31,5% (23). Бұл көрсеткішті тұрғындар арасында ӨСОА туралы ақпараттың таралуының төмендігімен түсіндіріледі (кесте-15).

Кесте 15- Ауруды басқару бағдарламасы аясында жалпы тәжірибелік дәрігерлердің бақылауы: ия (1) жоқ (0)

Жас тобы	Әйелдер (дейін)				Әйелдер (кейін)			Ерлер(дейін)				Ерлер(кейін)			
	N, абс	код *	абс	%	код *	абс	%	абс	код *	абс	%	код *	абс	%	
40-49	11	0	5	7,7	0	5	7,7	6	0	3	4,1	0	3	4,1	
		1	6	9,2	1	6	9,2		1	3	4,1	1	3	4,1	
50-59	20	0	11	16,9	0	5	7,7	20	0	7	9,6	0	6	8,2	
		1	9	13,8	1	15	23,1		1	13	17,8	1	14	19,2	
60-69	15	0	4	6,2	0	1	1,5	28	0	9	12,3	0	1	1,4	
		1	15	23,1	1	18	27,7		1	19	26,0	1	27	37,0	
70+	19	0	2	3,1	1	15	23,1	19	0	4	31,5	0	1	15,1	
		1	13	20,0					1	15	68,5	1	18	84,9	
Барлығы	65	0	22	33,8	0	11	16,9	73	0	23	31,5	0	11	15,1	
		1	43	66,2	1	54	83,1		1	50	68,5	1	62	84,9	
p=0.0009111								p= 0.000532							
код* - респонденттердің таңдаған жауап варианты: Ия (1), жоқ(0) p- МакНемер критерийі															

Зерттеу нәтижесінде науқастардың психологтың көмегіне жүгінбейтіндіктері анықталды. Ер адамдар 95,8%(70), ал әйел адамдар 95,4%(62). Ауруды басқару аясында науқастардың психолог дәрігердің көмегіне жүгінгендігі анықталды: ер адамдар – 15,1%, әйел адамдар-5,3% (кесте-16)

Кесте 16 -Ауруды басқару бағдарламасы аясында психолог дәрігерлердің бақылауы: ия (1) жоқ (0)

Жас тобы	Әйелдер (дейін)				Әйелдер (кейін)			Ерлер(дейін)				Ерлер(кейін)		
	абс	код	абс	%	код	абс	%		код	абс	%	код	абс	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
40-49	11	0	9	13,8	0	5	7,7	6	0	6	8,2	0	1	1,4
		1	2	3,1	1	6	9,2					1	5	
50-59	20	0	19	29,2	0	18	27,7	20	0	17	23,3	0	15	20,5
		1	1	1,5	1	2	3,1		1	3	4,1	1	5	6,8



## 16 кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
60-69	19	0	19	29,2	0	19	29,2	28	0	28	38,4	0	27	37,0
													1	1
70+	15	0	15	23,1	0	15	23,1	19	0	19	26,0	0	19	26,0
		1	-	-	1	-	-		1	-	-	1	-	-
барлығы	65	0	62	95,4	0	55	84,6	73	0					
		1	3	4,6	1	8	5,3		1					
p= 0.02535								p=0.004678						
p-Мак немар критерийі														

Біздің зерттеу нәтижесінде науқастардың жеке қолданылатын құралдары пикфлоуметрдің, спейсер болмағаны анықталды: әйел адамдарда -98,5%, ер адамдарда -95,9%. (кесте-17).

Кесте 17 -Ауруды басқару бағдарламасы аясында жеке қолданылатын пикфлоуметр болуы: ия (1) жоқ (0)

Жас тобы	N, абс	Әйелдер (дейін)			Әйелдер (кейін)			Ерлер(дейін)				Ерлер(кейін)		
		код	абс	%	код	абс	%	абс	код	абс	%	код	абс	%
40-49	11	0	10	15,4	0	3	4,6	6	0	6	8,2	1	6	8,2
		1	1	1,5	1	8	12,3							
50-59	20	0	20	30,8	0	13	20,0	20	0	17	23,3	0	7	9,6
					1	7	10,8		1	3	4,1	1	13	17,8
60-69	19	0	19	29,2	0	16	24,6	28	0	28	38,4	0	20	27,
					1	3	4,6					1	8	11,0
70+	15	0	15	23,1	0	12	18,5	19	0	19	26,0	0	12	16,4
					1	3	4,6					1	7	
барлығы	65	0	64	98,5		48	73,8	73	0	70	95,9	0	39	53,4
		1	1	1,5		17	26,2		1	3	4,1	1	34	46,6
p7.744e-06							p 2.58e-08							
код* - респонденттердің таңдаған жауап варианты: Ия(1), жоқ(0) p- МакНемер критерийі														

Оқыту бағдарламасының аясында науқастар жеке қолданылатын құралдары пикфлоуметрдің, спейсер мақсатын біліп, жеке қолданылатын құрылғыларға ие болды: әйел адамдар-26,2%, ер адамдардың-46,6%. Бұл көрсеткіш оқыту бағдарламасының науқастардың өз денсаулықтарына жауапкершілігінің арттыруымен түсіндіруге болады (кесте-18).

Кесте 18- Ауруды басқару бағдарламасы аясында жеке қолданылатын спейсер болуы

Жас тобы	абс	Әйелдер (дейін)			Әйелдер (кейін)			Ерлер(дейін)				Ерлер(кейін)		
		код *	абс	%	код *	абс	%	абс	код *	абс	%	код *	абс	%
40-49	11	0	9	13,8	0	9	13,8	6	0	5	6,8	0	5	6,8
		1	2	3,1	1	2	3,1		1	1	1,4	1	1	1,4
50-59	20	0	19	29,2	0	10	15,4	20	0	17	23,3	0	12	16,4
		1	1	1,5	1	10	15,4		1	3	4,1	1	8	11,0
60-69	19	0	19	29,2	0	19	29,2	28	0	25	34,2	0	3	4,1
		1	-	-	1	-	-		1	3	4,1	1	25	34,2
70+	15	0	15	23,1	0	15	23,1	19	0	19	26,0	0	1	1,4
		1	-	-	1	-	-		1	-	-	1	18	24,7
барлығы	65	0	62	95,4	0	-	-	73	0	-	-	0	21	28,8
		1	3	4,6	1	-	-		1	-	-	1	52	71,2
6.334e-05								P*1.97e-11						
код* - респонденттердің таңдаған жауап варианты: Ия(1), жоқ (0) р- МакНемер критерийі														

Зерттеуге қатысқан респонденттер ӨСОА кезінде күнделікті қандай жаттығулар жасауға болатыны туралы хабардар болмағаны анықталды. Ауруды басқару бағдарламасы аясында әйел адамдардың 96,9%, ер адамдардың -93,1% ӨСОА кезіндегі күнделікті қандай жаттығу жасау керек екені туралы ақпараттанып, жасауға дағдыланды (кесте 19).

Кесте 19 -Респонденттердің жаттығулардың түрлерін білуі

Жас тобы	абс	Әйелдер (дейін)			Әйелдер (кейін)			Ерлер(дейін)				Ерлер(кейін)		
		код	абс	%	код	абс	%		код	абс	%	код	абс	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
40-49	11	0	8	12,3	0	7	10,8	6	0	5	6,9	0	4	5,5
		1	3	4,6	1	3	4,6		1	1	1,2	1	2	2,7
		2	-	-	2	1	1,5		2	-	-	2	-	-
50-59	20	0	14	21,5	0	11	16,7	20	0	14	19,2	0	12	16,4
		1	6	9,2	1	6	9,2		1	6	8,2	1	8	11
		2	-	-	2	3	4,2		2	-	-	2	-	-
60-69	19	0	18	27,7	0	9	1,5	28	0	21	28,8	0	9	12,3
		1	1	1,5	1	5	13,9		1	7	9,6	1	19	26
		2	-	-	2	5	7,7		2	-	-	2	-	-
70+	15	0	9	13,9	0	1	1,5	19	0	14	19,2	0	1	1,4
		1	6	9,2	1	13	20		1	5	6,9	1	17	23,3
		2	-	-	2	1	1,5		2	-	-	2	1	1,4

## 19 кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
барлығы	65	0	49	75,4	0	28	43,1	73	0	54	74	0	26	35,6
		1	16	24,6	1	27	41,5		1	19	26	1	46	63
		2	-	-	2	10	15,4		2	-	-	2	1	1,4
p=0,00000000000256								p=0,00000000000256						
код* - респонденттердің таңдаған жауап варианты: Ия (1), жоқ (0), жауап беру қиын (2) p- МакНемер критерийі														

Зерттеу нәтижесінде науқастардың әйелдердің ешқайсысы күнделікті үй жағдайында өз денсаулығын бақылау мақсатында күнделік жүргізбеген, ал ер адамдардың 4,2% (3) өз жағдайларын бақылау мақсатында күнделік жүргізіп жүрген. Басқару бағдарламасы аясында әйел адамдардың 73,8%(48) күнделік жүргізді, ал ер адамдардың 74% (54) күнделік жүргізуге дағдыланды.

## Кесте 20- Респонденттердің күнделік жүргізуі

Жас тобы	абс	Әйелдер (дейін)			Әйелдер (кейін)			Ерлер (дейін)				Ерлер (кейін)		
		код	абс	%	код	абс	%	абс	код	абс	%	код	абс	%
40-49	11	0	11	16,9	0	10	15,4	6	0	5	6,9	0	5	6,9
		1	-	-	1	1	1,5		1	1	1,4	1	1	1,4
50-59	20	0	20	30,8	0	7	10,8	20	0	20	27,4	0	11	15,1
		1	-	-	1	13	20		1	-	-	1	9	12,3
60-69	19	0	19	29,2	0	-	-	28	0	27	37	0	2	2,7
		1	-	-	1	19	29,2		1	1	1,4	1	26	35,6
70+	15	0	15	23,1	0	-	-	19	0	18	24,7	0	1	1,4
		1	-	-	1	15	23,1		1	1	1,4	1	18	24,7
барлығы	65	0	65	100	0	17	26,2	73	0	70	95,9	0	19	26
		1	-	-	1	48	73,8		1	3	4,1	1	54	74
p=0,000000000004262								p=0,000000000009237						
код* - респонденттердің таңдаған жауап варианты: Ия (1), жоқ (0) p- МакНемер критерийі														

Зерттеу нәтижесінде ӨСОА бар науқастардың өз ауруын басқару бағдарламасының ақырғы нүктесі ретінде науқастардың 1 жыл ішінде ауруханаға жату жиілігі алынды. 8% науқас бағдарламаға дейін 1 жыл ішінде 6 рет түскен болса, бағдарламадан кейін бұл көрсеткіш 1,4% дейін төмендеді.

Жылына бес, төрт рет ауруханаға түсетін науқастар санының көбею жылына 6 рет жатудың есебінен деп түсіндіруге болады (кесте-21).

Кесте 21-ӨСОА бар науқастардың өз ауруын басқару бағдарламасының ақырғы нүктесі ретінде науқастардың 1 жыл ішінде ауруханаға жату жиілігі алынды

Ауруханаға жату жиілігі 1 жыл ішінде	Бағдарламаға дейін		Бағдарламадан кейін		p*
	Абс	%	Абс	%	
6 рет	11	8	2	1,4	0.0027
5 рет	45	32,6	54	39	0.0027
4 рет	31	22,5	35	25,4	0.0455
3 рет	29	21	26	18,8	0.08326
2 рет	17	12,3	9	6,5	0.004678
1 рет	5	3,6	0	-	0.02535
p*- МакНемар критеріі					

Сонымен қатар ӨСОА бар науқастардың өз ауруын басқару бағдарламасының ақырғы нүктесі ретінде науқастардың 1 жыл ішіндегі дәрігердің көмегіне жүгінуді алдық. Жылына емхана 5 рет жүгінетін науқас саны 47,82% ; 4 рет келетін науқас саны 34, 7 %; 3 рет келетін 30,4; 2 рет келетін 23 % өсуі 5 рет келетін науқастар санының азаюымен түсіндіріледі (кесте 22).

Кесте 22 - 1 жыл ішінде дәрігер көмегіне жүгіну жиілігі

Дәрігерге жүгіну жиілігі 1 жыл ішінде	Бағдарламаға дейін		Бағдарламадан кейін		p*
	Абс	%	Абс	%	
5рет	66	47,82	15	10,86	9.237e-13
4 рет	34	24,63	48	34,7	0.0001828
3 рет	21	15,22	42	30,4	4.593e-06
2 рет	12	8,7	32	23	7.744e-06
1 рет	5	3,6	1	0,01	0.0455
p*МакНемар критеріі					

Осылайша, өзін-өзі басқару бағдарламасы аясындағы оқыту ӨСОА ауыратын науқастардың тыныс алу жаттығуларын орындауына, өз

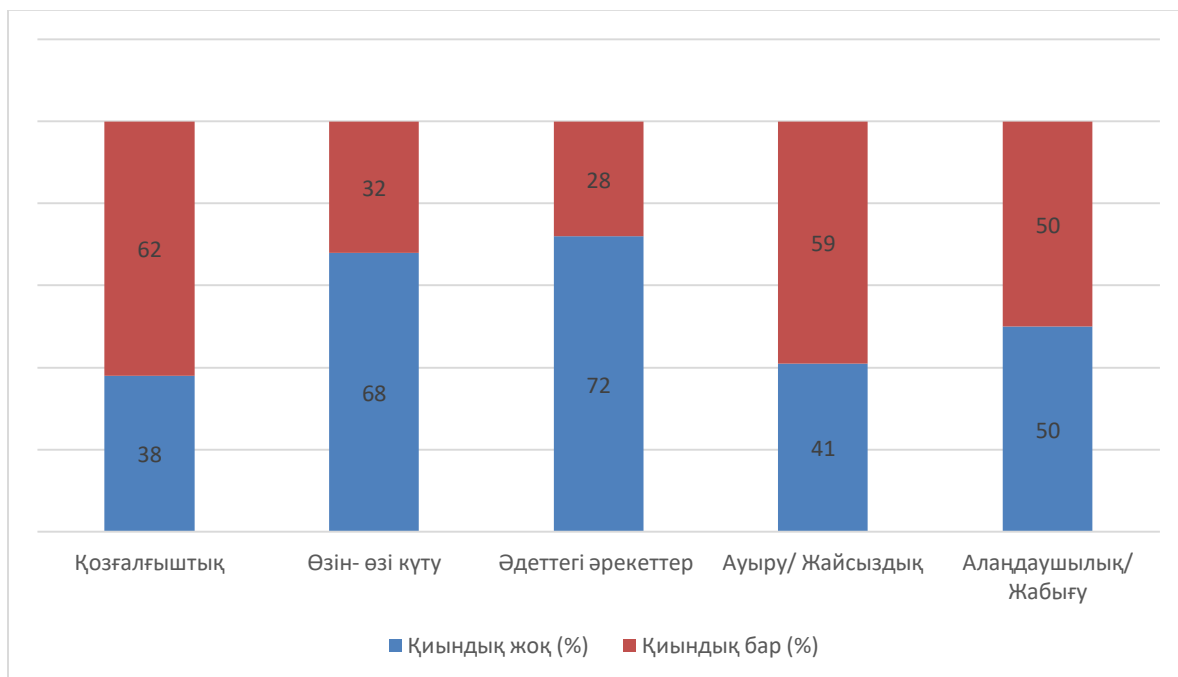
жағдайының ауырлығына баға беруге және ауруға қатысты жағдайдың нашарлауын тану сияқты көрсеткіштерге оң әсер етеді. Науқастар жеке пайдалануға арналған құрылғылар (спейсер, пикфлоуметр) мен күнделік жүргізудің неге қажет екендігін түсіндіре алады. Стрессті төмендетуге, өздерінің мінез-құлқын бақылауға дағдылануды үйренді, тағайындалған дәрі-дәрмектерді үнемі уақытылы қабылдап, ӨСОА бар өзге де науқастарға өзін-өзі басқару бағдарламасына қатысу керек екендігі туралы кеңес бере бастады. Науқастар ӨСОА болатын барлық ықтимал асқынулар туралы көбірек хабардар болды. Алғашқы медициналық-санитарлық көмек дәрігерлеріне келетін болсақ, олар науқастарға психологтың кеңес беруін тағайындай бастады.

Сонымен, өз ауруын басқару бағдарламасы аурудың ағымына және болжамына әсер ететін қозғалғыштық, өзін-өзі күту, уақытылы және тұрақты дәрі-дәрмектер қабылдау сияқты көрсеткіштер бойынша оң нәтижелер береді және өз кезегінде өмір сапасын жақсартады.

## 5.2 Ақтөбе облысы бойынша өкпенің созылмалы обструктивті ауруларының өмір сапасын бағалау

Денсаулық - бұл барлық адамдар үшін ең құнды дүние. ДДҰ анықтамасы бойынша «Денсаулық - бұл адамның физикалық, әлеуметтік, психологиялық және эмоционалдық хал- ахуалы», яғни адам қай жағынан болса да сау болуы керек. Зерттеудің мақсаты мен міндеттеріне сәйкес ӨСОА ауыратын науқастардың өмір сапасы EQ-5D сауалнамасының көмегімен бағаланды. Оқыту бағдарламасы аясында сауалнама екі рет өткізілді. Бірінші сауалнама оқыту бағдарламаларын жүргізгенге дейін жүргізілді. Екінші рет сауалнама ӨСОА бойынша оқыту бағдарламасынан 3 айдан кейін немесе 12 тәжірибелік жаттығудан кейін жүргізілді.

Сауалнаманың нәтижесінде науқастарда өмір сапасы көрсеткіштерінде: қозғалғыштық жағынан қиындық жоқ (38%/52), қиындық бар (62%/86), өзін- өзі күту жағынан қиындық жоқ (68%/94), қиындық бар (32%/44), күнделікті өмірдегі әрекеттерін жасау барысында қиындық жоқ (72%/100), қиындық бар (28%/38) шектеулер болған, науқастардың көбісі ауруды сезінген қиындық жоқ (41%/56), қиындық бар (59%/82), сауалнамаға қатысқан науқастардың тең жартысында жабығу сезімі болған қиындық жоқ, қиындық бар (50%/69) (сурет 14).



Сурет 14- Респонденттердің ауруды басқару бағдарламасына дейінгі өмір сапасы көрсеткіштері

Науқастардың 86(62%) қозғалғыштық жағынан қиындықтарды сезінсе, бағдарламадан кейін қиындықтарды 53(38%) науқас сезінген, яғни оқыту бағдарламасынан кейін науқастардың 24% ( $p=0.0001$ ) қозғалғыштық көрсеткішінің жақсарғанын анықтадық. Өзін-өзі күту көрсеткіші бойынша 44

(32%) науқас қиындықтарды сезінсе, бағдарламадан кейін қиындықтарды 27(20%) науқас сезінген, оқыту бағдарламасынан кейін науқастардағы өзін-өзі күту көрсеткішінің 12% жақсарғаны байқалды ( $p=0.0001$ ). Әдеттегі әрекеттер бойынша 38 (28%) науқас қиындықтарды сезінсе, бағдарламадан кейін қиындықтарды 17(12%) сезінген, бұл науқастардың 15% ( $p=0.0001$ ) әдеттегі әрекеттер көрсеткішінің жақсарғанын көрсетеді. Ауыру/ Жайсыздық 82 (59%) науқас қиындықтарды сезінсе, бағдарламадан кейін қиындықтарды 67 (49%) науқас сезінген, яғни науқастардың 10% ( $p=0.0003$ ) ауыру жайсыздық көрсеткішінің жақсарғанын байқадық, ал алаңдаушылық/ жабығу көрсеткіші бойынша 69(50%) науқас қиындықтарды сезінсе, бағдарламадан кейін қиындықтарды 41(30%) науқас сезінген, бұл науқастардағы алаңдаушылық/ жабығу көрсеткіштерінің 20% ( $p=0.0001$ ) жақсарғаны байқалды (кесте- 23).

Кесте 23 - EQ-5D сауалнамасының 5 көрсеткіштері бойынша науқастардағы басқару бағдарламасына дейінгі және кейінгі қиындықтар (абсолюттік сан)

EQ-5D көрсеткіштері	Көрсеткіштер деңгейі	Басқару бағдарламасына дейін		Басқару бағдарламасына кейін		P*
		абс	%	абс	%	
Қозғалғыштық	1 деңгей*	52	38	85	62	0.0001
	2 деңгей*	86	62	53	38	
Өзін-өзі күту	1 деңгей*	94	68	111	80	0.0001
	2 деңгей*	44	32	27	20	
Әдеттегі әрекеттер	1 деңгей*	100	72	121	88	0.0001
	2 деңгей*	38	27	17	12	
Ауыру/ Жайсыздық	1 деңгей*	56	41	71	51	0.0003
	2 деңгей*	82	59	67	49	
Алаңдаушылық/ Жабығу	1 деңгей*	69	50	97	70	0.0001
	2 деңгей*	69	50	41	30	

1 деңгей\* - қиындық жоқ; 2 деңгей\* - қиындық бар  
p\* - Мак-Немар статистикалық критеріі бойынша ( $\alpha=0.05$ ) бағалау

Төмендегі 16 кестеде келтірілгендей біздің зерттеуімізден науқастардың жас тобы мен жынысы бойынша EQ-5D сауалнамасының 5 көрсеткіштеріндегі жас топтары мен жынысы бойынша талдағандағы қозғалыс шектеулері оқытуға дейін 40-49 жас тобында (әйел=4; еркек=4) және 50-59 жас тобында (әйел=12; еркек=10) әйел адамдар мен ер адамдарда бірдей болса, оқытудан кейін әйел адамдарға (әйел=13) қарағанда ер адамдарда төмендегені (еркек=5) байқалды, 60-69 жас тобындағы (әйел=12; еркек=20) шектеулер оқытудан кейін (әйел=9; еркек=6) төмендеген және 70-тен жоғары жас тобында (әйел=10; еркек=14) да оқытудан кейін төмендеген (әйел=7; еркек=7).

Өзін-өзі күту бойынша оқытуға дейінгі шектеулер барлық жас топтарында оқытудан кейін ер адамдарда әйел адамдарға қарағанда азайғаны байқалса, ал әдеттегі іс-әрекеттер бойынша оқытуға дейінгі шектеулер оқытудан кейін барлық жас топтарында азайғаны анықталды. Ауыру, жайсыздық көрсеткіші бойынша оқытуға дейінгі шектеулер 50-59 жас (әйел=14; еркек=8) пен 60-69 жас топтарында (әйел=14; еркек=15) оқытудан кейін 50-59 жас (әйел=11; еркек=2) пен 60-69 жас топтарында (әйел=11; еркек=15) азайса, 70 жастан жоғары жас тобында оқытуға дейінгі шектеулер оқытудан кейінде болғаны анықталды. Алаңдаушылық/ Жабығу көрсеткіші бойынша шектеулер оқытудан кейін барлық жас топтарында азайғаны байқалды.

Зерттеудің нәтижесінде EQ-5D сауалнамасының 5 көрсеткіштері бойынша 40-49 жас (13%/17) тобында оқытуға дейін қозғалғыштық көрсеткіші бойынша қиындықтарды науқастардың 8(47,1%) сезінсе, оқытудан кейін 7 (5%) науқас қиындықтарды сезінген (кесте 24) .

Кесте 24 -Ауруды басқару бағдарламасының эффективтілігін 40-49 жас топтары арасында МакНемар статистикалық критеріі бойынша ( $\alpha=0.05$ ) бағалау

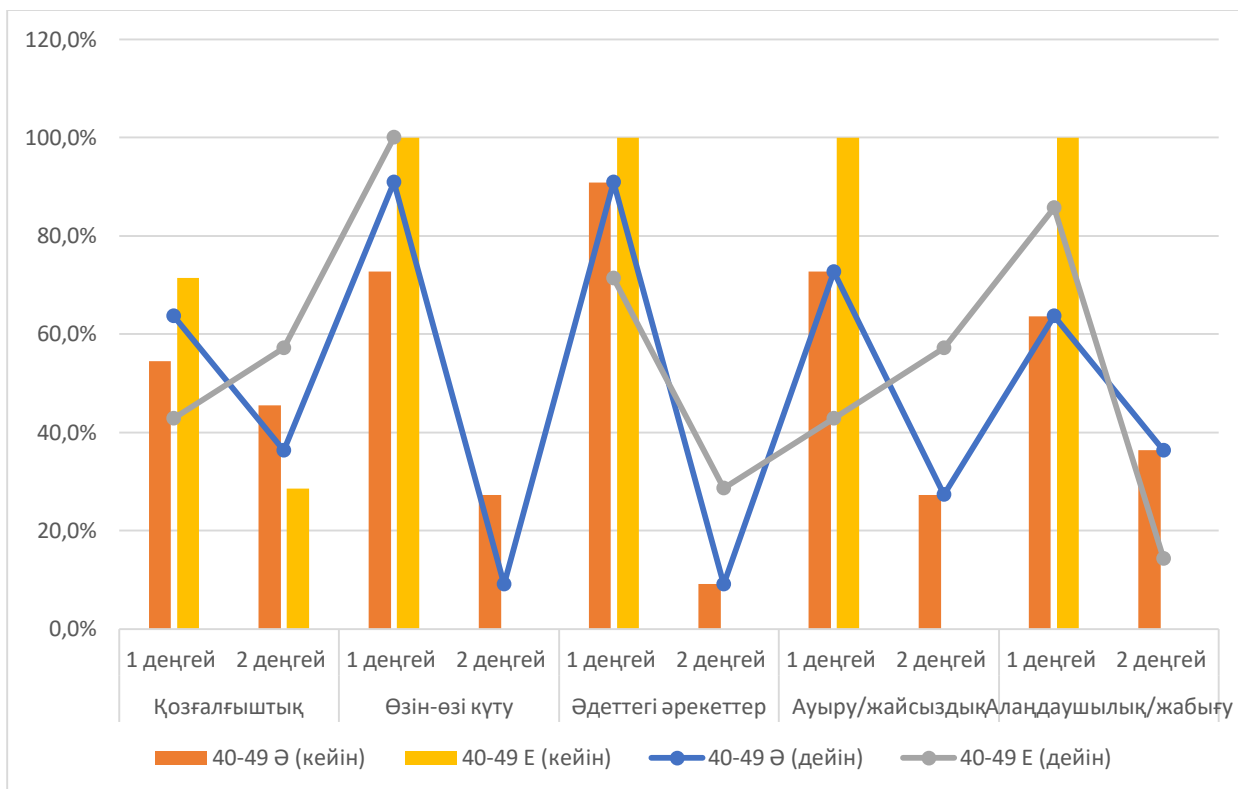
EQ-5D көрсеткіштері	Көрсеткіштер деңгейі	40-49 жас (дейін)		40-49 жас (кейін)		p*
		абс	%	абс	%	
Қозғалғыштық	1 деңгей*	9	52,9	11	61,1	1.0000
	2 деңгей*	8	47,1	7	5	
Өзін-өзі күту	1 деңгей*	16	94,4	15	83,3	0.4795
	2 деңгей*	1	5,6	3	16,6	
Әдеттегі әрекеттер	1 деңгей*	15	83,3	17	94,4	0.4795
	2 деңгей*	2	16,6	1	5,6	
Ауыру/ Жайсыздық	1 деңгей*	10	61,1	15	83,3	0.1336
	2 деңгей*	7	38,9	3	16,6	
Алаңдаушылық/ Жабығу	1 деңгей*	11	72,2	14	77,8	0.1336
	2 деңгей*	6	27,7	4	22,2	

1 деңгей\* - қиындық жоқ; 2 деңгей\* - қиындық бар  
p\* - МакНемар статистикалық критеріі бойынша ( $\alpha=0.05$ ) бағалау

Зерттеудің нәтижесінде EQ-5D сауалнамасының 5 көрсеткіштері бойынша 40-49 жас жыныстық құрылым бойынша талдағанда әйел адамдарды оқыту бағдарламасына дейін қозғалғыштық көрсеткіші бойынша қиындықтарды науқастардың 63,6% сезінсе, оқытудан кейін 36,4% науқас қиындықтарды сезінген және өзін-өзі күту көрсеткіші бойынша оқыту бағдарламасына дейін 3 (9,1%) сезінсе, оқытудан кейін де бұл науқастарда өзгеріс болмаған, ер адамдар арасында да қозғалғыштық 66,6%/4 сезінсе оқытудан кейін 33,4%/2 қиындық болған, өзін-өзі күту, әдеттегі әрекеттер, ауыру және алаңдаушылық бойынша 100%/6 науқастарда қиындық болмаған. ауруды басқару бағдарламасына дейін және кейін салыстырғанда статистикалық



маңызды айырмашылықтар болмады. Зерттеуге қатысқан 40-49 жас тобындағы науқастардың барлық көрсеткіш бойынша оқыту бағдарламасына дейін ешқандай қиындық болмағанымен түсіндіріледі (сурет 15) .



Сурет 15 - EQ-5D сауалнамасының 5 көрсеткіштері бойынша науқастардағы 40-49 жас тобы және жынысы бойынша ауруды басқару бағдарламасына дейін және кейін салыстырмалы көрсеткіші

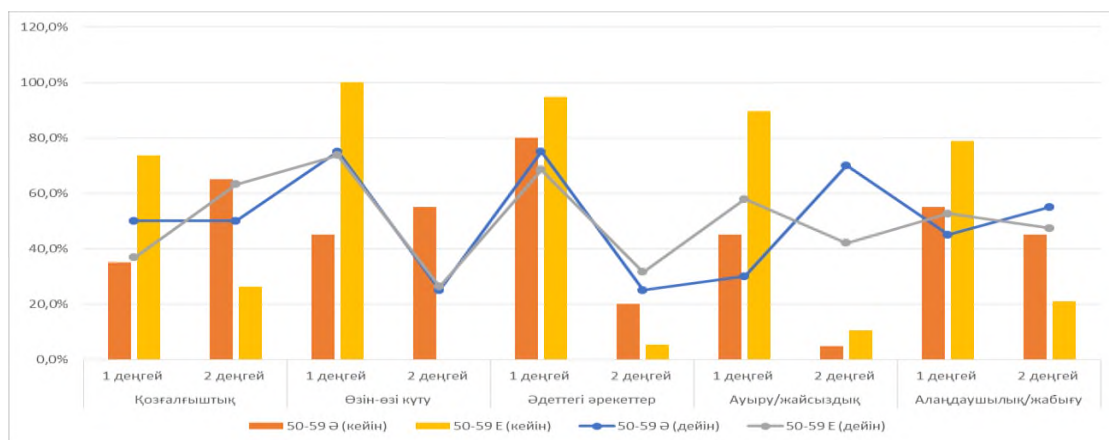
Зерттеудің нәтижесінде 50-59 жас тобындағы науқастардағы EQ-5D сауалнамасының қозғалғыштық көрсеткіші бойынша 55%/22 науқаста қиындық болса, оқытудан кейін 45%/18 қиындық болған ( $p=0.0455$ ), әдеттегі іс-әрекеттер бойынша оқытуға дейін науқастардың 30%/12 қиындық болса, оқытудан кейін 12,5%/5 қиыншылық болған ( $p=0.008151$ ), ал ауыру көрсеткіші бойынша 55%/22 науқас қиындық сезінсе, оқытудан кейін 32,5%/13 сезінген ( $p=0.0027$ ), алаңдаушылық көрсеткіштері бойынша қиыншылықтарды 50%/20 науқас ауруды басқару бағдарламасына дейін сезінген, кейін бұл көрсеткіш 32,5%/13 түскен және салыстырғанда статистикалық мәні бар айырмашылықтар алынды. Өзін-өзі күту бойынша қиыншылық науқастардың 25%/10 оқытуға дейін болса, оқытудан кейін 27,5%/11 ( $p=0.3173$ ) болған, осы көрсеткіш бойынша салыстырғанда статистикалық мәні бар айырмашылықтар болмады, яғни 50-59 жас тобында өзін-өзі күту көрсеткіші бойынша қиындықты жеңген науқастардың аз болуымен түсіндіріледі (кесте 25).

Кесте 25 - EQ-5D сауалнамасының науқастардағы 50-59 жас тобы бойынша басқару бағдарламасына дейінгі және кейінгі көрсеткіштері

EQ-5D көрсеткіштері	Көрсеткіштер деңгейі	50-59 жас (дейін)		50-59 жас (кейін)		p*
		абс	%	абс	%	
Қозғалғыштық	1 деңгей*	18	45	22	55	0.0455
	2 деңгей*	22	55	18	45	
Өзін-өзі күту	1 деңгей*	30	75	29	72,5	0.3173
	2 деңгей*	10	25	11	27,5	
Әдеттегі әрекеттер	1 деңгей*	28	70	35	87,5	0.008151
	2 деңгей*	12	30	5	12,5	
Ауыру/ Жайсыздық	1 деңгей*	18	45	27	67,5	0.0027
	2 деңгей*	22	55	13	32,5	
Алаңдаушылық/ Жабығу	1 деңгей*	20	50	27	67,5	0.008151
	2 деңгей*	20	50	13	32,5	

1 деңгей\* - қиындық жоқ; 2 деңгей\* - қиындық бар  
p\* - МакНемар статистикалық критеріі бойынша ( $\alpha=0.05$ ) бағалау

Зерттеу нәтижесінде 50-59 жас топтарын жыныстық құрылымы бойынша талдағанда ерлер (дейін-60%, кейін-25%) қозғалғыштық бойынша қиындықтарды оқыту бағдарламасынан кейін әйелдерге (дейін-50%, кейін-65%) қарағанда жеңе білген. Өзін-өзі күту көрсеткіші бойынша ер адамдар (дейін-25%, кейін-100%) әйел адамдар (дейін-25%, кейін-25%), әдеттегі әрекеттер ер адамдарда (дейін-35%, кейін-5%), әйел адамдарда(дейін-25%, кейін-20%), Ауыру/ Жайсыздық көрсеткіші бойынша ер адамдарда (дейін-35%, кейін-5%), әйел адамдарда(дейін-25%, кейін-20%), Алаңдаушылық/ Жабығу көрсеткіші бойынша ер адамдарда (дейін-25%, кейін-10%), әйел адамдарда(дейін-70%, кейін-55%) кездесті.



Сурет 16 - EQ-5D сауалнамасының 50-59 жас тобы және жынысы бойынша ауруды басқару бағдарламасына дейінгі және кейінгі салыстырмалы көрсеткіші

Зерттеудің нәтижесінде 60-69 жас тобындағы науқастардағы EQ-5D сауалнамасының қозғалғыштық бойынша 65,2%/28 қиындық болса оқытудан кейін 34,8%/15 науқаста болған ( $p=0.0001$ ), яғни бұл көрсеткіш 30,4% жақсарған. Өзін-өзі күту бойынша 39,6%/17 науқас қиындықты оқыту бағдарламасына дейін сезінсе оқыту бағдарламасынан кейін 16,3%/ 7 науқаста болған және бұл көрсеткіш 23,3% ( $p=0.0044$ ) жақсарған, әдеттегі әрекеттер бойынша қиындық 27,9%/12 науқаста болса, оқытудан кейін 9,4%/4 ( $p=0.0412$ ) жеткен, алаңдаушылық/ жабығу науқастардың 49,6%/20 кездесе оқытудан кейін 21%/9 науқаста ( $p=0.0026$ ) болған және аталған көрсеткіштер бойынша ауруды басқару бағдарламасына дейін және кейін салыстырғанда статистикалық маңызды айырмашылықтар алынды, ал ауыру/ жайсыздық көрсеткіші бойынша қиындықтарды ауруды басқару бағдарламасына дейін және кейін салыстырғанда статистикалық маңызды айырмашылықтардың ( $p=0.2482$ ) болмағаны анықталды. Бұл көрсеткіш науқастардың ауыру жайсыздықты сезінуі ӨСОА бейімделуінің жий жүруімен түсіндіріледі (кесте 26).

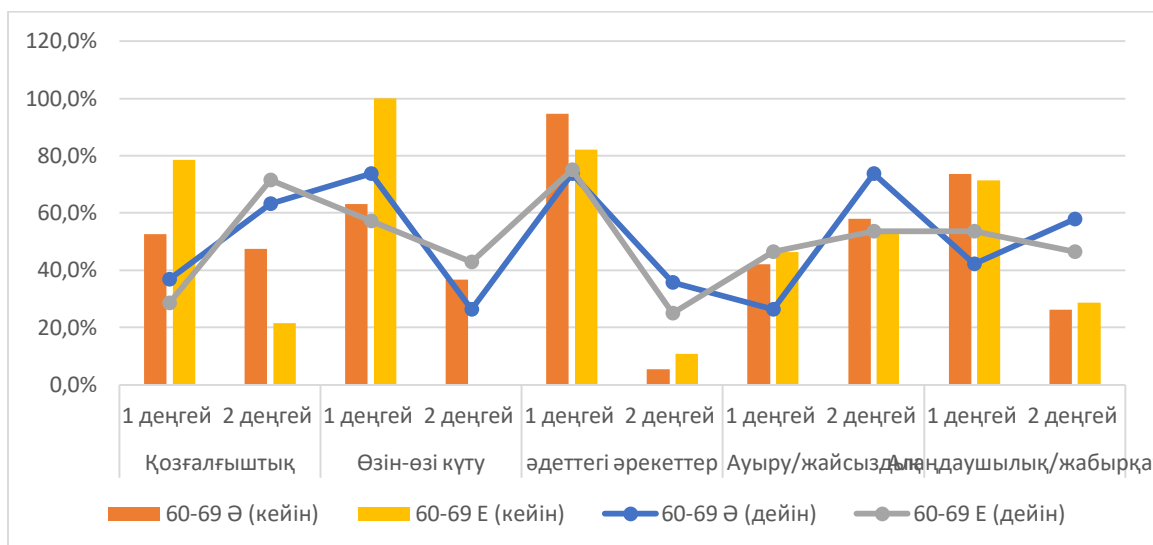
Кесте 26 - EQ-5D сауалнамасының науқастардағы 60-69 жас тобы мен жынысы жіктелісі бойынша басқару бағдарламасына дейінгі және кейінгі көрсеткіштері

EQ-5D көрсеткіштері	Көрсеткіштер деңгейі	60-69 жас дейін)		60-69 жас (кейін)		p*
		abc	%	abc	%	
Қозғалғыштық	1 деңгей*	15	34,8	28	65,2	0.0001
	2 деңгей*	28	65,2	15	34,8	
Өзін-өзі күту	1 деңгей*	26	60,4	36	83,7	0.0044
	2 деңгей*	17	39,6	7	16,3	
Әдеттегі әрекеттер	1 деңгей*	31	72,1	39	90,6	0.0412
	2 деңгей*	12	27,9	4	9,4	
Ауыру/ Жайсыздық	1 деңгей*	12	27,9	17	39,5	0.2482
	2 деңгей*	31	72,1	26	60,5	
Алаңдаушылық/ Жабығу	1 деңгей*	23	53,4	34	79	0.0026
	2 деңгей*	20	49,6	9	21	

1 деңгей\* - қиындық жоқ; 2 деңгей\* - қиындық бар  
p\* - Мак-Немар статистикалық критеріі бойынша ( $\alpha=0.05$ ) бағалау

Зерттеу нәтижесінде оқытудан кейін 60-69 жас тобын жыныстық құрылым бойынша талдағанда қозғалғыштық көрсеткіші бойынша әйел адамдарда - 15,8 %; ер адамдарда- 50%, әдеттегі әрекеттер бойынша әйел адамдарда - 30,4%; ер адамдар- 100%, ауыру/ жайсыздық әйел адамдарда -15,2%;

алаңдаушылық/ жабығу әйел адамдарда- 31,6%; ер адамдарда-17,8% көрсеткіштер жақсарған (сурет 17).



Сурет 17 - EQ-5D сауалнамасының 60-69 жас тобы және жынысы бойынша ауруды басқару бағдарламасына дейінгі және кейінгі салыстырмалы көрсеткіші

Зерттеудің нәтижесінде 70 жастан жоғары жас тобындағы науқастардағы EQ-5D сауалнамасының қозғалғыштық жағынан қиындық оқытуға дейін 73,7%/28 науқаста болса, оқытудан кейін 37%/14 ( $p=0.0044$ ) науқаста болған, өзін-өзі күту 52,7%/20 оқытудан кейін 16%/6 ( $p=0.0044$ ) кездескен, алаңдаушылық/ жабығу 60,6%/23 науқаста оқытуға дейін болса, оқытудан кейін 29%/11 ( $p=0,0233$ ) сезілген. Әдеттегі әрекеттер 29%/11 оқытуға дейін қиындық, оқытудан кейін 18,5%/7 ( $p=0.0736$ ) болған, ал ауыру/ жайсыздық көрсеткіші бойынша қиындықтарды ауруды басқару бағдарламасына дейін және кейін салыстырғанда статистикалық маңызды айырмашылықтардың болмағаны анықталды (кесте 27).

Кесте 27 - EQ-5D сауалнамасының науқастардағы 70-тен жоғары жас пен жынысы жіктелісі бойынша басқару бағдарламасына дейінгі және кейінгі көрсеткіштері

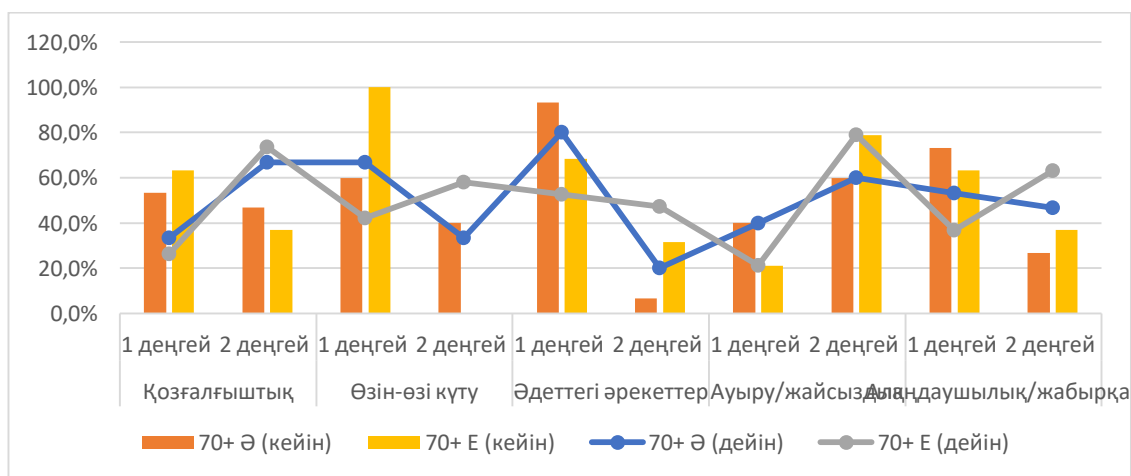
EQ-5D көрсеткіштері	Көрсеткіштер деңгейі	70 жастан жоғары (дейін)		70 жастан жоғары (кейін)		P*
		абс	%	абс	%	
1	2	3	4	5	6	7
Қозғалғыштық	1 деңгей*	10	26,3	24	63	0.0044
	2 деңгей*	28	73,7	14	37	

27 кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7
Өзін-өзі күту	1 деңгей*	18	47,3	32	84	0.0044
	2 деңгей*	20	52,7	6	16	
Әдеттегі әрекеттер	1 деңгей*	27	71	31	81,5	0.0736
	2 деңгей*	11	29	7	18,5	
Ауыру/ Жайсыздық	1 деңгей*	14	36,8	14	36,8	0,0610
	2 деңгей*	24	63,2	24	63,2	
Алаңдаушылық/ Жабығу	1 деңгей*	15	39,4	27	71	0,0233
	2 деңгей*	23	60,6	11	29	

1 деңгей\* - қиындық жоқ, 2 деңгей\* - қиындық бар  
 р\* - Мак-Немар статистикалық критеріі бойынша ( $\alpha=0.05$ ) бағалау

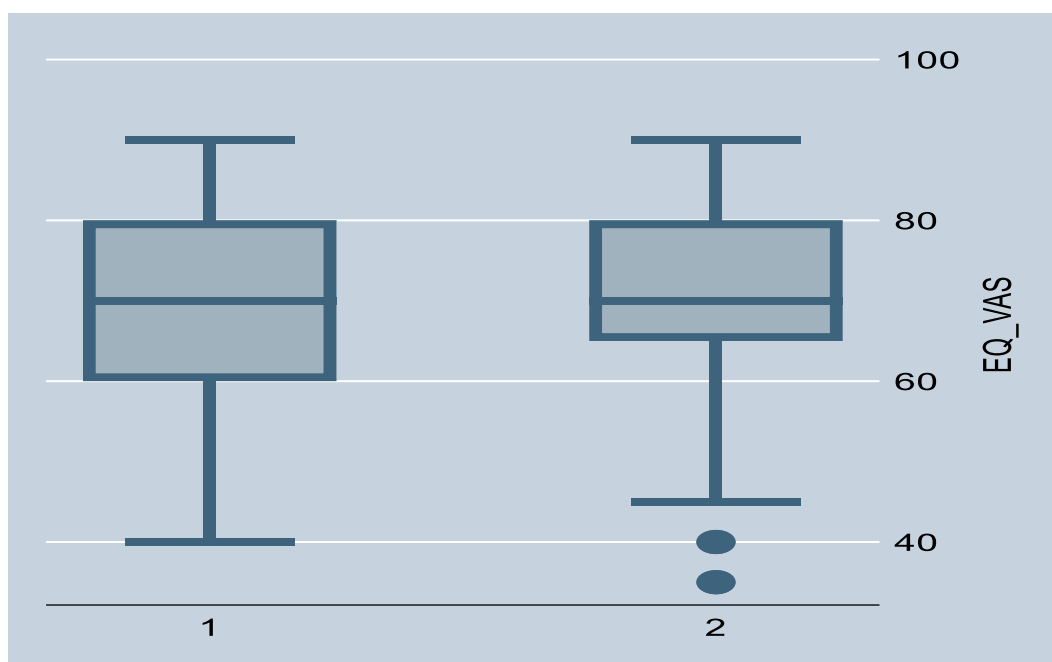
Біздің зерттеуімізде 70 жастан жоғары жас топтарын жыныстық құрылымы бойынша талдағанда ерлер (дейін-73,7%, кейін-36,8%) қозғалғыштық бойынша қиындықтарды оқыту бағдарламасынан кейін әйелдерге (дейін-66,7%, кейін-46,7%) қарағанда жеңе білген. Өзін-өзі күту көрсеткіші бойынша ер адамдар (дейін-57,9%, кейін-100%) әйел адамдар (дейін-33,3%, кейін-40%), әдеттегі әрекеттер ер адамдарда (дейін-47,4%, кейін-31,6%), әйел адамдарда (дейін-20,0%, кейін-6,7%), Ауыру/ Жайсыздық көрсеткіші бойынша ер адамдарда (дейін-40,0%, кейін-40,0%), әйел адамдарда(дейін-21,1%, кейін-21,1%), Алаңдаушылық/ Жабығу көрсеткіші бойынша ер адамдарда (дейін-60,0%, кейін-60,0%), әйел адамдарда (дейін-78,9%, кейін-78,9%) кездесті.



Сурет 18 - EQ-5D сауалнамасының 70-тен жоғары жас пен жынысы бойынша ауруды басқару бағдарламасына дейінгі және кейінгі салыстырмалы көрсеткіші

Осылайша, ӨОСА ауыратын науқастардың өмір сапасын EQ-5D сауалнамасы көмегімен бағалағанда қозғалғыштық, өзін-өзі күту, әдеттегі әрекеттер, ауыру/ жайсыздық, алаңдаушылық/ жабығу көрсеткіштері бойынша оқыту бағдарламасына дейінгі шектеулерді науқастар оқыту бағдарламасынан кейін жеңе білгені, оқыту бағдарламасы өмір сапасының негізгі көрсеткіштерінің жақсаруына әкелетін растайды.

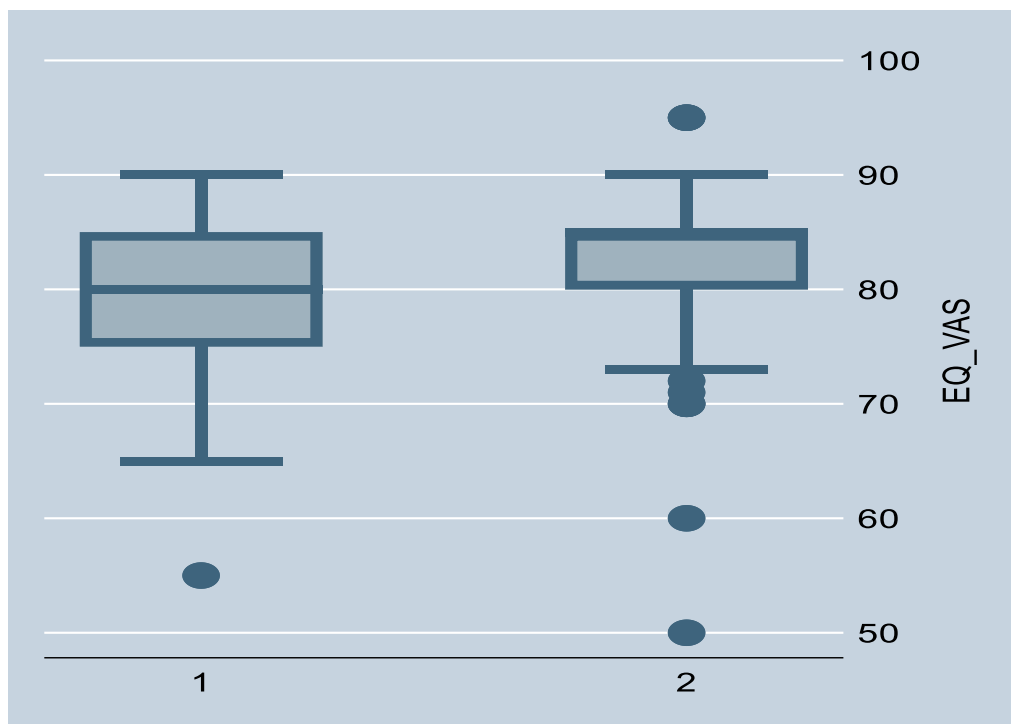
EQ-5D сауалнамасының екінші бөлімі VAS шкаласы бойынша зерттеудің нәтижесінде зерттеуге қатысқан екі топтың (ерлер мен әйелдер) ауруды басқару бағдарламасына дейін өз денсаулығын бағалау ықтималдылығының таралуы 40-тан 85-ке дейін екенін байқаймыз, екі топ үшін де таралу диапазоны 45-ке тең болды. Ерлер үшін 25-ші перцентиль 60 VAS көрсеткіші деңгейінде, ал 75-і перцентиль 80-ге тең, ал әйелдер тобы үшін VAS көрсеткішінің 25-ші перцентиль 65-ші және 75-ші перцентиль 80 VAS көрсеткіш деңгейін көрсетеді. Дегенмен екі топ үшін де медиана 78 VAS көрсеткіші болып табылады. Екі топтың да ең төменгі VAS көрсеткіші 70, ал ең жоғарғы VAS көрсеткіші – 85 деңгейінде (сурет-19).



Сурет 19 - Ауруды басқару бағдарламасына дейінгі жыныстық құрылым бойынша VAS шкаласының көрсеткіштері (1- ер; 2 – әйел)

Оқыту бағдарламасынан кейін науқастардың пікірінше, салыстырмалы топтарға арналған VAS шкаласының көрсеткіштерінің жақсарғанын байқаймыз. Екі топта да ықтималдылықтың таралуы 90-ға жуық, екі топ үшін де науқастардың нәтижелерінің таралу ауқымы 25-ге тең. Сонымен қатар екі топта да жоғарғы кватилдің диапазоны 90 шегінде және төменгі кватилде ерлерде 65, ал әйелдер арасында 75-і байқалады. Дегенмен, медиана ерлерде сәл жоғары және 88 көрсетсе, әйелдерде 87 көрсетеді. Әйелдерде 90 және 100 шкаласы аралығында бір алшақтық, 70 пен 75 аралығында бір алшақтық, 50 мен 60 аралығында екі алшақтық көрсеткіші бар.

Зерттеудің нәтижелерінің VAS шкаласы бойынша ерлер арасында өмір сапасын көрсеткіштерінің 10 шкалаға жақсару басымдылығын байқаймыз, ал әйелдер арасында VAS шкаласының жақсаруының төменгі кuartили 74-тен 85-ге дейін байқалады, ал жоғарғы кuartили 77-ден 90 дейінгі аралықта (сурет 20).



Сурет 20 - Ауруды басқару бағдарламасынан кейінгі жыныстық құрылым бойынша VAS шкаласының көрсеткіштері ( 1 -ер; 2 – әйел)

Төмендегі кестеде көрсетілгендей ауруды басқару бағдарламасына дейін және кейін жас топтары және жыныстық құрылымы бойынша салыстырғанда 40-49 жас тобында VAS шкаласымен денсаулық күйінің орташа мәні оқытуға дейін әйел адамдарға (76) қарағанда ер адамдарда (73,57) төмен, ал оқытудан кейін бірдей деңгейде денсаулық күйін сезінген (әйел=85,18; еркек=85), 50-59 жас тобында оқытуға дейін әйелдерде (68,05) ер адамдарға (72,05) қарағанда төмен болса оқытудан кейін шамалас болғаны (әйел=85,25;еркек=84,74) анықталды. 60-69 жас тобында және 70 жастан жоғары жас тобындағы әйел адамдарға қарағанда ер адамдарда оқытуға дейін VAS шкаласымен денсаулық күйі төмен көрсеткішті көрсетсе, оқытудан кейін екі топта денсаулық күйі шамалас көрсеткіштерді байқадық.

Барлық жас топтары және жыныс құрылымы бойынша EQ VAS шкаласымен өзін-өзі басқару бағдарламасының нәтижелілігін бір жақты және екі жақты t.test статистикалық критериймен бағалағанда статистикалық маңызы бар көрсеткіштер анықталды (кесте 28).

Осылайша, біздің талдауымыз көрсетіп отырғандай, ауруды басқару бағдарламасына дейін VAS шкаласы бойынша және EQ 5D негізгі көрсеткіштері жас топтары мен жыныстық құрылымына қарай

қозғалғыштық, өзін-өзі күту, әдеттегі іс- әрекеттері, ауыру/жайсыздық, алаңдаушылық/жабырқау бойынша туындаған шектеулер ӨСОА бар науқастардың өмір сапасының қиындықтарына әкелгені анықталды.



Кесте 28 -Жас топтары және жынысқа EQ VAS бойынша өзін-өзі басқару бағдарламасының нәтижелілігін бағалау (t.test статистикалық критерий)

EQ VAS шкаласы	Жас топтары															
	40-49 жас тобы				50-59 жас тобы				60-69 жас тобы				70 жоғары жас тобы			
	Ә*1	Ә*2	Е*1	Е*2	Ә*1	Ә*2	Е*1	Е*2	Ә*1	Ә*2	Е*1	Е*2	Ә*1	Ә*2	Е*1	Е*2
Орташа мәні	76	85,18	73,57	85	68,05	85,25	72,05	84,74	72,26	84,47	70,25	85,25	71	85,07	65,84	83,79
Стандартты ауытқуы	10,89	3,22	7,79	2,89	13,96	3,43	9,62	3,11	7,26	3,29	10,81	4,88	10,43	3,99	11,06	4,93
Медианасы	80	85	73	85	70	85	71	85	72	85	68	85	70	85	62	85
Q1	67,5	85	67,5	85	62,5	85	68	85	68	85	60	85	67	85	60	82,5
Q3	83,5	86	78,5	85	80	85	80	85	80	85	80	86	77	85	70	85
Р бір жақты (t.test)	0,0201		0,0025		1,02502E-05		1,14882E-05		1,97E-06		5,49E-08		0,00014608		4,54E-07	
Р екі жақты (t.test)	0,0402		0,005		2,05005E-05		2,29764E-05		3,95E-06		1,10E-07		0,000292161		9,09E-07	
	Статистикалық мәнді		Статистикалық мәнді		Статистикалық мәнді		Статистикалық мәнді		Статистикалық мәнді		Статистикалық мәнді		Статистикалық мәнді		Статистикалық мәнді	
<p>Ә*1 - әйел оқытуға дейін, Е*1- еркек оқытуға дейін                  Ә*2 - әйел оқытудан кейін, Е*2- еркек оқытудан кейін</p>																

Жас топтары мен жыныстық құрылымына байланысты ауруды басқару бағдарламасынан кейін VAS шкаласы бойынша денсаулық күйінің деңгейінің жоғарылағанын және қозғалғыштық, өзін-өзі күту, әдеттегі іс- әрекеттері, ауыру/жайсыздық, алаңдаушылық/жабырқау сияқты өмір сапасының негізгі көрсеткіштеріне байланысты туындаған шектеулердің азайғанын, яғни өз ауруын басқару бағдарламасының оң нәтиже бергенін көрсетеді.

Зерттеу аясында EQ-5D сауалнамасының 5 көрсеткіштері бойынша науқастардағы шектеулердің ауруды басқару бағдарламасын жүргізгенге дейін және кейін салыстырғанда статистикалық мәнді көрсеткіштер анықталды.

Сонымен, өз ауруын басқару бағдарламасы аурудың ағымына және болжамына әсер ететін қозғалғыштық, өзін-өзі күту, уақытылы және тұрақты дәрі-дәрмектер қабылдау сияқты көрсеткіштер бойынша оң нәтижелер береді және өз кезегінде өмір сапасын жақсартады.

## ҚОРЫТЫНДЫ

**Осылайша, зерттеудің нәтижелері төмендегідей шешімдерді негіздеуге мүмкіндік берді:**

1. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруының аурушандығының халықаралық және отандық тәжірибелерін талдау барысында әдеби мәліметтерге сәйкес, бүгінгі күні өкпенің созылмалы обструктивті ауруының аурушандығы мен ауыртпалығына байланысты мәселелер айтарлықтай өзекті. Біздің зерттеуіміз көрсеткендей 2013-2017 зерттеу кезеңінде 100 мың тұрғынға шаққандағы аурушандық деңгейі Ақтөбе қаласында 2014 жылы 20, 05; ал аудандарда 2015 жылы 62,40 болды.

2. Ақтөбе облысында өкпенің созылмалы обструктивті ауруының ауыртпалығын жылы, жасы және жынысы бойынша бағалау барысында 2015 жылы YLL-дің ең көп саны (1000 адамға шаққандағы жиынтық көрсеткіш - 11 585 жыл болса, оның ішінде аудандарда - 8 444, ал қалада - 3,121 жылға тең) 45-59 жас аралығындағы өлім-жітімнің болуына байланысты. Жалпы алғанда, барлық зерттелген жылдардағы қала және аудандар көрсеткіштерін салыстырғанда жоғалған жылдар аудандарда жоғары болып табылады. YLD ең жоғарғы көрсеткіші 2017 жылы байқалады, олардың жалпы саны 1000 адамға шаққанда 139,152 құрайды, оның 87,461-і аудандарда, ал 51 690-ы қала бойынша. 2017 жылы ауыртпалықтың ең жоғарғы көрсеткіші -160,92 байқалады, оның ішінде аудандар бойынша- 96,32 және қалада - 64,6 жылды құрайды, сондай-ақ барлық зерттелген жылдардағы ауыртпалық 55 жас және одан жоғары жас тобында болды және халықаралық тәжірибеге сәйкес ер адамдар арасында біршама басым.

3. Ақтөбе қаласы бойынша өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға өзін-өзі басқару бағдарламасын әзірлеу және сынау барысында ауруды басқару бағдарламасына оқытуға дейін және одан кейін салыстырғанда әйелдер үшін 15.4% ( $p=0.001$ ), ерлер арасында 17,8% ( $p=0.0008$ ) оң көрсеткіш берді, тыныс алу жаттығуы ( $p= 0,000000000000256$ ) әйелдер арасында 33,85% ( $p=0.02$ ) және ерлерарасында 31,5% ( $p =0.0005$ ) жақсарса, әйелдер арасында психологтарға жүгіну көрсеткіші 5.3% ( $p=0.004$ ) және ерлер үшін 15,1% ( $p = 0,0005$ ) жақсарған. Бағдарлама науқастардың осы тобында ауруханаға жатқызу жиілігінің 1,4% -ға дейін төмендеуіне ықпал етті.

4. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастардың өмір сапасына өзін-өзі басқару бағдарламасының әсерін анықтау кезінде EQ-5D өмір сапасын бағалайтын халықаралық сауалнамасына сәйкес, науқастың өзін-өзі басқару бағдарламасына дейін және кейін зерттеу кезеңінде: қозғалғыштық 24% ( $p= 0.0001$ ), өзін-өзі күту 12% ( $p=0.0001$ ), күнделікті іс-әрекет 15% ( $p=0.0001$ ), ауырсыну/жайсыздық 10% ( $p=0.0003$ ), алаңдаушылық/жабырқау 20% ( $p=0.0003$ ) жақсарды. Атап айтқанда, 50-59 жас аралығындағы науқастарда, күнделікті әрекеттер 57,5% екінші категориядан біріншіге дейін ( $p=0-0,008$ ), ауырсыну/ыңғайсыздық 12,5% ( $p=0,002$ ), ауру-сырқау , 5%

( $p=0.008$ ); 60-69 жас аралығында 29,4% ( $p=0,002$ ); 70 жастан жоғары 10,7% қозғалғыштық ( $p=0,01\%$ ) және өзін-өзі күту 31,3% ( $p=0,004$ ) жақсарды. VAS шкаласы бойынша барлық жас топтарында оң көрсеткіштер байқалды, өз денсаулық күйлерін бағалау, әйелдерге жас топтары арналған медиана бойынша 5-тен 15-ге дейін, ер адамдар үшін 12-ден 23-ге дейін өзгерді.

## ТӘЖІРИБЕЛІК ҰСЫНЫСТАР

1. Аудандарда, өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарды басқару үшін аудандық дәрігерлік қызметтің біліктілік деңгейін анықтау керек. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар жас науқастардағы ҮЛЛ-ға әсер ететін өлім-жітімінің себептерін анықтау қажет, сондай-ақ 55 жастағы және одан жоғары жастағы ӨСОА бар науқастармен жаңа медициналық технологияларды енгізу арқылы, сондай-ақ ӨСОА бар науқастарды ертерек анықтау арқылы жұмыс жасауды күшейту керек.
2. Науқастардың өмір сүру сапасын жақсарту үшін, науқастың өзін-өзі басқаруға үйретуге оқыту негізінде ӨСОА басқару бағдарламаларын енгізу, дұрыс тамақтану, дәрі-дәрмектерді уақытылы қабылдау, тыныс алу жаттығуларын үйрену, жасау және тағы басқа мәселелерді шешу, сондай-ақ уақытылы психологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыратын көпсалалы топты жұмылдыру қажет.
3. Ауруды басқару бағдарламаларын енгізудің тиімділігін және науқастардың өмір сүру сапасын бағалауды науқастардың өзін-өзі бағалауы арқылы, ауру көрсеткіштерін зерттеу кезінде экономикалық әсерді есептеуге DALY және QALY халықаралық құралдарды пайдалану керек.

## ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 "Мемлекет басшысының 2012 жылғы 14 желтоқсандағы "Қазақстан-2050" стратегиясы - қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты" атты Қазақстан халқына Жолдауын іске асыру жөніндегі шаралар туралы" Қазақстан Республикасының Президенті Жарлығының жобасы туралы Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2012 жылғы 15 желтоқсандағы № 1611 Қаулысы.  
<http://adilet.zan.kz> 15.01.2016.
- 2 World Health Organization. The 10 leading causes of death in the world, 2000 and 2012. The top 10 causes of death; 2014.  
<http://www.who.int/mediacentre> 22.01.2016
- 3 Антонов Н.С., Сахарова Г.М. Хроническая обструктивная болезнь легких у курящих: ранняя стадия болезни // Терапевтический архив. – 2009. – № 3. – С.82-84.
- 4 Добрых В.А., Колосов В.П., Пашковская О.С., Гнатюк О.П., Мун И.Е., Ключкова В.Н. Заболеваемость хроническим бронхитом и ХОБЛ и смертность от ХОБЛ среди городского мужского населения Приамурья // Дальневосточный медицинский журнал. - 2008.- № 2.- С. 6-8.
- 5 Bednarek M, Gorecka D, Wielgomas J, et al. Smokers with airway obstruction are more likely to quit smoking // Thorax.- 2006. - Vol. 61 10 –P. 869-873.  
<https://doi.org> 22.01.2016.
- 6 Soriano J.B, Rodriguez-Roisin R. Chronic obstructive pulmonary disease overview: epidemiology, risk factors, and clinical presentation // Proc Am Thorac Soc.- 2011.- 8(4).-P.363–367
7. Shavelle R.M., Paculdo D.R., Kush S.J., Mannino D.M., Strauss D.J. Life expectancy and years of life lost in chronic obstructive pulmonary disease: findings from the NHANES III Follow-up Study // Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.- 2009.- №4.- P.137–148.
- 8 Белевский А.С., Визель А.А., Зырянов С.К., Игнатова Г.Л., Колбин А.С., Лещенко И.В., Титова О.Н., Фролов М.Ю. Хроническая обструктивная болезнь легких: проблемы сегодняшнего дня // Журнал Практическая пульмонология . -2015. -№ 3. -С. 18-23.
- 9 Polatli M, Ben Kheder A, Wali S, et al Chronic obstructive pulmonary disease and associated healthcare resource consumption in the Middle East and North Africa: the BREATHE study // Respir Med. -2012. -106(Suppl 2). –P.S75–85
- 10 Di Bonaventura Md, Paulose-Ram R, Su J, McDonald M, Zou K.H, Wagner J.S, Shah H. The impact of COPD on quality of life, productivity loss, and resource use among the elderly United States workforce. // COPD. – 2012. -9(1).- P.46-57.
- 11 Rennard S, Decramer M, Calverley P.M, et al. Impact of COPD in North America and Europe in 2000: subjects' perspective of Confronting COPD International Survey // Eur Respir J.- 2002.-20(4).-P.799–805
- 12 Hu J, Meek P. Health-related quality of life in individuals with chronic obstructive pulmonary disease // Heart Lung.- 2005.-34(6).-P.415–422.

- 13 Joshi M, Joshi A, Bartter T. Symptom burden in chronic obstructive pulmonary disease and cancer // *Curr Opin Pulm Med.*- 2012.-18(2).-P.97–103.
- 14 Похазникова М.А. Современные подходы распространенности хронической обструктивной болезни легких // *Российский семейный врач.*- 2010.- С.35-39.
15. Бабанов С.А. Хронические обструктивные болезни легких. Федеральная программа / *Хроническая обструктивная болезнь легких // Терапевт.* – 2010. – № 4. – С. 59-67.
- 16 Видякина Е.Э. Фармакоэпидемиологическая и фармакоэкономическая оценка лекарственной терапии хронической обструктивной болезни легких. в условиях повседневной лечебной практики: дисс...канд.мед.наук: 14.03.06/ ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации. -Казань,2017. – 26-27 с. № 766657
- 17 National Heart Lung and Blood Institute. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Bethesda, ML: NHLBI // *Am J Respir Crit Care Med.*- 2001.-163.- P .1256–1276.
- 18 Decramer M, Wim Janssens, Marc Miravittles. Chronic Obstructive Pulmonary Disease// *Lancet.*- 2012.- 379.- P. 1341–1351
- 19 BMJ Clinical Evidence, COPD <http://clinicalevidence.bmj.com>. 27.01.2016
- 20 Nacul L, Soljak M, Meade T. Model for estimating the population prevalence of chronic obstructive pulmonary disease: cross sectional data from the Health Survey for England.// *Popul Health Metrics.*- 2007.- Vol.5,№1.- P. 8
- 21 Kwon H.Y, Kim E. Factors contributing to quality of life in COPD patients in South Korea.// *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.*- 2016.-№11.- P.103-9.
- 22 Игнатъев В.А., Титова О.Н. Хроническая обструктивная болезнь легких: эпидемиология и экономический ущерб // *Вестник Санкт - Петербургского университета.*- Серия 11. Вып. 4.- 2007.- С. 37–46.
- 23 Султанбекова Б., Аканов А., Кошербаева Л., Куракбаев К., Карсакбаева Л. Анализ глобального бремени болезней Республики Казахстан 2000-2012 годах // *Вестник Казахского национального университета.*- №2.- 2015. –С. 575-577
- 24 Султанбекова Б.М. Глобальное бремя болезней в Казахстане: дисс. ... на соискание доктора философии (PhD):6D110200–Общественное здравоохранение / *Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова.*-Алматы,2016.- С 55.
- 25 Германюк Т. А.Теоретические и методологические основы улучшения состояния здоровья населения Республики Казахстан в условиях социально-экономических преобразованиях: дисс. ... докт. мед. наук: / Алматы, 2001.- 318 с.
- 26 Rabe K.F, Hurd S, Anzueto A, et al. Global Initiative for Chronich Obstructive Lung Disease Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary // *Am J Respir Crit Care Med.* -2007.-176(6). P.532–555

- 27 GOLD 2014 Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2014 г.) / Пер. с англ. Под ред. Белевского А.С. – М.: Российское респираторное общество. - 2014. – 92 с
- 28 Mollaoglu M, Fertelli T.K, Tuncay F.Ö Fatigue and disability in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). //Arch Gerontol Geriatr.- 2011.-53(2).- P. 93-8.
- 29 Кытикова О.Ю., Гвозденко Т.А. Влияние хронической обструктивной болезни легких на качество жизни больных разных возрастных групп // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. - 2015.- Вып.55. -С.35–38
- 30 de Marco R, Accordini S, Marcon A, Cerveri I, Antó J.M, Gislason T, Heinrich J, Janson C, Jarvis D, Kuenzli N, Leynaert B, Sunyer J, Svanes C, Wjst M, Burney P; European Community Respiratory Health Survey (ECRHS) Risk factors for chronic obstructive pulmonary disease in a European cohort of young adults // Am J Respir Crit Care Med. -2011.-183(7).-P. 891-7
- 31 Tea Vos. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 // The Lancet. -2015.-386. -P.743–800.
- 32 Murray C.J.L, Lopez A.D. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global burden of disease study // Lancet.-1997.-349.- P.1498–1504
- 33 Пронина Е.Ю. Вершина айсберга: эпидемиология ХОБЛ (обзор литературы) // Вестник современной клинической медицины.- 2011.- Т.4, №3. С.18–23.
- 34 Doucet M, Rochette L, Hamel D. Incidence, Prevalence, and Mortality Trends in Chronic Obstructive Pulmonary Disease over 2001 to 2011: A Public Health Point of View of the Burden // Can Respir J.-2016. - P.751
- 35 Halbert R.J, Natoli J.L, Gano A, Badamgarav E, Buist A.S, Mannino D.M. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis // Eur Respir J. - 2006. -28(3). -P.523-32.
- 36 Краснова Ю.Н., Гримайлова Е.В., Петухова Е.А. и др. Распространенность хронической обструктивной болезни легких среди взрослого сельского населения Иркутской области // Пульмонология. — 2005. — № 956. — С.257.
- 37 Buist A.S, McBurnie M.A, Vollmer W.M, Gillespie S, Burney P, Mannino DM, Menezes AM, Sullivan SD, Lee TA, Weiss KB, Jensen RL, Marks GB, Gulsvik A, Nizankowska-Mogilnicka E; BOLD Collaborative Research Group. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study // Lancet. -2007. -1;370(9589).- P.741-50.
- 38 Landis S.H, Muellerova H, Mannino D.M, et al. Continuing to confront COPD international patient survey: methods, COPD prevalence, and disease burden in 2012–2013 // Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.- 2014.- 9. - P.597–611.



- 39 Uzaslan E, Mahboub B, Beji M, et al. The burden of chronic obstructive pulmonary disease in the Middle East and North Africa: results of the BREATHE study // *Respir Med.* -2012. -106(Suppl 2). -P.S45–S59.
- 40 Prince M.J, Wu F, Guo Y, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice // *Lancet.* -2014. -385. - P.549–562.
- 41 Muka T, Imo D, Jaspers L, et al. The global impact of non-communicable diseases on healthcare spending and national income: a systematic review // *Eur J Epidemiol.* -2015. -30.- P.251–277.
- 42 Herse F, Kiljander T, Lehtimaki L. Annual costs of chronic obstructive pulmonary disease in Finland during 1996–2006 and a prediction model for 2007–2030 // *NPJ Prim Care Respir Med.*-2015. -25.- P.15015.
- 43 Хроническая обструктивная болезнь легких / под ред. А.Г.Чучалина. -М.: Атмосфера, 2008. -568 с.
- 44 Vestbo J, Hurd S.S, Agustí A.G, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease GOLD executive summary // *Am J Resp Crit Care.* -2013.-187. P.347–365.
- 45 Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Айсанов З.Р., Белевский А.С., Лещенко И.В., Мещерякова Н.Н., Овчаренко С.И., Шмелев Е.И. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких. Российское респираторное общество // *Пульмонология.* - 2014. -№3. -С.15–54.
- 46 Визель А.А., Визель И.Ю, Амиров Н.Б. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) премены, как повод для обсуждения.//*Вестник современной клинической медицины.* -2015.- Т.8, №1.-С 61-69
- 47 Lamprecht B, McBurnie M.A, Vollmer W.M, Gudmundsson G, Welte T, Nizankowska-Mogilnicka E5, Studnicka M, Bateman E, Anto J.M, Burney P, Mannino D.M, Buist S.A; BOLD Collaborative Research COPD in never smokers: results from the population-based burden of obstructive lung disease study Group // *Chest.* -2011. -139(4).- P.752-763.
- 48 Menn P., Heinrich J., Huber R.M., Jörres R.A., John J., Karrasch S., Peters A., Schulz H., Holle R. Direct medical costs of COPD – an excess cost approach based on two population-based studies // *Respir. Med.* -2012. -Vol.106, №4. -P.540–548
- 49 Nattori K., Kida K. Management of older adults with COPD // *Nihon Rinsho.* - 2016. -Vol.74, №5. -P.858–863.
- 50 Стародубов В.И., Леонов С.А., Вайсман Д.Ш. Анализ основных тенденций изменения заболеваемости населения хроническими обструктивными болезнями легких и бронхоэктатической болезнью в Российской Федерации в 2005–2012 годах // *Медицина.* -2013. -Т.1, №4. -С.1–31
- 51 Centers for Disease Control and Prevention. Chronic obstructive disease among adults—United States, 2011.//*MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* -2012. -61. -P 938–943.
- 52 National Heart, Lung, and Blood Institute. Morbidity and Mortality 2012 Chart book on Cardiovascular, Lung, and Blood Diseases. Bethesda, MD: US

- Department of Health and Human Services, Public Health Service. National Institute of Health <http://www.nhlbi.nih.gov> 29. 01. 2016.
- 53 Abramson M, Matheson M, Wharton C, Sim M, Walters E.H. Prevalence of respiratory symptoms related to chronic obstructive pulmonary disease and asthma among middle aged and older adults // *Respirology*. -2002. -7.- P 325–331.
- 54 Balmes J, Becklake M, Blanc P, et al. American Thoracic Society Statement: occupational contribution to the burden of airway disease // *Am J Respir Crit Care Med*. -2003.-167.- P .787–797.
- 55 Bang K.M, Syamlal G, Mazurek J.M. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in the U.S. working population: an analysis of data from the 1997–2004 National Health Interview Survey // *COPD*. -2009.-6.- P.380–387.
- 56 Blanc P.D, Iribarren C, Trupin L, et al. Occupational exposures and the risk of COPD: dusty trades revisited // *Thorax*. -2009.-64.- P.6–12.
- 57 Okechukwu C.A, Dutra L.M, Bacic J, El Ayadi A, Emmons K.M. Home matters: work and household predictors of smoking and cessation among blue-collar workers // *Prevent Med*. -2013.-56.- P.103–134
- 58 Doney B, Hnizdo E, Syamlal G, et al. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among US working adults aged 40 to 70 years. National Health Interview Survey data 2004 to 2011 // *J Occup Environ Med*. -2014. -56(10). - P.1088-93.
- 59 The National Lung Health Education Program Executive Committee. Strategies in preserving lung health and preventing COPD and associated diseases. The National Lung Health Education Program (NLHEP) // *Chest*. -1998.-113. -P .123S–163S.
- 60 Ray D, Abel R, Selvaraj K.G. A 5-yr prospective epidemiological study of chronic obstructive pulmonary disease in rural south India // *Indian J Med Res*. - 1995. -101. P. 238–244.
- 61 Menezes A.M, Perez-Padilla R, Jardim J.R, Muino A, Lopez M.V, Valdivia G, Montes de Oca M, Talamo C, Hallal P.C, Victora C.G. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study // *Lancet*. -2005. -366.- P.1875–1881.
- 62 Ministry of Health and Welfare. Korean centers for disease control and prevention: 2010 / Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES V-1) -Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2011.
- 63 Pickard A.S, Wilke C, Jung E, Patel S, Stavem K, Lee T.A. Use of a preference-based measure of health (EQ-5D) in COPD and asthma // *Respir Med*. - 2008.-102.- P.519–536.
- 64 Geldmacher H, Biller H, Herbst A, Urbanski K, Allison M, Buist A.S, Hohlfield JM, Welte T. The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Germany. Results of the BOLD study // *Dtsch Med Wochenschr*. -2008.-133.- P.2609–2614.
- 65 Wedzicha J.A, Seemungal TAR. COPD exacerbations: defining their cause and prevention // *Lancet*.-2007.-370.- P.786–796.

- 66 Nowak D, Dietrich E.S, Oberender P, Uberla K, Reitberger U, Schlegel C, Albers F, Ruckdaschel S, Welsch R. Cost-of-illness Study for the Treatment of COPD in Germany // *Pneumologie*. -2004.-58.- P.837–844.
- 67 Soriano J.B, Rodriguez-Roisin R. Chronic obstructive pulmonary disease overview: epidemiology, risk factors, and clinical presentation // *Proc Am Thorac Soc*. -2011. -8(4).- P. 363–367
- 68 Pena V.S, Miravitlles M, Gabriel R, et al. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD: results of the IBERPOC multicentre epidemiological study // *Chest*. – 2000. -118. - P.981
- 69 Atsou K, Chouaid C, Hejblum G. Variability of the chronic obstructive pulmonary disease key epidemiological data in Europe: systematic review // *BMC Med*. -2011.-9. - P.7.
- 70 Rycroft C.E, Heyes A, Lanza L, Becker K. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease: a literature review // *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. -2012.-7. - P.457–494.
- 71 G. John Gibson, Robert Loddenkemper, Bo Lundbäck, Yves Sibille. Respiratory health and disease in Europe: the new European Lung White Book // - *European Respiratory Journal*.- 2013. – 42. – P.559-563.
- 72 Domingo-Salvany A, Lamarca R, Ferrer M, et al. Health-related quality of life and mortality in male patients with chronic obstructive pulmonary disease // *Am J Respir Crit Care Med*. -2002.-166(5). P.-680–685.
- 73 Колосов В.П., Манаков Л.Г., Кику П.Ф., Полянская Е.В. Заболевания органов дыхания на Дальнем Востоке России: эпидемиологические и социально-гигиенические аспекты. -Владивосток: Дальнаука, 2013.220 с.
- 74 Fabricius P, Løkke A, Marott J.L, Vestbo J, Lange P. Prevalence of COPD in Copenhagen // *Respir Med*. -2011 -105(3).-410-7.
- 75 Caramori G, Casolari P, Cavallisco G.N, Giuffrè S, Adcock I, Papi A., Mechanisms involved in lung cancer development in COPD // *Int J Biochem Cell Biol*. -2011.-43(7).- P.1030-44.
- 76 Vozoris N.T, Stanbrook M.B. Smoking prevalence, behaviours, and cessation among individuals with COPD or asthma // *Respir Med*. -2011.-105(3).-477-84.
- 77 Mannino D.M, Braman S. The epidemiology and economics of chronic obstructive pulmonary disease // *Proc Am Thorac Soc*. -2007. -4(7). P.502-6.
- 78 Nugmanova et al. The prevalence, burden and risk factors associated with chronic obstructive pulmonary disease in Commonwealth of Independent States (Ukraine, Kazakhstan, Azerbaijan): results of the CORE study // *BMC Pulm Med*. -2018. -18. - P.26
- 79 Feshchenko Y, Iashyna L, Nugmanova D et al., Chronic obstructive pulmonary disease, bronchial asthma and allergic rhinitis in the adult population within the commonwealth of independent states: rationale and design of the CORE study.// *BMC Pulm Med*. -2017. -17(1).- P 131
- 80 Муминов Т.А. – Пульмонология, Доклады Национальной академии наук Республики Казахстан. 2011. №2 .С. 17-32

- 81 Есетова Г.У., Джунусбекова Г.А., Беркинбаев С.Ф. Анализ факторов риска хронического бронхита и хроническая обструктивная болезнь легких в Актюбинской области // Журнал «Медицина».-№ 5(179).- 2017.-С. 43-45
- 82 Колосов В.П., Трофимова А.Ю., Нарышкина С.В. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких. -Благовещенск, 2011. -132 с
- 83 Спиридонов С. П. Индикаторы качества жизни и методологии их формирования // Вопросы современной науки и практики . – 2010. – № 10-12 (31). – С. 208-223.
- 84 Сурмач М.Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем, как предмет изучения социологии медицины // Социология. – 2011. – № 2. – С.100-104.
- 85 Quality of life. Medical Encyclopedia. – Shicago: 1995. – P. 774
- 86 WHOQOL Group. Which Quality of life? // World Health Forum. - 1996. – Vol. 17. – № 4. – P. 354–336.
- 87 Шульмин А.В., Демко И.В., Добрецова Е.А., Шарайкина Е.Н.. Организация медицинской помощи больным с хронической обструктивной болезнью легких // Журнал Сибирское медицинское обозрение. -№ 2 (74). – 2012.- С. 83-87
- 88 Ferrer M, Alonso J, Morera J, Marrades R.M, Khalaf A, Aguar M.C, et al. Chronic obstructive pulmonary disease stage and health-related quality of life: The Quality of Life of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Study Group // Ann Intern Med. -1997.-127.- P. 1072–9.
- 89 Prigatano G.P, Wright E.C, Levin D. Quality of life and its predictors in patients with mild hypoxemia and chronic obstructive pulmonary disease // Arch Intern Med. -1984.-144.- P. 1613–9.
- 90 Huijsmans R.J, de Haan A, ten Hacken N.N, Straver R.V, van't Hul A.J. The clinical utility of the GOLD classification of COPD disease severity in pulmonary rehabilitation // Respir Med. -2008.-102.- P. 162–71.
- 91 Miravittles M, Molina J, Naberan K, Cots JM, Ros F, Llor C. EVOCA study. Factors determining the quality of life of patients with COPD in primary care // Ther Adv Respir Dis. -2007.-1. - P. 85–92.
- 92 Hajiro T, Nishimura K, Tsukino M, Ikeda A, Oga T. Stages of disease severity and factors that affect the health status of patients with chronic obstructive pulmonary disease // Respir Med. -2000.-94. - P. 841–6.
- 93 Jones P.W, Prince M, Wijkstra P.J, Patel V, Saxena S, Maj M, et al. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease // Eur Respir Mon. 2006.-38.- P. 375–86.
- 94 Arne M, Lundin F, Boman G, Janson C, Janson S, Emtner M. Factors associated with good self-rated health and quality of life in subjects with self-reported COPD // Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. -2011.-Vol.6. - P. 511–519.
- 95 Tsiligianni I, Kocks J, Tzanakis N, Siafakas N, van der Molen T. Factors that influence disease-specific quality of life or health status in patients with COPD: a review and meta-analysis of Pearson correlations // Prim Care Respir J. -2011.-20.- P.257–268.

- 96 Shavro S.A, Ezhilarasu P, Augustine J, Bechtel J.J, Christopher D.J. Correlation of health-related quality of life with other disease severity indices in Indian chronic obstructive pulmonary disease patients // *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* -2012.-7.- P. 291–296.
- 97 Andenaes R, Kalfoss M.H, Wahl A. Psychological distress and quality of life in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease. // *J Adv Nurs.* -2004. -46.- P. 523–30.
98. Engstrom C.P, Persson L.O, Larsson S, Sullivan M. Health-related quality of life in COPD: Why both disease-specific and generic measures should be used // *Eur Respir J.* -2001.-18. -P. 69–76.
- 99 Dignani L, Toccaceli A, Lucertini C, Petrucci C, Lancia L. Sleep and quality of life in people with COPD: A descriptive-correlational study // *Clin Nurs Res.* -2015.- P.169–176.
- 100 Martín A, Rodríguez-González Moro J.M, Izquierdo J.L, Gobartt E, de Lucas P. VICE Study Group. Health-related quality of life in outpatients with COPD in daily practice: The VICE Spanish Study // *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* -2008.-3.- P.683–92
- 101 Hesselink A.E, van der Windt D.A, Penninx B.W, Wijnhoven H.A, Twisk J.W, Bouter L.M, et al. What predicts change in pulmonary function and quality of life in asthma or COPD? // *J Asthma.* -2006.-43.- P.513–9.
- 102 de Miguel Díez J, Izquierdo Alonso J.L, Rodríguez González-Moro J.M, de Lucas Ramos P, Bellón Cano J.M, Molina París J. Quality of life with chronic obstructive pulmonary disease: The influence of level of patient care // *Arch Bronconeumol.* -2004. -40. - P.431–7.
- 103 Moy M.L, Reilly J.J, Ries A.L, Mosenifar Z, Kaplan R.M, Lew R, et al. Multivariate models of determinants of health-related quality of life in severe chronic obstructive pulmonary disease // *J Rehabil Res Dev.* -2009. -46. P.643–54.
- 104 Bucknall C.E et al; Glasgow supported self-management trial for patients with moderate to severe COPD: randomised controlled trial // *BMJ.*- 2012. -344. - P.1060-1073.
- 105 Medinas-Amorós M, Alorda C, Renom F, Rubí M, Centeno J, Ferrer V, et al. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: The predictive validity of the BODE index // *Chron Respir Dis.* -2008. -5. - P.7–11.
- 106 Hu J, Meek P. Health-related quality of life in individuals with chronic obstructive pulmonary disease // *Heart Lung.* -2005. -34. - P.415–422.
- 107 Hajiro T, Nishimura K, Tsukino M, Ikeda A, Oga T, Izumi T. A comparison of the level of dyspnea vs disease severity in indicating the health-related quality of life of patients with COPD // *Chest.* -1999. -116. -1632–1637.
- 108 von Leupoldt A, Hahn E, Taube K, Schubert-Heukeshoven S, Magnussen H, Dahme B. Effects of 3-week outpatient pulmonary rehabilitation on exercise capacity, dyspnea, and quality of life in COPD // *Lung.* -2008. -186. - P.387–391
- 109 Miravittles M, Anzueto A, Legnani D, Forstmeier L, Fargel M. Patient's perception of exacerbations of COPD-the PERCEIVE study // *Respir Med.* -2007. -101. - P.453–460.

- 110 Mahler D.A, Mackowiak JI. Evaluation of the short-form 36-item questionnaire to measure health-related quality of life in patients with COPD //Chest. -1995.-107.- P.1585–1589.
- 111 Nikolić Emilija, Nikolić Aleksandar, Stević Ruža, Brandmajer Tijana, Mićanović Veselin, and Mašnić Jelena. Model for Developing a Health-Related Quality of Life Questionnaire for Chronic Obstructive Pulmonary Disease //Canadian Respiratory Journal. –2018. Vol., P.1-6
- 112 Pickard A. S., Yang Y., Lee T. Comparison of health-related quality of life measure in chronic obstructive pulmonary disease. // Health and Quality of Life Outcomes.- 2011.-Vol. 9.-P.26.
- 113 Decramer M., Janssens W., Miravittles M. Chronic obstructive pulmonary disease // The Lancet.- 2012. -Vol. 379. -№ 9823. -P. 1341–1351.
- 114 Doll H., Miravittles M. Quality of life in acute exacerbations of chronic bronchitis and chronic obstructive pulmonary disease. A review of the literature. // Pharmacoeconomics.- 2005.-Vol. 23.-№. 4. P. 345–363.
- 115 Atlantis E., Fahey P., Cochrane B., Smith S. “Bidirectional associations between clinically relevant depression or anxiety and COPD. A systematic review and meta-analysis // Chest. -2013. -Vol. 144. №3.-P. 766–777.
- 116 Papaioannou A. I., Bartzioakas K., Tsikrika S. et al. The impact of depressive symptoms on recovery and outcomes of hospitalised COPD exacerbations // European Respiratory Journal. -2013. -Vol. 41. №4. -P. 815–823.
- 117 Miravittles M., Molina J., Quintano J. A., Campuzano A., Perez J., Roncero C. Factors associated with depression and severe depression in patients with COPD // Respiratory Medicine. -2014. -Vol. 108. №11. -P. 1615–1625.
- 118 Parshall M. B., Schwartzstein R. M., Adams L. et al. An official American Thoracic Society Statement: update on mechanisms, assessment, and management of dyspnea // American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. -2012. - Vol. 185. -№ 4. -P. 435–452.
- 119 Roche N., Chavannes N. H. Miravittles M. COPD symptoms in the morning: impact, evaluation and management // Respiratory Research. -2013.-Vol. 14.- P.112.
- 120 Kim S.H, Oh Y.M, Jo M.W. Health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients in Korea // Health Qual Life Outcomes. - 2014.
- 121 Rutten-van Molken M.P, Oostenbrink J.B, Tashkin D, Burkhart D, Monz B.U. Does quality of life of COPD patients as measured by the generic EuroQol five-dimension questionnaire differentiate between COPD severity stages? // Chest. - 2006. -130. - P.1117–1128.
- 122 Stahl E, Lindberg A, Jansson S.A, Ronmark E, Svensson K, Andersson F, Lofdahl C.G, Lundback B. Health-related quality of life is related to COPD disease severity // Health Qual Life Outcomes.-2005. -Vol. 3, №1. - P.1-8.
- 123 Jo M.W, Yun S.C, Lee S.I. Estimating quality weights for EQ-5D health states with the time trade-off method in South Korea // Value Health. -2008.-11.- P.1186–1189.

- 124 van der Molen T, Willemse B.W, Schokker S, ten Hacken N.H, Postma D.S, Juniper E.F. Development, validity and responsiveness of the clinical COPD questionnaire // *Health Qual Life Outcomes*. -2003.-1.- P.13.
- 125 Damato S, Bonatti C, Frigo V, Pappagallo S, Raccanelli R, Rampoldi C, Rodi F. Validation of the Clinical COPD questionnaire in Italian language // *Health Qual Life Outcomes*. -2005.-3.- P.9.
- 126 Westwood M, Bourbeau J, Jones P.W, Cerulli A, Capkun-Niggli G, Worthy G. Relationship between FEV1 change and patient-reported outcomes in randomised trials of inhaled bronchodilators for stable COPD: a systematic review // *Respir Res*. -2011. -12. - P.40.
- 127 Pickard A.S, Yang Y, Lee T.A. Comparison of health-related quality of life measures in chronic obstructive pulmonary disease // *Health Qual Life Outcomes*. -2011. -9.- P.26.
128. Jones P.W. Health status and the spiral of decline. // *COPD*. -2009. -6. - P.59–63.
- 129 Garrido P, Diez J, Gutierrez J, Centeno A, Vazquez E, de Miguel A, Carballo M, Garcia R. Negative impact of chronic obstructive pulmonary disease on the health-related quality of life of patients. Results of the EPIDEPOC study // *Health Qual Life Outcomes*. -2006. -4. - P.31.
- 130 Calverley P, Pauwels R, Vestbo J, Jones P, Pride N, Gulsvik A, Anderson J, Maden C. Combined salmeterol and fluticasone in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial // *Lancet*. -2003. -361. - P.449–456.
- 131 Szende A, Leidy N, Stahl E, Svensson K. Estimating health utilities in patients with asthma and COPD: evidence on the performance of EQ-5D and SF-6D // *Qual Life Res*. -2009. -18. - P.267–272.
- 132 Doll H, Miravittles M. Health-related QOL in acute exacerbations of chronic bronchitis and chronic obstructive pulmonary disease: a review of the literature // *Pharmacoeconomics*. -2005. -23. - P.345–363.
- 133 Nishimura K, Sato S, Tsukino M, Hajiuro T, Ikeda A, Koyama H, Oga T. Effect of exacerbations on health status in subjects with chronic obstructive pulmonary disease // *Health Qual Life Outcomes*. -2009. -7. - P.69.
- 134 Aaron S.D, Vandemheen K.L, Clinch J.J, Ahuja J, Brison R.J, Dickinson G, Hébert P.C. Measurement of Short-term Changes in Dyspnea and Disease-Specific Quality of Life Following an Acute COPD Exacerbation // *Chest*. -2002. -121. - P.688–696.
- 135 O'Reilly J.F, Williams A.E, Rice L. Health status impairment and costs associated with COPD exacerbation managed in hospital // *Int J of Clin Pract*. -2007. -61. - P.1112–1120.
- 136 Menn P, Weber N, Holle R. Health-related quality of life in patients with severe COPD hospitalized for exacerbations - comparing EQ-5D, SF-12 and SGRQ // *Health Qual Life Outcomes*. -2010. -8.- P.39.
- 137 Longworth L, Bryan S. An empirical comparison of EQ-5D and SF-6D in liver transplant patients // *Health Econ*. -2003. -12. - P.1061–1067.

- 138 Brazier J, Roberts J, Tsuchiya A, Busschbach J. A comparison of the EQ-5D and SF-6D across seven patient groups // *Health Econ.* -2004. -13. - P.873–884. doi: 10.1002/hec.866.
- 139 Grieve R, Grishchenko M, Cairns J. SF-6D versus EQ-5D: reasons for differences in utility scores and impact on reported cost-utility. // *Eur J Health Econ.* -2009. -10. - P.15–23.
- 140 Sundh, Josefin; Johansson, Gunnar; Larsson, Kjell; Linden, Anders; Löfdahl, Claes-Göran LU Comorbidity and health-related quality of life in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease attending Swedish secondary care units; Janson, Christer and Sandstrom, Thomas // *In The International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.* -2015.-10.- P.173-183
- 141 Janson C, Marks G, Buist S, et al. The impact of COPD on health status: findings from the BOLD study. *Eur Respir J.* -2013. -42. -P.1472–83.
- 142 Huber M.B, Wacker M.E, Vogelmeier C.F, Leidl R. Comorbid Influences on Generic Health-Related Quality of Life in COPD: A Systematic Review // *PLoS One.* – 2015. -10. P. e0132670.
- 143 de Miguel Diez J, Carrasco Garrido P, Garcia Carballo M, et al. Determinants and predictors of the cost of COPD in primary care: a Spanish perspective // *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* -2008. -3. -P.701–12.
- 144 Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group // *Ann Med.* - 2001.-33. - P.337–343.
- 145 Janssen M.F, Pickard A.S, Golicki D, et al. Measurement properties of the EQ-5D-5L compared to the EQ-5D-3L across eight patient groups: a multi-country study // *Qual Life Res.* -2013. -22. - P.1717–1727.
- 146 Miguel Ángel Garcia-Gordillo, Daniel Collado-Mateo, Pedro Rufino Olivares, José Carmelo Adsuar, Eugenio Merellano-Navarro. A Cross-sectional Assessment of Health-related Quality of Life among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease // *Iran J Public Health.* -2017. - 46(8). - P.1046–1053.
- 147 Miravittles M, Huerta A, Fernandez-Villar J.A, et al. Generic utilities in chronic obstructive pulmonary disease patients stratified according to different staging systems // *Health Qual Life Outcomes.* -2014. -12. -P.120.
- 148 Hawthorne G, Osborne R. Population norms and meaningful differences for the Assessment of Quality of Life (AQoL) measure // *Aust N Z J Public Health.* – 2005. -29. P.136–142.
- 149 Kendall P.C, Marrs-Garcia A, Nath S.R, Sheldrick R.C. (). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance // *J Consult Clin Psychol.* - 1999.- 67. - P.285–99.
- 150 Kendall P.C, Grove W.M. Normative comparisons in therapy outcome. *Behav Assess.*-1988. -10. - P.147–158.
- 151 Snyder C.F, Aaronson N.K, Choucair A.K, et al. (). Implementing patient-reported outcomes assessment in clinical practice: a review of the options and considerations // *Qual Life Res.*- 2012. -21. - P.1305–1314.



- 152 Овчаренко С.И. Хроническая обструктивная болезнь легких: реальная ситуация в России и пути ее преодоления // Пульмонология. -2011-№6 С.69-72
- 153 Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. -М.: Професионал, 2009.
- 154 Магомедова П.М., Алиева-Хархарова К.М., Магомедова Р.Г., Алхазова Р.Т., Насрулаева Х.Н. Хроническая обструктивная болезнь легких: ситуация в республике Дагестан и пути ее оптимизации // Журнал «Известия Дагестанского государственного педагогического университета. Естественные и точные науки Издательство: Дагестанский государственный педагогический университет (Махачкала)». -2013. Issn: 1995-0675eissn: 2500-2465
- 155 Ji Young Hong, Song Yee Kim, Kyung Soo Chung, Eun Young Kim, Ji Ye Jung, Moo Suk Park, Young Ae Kang, Se Kyu Kim, Joon Chang, Young Sam Kim. Factors associated with the quality of life of Korean COPD patients as measured by the EQ-5D // Quality of Life Research. -2015. –Vol.24, Issue 10, P.2549–2558.
- 156 Murray CJ.L, Lopez A.D. Assessing health needs: the Global Burden of Disease Study. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, editors. Oxford Textbook of Public Health - Fourth edition. -New York: Oxford University Press Inc., 2004. -P.243-254.
- 157 Di Marco F, Verga M, Reggente M, et al. Anxiety and depression in COPD patients: The roles of gender and disease severity // Respir Med. -2006. -100. - P.1767 -1774.
- 158 Григорьева Е.В., Амагзаева В.Ю., Халтагарова Е.Д., Эрдыниева Е.Ц. Оценка респираторного здоровья у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в Бурятии // Вестник Бурятского Государственного университета издательство: Бурятский государственный университет (Улан-Удэ). -2010. –С.172-175.
- 159 Atanackovic-Markovic Z, Vjegovic V, Jankovic S, et al. The burden of disease and injury in Serbia // Serbian Burden of Disease study an EU funded project managed by the European Agency for Reconstruction. -2003.-Belgrade: Ministry of Health of the Republic of Serbia
- 160 Jankovic S. Summary measures of population health and their relevance for health policy. In: Galan A, Scintee G, editors. Public Health Strategies. A handbook for teachers, researchers, health professionals and decision makers. Lage: Hans Jacobs Publishing Company. - 2005. P.190-207. <http://www.snz.hr/phsee/publications.htm>. 15.02.2016.
- 161 Lopez A.D, Shibuya K, Rao C, et al. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections // Eur Respir J. -2006. Vol. 27 2. - P.397-412
- 162 DiBonaventura M, Paulose-Ram R, Su J, et al. The burden of chronic obstructive pulmonary disease among employed adults // Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. -2012. -7. - P.211–219.

- 163 Mannino D.M, Buist A.S Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends // Lancet . -2007. -370. - P.765–773
- 164 Институт по измерению показателей здоровья и оценке состояния здоровья Университет штата Вашингтон, Сеть человеческого развития всемирный банк. Глобальное бремя болезней (Global burden of disease): Порождение доказательств, направление политики. – Вашингтон: институт по измерению показателей здоровья и оценке состояния здоровья Университет Штата Вашингтон, 2013. – 70 с.
- 165 Soler-Cataluña J, Martínez-García M, Román Sánchez P, Salcedo E, Navarro M, Ochando R. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease // Thorax. -2005. -64(11). - P.925-931.
- 166 Kaptein A.A., Scharloo M, Fischer M.J., Snoei L, Cameron L.D., Sont J.K., Rabe K.F., Weinman J. Illness perceptions and COPD: an emerging field for COPD patient management // J Asthma. -2008. -45(8). - P.625-629.
- 167 Трофимова А.Ю., Колосов В.П. Эффективность образовательного направления у больных хронической обструктивной болезнью легких // Бюллетень. -2010. -37. – С.37-41.
- 168 Russell, S., Ogunbayo, O.J., Newham, J.J., Beyer, F., Kaner, E. Qualitative systematic review of barriers and facilitators to self-management of chronic obstructive pulmonary disease: Views of patients and healthcare professionals // npj Primary Care Respiratory Medicine. – 2018. -28(1). - P.69
- 169 Pelland K, Youssef R, Calandra K, Cellar J, Thiesen J, Gardner R. Results from a Community-Wide Pilot Program to Standardize COPD Education for Patients Across Healthcare Settings in Rhode Island // RI Med J.-2013. -100 (7). - P.18-21.
- 170 Пупышев С.А., Акулин И.М, Куколь Л.В. Эффективность самоуправления (self- management) у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких // Матер. конф. «70 лет Победы в Великой отечественной войне и 100 лет Геройческой обороне крепости Осовец в Первой мировой войне». –Санкт-Петербург: 2015. -С.401-403.
- 171 Schrijvers, G. The ultimate goal of disease management : improved quality of life by patient centric care The meso level. //International Journal of Integrated Care. -2009. -9. - P.9-10.
- 172 Terhune, C., Weintraub, A. Take your meds, exercise – and spend billions // BusinessWeek. -2010.-February4.-P.201.
- 173 <http://en.wikipedia.org/> 17.02.2016
- 174 The official site of Disease Management American Association <http://www.dmaa.org/> 21.02.2016.
- 175 Taylor S.J., Sohanpal R, Bremner S.A., Devine A, McDaid D, Fernández J.L., Griffiths C.J., Eldridge S. Self-management support for moderate-to-severe chronic obstructive pulmonary disease: a pilot randomised controlled trial // Br J Gen Pract. -2012. -62(603). –P.687-695.
- 176 Материалы официального сайта МЗСР РК <https://www.mzsr.gov.kz/> 22.02.2016.

- 177 Global initiative for chronic obstructive lungdisease. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2015. <http://www.goldcopd.org> 12.04.2016.
- 178 Bucknall C, Miller G, Lloyd S, et al. Glasgow supported self-management trial (GsuST) for patients with moderate to severe COPD: randomised controlled trial // BMJ. -2012. -344. -e1060
- 179 Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды дамытудың «Денсаулық» 2016-2019 жылдарға мемлекеттік бағдарламасы. Қазақстан Республикасы Президентінің 2016 жылғы 15 қаңтардағы № 176 жарлығымен бекітілген <https://strategy2050.kz> 15.04.2016
- 180 Soeren Mattke et al. Evidence of the effect of disease management: Is \$1 billion a year a good investment? // American Journal of Managed Care. -2007. – Vol.13.-№12. -P. 670–676.
- 181 Lotte Steuten et al.Evaluation of a regional disease management programme for patients with asthma or chronic obstructive pulmonary disease // International Journal for Quality in Health Care. -2006. –Vol.18. -№6. -P. 429–436.
- 182 Kathryn L. Rice et al. Disease management program for chronic obstructive pulmonary disease // American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. -2010. [ajrcm.atsjournals.org](http://ajrcm.atsjournals.org). 18.04.2016
- 183 Kinori Kosaka et al. Prevention of type 2 diabetes by lifestyle intervention: A Japanese trial in IGT males // Diabetes Research in Clinical Practice. -2005. -Vol. 67. -№2. -P. 152–162.
- 184 Donatella Del Sindaco et al.Two-year outcome of a prospective, controlled study of a disease management programme for elderly patients with heart failure // Journal of Cardiovascular Medicine.- 2007. –Vol.8. -№7. -P. 324–329.
- 185 Anna Stromberg et al.Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behavior in patients with heart failure. Results from a prospective, randomised trial // European Heart Journal. -2003. –Vol.24. -№11. -P. 1014–1023.
- 186 <https://www.nhlbi.nih.gov> 21.04.2016.
- 187 Pradeep Paul George, Bee Hoon Heng,1 Tow Keang Lim, John Abisheganaden, Alan Wei Keong Ng, Akash Verma, Fong Seng Lim Evaluation of a disease management program for COPD using propensity matched control group // J Thorac Dis. -2016. -8(7). - P.1661–1671.
- 188 Polatli M, Ben Kheder A, Wali S, et al. Chronic obstructive pulmonary disease and associated healthcare resource consumption in the Middle East and North Africa: the BREATHE study // Respir Med. -2012. -106(Suppl 2). - P.S75–S85
- 189 Ramani A.A., Pickston A.A., Clark J.L., Clark C.A., Brown M. Role of the management pathway in the care of advanced COPD patients in their own homes // Care Manag J. -2010. -11(4). - P.249-253.
- 190 <https://www.bundesversicherungsamt.de> 23.04.2016.
- 191 Peytremann-Bridevaux I, et al. Effectiveness of chronic obstructive pulmonary disease-management programs: systematic review and meta-analysis // American Journal of Medicine. -2008. -121 (5). - P.433–443.

- 192 Bourbeau, J. Reduction of Hospital Utilization in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease // Archives of Internal Medicine. -2003. -163. - P.585-591.
- 193 Хорошее здоровье прибавляет жизни к годам. // Глобальное резюме для Всемирного дня здоровья, 2012 г. ВОЗ. 28 с
- 194 <http://www.healthdata.org> 25.04.2016.
- 195 From the Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) <http://goldcopd.org> 30.04. 2016.
- 196 The global burden of disease: generating evidence, guiding policy. Institute for health metrics and evaluation. University of Washington. 2014.  
<http://www.healthmetricsandevaluation.org> 10.05.2016
- 197 World Health organization. Health statistics and information systems. Online. WHO <http://www.who.int> 12.05.2016.
- 198 Celli B.R, MacNee W, Force A.ET. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper // The European respiratory journal. – 2004. -23(6). P.932-946
- 199 ИММЕ, <http://www.healthdata.org/> 13.05.2016.
- 200 Murray et all. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 // Lancet. -2012. -15.-380(9859). - P.2197-2223.
- 201 Слажнева Т. И., Попова Т. В. Использование индекса DALY В оценке медико-демографической ситуации в Республике Казахстан // Journal of Central Asian Health Service Research – 2007. – № 6(4) – С. 70–72.
- 202 Lindstrand A, Bergstrom S, Rosling H, Rubenson B, Stenson B, Tylleskar T. Global health - an introductory textbook. Copenhagen: Narayana Press; 2008.
- 203 Сакиев К.З., Дуйсенбаева Н.К., Рыбалкина Д.Х. Применение методики DALY в здравоохранении // European journal of biomedical and life sciences. – 2015. - №3.
- 204 Vos T, Flaxman A.D, Naghavi M et all. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 // The Lancet. -2012. - 380(9859). - P.2163-2196.
- 205 Чучалин А. Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания Часть I. ХОБЛ и поражения сердечно–сосудистой системы // РМЖ. -2008.- № 10. -С. 58–65
- 206 Murray CJL, Lopez Measuring global health: motivation and evolution of the Global Burden of Disease Study. //The Lancet. -2017. - 390(10100). - P.1460-1464.
- 207 Lozano et all. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 // Lancet. -2012. -380(9859).- P.2095-2128.
- 208 Jancovic S. Summary measures of population health and their relevance for health policy/ Galan A., Scintee G., editors. Public Health Strategies. A handbook

- for teachers, researchers, health professionals and decision makers. Lage Hans Jacobs Publishing Company.- 2005.- p.190-205.
- 209 Лопухова В. А, Тарасенко И. В. Изучение связанного со здоровьем качества жизни в системе организации медицинской помощи больным хроническими респираторными заболеваниями. Том: 18. № 1: 2016 С. 246-251.
- 210 Murray C.J. Understanding DALYs (disability- adjusted life years) // Journal of Health Economics. – 1997.- N 16(6).- P.703-730
- 211 Tulchisky T.N., Vavarikova E.A. Measuring and evaluating the health of population // The new Public Health. An introduction for the 21st century. San Diego. Academic Press. -2000. P. 113-168.
- 212 Arnesen T, Kafiriri L. Can the value choices in DALYs influence global priority- setting? // Health Policy.-2004.№70.-P.137-149.
- 213 Turdaliyeva B., Sultanbekova B., Alekenova N., Kosherbayeva L. et. All The Burden of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Access to Primary Health Care and Health Literacy // Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences.- 2016.- RJPBCS 7(1). –P. 2275
- 214 Alekenova N., Nazarbayeva R., Kosherbaeva L. et. all Losing years of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Aktobe region in 2014 Proceedings of the IInd International Scientific and Practical Conference "Methodology of Modern Research" Dubai, UAE № 4(8), -Vol.2, P.63-64 April 2016
- 215 Алекенова Н.У., Назарбаева Р.К., Кошербаева Л.К., Смагулова Г.А. Современные подходы и методы оценки качества жизни // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2018.- №57 (1). - С.23-27
- 216 Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова; под ред. Ю. Л. Шевченко. – Изд. 2-е. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.
- 217 Camila F. Rizzi, P.T., PhD; Marcos B. Ferraz, MD, PhD; Dalva Poyares, MD, PhD and Sergio Tufik, MD, PhD. Quality-Adjusted Life-Years Gain and Health Status in Patients with OSAS after One Year of Continuous Positive Airway // Sleep. -2014. - 37(12). – P.1963–1968.
- 218 Алекенова Н.У., Назарбаева Р. К., Кошербаева Л.К., Куракбаев К. Методы оценки качества жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких // Матер. междунар. науч. – практ. конф. «Приоритеты общественного здравоохранения и профилактической медицины в XXI веке» Алматы:КазНМУ им. Асфендиярова, 2015 .- С 129-130
- 219 Ayas N.T, FitzGerald J.M, Fleetham J.A, et al. Cost-effectiveness of continuous positive airway pressure therapy for moderate to severe obstructive sleep apnea/hypopnea // Arch Intern Med. – 2006. - 166(9). - P.977-984.
- 220 Bergmo T.S. Using QALYs in telehealth evaluations: a systematic review of methodology and transparency // BMC Health Serv Res.- 2014. -14. - P.332.

- 221 Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Guidelines for the economic evaluation of health technologies: Canada. 3rd. ed. Ottawa: The Agency; 2006. <http://www.cadth.ca> 19.05.2016.
- 222 American College of Physicians. Information on cost-effectiveness: an essential product of a national comparative effectiveness program // *Ann Intern Med.* -2008. - 148 (12). –P. 956-961.
- 223 Wood-Baker R, Reid D, Robinson A, Walters E.H. Clinical trial of community nurse mentoring to improve self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease // *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* -2012. -7. -407-413.
- 224 <https://digital.nhs.uk> 21.05.2016.
- 225 <https://thorax.bmj.com> 21.05.2016.
- 226 Лазарева Г.В., Мершенова Г. Ж., Вострова О. П., Гнедкова А. Н. Обучающие программы как путь высокой приверженности пациентов рекомендациям по профилактике и лечению // Матер. респуб. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции». Санкт- Петербург, 2014. - С.149-151.
- 227 Глобальные факторы риска здоровья. Смертность и бремя болезней, обусловленными некоторыми факторами риска. Всемирная организация здравоохранения <http://apps.who.int> 23.05.2016.
- 228 Алекенова Н.У., Назарбаева Р.К., Кошербаева Л.К. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарға өз ауруын басқарудың әсерлілігі // Вестник КазНМУ. -2018. - №2. С.135-138.
- 229 Soriano, Joan B et al. Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 // *The Lancet Respiratory Medicine.* –Vol.5. - P. 691 - 706
- 230 Bausewein, C. Management of refractory breathlessness in patients with advanced disease // *Der Internist.* –2016.-Vol.57. №10. - P.978-982.
- 231 Клинический протокол диагностики и лечения хроническая обструктивная болезнь легких (Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «10» ноября 2016 года Протокол №15) 25.05.2016.

## ҚОСЫМША А

### Денсаулық сауалнамасы

#### Қазақстанға арналған қазақша нұсқасы

#### *(Kazakh version for Kazakhstan)*

Төмендегі әр топтағы қалаған бір ұяшықты белгілеу арқылы өзіңіздің бүгінгі күнгі денсаулығыңыздың жағдайына ең жақсы сәйкес келетін тармақты көрсетіңіз.

#### **Қозғалғыштық***(жүріп-тұру мүмкіндігі)*

Жүргенде еш қиындық сезбеймін

Жүргенде біраз қиындық сеземін

Төсек тартып жатырмын

#### **Өзін-өзі күту**

Өзімді-өзім күтуге қиналмаймын

Өзім жуынғанда немесе киінгенде аздап қиналамын

Өзім жуына немесе киіне алмаймын

#### **Әдеттегі әрекеттер** *(мысалы, жұмыс, оқу, үй шаруашылығы, отбасы немесе ойын-сауықтар)*

Әдеттегі әрекеттерімді еш қиындықсыз орындаймын

Әдеттегі әрекеттерімді орындағанда қиындық сеземін

Әдеттегі әрекеттерді орындай алмаймын

#### **Ауыру / Жайсыздық**

Ешбір жерім ауырмайды және жайсыздық сезбеймін

Шамалы ауыратын жерім бар немесе шамалы жайсыздық сеземін

Өте қатты ауыратын жерім бар немесе өте қатты жайсыздық сеземін

#### **Алаңдаушылық / Жабығу**

Алаңдаушылық немесе жабығу жоқ

Аздап алаңдаушылық немесе жабығу бар

Өте қатты алаңдаушылық немесе жабығу бар

Адам денсаулығының күйі қаншалықты жақсы немесе нашар екенін айтпауға көмектесу үшін, біз шкала (термометр секілді) сыздық, онда сіз елестете алатын ең жақсы күй 100 деп белгіленеді және сіз елестете алатын ең нашар күйі 0 деп белгіленеді.

Пікіріңіз бойынша бүгінгі күнгі денсаулығыңыздың қаншалықты жақсы немесе нашар екенін осы шкаламен белгілеуіңізді қалаймыз. Төмендегі ұяшықтан бастап, шкаладағы сіздің бүгінгі күнгі денсаулығыңыздың күйінің қаншалықты жақсы немесе нашар екенін көрсететін нүктеге дейін сызық сызыңыз.

**Бүгінгі күнгі  
денсаулығыңыздың күйі**

Елестетуге  
болатын ең  
жақсы  
денсаулық күйі

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

00

Елестетуге  
болатын ең  
нашар  
денсаулық күйі



## ҚОСЫМША Б

### Опросник по здоровью Русская версия для Казахстана (*Russian version for Kazakhstan*)

Отметьте галочкой один квадратик в каждом из разделов, приведенных ниже.  
Укажите такие ответы, которые наилучшим образом отражают состояние  
Вашего здоровья на сегодняшний день.

#### Подвижность

- Я не испытываю никаких трудностей при ходьбе
- Я испытываю некоторые трудности при ходьбе
- Я прикован (а) к постели

#### Уход за собой

- Я не испытываю никаких трудностей при уходе за собой
- Я испытываю некоторые трудности с мытьем или одеванием
- Я не в состоянии сам (а) мыться или одеваться

#### Привычная повседневная деятельность (*например, работа, учёба, работа на дому, участие в делах семьи, досуг*)

- Моя привычная повседневная деятельность дается мне без труда
- Моя привычная повседневная деятельность для меня несколько затруднительна
- Я не в состоянии заниматься своей привычной повседневной деятельностью

#### Боль/Дискомфорт

- Я не испытываю боли или дискомфорта
- Я испытываю умеренную боль или дискомфорт
- Я испытываю сильную боль или дискомфорт

#### Тревога/Депрессия

- Я не испытываю тревоги или депрессии
- Я испытываю умеренную тревогу или депрессию
- Я испытываю сильную тревогу или депрессию

Для того, чтобы помочь опрашиваемым высказать свое мнение о том, насколько плохо или хорошо их состояние здоровья, мы изобразили шкалу, похожую на термометр, на которой наилучшее состояние здоровья, которое Вы можете себе представить, обозначено цифрой 100, а наихудшее состояние, которое Вы можете себе представить, обозначено цифрой 0.

Мы бы хотели, чтобы на этой шкале Вы указали, насколько хорошим или плохим по Вашему мнению является состояние Вашего здоровья на сегодняшний день. Для этого Вы должны провести линию от черного квадрата внизу до той точки на шкале, которая соответствует состоянию Вашего здоровья на сегодняшний день.

**Состояние  
Вашего здоровья  
на сегодняшний  
день**

Наилучшее  
состояние  
здоровья,  
которое можно  
себе

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

00

Наихудшее  
состояние  
здоровья,  
которое можно  
себе

## ҚОСЫМША В

### САУАЛНАМА

Сауалнаманың мақсаты – өкпенің обструктивті созылмалы (ӨОСА) ауруы бар науқастардың өз жағдайын басқару қабілетін анықтау  
Сауалнама жасырын жүргізіледі

Сіздің сауалнамаға қатысуыңыз науқастардың ӨОСА кезінде өз жағдайын басқару және өмір сапасын жақсартуға арналған оқыту бағдарламаларын жетілдіруге мүмкіндік береді.

#### БЛОК 1

##### 1. Жынысыңыз?

- a) Ер
- b) Әйел

##### 2. Сіздің жасыңыз (толық жасыңыз):

- a) 18-29
- b) 30-39
- c) 40-49
- d) 50-59
- e) 60-69
- f) 70 жастан жоғары

##### 3. Білім деңгейіңіз:

- a) Аяқталмаған орташа
- b) Орташа
- c) Арнаулы орташа
- d) Жоғары

##### 4. Әлеуметтік жағдайыңыз:

- a) Өндірісте жұмысшы
- b) Үй шаруасында
- c) Зейнеткер
- d) Кәсіпкер
- e) Жұмыссыз
- f) Білім алушы (студент)
- g) Басқа (жазуыңызды өтінеміз) \_\_\_\_\_

##### 5. Отбасылық жағдайыңыз:

- a) Ешқашан отбасылы болған емеспін
- b) Отбасылы
- c) Жесір
- d) Ажырасқан

**6. Материалдық жағдайыңыз (ай сайынғы кіріс):**

- a) 50 000 теңге айына
- b) 50 000 теңгеден 100 000 теңгеге дейін айына
- c) 100 000 теңгеден 200 000 теңгеге дейін айына
- d) 200 000 теңгеден жоғары

**БЛОК 2.**

**7. Денсаулығыңызды қалай бағалар едіңіз?**

- a) Тамаша
- b) Жақсы
- c) Қанағаттанарлық
- d) Нашар

**8. Егер денсаулығыңызды "НАШАР" деп бағаласаңыз оны немен байланыстырасыз?**

- a) Өз денсаулығымна назар аудармағандықтан
- b) Алдын-алу, диагностикаға және емделуге қаражатымның жоқтығынан
- c) Медициналық қызметкерлердің біліктілігінің төмендігінен
- d) Жауап беру қиын

**9. Бронх астмасы / ӨОСА басқару бағдарламасы туралы білесіз бе?**

- a) Ия
- b) Жоқ

**10. Ауруды басқару бағдарламасы аясында жалпы тәжірибелік дәрігердің қарауындасыз ба?**

- a) Ия
- b) Жоқ

**11. Ауруды басқару бағдарламасы аясында пульмонологтың қарауындасыз ба?**

- a) Ия
- b) Жоқ

**12. Ауруды басқару бағдарламасы аясында кардиологтың қарауындасыз ба?**

- a) Ия
- b) Жоқ

**13. Ауруды басқару бағдарламасы аясында салауатты өмір салты қызметі маманының қарауындасыз ба?**

- a) Ия
- b) Жоқ

**14. Ауруды басқару бағдарламасы аясында психологтың қарауындасыз ба?**

- a) Ия
- b) Жоқ

**15. ӨОСА басқару бағдарламасы аясында жеке қолдану құралы - пикфлоуметріңіз бар ма?**

- a) Ия
- b) Жоқ

**16. ӨОСА басқару бағдарламасы аясында жеке қолдану құралы - спейсеріңіз бар ма?**

- a) Ия
- d) Жоқ

**17. Тегін медициналық көмектің кепілді көлемімен қанағаттанасыз ба?**

- a) Ия
- b) Жоқ

**18. Сізде ӨОСА асқынуы жиі бола ма?**

- a) Ия
- b) Жоқ

**19. Сіз қабылдап жатқан ем (дәрі-дәрмек, аэрозольдік препараттар) өмір сапасына әсер ете ме?**

- a) Ия
- b) Жоқ
- c) Жауап беру қиын

**20. Бронх астмасы/ ӨОСА мектебіне барасыз ба?**

- a) Ия
- b) Жоқ

**21. Бронх астмасы / ӨОСА мектебінің уақыты қанағаттандыра ма?**

- a) Ия
- b) Жоқ
- c) Жауап беру қиын

**22. Бронх астмасы / ӨОСА мектебі қызметкерлерінің кәсібилігіне қанағаттанасыз ба?**

- a) Ия
- b) Жоқ
- c) Жауап беру қиын

**23. Бронх астмасы / ӨОСА мектебіне отбасыңыздың мүшелері сізбен бірге бара ма?**

- a) Ия
- b) Жоқ
- c) Жауап беру қиын

**24. Отбасыңыздың мүшелері ауруыңызбен күресуде сізді қолдайды ма?**

- a) Ия
- b) Жоқ

**25. Сіздің отбасыңыздың мүшелері жағдайыңыз нашарлаған кезде алғашқы көмек көрсете ала ма?**

- a) Ия
- b) Жоқ
- c) Жауап беру қиын

### **БЛОК 3. Өз ауруын басқару бағдарламасы**

**1. Қандай жаттығулардың түрін жасау керек екенін білесіз бе?**

- a) Ия
- b) Жоқ

**2. Тыныс алу жаттығуын жасайсыз ба?**

- a) Ия
- b) Жоқ

**3. Өз жағдайыңыздың ауырлығын бағалай аласыз ба?**

- a) Ия
- b) Жоқ
- c) Жауап беру қиын

**4. ӨОСА ағымының нашарлап келе жатқанын өз бетіңізше тани аласыз ба?**

- a) Ия
- b) Жоқ
- c) Жауап беру қиын

**5. Жеке пайдалануға арналған құралдардың (спейсер, пикфлоуметр) не үшін қолданатынын түсіндіре аласыз ба?**

- a) Ия
- b) Жоқ
- c) Жауап беру қиын

**6. Өз жағдайыңызды бақылап отыру және бағалау үшін науқас күнделігін үйде жүргізесіз бе?**

- a) Ия
- b) Жоқ

**7. Стресс деңгейіңізді төмендетіп, мінез-құлықыңызды өзіңіз реттей аласыз ба?**

- a) Ия
- b) Жоқ
- c) Жауап беру қиын

**8. Өз ауруын басқару бағдарламасына қатысқаныңызға қанағаттанасыз ба?**

- a) Ия
- b) Жоқ
- c) Жауап беру қиын

**9. Дәрі-дәрмектерді уақытында қабылдайсыз ба?**

- a) Ия
- b) Жоқ
- c) Барлық уақытта емес

**10. Бронх астмасы / ӨОСА мектебіне барғаннан кейін сіздің жағдайыңыз тұрақталды ма?**

- a) Ия
- b) Жоқ
- c) Жауап беру қиын

**11. Бронх астмасы / ӨОСА мектебіне қаншалықты жиі барасыз?**

- a) Апта сайын
- b) Ай сайын
- c) Ешқашан

**12. Бронх астмасы / ӨОСА мектебіндегі сабақтың қандай түріне қатысасыз?**

- a) Топпен
- b) Жеке
- c) Аралас
- d) Ешқандай

**13. Жалпы тәжірибелік дәрігер психологтың кеңесін ұсынды ма?**

- a) Ия
- b) Жоқ

**14. Сіз ӨОСА бар басқа науқастарға ауруды басқару бағдарламасына қатысуға ұсыныс жасайсыз ба?**

- a) Ия
- b) Жоқ

**15. ӨОСА асқынулары туралы білесіз бе?**

- a) Ия
- b) Жоқ

#### **БЛОК 4. Қауіп факторы**

**1. Шылым шегесіз бе?**

- a) Ия
- b) Жоқ

**2. Сіз суық тиіп қаншалықты жиі ауырасыз?**

- a) Жиі
- b) Сирек
- c) Ешқашан

**3. Жұмысыңыз зиянды өндірістік факторларымен байланысты ма?**

- a) Ия
- b) Жоқ

**4. Үйіңізде қандай жылыту құрылғысын қолданасыз?**

- a) Отпен(көмір)
- b) Газбен
- c) Орталықтан жылытылады

**5. Туысқандарыңызда ӨОСА ауыратын адам бар ма?**

- a) Ия
- b) Жоқ

**6. Алкоголді ішімдік ішесіз бе?**

- a) Ия
- b) Жоқ

**САУАЛНАМАҒА ҚАТЫСҚАНЫҢЫЗҒА РАХМЕТ!**



## ҚОСЫМША Г

### Опросник

Цель опросника выявить умение  
пациентов с ХОБЛ управлять своим состоянием.

Опрос проводится анонимно

Ваше участие позволит разработать и совершенствовать образовательные программы для пациентов с ХОБЛ с целью управления за состоянием здоровья и улучшения качества жизни

#### БЛОК 1

**1. Укажите, пожалуйста, Ваш пол:**

- a) Мужской
- b) Женский

**2. Укажите, пожалуйста, Ваш возраст (полных лет):**

- a) 18-29
- b) 30-39
- c) 40-49
- d) 50-59
- e) 60-69
- f) 70 и выше

**3. Укажите, пожалуйста, уровень Вашего образования:**

- a) Незаконченное среднее
- b) Среднее
- c) Среднее специальное
- d) Высшее

**4. Укажите, пожалуйста, Ваш социальный статус:**

- a) Рабочий (-ая) на производстве
- b) Домохозяйка
- c) Пенсионер(ка)
- d) Предприниматель(ница)
- e) Безработный (-ая)
- f) Учащийся (-ая)
- g) Другие (напишите, пожалуйста) \_\_\_\_\_

**5. Семейное положение:**

- a) Никогда не состоял (-а) в браке
- b) Женат (замужем)
- c) Вдова (вдовец)

d) Разведен (-а)

**6. Ваше материальное положение (ежемесячный доход):**

- a) До 50 000 тенге в месяц
- b) От 50 000 тенге до 100 000 тенге в месяц
- c) От 100 000 тенге до 200 000 тенге в месяц
- d) От 200 000тг и выше

## **БЛОК 2.**

**7.Как бы Вы оцениваете на ваш взгляд состояние здоровья?**

- a) Отличное
- b) Хорошее
- c) Удовлетворительное
- d) Плохое

**8.При оценке состояния Вашего здоровья "ПЛОХОЕ", с чем связываете?**

- a) Невнимание к своему здоровью
- b) Отсутствие финансовых средств на профилактику, диагностику и лечение
- c) Низкая квалификация медицинского персонала
- d) Затрудняюсь ответить

**9. Знаете ли Вы что означает программа управление заболеванием (ПУЗ) при АСТМА/ХОБЛ?**

- a) Да
- b) Нет

**10. В рамках ПУЗ Вы наблюдаетесь: ВОП**

- a) Да
- b) Нет

**11. В рамках ПУЗ Вы наблюдаетесь: Пульмолога**

- a) Да
- b) Нет

**12. В рамках ПУЗ Вы наблюдаетесь: Кардиолога**

- a) Да
- b) Нет

**13. В рамках ПУЗ Вы наблюдаетесь: специалиста службы ЗОЖ**

- a) Да
- b) Нет

**14. В рамках ПУЗ Вы наблюдаетесь: Психолога**

- a) Да
- b) Нет

**15. В рамках ПУЗ по ХОБЛ имеете ли Вы приборы индивидуального пользования Пикфлоуметр**

- a) Да
- b) Нет

**16. В рамках ПУЗ по ХОБЛ имеете ли Вы приборы индивидуального пользования Спейсер**

- a) Да
- b) Нет

**17. Насколько Вы удовлетворены гарантированным объёмом бесплатной медицинской помощи (ГОБМП)**

- a) Да
- b) Нет

**18. Как часто бывает у Вас обострение**

- a) Да
- b) Нет

**19. Влияет ли на качество жизни получаемое Вами лечение (ингаляционные, аэрозольные препараты)**

- a) Да
- b) Нет
- c) Затрудняюсь ответить

**20. Посещаете ли Вы школу Астма/ ХОБЛ**

- a) Да
- b) Нет

**21. Устраивает ли вас время работы школы**

- a) Да
- b) Нет
- c) Затрудняюсь, ответит

**22. Удовлетворены ли вы профессионализмом сотрудника школы АСТМА/ХОБЛ**

- a) Да
- b) Нет
- c) Затрудняюсь, ответит

**23. Посещают ли вместе с вами школу АСТМА/ХОБЛ члены вашей семьи**

- a) Да
- b) Нет
- c) Затрудняюсь, ответит

**24. Поддерживают ли члены вашей семьи вас бороться с вашей болезнью**

- a) Да
- b) Нет

**25. Умеют ли члены вашей семьи оказать первую помощь в случае обострения Вашей болезни**

- a) Да
- b) Нет
- c) Затрудняюсь, ответит

### **БЛОК 3. Программа самоуправления заболеванием**

**1. Знаете ли вы, какие виды упражнения должны делать**

- a) Да
- b) Нет

**2. Занимаетесь ли Вы дыхательной гимнастикой**

- a) Да
- b) Нет

**3. Можете ли Вы оценить тяжесть своего состояния**

- a) Да
- b) Нет
- c) Затрудняюсь, ответит

**4. Можете ли Вы самостоятельно распознать приближающиеся ухудшения течения ХОБЛ**

- a) Да
- b) Нет
- c) Затрудняюсь, ответит

**5. Можете ли Вы объяснить назначения приборов индивидуального пользования (спейсер, пикфлоуметр)**

- a) Да
- b) Нет
- c) Затрудняюсь, ответит

**6. Ведете ли Вы дневник пациента для проведения самоконтроля и самооценки в домашних условиях**

- a) Да
- b) Нет

**7. Можете ли Вы самостоятельно снизить уровень стресса, контролировать стрессовое поведение (повышенная плаксивость, раздражительность и т.д.)**

- a) Да
- b) Нет
- c) Затрудняюсь, ответит

**8. Довольны ли Вы результатами участия в программы самоуправления заболеванием**

- a) Да
- b) Нет
- c) Затрудняюсь, ответит

**9. Своевременно ли Вы принимаете лекарственные средства**

- a) Да
- b) Нет
- c) не всегда

**10. После посещения школы стабилизировалось ли Ваше состояние**

- a) Да
- b) Нет
- c) Затрудняюсь, ответит

**11. Как часто посещаете школу**

- a) Еженедельно
- b) Ежемесячно
- c) Практически нет

**12. Какой вид занятия вы проходите**

- a) Групповые занятия
- b) Индивидуальные
- c) Смешанное
- d) Никакое занятие

**13. Предлагал ли Вам ВОП консультацию психолога**

- a) Да
- b) Нет

**14. Рекомендуете ли Вы больным с ХОБЛ участвовать в программе управления заболеванием**

- a) Да
- b) Нет

**15. Знаете ли Вы про осложнения ХОБЛ?**

- a) Да
- b) Нет

#### **БЛОК 4. Факторы риска**

**1. Курите ли Вы**

- a) Да
- b) Нет

**2. Как часто болеете простудными заболеваниями ?**

- a) Часто
- b) Редко
- c) Никогда

**3. Связана ли трудовая деятельность с вредными производственными факторами?**

- a) Да
- b) Нет

**4. Каким видом отопления Вы пользуетесь у себя дома**

- a) Печное
- b) Газовое
- c) Центральное отопление

**5. Страдает ли заболеванием ХОБЛ кто-нибудь из родственников?**

- a) Да
- b) Нет

**6. Употребляете ли вы алкоголь?**

- a) Да
- b) Нет

**СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ В ОПРОСЕ**

## ҚОСЫМША Д

«УТВЕРЖДАЮ»  
Проректор по учебно-воспитательной работе  
ЗКГМУ им.Марата Оспанова  
Гусупкалиев А.Б.  
2017 г.



### АКТ внедрения результатов научных исследований в учебный процесс.

№ 690/1 «22» 06 2017 г.

**Основание:** заседание кафедры доказательной медицины и научного менеджмента протокол № от

**Место проведения:** Кафедра доказательной медицины и научного менеджмента ЗКГМУ имени Марата Оспанова.

**Наименование предложения:** Внедрение в образовательный процесс навыков на тему: «Систематический обзор по самоуправлению ХОБЛ» по дисциплине «Доказательная медицина в сестринском деле».

**Работа выполнена:** Ассистентом кафедры доказательной медицины и научного менеджмента Алекиновой Н.У. на основании PhD докторской диссертации на тему «Время болезни и качество жизни у больных с ХОБЛ»

**Специальность:** Сестринское дело

**Дисциплина (Модуль)** Доказательная медицина в сестринском деле

**Содержание внедрения:** Для студентов курса по специальности сестринское дело на тему «Систематический обзор по самоуправлению ХОБЛ»

**Исполнитель:** Алекинова Н.У.

**Сроки внедрения:** 2016-2017 уч. г.

**Эффективность внедрения:** Научно – доказательная медицина – это новый подход, направление в технологии сбора, анализа, обобщения и интерпретации научной информации. Это интегрирование наилучших научных данных с клиническим опытом и ценностями пациента, добросовестное, точное и осмысленное использование лучших результатов клинических исследований для выбора вмешательства конкретного больного. В связи с этим, современный медработник должен быть не только информирован о новейших медицинских технологиях, но и знать, почему тот или иной метод вмешательства может считаться эффективным и безопасным.

**Предложения, замечания, осуществляющего внедрение:** Улучшить техническое оснащение компьютерного класса кафедры (увеличить количество компьютеров)

Руководитель кафедры: Мана Маннапова А.И.

Председатель КОП по специальности (ям) Ал Алмагамбетова А.С.

Руководитель ДУМР: Курман Курмангалиева С.С.

Исполнитель: Алеки Алекинова Н.У.

## ҚОСЫМША Е

УТВЕРЖДАЮ  
Руководитель ГП №1



Биханов М.Ж.  
2018 г.

УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по научно-клинической  
работе ЗКГМУ имени Марата Оспанова  
Смагулова Г.А.  
2018г.



### АКТ внедрения научно-исследовательской работы ГП №1 г.Актобе

**Наименование предложения** Образовательные программы хронической обструктивной болезнью легких. Самоуправление программы хронической обструктивной болезнью легких

**Работа включена** из планов научно-исследовательских работ ЗКГМУ имени Марата Оспанова в инициативном порядке заимствована из диссертационной работы «Актобе облысы бойынша өкпеңің созылмалы обструктивті аурулары бар науқастардағы ауру ауыртпалығы мен өмір сапасы»

**Форма внедрения** проведение занятий лекции, семинаров в «школе ХОБЛ», статьи.

**Ответственный за внедрение и исполнитель** Алекенова Н.У., Назарбаева Р.К., Кошербаева Л.К.

**Эффективность внедрения** Внедрение образовательных программ для больных с ХОБЛ в систему первичной медико-санитарной помощи для повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий и улучшения качества жизни пациентов.

**Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение** замечаний нет

**Срок внедрения** в течение 2019 года

**Председатель комиссии** Биханов М.Ж.

**Члены (ответственные за внедрение):** Лепесова Г.Ж. Алекенова Н.У., Назарбаева Р.К., Кошербаева Л.К.

**Исполнители** Алекенова Н.У.  
Назарбаева Р.К.  
Кошербаева Л.К.



## ҚОСЫМША Ж

УТВЕРЖДАЮ  
Руководитель ГП №2  
  
Токтаров К.Н.  
2018 г.

УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по научно-клинической  
работе ЗКГМУ имени Марата Оспанова  
Смагулова Г.А.  
  
2018 г.

### АКТ внедрения научно-исследовательской работы

ГП №2 г. Актөбе

**Наименование предложения** Образовательные программы хронической обструктивной болезнью легких. **Образовательные программы** хронической обструктивной болезнью легких. **Самоуправление программы** хронической обструктивной болезнью легких

**Работа включена из планов научно-исследовательских работ** ЗКГМУ имени Марата Оспанова в инициативном порядке заимствована из диссертационной работы «Ақтөбе облысы бойынша өкпенің созылмалы обструктивті аурулары бар науқастардағы ауру ауыртпалығы мен өмір сапасы»

**Форма внедрения** проведение занятий лекции, семинаров в «школе ХОБЛ», статьи.

**Ответственный за внедрение и исполнитель** Алеkenова Н.У., Назарбаева Р.К., Кошербаева Л.К.

**Эффективность внедрения** Внедрение образовательных программ для больных с ХОБЛ в систему первичной медико-санитарной помощи для повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий и улучшения качества жизни пациентов.

**Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение** замечаний нет

**Срок внедрения** в течение 2019 года

**Председатель комиссии** Токтаров К.Н.

**Члены (ответственные за внедрение):** Алеkenова Н.У., Назарбаева Р.К., Кошербаева Л.К.

**Исполнители** Алеkenова Н.У.  
Назарбаева Р.К.  
Кошербаева Л.К.



Ф ЗКГМУ 605-03-15. Акт внедрения научно-исследовательской работы. Издание третье.