

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

ӘОЖ 614.253.52+616-08

Қолжазба құқығында

ДЖУМАГАЗИЕВА ОРЫНГУЛ ДЖЕНИСБЕКОВНА

**Ауруды басқару бағдарламасында мейіргердің ұйымдық және
басқару механизмдерінің негіздемесін әзірлеу**

6D110200 – Қоғамдық денсаулық сақтау

Философия докторы (PhD)
дәрежесін алу үшін дайындалған диссертация

Ғылыми кеңесшілер
доктор PhD,
қауымд. профессор
Құмар А.Б.

медицина ғылымдарының кандидаты,
профессор
Давлетов К.К.

Шетелдік ғылыми кеңесші
доктор PhD
Terres N.

Қазақстан Республикасы
Алматы, 2026

МАЗМҰНЫ

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР.....	3
АНЫҚТАМАЛАР.....	4
БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР.....	6
КІРІСПЕ.....	7
1 АУРУЛАРДЫ БАСҚАРУ БАҒДАРЛАМАСЫНА ҚАТЫСАТЫН ПАЦИЕНТТЕРГЕ КҮТІМ ЖАСАУДЫ/КҮТІМДІ ҰЙЫМДАСТЫРУДАҒЫ МЕЙІРГЕР РӨЛІНІҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ЖӘНЕ ОТАНДЫҚ ТӘЖІРИБЕСІ.....	11
1.1 Жұқпалы емес аурулардың эпидемиологиясы.....	11
1.2 Ауруларды басқару бағдарламасын жүзеге асыратын елдердің тәжірибесі.....	14
1.3 Созылмалы ауруларды басқарудағы мейіргердің рөлі.....	20
1.4 Қазақстанда ауруды басқару бағдарламасын іске асыру.....	26
2 ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ МЕН ӘДІСТЕМЕСІ.....	30
3 АУРУЛАРДЫ БАСҚАРУ БАҒДАРЛАМАЛАРЫНА ЕНГІЗІЛГЕН АУРУЛАР БОЙЫНША АУРУШАҢДЫҚ ПЕН ӨЛІМ-ЖІТІМ ТЕНДЕНЦИЯЛАРЫ.....	36
4 АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК ЖҮЙЕСІНДЕ МЕЙІРГЕРЛЕРДІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ЖҰҚПАЛЫ ЕМЕС АУРУЛАРДЫ БАСҚАРУҒА ҚАТЫСУ ТӘЖІРИБЕСІ МЕН ҚИЫНДЫҚТАРЫ.....	43
5 АББ БАҒДАРЛАМАСЫНДАҒЫ ПАЦИЕНТТЕРДІҢ РӨЛІ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕККЕ ҚАНАҒАТТАНУШЫЛЫҚ: ГЕНДЕРЛІК ТАЛДАУ.....	51
5.1 Артериалды гипертензиясы бар пациенттердің жыныс ерекшеліктерін ескере отырып, ауруды басқару бағдарламасындағы ақпараттануы мен қатысуының ерекшеліктері.....	51
5.2 Қант диабетімен ауыратын пациенттердің ауруды басқару бағдарламасына жынысына қарай қатысуы мен хабардар болуының ерекшеліктері.....	69
5.3 СЖЖ пациенттердің жынысын ескере отырып, ауруды басқару бағдарламасына хабардарлығы мен қатысуының ерекшеліктері.....	88
6 АУРУЛАРДЫ БАСҚАРУ БАҒДАРЛАМАСЫН ІСКЕ АСЫРУДАҒЫ МЕЙІРГЕР ҚЫЗМЕТІНІҢ МОДЕЛІ.....	104
ҚОРЫТЫНДЫ.....	112
ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ.....	118
ҚОСЫМША А – Сауалнама.....	129
ҚОСЫМША Ә – Әдістемелік нұсқаулық.....	136
ҚОСЫМША Б – Авторлық енгізу туралы куәліктер.....	137

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР

Диссертациялық жұмыста келесідей мемлекеттік үлгіқалыптарға сілтемелер жасалды:

Қазақстан Республикасының Конституциясы: 1995 жылдың 30 тамызда республикалық референдумда қабылданған.

Қазақстан Республикасының Кодексі. «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің жобасы туралы: 2019 жылдың 30 қыркүйекте, №721 бекітілген.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің Бұйрығы. Пилоттық аймақтарда созылмалы жұқпалы емес ауруларды басқару бағдарламасын енгізу туралы: 2013 жылдың 5 сәуіресі, №211 бекітілген.

Қазақстан Республикасы Президентінің Жарлығы. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған "Денсаулық" мемлекеттік бағдарламасын бекіту және "Мемлекеттік бағдарламалар тізбесін бекіту туралы": 2016 жылдың 15 қаңтарда, №176 бекітілген (күші жойылды).

Қазақстан Республикасы Үкіметінің Қаулысы. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2020–2025 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы: 2019 жылдың 26 желтоқсанда, №982 бекітілген.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің Бұйрығы. Жоспарлы нысанда стационарлық жағдайлардағы мамандандырылған медициналық көмек көрсетілетін аурулардың тізбесін бекіту туралы: 2020 жылдың 3 желтоқсанда, №ҚР ДСМ–258/2020 бекітілген.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің Бұйрығы. 2020 жылға дейін Қазақстан Республикасында мейірбике ісін дамытудың кешенді жоспары: 2014 жылдың 1 тамызда бекітілген.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. Бұйрығы. Қазақстан Республикасында медициналық-санитарлық алғашқы көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы: 2023 жылдың 30 наурызда, №49 бекітілген.

АНЫҚТАМАЛАР

Диссертациялық жұмыста төмендегідей анықтамаларға сәйкес терминдер қолданылды:

Алдын алуға болатын өлім-жітім (avoidable mortality) – алдын алу және емдеуге болатын өлім-жітімдерді қамтитын жалпы ұғым, яғни өлім-жітім профилактика немесе емдеу кезеңінде алдын алуға болатын жағдай.

Ауруды басқару бағдарламасы – қант диабеті, гипертония, астма, жүрек жетіспеушілігі және т.б. созылмалы немесе ұзаққа созылатын аурулары бар пациенттерге медициналық көмекті үйлестіруге арналған жүйе немесе стратегия, оның мақсаты – олардың денсаулығын жақсарту, өмір сапасын арттыру және денсаулық сақтау шығындарын азайту.

Ауруды өзін-өзі басқару – созылмалы ауруы бар адамның өз жағдайын басқаруға, емдеу мен асқынуларды алдын алуға белсенді қатысу процесі.

Денсаулық – аурулардың және физикалық ақаулардың жоқтығынан бөлек, толық физикалық, рухани (психикалық) және әлеуметтік әл-ауқаттың жағдайы.

Денсаулық сақтау – ауруларды алдын алу және емдеу, қоғамдық гигиена мен санитарияны қамтамасыз ету, әр адамның физикалық және психикалық денсаулығын сақтау және нығайту, оның ұзақ және белсенді өмір сүруін қолдау, денсаулығы нашарлаған жағдайда медициналық көмек көрсетуге бағытталған саяси, экономикалық, құқықтық, әлеуметтік, мәдени және медициналық сипаттағы шаралар жүйесі.

Денсаулық сақтау жүйесі – Қазақстан Республикасының азаматтарының денсаулық сақтау құқықтарын қамтамасыз етуге бағытталған мемлекеттік органдар мен денсаулық сақтау субъектілерінің жиынтығы.

Денсаулық сақтау менеджері – мемлекеттік медициналық ұйымды басқаратын бірінші басшы (Кодекс).

Денсаулық сақтау ұйымы – денсаулық сақтау саласында қызмет атқаратын заңды тұлға (Кодекс).

Денсаулыққа ортақ жауапкершілік – қоғам қатысушылары арасында – мемлекет, жұмыс беруші және азаматтың өз арасында жеке және қоғамдық денсаулықты сақтау мен нығайтуға, аурулардың туындау тәуекелдерін азайтуға жауапкершілікті бөлу (Кодекс).

Емдеуге болатын өлім-жітім (Treatable mortality) – уақтылы және тиімді медициналық араласулар (екінші дәрежелі алдын алу және емдеу, яғни аурулар пайда болғаннан кейін өлім-жітімді азайту) арқылы негізінен алдын алуға болатын өлім-жітім.

Медициналық көмектің сапасы – көрсетілетін медициналық көмектің медициналық көмек стандарттарына (Кодекс) сәйкестігі деңгейі.

Мүдделі тараптар – «жоба, зерттеу немесе саяси қызметтің процесі мен нәтижесіне тікелей қатысы бар жеке тұлғалар, ұйымдар немесе қауымдастықтар» ретінде анықталады.

Превентивті өлім-жітім (алдын алуға болатын өлім-жітімі) – уақтылы алдын алу шаралары мен өмір салтын өзгерту арқылы, яғни аурудың алдын алу

деңгейінде (мысалы, шылым шегуден бас тарту, дұрыс тамақтану, вакцинация, тәуекел факторларын азайту) алдын алуға болатын өлім-жітім.

БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР

ДДСҰ	– Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
ДҚЖҚ	– Денсаулық сақтау қызметтерін жаппай қамту
ДМ	– Дәлелді медицина
ДСМ	– Денсаулық сақтау министрлігі
СЖЕА	– Созылмалы жұқпалы емес аурулар
ҮЕҰ	– Үкіметтік емес ұйым
БҰҰ	– Біріккен Ұлттар Ұйымы
МСАК	– Алғашқы медициналық-санитарлық көмек
ҚР	– Қазақстан Республикасы
ТОТБЕ	– Төмен және орташа табысы бар елдер
АҚШ	– Америка Құрама Штаттары
ТДМ	– Тұрақты даму мақсаттары
CSIH	– The Canadian Society for International Health/анадалық халықаралық денсаулық қоғамы
АББ	– Ауруларды басқару бағдарламасы
ӨСО	– Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы
ЖИА	– Жүректің ишемиялық ауруы
HbA1c	– Гликирленген гемоглобин
АКТ	– Ақпараттық-коммуникациялық технологиялар
МДК	– Мультидисциплинарлық команда
P4P	– Pay for Performance/Нәтиже үшін төлем жүйесі
NPI	– Non-Communicable Diseases Prevention and Intervention/Жұқпалы емес ауруларды алдын алу және араласу
АГ	– Артериялдық гипертензия
ҚД	– Қант диабеті
СЖЖ	– Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі
ҚР ДСМ	– Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі
ҰҒДСДО	– Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы

КІРІСПЕ

Зерттеудің өзектілігі

Созылмалы жұқпалы емес аурулар (бұдан әрі – СЖЕА) дамыған елдер халқының мерзімінен бұрын өлім-жітімі мен мүгедектігінің жоғары болуының негізгі себептері бола отырып, қазіргі заманғы денсаулық сақтаудың өзекті мәселелерінің бірі болып қала береді. Созылмалы жұқпалы емес аурулармен (СЖЕА) ауыратындардың көпшілігі табысы төмен және орташа елдерде тұрады. Өлім-жітімнің 47%-ы СЖЕА -дан туындайды, бұл ретте жүрек аурулары, инсульт және қант диабеті негізгі себептер болып табылады [1]. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының деректері бойынша, 1980 жылдан 2014 жылға дейін қант диабетімен ауыратын ересектер саны 108 миллионнан 422 миллионға дейін өсті, ал басқа да авторлар 20-79 жас аралығындағы ересектер арасында қант диабетімен байланысты өлім-жітім 4,2 миллионды құрайды деп байланыстырады. Халықаралық диабет федерациясының мәліметтері бойынша, әлемде қант диабетінен болатын өлім-жітімнің үлесі 11,3%-ды құрайды, ең төменгі көрсеткіш Африка өңірінде (6,8%), ал ең жоғары көрсеткіш Таяу Шығыс пен Солтүстік Африкада (16,2%). Қант диабетінен болатын өлім-жітім 60 жастағы және одан жоғары жастағы адамдар арасында ең жоғары деңгейде (46,2%) тіркелген, әсіресе Африка өңірінде (73,1%), ал ең төмені Еуропа өңірінде (31,4%). Тағы бір зерттеуде жас бойынша стандартталған диабет таралуы ғаламдық деңгейде 6,1 % құраған, ал болжам бойынша 2050 жылға қарай бұл көрсеткіш, мүмкін, 10 %–дан асуы ықтимал. Дене салмағының жоғары индексі 1990 жылдан 2021 жылға дейін бүкіл әлемде 24,3%-ға өскен қант диабетінен туындаған аурулардың ауыртпалығының негізгі себебі болып табылады. Жүрек-қан тамырлары ауруларынан болатын мезгілсіз өлімнің негізгі себебі – артериялық гипертензия. 1990-2019 жылдар аралығында ерлерде де (317-ден 652-ге дейін) және әйелдерде де (331-ден 626-ға дейін) гипертония өсімі анықталды, алайда емдеу мен диагностикалаудағы ең үлкен прогресс Орталық Еуропаның табысы жоғары елдерінде, сондай-ақ табысы жоғары елдерде байқалды. Табысы жоғары кейбір елдердегідей, ал соңғы кездері табысы жоғары елдерде, соның ішінде Коста-Рикада, Тайваньда, Қазақстанда, ОАР-да, Бразилияда, Чилиде, Түркияда және Иранда. Жүректің созылмалы жетіспеушілігі сияқты жүрек-қан тамырлары ауруларының асқынуы бүкіл әлемде 64 миллионнан астам адамға әсер етеді, бұл ауруға қатысты зерттеулер шектеулі.

Көптеген эпидемиологиялық зерттеулерге сәйкес, темекі шегу, артериялық гипертензия, артық салмақ, қандағы глюкоза мен холестерин деңгейінің жоғарылауы, алкогольді теріс пайдалану, физикалық белсенділіктің төмендеуі, жүрек-қан тамырлары және басқа созылмалы жұқпалы емес аурулардың дамуындағы бірқатар факторлардың рөлі дәлелденген және даусыз. Тиісінше, СЖЕА-дың дамуы мен өршуінің қауіп факторларының алдын алу медицина қызметкерлерінің, әсіресе алғашқы медициналық-санитарлық көмек (МСАК) деңгейіндегі жұмысының маңызды бағыты болып табылады.

Он жылдан астам уақыт бұрын, медициналық қызмет көрсету саласында туындаған бірқатар мәселелерді шешу мақсатында «Ауруларды басқару» (Disease Management) тұжырымдамасы ұсынылды – пациенттің функционалдық мүмкіндіктерін іске асыруды барынша қамтамасыз ететін, аурулардың даму қаупін, мүгедектік пен өлімді төмендететін және денсаулық сақтаудың өнімділігі мен рентабельділігін жаңа деңгейге көтеретін жаңа құрылымдық жүйелік тәсіл. Ауруды басқару – бұл белгілі бір пациентте аурудың даму процесіне сәйкес медициналық көмек көрсетудің құрылымы мен тәртібін ұйымдастыратын тұтас тұжырымдама. Аталған тәсілдің өзіне тән ерекшелігі – пациенттерге олардың мінез-құлқы мен ауруын басқаруда сауатты болуға көмектесу, пациенттің және медициналық ұйымның белгілі бір пациенттің денсаулық жағдайы үшін ортақ жауапкершілігін дамыту [2].

2013 жылдан бастап Денсаулық сақтау Министрлігі қант диабеті, артериялық гипертензия және созылмалы жүрек жеткіліксіздігі сияқты үш нозология бойынша ауруларды басқару бағдарламаларын іске асыруды бастады (ҚР ДСМ 2013 жылғы 5 сәуірдегі №211 «Пилоттық өңірлерде созылмалы жұқпалы емес ауруларды басқару бағдарламасын енгізу туралы» бұйрығы). Осы ауруларды басқару бағдарламалары бірқатар міндеттерді шешуге бағытталған: пациенттердің денсаулығын жақсарту, пациенттердің өзіне-өзі көмек көрсету/өзін-өзі басқару, тиімді дәрілік препараттарды қолдануды арттыру және пациенттерді осы емдеуге міндеттеме. Нәтижесінде өршу, асқыну, стационарлық және жедел медициналық көмекке деген қажеттілік азаяды деп күтуге болады [3]. Осы бағдарламаны табысты іске асыру үшін учаскелік мейіргерлердің белсенді қатысуы, олардың мәртебесін, функционалдық міндеттерін арттыру, бірінші байланыс дәрігерлері (учаскелік қызмет) мен мамандар арасындағы өзара іс-қимылды жақсарту, пациенттерге арналған тиімді білім беру бағдарламалары мен құралдарын әзірлеу және тарату қажет [4].

Осылайша, біздің зерттеуіміздің өзектілігі Қазақстан Республикасында МСАК деңгейінде ауруларды басқару бағдарламаларын іске асырудағы мейіргерлердің рөлі мен қызметін зерделеу болып табылады.

Зерттеу мақсаты: Ауруларды басқару бағдарламасын жүзеге асыруда мейіргердің қызмет моделін әзірлеу.

Зерттеудің міндеттері:

1. Қант диабеті мысалында ауруды басқару бағдарламасына қатысатын пациенттерге көмек/күтімді ұйымдастырудағы мейіргердің рөлінің халықаралық және отандық тәжірибесін талдау.

2. Алматы қаласы бойынша ауруларды басқару бағдарламасына енгізілген үш аурудың – қант диабеті, артериалды гипертензия және созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің – таралуы мен өлім-жітімін зерттеу.

3. Ауруларды басқару бағдарламасындағы мейіргерлердің қазіргі практикасындағы рөлін талдау.

4. Пациенттердің АББ қатысу тәжірибесін және медициналық көмекке қанағаттануындағы ерекшеліктерді ескеріп анықтау.

5. Ауруларды басқару бағдарламасын жүзеге асырудағы мейіргердің қызмет моделі бойынша практикалық ұсыныстар әзірлеу.

Зерттеу нысаны – Алматы қ. алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету ұйымдары, АББ іске асыруға қатысатын мейіргерлер, АББ да тіркелген науқастар.

Зерттеу әдістері:

- ақпараттық-аналитикалық әдіс;
- сандық және сапалық әдіс;
- статистикалық әдіс.

Зерттеудің ғылыми жаңалығы – Қазақстанның алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету жағдайларын, пациенттердің жыныстық және жас ерекшеліктерін ескере отырып, созылмалы ауруларды басқару бағдарламасын (АББ) жүзеге асыруда мейіргер қызметінің кешенді моделін әзірлеу және апробациялау. Алғаш рет мейіргерлер мен пациенттердің өзара әрекеттесу тәжірибесінің жүйелік талдауы жүргізілді, бұл модельдің тұрақтылығын қамтамасыз ететін негізгі факторларды және енгізу тәуекелдерін анықтауға, сондай-ақ халықаралық тәжірибе мен заманауи электрондық технологиялар негізінде оның бейімделуін негіздеуге мүмкіндік берді.

Зерттеудің теориялық және практикалық маңыздылығы – созылмалы ауруларды басқаруда мейіргердің рөлі мен функциялары туралы түсініктерді кеңейту, пациенттерге кешенді сүйемелдеу көрсетудің әдіснамалық тәсілдерін қалыптастыру және алғашқы медициналық-санитариялық көмек (МСАК) жүйесінде пәнаралық үйлестіруді дамыту болып табылады. Практикалық маңыздылығы – әзірленген модельді нақты клиникалық практикаға енгізу мүмкіндігімен көрініс табады, бұл созылмалы аурулары бар пациенттерге медициналық көмектің сапасын, қолжетімділігін және тиімділігін арттыруға, сондай-ақ денсаулық сақтаудың алдын алу бағыттылығын нығайтуға ықпал етеді (Қосымша А).

Қорғауға ұсынылатын негізгі қағидалар

1. 2016–2023 жылдар аралығында Алматы қаласында 2-типті қант диабеті, артериялық гипертензия және созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің сырқаттанушылығы тұрақты түрде артты. Бұл үрдіс, әсіресе ер адамдар мен егде жастағы топтарда алдын алуға болатын өлім-жітімнің сенімді өсуімен қатар жүрді және созылмалы ауруларды басқарудың қазіргі жүйесінің жеткіліксіздігін дәлелдейді.

2. Созылмалы ауруларды басқару бағдарламасы (АББ) аясында пациенттерді бақылау және оқыту бойынша негізгі міндеттерді орындау кезінде мейіргерлер білімнің жетіспеушілігіне және ағартушылық жұмыстағы шектеулер анықталды. Бұл пациенттердің өзін-өзі басқару деңгейін айтарлықтай төмендетеді және АББ-ның клиникалық тиімділігін шектейді. Осыған байланысты пациентпен үздіксіз кері байланысқа негізделген автоматтандырылған цифрлық мониторинг жүйелерін енгізу қажеттілігі негізделді.

3. АББ-ға тартылған ерлер мен әйелдер үш негізгі нозология бойынша (ҚД2, АГ, СЖЖ) ауруды қабылдау, емге бейімділік және өзін-өзі басқару мінез-құлқында жүйелі айырмашылықтар көрсетеді. Бұл айырмашылықтар стандартталған тәсілдердің жеткіліксіздігін және жыныстық-бағдарланған,

бейімделген оқыту мен қолдау модельдерін енгізудің клиникалық маңыздылығын дәлелдейді.

4. Мейіргердің кеңейтілген клиникалық және ұйымдастырушылық рөлге негізделген АББ қызмет моделі созылмалы аурулары бар пациенттерге кешенді, үздіксіз және нәтижелі көмек көрсетудің тиімді тетігі болып табылады және алғашқы медициналық-санитариялық көмек деңгейінде жоғары іске асырылымдылыққа ие. Бұл модельді табысты енгізу кадрларды мақсатты даярлауды, инфрақұрылымдық қолдауды және өңірлік әрі гендерлік ерекшеліктерді ескеретін басқару шешімдерін талап етеді.

Жарияланымдар

Диссертациялық зерттеу тақырыбы бойынша 10 ғылыми еңбек жарияланды;

1. Scopus дерекқорына енген халықаралық ғылыми басылымда 1 мақала.
2. Қазақстан Республикасы Білім және ғылым министрлігінің Білім және ғылым саласындағы бақылау комитеті ұсынған басылымдарда 9 мақала.
3. Халықаралық ғылыми-практикалық конференция материалында 2 тезис.
4. Әдістемелік нұсқаулық – 1 (Қосымша Ә).
5. Авторлық куәлік – 2 (Қосымша Б).

Диссертациялық зерттеу тақырыбы бойынша 10 ғылыми еңбек, Scopus дерекқорына енген халықаралық ғылыми басылымда 1 мақала, Қазақстан Республикасы Білім және ғылым министрлігінің Білім және ғылым саласындағы бақылау комитеті ұсынған басылымдарда 9 мақала жарияланған.

Диссертацияның көлемі мен құрылымы

Диссертациялық жұмыс кіріспеден, 6 бөлімнен, қорытындыдан, қағидалардан, практикалық ұсыныстардан және 147 әдеби дереккөзді қамтитын пайдаланылған әдебиеттер тізімінен тұрады. Диссертация 128 беттен құралған, 35 кестемен, 4-суретпен безендірілген және 4 қосымшаны қамтиды.

1 АУРУЛАРДЫ БАСҚАРУ БАҒДАРЛАМАСЫНА ҚАТЫСАТЫН ПАЦИЕНТТЕРГЕ КҮТІМ ЖАСАУДЫ/КҮТІМДІ ҰЙЫМДАСТЫРУДАҒЫ МЕЙІРГЕР РӨЛІНІҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ЖӘНЕ ОТАНДЫҚ ТӘЖІРИБЕСІ

1.1 Жұқпалы емес аурулардың эпидемиологиясы

Созылмалы жұқпалы емес аурулар (бұдан әрі – СЖЕА) дамыған елдер халқының мерзімінен бұрын өлім-жітімі мен мүгедектігінің жоғары болуының негізгі себептері бола отырып, қазіргі заманғы денсаулық сақтаудың өзекті мәселелерінің бірі болып қала береді. Жұқпалы емес аурулармен ауыратын адамдардың көпшілігі табысы төмен және орташа елдерде тұрады. Өлім-жітімнің 47%-ы СЖЕА -дан туындайды [5], бұл ретте жүрек аурулары, инсульт және қант диабеті негізгі себептер болып табылады. Сонымен қатар, еңбекке қабілетті жастағы халықтың инфекциялық емес аурулардан болатын өлім-жітімінің артуы ел экономикасына айтарлықтай әсер етеді (ИЕА-дан өлім-жітім 68%) [6]. Бұдан басқа, халықтың қартаюы жұқпалы емес аурулардың ауыртпалығын арттырады. ДДҰ деректері бойынша, өлім-жітімнің ең көп үлесін жұқпалы емес аурулардан (17,9 млн. адам), одан кейін онкологиялық аурулардан (9 млн. адам), тыныс алу органдары ауруларынан (3,9 млн. адам), қант диабеті (1,6 млн. жағдай) төртінші орынды алады [7, 8].

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының деректері бойынша 1980-2014 жылдар аралығында қант диабетімен ауыру жағдайларының саны 108 млн-нан 422 млн.-ға дейін өсті, ал басқа авторлар қант диабетін 20-дан 79 жасқа дейінгі ересектер арасында 4,2 млн. өлімге жатқызады [9, 10]. Халықаралық қант диабеті федерациясының деректері бойынша қант диабеті бүкіл әлемде өлім-жітімнің 11,3%-ын құрайды, бұл ретте Африка аймағындағы ең төмен көрсеткіш (6,8%) және Таяу Шығыс пен Солтүстік Африкада ең жоғары көрсеткіш (16,2%). Диабетпен байланысты өлім-жітім Африка өңірінде 60 жастағы (46,2%) адамдар арасында ең жоғары және Еуропа өңірінде ең төмен (31,4%) болды [11]. Тағы бір зерттеу барысында қант диабетінің жаһандық жас стандартталған жалпы таралуы 6,1%-ды құрады, ал болжам көрсеткендей, 2050 жылға қарай бұл көрсеткіш 10,0%-дан асуы ықтимал. 1990 жылдан бастап 2021 жыл аралығында дене салмағының жоғары индексі қант диабетінен туындаған ауру ауыртпалығының негізгі себебі болып табылады, ол бүкіл әлемде 24,3%-ға өсті [11, р. 1148-1170]. Артериялық гипертония жүрек-қан тамырлары ауруларынан мерзімінен бұрын өлім-жітімнің негізгі себебі болып табылады. 1990-2019 жылдар аралығында ерлерде де (317-ден 652-ге дейін) және әйелдерде де (331-ден 626-ға дейін) гипертония өсімі анықталды, алайда емдеу мен диагностикалаудағы ең үлкен прогресс Орталық Еуропаның табысы жоғары елдерінде, сондай-ақ табысы жоғары елдерде байқалды. Табысы жоғары кейбір елдердегідей, ал соңғы кездері табысы жоғары елдерде, соның ішінде Коста-Рикада, Тайваньда, Қазақстанда, ОАР-да, Бразилияда, Чилиде, Түркияда және Иранда [12]. Жүректің созылмалы жетіспеушілігі сияқты жүрек-қан тамырлары ауруларының асқынуы бүкіл әлемде 64 миллионнан астам адамға әсер етеді, бұл ауруға қатысты зерттеулер шектеулі [13].

Әлемнің басқа елдеріндегідей, Қазақстанда да қант диабеті мен гипертониямен сырқаттанушылықтың өсуі байқалады [14, 15]. Қант диабетімен сырқаттанушылықтың өсуі Қазақстанда жүргізілген зерттеулерде анықталды, мысалы, 2014 жылдан 2019 жылға дейін 1 және 2 типті қант диабетінің таралуы 1,7 есе және өлім 4 және 6 есе өсті [16]. 2018 жылдан 2021 жылға дейінгі кезеңде қант диабетімен сырқаттанушылықтың 100 000 тұрғынға шаққанда 1,9 есе (207,2-ден 392,3-ке дейін) және өлім-жітімнің 1,5 есе (22,3-тен 34,1-ге дейін) өскені анықталды [15, р. 35-1-35-6].

Көптеген эпидемиологиялық зерттеулерге сәйкес, темекі шегу, артериялық гипертония, артық салмақ, қандағы глюкоза мен холестерин деңгейінің жоғарылауы, алкогольді теріс пайдалану, физикалық белсенділіктің төмендеуі, жүрек-қан тамырлары және басқа созылмалы жұқпалы емес аурулардың дамуындағы бірқатар факторлардың рөлі дәлелденген және даусыз. Тиісінше, СЖЕА-дың дамуы мен өршуінің қауіп факторларының алдын алу медицина қызметкерлерінің, әсіресе алғашқы медициналық-санитарлық көмек (МСАК) деңгейіндегі жұмысының маңызды бағыты болып табылады [17-19].

Аймақтық зерттеулер аурудың айтарлықтай ауыртпалығын анықтады: жүрек-қан тамырлары аурулары Эфиопия қалаларында өлімнің 24% құрайды, ал қатерлі ісік қалаларда өлімнің 10% құрайды, ал ауылдық жерлерде 2% [20]. Пәкістанда ЖЕА жалпы өлім-жітімнің 50%-дан астамын құрайды, әсіресе егде жастағы адамдар санының артуы [21].

Тиімді емдеу жұқпалы емес аурулар негізгі себептерді, ұйымдастырылған саяси ұйымдардың және үкіметтердің, денсаулық сақтау провайдерлерінің және қауымдастықтардың бірлескен күш-жігерін жоюға бағытталған кешенді алдын алу стратегияларын қажет етеді [22].

Тиісінше, созылмалы жұқпалы емес аурулардың дамуы мен өршуінің қауіп факторларының алдын алу медицина қызметкерлерінің, әсіресе алғашқы медициналық-санитарлық көмек (МСАК) деңгейіндегі жұмысының маңызды бағыты болып табылады.

Зерттеулер көрсеткендей, алғашқы медициналық-санитарлық көмек (МСАК) деңгейінде созылмалы жұқпалы емес аурулардың (ЖҚА) қауіп факторларының алдын алу өте маңызды, бірақ айтарлықтай проблемаларға тап болады. Зерттеулер денсаулық сақтау мамандарының арасында төмен қауіп факторларының жоғары таралуын көрсетеді, бұл мақсатты араласуды қажет ететін жүйелік мәселелерді көрсетеді [23].

Пациентке бағытталған тәсілдерге және МСАК пен мамандандырылған қызметтер арасындағы ұйымдастырылған көмекке негізделген көп факторлы профилактиканың моделі перспективалы болып шықты және екі деңгей де мақсатты профилактикалық кеңес беруде ынтымақтасқанда тиімділік айтарлықтай артады [24].

Бірінші кезекте диагностика мен емдеуге бағдарланған профилактикаға дейінгі МСАК эволюциясы маңызды мүмкіндік болып табылады, өйткені электрондық коммуникация мен инновациялық тәсілдер процестерді оңтайландырады және пациенттердің нәтижелерін жақсартады [25]. Оқыту, жабдықтар беру және жүйелі профилактикалық бағдарламалар арқылы МСАК

әлеуетін нығайту жұқпалы емес аурулармен тиімді күресу үшін маңызды. Алғашқы медициналық-санитариялық көмек (МСАК) жүйелері жұқпалы емес аурулардың алдын алу және оларға қарсы күрес бойынша тиімді қызметтер көрсету әлеуетінде елеулі олқылықтарға тап болады. Көптеген елдерде жүргізілген зерттеулер көрсеткендей, кадрларды даярлаудың жеткіліксіздігі үлкен кедергі болып табылады, өйткені денсаулық сақтау мамандарының ЖЕА емдеу дағдылары жеткіліксіз [26].

Жабдықтар мен инфрақұрылымдағы кемшіліктер қызмет көрсету мүмкіндіктерін одан әрі шектейді, өйткені Вьетнамдағы қоғамдық денсаулық сақтау пункттері тиісті скрининг, диагностика және емдеу қызметтерін ұсына алмайды. ДДҰ ұсынған негізгі дәрі-дәрмектер мен диагностикалық жабдықтар көбінесе алғашқы медициналық көмек көрсету мекемелерінде жоқ [27].

Осы проблемаларға қарамастан, МСАК жүйелері тиісті қолдаумен жұқпалы емес ауруларды біріктіру әлеуетін көрсетеді. МСАК әлеуетін нығайту кешенді тәсілдерді, соның ішінде кеңейтілген оқыту бағдарламаларын, қажетті жабдықтар мен дәрі-дәрмектерді ұсынуды, барабар қаржыландыруды және NPI-дің өсіп келе жатқан ауыртпалығын тиімді шешуге күшті саяси міндеттемені талап етеді [28, 29].

Зерттеулер көрсеткендей, пациентке бағытталған тәсілдерге негізделген көп факторлы профилактика және алғашқы медициналық-санитарлық көмек (МСАК) мен мамандандырылған қызметтер арасындағы ұйымдастырылған көмек модельдері перспективалы болып табылады. МСАК-та профилактикалық кеңес беру, әсіресе жұқпалы емес аурулардың қауіп факторларын жоюға бағытталған терең тәсілдер тиісті ұйымдастыру кезінде өзінің тиімділігін дәлелдеді [30].

Жалпы медициналық практикадағы мультидисциплинарлық тәсілдер алғашқы медициналық көмек дәрігерлерінің, мамандардың және одақтас медицина қызметкерлерінің әртүрлі тәжірибесін пайдалана отырып, жан-жақты, пациентке бағытталған күтімді қамтамасыз етеді, бұл емдеу нәтижелері мен пациенттердің қанағаттанушылығының жақсаруына әкеледі [31].

Медициналық көмектің бұл пәнаралық үлгілері әртүрлі мамандардың, соның ішінде дәрігерлердің, медбикелердің, әлеуметтік қызметкерлердің және фармацевтердің ынтымақтастығына баса назар аударады, тиімді қарым-қатынас пен командалық күтім клиникалық нәтижелерге оң әсер етеді [32].

Табысты іске асыру тиісті дайындықты қажет етеді, бұған бірлескен тәжірибеге мамандар дайындайтын кеңес беру, әлеуметтік жұмыс, мейірбике и және медицина факультетін қамтитын пәнаралық бағдарламалар дәлел бола алады [33].

Көпсалалы бригадаларды, пациенттерді басқаруды және үйлестірілген күтім жоспарларын қамтитын швейцариялық кешенді күтім үлгілері перспективалы болды, дегенмен оларды жүзеге асыру өтемақы саясаты мен кәсіби аумақтық мәселелерге байланысты қиындықтарға тап болды [34].

Бұл нәтижелер денсаулық сақтаудың әртүрлі салаларында ұйымдастырылған, пациентке бағытталған алдын алу үлгілерінің тиімділігін растайды. Алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету мекемелері

профилактиканы үш деңгейде жүзеге асыра алады: аурудың дамуының алдын алу үшін бастапқы профилактика, ерте диагностика үшін қайталама профилактика және асқынулардың алдын алу үшін үшінші профилактика [35]. Ауруды тиімді алдын алу тәуекел топтарын анықтау және олармен пациенттерді басқару үшін бастапқы буын дәрігерлерінің, нефрологтардың, диетологтардың, фармацевтердің және әлеуметтік қызметкерлердің кәсіби бірлескен жұмысын талап етеді [36].

1.2 Ауруларды басқару бағдарламасын жүзеге асыратын елдердің тәжірибесі

Жұқпалы емес аурулардың алдын алу және онымен күресу мақсатында қалыптасқан жағдайға байланысты ауруларды басқару тұжырымдамасы (Disease Management) пайда болды – пациенттің функционалдық мүмкіндіктерін іске асыруды барынша қамтамасыз ететін, аурулардың даму қаупін, мүгедектік пен өлімді төмендететін және денсаулық сақтаудың өнімділігі мен рентабельділігін жаңа деңгейге көтеретін жаңа құрылымдық жүйелік тәсіл [37]. Ауруды басқару - бұл белгілі бір пациентте аурудың даму процесіне сәйкес медициналық көмек көрсетудің құрылымы мен тәртібін ұйымдастыратын тұтас тұжырымдама. Бұл тәсілдің тән ерекшелігі – пациенттерге олардың мінез-құлқы мен ауруын басқаруда сауатты болуға көмектесу, пациенттің және медициналық ұйымның белгілі бір пациенттің денсаулық жағдайы үшін ортақ жауапкершілігін дамыту.

Ауруларды басқару пациенттерге күтім жасаудың біртұтас тәсілі болып табылады, ол пациенттердің медициналық мінез-құлық ережелерін барынша сақтай отырып, денсаулықтың алдын алуға болатын бұзылуларын азайтуға бағытталған үздіксіз, кешенді стратегияларды қамтиды. Бұл тәсіл пациенттің өзін-өзі басқару қабілетін дамытуға баса назар аударады, ол өмір салтына, проблемаларды шешуге, денсаулық сақтау мақсаттарына жету үшін жоспарлауға және ынтымақтастыққа байланысты белсенді және реактивті әрекеттер ретінде анықталады [38].

Өзін-өзі басқару пациенттің белсенді қатысуын, жауапкершілікті қабылдауды және жеңудің оң стратегияларын талап ететін тұлғаға бағытталған, тұлғаға бағытталған және жалпылама аспектілерге біріктірілген он негізгі аспектіні қамтиды [39]. Зерттеулер көрсеткендей, ауруларды емдеу бағдарламалары денсаулықтың мінез-құлқын және өмірдің физикалық сапасын жақсартып алады, дегенмен уақыт өте келе өмірдің психикалық сапасы мен өзін-өзі бақылау қабілеттерін сақтауда қиындықтар бар [40]. Бұл тұжырымдама негізінен пациенттер мен медициналық қызмет көрсетушілер арасындағы бірлескен серіктестікті қажет етеді, пациенттер өздерінің медициналық көмегінің қосалқы өндірушілері ретінде әрекет етеді.

АББ-ның негізгі мақсаты – созылмалы аурулары бар адамдарға күтім жасауды жақсарту. Емдеу симптомдарды жеңілдету, аурудың өршуіне жол бермеу және асқынулардың дамуын мүмкіндігінше болдырмау мақсатында соңғы медициналық білімге негізделген. Бұл құрылымдық емдеу әдісі отбасылық дәрігерлер мен мамандар, ауруханалар мен оңалту орталықтары сияқты әртүрлі мамандар мен көмек көрсететін мекемелер арасындағы

ынтымақтастықты жақсартуға бағытталған. Бұл жақсартылған ақпарат ағыны (мысалы, егжей-тегжейлі құжаттаманы пайдалану) емдеудің жекелеген кезеңдерінің жақсы үйлестірілуін және бір медициналық тексеруді екі түрлі дәрігер екі рет жүргізбеуін қамтамасыз етуге арналған [41-44].

Германияда АББ келесі созылмалы аурулары бар адамдар үшін жүзеге асырылады: демікпе, өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА), сүт безі қатерлі ісігі, 1 типті және 2 типті қант диабеті, жүректің ишемиялық ауруы (АЖЖ). Германияда АББ дамытудың алғашқы қадамдары 2000 жылдың басында басталды, онда 3,86 миллион сақтандырылған адамның 1820-сы 2013 жылы 2 типті қант диабеті бойынша АББ-на қатысты [45-47]. Michael Mehring мәліметтері бойынша, авторларымен бірге АББ-на 2004 және 2015 жылдар кезеңінен бастап Германияда жүзеге асырылып келе жатқан қатысушылардың 2015 жылы 580222-ге дейін өскенін көрсетті, онда 70 жастан асқан қатысушылардың үлесі 41,6-дан 51,1%-ға дейін өсті. Индикаторлар бойынша келесі нәтижелер алынды: темекі шегушілердің пайызы 9-дан 11%-ға дейін өсті; дене салмағының индексі тұрақты болып қалды, дене салмағының индексі > 30 кг/м болатын пациенттердің шамамен 50%-у HbA1c бақылауы айтарлықтай өзгеріспен қатар жүрмеді, бақыланбайтын мәндері 8,5%-дан жоғары барлық пациенттердің 8,3 және 9,4% арасында. Жалпы алғанда, нәтижелер фармакотерапия мен пациенттерді оқытуға қатысты емдеу сапасының жақсарғанын көрсетті, сондықтан пациенттерді қатаң сақтау, бірақ темекі шегу, семіздік немесе HbA1c бақылауының жақсару көрсеткіштеріне қол жеткізілген жоқ [48, 49].

Канадада бірнеше провинциялар созылмалы ауруларға көмек көрсетуді жақсарту мақсатында МСАК жүйесін қайта құрды [50]. Созылмалы аурудың ең көп таралған көрінісі мультиморбидтілік анықталды. Мультиморбидтіліктің таралуын және тәсілдердің ортақтығын ескере отырып, бір ауруды фрагменттелген басқару бүкіл адамға кешенді көмекпен ауыстырылды. Жергілікті қоғамдастық деңгейіндегі АББ, қызмет көрсетудің 3 негізгі бағытын қамтыды:

- пациенттерді нақты аурулар және жалпы денсаулық жағдайы бойынша оқыту;
- ауру бойынша бақыланатын жаттығулар;
- өзін-өзі бақылау бойынша «Ең жақсы таңдау, ең жақсы денсаулық» семинарлары.

Қызметтерді жергілікті деңгейде кәсіпқойаралық топ ұсынады және халықтың әртүрлі және осал топтарына бейімделуі мүмкін. Авторлар бұл модель Альбертадағы 108 қауымдастықта сәтті жүзеге асырылғанын атап өтті. Бұл тәсіл жедел медициналық көмек көрсетудің төмендеуімен және клиникалық көрсеткіштердің жақсаруымен байланысты, сонымен қатар барлық ауруларды қамтитын және пациентке бағытталған кешенді тәсіл арқылы тиімділікті қамтамасыз етеді [51].

Канададағы АББ-ын жүзеге асырудағы ӨСОА шеңберінде тағы бір тәжірибе көрсеткендей, пациенттердің көпшілігі өздерін командада ажырамас немесе орталық рөл атқарады деп санайды, оны медицина мамандары растады.

Белсенді қатысудың оң (мысалы, оқуға деген ұмтылыс) және жағымсыз факторлары (мысалы, өзін-өзі қорғаусыз жеткіліксіз күтімді алудан қорқу) анықталды, бұл үшін пациенттің басшылығымен қарым-қатынас маңызды болды. Пәнаралық топтық көмек моделінің құрамдас бөліктері, соның ішінде қызмет көрсетушілерді үйлестіру және іс-әрекеттерді жоспарлау оң белсенді қатысуды қамтамасыз етті және өзін-өзі бақылауды арттырды. Осылайша, зерттеу созылмалы ауруларды емдеудің пәнаралық бағдарламалары пациенттердің қатысуына қалай ықпал ететінін көрсетті. Провайдердің күтулерінің анықтығы және пациенттердің рөлдері мен қалаулары туралы ақпарат беру ұсынылады [52]. Тұтастай алғанда, АББ қатысатын ӨСОА бар емделушілерде бақылау тобымен (орташа айырмашылық = -0,30) және бір мезгілде бақылау тобымен (орташа айырмашылық = -0,12) салыстырғанда өршу эпизодтары аз болды. Канадалық доллармен есептегенде, денсаулық сақтаудың орташа жылдық шығындары ұқсас бақылау тобына (орташа 10,677) қарағанда АББ-да ӨСОА пациенттерін құрады (орташа = 10,549). АББ-да ӨСОА шамамен бірдей шығындармен жақсы нәтиже береді [53].

Hsieh және тең автор. Тайваньдағы Р4Р қант диабеті бағдарламасы аясында 2 типті қант диабетімен ауыратын пациенттер арасында қант диабетін емдеудің қатерлі ісік ауруы мен өлім қаупіне әсерін бағалады. Бұл зерттеу Р4Р қант диабеті бағдарламалары 2 типті қант диабетімен ауыратын пациенттер арасында қатерлі ісік пен қант диабетімен байланысты өлім-жітімге байланысты барлық себептер мен бәсекелес өлім себептерінен болатын өлім қаупін төмендететінін көрсетті [54].

Австралияда My Health Guardian (MHG) ұзақ мерзімді АББ 4 жыл ішінде ауруханаға жатқызу (-11,4%), қайта қабылдау (-36,7%) және төсек-күн (-17,2%) санының айтарлықтай төмендеуіне әкелді. Уақыт өте келе әсердің мөлшері ауруханаға жатқызу және төсек күндері үшін өсті. 4 жыл ішінде ауруханаға жатқызудың және қайта қабылдаудың салыстырмалы мүмкіндігі емдеу тобында сәйкесінше 27 және 45% төмен болды. Ауруханаға баруды азайту арқылы бағдарлама бойынша жиынтық үнемдеу 4 жыл ішінде 3549 долларды құрады [55].

Авторлар АББ шеңберіндегі пациенттердің өзіне-өзі көмектесуіне шектеулі әсер олардың негізгі мақсаты, жағдайы, клиникалық деректері, пайдаланылған ілеспе медициналық қызметтер, сеанстар саны, жиілігі және қант диабеті сияқты белгілі бір аурулардағы денсаулықтың нақты нәтижелері туралы егжей-тегжейлердің болмауына байланысты болуы мүмкін екенін атап өтті. АББ жоспарлары дұрыс қолданылған жағдайда пациенттердің өзін-өзі бақылауын жақсартуда тиімді болуы мүмкін. Зерттеу МСАК-та АББ жоспарларын әзірлеу мен іске асыруға неғұрлым стандартталған тәсілдің қажеттілігін атап көрсетеді. Бұл тәсіл жеке пациенттердің ерекше қажеттіліктері мен жағдайларын ескеруі керек, сонымен қатар әртүрлі медициналық ұйымдар мен мекемелерде дәйектілік пен есеп беруді қамтамасыз етуі керек [56]. Бұл тәсілді жүзеге асыру үшін барлық анықтаушы факторларды ескеру және АББ жоспарларын жүзеге асыруға ықпал ету үшін жалпы тәжірибе шеңберінде денсаулық сақтау жүйесін жетілдіру қажет. Тілдік және коммуникативтік кедергілер, денсаулық пен

әлеуметтік факторларға деген сенімдер және тәжірибе деңгейі, дайындық және ынтымақтастық сияқты кәсіби Денсаулық детерминанттары сияқты пациенттің анықтаушы факторларын жою пациенттердің жақсы нәтижелеріне және созылмалы ауруларды тиімдірек емдеуге әкелуі мүмкін [57-62].

Зерттеулер Денсаулық сақтау саласындағы байланыс пен ынтымақтастықтағы кедергілерді жою созылмалы ауруларды емдеу нәтижелерін айтарлықтай жақсартатынын көрсетеді. Мәдени және тілдік айырмашылықтар әлеуметтік-экономикалық факторлармен қатар төмен медициналық сауаттылыққа ықпал етеді және пациенттердің медициналық нұсқауларды орындауына жол бермейді [63]. Кәсіби деңгейдегі кедергілерге Денсаулық сақтау мамандарының білімінің жетіспеушілігі, шектеулі дайындық және 2016 жылдан бастап өзекті мәселелерге айналып келе жатқан коммуникативті дағдылардың жеткіліксіздігі жатады [64]. Кәсіби ынтымақтастық (IPC) араласулары систолалық қан қысымын, гликозилденген гемоглобинді, LDL холестерин деңгейін және ауруханаға жатқызу ұзақтығын төмендетуді қоса алғанда, айтарлықтай клиникалық артықшылықтарды көрсетеді [65].

Алайда, ынтымақтастықты нығайтудағы ақпараттық-коммуникациялық технологиялардың жетістігі тек технологияның өзіне ғана емес, негізгі әлеуметтік қатынастар мен ұйымдастырушылық мәдениетті қолдауға байланысты [66]. Созылмалы ауруларды тиімді емдеу пациенттің деңгейінде тілді білу және білімдегі олқылықтар сияқты факторларды да, кәсіби деңгейдегі кедергілерді де біліктілікті арттыру және кәсіби командалық жұмысты жақсарту арқылы жоюды талап етеді.

Арнайы оқыту курстары мен тұрақты консультациялар аурумен күресуде қолдау көрсетеді. Олар сондай-ақ созылмалы аурулары бар адамдарға өздерінің қалаулары мен қажеттіліктерін білдіруге және оларды емдеуге қатысты негізделген шешімдер қабылдауға белсенді қатысуға мүмкіндік береді. Мұның бәрі қатысушылардың өмір сүру сапасын жақсартуға бағытталған.

Зерттеулер көрсеткендей, мамандандырылған оқу бағдарламалары мен консультациялар пациенттердің қатысуын қамтамасыз ету және олардың өмір сүру сапасын жақсарту арқылы созылмалы ауруларды емдеуге айтарлықтай ықпал етеді. Созылмалы аурулардағы өзін-өзі бақылау курсы пациенттерге өзін-өзі бақылаудың қолайлы әдістерін таңдауға сенімділік береді, сонымен қатар мінез-құлықты өзгерту үшін мақсат қою өте маңызды болып табылатын қолайлы ортада тәжірибе алмасуға мүмкіндік береді [67]. Пациенттерді оқытуды медициналық біліммен біріктіретін бірлескен оқу бағдарламалары пациенттерге, студенттерге және күтім мамандарына қатысушылардың қажеттіліктері мен қалауларын бағалау және қанағаттандыру арқылы емделушіге бағытталған емдеуді арттыру арқылы бірге оқуға мүмкіндік береді [68].

Созылмалы пациенттер медициналық консультацияларға белсенді қатысуға кедергі келтіретін кедергілерді жеңу үшін коммуникациялық қолдауға қызығушылық танытады [69].

Интерактивті денсаулық сақтау саласындағы коммуникациялық қосымшалар сонымен қатар эмоционалды қолдау, кәсіптік оқыту және пациенттер мен денсаулық сақтау мамандары арасындағы байланысты жақсарту

арқылы кең қатысуға негізделген шешімдер қабылдауға ықпал етеді, бұл сайып келгенде емдеуге деген ұмтылысты және оның нәтижелерін арттырады [70].

АББ созылмалы ауруларға көмек көрсету сапасын жақсарту арқылы шығындарды азайтуға бағытталған. Олардың тиімділігі туралы дәлелдер аралас. Бағдарламаның шығындарын жабу үшін денсаулық сақтау шығындарын жеткілікті түрде азайту өте қиын міндет болды. АББ әдетте ең ауыр пациенттерге бағытталған болса да, бұл бағдарламаның әсері араласуға дейінгі кезеңде ұсынылған сынақтардан өтпеген адамдар тобына шоғырланған. Егер мұндай нәтижелер расталса, олар ауырлық дәрежесі негізінде де, тестілеу туралы (жетіспейтін) ақпарат негізінде де анықталған тиісті кіші топтарға назар аудару арқылы АББ-ның экономикалық тиімділігін арттыру үшін іс жүзінде маңызды болады [71].

Осылайша, АББ нұсқаулыққа негізделген медициналық көмек көрсетуді қолдайтын және созылмалы аурулары бар адамдар үшін әртүрлі өзін-өзі басқару және бақылау жүйелерін қамтамасыз етуге арналған құрал болып табылады. Өзін-өзі бақылау пациенттерге өзін-өзі күтуде белсенді рөл атқаруға мүмкіндік береді. АББ жоспарлары арқылы пациенттер күнделікті жағдайын басқаруға қажетті білім мен дағдыларды алады. Мультидисциплинарлық топтың АББ-ны іске асыруға қатысуы, сондай-ақ пациенттердің өздері белсенді қатысуы пациенттердің денсаулығына қатысты үздік нәтижелерге қол жеткізуін қоса алғанда, ақпаратпен жедел алмасуға мүмкіндік береді. Неліктен кейбір пациенттердің өзін-өзі бақылауда нашар жұмыс істейтінін түсіну медицина қызметкерлеріне адамға бағытталған, жақсы ұйымдастырылған және тиісті АББ жоспарлары бойынша нұсқаулықтарды ұсынуға және денсаулық сақтау жүйесін жақсартуға көмектеседі. АББ қамтылған халықтың денсаулығына оң әсер етуі үшін ол қатысушылардың салауатты өмір салтын қабылдауға қатысуы мен бейімділігін сақтай алуы керек, бұл медициналық қызметтерді пайдаланудан аулақ болуға мүмкіндік береді.

АББ клиникалық ұсыныстар мен ақпараттық-коммуникациялық технологияларды (АКТ) пайдалана отырып, созылмалы аурулар кезінде пациенттерге өзін-өзі күтуге ерекше назар аударатын Үйлестірілген медициналық іс-шаралар болып табылады [72].

Бұл бағдарламалар қатысушылар салауатты мінез-құлыққа, өзін-өзі тиімділікке және денсаулық жағдайына қатысты статистикалық маңызды жақсартуларды, соның ішінде бір жылдан кейін жедел жәрдемге бару санын азайтуды көрсететін нақты жағдайларда айтарлықтай тиімділікті көрсетеді [73].

Жапонияда белгілі бір аурулар бойынша білім беретін медбикелермен кешенді емдеу клиникалық жақсартуларды көрсетті: қант диабетімен ауыратын науқастарда HbA1c деңгейі мен қан қысымы жақсарды, ал созылмалы бүйрек аурулары бар науқастарда бүйрек қызметі тұрақты болды [74]. Технологияны біріктіру ұзақ уақыт бойы деректер сапасын сақтау үшін жеке денсаулық жазбаларымен біріктірілген қауіпсіз, масштабталатын платформаларды пайдалана отырып, пациенттердің қандағы глюкоза деңгейі сияқты денсаулық көрсеткіштерін қадағалауын қолдайтын өзін-өзі басқару қызметтері арқылы осы бағдарламалардың мүмкіндіктерін кеңейтеді [75]. АББ үйлестірілген араласулар

мен жүйелі емдеу хаттамалары арқылы созылмалы ауруларды емдеуді жақсартуға бағытталған құрылымдық, пәнаралық тәсілдер. Бұл бағдарламалар тәуекел тобындағы науқастарды анықтауға, өзін-өзі бақылауды ынталандыруға және әртүрлі емдеу жағдайларында максималды клиникалық нәтижелерге қол жеткізуге бағытталған [76]. Германияда алынған дәлелдер жақсы дамыған АББ ауруханаға жатқызу санын, ауруханада болу ұзақтығын, өлім-жітімді және дәрі-дәрмектің құнын, тіпті әлсіз алғашқы медициналық көмек жүйелерінің бір бөлігі ретінде төмендете отырып, медициналық көмектің сапасы мен пациенттердің қанағаттануын айтарлықтай арттыра алатынын көрсетеді [77].

Бағдарламаның негізгі ерекшеліктеріне ақпараттық технологияларды қолдау, тағайындалған үйлестіруші дәрігерлер, пациентке бағытталған тәсілдер және мүдделі тараптар үшін қаржылық ынталандыру кіреді. Голландиялық АББ жүргізген зерттеу денсаулық сақтау мамандары, әсіресе жалпы тәжірибелік дәрігерлер мен арнайы мамандар, медбикелер, диетологтар және физиотерапевтер арасындағы қарым-қатынасты үйлестіру созылмалы күтімнің сапасымен, соның ішінде қоғаммен байланысты жақсартумен, өзін-өзі басқаруды қолдаумен және клиникалық ақпараттық жүйелермен оң байланысты екенін көрсетеді [78].

Өзіне-өзі көмектесу шараларына бағытталған зерттеулер оларды қолдануда және созылмалы ауруларда тиімділікте айтарлықтай шектеулерді анықтады. Қан тамырлары ауруларына арналған ақпаратқа негізделген араласулар әртүрлі тиімділікті көрсететінін анықтады, аурудың түрі мен пациенттің мүмкіндіктері негізгі факторлар болып табылады, ал нақты тиімді компоненттерді анықтау әлі де қиын [79, 80].

Психологиялық салдарға жеткіліксіз назар аударуды, мінез-құлықты өзгерту технологиялары мен әдістерін сирек қолдануды және әдетте зерттеу есептерінің сапасының төмендігін қоса алғанда, негізгі кемшіліктерді анықтай отырып, 233 өзін-өзі күту зерттеулеріне жан-жақты шолу талдауын жүргізді [81].

Медициналық қызмет көрсетушілердің тікелей қатысуымен жүргізілетін зерттеулердің ең аз санын және медициналық қызмет көрсетушілердің өзара іс-қимылын реттейтін тұжырымдамалық негіздердің жоқтығын атап өтіп, жүрек жеткіліксіздігі кезіндегі өзіне-өзі қызмет көрсету бойынша араласулардың проблемалық гетерогенділігіне назар аударды [82].

Жеке медициналық карталарды ұсыну артериялық гипертензияның нәтижелеріне шектеулі әсер ететіндігін көрсетті: пациенттердің тек 25,7%-ы бұл араласуды белсенді қолданды, бұл қосымша білімсіз немесе клиникалық қолдаусыз жалғыз технологиялық қамтамасыз ету жеткіліксіз екенін көрсетеді [83].

1.3 Созылмалы ауруларды басқарудағы мейіргердің рөлі

Созылмалы аурулардың таралуының өсуіне жағандық реакция мейіргерлерді пациенттердің тәжірибесін қалыптастыруда орталық ретінде қарастыра отырып, басқару және қызмет көрсету әдістеріне назар аударудан тұрады. Мейіргерлер созылмалы ауруларды басқаруда маңызды рөл атқарады және алғашқы медициналық көмек көрсету саласында медициналық

ресурстарды жоспарлау мен қамтамасыз етуді жақсартуға жақсы мүмкіндіктерге ие.

МСАК-тың командалық модельдері тиімдірек бола түсуде, мұнда мейіргер ісінің созылмалы ауруларды жүргізуге және МСАК деңгейінде профилактикалық көмекке қосқан үлесін нақты түсіну маңызды. Мейіргерлік клиникаларды жүргізу, мейіргерлік хаттамаларды пайдалану және жыл сайынғы сауықтыру сапарлары, сондай-ақ созылмалы ауруларды басқаруда және алдын алуда маңызды рөл атқаратын созылмалы ауруларды оқыту сияқты клиникалық іс-шаралар бар. Зерттеулер көрсеткендей, медбикелер созылмалы ауруларды алғашқы медициналық көмек деңгейінде емдеуде шешуші рөл атқарады, дегенмен оларды қолдану әр түрлі жағдайда әр түрлі болады [84]. Мейірбикелік қызметтің негізгі түрлерін жеке пациенттер деңгейінде де, күтім жүйесі деңгейінде де анықтап, төрт үлес деңгейін ұсынды: медбике технолог, технолог, жүйелік инженер және сәулетші ретінде, сонымен бірге дәлелді тәжірибені дамыту қажеттілігін атап өтті [85].

Exemplar practices-тегі тіркелген медбикелер тоғыз жалпы функцияны орындайды, соның ішінде телефон арқылы сұрыптау, созылмалы аурулары бар науқастарды басқару, медициналық нұсқаулық және сапаны жақсарту бойынша нұсқаулық, бұл командалық көмек үлгілеріндегі шығындарды азайта отырып, сапа мен тиімділікті арттырады [86].

Созылмалы ауруларды басқару тәсілдері дәстүрлі провайдер-пациент қарым-қатынасынан парадигмаға ауысады, онда созылмалы аурулары бар адамдар медициналық қызмет көрсетушілермен серіктестікте емдеуді басқаруда шешуші рөл атқарады [87, 88]. Мейіргер жеке пациенттерге күтім жасауды жақсартты және халық деңгейінде жүзеге асыру үшін масштабтауға болатын араласуларды тексерді. Мейіргер ғылымы осы тұжырымдаманы анықтайтын, оның теориялық негіздерін сипаттайтын және әртүрлі жағдайларда өзін-өзі бақылау араласуларының тиімділігін дамытатын және зерттейтін зерттеулер арқылы өзін-өзі басқару саласына үлес қосады. Орталық буын мейіргерлерге ауысқан кезде елдер созылмалы ауруларды емдеуге қатысты қалауы мен күтуі қатаң биомедициналық дискурсқа негізделген пациенттердің қиындықтарына тап болады. Мейіргерлердің рөлі мен дағдыларын дамытуға, сондай-ақ жедел жәрдем үлгісінен алыстауға қарамастан, нәтижелер пациенттердің білім монополиясы жедел жәрдем жағдайында өмір сүруді жалғастырады деген тұрақты сенімі бар екенін көрсетті. Егер пациенттер мейіргерде диагноз қоюшы, дәрігер және ауруды емдеу жөніндегі маман рөлін көрсе, қанағаттанарлық болды. Пациенттер дәрігердің басшылығымен ауруханадан мейіргердің басшылығымен қызметке ауыстырылған кезде қанағаттанбады. Зерттеуге қатысқан мейіргерлер жоғары білікті болғанымен, пациенттердің қабылдауы қызмет көрсетудің ең қолайлы тәртібіне емес, танысына негізделген. Пациенттердің көпшілігі созылмалы ауруларды басқаруды медициналық тәсіл ретінде қарастырды және мейіргердің қосқан үлесі еліктеу кезінде жоғары бағаланды.

Мейіргердің басшылығымен созылмалы ауруларды басқару туралы идеялар көбінесе пациентке бұрын таныс болған нәрсеге негізделген.

Стратегиялық деңгейде автономды мейіргерлік практика, егер біз қоғамда мейіргердің созылмалы ауруларды басқарудағы рөліне деген үміт пен сенімнің өзгеруін қаласақ, жалпы қоғамда қолдауды және одан әрі ілгерілеуді талап етеді [89]. Мейіргер өзін-өзі басқарудың зерттеулерінде, аудармасында және клиникалық тәжірибесінде маңызды рөл атқарады және инновациялық және тиімді тәжірибелердің дәлелді базасына үлес қосуды жалғастырады. Денсаулық сақтау саласындағы мамандардың ең үлкен және ең сенімді топтарының бірі ретінде мейіргерлер созылмалы ауруларды емдей ме, әлде денсаулықты сақтай ма, жеке адамдарға және кеңірек популяцияға өзін-өзі қамтамасыз етудің бірегей мүмкіндіктеріне ие, зерттеулерден тәжірибеге көпір ретінде әрекет етеді. Осылайша, мейіргерлер өмір сүріп қана қоймай, сонымен қатар денсаулық пен әл-ауқаттың ең жақсы жағдайында өркендеу үшін қауымдастықтар мен жеке адамдарға өзін-өзі басқарудың практикалық дағдыларын әкеледі.

Онтарио, Канадада МСАК мейіргерлері созылмалы ауруларды емдеумен айналысады, бірақ лицензиясына байланысты әр түрлі дәрежеде. Созылмалы ауруларды басқару іс-шаралары келесі міндеттерді қамтиды:

- өмірлік маңызды белгілер;
- темекі шегу тарихын алу;
- ынталандыру жаттығулары;
- жараға күтім жасау;
- иммунизация/вакцинация жүргізу;
- респираторлық шыңды өлшегішті қолдану;
- дұрыс тамақтануға үйрету;
- өмір салты бойынша кеңес беру;
- созылмалы ауруларды оқыту;
- созылмалы аурулар клиникасының жағдайы;
- клиникалық практика бойынша нұсқаулықтарды қолдану;
- лабораториялық талдауларға тапсырыс беру;
- дәрі-дәрмектерді титрлеу.

Тәжірибедегі мейіргерлер клиникалық көмек, басқару және есеп беру арқылы тәуелсіз және бірлесіп әрекет ету арқылы әртүрлі жағдайларда көмек көрсетеді. Мейіргерлер созылмалы аурулары бар пациенттерге күтім жасауға көмектескен кезде, бұл пациенттердің клиникалық нәтижелері тек дәрігердің емімен салыстырғанда жақсарады.

Созылмалы аурулардың ауыртпалығының артуына байланысты Австралияда мемлекеттік ауруханалардың амбулаториялық-емханалық бөлімшелерінде және қоғамдық денсаулық сақтау орталықтарында мейіргерлер басқаратын клиникалардың саны артып келеді. Австралияда белгілі бір міндеттердің медициналық практиктері автономды болып табылады, мысалы, созылмалы ауруларды емдеуді жоспарлау және басқа дәрігерлермен ынтымақтастықты жүзеге асыру, аурулардың диагнозын бағалау және түсіндіру және пациенттерді басқа мамандарға жіберу [90].

4090 қатысушыға негізделген тағы бір зерттеу мейіргер басқаратын қызметтер ауруханаға жатқызудың аздығымен байланысты, 2-8, 9%-ға қысқарды, ал қайта қабылдау 14,8-51%-ға төмендеді (N=886). Пациенттердің оң

тәжірибесі және симптомдар мен өмір салтын жақсарту туралы есептер де айқын болды. Мейіргерлік қызметтердің бастапқы және қайталама денсаулық сақтау қызметтері арасындағы медициналық көмектің үздіксіздігін жақсартумен байланысы нәтиже ретінде өздігінен жасалуы мүмкін емес. Дегенмен, мейіргер басқаратын ересектерге арналған қызметтер бастапқы және қайталама медициналық көмек көрсету орындарында созылмалы аурулары бар адамдарға күтім көрсетудің үздіксіздігін сақтайтын үйлестірілген араласуды қамтамасыз етеді, бұл ауруханаға жатқызу немесе қайта қабылдау санының азаюымен және пациенттердің қанағаттануымен байланысты [91].

Пациенттер үшін көрсетілетін медициналық көмектің қолжетімділігі мәселесі басым болып табылады. МСАК ұйымдарындағы дәрігерлердің көпшілігі бос емес және пациенттерге аз уақыт бөледі. Осыған байланысты пациенттермен жұмыс істеудің негізгі жүктемесі мейіргердің иығына түседі. Пациенттердің емдеуші дәрігерлерге жиі баруының басты себебі - тек рецепт алу [92]. Канаданың Québec провинциясындағы 266 мейіргер арасында жүргізілген сауалнамаға сәйкес, мейіргерлердің негізгі қызметі пациенттердің денсаулығын нығайтуға және олардың жағдайын бағалауға бағытталған. Бұл ретте созылмалы аурулары бар пациенттерге жеткілікті көңіл бөлінбейтіні анықталды. Функционалдық міндеттердің нақты сипаттамаларының болмауы мейіргерлердің құзыреттерін жеткіліксіз пайдаланумен байланысты болуы мүмкін, бұл өз кезегінде созылмалы аурулары бар пациенттердің санын көбейтеді [93]. Осы аймақта 13 мейіргердің қатысуымен жүргізілген сапалы сипаттамалық зерттеу созылмалы аурулары бар пациенттерге толыққанды сапалы медициналық көмек көрсету үшін мейіргерлердің білімін арттыру, сондай-ақ олардың психикалық денсаулық мамандарымен өзара әрекеттесуін жақсарту қажет екенін көрсетті, психикалық ауытқулары бар. Алғашқы медициналық көмек мейіргерлерінің әлеуеті әрқашан толық пайдаланыла бермейді және олардың кейбір әрекеттерін жақсартуға болады. Мейіргерлерді созылмалы аурулармен және жалпы психикалық бұзылулармен ауыратын пациенттерге бірлескен көмекке қосудың дәлелі дәлелденген, бірақ отбасылық медицина тәжірибесінде толық жүзеге асырылмаған. Girarda бірлескен авторлармен бірге болашақ зерттеулерде созылмалы аурулары бар және жалпы психикалық ауытқулары бар пациенттерге көмек көрсету кезінде психикалық денсаулық мамандары, алғашқы медициналық көмек мейіргерлері және отбасылық дәрігерлер арасындағы ынтымақтастыққа ерекше назар аударуды ұсынады [94]. Жүрек жеткіліксіздігі (ЖЖ) бар пациенттерге күтім жасау шараларын зерттеу көрсеткендей АББ тобындағы емделушілерде бақылау тобымен (әдеттегі күтім) салыстырғанда ЖЖ-мен байланысты оқиғалар аз болды. 60 күн ішінде ауруханаға жатқызылғаннан кейінгі өлім-жітім АББ-дағы ЖЖ тобында айтарлықтай төмен болды.

Санитарлық сауаттылық пен өзін-өзі бақылау ауруларды басқару бағдарламасының маңызды негізгі элементтері болып табылады. Медициналық сауаттылықты арттыру МСАК жағдайында созылмалы аурулары бар пациенттер үшін өте маңызды. Зерттеу нәтижелері көрсеткендей, жалпы тәжірибелік мейіргерлер пациенттердің созылмалы ауруын басқару қабілетіне оң әсер етті,

бірақ бұл үшін оларға созылмалы ауруларды емдеудегі рөлін кеңейтуге мүмкіндік беру керек [95].

Әдебиеттерге жүйелі шолу [96] созылмалы ауруларды басқарудағы мейіргердің негізгі қызметін 4 бағытқа топтастыруға болатындығын атап өтті:

1) созылмалы аурулардан зардап шегетін пациенттердің денсаулық жағдайын жалпы бағалау;

2) ауруды және медициналық көмек көрсету процесін басқару;

3) пациенттердің денсаулығын нығайту;

4) мейіргер мен дәрігердің ынтымақтастығы.

Алайда, 18 зерттеудің нәтижелері көрсеткендей, мейіргерлердің кейбір әрекеттері, мысалы, пациенттерді қолдау өте күрделі. Осыған байланысты мейіргерлердің қызметін анықтау және ажырату, сондай-ақ медициналық көмектің сапасына әсер ететін негізгі факторларды анықтау үшін терең зерттеу жүргізу қажет.

Stephen және бірлескен авторлар (2018) атап айтқанда, мейіргер мен дәрігердің ынтымақтастығы созылмалы аурулары бар пациенттермен жұмыс істеудің негізгі элементі болып табылады, бұл өз кезегінде топта жұмыс істеуді қамтиды. Әдебиеттерде мейіргерлердің алғашқы медициналық-санитарлық көмекке араласуының орындылығы мен қолайлылығы көрсетілген. Араласулардың көпшілігі көбінесе алғашқы медициналық көмек көрсетудегі мейіргерлерді қаржыландыру, біліктілікті арттыру және кәсіби қолдау сияқты ұйымдастырушылық факторларға байланысты [97].

Канадалық зерттеушілердің есебінде МСАК-та созылмалы ауруларды басқару бойынша мейіргердің рөлі ұсынылды. 1-суретте олардың шолу нәтижелері көрсетілген [98].

Авторлар созылмалы аурулары бар пациенттерге көмек көрсету бойынша 108 құжатты талдады, онда механизмдердің төрт негізгі категориясы анықталды: пациентке бағытталған пәнаралық көмек; өзін-өзі басқаруды қолдау және мотивациялық тәсіл; кәсіби қолдау; және күтімді үйлестіру және серіктестермен қарым-қатынас.

Бұл механизмдердің сәттілігіне әсер еткен негізгі контекстік факторлар пациенттермен (мультиморбидтілік, отбасы мүшелеріне күтім жасаушыларды тарту), медициналық қызмет көрсетушілермен (кәсіптік дайындық, кәсіби ынтымақтастық мәдениеті, отбасылық дәрігерді жұмылдыру) және денсаулық сақтау ұйымдарымен (қызметтер арасындағы үйлестіру, серіктестер арасындағы ынтымақтастық тарихы, қаржыландыру) байланысты болды.

Клиникалық рөлі	Басқарудың рөлі
• Хаттаманы орындау • Бағалау немесе сканерлеу • Тағайындау немесе титрлеу • Сынақтарға тапсырыс беру • Сілтеме • Мойындау • Монитор • Оқыту	• Күтімді үйлестіру / іс-қимыл жоспарлары - Телефон арқылы сүйемелдеу - Үйде бақылау

Сурет 1 – МСАК-та созылмалы ауруларды жүргізу бойынша мейіргердің рөлі

1-кестеде көмек көрсету механизмдері мен моделімен байланысы көрсетілген. Осылайша, пациентке бағытталған пәнаралық көмек маңызды рөл атқарады; өзін-өзі басқаруды қолдау және мотивациялық тәсіл; кәсіби қолдау; және созылмалы аурулары бар пациенттерге күтім жасау кезінде күтімді үйлестіру және серіктестермен қарым-қатынас [99].

Кесте 1 – Анықталған механизмдер және олардың созылмалы ауруларға көмек көрсету моделімен байланысы

Механизм	Созылмалы ауруларға көмек көрсету моделі
1	2
Пациентке бағытталған пәнаралық көмек: – медициналық көмектің пәнаралық тобының пациенттерді тұрақты бақылауы; – пациентке бағытталған және пациенттің қажеттіліктеріне бейімделген араласуды ұйымдастыру; – пациенттердің медициналық және әлеуметтік қызметтерге оңай қол жетімділігі; – өзгерістерді басқару процесін енгізу; – созылмалы аурулары бар пациенттерге мультиморбидтік тәсілді қабылдау	Жүйені әзірлеу немесе медициналық қызметтерді қайта бағдарлау
Өзін-өзі басқаруды қолдау және мотивациялық тәсіл: – білім беру ресурстары және пациенттердің өзін-өзі басқаруын қолдау дағдыларын дамыту; – пациенттер мен оларға күтім жасайтын адамдар үшін физикалық белсенділікке оңай қол жеткізу; – мотивациялық тәсілді қабылдау	Өзін-өзі басқаруды қолдау
Кәсіби қолдау: – кәсіпқойларға ұсынылатын оқыту; – клиникалық процесті оңтайландыру үшін ғылыми негізделген нұсқаулықтарды күнделікті клиникалық тәжірибеге енгізу; – ұжымдық бұйрықтарды қабылдау	Шешім қабылдау кезінде қолдау

1-кестенің жалғасы

1	2
Күтімді үйлестіру және серіктестермен қарым-қатынас: – күтімді жеңілдетілген үйлестіру; – жергілікті медициналық және әлеуметтік қызметтердің серіктестерімен әріптестік қатынастарды дамыту және нығайту; – жұмылдырылған менеджерлер мен шешім қабылдаушылар	Денсаулық сақтау ұйымы
Қауымдастық ресурстарын пайдалану: – қоғамдастық ресурстарымен белгіленген және шоғырландырылған келісімдер	Ресурстар және қоғамдастық саясаты
Ақпараттық үздіксіздік және клиникалық ақпараттық жүйе: – пациентті бақылау нәтижелерін басқа медициналық қызмет көрсетушілерге беру; – пациенттің медициналық картасына араласу туралы ақпаратты біріктіру; – созылмалы аурулардың өңірлік тіркелімін өрістету	Клиникалық ақпараттық жүйелер
Созылмалы ауруларға көмек көрсету моделімен байланысты емес механизмдер: – ұйымды қайта құрылымдауды жүргізу үшін пайдаланылған бағдарламаның нәтижелері; – бірлескен зерттеулер үшін шешім қабылдаушылар, зерттеушілер және дәрігерлер арасында серіктестік орнату; – бағдарламаны басқару құрылымдарын құру	

Пәнаралық немесе командалық тәсіл пациенттің және оның отбасының басымдықтары мен қажеттіліктерін ескере отырып құрылуы керек. Мейіргер медициналық көмек көрсету процесіндегі ең маңызды сегмент болып табылады және олардың біліктілігі көрсетілетін көмектің қолжетімділігіне, қауіпсіздігіне және тиімділігіне тікелей әсер етуі мүмкін. Көптеген зерттеулер денсаулық сақтау жүйесін жақсарту үшін саясат, тәжірибе, зерттеу және білім беру бастамалары арасындағы өзара әрекеттесуді қамтамасыз ету қажет екенін көрсетеді. Зерттеулерде мейіргерлер қатысатын медициналық көмек қауіпсіз және үнемді екендігі көрсетілген.

Практикалық мейіргерлердің қызметі үш негізгі басым мақсатқа бағытталған – медициналық көмек көрсету сапасын арттыру, пациенттердің денсаулығын сақтау және жақсарту, шығындарды азайту) [100-102]. Мейіргерлердің медициналық көмек көрсету процесіне қатысуы экономика тұрғысынан ең тиімді болып табылады, бұл бірқатар зерттеулерде көрсетілген. Алайда, олардың кейбір елдерде медициналық көмек көрсету жоспарындағы әрекеттері шектеулі екенін атап өткен жөн. Жүргізілген зерттеу нәтижелері мейіргерді (APRN – Advanced practice registered nurse) тәжірибемен толық қамту үшін бар кедергілер халықтың денсаулығына теріс әсер етуі мүмкін екенін көрсетті. Мейіргер өкілеттіктерінің кеңеюі ауруханаға жатқызу жиілігінің төмендеуіне әкеледі, медициналық көмектің сапасы мен құнына тиімді әсер етеді [10, p. 108086], сонымен бірге пациенттердің қанағаттануына, клиникалық нәтижелеріне және пациенттердің өмір сүру сапасына оң әсер етеді [103, 104].

Осылайша, тәжірибе көрсеткендей, қосымша дағдылары, дайындығы немесе жұмыс тәжірибесі бар мейіргерлер созылмалы аурулары бар пациенттерге алғашқы медициналық көмек көрсетуді жақсартуға көмектеседі. Халықаралық шолу мейіргерлер ауруханаға баруды азайтып, созылмалы аурулармен байланысты пациенттердің кейбір нәтижелерін жақсартып алатынын көрсетеді. Мейіргердің басшылығымен емделетін пациенттер қанағаттанарлық болды және әдетте дәрігердің ұсыныстарын дұрыс орындады.

1.4 Қазақстанда ауруды басқару бағдарламасын іске асыру

Денсаулық сақтау ресурстарын ұтымды пайдалану саясаткерлер үшін басым мәселе болып табылады. 2018 жылғы Астана декларациясында 120 ел кешенді МСАК-қа адалдығын растады [105]. Бұл міндеттеме Біріккен Ұлттар Ұйымының Даму Бағдарламасының Тұрақты даму мақсаттарының бірі болып табылатын жалпыға бірдей денсаулық сақтауды қамтуды (ДДҰ) қамтыды [106]. ДДҰ бүкіл халық үшін тең қолжетімділікті жақсартуға, адамға бағытталған көмек көрсетуге, Денсаулық сақтау органдарының сенімділігін арттыруға және жұртшылықты тарту арқылы денсаулықты нығайтуға бағытталған денсаулық сақтау реформаларының қажеттілігін мәлімдеді [107].

Денсаулық сақтау бағдарламалары аурулардың алдын алу мен емдеуде, Денсаулық теңсіздігінің алдын алуда және медициналық көмекке қол жеткізуде маңызды рөл атқарады. Еуропалық комиссияның сарапшылар тобы АБЖ тиімділігін атап өтеді, профилактика, денсаулық нәтижелері және медициналық көмектің сапасы үшін маңызды салдары бар [108].

Қазақстанның денсаулық сақтау саясаты МСАК-ты нығайтуға және орнықты дамытуға бағытталған. Қазақстанда АББ-ны іске асырудың алғашқы тәжірибесі 2013 жылы басталды [109]. АББ пилоттық бағдарламалары Павлодар және Солтүстік Қазақстан облыстарының жеті амбулаториялық-емханалық мекемелерінде сыналды. АББ созылмалы аурулары бар пациенттерге ұйымдасқан, тиімді, жүйелі көмек көрсету, оларды емдеу процесіне тарту ретінде ойластырылған. Үш жағдай қамтылды: гипертония, 2 типті қант диабеті және созылмалы жүрек жеткіліксіздігі. АББ-ны іске асыру Канадалық халықаралық денсаулық қоғамы (CSIH) қолдауымен халықаралық сарапшылардың қатысуымен Қазақстандағы денсаулық сақтау секторын институционалдық реформалау және технологияларды беру жөніндегі Дүниежүзілік банктің жобасы шеңберінде басталды [110, 111].

Дүниежүзілік Банктің есебінде Қазақстанда АББ енгізудің 2013-2017 жылдардағы оң нәтижелері егжей-тегжейлі сипатталған. Оларға гипертониялық пациенттердің 75% қан қысымын тұрақтандыру, қант диабетімен ауыратын пациенттердің жұмысын жақсарту және жүрек жеткіліксіздігі бар пациенттерді ауруханаға жатқызу жиілігін төмендету жатады. CSIH бір емханада пациенттердің 52% - 1 қан қысымы 140/90 төмен болғанын хабарлады. Тест үшін бір секундта ACR соңғы 12 айда 14%-дан 81%-ға дейін өсті; ал үшінші емханада соңғы 12 айда көзді тексеруден өткен пациенттердің үлесі 20%-дан 84%-ға дейін өсті [112, 113].

Қазақстанда АББ-ны одан әрі дамыту бағдарламаларды бүкіл ел бойынша таратуды көздейтін 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасы шеңберінде жалғасты. Қазақстанның барлық емханаларында АББ кеңінен енгізу 2019 жылдың басында басталды [114]. Осылайша, АББ созылмалы аурулармен ауыратын пациенттерді өзін-өзі бақылауға белсенді түрде тарта отырып, оларды динамикалық бақылау бағдарламасы болып табылады. АББ пациенттерін динамикалық бақылау кезеңдері 2-кестеде келтірілген.

Кесте 2 – Ауруларды басқару бағдарламасы (АББ) аясында пациенттерді динамикалық бақылау кезеңдері

Қажет болған жағдайда арнайы мамандарды қоса алғанда, көп профильді команда қатысуын қамтамасыз ету	
Пациенттерді анықтау және іріктеу.	Диспансерлік топтан немесе скринингтен кейінгі пациенттерді Ауруларды Басқару Бағдарламасына (АББ) қатыстыру
Ауруларды Басқару Бағдарламасына (АББ) қатысуға шақыру. Қатысу туралы ақпарат және келісім	Пациенттерге бағдарламаның мәні, сондай-ақ олардың артықшылықтары мен міндеттері туралы хабарлаңыз. Пациенттің қатысуға келісімі болған жағдайда келісім-шарт жасалады.
Пациентті жеке күнделікті пайдалана отырып өзін-өзі басқаруға оқыту.	Әңгімелесу және пациенттерді бақылау жоспарын түзетуді қоса алғанда, пациенттермен кері байланыс тәжірибесін енгізу. Ауылдық жерлерде қолдау көрсету үшін МСАК ұйымдарының денсаулық мектептерін тарту, онда пациенттерді жүргізуді мейіргерлер жүзеге асырады.
Пациенттің денсаулық жағдайын тұрақты бағалау жүргізіңіз.	Олардың жеке күнделігі арқылы, электрондық денсаулық сақтау жүйелерін пайдалану және пациенттерді оқыту арқылы
Пациентті бақылау сәйкес біліктілікті арттыру сертификаттарына ие алғашқы медициналық-санитарлық көмек мамандары арқылы жүргізіледі	

АББ қатысатын өңірлер саны
АББ қатысатын пациенттер саны
АББ қатысатын көп профильді команда мүшелерінің пайыздық үлесі
Қажетті медициналық құрал-жабдықтар мен өнімдері бар медициналық ұйымдардың пайыздық үлесі
Гипертония кезінде
Артериалық қысымы <140/90 мм с.б. деңгейіне жеткен пациенттердің пайыздық үлесі.
Гипертониялық кризбен стационарға жатқызылған пациенттердің пайыздық үлесі
Инсульт дамыған пациенттердің пайыздық үлесі
Өзін-өзі емдеуге арналған мақсат пен әрекет жоспары құжатталған бастапқы артериалық гипертензиясы бар пациенттердің пайыздық үлесі
Қант диабеті кезінде
Гликатталған гемоглобиннің бақылау деңгейі төмендеген пациенттердің пайызы
Жыл сайын аяқтарын тексеруден өткен пациенттердің пайызы
Статин қабылдайтын пациенттердің пайызы
Жүрек жеткіліксіздігі кезінде
АББ енгізу жобасына қатысатын пациенттер арасында шұғыл ауруханаға жатқызу пайызы
Бета-блокаторларды қабылдайтын пациенттердің пайызы

Сурет 2 – Ауруларды басқару бағдарламасының жүзеге асырылу көрсеткіштері

2-суретте, АББ көрсеткіштері бағдарламалардың жүзеге асырылуын бақылауға және олардың тиімділігін аймақтар арасындағы салыстыру арқылы ұлттық деңгейде бағалауға мүмкіндік береді.

Ауруларды басқару бағдарламалары үшін электрондық денсаулық сақтау

2015 жылы ДСМ Кардиология және ішкі аурулар ҒЗИ АББ-ға қатысатын пациенттердің электрондық тіркелімі құрылды. Тізілімде пациенттерді қосу функциялары бар МСАК деректері бар. Тізілімде АББ-ға қатысу шарты, сондай-ақ пациенттерге бару туралы деректер көрсетілген. Қызметкерлер пациенттермен олардың қажеттіліктеріне сәйкес байланысады. Резервтік нұсқа ретінде пациенттің деректерінің жанында үш ай сайын мейіргерлерге ескерту ретінде «қызыл қоңырау» жанады. Бұл мейіргерлерге пациенттердің дәрігерге жазылуын тексеру, дәрігерді үйге шақыру, денсаулығын бақылау күнделігін жүргізу, жеке медициналық мұрағат құру, емханада көрсетілген медициналық қызметтерді қадағалау қажеттілігі туралы ескертеді. АББ-ға қатысқан әрбір ұйым электронды денсаулық сақтауды пайдалану және бағалау тәжірибесін ұсына отырып, кардиология бағдарламасымен жұмыс істеуі керек еді.

Ауруларды басқару бағдарламаларын енгізуді ынталандыру

МСАК қызметкерлері үшін жағдайларды ынталандыру жөніндегі нұсқаулар Қазақстан Республикасының Президенті Н. Назарбаевтың 2018 жылғы Қазақстан халқына Жолдауы шеңберінде берілген [115]. Ауруларды емдеудің жаңа тәсілдерін енгізген жергілікті медицина қызметкерлерінің жалақысы 2019 жылдың қаңтарына қарай біртіндеп 20% - ға артады. Сондай-ақ, АББ Қазақстандағы МСАК-тың жаңа моделі болғандықтан, медициналық ұйымдардың басшылары АББ шеңберінде пациенттерге күтім жасауды жүзеге асыратын аудандық қызмет мамандарының жалақысын арттыру үшін мемлекеттен қаржыландырады.

Сонымен қатар, Қазақстанда МСАК-ты қаржыландыру Денсаулық сақтау ұйымдарына ай сайын қаражат бөле отырып, ДСМ арқылы жүзеге асырылады. Бөлу жан басына шаққандағы кешенді стандарттың ынталандырушы компонентіне негізделген, бұл МСАК қызметкерлерінің нәтижелер мен процестің көрсеткіштеріне қол жеткізуге қосқан үлесіне байланысты [116]. Жан басына шаққандағы нормативтің ынталандырушы компонентін (бұдан әрі – ЖБНЫК) қаржыландыру МСАК-пен қамтамасыз етіледі, оған жалпы практика дәрігері, учаскелік терапевттер мен педиатрлар, акушер-гинекологтар; мейіргерлер, фельдшерлер, акушерлер, әлеуметтік қызметкерлер және психологтар кіруі мүмкін.

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры қаражаттың мақсатты пайдаланылуын, төлемдердің уақтылылығын және қол жеткізілген көрсеткіштердің нәтижелері бойынша МСАК қызметкерлеріне олардың бөлінуін бағалауды бақылайды. АББ үшін маңызды көрсеткіштер жүрек-қантамыр жүйесі ауруларының (миокард инфарктісі, инсульт) асқынулары бар пациенттерді ауруханаға жатқызу жиілігі және пациенттердің МСАК қызметіне шағымдары болып табылады.

Осылайша, АББ сияқты МСАК бағдарламаларының тұрақты дамуы қызметтерді одан әрі жақсарту үшін әлсіз және күшті жақтарын анықтау үшін

нақты бағалау критерийлерін талап етеді. Қазақстан бұл мәселеде белгілі бір прогреске қол жеткізді, дегенмен мейіргердің нақты рөлдері әлі анықталмаған және АББ-ны іске асыру мониторингі жүргізілмеген. АББ-ны одан әрі енгізу және пайдалану проблемалары бағдарламаға қатысатын мамандарға жауапкершілікті бөлу мен қабылдауды қамтуы мүмкін. Табысты жұмыс аспектілері менеджерлердің бағдарламаның мәнін аймақтық деңгейде түсінуіне және ұйымдастырушылық-әдістемелік қолдау көрсетуге байланысты болады. Сонымен қатар, отандық денсаулық сақтау жүйесінде ауруларды басқару бағдарламасын ұйымдастыруға қатысты қазіргі жағдай оңтайлы модельді әзірлеу үшін ғылыми негізделген тәсілдерді одан әрі жетілдіруді және әзірлеуді талап етеді. Профилактикалық денсаулық сақтау мейіргерлерінің міндеті - дәлелді медицинаға негізделген нұсқаулар арқылы пациенттердің денсаулығын жақсарту, сонымен бірге адамдарды скрининг, кеңес беру және ауруларды басқару бағдарламасына қатысу сияқты профилактикалық қызметтерді алуға ынталандыру. Қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы білім беру арқылы мейіргерлер адамдар тобын салауатты өмір салтын ұстануға және сайып келгенде ұзақ, сапалы өмір сүруге шабыттандыруы мүмкін. Созылмалы жұқпалы емес аурулардағы денсаулықтың негізгі көрсеткіштерін жақсарту, пациенттердің мақсатты деңгейге жетуі, ауруларды өзін-өзі басқаруды қолдау көбінесе мейіргерлердің қатысуына байланысты.

2 ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ МЕН ӘДІСТЕМЕСІ

Зерттеу жұмысының кезеңдері мен мақсаттары 3-кестеде келтіріген.

Кесте 3 – Зерттеу жұмысының кезеңдері мен мақсаттары

Кезең	Тапсырмалар	Зерттеу әдістері мен әдіснамасы
1	Қант диабеті мысалында ауруды басқару бағдарламасына қатыса тын пациенттерге көмек/күтімді ұйымдас тырудағы мейіргердің рөлінің халы қаралық және отандық тәжірибесін талдау	Библиографиялық ізденіс (PubMed, Cochrane, Google Scholar, TripDatabase); кілт сөздер бойынша іздеу; жарияланымдарға шектеусіз шолу; құжаттық талдау (ДСМ бұйрықтары, әдістемелік нұсқаулықтар, жол картасы)
2	Алматы қаласы бойынша аурулар ды басқару бағдарламасына енгі зілген үш аурудың – қант диабеті, артериалды гипертензия және со зылмалы жүрек жеткіліксіздігінің – таралуы мен өлім-жітімін зерттеу	Ретроспективтік талдау; ҰҒДСДО деректері; 2016–2023 жж. сырқаттанушылық трендтері; 2013–2023 жж. өлім-жітім трендтері; көрсеткіштерді 100 000 тұрғынға шақтап есептеу; болжам жасау
3	Ауруларды басқару бағдарлама сындағы мейіргерлердің қазіргі практикасындағы рөлін талдау	Сапалық зерттеу; бетпе-бет және телефон арқылы сұхбат; тақырыптық талдау; мейіргерлердің рөлін, дайындық деңгейін, кедергілерді және оқу қажеттілігін анықтау
4	Пациенттердің АББ қатысу тәжірибесін және медициналық көмекке қанағаттануындағы ерекшеліктерді ескеріп анықтау	Сандық (кросс-секциялық) зерттеу; үш когорт бойынша сауалнама; сипаттамалық және ықтималдық статистика; χ^2 және t-тест; $p < 0,05$; SPSS талдауы
5	Ауруларды басқару бағдарламасын жүзеге асырудағы мейіргердің қызмет моделі бойынша практикалық ұсыныстар әзірлеу	Құжаттар мен әдебиеттерді талдау; бақылау; мейіргерлермен сұхбат; фокус-топтар (мейіргерлер, ЖТД, аудитормен дә рігерлер, пациенттер); сауалнама; модельді апробациялау және тәуекелдерді бағалау

Қойылған мақсат пен міндеттерді жүзеге асыру электрондық дерекқорларда, сондай-ақ кітапхана ресурстарында библиографиялық ізденіс жүргізуді қамтыды. Іздеу PubMed, Cochrane, Google Scholar, TripDatabase дерекқорлары бойынша жүргізілді. Іздеуде мынадай кілт сөздер қолданылды: diabetes, disease management program, self management, role of nurses, quality of life, behaviour factors және т.б. Іздеу тілі тек ағылшын және орыс тілдерімен шектелді. Жан-жақты талдау жүргізу мақсатында, жариялану күніне шектеу қойылған жоқ.

Келесі кезеңде Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесінде қант диабеті, артериялық гипертензия және созылмалы жүрек жетіспеушілігі (СЖЖ) кезіндегі Ауруларды басқару бағдарламасына (АББ) қатысатын пациенттерге көмек көрсетуге қатысты нормативтік құжаттарды зерделеу жүргізілді. Құжаттарды талдау АББ құрылымына, осы бағдарламаларды енгізу тәсілдері мен мәселелеріне, оларды жүзеге асыруға қатысатын медицина қызметкерлерін ынталандыру мүмкіндіктеріне, сондай-ақ пациенттердің пайдасына бағытталды. АББ туралы ақпарат, оның ішінде бұйрықтар, әдістемелік нұсқаулықтар, «жол картасы» және бағдарламаның сипаттамасы Қазақстан Республикасы Денсаулық

сақтау министрлігінің ресми сайтында (<http://dsm.gov.kz/en>) қолжетімді болды. Іздеу сұранысы «ауруларды басқару бағдарламасы», «қант диабеті», «өлім-жітім» сияқты кілт сөздер комбинациясы арқылы қалыптастырылды.

Денсаулық сақтау ұйымдарын іске асыру үдерістері мен рөлі туралы қосымша мәліметтер Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығынан (ҰҒДСДО) алынды. Бұл – денсаулық сақтау жүйесіндегі үдерістерді реттейтін негізгі институционалдық орган. Оның қызметтерінің бірі – медицина қызметкерлерінен, пациенттерден және халықтың кең ауқымынан кері байланыс жинау. Нәтижесінде 150 әдеби дереккөз талданды.

2-ші міндетті шешу үшін ретроспективтік деректер Алматы қаласындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығынан алынған ақпарат негізінде зерттелді. 2016 жылдан 2023 жылға дейінгі кезеңдегі сырқаттанушылық деректері талданды, бұл кезеңде АББ МСАК ұйымдарының барлығында енгізілген болатын. 2 типті қант диабеті, созылмалы жүрек жетіспеушілігі (СЖЖ) және артериялық гипертензия (АГ) бойынша 2026 жылға дейінгі үрдістер (трендтер) есептелді. Өлім-жітім бойынша деректер 2013–2023 жылдар аралығындағы кезеңге алынды және соның негізінде 2028 жылға дейінгі 100 000 адамға шаққандағы болжамды трендтер есептелді. Сырқаттанушылық пен өлім-жітім көрсеткіштері 100 000 халыққа шаққанда стандартты әдістермен есептелді.

Үш нозология түрі бойынша сырқаттанушылық пен өлім-жітім жағдайларының санын болжау үшін келесі (1) формула бойынша сызықтық регрессия әдісі қолданылды:

$$y = a + b \cdot x \quad (1)$$

мұнда y – тәуелді айнымалы;

x – тәуелсіз айнымалы;

a, b – регрессия коэффициенттері.

Регрессия коэффициенттерін есептеу үшін келесі (2), (3) формулалар қолданылды:

$$a = \frac{\sum y - b \sum x}{n} \quad (2)$$

$$b = \frac{n \sum xy - \sum x \sum y}{n \sum x^2 - (\sum x)^2} \quad (3)$$

Сондай-ақ осы зерттеуде біз қант диабетінен болатын өлім-жітімнің алдын алуға болатын есептеулерін жүргіздік. Үш аурудың ішінен Экономикалық ынтымақтастық және даму ұйымы (ЭЫДҰ)/Еуростаттың алдын алуға және емдеуге болатын себептер тізіміне сәйкес қант диабеті ғана алдын алуға болатын ауру ретінде қарастырылады, сондықтан талдауға осы екі нозология енгізілді (2022 жылғы қаңтар нұсқасы). Экономикалық ынтымақтастық және даму ұйымының (ЭЫДҰ) алдын алуға болатын өлім-жітім ұғымына профилактикалық

шаралар немесе қызметтер арқылы алдын алуға болатын барлық өлім жағдайлары және уақтылы әрі тиімді медициналық көмектің арқасында болдырмауға болатын емделетін өлім жағдайлары кіреді. Өлімнің негізгі себебі Аурулардың халықаралық статистикалық жіктемесінің 10-қайта қаралған нұсқасына (МКБ-10) сәйкес жіктелді. Халықтың жасына қарай стандартталған өлім-жітім көрсеткіштері 2015 жылғы ЭЫДҰ деректерінен алынды. 0–74 жас аралығындағы халықтың алдын алуға болатын өлім-жітімін есептеу үшін деректер жынысы мен бес жылдық жас санаттары бойынша жіктелді (мысалы, 0, 1–4, 5–9, 10–14, ..., 74 жыл). Алдын алуға болатын өлім-жітімді есептеу үшін жас топтары бойынша тиісті өлім себептерін қоса алғанда, стандартталған өлім-жітім (t_{st}) көрсеткіштері қосындысы есептелді.

Деректерді статистикалық өңдеу IBM SPSS Statistics бағдарламалық пакеті мен Microsoft Excel бағдарламалық жасақтамасы көмегімен жүргізілді. Талдау жынысы мен 0-74 жас тобын ескере отырып, 2014 жылдан 2023 жылға дейінгі өлім-жітім деңгейінің абсолютті және салыстырмалы өзгерістерін бағалауды, сондай-ақ тиісті 95% сенімділік аралықтарын (95% СА) есептеуді қамтыды. Зерттеліп отырған 2014–2023 жылдар аралығындағы кезеңде алдын алуға болатын өлім-жітім трендтеріндегі өзгерістерді анықтау үшін жас және жыныс топтары бойынша жылдық орташа пайыздық өзгерісті (AAPC) есептеу мақсатында Joinpoint Regression 4.9.1.0 бағдарламасы арқылы өзгеріс нүктелерімен регрессия (join point regression) жүргізілді.

Келесі кезеңде үшінші міндетті іске асыру мақсатында 2024–2025 жылдары сапалық зерттеу жүргізілді. Бұл зерттеу Алматы қаласындағы МСАК жүйесінде жұмыс істейтін мейіргерлердің тәжірибесі мен пікірлерін зерделеуге бағытталды. Зерттеудің мақсаты – олардың ауруларды басқару бағдарламасын (АББ) жүзеге асыруға деген көзқарасы мен қатысуын анықтау болды. Сұхбаттар келесі тақырыптарды қамтыды: демографиялық ақпарат, АББ-дегі рөлі, білімі мен оқуы, пациенттерді ағарту, ауруларды басқарудағы қиындықтар, ынтымақтастық пен қолдау, технологияларды қолдану, АББ-ның әсері, пациенттердегі нәтижелер, кедергілер, дайындық пен сенімділік, сондай-ақ қосымша оқуға деген қажеттілік.

Географиялық қамтуды қамтамасыз ету мақсатында МСАК ұйымдары қаланың әр ауданынан таңдалып, әр мекемеден екі мейіргер қатысты. Сұхбаттар бетпе-бет және телефон арқылы жүргізілді, жауаптар қағазға тіркелді. Қатысушылардың келісімінен кейін деректер тақырыптық талдау әдісімен өңделді. Жауаптар келесі негізгі санаттар бойынша топтастырылды: АББ-дегі мейіргерлердің рөлі (қарап-тексеру, асқынулардың алдын алу, ағарту); оқыту мен дағдылар (біліктілікті арттыру қажеттілігі, интернет-ресурстар, нормативтік құжаттар); диабет, АГ және СЖЖ бойынша пациенттерді оқыту (өмір салтын бақылау, бақылау карталары); жұмыстағы қиындықтар (пациенттердің бейілділігі, кері байланыс); мейіргерлердің дайындығы мен сенімділігі (қанағаттанушылық, сенімділік).

Талдау нәтижесінде мейіргерлер АББ-ны іске асыру және пациенттермен жұмыс істеу барысында кездесетін негізгі қиындықтар анықталды, сондай-ақ

МСАК деңгейінде созылмалы ауруларды басқару сапасын жақсартуға бағытталған ұсыныстар әзірленді (4-бөлім).

Төртінші міндетті шешу үшін артериялық гипертензиясы, қант диабеті және созылмалы жүрек жетіспеушілігі бар пациенттердің әлеуметтік-демографиялық, клиникалық және мінез-құлықтық ерекшеліктері бойынша гендерлік айырмашылықтарын зерттеуге бағытталған сандық (кросс-секциялық) талдау жүргізілді.

Зерттеуге пациенттердің үш когорты қатысты: 278 артериялық гипертензиясы бар пациент, 278 қант диабетімен ауыратын пациент және 183 созылмалы жүрек жетіспеушілігі бар пациент. Қатысушыларды іріктеу МСАК базасында жүргізілді. Деректер стандартталған сауалнамалар арқылы жиналды. Сауалнамада келесі сұрақтар қамтылды: әлеуметтік-демографиялық сипаттамалар (жасы, білімі, отбасылық жағдайы, әлеуметтік мәртебесі, табыс деңгейі, тұрғылықты жері), диагноз қойылған уақыты, ауру туралы ақпарат көлемі мен көздері (ауызша және жазбаша), әдеттері (шылым шегу, алкоголь қолдану), диетаны сақтау, ауруларды басқару бағдарламаларына қатысуы, қауіп-қатер факторлары туралы хабардарлық деңгейі, медициналық қызмет пен қолдауға қанағаттану деңгейі.

Деректерді талдау үшін сипаттамалық статистика әдістері (пайыздар, орташа мәндер) және маңызды гендерлік айырмашылықтарды анықтауға арналған ықтималдық (инференциалдық) статистика әдістері қолданылды. Категориялық айнымалылар үшін χ^2 (хи-квадрат) критерийі, ал сандық көрсеткіштер үшін t-критерий қолданылып, айырмашылықтардың статистикалық маңыздылығы анықталды. $p < 0,05$ мәні статистикалық тұрғыдан маңызды деп есептелді. Барлық талдаулар SPSS бағдарламасы көмегімен жүргізілді (5-бөлім).

Алдыңғы міндеттер нәтижесінде алынған деректер негізінде созылмалы ауруларды басқару бағдарламасы аясында орта буын медицина қызметкерлерінің қызметінің моделі әзірленді. Модельді әзірлеудің негізгі кезеңдері мыналар болды: әдебиеттер мен тәжірибені талдау, модельді әзірлеу, талқылау және апробация. Зерттеудің нысаны - МСАК деңгейінде созылмалы жұқпалы емес аурулармен (СЖЕА) ауыратын пациенттерге медициналық көмек көрсету процесстері. Зерттеу пәні - АББ-ны іске асырудағы орта буын медицина қызметкерлерінің (ең алдымен мейіргерлердің) қызметі, сондай-ақ мультидисциплинарлық команда және пациенттермен өзара әрекеттестігі.

Модельді әзірлеу үшін келесі деректерді жинау әдістері қолданылды:

1. Құжаттар мен әдебиеттерді талдау — АББ қатысты ғылыми жарияланымдар, халықаралық және ұлттық ұсынымдарды шолу және орта медицина қызметкерлерінің рөлі.

2. Бақылау — үш нозология бойынша көрсеткіштерді мониторингілеу және нормативтік құқықтық актілерді (НҚА) талдау.

3. Сұхбаттар мен фокус-топтар — алғашқы кезеңде мейіргерлермен сұхбаттар, алдын ала модель әзірленгеннен кейін фокус-топта келесі қатысушылармен талқылау: аудитормен дәрігерлер (2), мейіргерлер (3), жалпы

тәжірибе дәрігерлері (ЖТД) (4), және АББ-ға қатысатын үш түрлі ауруы бар пациенттер (5).

4. Сауалнама жүргізу – АББ қатысушыларының білімі, мотивациясы және қанағаттанушылығын бағалау.

Фокус-топтағы талқылаулар негізінде модельдің жүзеге асу мүмкіндігі, ықтимал тәуекелдері және модельдің тұрақтылығы анықталды.

Әдістеменің шектеулері: Ең алдымен, дереккөздер мен әдебиеттерді іздеу үдерісіне байланысты шектеулерді атап өту қажет. Зерттеу барысында PubMed, Cochrane, Google Scholar және TripDatabase сияқты негізгі халықаралық электрондық дерекқорларда библиографиялық ізденіс жүргізіліп, сондай-ақ кітапхана ресурстары пайдаланылды. Алайда іздеудің тек орыс және ағылшын тілдерімен шектелуі басқа тілдерде жарияланған бірқатар маңызды зерттеулерді қамтымауға алып келуі мүмкін, бұл шолу нәтижесінің толықтығы мен жаһандық репрезентативтілігін шектейді.

Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығының мәліметтері негізінде жүргізілген ретроспективтік талдаудың өзіндік шектеулері бар. Біріншіден, 2013-2023 жылдар аралығында жиналған деректерде әртүрлі жылдардағы ауруларды тіркеу мен диагностикалау ерекшеліктеріне байланысты енгізу қателері, толық емес мәліметтер немесе бұрмаланулар болуы мүмкін. Екіншіден, сырқаттанушылық пен өлім-жітім трендтерін болжау үшін сызықтық регрессияны қолдану үдерістің сызықтық динамикасын болжайды, бұл эпидемиологиялық жағдайдың нақты дамуын әрдайым дәл бейнелей бермейді, әсіресе тәуекел факторларының кенет өзгеруі, жаңа медициналық технологиялардың енгізілуі немесе денсаулық сақтау саясатының өзгеруі жағдайында.

Мейіргерлердің тәжірибесін зерттеуге бағытталған сапалық зерттеудің де қатысушыларды іріктеу мен деректерді жинау әдістеріне байланысты шектеулері бар. Сұхбат тек Алматы қаласындағы МСАК жүйесінде жұмыс істейтін мейіргерлермен жүргізілді, бұл зерттеу нәтижелерінің географиялық және институционалдық ауқымын шектейді. Қатысушылар саны мен сұхбат форматы (бетпе-бет және телефон арқылы) пікірлер мен тәжірибенің толық спектрін қамтымауы мүмкін, сондай-ақ әлеуметтік қолайлы жауаптар беру және субъективті қабылдау қаупіне ұшырайды. Мұндай шектеулер алынған қағидаларды еліміздің бүкіл денсаулық сақтау жүйесіне жалпылауды қиындатады.

Созылмалы аурулары бар пациенттер арасындағы гендерлік айырмашылықтарды зерттеуге арналған сандық кросс-секциялық талдау осы әдістемеге тән шектеулерге тап болады. Кросс-секциялық дизайн тек ассоциативтік байланыстарды анықтауға мүмкіндік береді, бірақ айнымалылар арасындағы себеп-салдарлық тәуелділікті орната алмайды. Сонымен қатар, қатысушыларды МСАК базасында іріктеу және стандартталған сауалнамаларды пайдалану өзін-өзі есеп беру әсеріне, есте сақтау қателіктеріне және жауаптардағы ықтимал бұрмалануларға ұшырауы мүмкін.

Ақырында, созылмалы ауруларды басқару бағдарламасы аясындағы орта медицина қызметкерлерінің қызмет моделі шектеулі қатысушылар тобы –

мейіргерлер, жалпы практика дәрігерлері, фокус-топтар мен сұхбаттарға қатысқан пациенттер мен сарапшылардың талдауы негізінде әзірленді. Бұл модельдің әртүрлі өңірлер мен денсаулық сақтау жағдайларында әмбебаптығы мен бейімделуіне әсер етуі мүмкін. Қатысушылардың субъективті қабылдауы, сондай-ақ мультидисциплинарлық топтағы қызмет пен өзара әрекеттестіктің барлық аспектілерінің жеткілікті қамтылмауы модельдің толықтығы мен тұрақтылығын шектейді. Модельдің сәйкестілігін арттыру үшін оны нақты практикада әрі қарай апробациялау, енгізу және кейіннен мониторинг жүргізу қажет.

3 АУРУЛАРДЫ БАСҚАРУ БАҒДАРЛАМАЛАРЫНА ЕНГІЗІЛГЕН АУРУЛАР БОЙЫНША АУРУШАҢДЫҚ ПЕН ӨЛІМ-ЖІТІМ ТЕНДЕНЦИЯЛАРЫ

1-кестеде келтірілген деректер негізінде, 2016 жылдан 2023 жылға дейінгі кезеңде аурушаңдықтың тұрақты өсу үрдісі АББ шеңберіне кіретін үш нозология бойынша: 2 типті қант диабеті, артериялық гипертензия (АГ) және созылмалы жүрек жетіспеушілігі (СЖЖ) байқалады. Әсіресе, бұл өсім егде жастағы топтарда айқын көрінеді – 60 жастан асқан адамдар арасында көрсеткіштер сүрет жас тұрғындарға қарағанда айтарлықтай жоғары. Бұл жағдай жасы ұлғайған сайын созылмалы жұқпалы емес аурулардың таралуы артатын әлемдік үрдістерге сәйкес келеді.

2 типті қант диабеті барлық жас топтарында аурушаңдықтың тұрақты өсуін көрсетіп отыр. Ең қарқынды өсім 18–44 жас аралығындағы топта байқалады - 100 000 адамға шаққанда 144,2-ден 363,3-ке дейін өскен, бұл қауіп факторларының нашарлауын (дұрыс тамақтанбау, физикалық белсенділіктің төмендігі, семіздік) және диагностиканың жақсарғанын көрсетуі мүмкін. 60–74 жас және 75 жастан асқан топтарда аурушаңдықтың өсуі 2020 жылдан кейін баяулағанымен, көрсеткіштер өте жоғары деңгейде қалуда (сәйкесінше 12 000 және 14 000-нан астам).

Артериялық гипертензия таралу деңгейі бойынша ең жоғары көрсеткішке ие, әсіресе 60 жастан асқан адамдар арасында. Жалпы аурушаңдық деңгейі 2016 жылы 6596,9-дан 2023 жылы 11811,3-ке дейін өсті, ал ең жоғары өсім 75 жастан асқан топта байқалды (29480,7-ден 51819,2-ге дейін). Бұл гипертензия егде жастағы халық арасында асқынулардың негізгі қауіп факторы болып қалатынын және дәл осы топта мақсатты профилактикалық және терапевтік шаралардың маңыздылығын көрсетеді.

Созылмалы жүрек жетіспеушілігі ең жоғары салыстырмалы өсімді көрсетіп отыр – жалпы көрсеткіш 4 еседен астам артқан: 321,8-ден 1432,9-ға дейін. Бұл өсім әсіресе егде жаста айқын көрінеді: 75 жастан асқан адамдар арасында көрсеткіш 2217,1-ден 9216,2-ге дейін өскен. Мұндай үрдіс емделмеген гипертензия мен қант диабетінің салдарымен, сондай-ақ жүрек-қантамырлық жедел жағдайлардан кейінгі өміршендіктің жақсаруы нәтижесінде СЖЖ бар пациенттер санының артуымен байланысты болуы мүмкін. Бұл көрсеткіштің артуы жоғары қауіп тобына жататын пациенттер үшін кешенді кардиологиялық бақылау мен ұзақ мерзімді өзін-өзі басқарудың (самоменеджменттің) қажеттілігін көрсетеді (4-кесте).

4-кесте негізінде 2016–2026 жылдар аралығында АББ тіркелген пациенттер саны мен аурушаңдықтың өсуінің айқын үрдістерін байқауға болады. Бұл үрдістер үш нозология бойынша: 2 типті қант диабеті, артериялық гипертензия және созылмалы жүрек жетіспеушілігі (СЖЖ) байқалады. Барлық модельдер жоғары статистикалық маңыздылықты көрсетіп отыр ($p < 0,001$), бұл алынған трендтердің нақтылығын дәлелдейді.

Кесте 4 – АББ құрамына кіретін үш нозология бойынша 100 000 адамға шаққандағы аурушаңдық деңгейі

Жасы	2016 жыл	2017 жыл	2018 жыл	2019 жыл	2020 жыл	2021 жыл	2022 жыл	2023 жыл
<i>Қант диабеті</i>								
18-44	144,2	150,2	173,7	202,5	228,0	265,7	321,4	363,3
45-59	2949,7	3060,2	3321,9	3582,9	3587,2	3831,5	3888,8	4068,6
60-74	9513,0	10106,3	11189,8	12262,1	12475,8	12732,3	12426,2	12780,8
75 жастан асқан	10716,9	10626,2	11049,4	11986,3	12291,4	12655,0	13874,1	14478,7
Барлығы	2230,5	2349,1	2595,6	2879,7	2981,5	3154,7	3455,1	3621,3
<i>Артериялық гипертензия</i>								
18-44	498,6	562,6	672,6	746,4	731,4	774,6	891,5	1046,6
45-59	10136,0	11428,9	13133,3	13881,7	13467,9	13677,0	13225,9	13315,3
60-74	25832,3	30883,1	37772,6	41376,1	42182,2	42464,5	40148,1	40851,1
75 жастан асқан	29480,7	34635,5	40067,7	43751,5	45529,8	47681,3	50317,5	51819,2
Барлығы	6596,9	7785,9	9350,2	10281,2	10504,5	10859,1	11447,4	11811,3
<i>Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі</i>								
18-44	11,8	19,0	31,6	33,7	41,7	50,4	56,5	63,0
45-59	336,1	455,0	677,8	739,1	855,8	1004,6	1001,5	1118,9
60-74	1330,4	1918,0	3071,3	3416,7	4036,8	4738,2	4674,1	5109,1
75 жастан асқан	2217,1	3015,4	4655,1	5162,0	6295,1	7643,1	8533,8	9216,2
Барлығы	321,8	457,1	723,1	809,3	972,9	1168,5	1293,8	1432,9

2026 жылға қарай қант диабетінің көрсеткіші 2016 жылмен (28920) салыстырғанда 65244-ке дейін өседі деп күтілуде, яғни екі еседен астам. Ең үлкен өсім жас кезінде байқалады – 1183-тен 3931-ге дейін, бұл үш есеге жуық, ал басқа жас топтарында өсім шамамен екі есе ($P < 0,001$) (4-кесте).

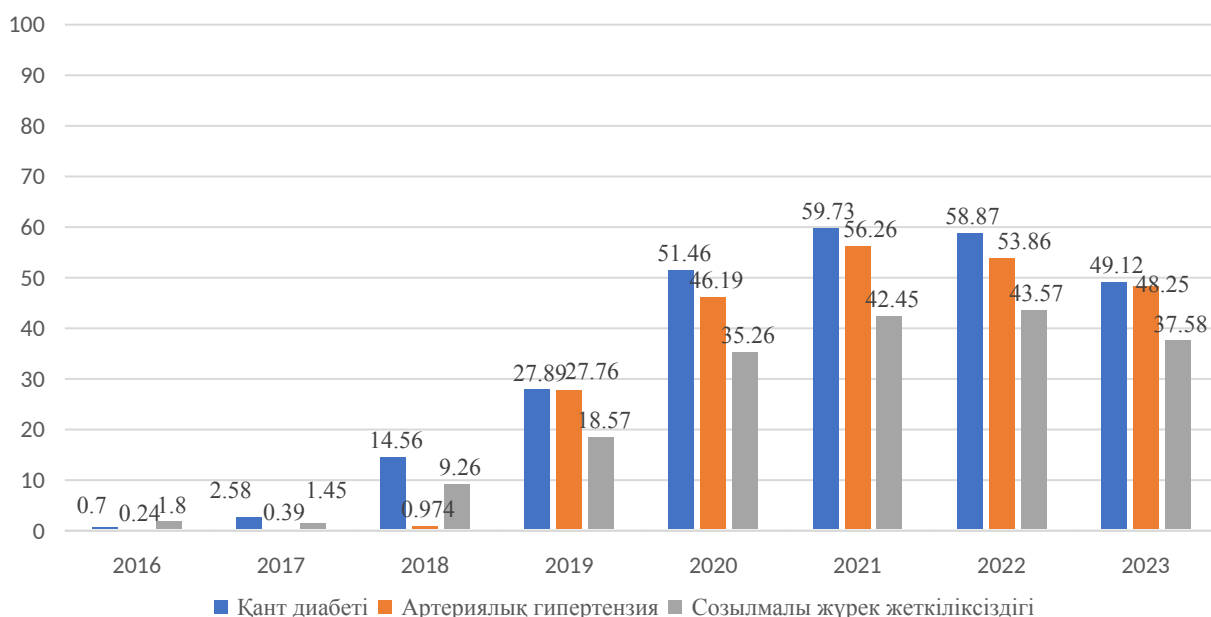
Қант диабеті сияқты, артериялық гипертензияның да өсуі тіркелді: 2016 жылы 85534 болса, 2023 жылы 178899-ға жеткен, ал 2026 жылға қарай 149631-ге дейін өсуі күтілуде [117]. Жалпы өсім екі еседен асады. Атап айтқанда, ең жоғары өсім 60–74 жас аралығындағы топта – үш еседен көп, ал 18–44 жас аралығындағы жастарда 2,5 еседен асады. Қалған жас топтарында өсім шамамен екі есені құрайды (4-кесте).

Созылмалы жүрек жетіспеушілігіне (СЖЖ) қатысты айтқанда, 2016 жылдан 2023 жылға дейін бұл көрсеткіштің қарқынды өсімі байқалады – 4173-тен 21704-ке дейін, ал 2026 жылға қарай 29156-ға дейін артуы күтілуде. Артериялық гипертензиядағыдай, ең жоғары өсім 60–74 жас аралығындағы топта және 18–44 жас аралығындағы жастарда байқалады (5-кесте).

Кесте 5 – Үш нозология бойынша, оның ішінде АББ тіркелген пациенттер бойынша тренд

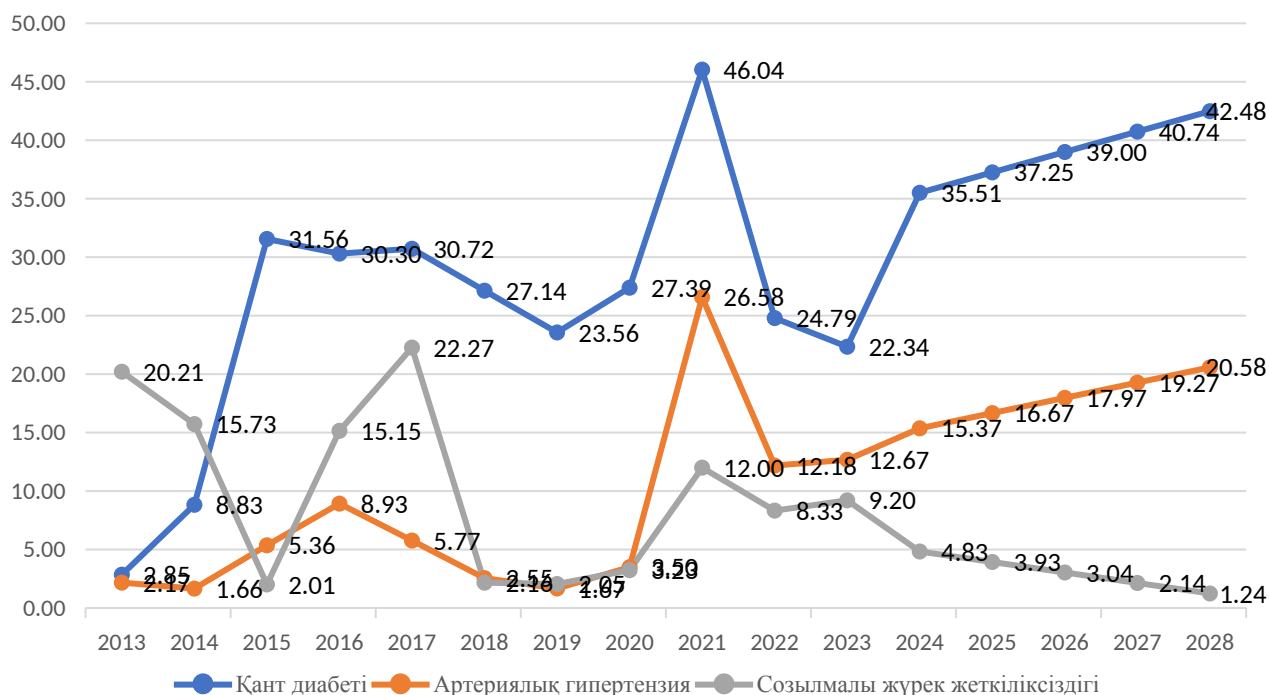
Жылдар	18-44	45-59	60-74	75 жастан асқан	Барлығы	АББ
<i>Қант диабеті</i>						
2016	1183	8196	13436	6105	28920	203
2017	1254	8716	14938	6248	31156	804
2018	1474	9694	17459	6563	35190	5124
2019	1744	10670	20453	6994	39861	11119
2020	1999	10932	22292	7035	42258	21748
2021	2369	11896	24297	7166	45728	27312
2022	2769	12678	26843	8259	50549	29757
2023	3239	13592	28703	9316	54850	26942
2024	3338	14249	31164	9053	57804	37294
2025	3635	15017	33411	9462	61524	42164
2026	3931	15784	35658	9871	65244	47035
a	-596801,92	-1538688,67	-4516739,83	-819389,83	-7471620,25	-9820815,00
b	296,51	767,26	2246,99	409,31	3720,07	4870,61
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<i>Артериялық гипертензия</i>						
2016	4091	28164	36485	16794	85534	204
2017	4697	32552	45648	20365	103262	403
2018	5707	38326	58935	23799	126767	12353
2019	6428	41340	69015	25529	142312	39505
2020	6412	41043	75372	26059	148886	68768
2021	6906	42464	81035	27000	157405	88550
2022	7680	43118	86728	29953	167479	90212
2023	9332	44482	91743	33342	178899	86312
2024	9363	48535	103738	34672	196307	118448
2025	10020	50668	111653	36742	209082	134040
2026	10677	52801	119568	38812	221858	149631
A	-1320284,67	-4268681,42	-15916294,50	-4155707,08	-25660967,67	-31438000,58
B	656,94	2133,01	7915,04	2070,35	12775,33	15591,13
P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<i>Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі</i>						
2016	97	934	1879	1263	4173	75
2017	159	1296	2835	1773	6063	88
2018	268	1978	4792	2765	9803	908
2019	290	2201	5699	3012	11202	2080
2020	366	2608	7213	3603	13790	4862
2021	449	3119	9042	4328	16938	7190
2022	487	3265	10097	5080	18929	8247
2023	562	3738	11474	5930	21704	8157
2024	630	4176	12936	6388	24131	10326
2025	696	4573	14338	7037	26643	11742
2026	761	4969	15740	7685	29156	13159
a	-132231,00	-798267,25	-2824012,92	-1306416,92	-5060928,08	-2856935,33
b	65,64	396,46	1401,65	648,62	2512,38	1416,63
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

2016 жылы АББ енгізілген қант диабеті (ҚД) бар пациенттер саны жалпы тіркелген 28920 пациенттің ішінде 203 адамды (0,70%) құрады. 2016 жылдан 2023 жылға дейін АББ ең көп енгізілген пациенттер саны ҚД диагнозы барлар болды, олардың үлесі 0,70%-дан 49,12%-ға дейін өсті. Артериялық гипертензия (АГ) бойынша да ұқсас жағдай байқалады: АББ енгізілген бірінші жылы АГ бар пациенттердің жалпы санының 0,24%-ы ғана енгізілген болса, 2023 жылға қарай бұл көрсеткіш 48,25%-ке жетті. Созылмалы жүрек жетіспеушілігі (СЖЖ) бар пациенттердің 2016 жылы 1,80%-ы АББ қосылған, бірақ 2017 жылы бұл көрсеткіш 1,45%-ке төмендеді, ал кейінгі жылдары өсіп, 2023 жылы 37,58%-ке жетті. Айта кететін жайт, 2021 жылдан бастап үш нозология бойынша да АББ енгізілген пациенттер саны азайып келеді (3-сурет).



Сурет 3 – АББ енгізілген пациенттер үлесі, тіркелген барлық жағдайлардың жалпы саны (%)

Үш нозология бойынша өлім-жітім деректері 2013 жылдан 2023 жылға дейін алынған, сәйкесінше болжам 2028 жылға дейін есептелген. Қант диабетінен өлім-жітім 2,85-тен 22,34-ке дейін өскені байқалады, әрі қарай 100 000 тұрғынға шаққанда 42,48-ге дейін өсуі күтілуде. Артериялық гипертензия бойынша да өлім-жітім 2013 жылдан 2023 жылға дейін 2,17-ден 12,67-ге өскен, ал 2028 жылға қарай 20,58-ге дейін өсуі болжануда. Созылмалы жүрек жетіспеушілігі бойынша өлім-жітім 2023 жылға дейін 20,21-ден 9,20-ге төмендеген, әрі қарай 2028 жылға дейін 1,24-ке дейін төмендеуі күтілуде (4-сурет).



Сурет 4 – АББ құрамындағы үш нозология бойынша өлім-жітім үрдісі

Кесте 6 – 2014-2023 жылдар аралығындағы кезеңде Алматы қаласында жынысы бойынша қант диабетінен болатын, алдын алуға болатын өлім-жітімнің (100 000 халыққа шаққанда; 95% сенімділік интервалы) жас стандартталған көрсеткіштері

Жылдар	Барлығы			Ерлер			Әйелдер		
	алдын алатын	емде летін	болдыр майтын	алдын алатын	емде летін	болдыр майтын	алдын алатын	емделе тін	болдыр майтын
2014	6,11	6,11	12,22	7,15	7,15	14,30	5,42	5,42	10,84
2015	11,90	11,90	23,80	14,54	14,54	29,07	10,13	10,13	20,26
2016	12,34	12,34	24,68	13,18	13,18	26,36	11,67	11,67	23,33
2017	12,18	12,18	24,36	14,17	14,17	28,34	10,92	10,92	21,83
2018	11,32	11,32	22,64	10,32	10,32	20,65	11,93	11,93	23,87
2019	9,67	9,67	19,35	13,18	13,18	26,36	7,53	7,53	15,07
2020	12,12	12,12	24,24	13,35	13,35	26,70	11,32	11,32	22,65
2021	15,30	15,30	30,60	18,03	18,03	36,06	13,67	13,67	27,33
2022	11,49	11,49	22,98	14,75	14,75	29,50	9,32	9,32	18,65
2023	10,43	10,43	20,86	12,52	12,52	25,03	9,10	9,10	18,20
ААРС	1,9(-3,4;7,4)	1,9(-3,4;7,4)	1,9(-3,4;7,4)	2,8(-2,5;8,3)	2,8(-2,5;8,3)	2,8(-2,5;8,3)	1,1(-5,1;7,7)	1,1(-5,1;7,7)	1,1(-5,1;7,7)
Абсолютті өзгерістер (100 000 тұрғынға шаққанда)	4,32	4,32	8,64	5,37	5,37	10,73	3,68	3,68	7,35
Салыстырм алы өзгеріс тер (%)	0,41	0,41	0,41	0,43	0,43	0,43	0,40	0,40	0,40

Ескерту – ААРС – орташа жылдық өзгеру пайызы

6-кестеде, 2014-2023 жылдар аралығындағы қант диабетінен болатын алдын алуға болатын өлім-жітімнің жас стандартталған көрсеткіштері алдын алуға болатын және емделетін жағдайлар бойынша маңызды тенденцияларды көрсетеді.

Жалпы алғанда, көрсеткіштер он жыл ішінде ауытқып отырды, 2021 жылы айтарлықтай өсім байқалды – 100 000 тұрғынға шаққанда өлім-жітім 30,60 жағдайға жетті. Бәлкім бұл COVID-19 пандемиясымен байланысты, ол медициналық қызмет көрсетудің қалыпты жұмысын және созылмалы ауруларды басқаруды бұзды, осылайша сыртқы жүйелік соққылар диабет жағдайында нәтижелерге айтарлықтай әсер етуі мүмкін екенін көрсетті. Бұл жыл сайынғы ауытқуларға қарамастан, жалпы алдын алуға болатын өлім-жітімнің орташа жылдық өзгеру қарқыны (AAPC) 1,9% болды, алайда кең 95% сенімділік интервалы (-3,4%-дан 7,4%-ға дейін) статистикалық тұрғыдан мағыналы ұзақ мерзімді үрдістің жоқтығын білдіреді. Бұл соңғы онжылдықта диабетпен байланысты жалпы өлім-жітім жүктемесінің айтарлықтай жақсаруы немесе нашарлауы болмағанын, салыстырмалы түрде тұрақты болып қалғанын көрсетеді. Жыныс бойынша деректерді талдағанда, тұрақты айырмашылық айқын көрінеді: ер адамдардың алдын алуға болатын өлім-жітім көрсеткіштері әйелдерге қарағанда әр жыл сайын едәуір жоғары. Осылайша, 2021 жылы ер адамдар арасында өлім-жітім 100 000 адамға шаққанда 36,06 болса, әйелдер арасында бұл көрсеткіш 27,33 болды. Бұл үрдіс әлемдік тенденциялармен сәйкес келеді, себебі ер адамдар жұқпалы емес аурулардан жиі зардап шегеді, медициналық көмекке кеш жүгінеді, емдеуге бейімделуі төмен, қауіп факторларының (темекі шегу, дұрыс тамақтанбау) таралуы жоғары және алдын алу қызметтерін сирек пайдаланады. Ер адамдар үшін орташа жылдық өзгеріс қарқыны (2,8%) әйелдерге қарағанда (1,1%) жоғары болды, дегенмен мұнда да статистикалық маңызды тенденция анықталған жоқ. Бұл айырмашылықтар диабеттің алдын алу және емдеу стратегияларын жыныстық ерекшеліктерді ескере отырып әзірлеу қажеттігін көрсетеді. Сонымен қатар, деректер диабеттен алдын алуға болатын өлім-жітімнің абсолютті мәндерде, әсіресе ер адамдар арасында өскенін көрсетеді. Жалпы өлім-жітімнің өсуі 100 000 тұрғынға шаққанда 8,64 жағдайды құрайды, оның ішінде 5,37 жағдай алдын алуға болатын себептерге және 4,32 жағдай емдеуге болатын себептерге тиесілі. Ер адамдар арасында өсім одан да айқын - 100 000 адамға 10,73 жағдай, алдын алуға және емдеуге болатын себептердің үлесі тең. Әйелдерде өсім аз - 100 000 адамға 7,35, және екі категория арасында шамамен тең бөлінген. Бұл абсолютті өсімдерге қарамастан, салыстырмалы өзгерістер аз болып қалып, барлық топтар мен себептер бойынша 0,40%-дан 0,43%-ға дейін ауытқиды, бұл өлім-жітімнің күрт емес, біртіндеп өсуін көрсетеді (6-кесте). Қосымша атап өту қажет, алдын алуға және емдеуге болатын өлім-жітім көрсеткіштері барлық жылдар мен топтарда бірдей болып келеді, нәтижесінде жалпы алдын алуға болатын өлім-жітім көрсеткіші әрбір осы құрамдас бөліктерден екі есе жоғары болады. Бұл мәліметтерді ұсынуда әдістемелік шешімнің көрсеткіші болуы мүмкін, мұнда екі компонент тең деп есептеледі немесе бірдей дереккөздерден алынған. Практикалық тұрғыдан бұл біріншілік алдын алуды, салауатты өмір салтын

насихаттау, ерте скрининг және халықты ақпараттандыруды, жақсарту қажеттілігін, сондай-ақ клиникалық көмектің сапасын уақтылы диагноз қою, гликемияны бақылау және асқынуларды басқаруды арттыру қажеттігін білдіреді.

Ерекше еңбекке қабілетті жастағы ер адамдар арасында алдын алуға болатын өлім-жітімнің тұрақты түрде жоғары деңгейі диабеттің денсаулық сақтау жүйесіне ауыртпалық болып қала беретініне және созылмалы ауруларды басқару шараларын алғашқы медициналық көмектің деңгейінде күшейту қажеттігіне назар аударады [118, 119].

Осылайша, біздің талдауымыз үш нозология бойынша аурушандықтың өскенін көрсетеді, әсіресе қант диабеті (ҚД) [120] мен созылмалы жүрек жетіспеушілігі (СЖЖ) жас кезінде, ал артериялық гипертензия (АГ) мен СЖЖ – 60–74 жас аралығындағы топта байқалады. Позитивті динамика ретінде АББ тартылған пациенттерді қамтудың жақсарғанын атап өтуге болады, дегенмен соңғы екі жылда барлық үш нозология бойынша бұл үлестің төмендеуі байқалады. Бұл жағдай АББ қатысуға пациенттердің ниет танытпауымен немесе медициналық қызметкерлердің оларды бағдарламаға шақырмауымен байланысты болуы мүмкін, сондықтан себептерін тереңірек зерттеу қажет. Біздің деректеріміз дамыған елдердегі көрсеткіштерге ұқсас: бұл елдерде де қант диабетімен сырқаттанушылықтың өсуі күтілуде, әсіресе 2021 жылдан 2045 жылға дейінгі кезеңде. Сол себепті, жаһандық деңгейде диабетке байланысты шығындар 2045 жылға қарай 1054 млрд АҚШ долларына дейін жетеді деп болжануда. Басқа зерттеу де 55 жаста қант диабетімен сырқаттанушылықтың өсуі күтілетінін растайды, ал біздің зерттеуімізде ең қарқынды өсім 18–44 жас аралығындағы топта байқалады, дегенмен тіркелген жағдайлардың ең көп саны 60 жастан асқан адамдар арасында анықталған. Жаһандық деңгейде диабеттен болатын өлім-жітімнің деңгейі салыстырмалы түрде тұрақты болса, біздің жағдайда алдағы бес жылда өлім-жітімнің өсуі мүмкін екені анықталды. Сол сияқты, артериялық гипертонияның аздап төмендеуі бүкіл әлемде байқалады. Еуропа елдері мен АҚШ-та СЖЖ бойынша тіркелген жағдайлар 1000 адамға шаққанда 1-ден 9-ға дейінгі аралықта болған, және соңғы онжылдықта бұл көрсеткіштің төмендеуі байқалған. Бұл жаңа технологиялардың енгізілуімен және медицинаның дамуымен байланысты. Сондай-ақ жүрек-қантамыр ауруларымен күресте қоғамдық денсаулық сақтау бағдарламаларының дамуы мен пациенттерді қолдаудың маңызды рөл атқарғанын атап өткен жөн – бұл қауіп факторларының төмендеуіне әсер етті. Сонымен қатар, денсаулық сақтау жүйесі үшін халықтың сауаттылығы маңызды рөл атқарады, себебі бұл адамдардың қауіп факторларын түсінуіне және оларды азайтуға мүмкіндік береді. Алайда, біздің елде жүргізілген зерттеулер халықтың медициналық сауаттылығының төмен екенін көрсетеді, дегенмен алғашқы медициналық-санитарлық көмек жүйесінде халықты ағартуға бағытталған профилактикалық бөлімшелер жұмыс істейді. Сонымен қатар, алғашқы медициналық-санитарлық көмекте қант диабеті мен артериялық гипертония мектептері құрылған және мүмкін олардың қызметі СЖЖ болатын өлім-жітімді төмендетуге ықпал еткен болуы мүмкін.

4 АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК ЖҮЙЕСІНДЕ МЕЙІРГЕРЛЕРДІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ЖҰҚПАЛЫ ЕМЕС АУРУЛАРДЫ БАСҚАРУҒА ҚАТЫСУ ТӘЖІРИБЕСІ МЕН ҚИЫНДЫҚТАРЫ

ДДСҰ мейіргерлерді 2030 жылға дейін ДҚЖҚ қол жеткізу үшін созылмалы жұқпалы емес ауруларды (СЖЕА) басқарудағы негізгі буын ретінде қарастырады. Дәрігерлерден мейіргерлерге кейбір функцияларды беруі (task-shifting) қауіпсіз әрі тиімді тәсіл ретінде мойындалған [121]. Көптеген солтүстік елдерде мейіргерлер СЖЕА-ны жүргізуде маңызды рөл атқарады: олар пациенттерді оқытумен, өмір салты бойынша кеңес берумен және созылмалы аурулар бойынша арнайы кабинеттерді жүргізумен айналысады [122, 123].

АМСК мейірбикелері денсаулық сақтау саласындағы ресурстарды дамыту, насихаттау және желілік қолдау арқылы науқастар мен қоғамдастықтың созылмалы ауруларды басқаруға қатысуын жеңілдетеді. Негізгі қиындықтарға күтім басымдықтары, жұмыс жүктемесі, қатысуға деген көзқарас және науқастарды қабылдауы кіреді [124-126].

АМСК деңгейінде мейірбикелер созылмалы ауруларды өзін-өзі басқаруды қолдауды жақсартып алады деп есептеледі. Алайда, шын мәнінде, АМСК мейірбикелері өз уақыттарын негізінен жедел көмек көрсететін науқастарға арнайды, ал олардың тәжірибесін реттейтін қолданыстағы ережелер олардың созылмалы ауруларды басқаруға қатысуын шектейді. Денсаулық сақтау ұйымдарына отбасылық дәрігерлер мен тіркелген мейірбикелердің міндеттерін жаңаша айқындап, жұмысты созылмалы ауруларға бағдарланған модельге көшіруге мүмкіндік береді. Бұл өзгерістерді тиімді үйлестіру және олардың нәтижелі болуын қамтамасыз ету үшін клиникалық менеджерді тағайындау қажет [127, 128].

Мейірбекелердің жұқпалы емес ауруларды басқаруға белсенді қатысатынын, бірақ жұмыс күшінің жетіспеушілігі және оқытудың жеткіліксіздігі сияқты елеулі кедергілерге тап болатыны анықталды. Жұмыс жүктемесі мен ұйымның басымдықтары сияқты кедергілерді атап өте отырып, науқастарды оқыту және өзін-өзі басқаруды қолдау сияқты төрт негізгі қатысу саласы анықталды. Негізгі қиындықтарға мыналар жатады: ресурстардың жеткіліксіздігі, ауыр жұмыс жүктемелері, кәсіби білімнің әртүрлі деңгейлері, денсаулық сақтау саласындағы жүйелік шектеулер [129-131].

Денсаулық сақтау модельдері кез келген жастағы адамдарға әсер ететін және АМСК деңгейінен арнайы күтімді қажет ететін күрделі созылмалы аурулардың көбеюінен туындаған жаңа қажеттіліктерге бейімделуі керек. Мейірбикелер жеке басқару жоспарларын дайындайды, әлеуметтік орта мен өмір салтын бағалайды және созылмалы ауруы бар науқастар мен оларға күтім жасайтындардың өмір сүру сапасын жақсартуға әкеледі. Сонымен қатар, олар үздіксіз көмек және деңгейаралық және пәнаралық үйлестіру арқылы тиімді екені дәлелденді. Соңында, тиімдірек және нәтижелі нәтижелерге қол жеткізу үшін озық тәжірибелік мейірбике сияқты жаңа денсаулық сақтау ұйымдарының модельдері қажет екенін белгілі болды [4, p. 139-148; 132, 133].

Мейірбикелер созылмалы ауруларды бірлескен күтім модельдері арқылы басқаруда маңызды рөл атқарады, ауруларды тиімді басқаруға және науқастардың қанағаттануына ықпал етеді, бірақ ресурстардың жетіспеушілігі және үздіксіз дағдыларды дамыту қажеттілігі сияқты қиындықтарға тап болады [134].

Оңтүстік Азия аймағында жұқпалы емес аурулардың (ЖЕА) алдын алу және бақылау қызметтерін қолданыстағы АМСК ұйымдары арқылы көрсету шұғыл қажет, бірақ қазіргі уақытта қиындық тудыруда. Денсаулық сақтау жүйесімен алғашқы байланыс нүктесі ретінде АМСК өмір бойы күтімнің алдын алу және үздіксіздігі үшін мүмкіндік ұсынады, бірақ оны АМСК енгізу жеткіліксіз. Білікті адами ресурстардың, қажетті инфрақұрылымның, дәрі-дәрмектер мен технологияларының, сондай-ақ арнайы қаржыландырудың жетіспеушілігі байқалады [135].

Мейірбекелер басқаратын медициналық көмек үлгілері, әсіресе қызмет көрсетілмеген жағдайларда, АМСК нығайту үшін өте маңызды. Мейірбекелердің рөлін кеңейту, олардың құзыреттілігін арттыру және тұрақты және әділ денсаулық сақтау қызметтерін көрсету үшін пәнаралық ынтымақтастықты дамыту үшін қосымша зерттеулер мен саяси қолдау қажет [136-138].

АМСК мейірбекелерінің созылмалы ауруларды да, індеттерді де басқару үшін әлеуетті дамытудың елеусіз қалуына, ресурстарды бөлудегі қиындықтарға, қорқынышқа, этикалық дилеммаларға және әл-ауқаттың нашарлауына тап болатынын көрсетеді. Қызметкерлердің жетіспеушілігі және қолдаудың болмауы жағдайды нашарлатады. Бұл факторлар науқастардың нәтижелеріне кері әсер етеді, басым бағдарламалардың ілгерілеуіне кедергі келтіреді және күтім стандарттарын бұзады [139].

АМСК көрсету мекемесінде емделетін созылмалы аурулары бар науқастардың шамамен төрттен бір бөлігін медициналық маман дәрігер бірлесіп емдейді. Индекс жағдайының ауырлығы маман бірлесіп ем алумен тығыз байланысты. Жас адамдар, қалалық жерлерде тұратындар және білімі мен қаржылық жағдайы жоғары адамдар бірлесіп ем алу ықтималдығы жоғары болды. Ұйымдастырушылық тәжірибенің сипаттамалары науқастар арасында бірлесіп ем алудың таралуындағы шектеулі өзгерістерді ғана түсіндіруі мүмкін, ал инновациялық рөлі бар мейірбикені қамтитын пәнаралық топтық тәжірибе маманның бірлесіп ем алуын азайтуы мүмкін. Маманның қатысу түрі (кеңесші немесе бірлескен менеджер) маманмен байланыс жиілігінің айырмашылығынан тыс созылмалы аурулары бар адамдар үшін әртүрлі нәтижелерге қатысты ма, жоқ па, соны анықтау үшін нәтижелерді зерттеу жұмыстары қажет [140].

АМСК бүкіл әлемде созылмалы аурулар санының артуына байланысты маңызды. Дегенмен, мейірбикелерінің қызметтері үшін ақы төлеу олардың маңызды рөлі мен дағдыларымен салыстырғанда төмен бағаланады. Бұл АМСК мейірбикелерінің жетіспеушілігі сияқты мәселелерге әкелді. Созылмалы ауруларды басқару қызметтері үшін жеке тұлғалардың ақы төлеуге дайындығы бағаланады [141].

Зерттеу нәтижелері қоғамдастыққа негізделген денсаулық сақтау қызметтерін көрсетушілер бірнеше созылмалы аурулардың күрделілігімен өмір

сүретін егде жастағы ересектерді қолдау үшін көптеген тиісті стратегияларды қолданатынын көрсетеді, мысалы, адамға бағытталған күтімді енгізу, күтушілерді қолдау, басқа провайдерлермен бірлесіп жұмыс істеу және денсаулықтың әлеуметтік детерминанттарын шешу. Дегенмен, олар сонымен қатар кешенді, интеграцияланған күтім жүйесінің қажеттілігін анықтады [142].

Ауруларды басқару бағдарламалары (АББ) созылмалы науқастарға көрсетілетін күтімді оңтайландыруда үлкен әлеуетін көрсетті, осылайша емдеу нәтижелерін жақсартып, науқастардың қанағаттануын арттырды. Бұл денсаулық сақтау саласындағы жалпы шығындардың төмендеуіне әкелді. Өмір сүру ұзақтығының ұлғаюы медициналық мекемелерді қолдануды арттырды, алайда бұл шығындардың өсуіне әкелуі мүмкін [143]. АББ күтімді жақсартудың және талаптарды сақтаудың тиімді құралы болып табылады және соңында ресурстардың мақсатсыз пайдаланылуын тежеуге ықпал етеді [144].

АББ 6 құрамдас бөлік кіреді, оған жатады: халықты анықтау процесі; нақты деректерге негізделген тәжірибелік ұсынымдар; бірлескен тәжірибе модельдері; науқасты өзін-өзі бақылауға үйрету; үрдістер мен нәтижелерді басқару; есеп беру және кері байланыс циклі. Бұл құрамдас бөліктер Америкалық кардиологиялық қауымдастықтың (АНА) концептуалды моделінде ұсынылған бірнеше салаларға енгізілген [145, 146]. 6 құрамдас бөліктен аз қамтитын АББ бағдарламалары толыққанды бағдарламалар емес, ал ол ауруларды басқаруды қолдау қызметтері болып есептеледі [147].

Ауруды басқару бағдарламасын іске асырудағы негізгі рөл мейіргерлерге жүктелген, олар науқастарды бақылауға, тексерулер жүргізуге және өзін-өзі басқару мен алдын алу бойынша оқытуға жауапты. Бұл міндеттің мақсаты – Алматы қаласындағы алғашқы медициналық-санитарлық көмек (АМСК) деңгейінде жұмыс істейтін мейіргерлер арасында АББ жүзеге асырудың қазіргі тәжірибесін зерттеу.

Бұл зерттеу сапалық зерттеу әдіснамасына негізделді және мейіргерлердің тәжірибесін терең түсіну мақсатымен тереңдетілген жартылай құрылымдалған интервью тәсілі қолданылды. Сапалық тәсіл мейіргерлердің күнделікті тәжірибесіндегі жасырын факторларды, жүйелік кедергілерді, мотивация мен білім деңгейін, пациенттермен жұмыс ерекшеліктерін анықтауға мүмкіндік берді.

Зерттеу Алматы қаласындағы АМСК ұйымдарының базасында жүргізілді. Іріктеу мақсатты таңдау (purposive sampling) әдісімен іске асырылды, яғни АББ-мен тікелей жұмыс істейтін мамандар таңдалды. Мейіргерлер АМСК ұйымдарының әкімшілігімен келісім арқылы мақсатты іріктеу әдісімен таңдалды. Байланыс және келісімді алу міндетін докторант атқарды.

Деректер жартылай құрылымды тереңдетілген интервью арқылы жиналды. Интервью нұсқаулығы (гайд) 5 негізгі блоктан тұрды:

1. Мейіргердің АББ-дағы рөлі.
2. Оқыту мен дағдылардың жеткіліктілігі.
3. Пациенттерді оқыту тәжірибесі.
4. Кездесетін қиындықтар.
5. Сенімділік деңгейі мен басшылықтың қолдауы.

Сұрақтарды негізгі зерттеуші, ғылыми жетекші мен қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы екі сарапшы бірлесіп құрастырды.

Интервью процесі стандартталған протокол бойынша жүргізілді. Интервью ұзақтығы – 45–60 минутты құрады. Интервью жазбаша келісім алғаннан кейін дыбыстық жазбада жүргізілді.

Интервью жүргізу әдісі ғылыми талаптарға сай ұйымдастырылып, деректерді жүйелі жинауға және мейіргерлердің тәжірибесін терең түсінуге мүмкіндік берді. Зерттеу командасының рөлдерінің нақты бөлінуі, стандартталған сұхбат алгоритмі және этикалық нормаларды сақтау нәтижелердің сенімділігін арттырды.

2024 жылы Қазақстанда кеңейтілген практика мейіргерлерінің (КПМ) жалпы саны 475, оның ішінде Алматы қаласында 60 мейіргер қызмет атқарады. Зерттеу сапалық әдіснамаға негізделгендіктен, мақсат ықтималдықты білдіретін статистикалық репрезентативтілікті емес, феноменді терең түсінуді қамтамасыз ету болды.

Алматыдағы 60 мейіргердің барлығы АББ-ға бірдей деңгейде тартылмаған. Сондықтан зерттеу тек келесі критерийлерге сәйкес келетіндерге бағытталды:

1. АББ-мен тікелей жұмыс істейтін мейіргерлер.
2. Қант диабеті, гипертония немесе ЖЖС басқаруына қатысатын мамандар.
3. АМСК ұйымдарында кемінде 6 ай еңбек өтілі.
4. Пациенттерді оқыту, мониторинг және скрининг жүргізуге жауапты мейіргерлер.

Осы критерийлерге Алматыдағы 60 мейіргердің шамамен 20–25%-ы ғана сай келді. Сол топтың ішінен 13 мейіргер зерттеуге қатысуға ерікті түрде келісім берді.

Тереңдетілген интервьюге 13 мейіргер қатысты, олардың орташа еңбек өтілі – 9,6 жылды, ал МСАК жүйесінде жұмыс істеу тәжірибесі орта есеппен 6 жылды құрады (екі қатысушының еңбек өтілі бір жылдан аз болды).

Ауруды басқару бағдарламасы жүйесіндегі мейіргерлердің рөлі: Барлық мейіргерлер өздерінің негізгі міндеттеріне уақытылы тексеру жүргізу, дәрігер келгенге дейін алғашқы көмек көрсету, асқынулардың алдын алу, сондай-ақ пациенттерді дәрі қабылдауға, диета сақтауға және процедураларды (қан алу, қан қысымын өлшеу) орындауға үйрету кіретінін атап өтті. Білім беру жұмысы да маңызды бағыт ретінде танылды. Тек үш мейіргер ғана қосымша түрде пациенттің өзін-өзі басқаруын қолдау, өзін-өзі бақылауға үйрету және пациенттердің күнделіктерін жүргізуін бақылау сияқты міндеттерді атап өтті.

Оқыту және дағдылар: 7 мейіргер білімінің жеткіліксіз екенін және қосымша оқуға мұқтаж екенін айтты, ал қалғандары өз білімдерін жеткілікті деп санайды. Білімді жаңарту жыл сайынғы курстар арқылы жүзеге асырылады (4 мейіргер), сондай-ақ семинарлар, онлайн ресурстар (4), нормативтік құжаттар мен қысқа ішкі тренингтер арқылы жүргізіледі. Тек бір мейіргер ғана өз білімін жаңартумен айналыспайтынын мәлімдеді.

Пациенттерді оқыту: Көпшілік мейіргерлер пациенттерді тамақтану, бақылау карталарын толтыру, дене белсенділігі, салмақты бақылау, дәрі қабылдау мен қабылдауға келу кестесін сақтау мәселелері бойынша оқытады. Бір мейіргер пациенттерге көрсеткіштерді (салмақ, бой, қысым, глюкоза, белсенділік, диета) дәптерге жазып отыруды ұсынатынын атап өтті. Қолданылатын ресурстарға әңгімелесу, дәрістер, клиника ішіндегі бейнематериалдар, көрнекі құралдар, глюкометрлер, тонометрлер, пульсоксиметрлер және бақылау карталары жатады. Тек үш мейіргер ғана пациенттердің бағдарламаға бейілділігін жоғары бағаласа, қалғандары орташа деңгейде деп бағалады.

Қиындықтар: Негізгі қиындықтар – пациенттердің ұсыныстарды елемей, кері байланыстың болмауы, уақыттың жетіспеушілігі, диетаның бұзылуы, зиянды әдеттер, дәрі-дәрмекті қабылдау режимін сақтамау. Бұл мәселелерді шешу үшін мейіргерлер түсіндіру жұмыстарын жүргізеді, ақпаратты қайта түсіндіреді, пациенттерді дәрігерге немесе әлеуметтік қызметкерге қабылдауға шақырады. Бір мейіргер халықаралық тәжірибеде қолданылатындай автоматтандырылған мониторинг жүйесінің (мысалы, электронды медициналық карта негізінде) қажеттілігін атап өтті.

Сенімділік және дайындық: Мейіргерлердің пациенттерге қолдау көрсетуге деген сенімділігі әртүрлі болды – шамамен жартысы оны 10 балдық шкаламен 7-8 деп, төртеуі – 5-6 бағалады. Бір қатысушы дәрігердің қолдауынсыз өзіне сенімді емес екенін айтты. Көпшілігі басшылықтың қолдауын 10-нан 7 балл деп бағалады. Сонымен қатар, қатысушылар пациенттермен жекелей жұмыс істеуге қатысты оқытудың қажеттілігін атап өтті және күндізгі оқытуды жөн көретіндерін білдірді. Сұхбат нәтижелерінің негізгі аспектілері 7-кестеде келтірілген.

Талқылау: Біздің зерттеуіміз мейіргерлердің АББ аясындағы өз функцияларын жалпы түсінетінін көрсетті, дегенмен олардың жұмысындағы негізгі назар диагностикалық процедураларды уақтылы жүргізуге бағытталған. Пациенттермен жүргізілетін білім беру жұмысы көбінесе ауызша әңгімелермен шектеледі. Ал халықаралық тәжірибе көрсеткендей, созылмалы аурулары бар пациенттерге тек ауру туралы негізгі ақпарат ғана емес, сонымен қатар өзін-өзі басқару дағдыларын үйрету және медициналық топтың, отбасының, достары мен қауымдастықтың тұрақты қолдауы қажет. Сондықтан мейіргерлер тек пациенттермен ғана емес, олардың өмір салтын өзгертуге әсер ететін ортасымен де өзара әрекеттесу керек. Анықталған қиындықтар, атап айтқанда, пациенттердің ұсыныстарды орындамауы, мейіргерлердің білімінің жеткіліксіздігімен байланысты болуы мүмкін, бұл олардың қосымша оқуға деген айқын қажеттілігімен расталады. Жапонияда бес кезеңнен тұратын, әрқайсысы 90 минуттық білім беру бағдарламасы мейіргерлік күтім бойынша студенттердің клиникалық ойлау қабілетін едәуір жақсартқан.

Кесте 7 – Сұхбаттың негізгі аспектілері

АББ мейіргерлердің рөлі	– қан сынамаларын алу сияқты уақтылы тексерулер жүргізу; қан қысымын өлшеу; дәрігер келгенге дейін холестерин деңгейін анықтау және алғашқы көмек көрсету; – аурудың асқынуларының және басқа жағдайлардың алдын алу; – науқастарды: дәрілерді уақытында қабылдауға; дұрыс тамақтану және санитарлық білім беру; – пациенттің өзін-өзі басқаруына қолдау көрсету: науқастың ауруын басқарудағы рөлін атап өту; өмір салтын өзгертуге қолдау көрсету; науқасты ынталандыру (1); – қажет болған жағдайда пациенттерді мамандар мен терапевттерге жіберіңіз; – пациенттерді динамикалық бақылауға және бақылауға шақырыңыз; – пациенттің дамуын қадағалаңыз және дәрі-дәрмектің сақталуын қамтамасыз етіңіз
Мейіргерлердің дайындығы және дағдылары	– білімдегі кемшіліктер: білімнің жеткіліксіздігі, қосымша оқыту қажеттілігі; – білім көздері: жыл сайынғы тренингтер, семинарлар, онлайн ресурстар, нормативтік құжаттарды жаңарту, апта сайынғы қысқаша оқыту; – білімді жаңарту: білімді үнемі жаңартып отыру, үздіксіз кәсіби даму; – жаңартылмайтын білім: білімді жаңартпайды
Қант диабеті, гипертония және жүрек жеткіліксіздігін емдеу мәселелері бойынша пациенттерді оқыту:	– өмір салтын өзгерту: диета, физикалық белсенділік, салмақты бақылау, дәрі-дәрмектерді сақтау; – келісімді құру: сенім, пациент туралы мәліметтер, дәрігердің жазбалары, түсініктеме; – бақылау: денсаулық көрсеткіштері, бақылау, жазу кітапшасы, бақылау, кездесулер; – тәрбие және өзін-өзі басқару құралдары: әңгімелесу: ауызша оқыту, түсіндіру; құрылғылар: глюкометр, қан қысымының тонометрі, импульстік оксиметр; түсіндірме материалдар: дәрістер, көрнекі құралдар, бейнероликтер; бақылау карталары: прогрессті бақылау, пациентті бақылау; – сәйкестік деңгейлері: жеткіліксіз, орташа, қанағаттанарлық, жақсы; – сәйкестікті бақылау құралдары: бақылау карталары, жергілікті өзін-өзі басқару жүйесі
Мейіргерлердің кездестіретін қиындықтары	– пациенттерді басқарудағы қиындықтар: (науқастардың ұсыныстарды тыңдамауы, пациенттердің кері байланысының болмауы, пациентті басқаруға уақыттың шектеулілігі, диеталық ұсыныстарды орындамау, зиянды әдеттер (мысалы, темекі шегу, дұрыс тамақтанбау), денсаулық деректерін бақылау үшін дәптерлерді сақтамау, тұрақты емес дәрі қабылдау); – мәселелерді шешу стратегиялары: (жағдайды түсіндіру және себебін түсіну үшін әңгімелер жүргізу, ұсыныстарды бірнеше рет тексеру, пациенттермен үнемі байланыста болу, бақылаусыз науқастар туралы дәрігерге хабарлау, пациенттерді дәрігермен немесе әлеуметтік қызметкермен кейінгі кеңестерге шақыру)
Мейіргерлердің дайындығы мен сенімділігі	– пациенттерді қолдауға деген ауыспалы сенімділік: медбикелердің жартысына жуығы өздерінің сенімділігін 10-нан 7-8-ге дейін бағалады; төрт медбике өздерінің сенімділігін 10-нан 5-6-ға дейін бағалады; бір медбике дәрігердің қатысуынсыз өзін сенімді сезінбейтінін айтты – басшылықтың қолдауы: көптеген медбикелер 10-нан 7-ге бағаланған басшылықтан қолдау алатынын көрсетті; – оқыту қажеттіліктері: медбикелер алғашқы медициналық-санитарлық көмек (мсак) шеңберінде пациенттерге жеке күтім көрсету бойынша оқытуды қалайтындықтарын білдірді; – оқыту қалаулылары: медбикелер дағдыларды одан әрі дамыту үшін офлайн режимде оқытуды жөн көрді

Бағдарлама пациент жағдайын анықтау, ақпарат жинау және жаңа тәжірибені ұғыну сияқты клиникалық ойлаудың негізгі кезеңдерін жетілдіргенімен, ойлау ашықтығы, табандылық, рефлексия, креативтілік пен интуиция сияқты қосымша шкалаларда айтарлықтай жақсартулар байқалмаған. Қытайда созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар ауылдық жердегі пациенттерге арналған құрылымдалған оқыту бағдарламасы емдеу тәртібін сақтау, диета, әлеуметтік қолдау деңгейі мен симптомдарды бақылауды айтарлықтай жақсартты және ауруханаға жатқызу деңгейін төмендетті. Бұл мысалдар мейіргерлік тәсілдің тиімділігін көрсетеді және оларды Қазақстан жүйесіне бейімдеуге болады.

Жүйелі шолу көрсеткендей, мейіргерлер жүзеге асыратын бағдарламалар ауруханаға жатқызу санын азайтады және пациенттердің қанағаттануын, симптомдары мен өмір салтын жақсартады, дегенмен валидацияланған құралдарды жеткіліксіз қолдану алғашқы және екіншілік медициналық көмек арасындағы сабақтастыққа әсерін дәл бағалауды қиындатады.

Сонымен қатар, жүйелі шолу көрсеткендей, созылмалы аурулары бар ересектерге мейіргерлер көрсететін қызметтер ауруханаға жатқызу мен қайта жүгіну санын азайтып, пациенттердің қанағаттануын, симптомдарын және өмір салтын жақсартады. Алайда медициналық көмектің сабақтастығын бағалауға арналған валидацияланған құралдардың шектеулі қолданылуына байланысты мейіргерлік араласулар мен алғашқы және мамандандырылған медициналық көмек арасындағы үйлесімділіктің жақсаруы арасындағы нақты байланыс орнату мүмкін болмады. Басқа зерттеушілер жүрек жеткіліксіздігі бар пациенттерге арналған мультидисциплинарлық ауруды басқару бағдарламасы 30 күн ішінде алдын алуға болатын қайта ауруханаға жатқызу санын азайтатынын, бақылауға деген бейілділікті арттыратынын, пациенттердің қанағаттануын арттыратынын және үйлестірілген әрі жекелендірілген көмекті қамтамасыз етудегі кейс-менеджменттің маңыздылығын көрсететінін анықтады, нәтижесінде ем нәтижелерін жақсартып, денсаулық сақтау жүйесіне түсетін жүктемені азайтады. Осылайша, денсаулық сақтау менеджерлері АББ іске асыруға жауапты мейіргерлердің қажеттіліктерін анықтауы өте маңызды, бұл жақсы нәтижелерге қол жеткізуге мүмкіндік береді.

Шектеулер және болашақ қадамдар: Зерттеуге Алматының шектеулі аудандарынан бар болғаны 13 мейіргер қатысты, бұл нәтижелерді бүкіл елге жалпылау мүмкіндігін төмендетеді. Сонымен қатар, бағдарламалардың тиімділігі мен ұсыныстарды сақтау жолындағы кедергілерді нақтылауға көмектесетін пациенттердің өз тарапынан кері байланыс болмады. Көптеген алғашқы медициналық-санитарлық көмек (МСАК) орталықтарында созылмалы пациенттерді кешенді басқару тәжірибесі болғанымен, Қазақстанда мұндай бағдарламаларды бейімдеуде әлі де қиындықтар бар. Мысалы, Community Healthcare Center тәжірибесі – мұнда созылмалы аурулары бар пациенттерді қабылдауды мейіргерлер өздері жүргізеді (оқыту, дәрі-дәрмекті қабылдауды бақылау және мінез-құлық бойынша кеңес беру арқылы) – пайдалы болуы мүмкін. Сонымен қатар, ДДСҰ-ның Еуропалық аймақтық бюросы дұрыс тамақтануды жақсарту және семіздіктің алдын алу шараларын белсенді түрде

ілгерілетуде. Ең жаңа іс-қимыл жоспарына сәйкес, 2025 жылға қарай семіздік пен қант диабетінің деңгейін 10%-ға төмендету, тұз тұтынуды 30%-ға азайту және емшекпен қоректендіруді 50%-ға дейін арттыру көзделген. Алайда, алғашқы медициналық көмектің қазіргі шығындары денсаулық сақтау бюджетінің тек 3%-ын ғана құрайтынын ескерсек, ауқымды саяси шаралар мен мониторинг жүйелерінің қажет екені айқын. Аймақтық денсаулық сақтау менеджерлері қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы саясатты күшейтіп, МСАК инвестиция салып, Қазақстанда созылмалы ауруларды басқаруды жақсарту үшін халықаралық табысты тәжірибені пайдалануы тиіс.

5 АББ БАҒДАРЛАМАСЫНДАҒЫ ПАЦИЕНТТЕРДІҢ РӨЛІ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕККЕ ҚАНАҒАТТАНУШЫЛЫҚ: ГЕНДЕРЛІК ТАЛДАУ

Зерттеу көлденең сипаттамалық зерттеу түрінде жүргізілді.

Зерттеудің мақсаты – пациенттердің әлеуметтік-демографиялық ерекшеліктері, ақпараттануы және ауруды басқару бағдарламасына қатысуы бойынша гендерлік айырмашылықтарды, сондай-ақ олардың медициналық көмекке қанағаттану деңгейін бағалау. Зерттеу үшін пациенттер Алматы қаласының барлық 8 әкімшілік ауданын қамтитын алғашқы медициналық-санитарлық көмек (МСАК) ұйымдарының базасынан іріктелді. Әр ауданнан бір немесе бірнеше емхана қатыстырылып, Әр емханада АББ-ға тіркелген пациенттердің тізімі алынды.

Зерттеу 2024 жылдың ақпан–мамыр айларында жүргізілді. Сауалнама жүргізілетін күндері емханаға қаралуға келген АББ-ға тіркелген барлық пациенттерге зерттеуге қатысу туралы ақпарат берілді. Зерттеуге қосу критерийлеріне сай келген және келісім берген пациенттердің барлығы сұрастырылды.

Зерттеуге үш созылмалы ауруы бар 739 пациент қатысты: 278 адам артериалды гипертензиямен (ерлер – 134, әйелдер – 144), 278 адам қант диабетімен (ерлер – 102, әйелдер – 176) және 183 адам созылмалы жүрек жеткіліксіздігімен (ерлер – 79, әйелдер – 104).

5.1 Артериалды гипертензиясы бар пациенттердің жыныс ерекшеліктерін ескере отырып, ауруды басқару бағдарламасындағы ақпараттануы мен қатысуының ерекшеліктер

Зерттеуге артериалды гипертензиясы бар 278 пациент қатысты, оның ішінде 121 ер адам (43,5%) және 157 әйел (56,5%). Пациенттердің көпшілігі (30,6%) 40-49 жас аралығында болса, ең аз бөлігі 18-29 жас аралығындағы жас пациенттер – 9,4% құрайды. Әр түрлі жас категорияларындағы жыныстық бөлу шамамен тең. Талдау негізгі әлеуметтік-демографиялық сипаттамалар бойынша ерлер мен әйелдер арасында статистикалық маңызы бар айырмашылықтарды анықтамады, соның ішінде жас бойынша ($p=0,995$), білімі ($p=0,393$), отбасы жағдайы ($p=0,34$), материалдық жағдайы ($p=0,12$) және тұратын жері ($p=0,717$). Әлеуметтік мәртебедегі ($p=0,098$) және кіріс деңгейіндегі ($p=0,12$) айырмашылықтар статистикалық маңыздылыққа жақындағанымен, дәстүрлі шекке ($p<0,05$) жетпеді. Әйелдер көбінесе үй шаруасымен айналысатындар болып, табысы төмен деңгейде болса, ерлер зейнеткерлер арасында сәл көбірек және жоғары табысты топтарда жиі кездескені байқалды. Жалпы алғанда, барлық көрсеткіштер бойынша гендерлік бөлініс теңгерімді болып, статистикалық маңыздылығы жоқ болып шықты.

Талдау нәтижесінде ерлер мен әйелдер арасында диагноз қойылған уақыты ($p=0,21$), ауызша ақпарат көлемі ($p=0,911$), уақтылы тексерілмеу себептері ($p=0,9$) және диета ұстануы ($p=0,678$) бойынша статистикалық маңыздылығы бар айырмашылықтар анықталған жоқ. Алайда жазбаша ақпарат көлемі бойынша

елеулі айырмашылықтар байқалды ($p=0,003$): әйелдердің 56,7%-ы және ерлердің 43,0%-ы оны жеткілікті көлемде алғанын айтты, ал ерлердің 22,3%-ы және әйелдердің 13,4%-ы ақпараттың аз болғанын жеткізді (8-кесте).

Кесте 8 – Артериалды гипертензияны жүргізу бағдарламасына қатысушы пациенттер арасындағы әлеуметтік-демографиялық көрсеткіштердің жыныс бойынша салыстырмасы

Сұрақтар	Жауаптары	Ер		Әйел		Барлығы		p
Сіздің жасыңыздың ауқымы	18-29	11	(9,1%)	15	(9,6%)	26	(9,4%)	0,995
	30-39	28	(23,1%)	35	(22,3%)	63	(22,7%)	
	40-49	36	(29,8%)	49	(31,2%)	85	(30,6%)	
	50-59	28	(23,1%)	37	(23,6%)	65	(23,4%)	
	60 жастан асқан	18	(14,9%)	21	(13,4%)	39	(14,0%)	
	Барлығы	121	(100,0%)	157	(100,0%)	278	(100,0%)	
Сіздің біліміңіз	Аяқталмаған орта	16	(13,2%)	12	(7,6%)	28	(10,1%)	0,393
	орта	32	(26,4%)	43	(27,4%)	75	(27,0%)	
	арнайы орта	33	(27,3%)	40	(25,5%)	73	(26,3%)	
	жоғары	40	(33,1%)	62	(39,5%)	102	(36,7%)	
Сіздің әлеуметтік мәртебеңіз	Жұмыс істеймін	75	(62,0%)	98	(62,4%)	173	(62,2%)	0,098
	Оқимын	2	(1,7%)	3	(1,9%)	5	(1,8%)	
	Жұмыссыз	10	(8,3%)	8	(5,1%)	18	(6,5%)	
	Үй шаруасындағы әйел	10	(8,3%)	28	(17,8%)	38	(13,7%)	
	зейнеткер	24	(19,8%)	20	(12,7%)	44	(15,8%)	
Отбасылық жағдайы	жесір	13	(10,7%)	22	(14,0%)	35	(12,6%)	0,34
	үйленген	65	(53,7%)	88	(56,1%)	153	(55,0%)	
	Ешқашан некеде болған емес	26	(21,5%)	35	(22,3%)	61	(21,9%)	
	ажырасқан	17	(14,0%)	12	(7,6%)	29	(10,4%)	
Материалдық жағдай (ай сайынғы табыс)	айына 150 000 теңгеге дейін	38	(31,4%)	46	(29,3%)	84	(30,2%)	0,12
	айына 150 000 теңге ден 250 000 теңгеге дейін	31	(25,6%)	57	(36,3%)	88	(31,7%)	
	айына 250 000 теңге ден 350 000 теңгеге дейін	32	(26,4%)	40	(25,5%)	72	(25,9%)	
	350 000 және одан жоғары	20	(16,5%)	14	(8,9%)	34	(12,2%)	
Сіз кіммен тұрасыз	жалғыз	30	(24,8%)	36	(22,9%)	66	(23,7%)	0,717
	отбасыммен	91	(75,2%)	121	(77,1%)	212	(76,3%)	

Сонымен қатар, мінез-құлықта айтарлықтай айырмашылықтар анықталды: темекі шегу ерлер арасында жиірек кездеседі (49,6% қарсы 20,4%, $p<0,001$), сондай-ақ алкогольді тұтыну да ерлер арасында көбірек (28,9% қарсы 18,5%, $p=0,04$). Медициналық процедуралардың мақсаттары туралы хабардар болу деңгейі статистикалық тұрғыдан айырмашылық көрсетпеді ($p=0,225$), дегенмен әйелдер гликозилденген гемоглобинді бақылау туралы жиі білсе, ерлер холестериннің рөлі туралы көбірек хабардар болды. Жалпы алғанда, әйелдер жазбаша ақпарат алуға көбірек тартылған, ал ерлер арасында зиянды әдеттер жиі кездескен (9-кесте).

Кесте 9 – Артериалды гипертензияны басқару бағдарламасына қатысушы пациенттердің ақпараттануы, мінез-құлқы және хабардар болуындағы гендерлік айырмашылықтар

Сұрақтар	Жауаптары	Ер (n, %)	Әйел (n, %)	Барлығы (n, %)	p
Сізге диагноз қашан қойылды	үш жылдан астам уақыт бұрын	31 (25,6)	51(32,5%)	82(29,5%)	0,21
	соңғы екі-үш жыл	32(26,4%)	47(29,9%)	79(28,4%)	
	бір жыл бұрын	58(47,9%)	59(37,6%)	117(42,1%)	
Сізге алғаш рет диагноз қойылған кезде, медициналық қызметкерлер ауруыңыз туралы ауызша ақпаратты қандай көлемде берді деп сипаттар едіңіз?	Мен тым аз ақпарат алдым	29(24,0%)	33(21,0%)	62(22,3%)	0,911
	Мен жеткілікті көлемде ақпарат алдым	64(52,9%)	88(56,1%)	152(54,7%)	
	Мен тым көп ақпарат алдым	10(8,3%)	13(8,3%)	23(8,3%)	
	Мен мүлде ақпарат алған жоқпын	3(2,5%)	2(1,3%)	5(1,8%)	
	Есімде жоқ	15(12,4%)	21(13,4%)	36(12,9%)	
Сізге алғаш рет диагноз қойылған кезде, медициналық қызметкерлер ауруыңыз туралы жазбаша ақпаратты қандай көлемде берді деп сипаттар едіңіз?	Мен тым аз ақпарат алдым	27(22,3%)	21(13,4%)	48(17,3%)	0,003*
	Мен жеткілікті көлемде ақпарат алдым	52 (43,0%)	89 (56,7%)	141 (50,7%)	
	Мен тым көп ақпарат алдым	13 (10,7%)	14 (8,9%)	27 (9,7%)	
	Мен мүлде ақпарат алған жоқпын	8(6,6%)	22(14,0%)	30(10,8%)	
	Маған буклеттер берілді	21(17,4%)	11(7,0%)	32(11,5%)	
Ауруыңыз бойынша тексерістен уақтылы өтпеуіңіздің себебі қандай:	Тексерістен жиі өтудің қажеті жоқ деп есептеймін	53 (43,8%)	68 (43,3%)	121 (43,5%)	0,9
	Мен үшін қолайсыз уақытта шақырады	33 (27,3%)	48 (30,6%)	81 (29,1%)	
	мені шақырған жоқ, қабылдауға өзім келемін, шақырусыз	27 (22,3%)	33 (21,0%)	60 (21,6%)	
	басқа себеп	8(6,6%)	8(5,1%)	16(5,8%)	
Сіз диетаны ұстанасыз ба?	иә	54(44,6%)	74(47,1%)	128(46,0%)	0,678
	жоқ	67(55,4%)	83(52,9%)	150(54,0%)	
Сіз шылым шегесіз бе?	иә	60(49,6%)	32(20,4%)	92(33,1%)	<0,001*
	жоқ	61(50,4%)	125(79,6%)	186(66,9%)	
Сіз алкаголь қолданасыз ба?	иә	35(28,9%)	29(18,5%)	64(23,0%)	0,04
	жоқ	86(71,1%)	128(81,5%)	214(77,0%)	
Төмендегі іс-шаралар не үшін жүргізілетінін өз сөзіңізбен түсіндіре аласыз ба? (жауаптары – иә)	Артериялық қысымын өлшеу 140/80	14(11,6%)	17(10,8%)	31(11,2%)	0,225
	Гликозилденген гемоглобинді бірнеше рет өлшеу	39(32,2%)	62(39,5%)	101(36,3%)	
	Холестерин деңгейі 5,6	28(23,1%)	20(12,7%)	48(17,3%)	
	Тар бейінді мамандардың (кардиолог, невропатолог және т.б.) кеңесі	17(14,0%)	23(14,6%)	40(14,4%)	
	Зер талдауын тапсырамын	23(19,0%)	35(22,3%)	58(20,9%)	

Деректерді талдау нәтижесінде ерлер мен әйелдердің өз ауруын басқарудың әртүрлі аспектілерінің маңыздылығына қатысты көзқарастары ұқсас екені анықталды. Сонымен, ерлердің 68,6%-ы және әйелдердің 70,7%-ы дұрыс тамақтануды өте маңызды деп есептейді ($p=0,656$), ал дене белсенділігін өте маңызды деп көрсеткендер – ерлердің 57,0%-ы және әйелдердің 52,9%-ы ($p=0,743$). Өзін-өзі бақылау күнделігін жүргізу бойынша да елеулі айырмашылықтар жоқ – ерлердің 51,2%-ы және әйелдердің 49,7%-ы бұл аспектіні өте маңызды деп бағалады ($p=0,326$). Пациенттерді мейіргер мен дәрігерлердің оқытуы респонденттердің басым бөлігімен өте маңызды деп қабылданады: 57,0% ерлер және 49,7% әйелдер мейіргер тарапынан оқытуды ($p=0,299$), ал 55,4% ерлер және 61,8% әйелдер дәрігердің оқытуын ($p=0,512$) маңызды деп есептейді. Бұл көрсеткіштер медицина қызметкерлерінің рөлін ерлер мен әйелдер бірдей бағалайтынын көрсетеді. Отбасы мүшелерін оқыту бойынша тек бір ғана статистикалық маңызы бар айырмашылық анықталды: ерлердің 52,9%-ы оны өте маңызды деп санаса, әйелдер арасында бұл көрсеткіш төмен – 45,2% ($p=0,047$). Емхана қызметкерлерінің психологиялық қолдауы мен отбасының эмоционалдық қолдауы екі топта шамамен бірдей қабылданады және статистикалық маңызы жоқ айырмашылықтар байқалды ($p=0,966$ және $p=0,202$ сәйкесінше). Жалпы алғанда, нәтижелер ерлер мен әйелдер арасында емдеу мен қолдаудың компоненттерінің маңыздылығын теңдестірілген қабылдауды көрсетеді, тек отбасы мүшелерін оқытудың ерлер үшін маңыздырақ екені ерекшеленеді (10-кесте).

Кесте 10 – Артериалды гипертензиясы бар пациенттердің ауруды басқару факторларының маңыздылығын қабылдауының жыныс бойынша ерекшеліктері

Сұрақтар	Жауаптары	Ер		Әйел		Барлығы		p
1	2	3		4		5		6
Өз жағдайын немесе ауруын басқару үшін пациенттің тамақтануы сіздің ойыңызша қаншалықты маңызды	өте маңызды	83	(68,6%)	111	(70,7%)	194	(69,8%)	0,656
	маңызды	37	(30,6%)	43	(27,4%)	80	(28,8%)	
	онша маңызды емес	1	(,8%)	3	(1,9%)	4	(1,4%)	
Сіздің ойыңызша, дене белсенділігі (жаттығу) қаншалықты маңызды	өте маңызды	69	(57,0%)	83	(52,9%)	152	(54,7%)	0,743
	маңызды	48	(39,7%)	67	(42,7%)	115	(41,4%)	
	онша маңызды емес	4	(3,3%)	7	(4,5%)	11	(4,0%)	
Сіздің ойыңызша, өзін-өзі бақылау күнделігі қаншалықты маңызды	өте маңызды	62	(51,2%)	78	(49,7%)	140	(50,4%)	0,326
	маңызды	51	(42,1%)	62	(39,5%)	113	(40,6%)	
	онша маңызды емес	7	(5,8%)	17	(10,8%)	24	(8,6%)	
	мүлдем маңызды емес	1	(,8%)	-	-	1	(,4%)	
Сіздің ойыңызша, ауруыңызға қатысты сізді мейіргердің оқытуы қаншалықты маңызды	өте маңызды	69	(57,0%)	78	(49,7%)	147	(52,9%)	0,299
	маңызды	46	(38,0%)	65	(41,4%)	111	(39,9%)	
	онша маңызды емес	6	(5,0%)	11	(7,0%)	17	(6,1%)	
	мүлдем маңызды емес			3	(1,9%)	3	(1,1%)	

10-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Сіздің ойыңызша, ауруыңызға қатысты сізді дәрігердің оқытуы қаншалықты маңызды	өте маңызды	67	(55,4%)	97	(61,8%)	164	(59,0%)	0,512
	маңызды	47	(38,8%)	53	(33,8%)	100	(36,0%)	
	онша маңызды емес	7	(5,8%)	6	(3,8%)	13	(4,7%)	
	мүлдем маңызды емес			1	(,6%)	1	(,4%)	
Сіздің ойыңызша, ауруыңызға қатысты отбасы мүшелерін оқыту қаншалықты маңызды	өте маңызды	64	(52,9%)	71	(45,2%)	135	(48,6%)	0,047
	маңызды	51	(42,1%)	62	(39,5%)	113	(40,6%)	
	онша маңызды емес	5	(4,1%)	22	(14,0%)	27	(9,7%)	
	мүлдем маңызды емес	1	(,8%)	2	(1,3%)	3	(1,1%)	
Сіздің ойыңызша, емхана қызметкерінің психологиялық қолдауы қаншалықты маңызды	өте маңызды	61	(50,4%)	78	(49,7%)	139	(50,0%)	0,966
	маңызды	47	(38,8%)	59	(37,6%)	106	(38,1%)	
	онша маңызды емес	11	(9,1%)	17	(10,8%)	28	(10,1%)	
	мүлдем маңызды емес	2	(1,7%)	3	(1,9%)	5	(1,8%)	
Сіздің ойыңызша, отбасыңыздың эмоционалдық қолдауы қаншалықты маңызды	өте маңызды	76	(62,8%)	99	(63,1%)	175	(62,9%)	0,202
	маңызды	40	(33,1%)	48	(30,6%)	88	(31,7%)	
	онша маңызды емес	2	(1,7%)	9	(5,7%)	11	(4,0%)	
	мүлдем маңызды емес	3	(2,5%)	1	(,6%)	4	(1,4%)	

Зерттеуде ерлер мен әйелдердің қауіп факторларының бірнеше аспектілері бойынша хабардарлығында маңызды айырмашылықтар анықталды. Әйелдер ерлерге қарағанда семіздікті созылмалы аурулардың қауіп факторы ретінде дұрыс көрсетті (95,5% қарсы 89,3%, $p=0,044$). Сондай-ақ, әйелдер гликозилденген гемоглобинді бақылаудың маңыздылығын жақсырақ білетіндігі байқалды – 91,1% әйелдер мен 81,8% ерлер ($p=0,023$). Өз білімін бағалау, қосымша ақпаратқа қажеттілік, темекі шегу, жас ерекшелігі, гипертония және басқа факторлардың рөлін түсіну сияқты басқа көрсеткіштер бойынша статистикалық маңызы бар айырмашылықтар анықталған жоқ ($p>0,05$). Осылайша, әйелдер ауруды бақылаудың негізгі аспектілері мен қауіп факторлары туралы көбірек хабардар екенін көрсетеді, бұл ерлер арасында білім беру іс-шараларын күшейту қажеттілігін білдіруі мүмкін (11-кесте).

Кесте 11 – АГ-сы бар пациенттердің жыныс бойынша тәуекел факторлары мен созылмалы ауруларды басқару туралы білімдері

Сұрақтар	Жауаптары	Ер		Әйел		Барлығы		p
1	2	3		4		5		6
Сіз қалай ойлайсыз: ауруыңызбен күресу үшін жеткілікті біліміңіз бар ма?	Жоқ, мен көбірек ақпарат алғым келеді	27	(22,3%)	41	(26,1%)	68	(24,5%)	0,465
	Иә	94	(77,7%)	116	(73,9%)	210	(75,5%)	

11-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Сіз қалай ойлайсыз: сізде қант диабетін басқарудағы жаттығулардың рөлі туралы жеткілікті ақпарат бар ма?	Жоқ, мен көбірек ақпарат алғым келеді	41	(33,9%)	57	(36,3%)	98	(35,3%)	0,67 5
	Иә	80	(66,1%)	100	(63,7%)	180	(64,7%)	
Сіз қалай ойлайсыз: сіз қалай дұрыс тамақтану керектігін білесіз бе?	Жоқ, мен көбірек ақпарат алғым келеді	29	(24,0%)	45	(28,7%)	74	(26,6%)	0,38
	Иә	92	(76,0%)	112	(71,3%)	204	(73,4%)	
Сіз қалай ойлайсыз: Сіздің тілектеріңіз, пациентке күтім жасау мәселелері бойынша не білгіңіз келеді	Жоқ, мен көбірек ақпарат алғым келеді	39	(32,2%)	51	(32,5%)	90	(32,4%)	0,96 4
	Иә	82	(67,8%)	106	(67,5%)	188	(67,6%)	
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? Темекі шегу	Дұрыс	108	(89,3%)	149	(94,9%)	257	(92,4%)	0,07 7
	Дұрыс емес	13	(10,7%)	8	(5,1%)	21	(7,6%)	
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? Семіздік	Дұрыс	108	(89,3%)	150	(95,5%)	258	(92,8%)	0,04 4
	Дұрыс емес	13	(10,7%)	7	(4,5%)	20	(7,2%)	
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? Жасы 65 және одан жоғары	Дұрыс	100	(83,3%)	137	(87,3%)	237	(85,6%)	0,35 7
	Дұрыс емес	20	(16,7%)	20	(12,7%)	40	(14,4%)	
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? 3-ші гликемиялық бақылау (қантты бақылау)	Дұрыс	99	(81,8%)	143	(91,1%)	242	(87,1%)	0,02 3
	Дұрыс емес	22	(18,2%)	14	(8,9%)	36	(12,9%)	
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? қан қысымын бақылау	Дұрыс	105	(86,8%)	144	(91,7%)	249	(89,6%)	0,18 1
	Дұрыс емес	16	(13,2%)	13	(8,3%)	29	(10,4%)	

11-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? Тұзды шамадан тыс тұтыну	Дұрыс	102	(84,3%)	133	(84,7%)	235	(84,5%)	0,92 4
	Дұрыс емес	19	(15,7%)	24	(15,3%)	43	(15,5%)	
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? Қантты шамадан тыс тұтыну	Дұрыс	110	(90,9%)	140	(89,2%)	250	(89,9%)	0,63 3
	Дұрыс емес	11	(9,1%)	17	(10,8%)	28	(10,1%)	
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? Аяқта суық, ауырсыну, жану, шаншу және сезімталдық сезімдерінің болуы	Дұрыс	103	(85,1%)	138	(88,5%)	241	(87,0%)	0,41 3
	Дұрыс емес	18	(14,9%)	18	(11,5%)	36	(13,0%)	
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? Перифериялық қантамыр аурулары	Дұрыс	102	(84,3%)	138	(87,9%)	240	(86,3%)	0,38 6
	Дұрыс емес	19	(15,7%)	19	(12,1%)	38	(13,7%)	
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? Аяқ күтімінің жеткіліксіздігі және гигиенаның болмауы	Дұрыс	95	(78,5%)	135	(86,0%)	230	(82,7%)	0,10 2
	Дұрыс емес	26	(21,5%)	22	(14,0%)	48	(17,3%)	
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? Аяқта ісіктің болуы	Дұрыс	95	(78,5%)	135	(86,0%)	230	(82,7%)	0,10 2
	Дұрыс емес	26	(21,5%)	22	(14,0%)	48	(17,3%)	
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? Аяқта сүйек мүйізгегінің болуы	Дұрыс	96	(79,3%)	128	(81,5%)	224	(80,6%)	0,64 7
	Дұрыс емес	25	(20,7%)	29	(18,5%)	54	(19,4%)	

11-кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? Аяқтың құрғақ және жарылған терісі	Дұрыс	98 (81,0%)	125 (79,6%)	223 (80,2%)	0,77 6
	Дұрыс емес	23 (19,0%)	32 (20,4%)	55 (19,8%)	
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? Қарама-қарсы аяқта диабеттік табан немесе диабеттік жаралар болған адамдар	Дұрыс	101 (83,5%)	136 (86,6%)	237 (85,3%)	0,46 2
	Дұрыс емес	20 (16,5%)	21 (13,4%)	41 (14,7%)	
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? Инфекция (қызару, сезімталдық және табанда жоғары температура болуы)	Дұрыс	96 (79,3%)	134 (85,4%)	230 (82,7%)	0,18 9
	Дұрыс емес	25 (20,7%)	23 (14,6%)	48 (17,3%)	
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? Жарақаттар (жалаң аяқ жүру, сапасыз аяқ-киім, жазатайым оқиға, аяқ-киімде бөтен заттың болуы)	Дұрыс	94 (77,7%)	136 (86,6%)	230 (82,7%)	0,05 1
	Дұрыс емес	27 (22,3%)	21 (13,4%)	48 (17,3%)	
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? Табан деформациясы (кіші саусақтар, тырнақтар, табанның вальгус деформациясы, ампутация, Шарко деформациясы, төмен табан және т.б.)	Дұрыс	97 (80,2%)	130 (82,8%)	227 (81,7%)	0,57 3
	Дұрыс емес	24 (19,8%)	27 (17,2%)	51 (18,3%)	
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? Қалыңдатылған тырнақтарды жылы суға жұмсарғаннан кейін арнайы қайшымен алу керек	Дұрыс	103 (85,1%)	132 (84,1%)	235 (84,5%)	0,81 1
	Дұрыс емес	18 (14,9%)	25 (15,9%)	43 (15,5%)	

11-кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? Соқыр пациенттер тырнақтарын өздері ешқашан алмауы керек	Дұрыс	105 (86,8%)	136 (86,6%)	241 (86,7%)	0,97
	Дұрыс емес	16 (13,2%)	21 (13,4%)	37 (13,3%)	
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? Саусақтың көбеген терісі алынған болуы керек	Дұрыс	103 (85,1%)	140 (89,2%)	243 (87,4%)	0,31 3
	Дұрыс емес	18 (14,9%)	17 (10,8%)	35 (12,6%)	
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? Аяқ пен табанның кез келген өзгерістері (түсі, температурасы немесе пішіні) және инфекция белгілері туралы дереу дәрігерге хабарлау керек	Дұрыс	105 (86,8%)	143 (91,1%)	248 (89,2%)	0,25 1
	Дұрыс емес	16 (13,2%)	14 (8,9%)	30 (10,8%)	
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? Аяқ жатықтары қанайналымды жақсарту үшін күн сайын жасалуы керек	Дұрыс	112 (92,6%)	153 (97,5%)	265 (95,3%)	0,05 6
	Дұрыс емес	9 (7,4%)	4 (2,5%)	13 (4,7%)	
Сіз қалай ойлайсыз, созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді: қант диабеті, артериялық гипертензия? Жұмсақ терісі бар ыңғайлы аяқ киім дұрыс	Дұрыс	106 (87,6%)	145 (92,4%)	251 (90,3%)	0,18 5
	Дұрыс емес	15 (12,4%)	12 (7,6%)	27 (9,7%)	

Осы 11-кестеде Ауруды басқару бағдарламасына (АББ) қатысушылар арасында жыныс бойынша елеулі айырмашылықтар анықталған жоқ — қанағаттану деңгейі, бағдарлама құрылымын білу, сондай-ақ ауруды басқарудың практикалық аспектілері бойынша да айырмашылықтар байқалмады. Дегенмен, бір көрсеткіш статистикалық маңыздылық шегінде тұр: әйелдердің көбі (86,6%) өздерінің ауруын басқара алатынына сенімді, ал ерлер арасында бұл көрсеткіш

– 77,7% ($p=0,051$). Бұл әйелдердің өзін-өзі бағалау бағасы сәл жоғары болуы мүмкін екенін көрсетеді, дегенмен бұл айырмашылық статистикалық тұрғыдан дәлелденбеген. Қалған барлық көрсеткіштер бойынша айырмашылықтар – оның ішінде ауруханаға жатқызу, жоспарларды әзірлеуге қатысу, күнделік жүргізу және қауіп факторларын өзгерту – статистикалық маңыздылыққа ие емес болды ($p > 0,05$). Осылайша, жынысы Ауруды басқару бағдарламасын қабылдау, қатысу және оған қанағаттану деңгейіне айтарлықтай әсер етпейді және пациенттердің басым бөлігі – ерлер де, әйелдер де – жоғары деңгейде белсенділік танытады: қатысушылардың 77%-дан астамы бағдарламаның нәтижелеріне қанағаттанған, шамамен 84%-ы дәрі қабылдау мен физикалық белсенділіктің маңызын түсінеді, ал 79,5%-ы бағдарламаға қатысқаннан кейін қандағы қант деңгейінің тұрақтанғанын атап өткен (12-кесте).

Кесте 12 – Науқастардың жынысы бойынша ауруды басқару бағдарламасына қатысуын бағалау: қанағаттануы, білімі және өзін-өзі басқаруы

«Иә» деп жауап бергендер	Ер		Әйел		Барлығы		p
1	2		3		4		5
Ауруды басқару бағдарламасы (АББ): сізге ауруды басқару бағдарламасына қатысуды учаскелік мейіргер ұсынды ма	86	(71,1%)	112	(71,3%)	198	(71,2%)	0,962
Ауруды басқару бағдарламасы (АББ): сізге ауруды басқару бағдарламасына қатысуды учаскелік дәрігер ұсынды ма	91	(75,2%)	109	(69,4%)	200	(71,9%)	0,288
Ауруды басқару бағдарламасы (АББ): Сіз осы емханада ауруды басқару бағдарламасына қанағаттанасыз ба	99	(81,8%)	123	(78,3%)	222	(79,9%)	0,474
Ауруды басқару бағдарламасы (АББ): Сіз сіздің ауруыңыз бар пациенттерге Ауруды басқару бағдарламасының әдеттегі медициналық көмек көрсетуден айырмашылығын білесіз бе	91	(75,2%)	109	(69,4%)	200	(71,9%)	0,288
Ауруды басқару бағдарламасы (АББ): Сіз ауруды басқару бағдарламасына қатысу нәтижелеріне ризасыз ба	93	(76,9%)	121	(77,1%)	214	(77,0%)	0,967
Ауруды басқару бағдарламасы (АББ): Сіз өзіңіздің ауруыңызды басқара аласыз ба	94	(77,7%)	136	(86,6%)	230	(82,7%)	0,051
Ауруды басқару бағдарламасы (АББ): Өз ауруын басқару күнделікті физикалық белсенділікті қамтиды ма	100	(82,6%)	133	(84,7%)	233	(83,8%)	0,642
Ауруды басқару бағдарламасы (АББ): Өз ауруын басқару күнделікті дұрыс тамақтануды қамтиды ма	103	(85,1%)	132	(84,1%)	235	(84,5%)	0,811
Ауруды басқару бағдарламасы (АББ): Өз ауруын басқару дәрі дәрмектерді уақтылы қабылдауды қамтиды ма	102	(84,3%)	140	(89,2%)	242	(87,1%)	0,23
Ауруды басқару бағдарламасы (АББ): Өз ауруын басқару сіздің салмағыңызды бақылауды қамтиды ма	95	(78,5%)	130	(82,8%)	225	(80,9%)	0,367
Ауруды басқару бағдарламасы (АББ): Өз ауруын басқару қандағы қант деңгейін күнделікті өлшеуді қамтиды ма	94	(77,7%)	132	(84,1%)	226	(81,3%)	0,176

12-кестенің жалғасы

1	2		3		4		5
Ауруды басқару бағдарламасы (АББ): Сіз өзін-өзі бақылау күнделігін жүргізесіз бе	82	(67,8%)	108	(68,8%)	190	(68,3%)	0,856
Ауруды басқару бағдарламасы (АББ): Сізде жеке жоспар бар ма	84	(69,4%)	105	(66,9%)	189	(68,0%)	0,652
Ауруды басқару бағдарламасы (АББ): Сіз участкелік қызметкерімен қысқаша іс қимыл жоспарын жасадыңыз ба	42	(34,7%)	50	(31,8%)	92	(33,1%)	0,615
Ауруды басқару бағдарламасы (АББ): Ауруды басқару бағдарламасына қатысқаннан кейін қандағы қант деңгейі тұрақтанды ма	97	(80,2%)	124	(79,0%)	221	(79,5%)	0,808
Ауруды басқару бағдарламасы (АББ): Сіз ауруды басқару бағдарламасына қатысқан кезде қандағы қанттың жоғарылауына немесе артериялық гипертензияға байланысты ауруханаға жатқызылдығыңыз ба	43	(35,5%)	55	(35,0%)	98	(35,3%)	0,93
Ауруды басқару бағдарламасы (АББ): Сіз ауруды басқару бағдарламасына қатысқаннан кейін қауіп факторларын төмендете алдыңыз ба	90	(74,4%)	129	(82,2%)	219	(78,8%)	0,115
Ауруды басқару бағдарламасы (АББ): Сіз өзіңіздің қант диабеті немесе артериялық гипертензия ауруы бар таныстарыңызға ауруды басқару бағдарламасына қатысуды ұсындығыңыз ба	92	(76,0%)	116	(73,9%)	208	(74,8%)	0,683

Талдау нәтижесінде ерлер мен әйелдер арасында бір ғана статистикалық мәні бар айырмашылық анықталды - эмоционалдық қолдау алу деңгейі бойынша: ерлердің 95,9%-ы және әйелдердің 87,9%-ы қолдау алатынын хабарлаған ($p=0,047$). Әйелдер ерлерге қарағанда қолдаудың жоқтығын жиі көрсеткен (10,2% қарсы 4,1%). Қалған аспектілер бойынша (мамандардың бақылауында болу, анализ тапсыру жиілігі) жыныс бойынша айырмашылықтар анықталған жоқ - пациенттердің басым бөлігі дәрігерлерге тұрақты түрде барып, тексерулерден өтеді (13-кесте).

Кесте 13 – Ауруды басқару бағдарламасы аясында бақылауға қатысу мен қолдау алу бойынша жыныстық құрылым

Сұрақтар	Жауаптар	Ер		Әйел		Барлығы		p
1	2	3		4		5		6
Сізге эмоционалды қолдау көрсетіледі ме?	Иә	116	(95,9%)	138	(87,9%)	254	(91,4%)	0,047
	Кейде	-	-	3	(1,9%)	3	(1,1%)	
	Жоқ	5	(4,1%)	16	(10,2%)	21	(7,6%)	
Ауруды басқару бағдарламасы аясында сіз басқа мамандарға қараласыз ба	Иә, офтальмологта Иә, токсанында 1 рет	79	(65,3%)	120	(76,4%)	199	(71,6%)	0,12
	Иә, эндокринологта Иә, токсанында 1 рет	78	(64,5%)	118	(75,2%)	196	(70,5%)	0,151

13-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
	Иә, кардиологта Иә, тоқсанында 1 рет	98	(81,0%)	123	(78,3%)	221	(79,5%)	0,859
	Иә, СӨС қызме- тінің маманы Иә, тоқсанында 1 рет	83	(68,6%)	104	(66,2%)	187	(67,3%)	0,915
	Иә, психологта	85	(70,2%)	107	(68,2%)	192	(69,1%)	0,632
Ауруды басқару бағдарламасының бөлігі ретінде сіз келесі анализдік талдаулар мен зерттеулерді қаншалықты жиі тапсырасыз: гликилденген гемоглобинге тест	Қаралмаймын	22	(18,2%)	22	(14,0%)	44	(15,8%)	0,444
	Иә, тоқсанында 1 рет	97	(80,2%)	134	(85,4%)	231	(83,1%)	
	Басқа	2	(1,7%)	1	(0,6%)	3	(1,1%)	
Ауруды басқару бағдарламасының бөлігі ретінде сіз келесі анализдік талдаулар мен зерттеулерді қаншалықты жиі тапсырасыз: микроальбуминур ияны зерттеу	Қаралмаймын	31	(25,6%)	30	(19,1%)	61	(21,9%)	0,417
	Иә, тоқсанында 1 рет	89	(73,6%)	126	(80,3%)	215	(77,3%)	
	Басқа	1	(0,8%)	1	(0,6%)	2	(0,7%)	
Ауруды басқару бағдарламасының бөлігі ретінде сіз келесі анализдік талдаулар мен зерттеулерді қаншалықты жиі тапсырасыз: табан сезімталдығын зерттеу	Қаралмаймын	32	(26,4%)	35	(22,3%)	67	(24,1%)	0,366
	Иә, тоқсанында 1 рет	88	(72,7%)	122	(77,7%)	210	(75,5%)	
	Басқа	1	(0,8%)			1	(0,4%)	

Жалпы алғанда, пациенттер білім беру бағдарламаларына қатысуды оң бағалайды: екі жыныстағы респонденттердің 75%-дан астамы этиология, асқынулар, тамақтану, қауіп факторлары және физикалық белсенділік бойынша білім алудың қажеттілігін атап өткен. Ең жақсы қабылданатын тақырыптар – қант деңгейін бақылау (79,5%), артериялық қысымды бақылау (80,2%), мәзір құрастыру (71,9%) және отбасының қолдауы (78,8%). Пациенттердің білім беру бағдарламасындағы сабақтардың жиілігі туралы хабары төмен – 33,1%-ы бұл туралы білмейді, сондай-ақ отбасыларының оқытуға қатысуы жөнінде де хабардарлығы төмен: тек 63,7%-ы туыстарының қатысқанын растаған. Анализ нәтижелерін түсіну деңгейі де төмендегені байқалады – 11,9% түсіндірмелерді түсінбейтінін айтса, 10,4% мүлде ештеңе түсіндірілмейтінін мәлімдеген. Ерлер

мен әйелдер арасында көпшілігі бойынша статистикалық тұрғыдан маңызды айырмашылықтар жоқ ($p > 0,05$), тек бір көрсеткішті қоспағанда: емдеу шешімдерін қабылдауға пациенттің қатысуы (алдыңғы кестеден $p = 0,03$). Бұл ретте ерлер өздерін анағұрлым қатысушы сезінеді (73,6%), ал әйелдер – 61,8%. Қалған мәселелер бойынша – хабардар болу, оқытуға қатысу, отбасы тарапынан қолдау – жыныстар арасында статистикалық тұрғыдан маңызды айырмашылықтар анықталған жоқ, бұл оқытуды қабылдау ерлер мен әйелдер арасында бірдей деңгейде екенін көрсетеді (14-кесте).

Кесте 14 – АГ-мен ауыратын науқастардың жынысына байланысты оқытуды қабылдауы

Сұрақтар	Жауаптар	Ер		Әйел		Барлығы		p
1	2	3		4		5		6
Ауруды басқару бағдарламасының іске асырылуын үйлестіруге емхана қызметкерлерінің қайсысы жауапты екенін білесіз бе?	Иә, участкелік мейіргер	105	(86,8%)	131	(83,4%)	236	(84,9%)	0,509
	Жоқ, хабардар етпеді	11	(9,1%)	21	(13,4%)	32	(11,5%)	
	Басқасын жазыңыз	5	(4,1%)	5	(3,2%)	10	(3,6%)	
Сізге емханада ауруды қалай басқаруға болатындығы туралы білім берілді ме?	иә	98	(81,0%)	133	(84,7%)	231	(83,1%)	0,258
	жоқ	23	(19,0%)	22	(14,0%)	45	(16,2%)	
	Басқасы			2	(1,3%)	2	(0,7%)	
Сізге оқу керек деп ойлайсыз ба?	Иә	87	(71,9%)	119	(75,8%)	206	(74,1%)	0,238
	Жоқ	32	(26,4%)	38	(24,2%)	70	(25,2%)	
	Басқасы	2	(1,7%)			2	(0,7%)	
Сіз өзіңіздің ауруыңыздың себептері бойынша қандай да бір оқудан өттіңіз бе?	Иә	90	(74,4%)	107	(68,2%)	197	(70,9%)	0,316
	Жоқ	29	(24,0%)	49	(31,2%)	78	(28,1%)	
	Басқасы	2	(1,7%)	1	(,6%)	3	(1,1%)	
Сіздің ауруыңыздың этиологиясы (себептері) бойынша оқыту қажет деп ойлайсыз ба?	Иә	84	(69,4%)	113	(72,0%)	197	(70,9%)	0,262
	Жоқ	35	(28,9%)	44	(28,0%)	79	(28,4%)	
	Басқасы	2	(1,7%)			2	(0,7%)	
Сіз аурудың асқынуы бойынша қандай да бір оқудан өттіңіз бе?	Иә	97	(80,2%)	114	(72,6%)	211	(75,9%)	0,343
	Жоқ	23	(19,0%)	41	(26,1%)	64	(23,0%)	
	Басқасы	1	(0,8%)	2	(1,3%)	3	(1,1%)	
Сіздің ойыңызша, сізге аурудың асқынуы туралы білім қажет пе?	Иә	91	(75,2%)	118	(75,2%)	209	(75,2%)	0,936
	Жоқ	29	(24,0%)	37	(23,6%)	66	(23,7%)	
	Басқасы	1	(,8%)	2	(1,3%)	3	(1,1%)	
Сіз өзіңіздің ауруларыңыз үшін тамақтану бойынша қандай да бір оқудан өттіңіз бе?	иә	95	(78,5%)	119	(75,8%)	214	(77,0%)	0,434
	жоқ	26	(21,5%)	36	(22,9%)	62	(22,3%)	
	Басқасы			2	(1,3%)	2	(0,7%)	

14-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Сіздің ойыңызша, сіздің ауруларыңыз үшін тамақтану бойынша оқыту қажет пе?	иә	93	(76,9%)	117	(74,5%)	210	(75,5%)	0,702
	жоқ	26	(21,5%)	35	(22,3%)	61	(21,9%)	
	Басқасы	2	(1,7%)	5	(3,2%)	7	(2,5%)	
Сіз өзіңіздің ауруыңыз бойынша қауіп факторы және оған қарсы күрес бойынша қандай да бір оқудан өттіңіз бе?	иә	87	(71,9%)	115	(73,2%)	202	(72,7%)	0,498
	жоқ	33	(27,3%)	38	(24,2%)	71	(25,5%)	
	Басқасы	1	(,8%)	4	(2,5%)	5	(1,8%)	
Сіздің ойыңызша, сізге қауіп факторлары және сіздің ауруларыңызбен күресу бойынша оқыту қажет пе?	иә	93	(76,9%)	115	(73,2%)	208	(74,8%)	0,779
	жоқ	25	(20,7%)	38	(24,2%)	63	(22,7%)	
	Басқасы	3	(2,5%)	4	(2,5%)	7	(2,5%)	
Сіз өзіңіздің ауруларыңызға байланысты физикалық белсенділікті таңдау бойынша қандай да бір оқудан өттіңіз бе?	иә	87	(71,9%)	116	(73,9%)	203	(73,0%)	0,907
	жоқ	31	(25,6%)	38	(24,2%)	69	(24,8%)	
	Басқасы	3	(2,5%)	3	(1,9%)	6	(2,2%)	
Сіздің ойыңызша, сіздің ауруыңыз үшін физикалық белсенділікті сәйкестендіру бойынша оқыту қажет пе?	иә	95	(78,5%)	108	(68,8%)	203	(73,0%)	0,159
	жоқ	22	(18,2%)	44	(28,0%)	66	(23,7%)	
	Басқасы	4	(3,3%)	5	(3,2%)	9	(3,2%)	
Сізге қандағы қантты бақылау мәселелері бойынша білім берілді ме?	иә	101	(83,5%)	120	(76,4%)	221	(79,5%)	0,334
	жоқ	16	(13,2%)	31	(19,7%)	47	(16,9%)	
	Басқасы	4	(3,3%)	6	(3,8%)	10	(3,6%)	
Сізге дене салмағының индексін өлшеу немесе семіздіктің бар жоғын қалай анықтау керектігі үйретілді ме?	иә	90	(74,4%)	113	(72,0%)	203	(73,0%)	0,4
	жоқ	26	(21,5%)	41	(26,1%)	67	(24,1%)	
	Басқасы	5	(4,1%)	3	(1,9%)	8	(2,9%)	
Сізге артериялық гипертензияны өлшеу үйретілді ме?	иә	96	(79,3%)	127	(80,9%)	223	(80,2%)	0,749
	жоқ	22	(18,2%)	28	(17,8%)	50	(18,0%)	
	Басқасы	3	(2,5%)	2	(1,3%)	5	(1,8%)	
Сіз қант диабеті немесе артериялық гипертензия мектебіне немесе емханада басқа оқуға барасыз ба?	иә	86	(71,1%)	105	(66,9%)	191	(68,7%)	0,71
	жоқ	33	(27,3%)	48	(30,6%)	81	(29,1%)	
	Басқасы	2	(1,7%)	4	(2,5%)	6	(2,2%)	

14-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Емханада созыл малы аурулары бар пациенттер үшін оқу уақыты сізге сәйкес келе ме?	иә	97	(80,2%)	120	(76,4%)	217	(78,1%)	0,472
	жоқ	21	(17,4%)	35	(22,3%)	56	(20,1%)	
	Басқасы	3	(2,5%)	2	(1,3%)	5	(1,8%)	
Емханада созыл малы аурулары бар пациенттерді оқыту бағдарлама сы сізді қанағат тандырады ма?	иә	99	(81,8%)	121	(77,1%)	220	(79,1%)	0,536
	жоқ	17	(14,0%)	30	(19,1%)	47	(16,9%)	
	Басқасы	5	(4,1%)	6	(3,8%)	11	(4,0%)	
Сіздің отбасыңыздың мүшелері сіз бен бірге емхана да оқуға бара ма?	иә	82	(67,8%)	95	(60,5%)	177	(63,7%)	0,161
	жоқ	37	(30,6%)	53	(33,8%)	90	(32,4%)	
	Басқасы	2	(1,7%)	9	(5,7%)	11	(4,0%)	
Сіз өзіңіздің жеке мәзіріңізді жасай аласыз ба?	иә	86	(72,3%)	111	(71,6%)	197	(71,9%)	0,988
	жоқ	29	(24,4%)	39	(25,2%)	68	(24,8%)	
	Басқасы	4	(3,4%)	5	(3,2%)	9	(3,3%)	
Сіздің отбасыңыздың мүшелері сіздің ауруыңыз бен күресуге қол дау көрсете ме?	иә	92	(76,0%)	127	(80,9%)	219	(78,8%)	0,441
	жоқ	24	(19,8%)	27	(17,2%)	51	(18,3%)	
	Басқасы	5	(4,1%)	3	(1,9%)	8	(2,9%)	
Сіздің отбасы мүшелеріңіз қандағы глюкозаны өлшей алады ма?	иә	89	(74,2%)	115	(73,2%)	204	(73,6%)	0,758
	жоқ	30	(25,0%)	39	(24,8%)	69	(24,9%)	
	Басқасы	1	(0,8%)	3	(1,9%)	4	(1,4%)	
Сіздің отбасы мүшелеріңіз қандағы қанттың жоғарлауы немесе артериалды гипертензия (қысым) жағдайында алғашқы медициналық көмек көрсете ала ма?	иә	95	(79,2%)	118	(75,2%)	213	(76,9%)	0,603
	жоқ	22	(18,3%)	32	(20,4%)	54	(19,5%)	
	Басқасы	3	(2,5%)	7	(4,5%)	10	(3,6%)	
Сіздің отбасы мүшелеріңіз қандағы қанттың төмендеуі немесе артериалды гипертензия (қысым) жағдайында алғашқы медициналық көмек көрсете ала ма?	иә	93	(77,5%)	119	(75,8%)	212	(76,5%)	0,567
	жоқ	26	(21,7%)	34	(21,7%)	60	(21,7%)	
	Басқасы	1	(0,8%)	4	(2,5%)	5	(1,8%)	
Сіз қалай ойлайсыз, мейіргер сізге осы оқытуды өткізе алады ма?	иә	98	(81,0%)	120	(76,4%)	218	(78,4%)	0,555
	жоқ	20	(16,5%)	30	(19,1%)	50	(18,0%)	
	Басқасы	3	(2,5%)	7	(4,5%)	10	(3,6%)	

14-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Сіз үшін емхана деңгейіндегі сабақтар қаншалықты жиі өткізіледі	Апта сайын	16	(13,2%)	20	(12,7%)	36	(12,9%)	0,434
	Ай сайын	35	(28,9%)	42	(26,8%)	77	(27,7%)	
	Тоқсан сайын	36	(29,8%)	37	(23,6%)	73	(26,3%)	
	Білмеймін	34	(28,1%)	58	(36,9%)	92	(33,1%)	
Сізде қант диабетін емдеу үшін таблетка дәрі-дәрмектерін (немесе инсулинді) қалай қабылдау керектігі туралы жеткілікті ақпарат бар ма?	иә	91	(75,2%)	125	(79,6%)	216	(77,7%)	0,381
	Жоқ, мен көбірек ақпарат алғым келеді	30	(24,8%)	32	(20,4%)	62	(22,3%)	
Мейіргерлер сіз үшін бөлек қабылдау жүргізеді ме?	иә	94	(77,7%)	112	(71,3%)	206	(74,1%)	0,231
	жоқ	27	(22,3%)	45	(28,7%)	72	(25,9%)	
Сізге анализ талдаулары мен зерттеу нәтижелері туралы түсіндіреді ме?	Иә, бірақ маған түсіндірген кезде мен түсінбеймін	18	(14,9%)	15	(9,6%)	33	(11,9%)	0,091
	Иә, маған түсіндірген кезде мен барлығын түсінемін	64	(52,9%)	106	(67,5%)	170	(61,2%)	
	Иә, маған түсіндірген кезде мен әрдайым түсіне бермеймін	25	(20,7%)	21	(13,4%)	46	(16,5%)	
	жоқ	14	(11,6%)	15	(9,6%)	29	(10,4%)	

Пациенттердің екі жынысы да ең жоғары бағалағаны – дәрігерлермен (78,1%) және мейіргерлермен (72,3%) қарым-қатынас, сондай-ақ емдеу мақсаттарының түсіндірмесі (70,9%). Ең төмен бағаланғаны – білім беру іс-шараларының қолжетімділігі (57,2%), стационар мен емхана арасындағы сабақтастық (59,7%) және учаскелік қызметпен байланысу мүмкіндігі (61,9%). Медициналық көмектің сапасын бағалауға арнап ұсынылған кестеде ерлер мен әйелдер арасында бір ғана статистикалық тұрғыдан маңызды айырмашылық анықталды - пациенттің медициналық қызмет көрсету бойынша шешім қабылдауға қатысуы мәселесі бойынша ($p=0,030$). Әйелдерге қарағанда (61,8%) ерлер бұл аспектіні «өте жақсы» деп жиі бағалаған (73,6%). Бұл ерлердің осы зерттеу тобы аясында өздерін емдеу процесінің қатысушысы ретінде жиі сезінетінін немесе медициналық қызметкерлермен өзара әрекеттесуінде сенімдірек болғанын көрсетуі мүмкін. Ал әйелдер, керісінше, өз пікіріне көбірек назар аударуды күткен болуы немесе қатысудың онша жағымды тәжірибесіне ие болмаған болуы мүмкін. Қалған көрсеткіштер - дәрігерлер мен мейіргерлермен

карым-қатынас, ақпараттандыру, құпиялылық және көмектің қолжетімділігі – жыныс бойынша елеулі айырмашылықтарды көрсеткен жоқ ($p > 0,05$), (15-кесте).

Кесте 15 – Емханалардағы медициналық көмектің сапасын науқастардың бағалауы

Сұрақтар	Жауаптар	Ер		Әйел		Барлығы		p
1	2	3		4		5		6
Бағалаңыз: дәрігер-пациент қарым-қатынасы	Өте жақсы	96	(79,3%)	121	(77,1%)	217	(78,1%)	0,63 8
	Қанағаттанарлық	25	(20,7%)	35	(22,3%)	60	(21,6%)	
	Жаман			1	(0,6%)	1	(0,4%)	
Бағалаңыз: мейіргер-пациент қарым-қатынасы	Өте жақсы	88	(72,7%)	113	(72,0%)	201	(72,3%)	0,67 8
	Қанағаттанарлық	33	(27,3%)	43	(27,4%)	76	(27,3%)	
	Жаман			1	(0,6%)	1	(0,4%)	
Бағалаңыз: консультациялар кезінде уақыттың жеткіліктілігі	Өте жақсы	87	(71,9%)	103	(65,6%)	190	(68,3%)	0,45 2
	Қанағаттанарлық	31	(25,6%)	51	(32,5%)	82	(29,5%)	
	Жаман	3	(2,5%)	3	(1,9%)	6	(2,2%)	
Бағалаңыз: пациенттің жеке жағдайына қызығушылық	Өте жақсы	81	(66,9%)	101	(64,3%)	182	(65,5%)	0,42
	Қанағаттанарлық	38	(31,4%)	49	(31,2%)	87	(31,3%)	
	Жаман	2	(1,7%)	7	(4,5%)	9	(3,2%)	
Бағалаңыз: пациентті медициналық көмекке қатысты шешімге тарту	Өте жақсы	89	(73,6%)	97	(61,8%)	186	(66,9%)	0,03
	Қанағаттанарлық	27	(22,3%)	57	(36,3%)	84	(30,2%)	
	Жаман	5	(4,1%)	3	(1,9%)	8	(2,9%)	
Бағалаңыз: жазбалар мен деректердің құпиялылығын сақтау	Өте жақсы	84	(69,4%)	105	(66,9%)	189	(68,0%)	0,82 3
	Қанағаттанарлық	34	(28,1%)	49	(31,2%)	83	(29,9%)	
	Жаман	3	(2,5%)	3	(1,9%)	6	(2,2%)	
Бағалаңыз: пациенттің өзін жақсы сезінуі үшін көмек көрсету, осылайша ол өзінің күнделікті жұмысын орындай алады	Өте жақсы	89	(73,6%)	99	(63,1%)	188	(67,6%)	0,13 6
	Қанағаттанарлық	29	(24,0%)	55	(35,0%)	84	(30,2%)	
	Жаман	3	(2,5%)	3	(1,9%)	6	(2,2%)	
Бағалаңыз: аурулардың алдын алу бойынша қызметтерді ұсыну (оқыту, мәзір ретінде жеке емдеу жоспарын құру, физикалық белсенділік және т.б.)	Өте жақсы	84	(69,4%)	99	(63,1%)	183	(65,8%)	0,53 8
	Қанағаттанарлық	31	(25,6%)	49	(31,2%)	80	(28,8%)	
	Жаман	6	(5,0%)	9	(5,7%)	15	(5,4%)	
Бағалаңыз: пациентпен оның отбасы мүшелерін ақпараттандыру және қолдау	Өте жақсы	86	(71,1%)	96	(61,1%)	182	(65,5%)	0,17 9
	Қанағаттанарлық	33	(27,3%)	55	(35,0%)	88	(31,7%)	
	Жаман	2	(1,7%)	6	(3,8%)	8	(2,9%)	
Бағалаңыз: зерттеу және емдеу мақсатын түсіндіру	Өте жақсы	83	(68,6%)	114	(72,6%)	197	(70,9%)	0,636
	Қанағаттанарлық	35	(28,9%)	41	(26,1%)	76	(27,3%)	
	Жаман	3	(2,5%)	2	(1,3%)	5	(1,8%)	

15-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Бағалаңыз: көмек көрсету дәрігер мен мейіргердің кеңесін тағайындау мен орындаудың маңыздылығын түсіну	Өте жақсы	83	(68,6%)	102	(65,0%)	185	(66,5%)	0,77 5
	Қанағаттанарлық	33	(27,3%)	49	(31,2%)	82	(29,5%)	
	Жаман	5	(4,1%)	6	(3,8%)	11	(4,0%)	
Бағалаңыз: учаскелік қызмет қызметкерлерімен телефон арқылы сөйлесу мүмкіндігі	Өте жақсы	78	(64,5%)	94	(59,9%)	172	(61,9%)	0,73 1
	Қанағаттанарлық	33	(27,3%)	49	(31,2%)	82	(29,5%)	
	Жаман	10	(8,3%)	14	(8,9%)	24	(8,6%)	
Бағалаңыз: емханада күту уақыты	Өте жақсы	71	(58,7%)	80	(51,0%)	151	(54,3%)	0,20 3
	Қанағаттанарлық	45	(37,2%)	63	(40,1%)	108	(38,8%)	
	Жаман	5	(4,1%)	14	(8,9%)	19	(6,8%)	
Бағалаңыз: дәрілік заттардың қолже тімділігі (үздіксіз қамтамасыз ету)	Өте жақсы	73	(60,3%)	88	(56,1%)	161	(57,9%)	0,73 3
	Қанағаттанарлық	44	(36,4%)	62	(39,5%)	106	(38,1%)	
	Жаман	4	(3,3%)	7	(4,5%)	11	(4,0%)	
Бағалаңыз: пациентке арналған білім беру іс-шараларының қолжетімділігі	Өте жақсы	75	(62,0%)	84	(53,5%)	159	(57,2%)	0,33 4
	Қанағаттанарлық	37	(30,6%)	61	(38,9%)	98	(35,3%)	
	Жаман	9	(7,4%)	12	(7,6%)	21	(7,6%)	
Бағалаңыз: стационар мен емхана арасындағы сабақтастық	Өте жақсы	78	(64,5%)	88	(56,1%)	166	(59,7%)	0,27
	Қанағаттанарлық	35	(28,9%)	60	(38,2%)	95	(34,2%)	
	Жаман	8	(6,6%)	9	(5,7%)	17	(6,1%)	
Сіз үйде өз жағдайыңыз туралы (кешке немесе демалыс күндері) кеңес ала алатын дәрігер немесе мейіргердің телефон номері бар	Иә, мен кез келген уақытта (кешке және демалыс күндері) хабарласа аламын	31	(25,6%)	45	(28,7%)	76	(27,3%)	0,59 5
	Ия, мен тек (күндізгі) жұмыс уақытында байланыса аламын	64	(52,9%)	88	(56,1%)	152	(54,7%)	
	Білмеймін, мұндай мүмкіндік туралы білмедім	12	(9,9%)	12	(7,6%)	24	(8,6%)	
	Жоқ	14	(11,6%)	12	(7,6%)	26	(9,4%)	

Ерлер мен әйелдер арасында жас, білім деңгейі, отбасылық жағдайы және материалдық жағдайы сияқты әлеуметтік-демографиялық көрсеткіштер бойынша елеулі айырмашылықтар анықталған жоқ. Әлеуметтік мәртебе мен табыстағы аздаған айырмашылықтарға қарамастан, жынысы қатысушылардың негізгі сипаттамаларына айтарлықтай әсер етпеді. Әйелдер жазбаша ақпаратты жиі алып, ауруды бақылаудың негізгі аспектілері бойынша жоғарырақ хабардарлық деңгейін көрсетті, ал ерлер арасында шылым шегу мен алкогольді қолдану сияқты зиянды әдеттер жиі кездесті. Ауруды басқару бағдарламасын қабылдауға жүргізілген талдау екі жыныстың да дұрыс тамақтану, физикалық белсенділік және медицина қызметкерлері тарапынан оқытудың маңыздылығын

бірдей жоғары бағалайтынын көрсетті. Ер адамдар емдеу шешімдерін қабылдауға өзін көбірек қатысқандай сезінсе, әйелдер аурудың қауіп факторлары мен оны бақылау туралы жақсырақ хабардар болған. Эмоциялық қолдау мен бағдарламаға қанағаттану деңгейі екі топта да жоғары болғанымен, ер адамдар қолдау алғанын жиірек хабарлаған. Жалпы алғанда, бұл нәтижелер артериялық гипертензияны тиімді басқару үшін ер адамдар арасында ағартушылық жұмысты күшейту және екі жыныс өкілдері арасында да ақпараттану мен қатысудың жоғары деңгейін сақтаудың қажеттігін көрсетеді.

5.2 Қант диабетімен ауыратын пациенттердің ауруды басқару бағдарламасына жынысына қарай қатысуы мен хабардар болуының ерекшеліктері

Зерттеуге артериялық гипертензия диагнозы қойылған 278 пациент қатысты, олардың ішінде 102 ер (36,7%) және 176 әйел (63,3%) болды. Ең көп өкілдік еткен жас тобы – 40–49 жас аралығындағы пациенттер (29,2%), ал ең азы – 60 жастан асқандар (12,8%). Қатысушылардың көпшілігі жоғары білімді (36,7%) және отбасымен бірге тұратындар (74,8%) болды. Ең жиі кездескен әлеуметтік мәртебе – жұмыс істейтіндер (58,4%), одан кейін зейнеткерлер (15,5%) және үй шаруасындағы әйелдер (14,2%) орналасты. Отбасылық жағдай бойынша пациенттердің көпшілігі некеде тұрғандар (52,2%), ал табыс деңгейі бойынша 150 000–250 000 теңге аралығында айлық кірісі бар топ басым болды (30,1%).

Диагноз қойылған уақыты бойынша пациенттердің басым бөлігі оны бір жыл бұрын алғанын көрсеткен (36,3%), ал 30,1%-ы бұл диагнозбен үш жылдан астам өмір сүріп келеді. Ерлер мен әйелдер арасында әлеуметтік мәртебе бойынша ғана статистикалық тұрғыда маңызды айырмашылықтар анықталды ($p < 0,001$): әйелдер көбінесе үй шаруасындағы әйелдер болған (24,2%), ал ерлер жиі жұмыссыз (16,7%) және зейнеткер болған. Маңыздылық шегіне жуықтайтын болмашы айырмашылықтар білім деңгейі бойынша ($p = 0,093$) – әйелдер арасында жоғары білімділер жиірек кездескен және отбасылық жағдай бойынша ($p = 0,085$) – әйелдер жиі жесір болған, ал ерлер некеде болмаған – бағыттарында тіркелді. Қалған демографиялық көрсеткіштер бойынша таңдау тобы теңгерімді болған (16-кесте).

Кесте 16 – Қант диабеті бар науқастардың жынысы бойынша әлеуметтік-демографиялық ерекшеліктері

Сұрақтар	Жауаптар	Ер		Әйел		Барлығы		p
1	2	3		4		5		6
Сіздің жасыңыздың ауқымы	18-29	15	(14,7%)	16	(12,9%)	31	(13,7%)	0,834
	30-39	21	(20,6%)	31	(25,0%)	52	(23,0%)	
	40-49	28	(27,5%)	38	(30,6%)	66	(29,2%)	
	50-59	23	(22,5%)	25	(20,2%)	48	(21,2%)	
	60 жастан асқан	15	(14,7%)	14	(11,3%)	29	(12,8%)	

16-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Сіздің біліміңіз	аяқталмаған орта	14	(13,7%)	6	(4,8%)	20	(8,8%)	0,093
	орта	30	(29,4%)	33	(26,6%)	63	(27,9%)	
	арнайы орта	25	(24,5%)	35	(28,2%)	60	(26,5%)	
	жоғары	33	(32,4%)	50	(40,3%)	83	(36,7%)	
Сіздің әлеуметтік мәртебеңіз	Жұмыс істеймін	62	(60,8%)	70	(56,5%)	132	(58,4%)	<0,001
	Оқимын	1	(1,0%)	4	(3,2%)	5	(2,2%)	
	жұмыссыз	17	(16,7%)	5	(4,0%)	22	(9,7%)	
	Үй шаруасын дағы әйел	2	(2,0%)	30	(24,2%)	32	(14,2%)	
	зейнеткер	20	(19,6%)	15	(12,1%)	35	(15,5%)	
отбасылық жағдайы	жесір	9	(8,8%)	21	(16,9%)	30	(13,3%)	0,085
	үйленген	50	(49,0%)	68	(54,8%)	118	(52,2%)	
	ешқашан некеде болған емес	32	(31,4%)	24	(19,4%)	56	(24,8%)	
	ажырасқан	11	(10,8%)	11	(8,9%)	22	(9,7%)	
Материалдық жағдай (ай сайынғы табыс)	айына 150 000 теңгеге дейін	31	(30,4%)	34	(27,4%)	65	(28,8%)	0,746
	айына 150 000 теңгеден 250 000 теңгеге дейін	31	(30,4%)	37	(29,8%)	68	(30,1%)	
	айына 250 000 теңгеден 350 000 теңгеге дейін	21	(20,6%)	33	(26,6%)	54	(23,9%)	
	350 000 және одан жоғары	19	(18,6%)	20	(16,1%)	39	(17,3%)	
Сіз кіммен тұрасыз	Жалғыз	28	(27,5%)	29	(23,4%)	57	(25,2%)	0,484
	Отбасыммен	74	(72,5%)	95	(76,6%)	169	(74,8%)	
Сізге диагноз қойылған кез	үш жылдан астам уақыт бұрын	26	(25,5%)	42	(33,9%)	68	(30,1%)	0,143
	соңғы екі-үш жыл	41	(40,2%)	35	(28,2%)	76	(33,6%)	
	бір жыл бұрын	35	(34,3%)	47	(37,9%)	82	(36,3%)	

Диагноз қойылған кезде пациенттердің көпшілігі ауызша (55,3%) және жазбаша (54,9%) ақпаратты жеткілікті көлемде алғанын хабарлады, алайда шамамен 20%-ы ақпараттың жеткіліксіз болғанын атап өтті. Диета ұстанатындар – 49,6%, ал 50,4% – ұстанбайды. Қатысушылардың 38,9%-ы шылым шегеді, 31,0%-ы алкоголь қолданады. Уақытында тексерілмеудің негізгі себептері қажеттіліктің болмауы (41,6%) және қолайсыз уақыт (36,3%) болды. Статистикалық тұрғыда жынысы бойынша айырмашылықтар тек шылым шегу ($p<0,001$) және алкоголь қолдану ($p<0,001$) бойынша анықталды: ер адамдарда зиянды әдеттер едәуір жиі кездеседі. Ал қалған параметрлер – алынған ақпарат көлемі, диетаны сақтау, тексерудегі кідірістің себептері және хабардар болу бойынша ерлер мен әйелдер арасында айырмашылықтар анықталған жоқ (17-кесте).

Кесте 17 – Қант диабеті диагнозы қойылған кезде науқастардың алған ақпаратының көлемі, мінез-құлқы және хабардарлығы

Сұрақтар	Жауаптар	Ер		Әйел		Барлығы		p
Сізге алғаш рет диагноз қойылған кезде медициналық қызметкерлер ауруыңыз туралы ауызша ақпаратты қандай көлемде берді деп сипаттар едіңіз?	мен тым аз ақпарат алдым	19	(18,6%)	28	(22,6%)	47	(20,8%)	0,776
	мен жеткілікті көлемде ақпарат алдым	61	(59,8%)	64	(51,6%)	125	(55,3%)	
	мен тым көп ақпарат алдым	7	(6,9%)	10	(8,1%)	17	(7,5%)	
	мен мүлде ақпарат алған жоқпын	3	(2,9%)	3	(2,4%)	6	(2,7%)	
	есімде жоқ	12	(11,8%)	19	(15,3%)	31	(13,7%)	
Сізге алғаш рет диагноз қойылған кезде, медициналық қызметкерлер ауруыңыз туралы жазбаша ақпаратты қандай көлемде берді деп қалай сипаттар едіңіз?	мен тым аз ақпарат алдым	23	(22,5%)	28	(22,6%)	51	(22,6%)	0,226
	мен жеткілікті көлемде ақпарат алдым	53	(52,0%)	71	(57,3%)	124	(54,9%)	
	мен тым көп ақпарат алдым	8	(7,8%)	9	(7,3%)	17	(7,5%)	
	мен мүлде ақпарат алған жоқпын	11	(10,8%)	4	(3,2%)	15	(6,6%)	
	маған буклеттер берілді	7	(6,9%)	12	(9,7%)	19	(8,4%)	
Ауруыңыз бойынша тексерістен уақтылы өтпеуіңіздің себебі қандай:	Тексерістен жиі өтудің қажеті жоқ деп есептеймін	46	(45,1%)	48	(38,7%)	94	(41,6%)	0,435
	Мен үшін қолайсыз уақытта шақырады	38	(37,3%)	44	(35,5%)	82	(36,3%)	
	Мені шақырған жоқ, қабылдауға өзім келемін, шақырусыз	13	(12,7%)	20	(16,1%)	33	(14,6%)	
	басқа себеп	5	(4,9%)	12	(9,7%)	17	(7,5%)	
Сіз диетаны ұстанасыз ба?	иә	46	(45,1%)	66	(53,2%)	112	(49,6%)	0,224
	жоқ	56	(54,9%)	58	(46,8%)	114	(50,4%)	
Сіз шылым шегесіз бе?	иә	61	(59,8%)	27	(21,8%)	88	(38,9%)	<0,001
	жоқ	41	(40,2%)	97	(78,2%)	138	(61,1%)	
Сіз алкоголь қолданасыз ба?	иә	45	(44,1%)	25	(20,2%)	70	(31,0%)	<0,001
	жоқ	57	(55,9%)	99	(79,8%)	156	(69,0%)	
Төмендегі іс-шаралар не үшін жүргізілетінін өз сөзіңізбен түсіндіре аласыз ба?	Артериялық қысымын өлшеу 140/80	14	(13,7%)	18	(14,5%)	32	(14,2%)	0,857
	Гликозилденген гемоглобинді бірнеше рет өлшеу	42	(41,2%)	46	(37,1%)	88	(38,9%)	
	Холестерин деңгейі 5,6	21	(20,6%)	22	(17,7%)	43	(19,0%)	
	Тар мамандардың (кардиолог, невропатолог және т.б.) кеңесі	11	(10,8%)	18	(14,5%)	29	(12,8%)	
	Зәр талдауын тапсырамын	14	(13,7%)	20	(16,1%)	34	(15,0%)	

Анализ көрсеткендей, қант диабетімен ауыратын пациенттердің басым көпшілігі тамақтану (72,6%), физикалық белсенділік (51,8%) және өзін-өзі бақылау журналы жүргізуді (49,1%) ауруды басқаруда өте маңызды деп есептейді. Мейіргерлердің (51,3%) және дәрігерлердің (50,4%) өздері пациенттерді оқытуы, сондай-ақ отбасы мүшелерін оқыту (54,0%) және емхана тарапынан психологиялық қолдау (57,1%) маңызды деп қабылданады. Отбасының эмоционалдық қолдауы 60,6% респонденттер үшін өте маңызды деп бағаланады. Барлық бағаланған аспектілер бойынша ерлер мен әйелдер арасында статистикалық маңызды айырмашылықтар анықталған жоқ ($p>0,05$). Бұл қант диабеті бар пациенттер арасында жынысына қарамастан өзін-өзі бақылау мен қолдаудың әртүрлі факторларының маңыздылығына деген көзқарастың жоғары үйлесімділігін көрсетеді (18-кесте).

Кесте 18 – Қант диабеті бар науқастардағы өзін-өзі бақылау және қолдау факторларының маңыздылығын бағалау

Сұрақтар	Жауаптар	Ер		Әйел		Барлығы		p
1	2	3		4		5		6
Өз жағдайын немесе ауруын басқару үшін пациенттің тамақтануы сіздің ойыңызша қаншалықты маңызды	өте маңызды	74	(72,5%)	90	(72,6%)	164	(72,6%)	0,573
	маңызды	24	(23,5%)	31	(25,0%)	55	(24,3%)	
	онша маңызды емес	4	(3,9%)	2	(1,6%)	6	(2,7%)	
	мүлдем маңызды емес	-	-	1	(0,8%)	1	(0,4%)	
Сіздің ойыңызша қаншалықты маңызды: Физикалық жүктеме (жаттығу)	өте маңызды	49	(48,0%)	68	(54,8%)	117	(51,8%)	0,358
	маңызды	47	(46,1%)	52	(41,9%)	99	(43,8%)	
	онша маңызды емес	6	(5,9%)	3	(2,4%)	9	(4,0%)	
	мүлдем маңызды емес			1	(0,8%)	1	(0,4%)	
Сіздің ойыңызша өзін-өзі бақылау күнделігі қаншалықты маңызды	өте маңызды	45	(44,1%)	66	(53,2%)	111	(49,1%)	0,268
	маңызды	45	(44,1%)	50	(40,3%)	95	(42,0%)	
	онша маңызды емес	11	(10,8%)	6	(4,8%)	17	(7,5%)	
	мүлдем маңызды емес	1	(1,0%)	2	(1,6%)	3	(1,3%)	
Сіздің ойыңызша, ауруыңызға қатысты сізді мейіргердің оқытуы қаншалықты маңызды:	өте маңызды	45	(44,1%)	71	(57,3%)	116	(51,3%)	0,23
	маңызды	49	(48,0%)	45	(36,3%)	94	(41,6%)	
	онша маңызды емес	7	(6,9%)	6	(4,8%)	13	(5,8%)	
	мүлдем маңызды емес	1	(1,0%)	2	(1,6%)	3	(1,3%)	
Сіздің ойыңызша, ауруыңызға қатысты сізді дәрігердің оқытуы қаншалықты маңызды	өте маңызды	51	(50,0%)	63	(50,8%)	114	(50,4%)	0,685
	маңызды	41	(40,2%)	48	(38,7%)	89	(39,4%)	
	онша маңызды емес	9	(8,8%)	9	(7,3%)	18	(8,0%)	
	мүлдем маңызды емес	1	(1,0%)	4	(3,2%)	5	(2,2%)	
Сіздің ойыңызша ауруыңызға қатысты отбасы мүшелерін оқыту қаншалықты маңызды	өте маңызды	54	(52,9%)	68	(54,8%)	122	(54,0%)	0,609
	маңызды	39	(38,2%)	40	(32,3%)	79	(35,0%)	
	онша маңызды емес	7	(6,9%)	14	(11,3%)	21	(9,3%)	
	мүлдем маңызды емес	2	(2,0%)	2	(1,6%)	4	(1,8%)	

18-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Сіздің ойыңызша, емхана қызметке рiнiң психологиялық қолдауы қаншалықты маңызды	өте маңызды	56	(54,9%)	73	(58,9%)	129	(57,1%)	0,698
	маңызды	34	(33,3%)	41	(33,1%)	75	(33,2%)	
	онша маңызды емес	8	(7,8%)	8	(6,5%)	16	(7,1%)	
	мүлдем маңызды емес	4	(3,9%)	2	(1,6%)	6	(2,7%)	
Сіздің ойыңызша отбасы мүшеле рiнiздiң эмоциoналды қолдауы қаншалықты маңызды:	өте маңызды	58	(56,9%)	79	(63,7%)	137	(60,6%)	0,359
	маңызды	39	(38,2%)	39	(31,5%)	78	(34,5%)	
	онша маңызды емес	5	(4,9%)	4	(3,2%)	9	(4,0%)	
	мүлдем маңызды емес			2	(1,6%)	2	(0,9%)	

Деректердің жалпы талдауы көрсеткендей, ер және әйел жынысындағы пациенттердің көпшілігі өздерінің ауруларын басқару үшін жеткілікті білімге ие (шамамен 72,6%). Көпшілігі сондай-ақ физикалық жаттығулардың рөлі (65,5%) мен дұрыс тамақтану (71,2%) туралы хабардар. Пациентке күтім жасау туралы көбірек білгісі келетіндер шамамен 66,8% жауап берген. Жалпы, пациенттер қант диабеті мен артериалдық гипертензиямен байланысты созылмалы аурулардың негізгі қауіп факторлары туралы жақсы хабардар, оның ішінде темекі шегу (85,0%), семіздік (85,0%), 65 жастан асқан жас (77,4%), гликемиялық бақылау (84,5%), артериалды қысымды бақылау (84,1%) және басқалары бар.

Статистикалық талдаудан көрініп тұрғандай, ерлер мен әйелдердің білім деңгейі арасында маңызды айырмашылықтар жоқ ($p > 0,05$), тек бір көрсеткіштен басқа - тұзды шамадан тыс пайдаланудың созылмалы ауруларға әсері туралы хабардарлықта ($p = 0,029$), мұнда ерлер бұл қауіп факторын әйелдерге қарағанда жиірек мойындаған.

Осылайша, пациенттердің диабет пен артериалдық гипертензияның қауіп факторлары мен оларды басқару туралы білімі ерлер мен әйелдер арасында жеткілікті жоғары және салыстырмалы деңгейде, бұл қазіргі білім беру бағдарламаларының тиімділігін айқындайды (19-кесте).

Кесте 19 – Қант диабеті бар пациенттердің созылмалы аурулардың қауіп факторлары және ауруды басқару туралы білімі бойынша баға беруі

Сұрақтар	Жауаптар	Ер		Әйел		Барлығы		p
1	2	3		4		5		6
Сіз қалай ойлайсыз: ауруыңызбен күресу үшін жеткілікті біліміңіз бар ма?	Жоқ, мен көбірек ақпарат алғым келеді	29	(28,4%)	33	(26,6%)	62	(27,4%)	0,76
	Иә	73	(71,6%)	91	(73,4%)	164	(72,6%)	

19-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Сіз қалай ойлайсыз: сізде қант диабетін басқарудағы жаттығулардың рөлі туралы жеткілікті ақпарат бар ма?	Жоқ, мен көбірек ақпарат алғым келеді	38	(37,3%)	40	(32,3%)	78	(34,5%)	0,432
	Иә	64	(62,7%)	84	(67,7%)	148	(65,5%)	
Сіз қалай ойлайсыз: сіз қалай дұрыс тамақтану керектігін білесіз бе?	Жоқ, мен көбірек ақпарат алғым келеді	34	(33,3%)	31	(25,0%)	65	(28,8%)	0,168
	Иә	68	(66,7%)	93	(75,0%)	161	(71,2%)	
Сіз қалай ойлайсыз: сіздің тілектеріңіз, пациентке күтім жасау мәселе лері бойынша не білгіңіз келеді	Жоқ, мен көбірек ақпарат алғым келеді	38	(37,3%)	37	(29,8%)	75	(33,2%)	0,239
	Иә	64	(62,7%)	87	(70,2%)	151	(66,8%)	
Созылмалы ау руларға қандай қауіп факторла ры әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Темекі шегу	Дұрыс	87	(85,3%)	105	(84,7%)	192	(85,0%)	0,897
	Дұрыс емес	15	(14,7%)	19	(15,3%)	34	(15,0%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Семіздік	Дұрыс	83	(81,4%)	109	(87,9%)	192	(85,0%)	0,172
	Дұрыс емес	19	(18,6%)	15	(12,1%)	34	(15,0%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Жасы 65 және одан жоғары	Дұрыс	77	(75,5%)	98	(79,0%)	175	(77,4%)	0,526
	Дұрыс емес	25	(24,5%)	26	(21,0%)	51	(22,6%)	

19-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? 3-ші гликемиялық бақылау (қантты бақылау)	Дұрыс	86	(84,3%)	105	(84,7%)	191	(84,5%)	0,94
	Дұрыс емес	16	(15,7%)	19	(15,3%)	35	(15,5%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? қан қысымын бақылау	Дұрыс	88	(86,3%)	102	(82,3%)	190	(84,1%)	0,412
	Дұрыс емес	14	(13,7%)	22	(17,7%)	36	(15,9%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Тұзды шамадан тыс тұтыну	Дұрыс	87	(85,3%)	91	(73,4%)	178	(78,8%)	0,029
	Дұрыс емес	15	(14,7%)	33	(26,6%)	48	(21,2%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Қантты шамадан тыс тұтыну	Дұрыс	94	(92,2%)	113	(91,1%)	207	(91,6%)	0,782
	Дұрыс емес	8	(7,8%)	11	(8,9%)	19	(8,4%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Аяқта суық, ауырсыну, жану, шаншу және сезімталдық сезімдерінің болуы	Дұрыс	90	(88,2%)	106	(85,5%)	196	(86,7%)	0,544
	Дұрыс емес	12	(11,8%)	18	(14,5%)	30	(13,3%)	

19-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Перифериялық қантамыр аурулары	Дұрыс	90	(88,2%)	110	(88,7%)	200	(88,5%)	0,911
	Дұрыс емес	12	(11,8%)	14	(11,3%)	26	(11,5%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Аяқ күтімінің жеткіліксіздігі және гигиенаның болмауы	Дұрыс	84	(82,4%)	106	(85,5%)	190	(84,1%)	0,522
	Дұрыс емес	18	(17,6%)	18	(14,5%)	36	(15,9%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Аяқта ісіктің болуы	Дұрыс	85	(83,3%)	103	(83,1%)	188	(83,2%)	0,957
	Дұрыс емес	17	(16,7%)	21	(16,9%)	38	(16,8%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Аяқта сүйек мүйізгегінің болуы	Дұрыс	83	(81,4%)	91	(73,4%)	174	(77,0%)	0,156
	Дұрыс емес	19	(18,6%)	33	(26,6%)	52	(23,0%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Аяқтың құрғақ және жарылған терісі	Дұрыс	80	(78,4%)	98	(79,0%)	178	(78,8%)	0,912
	Дұрыс емес	22	(21,6%)	26	(21,0%)	48	(21,2%)	

19-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Қарама-қарсы аяқта диабеттік табан немесе диабеттік жаралар болған адамдар	Дұрыс	87	(85,3%)	104	(83,9%)	191	(84,5%)	0,769
	Дұрыс емес	15	(14,7%)	20	(16,1%)	35	(15,5%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Инфекция (табанның қызаруы, сезімталдық және температураның жоғарылауы)	Дұрыс	83	(81,4%)	107	(86,3%)	190	(84,1%)	0,315
	Дұрыс емес	19	(18,6%)	17	(13,7%)	36	(15,9%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Жарақаттар (жалаң аяқ жүру, сапасыз аяқ-киім, жазатайым оқиға, аяқ киімде бөтен заттың болуы)	Дұрыс	89	(87,3%)	100	(80,6%)	189	(83,6%)	0,181
	Дұрыс емес	13	(12,7%)	24	(19,4%)	37	(16,4%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Қалың датылған тырнақтарды жылы суға жұмсарғаннан кейін арнайы қайшымен алу керек	Дұрыс	83	(81,4%)	99	(79,8%)	182	(80,5%)	0,772
	Дұрыс емес	19	(18,6%)	25	(20,2%)	44	(19,5%)	

19-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Аяқ пен табанның кез келген өзгерістері (түсі, температурасы немесе пішіні) және инфекция белгілері туралы дереу дәрігерге хабарлау керек	Дұрыс	89	(87,3%)	104	(83,9%)	193	(85,4%)	0,473
	Дұрыс емес	13	(12,7%)	20	(16,1%)	33	(14,6%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Аяқ жаттығулары қанайналымды жақсарту үшін күн сайын жасалуы керек	Дұрыс	99	(97,1%)	114	(91,9%)	213	(94,2%)	0,1
	Дұрыс емес	3	(2,9%)	10	(8,1%)	13	(5,8%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Жұмсақ терісі бар ыңғайлы аяқ киім дұрыс	Дұрыс	93	(91,2%)	114	(91,9%)	207	(91,6%)	0,838
	Дұрыс емес	9	(8,8%)	10	(8,1%)	19	(8,4%)	

Деректер көрсеткендей, АББ-на қатысу және оның ұйымдастырылуына пациенттердің қанағаттанушылығы жынысына байланысты емес. Ерлер мен әйелдердің шамамен 70–75%-ы учаскелік мейіргер немесе дәрігер тарапынан бағдарламаға қатысуға шақырылған және қатысушылардың басым бөлігі АББ-ның артықшылықтары туралы хабардар және өз қатысуының нәтижелеріне риза. Сонымен қатар, екі жыныстағы пациенттердің едәуір бөлігі өз ауруын сенімді

түрде басқара алады, оған физикалық белсенділікті сақтау, дұрыс тамақтану және дәрі-дәрмекті қабылдауды бақылау жатады.

Сондай-ақ ерлер мен әйелдер арасында өзін-өзі бақылау күнделігін жүргізу, жеке жоспардың болуы және медициналық қызметкерлермен бірлесе әрекет жоспарын әзірлеу сияқты аспектілерде елеулі айырмашылықтар жоқ. Қант деңгейін тұрақтандыру мен қауіп факторларын төмендетуді қоса алғанда, қатысу нәтижелері де екі топта ұқсас. Жалпы, ауруды басқару бағдарламасы пациенттер тарапынан оң қабылданып, жынысына қарамастан олардың денсаулығын бақылауға тиімді түрде ықпал етеді (20-кесте).

Кесте 20 – Науқастардың жынысын ескере отырып, ауруды басқару бағдарламасына (АББ) қатысуы және қанағаттануы

Ауруды басқару бағдарламасы (АББ): Иә деп жауап бергендер	Ер		Әйел		Барлығы		p
1	2		3		4		5
Сізге ауруды басқару бағдарламасына қатысуды учаскелік мейіргер ұсынды ма	74	(72,5%)	88	(71,0%)	162	(71,7%)	0,793
Сізге ауруды басқару бағдарламасына қатысуды учаскелік дәрігер ұсынды ма	73	(71,6%)	95	(76,6%)	168	(74,3%)	0,388
Сіз осы емханада ауруды басқару бағдарламасына қанағаттанасыз ба	80	(78,4%)	91	(73,4%)	171	(75,7%)	0,379
Ауруды басқару бағдарламасы (АББ): Сіз сіздің ауруыңыз бар пациенттерге Ауруды басқару бағдарламасының әдеттегі медициналық көмек көрсетуден айырмашылығын білесіз бе?	81	(79,4%)	90	(72,6%)	171	(75,7%)	0,234
Ауруды басқару бағдарламасына қатысу нәтижелеріне ризасыз ба?	88	(86,3%)	100	(80,6%)	188	(83,2%)	0,26
Сіз өзіңіздің ауруыңызды басқара аласыз ба?	81	(79,4%)	97	(78,2%)	178	(78,8%)	0,828
Өз ауруын басқару күнделікті физикалық белсенділікті қамтиды ма?	81	(79,4%)	101	(81,5%)	182	(80,5%)	0,7
Өз ауруын басқару күнделікті дұрыс тамақтануды қамтиды ма?	89	(87,3%)	101	(81,5%)	190	(84,1%)	0,235
Өз ауруын басқару дәрі дәрмектерді уақтылы қабылдауды қамтиды ма	81	(79,4%)	101	(81,5%)	182	(80,5%)	0,7
Өз ауруын басқару сіздің салмағыңызды бақылауды қамтиды ма?	84	(82,4%)	99	(79,8%)	183	(81,0%)	0,632
Өз ауруын басқару қандағы қант деңгейін күнделікті өлшеуді қамтиды ма?	86	(84,3%)	99	(79,8%)	185	(81,9%)	0,385
Сіз өзін-өзі бақылау күнделігін жүргізесіз бе?	77	(75,5%)	88	(71,0%)	165	(73,0%)	0,446
Сізде жеке жоспар бар ма?	76	(74,5%)	83	(66,9%)	159	(70,4%)	0,215
Сіз учаскелік қызметкерлермен қысқаша іс қимыл жоспарын жасадыңыз ба?	73	(71,6%)	83	(66,9%)	156	(69,0%)	0,453

20-кестенің жалғасы

1	2		3		4		5
АББ қатысқаннан кейін қандағы қант деңгейі тұрақтанды ма?	80	(78,4%)	95	(76,6%)	175	(77,4%)	0,745
Сіз АББ-на қатысқан кезде сіз қандағы қанттың жоғарылауына немесе гипертонияға байланысты ауруханаға жатқызылдығыз ба?	68	(66,7%)	88	(71,0%)	156	(69,0%)	0,487
Сіз ауруды басқару бағдарламасына қатысқаннан кейін қауіп факторларын төмендете алдыңыз ба?	79	(77,5%)	101	(81,5%)	180	(79,6%)	0,457
Сіз өзіңіздің қант диабеті немесе артериялық гипертензия ауруы бар таныстарыңызға ауруды басқару бағдарламасына қатысуды ұсындыңыз ба?	77	(75,5%)	93	(75,0%)	170	(75,2%)	0,932

Жалпы, қант диабетімен ауыратын пациенттердің көпшілігі эмоционалдық қолдау алады (94,2%) және офтальмолог (66,8%), эндокринолог (71,2%) және кардиолог (60,2%) сияқты бейінді мамандардан тұрақты түрде тексеруден өтеді. Пациенттердің басым бөлігі негізгі талдауларды үнемі тапсырады, соның ішінде гликирленген гемоглобинге тест (79,2%), микроальбуминурияға зерттеу (75,2%) және көз түбін тексеру (70,4%). Сонымен қатар, сауалнамаға қатысқандардың 87,6%-ы бағдарлама үйлестіруіне жауапты медициналық қызметкерді білетінін айтты, ал 81,4%-ы өз ауруын басқару бойынша оқудан өткен. Пациенттердің шамамен 75%-ы аурудың әртүрлі қырлары бойынша – этиологиясы, асқынулары, тамақтану, қауіп факторлары және физикалық жүктемелерге қатысты қосымша білім қажет деп санайды. Пациенттердің отбасылары көбінесе оларды қолдайды және қант немесе қысым деңгейінің өзгерістерінде алғашқы көмек көрсете алады.

Ерлер мен әйелдер арасында статистикалық тұрғыда маңызды айырмашылық тек физикалық жүктемені таңдау бойынша оқуға деген қажеттілікке қатысты анықталды: әйелдер мұндай оқуды қажет деп көбірек есептейді (77,2% әйелдерге қарсы 73,5% ерлер, $p=0,016$). Эмоционалдық қолдау алу, мамандарға бару жиілігі, талдаулардан өту, бағдарлама туралы хабардарлық, оқыту және көрсетілетін қызметтерге қанағаттанушылық сияқты қалған көрсеткіштер бойынша жыныстық айырмашылықтар анықталған жоқ ($p>0,05$). Бұл ауруды басқару бағдарламасы екі жыныстағы пациенттер үшін де жеткілікті тең дәрежеде іске асырылып жатқанын көрсетеді (21-кесте).

Кесте 21 – Қант диабеті бар науқастар: ауруды басқару бағдарламасына қатысуы мен қолдау сапасына баға беру талдауы

Сұрақтар	Жауаптар	Ер		Әйел		Барлығы		p
1	2	3		4		5		6
Сізге эмоционалды қолдау көрсетіледі ме?	иә	94	(92,2%)	119	(96,0%)	213	(94,2%)	0,206
	кейде	-	-	1	(0,8%)	1	(0,4%)	
	жоқ	8	(7,8%)	4	(3,2%)	12	(5,3%)	
Ауруды басқару бағдарламасы аясында сіз басқа мамандарда қараласыз ба?	Иә, офтальмологта	68	(66,7%)	83	(66,9%)	151	(66,8%)	0,81
	Иә, тоқсанында 1 рет							
	Иә, эндокринологта	Иә, тоқсанында 1 рет	(47,2%)	(74,5%)	(52,8%)	(68,5%)	161	(71,2%)
	Иә, тоқсанында 1 рет							
	Иә, кардиологта, Иә, тоқсанында 1 рет	Иә, тоқсанында 1 рет	(43,4%)	(57,8%)	(56,6%)	(62,1%)	136	(60,2%)
	Иә, СӨС қызметінің маманы							
Ауруды басқару бағдарламасының бөлігі ретінде сіз келесі анализдік талдаулармен зерттеулерді қаншалықты жиі тапсырасыз: гликиденген гемоглобинге тест	Иә, тоқсанында 1 рет	Иә, тоқсанында 1 рет	(42,9%)	(55,9%)	(57,1%)	(61,3%)	133	(58,8%)
	Иә, тоқсанында 1 рет							
	Иә, психологта	31	(30,4%)	40	(32,3%)	71	(31,4%)	0,942
	Қаралмаймын	17	(16,7%)	28	(22,6%)	45	(19,9%)	0,22
Ауруды басқару бағдарламасының бөлігі ретінде сіз келесі анализдік талдаулармен зерттеулерді қаншалықты жиі тапсырасыз: микроальбуминурияны зерттеу	Иә, тоқсанында 1 рет	85	(83,3%)	94	(75,8%)	179	(79,2%)	
	Басқа			2	(1,6%)	2	(0,9%)	
	Қаралмаймын	21	(20,6%)	35	(28,2%)	56	(24,8%)	0,186
Ауруды басқару бағдарламасының бөлігі ретінде сіз келесі анализдік талдаулармен зерттеулерді қаншалықты жиі тапсырасыз:	Иә, тоқсанында 1 рет	81	(79,4%)	89	(71,8%)	170	(75,2%)	
Ауруды басқару бағдарламасының бөлігі ретінде сіз талдаулармен зерттеулерді келесі анализдік								

21-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
қаншалықты жиі тапсырасыз: табан сезімталдығын зерттеу	Қаралмаймын	24	(23,5%)	36	(29,0%)	60	(26,5%)	0,35 1
	Иә, тоқсанында 1 рет	78	(76,5%)	88	(71,0%)	166	(73,5%)	
Ауруды басқару бағдарламасының бөлігі ретінде сіз келесі анализдік талдаулармен зерттеулерді қаншалықты жиі тапсырасыз: көз түбін зерттеу	Қаралмаймын	25	(24,5%)	40	(32,3%)	65	(28,8%)	0,44
	Иә, тоқсанында 1 рет	76	(74,5%)	83	(66,9%)	159	(70,4%)	
	Басқа	1	(1,0%)	1	(0,8%)	2	(0,9%)	
Ауруды басқару бағдарламасының бөлігі ретінде сіз келесі анализдік талдаулармен зерттеулерді қаншалықты жиі тапсырасыз: талдаудың басқа түрлерін жазыңыз	Қаралмаймын	24	(23,5%)	36	(29,0%)	60	(26,5%)	0,57 7
	Иә, тоқсанында 1 рет	77	(75,5%)	86	(69,4%)	163	(72,1%)	
	Басқа	1	(1,0%)	2	(1,6%)	3	(1,3%)	
Ауруды басқару бағдарламасының іске асырылуын үйлестіруге емхана қызметкерлерінің қайсысы жауапты екенін білесіз бе?	Иә, участкелік мейіргер	90	(88,2%)	108	(87,1%)	198	(87,6%)	0,82 9
	Жоқ, хабарым жоқ	8	(7,8%)	9	(7,3%)	17	(7,5%)	
	Басқа	4	(3,9%)	7	(5,6%)	11	(4,9%)	
Сізге емханада ауруды қалай басқаруға болатындығы туралы білім берілді ме?	Иә	81	(79,4%)	103	(83,1%)	184	(81,4%)	0,46 6
	Жоқ	21	(20,6%)	20	(16,1%)	41	(18,1%)	
	Басқа			1	(0,8%)	1	(0,4%)	
Сізге оқу керек деп ойлайсыз ба?	Иә	77	(75,5%)	87	(70,2%)	164	(72,6%)	0,48 1
	Жоқ	25	(24,5%)	36	(29,0%)	61	(27,0%)	
	Басқа			1	(0,8%)	1	(0,4%)	
Сіз өзіңіздің ауруыңыздың себептері бойынша қандай да бір оқудан өттіңіз бе?	Иә	77	(75,5%)	98	(79,0%)	175	(77,4%)	0,17 4
	Жоқ	25	(24,5%)	23	(18,5%)	48	(21,2%)	
	Басқа			3	(2,4%)	3	(1,3%)	
Сіздің ауруыңыздың этиологиясы (себептері) бойынша оқыту қажет деп ойлайсыз ба?	Иә	80	(78,4%)	91	(73,4%)	171	(75,7%)	0,63 9
	Жоқ	20	(19,6%)	29	(23,4%)	49	(21,7%)	
	Басқа	2	(2,0%)	4	(3,2%)	6	(2,7%)	

21-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Сіз аурудың асқынуы бойынша қандай да бір оқудан өттіңіз бе?	Иә	85	(83,3%)	95	(76,6%)	180	(79,6%)	0,40 4
	Жоқ	16	(15,7%)	26	(21,0%)	42	(18,6%)	
	Басқа	1	(1,0%)	3	(2,4%)	4	(1,8%)	
Сіздің ойыңызша, сізге аурудың асқынуы туралы оқу қажет пе?	Иә	76	(74,5%)	94	(75,8%)	170	(75,2%)	0,96 4
	Жоқ	24	(23,5%)	28	(22,6%)	52	(23,0%)	
	Басқа	2	(2,0%)	2	(1,6%)	4	(1,8%)	
Сіз өзіңіздің ауруларыңыз үшін тамақтану бойынша қандай да бір оқудан өттіңіз бе?	Иә	81	(79,4%)	100	(80,6%)	181	(80,1%)	0,64 2
	Жоқ	20	(19,6%)	21	(16,9%)	41	(18,1%)	
	Басқа	1	(1,0%)	3	(2,4%)	4	(1,8%)	
Сіздің ойыңызша, сіздің ауруларыңыз үшін тамақтану бойынша оқыту қажет па?	Иә	75	(73,5%)	102	(82,9%)	177	(78,7%)	0,21 5
	Жоқ	25	(24,5%)	20	(16,3%)	45	(20,0%)	
	Басқа	2	(2,0%)	1	(0,8%)	3	(1,3%)	
Сіз қауіп факторлары және оның сіздің ауруларыңызға қарсы күресі бойынша қандай да бір оқудан өттіңіз бе?	Иә	74	(72,5%)	93	(75,6%)	167	(74,2%)	0,75
	жоқ	25	(24,5%)	28	(22,8%)	53	(23,6%)	
	Басқа	3	(2,9%)	2	(1,6%)	5	(2,2%)	
Сіздің ойыңызша, сізге қауіп факторлары және сіздің ауруларыңызбен күресу бойынша оқыту қажет пе?	Иә	75	(73,5%)	94	(76,4%)	169	(75,1%)	0,87 9
	жоқ	24	(23,5%)	26	(21,1%)	50	(22,2%)	
	Басқа	3	(2,9%)	3	(2,4%)	6	(2,7%)	
Сіз өзіңіздің ауруларыңыз үшін физикалық белсенділікті таңдау бойынша қандай да бір оқудан өттіңіз бе?	Иә	80	(78,4%)	89	(72,4%)	169	(75,1%)	0,48 3
	жоқ	21	(20,6%)	31	(25,2%)	52	(23,1%)	
	Басқа	1	(1,0%)	3	(2,4%)	4	(1,8%)	
Сіздің ойыңызша, сіздің ауруларыңыз үшін физикалық белсенділікті сәйкестендіру бойынша оқыту қажет пе?	Иә	75	(73,5%)	95	(77,2%)	170	(75,6%)	0,01 6
	жоқ	27	(26,5%)	21	(17,1%)	48	(21,3%)	
	Басқа			7	(5,7%)	7	(3,1%)	

21-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Сізге қандағы қантты бақылау мәселелері бойынша білім берілді ме?	Иә	87	(86,1%)	96	(78,0%)	183	(81,7%)	0,28 2
	жоқ	12	(11,9%)	22	(17,9%)	34	(15,2%)	
	Басқа	2	(2,0%)	5	(4,1%)	7	(3,1%)	
Сізге дене салмағының индексін өлшеу немесе семіздіктің бар жоғын қалай анықтау керектігі үйретілді ме?	Иә	71	(70,3%)	93	(75,6%)	164	(73,2%)	0,52 7
	жоқ	26	(25,7%)	24	(19,5%)	50	(22,3%)	
	Басқа	4	(4,0%)	6	(4,9%)	10	(4,5%)	
Сізге артериялық гипертензияны өлшеу үйретілді ме?	Иә	78	(77,2%)	103	(83,7%)	181	(80,8%)	0,44 6
	жоқ	20	(19,8%)	18	(14,6%)	38	(17,0%)	
	Басқа	3	(3,0%)	2	(1,6%)	5	(2,2%)	
Сіз қант диабеті немесе артериялық гипертензия мектебіне немесе емханада басқа оқуға барасыз ба?	Иә	70	(68,6%)	87	(70,7%)	157	(69,8%)	0,91 7
	жоқ	29	(28,4%)	32	(26,0%)	61	(27,1%)	
	Басқа	3	(2,9%)	4	(3,3%)	7	(3,1%)	
Емханада созылмалы аурулары бар пациенттер үшін оқу уақыты сізге сәйкес келе ме?	Иә	76	(74,5%)	92	(74,8%)	168	(74,7%)	0,72 2
	жоқ	23	(22,5%)	25	(20,3%)	48	(21,3%)	
	Басқа	3	(2,9%)	6	(4,9%)	9	(4,0%)	
Емханада созылмалы аурулары бар пациенттерді оқыту бағдарламасы сізді қанағаттандырады ма?	Иә	79	(77,5%)	91	(74,0%)	170	(75,6%)	0,62 8
	жоқ	21	(20,6%)	27	(22,0%)	48	(21,3%)	
	Басқа	2	(2,0%)	5	(4,1%)	7	(3,1%)	
Сіздің отбасыңыздың мүшелері сізбен бірге емханада оқуға бара ма?	Иә	69	(67,6%)	86	(69,9%)	155	(68,9%)	0,60 8
	жоқ	28	(27,5%)	34	(27,6%)	62	(27,6%)	
	Басқа	5	(4,9%)	3	(2,4%)	8	(3,6%)	
Сіз өзіңіздің жеке мәзіріңізді жасай аласыз ба?	Иә	76	(74,5%)	85	(69,1%)	161	(71,6%)	0,62 4
	жоқ	24	(23,5%)	34	(27,6%)	58	(25,8%)	
	Басқа	2	(2,0%)	4	(3,3%)	6	(2,7%)	
Сіздің отбасыңыздың мүшелері Сіздің ауруыңызбен күресуге қолдау көрсете ме?	Иә	80	(78,4%)	95	(77,2%)	175	(77,8%)	0,96
	жоқ	20	(19,6%)	25	(20,3%)	45	(20,0%)	
	Басқа	2	(2,0%)	3	(2,4%)	5	(2,2%)	

21-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Сіздің отбасы мүшелеріңіз қандағы глюкозаны өлшей ала ма?	Иә	69	(68,3%)	95	(77,2%)	164	(73,2%)	0,21 5
	жоқ	27	(26,7%)	21	(17,1%)	48	(21,4%)	
	Басқа	5	(5,0%)	7	(5,7%)	12	(5,4%)	
Сіздің отбасыңыздың мүшелері қандағы қанттың жоғарылауы немесе артериалды гипертензия (қысым) жағдайында алғашқы медициналық көмек көрсете ала ма?	Иә	76	(74,5%)	95	(77,2%)	171	(76,0%)	0,86 6
	жоқ	22	(21,6%)	23	(18,7%)	45	(20,0%)	
	Басқа	4	(3,9%)	5	(4,1%)	9	(4,0%)	
Сіздің отбасы мүшелеріңіз қандағы қанттың төмендеуі немесе артериалды гипертензия (қысым) жағдайында алғашқы медициналық көмек көрсете ала ма?	Иә	73	(71,6%)	91	(74,0%)	164	(72,9%)	0,88 9
	жоқ	26	(25,5%)	28	(22,8%)	54	(24,0%)	
	Басқа	3	(2,9%)	4	(3,3%)	7	(3,1%)	
Сіздің ойыңызша мейіргер сізге осы оқытуды өткізе ала ма?	Иә	81	(79,4%)	94	(76,4%)	175	(77,8%)	0,86 5
	жоқ	18	(17,6%)	25	(20,3%)	43	(19,1%)	
	Басқа	3	(2,9%)	4	(3,3%)	7	(3,1%)	
Сіз үшін емхана деңгейіндегі сабақтар қаншалықты жиі өткізіледі?	Апта сайын	15	(14,7%)	15	(12,1%)	30	(13,3%)	0,64 5
	Ай сайын	29	(28,4%)	43	(34,7%)	72	(31,9%)	
	Токсан сайын	26	(25,5%)	34	(27,4%)	60	(26,5%)	
	Білмеймін	32	(31,4%)	32	(25,8%)	64	(28,3%)	
Сізде қант диабетін емдеу үшін таблетка дәрі-дәрмектерін (немесе инсулинді) қалай қабылдау керектігі туралы жеткілікті ақпарат бар ма?	Иә	73	(71,6%)	87	(70,2%)	160	(70,8%)	0,65 5
	жоқ			1	(0,8%)	1	(0,4%)	
	Жоқ, мен қосымша ақпарат алғым келеді	29	(28,4%)	36	(29,0%)	65	(28,8%)	
Мейіргерлер сіз үшін бөлек қабылдау өткізе ме?	Иә	68	(66,7%)	85	(68,5%)	153	(67,7%)	0,76 3
	жоқ	34	(33,3%)	39	(31,5%)	73	(32,3%)	

21-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Олар сізге талдау немесе зерттеу нәтижелері туралы түсіндіреді ме?	Иә, бірақ маған түсіндірген сайын түсінбеймін	9	(8,8%)	16	(12,9%)	25	(11,1%)	0,559
	Иә, маған түсіндіргенде мен барлығын түсінемін	60	(58,8%)	77	(62,1%)	137	(60,6%)	
	Иә, маған түсіндіргенде мен барлығын түсіне бермеймін	18	(17,6%)	16	(12,9%)	34	(15,0%)	
	жоқ	15	(14,7%)	15	(12,1%)	30	(13,3%)	

Қант диабетімен ауыратын пациенттердің жалпы жиынтығында көбісі медициналық қызмет көрсету сапасын оң бағалайды: 62%-дан 83%-ға дейін әртүрлі аспектілерге «Өте жақсы» деген баға береді, мысалы, дәрігер мен пациент арасындағы қарым-қатынас (77,0%), мейіргер мен пациент арасындағы қарым-қатынас (76,1%) және пациенттер мен олардың отбасыларын ақпараттандыру (71,7%). Шамамен 20–30% бұл көрсеткіштерді «Қанағаттанарлық» деп бағаласа, 7%-дан азы – «Нашар» деп бағалайды. Сонымен қатар, пациенттердің шамамен үштен бірінің кез келген уақытта дәрігермен немесе мейіргермен байланысуға мүмкіндігі бар, ал жартысына жуығы – тек жұмыс уақытында ғана байланыса алады. Ерлер мен әйелдердің бағаларын салыстырғанда статистикалық тұрғыдан маңызды айырмашылық тек бір көрсеткіште анықталды: әйелдер пациент өзін жақсы сезініп, күнделікті істерін атқара алатындай көмек көрсетуді жиірек «Өте жақсы» деп бағалайды (әйелдер – 75,0%, ерлер – 60,8%, $p=0,022$). Қалған көрсеткіштер бойынша жыныстар арасындағы айырмашылықтар статистикалық маңыздылыққа жетпеді ($p > 0,05$), (22-кесте).

Кесте 22 – Қант диабетімен ауыратын науқастардың медициналық қызмет көрсету сапасын бағалау

Сұрақтар	Жауаптар	Ер		Әйел		Барлығы		p
1	2	3		4		5		6
Бағалаңыз: дәрігер-пациент қарым-қатынасы	Өте жақсы	71	(69,6%)	103	(83,1%)	174	(77,0%)	0,055
	Қанағаттанарлық	30	(29,4%)	20	(16,1%)	50	(22,1%)	
	Нашар	1	(1,0%)	1	(0,8%)	2	(0,9%)	
Бағалаңыз: мейіргер-пациент қарым-қатынасы	Өте жақсы	72	(70,6%)	100	(80,6%)	172	(76,1%)	0,208
	Қанағаттанарлық	29	(28,4%)	23	(18,5%)	52	(23,0%)	
	Нашар	1	(1,0%)	1	(0,8%)	2	(0,9%)	

22-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Бағалаңыз: консультациялар кезінде уақыттың жеткіліктілігі	Өте жақсы	64	(62,7%)	85	(68,5%)	149	(65,9%)	0,607
	Қанағаттанарлық	33	(32,4%)	35	(28,2%)	68	(30,1%)	
	Нашар	5	(4,9%)	4	(3,2%)	9	(4,0%)	
Бағалаңыз: пациенттің жеке жағдайына қызығушылық	Өте жақсы	62	(60,8%)	85	(68,5%)	147	(65,0%)	0,37
	Қанағаттанарлық	35	(34,3%)	36	(29,0%)	71	(31,4%)	
	Нашар	5	(4,9%)	3	(2,4%)	8	(3,5%)	
Бағалаңыз: пациентті медициналық көмекке қатысты шешімге тарту	Өте жақсы	67	(65,7%)	91	(73,4%)	158	(69,9%)	0,28
	Қанағаттанарлық	29	(28,4%)	30	(24,2%)	59	(26,1%)	
	Нашар	6	(5,9%)	3	(2,4%)	9	(4,0%)	
Бағалаңыз: жазбалар мен деректердің құпиялылығын сақтау	Өте жақсы	68	(66,7%)	89	(71,8%)	157	(69,5%)	0,675
	Қанағаттанарлық	30	(29,4%)	30	(24,2%)	60	(26,5%)	
	Нашар	4	(3,9%)	5	(4,0%)	9	(4,0%)	
Бағалаңыз: пациенттің өзін жақсы сезінуі үшін көмек көрсету, осылайша ол өзінің күнделікті жұмысын орындай алады	Өте жақсы	62	(60,8%)	93	(75,0%)	155	(68,6%)	0,022
	Қанағаттанарлық	38	(37,3%)	26	(21,0%)	64	(28,3%)	
	Нашар	2	(2,0%)	5	(4,0%)	7	(3,1%)	
Бағалаңыз: аурулардың алдын алу бойынша қызметтерді ұсыну (оқыту, мәзір ретінде жеке емдеу жоспарын құру, физикалық белсенділік және т.б.)	Өте жақсы	67	(65,7%)	93	(75,0%)	160	(70,8%)	0,061
	Қанағаттанарлық	31	(30,4%)	22	(17,7%)	53	(23,5%)	
	Нашар	4	(3,9%)	9	(7,3%)	13	(5,8%)	
Бағалаңыз: пациент пен оның отбасы мүшелерін ақпараттандыру және қолдау	Өте жақсы	67	(65,7%)	95	(76,6%)	162	(71,7%)	0,152
	Қанағаттанарлық	33	(32,4%)	26	(21,0%)	59	(26,1%)	
	Нашар	2	(2,0%)	3	(2,4%)	5	(2,2%)	
Бағалаңыз: зерттеу және емдеу мақсатын түсіндіру	Өте жақсы	63	(61,8%)	90	(72,6%)	153	(67,7%)	0,219
	Қанағаттанарлық	35	(34,3%)	30	(24,2%)	65	(28,8%)	
	Нашар	4	(3,9%)	4	(3,2%)	8	(3,5%)	
Бағалаңыз: көмек көрсету дәрігер мен мейіргердің кеңесін тағайындау мен орындаудың маңыздылығын түсіну	Өте жақсы	71	(69,6%)	96	(77,4%)	167	(73,9%)	0,405
	Қанағаттанарлық	26	(25,5%)	24	(19,4%)	50	(22,1%)	
	Нашар	5	(4,9%)	4	(3,2%)	9	(4,0%)	
Бағалаңыз: учаскелік қызмет қызметкерлерімен телефон арқылы сөйлесу мүмкіндігі	Өте жақсы	68	(66,7%)	86	(69,4%)	154	(68,1%)	0,645
	Қанағаттанарлық	26	(25,5%)	32	(25,8%)	58	(25,7%)	
	Нашар	8	(7,8%)	6	(4,8%)	14	(6,2%)	

22-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Бағалаңыз: емханада күту уақыты	Өте жақсы	55	(53,9%)	77	(62,1%)	132	(58,4%)	0,357
	Қанағаттанарлық	37	(36,3%)	34	(27,4%)	71	(31,4%)	
	Нашар	10	(9,8%)	13	(10,5%)	23	(10,2%)	
Бағалаңыз: дәрілік заттардың қолже тімділігі (үздіксіз қамтамасыз ету)	Өте жақсы	62	(60,8%)	84	(67,7%)	146	(64,6%)	0,553
	Қанағаттанарлық	32	(31,4%)	32	(25,8%)	64	(28,3%)	
	Нашар	8	(7,8%)	8	(6,5%)	16	(7,1%)	
Бағалаңыз: пациентке арналған білім беру іс-шараларының қолжетімділігі	Өте жақсы	58	(56,9%)	83	(66,9%)	141	(62,4%)	0,095
	Қанағаттанарлық	33	(32,4%)	36	(29,0%)	69	(30,5%)	
	Нашар	11	(10,8%)	5	(4,0%)	16	(7,1%)	
Бағалаңыз: стационар мен емхана арасындағы сабақтастық	Өте жақсы	63	(61,8%)	89	(71,8%)	152	(67,3%)	0,261
	Қанағаттанарлық	31	(30,4%)	29	(23,4%)	60	(26,5%)	
	Нашар	8	(7,8%)	6	(4,8%)	14	(6,2%)	
Сізде дәрігердің немесе мейіргердің телефон нөмірі бар, онымен сіз өзіңіздің жағдайыңыз туралы (кешке немесе демалыс күндері) үйде кеңес ала аласыз	Иә, мен кез келген уақытта хабарласа аламын (кешке және демалыс күндері)	29	(28,4%)	47	(37,9%)	76	(33,6%)	0,121
	Ия, мен тек жұмыс уақытында (күн дізгі) байланыса аламын	47	(46,1%)	60	(48,4%)	107	(47,3%)	
	Білмеймін, мұндай мүмкіндік туралы білмедім	17	(16,7%)	10	(8,1%)	27	(11,9%)	
	Жоқ	9	(8,8%)	7	(5,6%)	16	(7,1%)	

Осылайша, пациенттердің көпшілігі ауру және оны бақылау туралы жеткілікті білімге ие, сонымен қатар ерлер мен әйелдер арасында ақпараттану деңгейі мен ауруды басқару бағдарламасына қатысу көрсеткіштері ұқсас. Статистикалық тұрғыдан маңызды жыныстық айырмашылықтар тек жекелеген аспектілерде ғана анықталды: әйелдер көбінесе үй шаруасындағы әйелдер болса, ерлер – зейнеткерлер және темекі шегу немесе алкогольді жиі қолдану бейімділігі жоғары болып саналады. Әйелдер сондай-ақ физикалық жүктемелерді таңдау бойынша оқытуды қажет деп жиірек санайды және күнделікті белсенділікті қолдауға бағытталған көмекті жоғарырақ бағалайды. Жалпы алғанда, пациенттер медициналық қызмет көрсету сапасын, эмоциялық қолдауды және ақпараттандыруды оң бағалайды, бұл қант диабетін басқару бағдарламаларының жынысына қарамастан біркелкі және тиімді жүзеге асырылып жатқанын көрсетеді.

5.3 СЖЖ пациенттердің жынысын ескере отырып, ауруды басқару бағдарламасына хабардарлығы мен қатысуының ерекшеліктері

Зерттеуге созылмалы жүрек жетіспеушілігі бар 183 пациент қатысты: 79 ер адам (43,2%) және 104 әйел (56,8%). Пациенттердің көпшілігі 40–49 жас

(30,1%) және 50–59 жас (28,4%) аралығындағы жаста болды, бұл ретте жастық топтар бойынша ерлер мен әйелдердің арасындағы айырмашылықтар статистикалық тұрғыдан маңызды емес болды ($p=0,77$). Білім деңгейі бойынша ең жиі кездесетіні – арнайы орта (31,1%) және жоғары білім (37,2%), жыныс бойынша елеулі айырмашылықтар байқалмады ($p=0,724$). Әлеуметтік мәртебе бойынша статистикалық тұрғыдан маңызды айырмашылық анықталды ($p=0,015$): ерлердің 63,3%-ы жұмыс істейді, ал әйелдердің арасында бұл көрсеткіш – 53,8%; әйелдер үй шаруасындағы әйел ретінде әлдеқайда жиі кездеседі (18,3% әйелдерде, ерлерде – 2,5%). Отбасылық жағдай ($p=0,896$), табыс деңгейі ($p=0,146$) және тұрғылықты жері ($p=0,439$) бойынша айырмашылықтар статистикалық жағынан маңызды емес (23-кесте).

Кесте 23 – Жынысы бойынша созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар науқастардың демографиялық және әлеуметтік-экономикалық сипаттамалары

Сұрақтар	Жауаптар	Ер		Әйел		Барлығы		p
Сіздің жасыңыздың ауқымы	18-29	5	(6,3%)	12	(11,5%)	17	(9,3%)	0,77
	30-39	13	(16,5%)	19	(18,3%)	32	(17,5%)	
	40-49	26	(32,9%)	29	(27,9%)	55	(30,1%)	
	50-59	23	(29,1%)	29	(27,9%)	52	(28,4%)	
	60 жастан асқан	12	(15,2%)	15	(14,4%)	27	(14,8%)	
Барлығы		79	(100,0%)	104	(100,0%)	183	(100,0%)	
Сіздің біліміңіз	Аяқталмаған орта	6	(7,6%)	4	(3,8%)	10	(5,5%)	0,724
	Орта	20	(25,3%)	28	(26,9%)	48	(26,2%)	
	арнайы орта	25	(31,6%)	32	(30,8%)	57	(31,1%)	
	Жоғары	28	(35,4%)	40	(38,5%)	68	(37,2%)	
Сіздің әлеуметтік мәртебеңіз	Жұмыс істеймін	50	(63,3%)	56	(53,8%)	106	(57,9%)	0,015
	Оқимын	3	(3,8%)	1	(1,0%)	4	(2,2%)	
	Жұмыссыз	6	(7,6%)	6	(5,8%)	12	(6,6%)	
	Үй шаруасындағы әйел	2	(2,5%)	19	(18,3%)	21	(11,5%)	
	Зейнеткер	18	(22,8%)	22	(21,2%)	40	(21,9%)	
Отбасылық жағдайы	Жесір	12	(15,2%)	17	(16,3%)	29	(15,8%)	0,896
	Үйленген	44	(55,7%)	62	(59,6%)	106	(57,9%)	
	ешқашан некеде болған емес	14	(17,7%)	15	(14,4%)	29	(15,8%)	
	Ажырасқан	9	(11,4%)	10	(9,6%)	19	(10,4%)	
Материалдық жағдай (ай сайынғы табыс)	айына 150 000 теңгеге дейін	15	(19,0%)	33	(31,7%)	48	(26,2%)	0,146
	айына 150 000 теңгеден 250 000 теңгеге дейін	30	(38,0%)	32	(30,8%)	62	(33,9%)	
	айына 250 000 теңгеден 350 000 теңгеге дейін	16	(20,3%)	24	(23,1%)	40	(21,9%)	
	350 000 және одан жоғары	18	(22,8%)	15	(14,4%)	33	(18,0%)	
Сіз кіммен тұрасыз	Жалғыз	23	(29,1%)	25	(24,0%)	48	(26,2%)	0,439
	отбасыммен	56	(70,9%)	79	(76,0%)	135	(73,8%)	

Созылмалы жүрек жетіспеушілігі бар пациенттердің таңдама топтамасында 38,3%-ы бұл диагнозды үш жылдан астам уақыт бұрын алған,

соның ішінде әйелдерде бұл көрсеткіш жиі кездеседі (42,3% әйелдерде, ерлерде – 32,9%, $p=0,049$). Пациенттердің көпшілігі (65,6%) диагноз қойылған кезде жеткілікті көлемде ауызша ақпарат алғанын хабарлаған, алайда ерлер жеткілікті ақпарат алғандарын жиірек атап өткен (ерлер – 72,2%, әйелдер – 60,6%, $p=0,028$). Жазбаша ақпарат көлемі бойынша жыныстық айырмашылықтар анықталмады ($p=0,652$). Уақтылы тексеруден өтпеу себептері жыныс бойынша елеулі айырмашылыққа ие емес ($p=0,097$), дегенмен 38,3% қатысушы шақырту уақытының ыңғайсыз екенін атап өткен. Пациенттердің шамамен жартысы диетаны ұстанады (45,9%), үштен бірі шамамен темекі шегеді (35,5%) және алкоголь тұтынады (26,2%), бұл көрсеткіштер бойынша ерлер мен әйелдер арасында статистикалық тұрғыдан маңызды айырмашылықтар жоқ. Қан қысымын, гликозирленген гемоглобинді өлшеу және мамандардың кеңесін алу сияқты бақылау шараларының мақсатын пациенттердің түсінуі әртүрлі болғанымен, жынысына байланысты емес ($p>0,05$), (24-кесте).

Кесте 24 – Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар науқастардың хабардар болу сипаттамалары және мінез-құлық аспектілері

Сұрақтар	Жауаптар	Ер		Әйел		Барлығы		p
1	2	3		4		5		6
Сізге қашан диагноз қойылды	үш жылдан астам уақыт бұрын	26	(32,9%)	44	(42,3%)	70	(38,3%)	0,049
	соңғы екі-үш жыл	35	(44,3%)	28	(26,9%)	63	(34,4%)	
	бір жыл бұрын	18	(22,8%)	32	(30,8%)	50	(27,3%)	
Алғаш диагноз қойылған кезде медициналық қызметкерлер сіздің ауруларыңыз туралы ауызша ақпаратты қанша көлемде алғанын қалай сипаттайсыз?	мен тым аз ақпарат алдым	8	(10,1%)	13	(12,5%)	21	(11,5%)	0,028
	мен ақпаратты жеткілікті мөлшерде алдым	57	(72,2%)	63	(60,6%)	120	(65,6%)	
	мен тым көп ақпарат алдым	10	(12,7%)	7	(6,7%)	17	(9,3%)	
	мен ешқандай ақпарат алған жоқпын			4	(3,8%)	4	(2,2%)	
	есімде жоқ	4	(5,1%)	17	(16,3%)	21	(11,5%)	
Алғаш диагноз қойылған кезде медициналық персонал сіздің ауруларыңыз туралы жазбаша ақпаратты қанша көлемде алғанын қалай сипаттайсыз?	мен тым аз ақпарат алдым	6	(7,6%)	11	(10,6%)	17	(9,3%)	0,652
	мен ақпаратты жеткілікті мөлшерде алдым	39	(49,4%)	55	(52,9%)	94	(51,4%)	
	мен тым көп ақпарат алдым	9	(11,4%)	14	(13,5%)	23	(12,6%)	
	мен ешқандай ақпарат алған жоқпын	12	(15,2%)	14	(13,5%)	26	(14,2%)	
	маған буклеттер берілді	13	(16,5%)	10	(9,6%)	23	(12,6%)	

24-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Сіздің ауруыңыз бойынша уақтылы тексерілмеудің себебі неде:	менің ойымша, жиі тексеруден өтудің қажеті жоқ	26	(32,9%)	34	(32,7%)	60	(32,8%)	0,09 7
	мені ыңғайсыз уақытқа шақырады	37	(46,8%)	33	(31,7%)	70	(38,3%)	
	Мені шақырған жоқ, мен өзім қабылдауға шақырусыз келемін	11	(13,9%)	26	(25,0%)	37	(20,2%)	
	басқа себеп	5	(6,3%)	11	(10,6%)	16	(8,7%)	
Сіз диетаны ұстанасыз ба?	иә	38	(48,1%)	46	(44,2%)	84	(45,9%)	0,60 3
	жоқ	41	(51,9%)	58	(55,8%)	99	(54,1%)	
Сіз темекі шегесіз бе?	иә	31	(39,2%)	34	(32,7%)	65	(35,5%)	0,35 9
	жоқ	48	(60,8%)	70	(67,3%)	118	(64,5%)	
Сіз алкоголь қабылдайсыз ба?	иә	24	(30,4%)	24	(23,1%)	48	(26,2%)	0,26 6
	жоқ	55	(69,6%)	80	(76,9%)	135	(73,8%)	
Осы тармақтарда көрсетілген келесі іс-шаралар неге өткізілетінін өз сөзіңізбен түсіндіре аласыз ба?	Қан қысымын өлшеу 140/80	15	(19,0%)	8	(7,7%)	23	(12,6%)	0,24 1
	глизозилденген гемоглобинді бірнеше рет өлшеу	23	(29,1%)	35	(33,7%)	58	(31,7%)	
	Холестерин деңгейі 5,6	12	(15,2%)	18	(17,3%)	30	(16,4%)	
	Тар мамандардың кеңесі (кардиолог, невропатолог)	13	(16,5%)	22	(21,2%)	35	(19,1%)	
	зәр анализін тапсырамын	16	(20,3%)	21	(20,2%)	37	(20,2%)	

Пациенттердің басым бөлігі дұрыс тамақтануды ауруды басқаруда өте маңызды деп санайды (72,1%), бұл ретте ер адамдар бұл маңыздылықты жиірек атап өтеді (81,0% ерлерде, 65,4% әйелдерде, $p=0,009$). Физикалық жүктеменің маңыздылығын, өзін-өзі бақылау күнделігін жүргізуді, медицина қызметкерлері мен отбасы тарапынан оқытуды, сондай-ақ психологиялық және эмоциялық қолдауды қабылдау тұрғысынан жыныстық айырмашылықтар анықталмады ($p>0,05$). Ақпараттану деңгейіне келсек, пациенттердің 83,1%-ы өз жағдайын басқаруға жеткілікті білімі бар деп санайды, бұл көрсеткіште де ерлер мен әйелдер арасында айырмашылық жоқ ($p=0,806$). Сол сияқты, шамамен 61% физикалық жаттығулардың рөлі туралы, ал 66,7% дұрыс тамақтану туралы білімдеріне сенімді, жыныс бойынша елеулі айырмашылықтарсыз. Осылайша, тамақтану жыныстар арасындағы қабылдауда айырмашылық байқалатын ең маңызды фактор ретінде ерекшеленеді, ал қалған аспектілер пациенттер тарапынан шамамен бірдей бағаланады (25-кесте).

Кесте 25 – Факторлардың маңыздылығын қабылдау және жынысына байланысты созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар наукастардың хабардар болу деңгейі

Сұрақтар	Жауаптар	Ер		Әйел		Барлығы		p
1	2	3		4		5		6
Сіздің ойыңызша, пациенттің тамақтануы олардың жағдайын немесе ауруын басқару үшін қаншалықты маңызды	өте маңызды	64	(81,0%)	68	(65,4%)	132	(72,1%)	0,009
	Маңызды	11	(13,9%)	34	(32,7%)	45	(24,6%)	
	аса маңызды емес	4	(5,1%)	1	(1,0%)	5	(2,7%)	
	мүлдем маңызды емес	-	-	1	(1,0%)	1	(,5%)	
Сіздің ойыңызша қаншалықты маңызды: физи калық жүктеме (жаттығу)	өте маңызды	43	(54,4%)	62	(59,6%)	105	(57,4%)	0,125
	Маңызды	31	(39,2%)	41	(39,4%)	72	(39,3%)	
	аса маңызды емес	5	(6,3%)	1	(1,0%)	6	(3,3%)	
Сіздің ойыңызша қаншалықты маңызды: өзін-өзі бақылау күнделігі	өте маңызды	40	(50,6%)	61	(58,7%)	101	(55,2%)	0,245
	Маңызды	29	(36,7%)	38	(36,5%)	67	(36,6%)	
	аса маңызды емес	9	(11,4%)	4	(3,8%)	13	(7,1%)	
	мүлдем маңызды емес	1	(1,3%)	1	(1,0%)	2	(1,1%)	
Сіздің ойыңызша, қаншалықты маңызды: мейіргер сіздің ауруыңыз туралы сізді оқытуы	өте маңызды	44	(55,7%)	63	(60,6%)	107	(58,5%)	0,49
	Маңызды	30	(38,0%)	38	(36,5%)	68	(37,2%)	
	аса маңызды емес	5	(6,3%)	3	(2,9%)	8	(4,4%)	
Сіздің ойыңызша, қаншалықты маңызды: дәрігердің сізді ауруға қатысты сұрақтары бойынша үйретуі	өте маңызды	41	(51,9%)	67	(64,4%)	108	(59,0%)	0,212
	Маңызды	35	(44,3%)	35	(33,7%)	70	(38,3%)	
	аса маңызды емес	3	(3,8%)	2	(1,9%)	5	(2,7%)	
Сіздің ойыңызша қаншалықты маңызды: отбасы мүшелерін сіздің ауруыңыз туралы оқыту	өте маңызды	41	(51,9%)	60	(57,7%)	101	(55,2%)	0,723
	Маңызды	35	(44,3%)	41	(39,4%)	76	(41,5%)	
	аса маңызды емес	1	(1,3%)	2	(1,9%)	3	(1,6%)	
	мүлдем маңызды емес	2	(2,5%)	1	(1,0%)	3	(1,6%)	
Сіздің ойыңызша, қаншалықты маңызды: емхана қызметкерінің психологиялық қолдауы	өте маңызды	39	(49,4%)	66	(63,5%)	105	(57,4%)	0,079
	Маңызды	33	(41,8%)	36	(34,6%)	69	(37,7%)	
	аса маңызды емес	6	(7,6%)	2	(1,9%)	8	(4,4%)	
	мүлдем маңызды емес	1	(1,3%)			1	(0,5%)	
Сіздің ойыңызша қаншалықты маңызды: сіздің отбасы мүшелеріңіздің эмоционалды қолдауы	өте маңызды	47	(59,5%)	67	(64,4%)	114	(62,3%)	0,356
	Маңызды	27	(34,2%)	34	(32,7%)	61	(33,3%)	
	аса маңызды емес	5	(6,3%)	2	(1,9%)	7	(3,8%)	
	мүлдем маңызды емес			1	(1,0%)	1	(0,5%)	

25-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Сіз қалай ойлайсыз: сіздің ауруыңызбен күресу үшін жеткілікті біліміңіз бар ма?	Жоқ, мен көбірек ақпарат алғым келеді	14	(17,7%)	17	(16,3%)	31	(16,9%)	0,806
	Иә	65	(82,3%)	87	(83,7%)	152	(83,1%)	
Сіз қалай ойлайсыз: сізде қант диабетін басқарудағы жаттығулардың рөлі туралы жеткілікті ақпарат бар ма?	Жоқ, мен көбірек ақпарат алғым келеді	32	(40,5%)	39	(37,5%)	71	(38,8%)	0,679
	Иә	47	(59,5%)	65	(62,5%)	112	(61,2%)	
Сіз қалай ойлайсыз: сіз қалай дұрыс тамақтану керектігін білесіз бе?	Жоқ, мен көбірек ақпарат алғым келеді	29	(36,7%)	32	(30,8%)	61	(33,3%)	0,399
	Иә	50	(63,3%)	72	(69,2%)	122	(66,7%)	
Сіз қалай ойлайсыз: сіздің тілектеріңіз, пациентке күтім жасау туралы не білгіңіз келеді?	Жоқ, мен көбірек ақпарат алғым келеді	22	(27,8%)	31	(29,8%)	53	(29,0%)	0,772
	Иә	57	(72,2%)	73	(70,2%)	130	(71,0%)	

Пациенттердің басым бөлігі, жынысына қарамастан, қауіп-қатердің негізгі факторларын дұрыс анықтайды, мысалы: темекі шегу (89,1%), семіздік (87,4%), 65 жастан асқан жас (86,3%), қант пен қан қысымын бақылау (шамамен 89%), сондай-ақ тұз бен қантты шамадан тыс тұтыну (шамамен 84%). Қауіп факторлары туралы білім деңгейі бойынша ерлер мен әйелдер арасында статистикалық тұрғыдан маңызды айырмашылықтар жоқ ($p > 0,05$), дегенмен «аяққа жеткіліксіз күтім жасау және гигиенаның болмауы» белгісі бойынша ерлердің дұрыс жауап беру деңгейі жоғарырақ болуға бейім (87,3% ерлерде, 76,0% әйелдерде, $p = 0,053$). Осылайша, екі жыныстың да созылмалы аурулардың қауіп факторлары туралы білімі жеткілікті және айқын жыныстық айырмашылықтар байқалмайды (26-кесте).

Кесте 26 – Науқастардың қант диабеті мен артериялық гипертензияның қауіп факторлары туралы білімі

Сұрақтар	Жауаптар	Ер		Әйел		Барлығы		p
1	2	3		4		5		6
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Темекі шегу	Дұрыс	73	(92,4%)	90	(86,5%)	163	(89,1%)	0,208
	Дұрыс емес	6	(7,6%)	14	(13,5%)	20	(10,9%)	

26-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Семіздік	Дұрыс	71	(89,9%)	89	(85,6%)	160	(87,4%)	0,385
	Дұрыс емес	8	(10,1%)	15	(14,4%)	23	(12,6%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Жасы 65 және одан жоғары	Дұрыс	70	(88,6%)	88	(84,6%)	158	(86,3%)	0,436
	Дұрыс емес	9	(11,4%)	16	(15,4%)	25	(13,7%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? 3-ші гликемиялық бақылау (қантты бақылау)	Дұрыс	71	(89,9%)	91	(87,5%)	162	(88,5%)	0,618
	Дұрыс емес	8	(10,1%)	13	(12,5%)	21	(11,5%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? 3-ші қан қысымын бақылау	Дұрыс	70	(88,6%)	94	(90,4%)	164	(89,6%)	0,696
	Дұрыс емес	9	(11,4%)	10	(9,6%)	19	(10,4%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Тұзды шамадан тыс тұтыну	Дұрыс	68	(86,1%)	86	(82,7%)	154	(84,2%)	0,535
	Дұрыс емес	11	(13,9%)	18	(17,3%)	29	(15,8%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Қантты шамадан тыс тұтыну	Дұрыс	66	(83,5%)	87	(83,7%)	153	(83,6%)	0,984
	Дұрыс емес	13	(16,5%)	17	(16,3%)	30	(16,4%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Табанда суық, ауырсыну, жану, шаншу және сезімталдық сезімдерінің болуы	Дұрыс	64	(81,0%)	89	(85,6%)	153	(83,6%)	0,409
	Дұрыс емес	15	(19,0%)	15	(14,4%)	30	(16,4%)	

26-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Перифериялық қантамыр аурулары	Дұрыс	69	(87,3%)	85	(81,7%)	154	(84,2%)	0,303
	Дұрыс емес	10	(12,7%)	19	(18,3%)	29	(15,8%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Аяқ күтімінің жеткіліксіздігі және гигиенаның болмауы	Дұрыс	69	(87,3%)	79	(76,0%)	148	(80,9%)	0,053
	Дұрыс емес	10	(12,7%)	25	(24,0%)	35	(19,1%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Табанда ісіктің болуы	Дұрыс	67	(84,8%)	84	(80,8%)	151	(82,5%)	0,476
	Дұрыс емес	12	(15,2%)	20	(19,2%)	32	(17,5%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Табанда сүйек мүйізгегінің болуы	Дұрыс	63	(79,7%)	80	(76,9%)	143	(78,1%)	0,647
	Дұрыс емес	16	(20,3%)	24	(23,1%)	40	(21,9%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Аяқтың құрғақ және жарылған терісі	Дұрыс	62	(78,5%)	79	(76,0%)	141	(77,0%)	0,688
	Дұрыс емес	17	(21,5%)	25	(24,0%)	42	(23,0%)	
Созылмалы ауруларға қандай қауіп факторлары әсер етеді деп ойлайсыз: қант диабеті, артериялық гипертензия? Инфекция (Табанда қызару, сезімталдық және температурасы бар)	Дұрыс	67	(84,8%)	84	(80,8%)	151	(82,5%)	0,476
	Дұрыс емес	12	(15,2%)	20	(19,2%)	32	(17,5%)	

Жалпы алғанда, пациенттердің көпшілігі (шамамен 75–85%) бағдарламаға қатысудың нәтижелерін оң бағалап, өз ауруын басқаруға қабілетті екеніне сенімді және күнделікті физикалық белсенділік, дұрыс тамақтану, дәрі-дәрмектерді уақтылы қабылдау, салмақ пен ауру белгілерін бақылау сияқты

басқару компоненттерінің маңыздылығын мойындайды. Пациенттердің шамамен 80%-ы бағдарламаға қатысқаннан кейін жағдайының тұрақтануын және қауіп факторларының азаюын атап өтеді. Жыныс бойынша айырмашылықтарды талдау бірнеше көрсеткіш бойынша статистикалық тұрғыдан маңызды айырмашылықтарды анықтады: өзін-өзі бақылау күнделігін жүргізу (ерлер – 83,5%, әйелдер – 66,3%, $p=0,009$), медициналық персоналмен қысқаша іс-қимыл жоспарын жасау (ерлер – 82,3%, әйелдер – 67,3%, $p=0,023$), сондай-ақ бағдарламаны таныстарына ұсынуға дайын болу (ерлер – 86,1%, әйелдер – 71,2%, $p=0,016$). Бұл деректер ерлердің созылмалы жүрек жетіспеушілігін басқару мен өзін-өзі ұйымдастыруға әйелдерге қарағанда көбірек тартылғанын көрсетеді (27-кесте).

Кесте 27 – Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар науқастардың ауруды басқару бағдарламасына (АББ) қатысуы

Ауруды басқару бағдарламасы (АББ): иә деп жауап берушілер	Ер		Әйел		Барлығы		p
Сіз ауруды басқару Бағдарламасына қатысу нәтижелеріне ризасыз ба?	62	(78,5%)	84	(80,8%)	146	(79,8%)	0,703
Сіз өзіңіздің ауруыңызды басқара аласыз ба?	64	(81,0%)	72	(69,2%)	136	(74,3%)	0,071
Өз ауруыңызды басқару күнделікті физикалық белсенділікті қамтиды ма?	64	(81,0%)	88	(84,6%)	152	(83,1%)	0,52
Өз ауруыңызды басқару күнделікті дұрыс тамақтануды қамтиды ма?	62	(78,5%)	80	(76,9%)	142	(77,6%)	0,802
Өз ауруыңызды басқару дәрі дәрмектерді уақтылы қабылдауды қамтиды ма?	67	(84,8%)	90	(86,5%)	157	(85,8%)	0,74
Өз ауруыңызды басқару сіздің салмағыңызды бақылауды қамтиды ма?	65	(82,3%)	86	(82,7%)	151	(82,5%)	0,942
Өз ауруыңызды басқару қандағы қант деңгейін күнделікті өлшеуді қамтиды ма?	66	(83,5%)	85	(81,7%)	151	(82,5%)	0,749
Сіз өзін-өзі бақылау күнделігін жүргізесіз бе?	66	(83,5%)	69	(66,3%)	135	(73,8%)	0,009
Сізде жеке жоспарыңыз бар ма?	63	(79,7%)	70	(67,3%)	133	(72,7%)	0,061
Сіз участкелік қызметкерлері мен қысқаша іс қимыл жоспарын жасадыңыз ба?	65	(82,3%)	70	(67,3%)	135	(73,8%)	0,023
Ауруды басқару бағдарламасына қатысқаннан кейін қандағы қант деңгейі тұрақтанды ма?	66	(83,5%)	83	(79,8%)	149	(81,4%)	0,52
Сіз ауруды басқару бағдарламасына қатысқан кезде қандағы қанттың жоғарылауына немесе артериялық гипертензияға байланысты ауруханаға жатқызылдығыңыз ба?	59	(74,7%)	69	(66,3%)	128	(69,9%)	0,223
Сіз ауруды басқару бағдарламасына қатысқаннан кейін қауіп факторларын төмендете алдыңыз ба?	67	(84,8%)	79	(76,0%)	146	(79,8%)	0,14
Сіз өзіңіздің қант диабеті немесе артериялық гипертензия ауруы бар таныстарыңызға екенін ауруды басқару бағдарламасына қатысуды ұсындыңыз ба?	68	(86,1%)	74	(71,2%)	142	(77,6%)	0,016

Жалпы талдау көрсеткендей, науқастардың көпшілігі мамандардың бақылауында тұрақты түрде болады – ең жиі кардиологқа (84,2%), офтальмологқа (58,5%) және эндокринологқа (63,9%) қаралады. Анализдер тапсырудың тұрақтылығы, мысалы, микроальбуминурия, аяқтың сезімталдығын және көз түбін зерттеу сияқты тексерулердің шамамен 60–65% құрайды. Алайда пациенттердің едәуір бөлігі (шамамен 35–40%) бұл бағыттар бойынша тұрақты тексеруден өтпейді. Барлық көрсеткіштердің ішінен тек «Басқа түрдегі анализдерді» тапсыру бойынша жынысаралық статистикалық тұрғыдан маңызды айырмашылық анықталды: әйелдердің 70,2%-ы және ерлердің 53,2%-ы бұл анализдерді тоқсан сайын тапсырады ($p=0,04$). Қалған көрсеткіштер бойынша ерлер мен әйелдер арасында статистикалық тұрғыдан маңызды айырмашылықтар жоқ ($p > 0,05$). Науқастардың көпшілігі (шамамен 89%) учаскелік мейіргердің Ауруды басқару бағдарламасын үйлестіру үшін жауапты екенін біледі (28-кесте).

Кесте 28 – АББ шеңберінде созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар науқастардың мамандарға баруы және талдаулар тапсыруы

Сұрақтар	Жауаптар	Ер		Әйел		Барлығы		p
1	2	3		4		5		6
Ауруды басқару бағдарламасы аясында сіз басқа мамандарда қараласыз ба?	Иә, офтальмологта Иә, тоқсанында 1 рет	44	(55,7%)	63	(60,6%)	107	(58,5%)	0,237
	Иә, эндокринологта Иә, тоқсанында 1 рет	49	(62,0%)	68	(65,4%)	117	(63,9%)	0,257
	Иә, кардиологта Иә, тоқсанында 1 рет	71	(89,9%)	83	(79,8%)	154	(84,2%)	0,064
	Иә, СӨС қызметінің маманы Иә, тоқсанында 1 рет	23	(29,1%)	38	(36,5%)	61	(33,3%)	0,565
	Иә, психологта	30	(38,0%)	38	(36,5%)	68	(37,2%)	0,842
Сіз келесі сынақтар мен зерттеулерді қаншалықты жиі тапсырасыз: микроальбуминурияны зерттеу	Қаралмаймын	32	(40,5%)	33	(31,7%)	65	(35,5%)	0,219
	Иә, тоқсанында 1 рет	47	(59,5%)	71	(68,3%)	118	(64,5%)	
Ауруды басқару бағдарламасының бөлігі ретінде сіз келесі сынақтар мен зерттеулерді қаншалықты жиі тапсырасыз: табан сезімталдығын зерттеу	Қаралмаймын	36	(45,6%)	34	(32,7%)	70	(38,3%)	0,154
	Иә, тоқсанында 1 рет	43	(54,4%)	69	(66,3%)	112	(61,2%)	
	Басқасын жазыңыз			1	(1,0%)	1	(0,5%)	

28-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Ауруды басқару бағдарламасының бөлігі ретінде сіз келесі сынақтар мен зерттеулерді қаншалықты жиі тапсырасыз: көз түбін зерттеу	Қаралмаймын	34	(43,0%)	34	(32,7%)	68	(37,2%)	0,167
	Иә, тоқсанында 1 рет	44	(55,7%)	70	(67,3%)	114	(62,3%)	
Ауруды басқару бағдарламасының бөлігі ретінде сіз келесі сынақтар мен зерттеулерді қаншалықты жиі тапсырасыз: талдаудың басқа түрлерін жазыңыз	Қаралмаймын	36	(45,6%)	31	(29,8%)	67	(36,6%)	0,04
	Иә, тоқсанында 1 рет	42	(53,2%)	73	(70,2%)	115	(62,8%)	
Ауруды басқару бағдарламасының іске асырылуын үйлестіруге емхана қызметкерлерінің қайсысы жауапты екенін білесіз бе?	Иә, участкелік мейіргер	70	(88,6%)	93	(89,4%)	163	(89,1%)	0,845
	Жоқ, хабарлаған жоқ	6	(7,6%)	6	(5,8%)	12	(6,6%)	

Созылмалы жүрек жетіспеушілігін басқару бағдарламасы аясында пациенттердің көпшілігі өз ауруының әртүрлі аспектілері бойынша оқудан өтті: ауруды басқару, себептері мен асқынулары, тамақтану, қауіп факторлары және физикалық жүктемелерді таңдау – респонденттердің 78%-дан 87%-ға дейінгі бөліктері осы туралы хабарлады. Қатысушылардың шамамен 70%-ы осы тақырыптар бойынша қосымша оқыту қажет деп санайды. Сондай-ақ, пациенттердің едәуір бөлігі оқу бағдарламасына және отбасының қолдауына риза. Ерлер мен әйелдер арасында бірнеше көрсеткіш бойынша статистикалық маңызды айырмашылықтар анықталды. Ер адамдар әйелдерге қарағанда қан қант деңгейін бақылау бойынша оқудан жиірек өтті (87,3% ерлерде, 73,1% әйелдерде, $p=0,02$) және емханадағы оқу уақытына қанағаттанушылықты жиірек білдірді (83,5% ерлерде, 68,3% әйелдерде, $p=0,032$). Сонымен қатар, ерлер отбасыларының мүшелері қант немесе қан қысымы көтерілгенде алғашқы көмек көрсете алатынын жиірек атап өтті (87,3% ерлерде, 73,1% әйелдерде, $p=0,046$). Қалған көрсеткіштер бойынша жыныстық айырмашылықтар статистикалық тұрғыдан маңызды болған жоқ (29-кесте).

Кесте 29 – АББ шеңберінде созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар науқастарды оқыту және қолдау

Сұрақтар	Жауаптар	Ер		Әйел		Барлығы		p
1	2	3		4		5		6
Сізге емханада ауруды қалай басқаруға болатындығы туралы білім берілді ме?	ия	68	(86,1%)	91	(87,5%)	159	(86,9%)	0,515
	жоқ	10	(12,7%)	13	(12,5%)	23	(12,6%)	
Сізге оқу керек деп ойлайсыз ба?	ия	56	(70,9%)	77	(74,0%)	133	(72,7%)	0,576
	жоқ	23	(29,1%)	26	(25,0%)	49	(26,8%)	
Сіз өзіңіздің ауруыңыздың себептері бойынша қандай да бір оқудан өттіңіз бе?	ия	63	(79,7%)	84	(80,8%)	147	(80,3%)	0,516
	жоқ	15	(19,0%)	20	(19,2%)	35	(19,1%)	
Сіздің ауруыңыздың этиологиясы (себептері) бойынша оқыту қажет деп ойлайсыз ба?	ия	50	(63,3%)	76	(73,1%)	126	(68,9%)	0,222
	жоқ	28	(35,4%)	28	(26,9%)	56	(30,6%)	
	басқа	1	(1,3%)	-	-	1	(,5%)	
Сіз аурудың асқынуы бойынша қандай да бір оқудан өттіңіз бе?	ия	67	(84,8%)	81	(77,9%)	148	(80,9%)	0,448
	жоқ	11	(13,9%)	22	(21,2%)	33	(18,0%)	
	басқа	1	(1,3%)	1	(1,0%)	2	(1,1%)	
Сіздің ойыңызша, сізге аурудың асқынуы туралы оқу қажет пе?	ия	54	(68,4%)	75	(72,1%)	129	(70,5%)	0,55
	жоқ	25	(31,6%)	28	(26,9%)	53	(29,0%)	
	басқа			1	(1,0%)	1	(,5%)	
Сіз өзіңіздің ауруларыңыз үшін тамақтану бойынша қандай да бір оқудан өттіңіз бе?	ия	65	(82,3%)	78	(75,0%)	143	(78,1%)	0,117
	жоқ	11	(13,9%)	25	(24,0%)	36	(19,7%)	
	басқа	3	(3,8%)	1	(1,0%)	4	(2,2%)	
Сіздің ойыңызша, сіздің ауруларыңыз үшін тамақтану бойынша оқыту қажет пе?	ия	54	(68,4%)	76	(73,1%)	130	(71,0%)	0,494
	жоқ	25	(31,6%)	27	(26,0%)	52	(28,4%)	
	басқа			1	(1,0%)	1	(0,5%)	
Сіз қауіп факторлары және оның сіздің ауруларыңызға қарсы күресі бойынша қандай да бір оқудан өттіңіз бе?	ия	68	(86,1%)	78	(75,0%)	146	(79,8%)	0,124
	жоқ	11	(13,9%)	24	(23,1%)	35	(19,1%)	
	басқа	-	-	2	(1,9%)	2	(1,1%)	
Сіздің ойыңызша, сізге қауіп факторлары және сіздің ауруларыңызбен күресу бойынша оқыту қажет пе?	ия	55	(69,6%)	77	(74,0%)	132	(72,1%)	0,314
	жоқ	24	(30,4%)	25	(24,0%)	49	(26,8%)	
	басқа			2	(1,9%)	2	(1,1%)	
Сіз өзіңіздің ауруларыңыз үшін физикалық белсенділікті таңдау бойынша қандай да бір оқудан өттіңіз бе?	ия	67	(84,8%)	78	(75,0%)	145	(79,2%)	0,164
	жоқ	9	(11,4%)	23	(22,1%)	32	(17,5%)	
	басқа	3	(3,8%)	3	(2,9%)	6	(3,3%)	
Сіздің ойыңызша, сіздің ауруларыңыз үшін физикалық белсенділік ті сәйкестендіру бойынша оқыту қажет пе?	ия	53	(67,1%)	76	(73,1%)	129	(70,5%)	0,649
	жоқ	23	(29,1%)	24	(23,1%)	47	(25,7%)	
	басқа	3	(3,8%)	4	(3,8%)	7	(3,8%)	
Сізге қандағы қантты бақылау мәселелері бойынша білім берілді ме?	ия	69	(87,3%)	76	(73,1%)	145	(79,2%)	0,02
	жоқ	6	(7,6%)	24	(23,1%)	30	(16,4%)	
	басқа	4	(5,1%)	4	(3,8%)	8	(4,4%)	

29-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Сізге дене салмағының индексін өлшеу немесе семіздіктің бар жоғын қалай анықтау керектігі үйретілді ме?	ия	67	(84,8%)	78	(75,0%)	145	(79,2%)	0,181
	жоқ	8	(10,1%)	21	(20,2%)	29	(15,8%)	
	басқа	4	(5,1%)	5	(4,8%)	9	(4,9%)	
Сізге артериялық гипертензияны өлшеу үйретілді ме?	ия	68	(86,1%)	80	(76,9%)	148	(80,9%)	0,296
	жоқ	10	(12,7%)	22	(21,2%)	32	(17,5%)	
	басқа	1	(1,3%)	2	(1,9%)	3	(1,6%)	
Емханада созылмалы аурулары бар науқастар үшін оқу уақыты сізге сәйкес келе ме?	ия	66	(83,5%)	71	(68,3%)	137	(74,9%)	0,032
	жоқ	10	(12,7%)	30	(28,8%)	40	(21,9%)	
	басқа	3	(3,8%)	3	(2,9%)	6	(3,3%)	
Емханада созылмалы аурулары бар науқастарды оқыту бағдарламасы сізді қанағаттандырады ма?	ия	66	(83,5%)	76	(73,1%)	142	(77,6%)	0,207
	жоқ	12	(15,2%)	24	(23,1%)	36	(19,7%)	
	басқа	1	(1,3%)	4	(3,8%)	5	(2,7%)	
Сіздің отбасыңыздың мүшелері сізбен бірге емханаға оқуға бара ма?	ия	51	(64,6%)	67	(64,4%)	118	(64,5%)	0,458
	жоқ	28	(35,4%)	35	(33,7%)	63	(34,4%)	
	басқа			2	(1,9%)	2	(1,1%)	
Сіз өзіңіздің жеке мәзіріңізді жасай аласыз ба?	ия	66	(83,5%)	81	(77,9%)	147	(80,3%)	0,631
	жоқ	12	(15,2%)	21	(20,2%)	33	(18,0%)	
	басқа	1	(1,3%)	2	(1,9%)	3	(1,6%)	
Сіздің отбасыңыздың мүшелері сіздің ауруыңызбен күресуге қолдау көрсете ме?	ия	64	(81,0%)	85	(81,7%)	149	(81,4%)	0,918
	жоқ	14	(17,7%)	17	(16,3%)	31	(16,9%)	
	басқа	1	(1,3%)	2	(1,9%)	3	(1,6%)	
Сіздің отбасы мүшелеріңіз қандағы глюкозаны өлшей ала ма?	ия	65	(82,3%)	80	(76,9%)	145	(79,2%)	0,509
	жоқ	14	(17,7%)	23	(22,1%)	37	(20,2%)	
	басқа			1	(1,0%)	1	(,5%)	
Сіздің отбасы мүшелеріңіз қандағы қанттың жоғарлауы немесе артериалды гипертензия (қысым) жағдайында алғашқы медициналық көмек көрсете ала ма?	ия	69	(87,3%)	76	(73,1%)	145	(79,2%)	0,046
	жоқ	10	(12,7%)	26	(25,0%)	36	(19,7%)	
	басқа			2	(1,9%)	2	(1,1%)	
Сіздің отбасы мүшелеріңіз қандағы қанттың төмендеуі немесе артериалды гипертензия (қысым) жағдайында алғашқы медициналық көмек көрсете ала ма?	ия	66	(83,5%)	82	(78,8%)	148	(80,9%)	0,623
	жоқ	11	(13,9%)	20	(19,2%)	31	(16,9%)	
	басқа	2	(2,5%)	2	(1,9%)	4	(2,2%)	
Сіздің ойыңызша мейіргер сізге осы оқуды өткізе ала ма?	ия	71	(89,9%)	84	(80,8%)	155	(84,7%)	0,235
	жоқ	7	(8,9%)	17	(16,3%)	24	(13,1%)	
	басқа	1	(1,3%)	3	(2,9%)	4	(2,2%)	
Сіз үшін емхана деңгейіндегі сабақтар қаншалықты жиі өткізіледі?	апта сайын	10	(12,7%)	10	(9,6%)	20	(10,9%)	0,318
	ай сайын	24	(30,4%)	36	(34,6%)	60	(32,8%)	
	тоқсан сайын	30	(38,0%)	29	(27,9%)	59	(32,2%)	
	білмеймін	15	(19,0%)	29	(27,9%)	44	(24,0%)	

29-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Сізде қант диабетін емдеу үшін таблетка дәрі-дәрмектерін (немесе инсулинді) қалай қабылдау керектігі туралы жеткілікті ақпарат бар ма?	ия	60	(75,9%)	81	(77,9%)	141	(77,0%)	0,758
	жоқ, мен қосымша ақпарат алғым келеді	19	(24,1%)	23	(22,1%)	42	(23,0%)	
Мейіргерлер сіз үшін бөлек қабылдау өткізе ме?	ия	57	(72,2%)	83	(79,8%)	140	(76,5%)	0,226
	жоқ	22	(27,8%)	21	(20,2%)	43	(23,5%)	
Сізге талдау немесе зерттеу нәтижелері туралы түсіндіреді ме?	ия, бірақ маған түсіндірген кезде мен түсінбеймін	16	(20,3%)	11	(10,6%)	27	(14,8%)	0,075
	ия, маған түсіндірген кезде мен барлығын түсінемін	34	(43,0%)	64	(61,5%)	98	(53,6%)	
	ия, маған түсіндірген кезде мен әр дайым түсіне бермеймін	21	(26,6%)	20	(19,2%)	41	(22,4%)	
	жоқ	8	(10,1%)	9	(8,7%)	17	(9,3%)	

Пациенттер жалпы алғанда дәрігерлер мен мейіргерлермен қарым-қатынасты оң бағалайды, олардың 80%-дан астамы бұл қатынасты «өте жақсы» деп атап өткен. Респонденттердің көпшілігі консультация уақытына, олардың жеке жағдайына көңіл бөлінгеніне және емдеу бойынша шешім қабылдауға қатыстырылғанына қанағаттанған – бұл аспектілерге 70%-дан астамы жоғары баға берген. Сондай-ақ, пациенттердің шамамен 60–70%-ы дәрі-дәрмектердің қолжетімділігін, оқу іс-шараларын және аурухана мен емхана арасындағы сабақтастықты оң бағалайды. Бұл ретте көрсеткіштердің көпшілігі бойынша ерлер мен әйелдер арасында елеулі айырмашылықтар анықталған жоқ. Айта кетерлік жайт – пациенттердің тек төрттен бірі ғана дәрігермен немесе мейіргермен тәулік бойы байланысу мүмкіндігі бар екенін айтқан, ал 11%-дан астамы ондай мүмкіндіктің бар екенін мүлде білмейді. Бұл жағдай стандартты жұмыс уақытынан тыс кезеңде медициналық қолжетімділік пен коммуникацияны жақсарту қажеттігін көрсетеді. Жалпы алғанда, бағалар медициналық қызмет көрсетудің ұйымдастырылуына және қолдау деңгейіне қанағаттанушылықты көрсетеді, бірақ пациенттерді ақпараттандыру және оларды емдеу процесіне тарту бағытында әлі де жетілдіруді қажет ететін тұстар бар (30-кесте).

Кесте 30 – Емханада медициналық қызмет көрсету сапасын және науқастардың медициналық персоналмен өзара іс-қимылын жыныстық белгісі бойынша бағалау

Сұрақтар	Жауаптар	Ер		Әйел		Барлығы		p
1	2	3		4		5		6
Бағалаңыз: дәрігер-пациент қарым-қатынасы	Өте жақсы	65	(82,3%)	89	(85,6%)	154	(84,2%)	0,545
	Қанағаттанарлық	14	(17,7%)	15	(14,4%)	29	(15,8%)	
Бағалаңыз: мейіргер-пациент қарым-қатынасы	Өте жақсы	62	(78,5%)	85	(81,7%)	147	(80,3%)	0,584
	Қанағаттанарлық	17	(21,5%)	19	(18,3%)	36	(19,7%)	
Бағалаңыз: консультациялар кезінде уақыттың жеткіліктілігі	Өте жақсы	57	(72,2%)	71	(68,3%)	128	(69,9%)	0,84
	Қанағаттанарлық	19	(24,1%)	29	(27,9%)	48	(26,2%)	
	Жаман	3	(3,8%)	4	(3,8%)	7	(3,8%)	
Бағалаңыз: пациенттің жеке жағдайына қызығушылық	Өте жақсы	57	(72,2%)	75	(72,1%)	132	(72,1%)	0,698
	Қанағаттанарлық	20	(25,3%)	28	(26,9%)	48	(26,2%)	
	Жаман	2	(2,5%)	1	(1,0%)	3	(1,6%)	
Бағалаңыз: пациентті медициналық көмекке қатысты шешімге тарту	Өте жақсы	59	(74,7%)	76	(73,1%)	135	(73,8%)	0,942
	Қанағаттанарлық	19	(24,1%)	27	(26,0%)	46	(25,1%)	
	Жаман	1	(1,3%)	1	(1,0%)	2	(1,1%)	
Бағалаңыз: жазбалар мен деректердің құпиялылығын сақтау	Өте жақсы	61	(77,2%)	74	(71,2%)	135	(73,8%)	0,487
	Қанағаттанарлық	18	(22,8%)	29	(27,9%)	47	(25,7%)	
	Жаман			1	(1,0%)	1	(,5%)	
Бағалаңыз: пациенттің өзін жақсы сезінуі үшін көмек көрсету, осылайша ол өзінің күнделікті жұмысын орындай алады	Өте жақсы	56	(70,9%)	74	(71,2%)	130	(71,0%)	0,676
	Қанағаттанарлық	23	(29,1%)	29	(27,9%)	52	(28,4%)	
	Жаман			1	(1,0%)	1	(,5%)	
Бағалаңыз: аурулардың алдын алу бойынша қызметтерді ұсыну (оқыту, мәзір ретінде жеке емдеу жоспарын құру, физикалық белсенділік және т.б.)	Өте жақсы	61	(77,2%)	75	(72,1%)	136	(74,3%)	0,711
	Қанағаттанарлық	16	(20,3%)	25	(24,0%)	41	(22,4%)	
	Жаман	2	(2,5%)	4	(3,8%)	6	(3,3%)	
Бағалаңыз: пациент пен оның отбасы мүшелерін ақпараттау және қолдау	Өте жақсы	56	(70,9%)	70	(67,3%)	126	(68,9%)	0,847
	Қанағаттанарлық	22	(27,8%)	32	(30,8%)	54	(29,5%)	
	Жаман	1	(1,3%)	2	(1,9%)	3	(1,6%)	
Бағалаңыз: зерттеу және емдеу мақсатын түсіндіру	Өте жақсы	63	(79,7%)	69	(66,3%)	132	(72,1%)	0,06
	Қанағаттанарлық	14	(17,7%)	34	(32,7%)	48	(26,2%)	
	Жаман	2	(2,5%)	1	(1,0%)	3	(1,6%)	
Бағалаңыз: көмек көрсету дәрігер мен мейіргердің кеңесін тағайындау мен орын даудың маңыздылығын түсіну	Өте жақсы	61	(77,2%)	75	(72,1%)	136	(74,3%)	0,333
	Қанағаттанарлық	17	(21,5%)	29	(27,9%)	46	(25,1%)	
	Жаман	1	(1,3%)	-	-	1	(,5%)	

30-кестенің жалғасы

1	2	3		4		5		6
Бағалаңыз: учаскелік қызмет қызметкерлерімен телефон арқылы сөйлесу мүмкіндігі	Өте жақсы	53	(67,1%)	74	(71,2%)	127	(69,4%)	0,752
	Қанағаттанарлық	25	(31,6%)	28	(26,9%)	53	(29,0%)	
	Жаман	1	(1,3%)	2	(1,9%)	3	(1,6%)	
Бағалаңыз: емханада күту уақыты	Өте жақсы	47	(59,5%)	61	(58,7%)	108	(59,0%)	0,533
	Қанағаттанарлық	29	(36,7%)	35	(33,7%)	64	(35,0%)	
	Жаман	3	(3,8%)	8	(7,7%)	11	(6,0%)	
Бағалаңыз: дәрілік заттардың қолжетімділігі (үздіксіз қамтамасыз ету)	Өте жақсы	47	(59,5%)	63	(60,6%)	110	(60,1%)	0,372
	Қанағаттанарлық	30	(38,0%)	34	(32,7%)	64	(35,0%)	
	Жаман	2	(2,5%)	7	(6,7%)	9	(4,9%)	
Бағалаңыз: пациентке арналған білім беру іс-шараларының қолжетімділігі	Өте жақсы	48	(60,8%)	62	(59,6%)	110	(60,1%)	0,916
	Қанағаттанарлық	28	(35,4%)	39	(37,5%)	67	(36,6%)	
	Жаман	3	(3,8%)	3	(2,9%)	6	(3,3%)	
Бағалаңыз: стационар мен емхана арасындағы сабақтастық	Өте жақсы	51	(64,6%)	63	(60,6%)	114	(62,3%)	0,859
	Қанағаттанарлық	26	(32,9%)	38	(36,5%)	64	(35,0%)	
	Жаман	2	(2,5%)	3	(2,9%)	5	(2,7%)	
Сізде дәрігердің немесе мейіргердің телефон нөмірі бар, онымен сіз өзіңіздің жағдайыңыз туралы (кешке немесе демалыс күндері) үйде кеңес ала аласыз	Иә, мен кез келген уақытта хабарласа аламын (кешке және демалыс күндері)	16	(20,3%)	27	(26,0%)	43	(23,5%)	
	Ия, мен тек жұмыс уақытында (күндізгі) байланыса аламын	45	(57,0%)	58	(55,8%)	103	(56,3%)	
	Білмеймін, мұндай мүмкіндік туралы білмедім	12	(15,2%)	9	(8,7%)	21	(11,5%)	
	Жоқ	6	(7,6%)	10	(9,6%)	16	(8,7%)	

Осылайша, жыныстық айырмашылықтар әлеуметтік мәртебе мен диагноз қойылған уақыт ұзақтығында, сондай-ақ тамақтанудың маңыздылығын қабылдау мен өзін-өзі бақылау күнделігін жүргізу және іс-қимыл жоспарын әзірлеуге қатысу деңгейінде байқалды. Пациенттердің көпшілігі қауіп факторлары туралы жақсы хабардар және өз білім деңгейін әрі ауруды басқару қабілетін оң бағалайды. Бұл ретте ер адамдар өзін-өзі ұйымдастыру мен емдеу бағдарламасына қатысуда үлкен белсенділік танытады. Жалпы алғанда, пациенттер медициналық қызмет көрсету сапасына, соның ішінде дәрігерлер мен мейіргерлермен қарым-қатынасқа, консультация уақытына, дәрі-дәрмектер мен оқу қызметтерінің қолжетімділігіне қанағаттанған. Алайда респонденттердің елеулі бөлігі медициналық персоналмен тәулік бойы байланыса алмайды, бұл жұмыс уақытынан тыс кезеңде коммуникация мен қолдауды жақсарту қажеттігін көрсетеді. Жоғары бағаларға қарамастан, әсіресе әйелдер арасында, пациенттердің ақпараттану деңгейі мен қатысуын арттыру бойынша мүмкіндіктер бар екені анықталды.

6 АУРУЛАРДЫ БАСҚАРУ БАҒДАРЛАМАСЫН ІСКЕ АСЫРУДАҒЫ МЕЙІРГЕР ҚЫЗМЕТІНІҢ МОДЕЛІ

Бұл бөлімде ұсынылған мейіргер қызметінің моделі зерттеу жұмысының алдыңғы бөлімдерінде алынған эмпирикалық деректерді, пациенттер мен медициналық қызметкерлердің пікірлерін, сондай-ақ АББ-ның нормативтік-ұйымдастырушылық талаптарын жүйелі талдау негізінде әзірленді. Модельді қалыптастыру аралас әдістерді пайдалана отырып жүзеге асырылды.

Алдымен үш нозология (2 типті қант диабеті, артериялық гипертензия, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі) бойынша АББ-на қатысатын пациенттердің жағдайын, олардың ынтымақтастығын, өзін-өзі бақылау деңгейін және медициналық көмекке қанағаттануын сипаттайтын деректер талданды.

Модельдің құрылымы мен мазмұнын нақтылау үшін Алматы қаласындағы екі МСАК ұйымының мамандары қатысқан сараптамалық топтық талқылау жүргізілді. Қатысушылар құрамында 2 сарапшы-дәрігер, 3 мейіргер, 4 жалпы тәжірибедегі дәрігері, АББ-на қатысушы 5 пациент (үш нозологиядан) болды.

Сараптамалық сессияда мейіргерлік процестің кезеңдері, міндеттерді бөлу, оқыту мен мониторинг алгоритмдері, командалық өзара әрекеттестік талқыланды. Қатысушылар ұсынылған үлгінің практикалық қолданылуын, күтілетін нәтижелерін және ықтимал шектеулерін бағалады.

Модельді әзірлеуде мейіргерлердің білім деңгейін, дағдыларын және қосымша оқыту қажеттілігін анықтау мақсатында кері байланыс және өзін-өзі бағалау формалары қолданылды. Модельді құрастыруда созылмалы ауруларды басқарудағы мейіргерлер рөлінің халықаралық стандарттары (NCD management, WHO, ССМ моделі) және Қазақстандағы қолданыстағы клиникалық хаттамалар ескерілді.

Жиналған деректер негізінде мейіргердің қызметі 5 кезеңдік модульге жүйелендірілді. Әр кезең бойынша міндеттер, нақты функциялар, гендерлік айырмашылықтарды ескеретін элементтер және мониторинг құралдары анықталды:

1. Дайындық кезеңі

Негізгі міндеттер: Бұл кезеңде аурудың нақты критерийлері мен асқыну қаупін бағалау негізінде пациенттерді бағдарламаға қосу үшін мұқият іріктеу жүргізіледі. Мейіргер пациенттердің деректерін бағдарлама бойынша электрондық регистрге дәл енгізуге, жеке консультацияларды жоспарлауға, қабылдаулар кестесін үйлестіруге және пациенттерді келесі келулердің қажеттілігі туралы хабардар етуге жауапты. Мейіргердің жұмысы бағдарлама шеңберінде пациентті одан әрі сүйемелдеу үшін берік негіз қалыптастыруға бағытталған.

Мейіргердің рөлі: Мейіргер бағдарлама жетекшісі мен дәрігердің ұсынымдарына сүйене отырып пациенттерге скрининг жүргізеді, электрондық регистрді жүргізіп, үнемі жаңартып отырады. Сонымен қатар, ол консультациялар кестесін ұйымдастырады, пациенттерді уақтылы хабардар етеді және қажет болған жағдайда пациентті емдеу процесінде қолдау көрсету үшін отбасы мүшелерін де тартады. Бұл кезеңде кездесулердің жиілігі әр

пациенттің тәуекел деңгейі мен жұмыс көлеміне байланысты әдетте 1–2 ретті құрайды. Ерекше көңіл деректердің дәлдігіне және бағдарламаға қатысушылар арасындағы тиімді коммуникацияны қамтамасыз етуге бөлінеді.

2. Оқыту және ақпараттандыру кезеңі

Негізгі міндеттер: Кезеңнің мақсаты – пациенттерді өзін-өзі бақылаудың негіздерімен, диетаны ұстану мен емдеу режимін сақтауға үйрету, сондай-ақ қауіп факторлары туралы ақпарат беру және дәрігерлердің ұсыныстарын орындаудың маңыздылығын түсіндіру. Топтық және жекеше сабақтар өткізіледі, олар пациенттердің жыныстық және жас ерекшеліктерін ескереді. Үлкен көңіл мотивацияға және тек пациенттерге ғана емес, олардың отбасы мүшелеріне де тартуға бөлінеді, бұл мінез-құлықтың тұрақты өзгеруіне ықпал етеді.

Мейіргердің рөлі: Мейіргер тұрақты түрде, әдетте айына кемінде бір рет оқыту сессияларын ұйымдастырады және қосымша консультациялар мүмкіндігін ұсынады. Ол ерлер мен әйелдердің қабылдау ерекшеліктерін ескере отырып, бейімделген көрнекі материалдар мен бағдарламаларды пайдаланады (мысалы, ерлерге темекі шегу мен алкогольдің зиянына ерекше назар аудару, әйелдерге жазбаша нұсқаулықтарды егжей-тегжейлі беру). Мейіргер ақпараттың меңгерілуін және мотивация деңгейін бағалайды, сондай-ақ пациенттердің туыстарын белсенді түрде тарту арқылы оқытудың тиімділігін едәуір арттырады.

3. Мониторинг және сүйемелдеу

Негізгі міндеттер: Бұл кезеңге антропометриялық және биохимиялық өлшемдерді тұрақты түрде жүргізу кіреді (гликирленген гемоглобин, липидтік профильді талдау үшін қан алу), пациенттің белгіленген емдеу жоспарын орындауын және өзін-өзі бақылау күнделігін жүргізуін қадағалау. Медициналық қызметкерлер емдеудегі кедергілерді, соның ішінде пациенттердің эмоционалдық күйі мен мотивациясын анықтау және оларды жеңуге ерекше назар аударады.

Мейіргердің рөлі: Мейіргер аурудың ауырлығына және пациенттің жеке ерекшеліктеріне байланысты орташа есеппен әр 1–3 айда мониторинг жүргізеді. Ол зертханалық процедураларды орындайды, алынған мәліметтерді талдап, емдеуші дәрігерге хабарлайды. Сонымен қатар, мейіргер пациенттерге кеңес береді, ерлер арасында жиі кездесетін зиянды әдеттер – темекі шегу мен алкогольді пайдалану мәселесіне ерекше назар аударады.

4. Команданың жұмысын үйлестіру

Негізгі міндеттер: Бұл кезеңде дәрігерлер, әлеуметтік қызметкерлер және басқа мамандар арасында ақпараттың уақтылы әрі нақты алмасуы қамтамасыз етіледі, сондай-ақ емдеу шаралары мен пациенттерге қолдау көрсету бойынша бірлескен жоспарлау жүргізіледі. Бағдарламаның максималды тиімділігі үшін барлық команда мүшелерінің күш-жігерін үйлестіру маңызды болып табылады.

Мейіргердің рөлі: Мейіргер мультидисциплинарлық команда мүшелері арасында байланыс орнатушы ретінде қызмет етеді, пациенттердің жағдайы мен мониторинг нәтижелері туралы өзекті ақпаратты жеткізеді. Ол бірлескен іс-қимылдарды үйлестіреді, тапсырмаларды бөліп береді, сондай-ақ емдеу жоспарын жеке ерекшеліктер мен гендерлік айырмашылықтарды ескере отырып бейімдеуге көмектеседі. Мейіргер әлеуметтік қызметтермен және пациенттің

отбасы мүшелерімен белсенді түрде өзара әрекеттеседі, бұл емдеу мен қолдаудың кешенді тәсілін қамтамасыз етеді.

5. Тиімділікті бағалау және есеп беру

Негізгі міндеттер: Бұл кезеңде бағдарлама шараларының орындалуы туралы деректер жиналып, талданады, пациенттердің жағдайы мен емдеу нәтижелері бойынша есептер дайындалады, сондай-ақ бағдарламаны жетілдіруге және әріптестерді оқытуға қатысу арқылы жұмыстың сапасын арттыру жүзеге асырылады.

Мейіргердің рөлі: Мейіргер нақты әрі уақтылы құжаттама жүргізеді, пациенттер бойынша мониторинг есептерін жасайды және оқу-ағарту мен емдеу шараларының тиімділігін талдайды. Ол өз тәжірибесімен әріптестерімен бөлісіп, оқыту сессияларына үнемі қатысады. Ерекше назар мотивациялық кеңес беру дағдыларын дамытуға, электрондық медициналық жүйелермен жұмыс істеуге және пациенттердегі зиянды әдеттерді тиімді басқару үшін біліктілікті арттыруға аударылады (31-кесте).

Кесте 31 – Ауруларды басқару бағдарламасын іске асырудағы орта буын медициналық қызметкерлерінің қызмет моделі (АББ)

Кезең	Негізгі міндеттері	Мейіргердің рөлі
1. Дайындық кезеңі	- пациенттерді ауру және қауіп факторлары бойынша іріктеу; - мәліметтерді тіркеу жүйесіне енгізу; - кеңес берулерді жоспарлау	- пациенттердің скринингі; - мәліметтерді тіркеу жүйесіне енгізу және жаңарту; - кесте мен хабарламаларды үйлестіру
2. Оқыту және ақпараттандыру	- өзін-өзі бақылауға, диетаға және емдеу тәртібіне үйрету; - қауіп факторлары туралы ақпарат беру; - сабақтар өткізу	- оқыту әңгімелерін ұйымдастыру және өткізу; - көрнекі материалдарды пайдалану; - білімді меңгеру және мотивация деңгейін бағалау
3. Мониторинг және сүйемелдеу	- антропометрия және зертханалық зерттеулер; - емдеу жоспары мен күнделікті бақылау журналын орындалуын қадағалау; - эмоционалдық күйді қолдау	- өлшемдер жүргізу және талдау үшін қан алу; - мәліметтерді талдау және дәрігерге хабарлау; - емдеулер бойынша консультациялар
4. Команданың жұмысын үйлестіру	- мамандар арасында ақпарат алмасу; - емдеу мен қолдауды бірлесіп жоспарлау	- топ мүшелері арасындағы байланысты қолдау; - тапсырмаларды бөлу және іс-әрекеттерді үйлестіру
5. Тиімділікті бағалау және есеп беру	- бағдарлама деректерін жинау және талдау; - есептерді дайындау; - әріптестерді жетілдіруге және оқытуға қатысу	- құжаттама мен есептілікті жүргізу; - іс-шаралардың тиімділігін талдау; - тәжірибе алмасу және кәсіби даму

Зерттеу нәтижелерін ескере отырып, негізгі толықтырулар:

1. Ерлердегі зиянды әдеттермен жұмыс: Ерлер темекі шегу мен алкогольді қолдануға жиі бейім болғандықтан, мейіргерлер оқыту және

пациенттерді қолдау кезінде осы мәселелерге ерекше назар аударуы қажет. Мотивациялық әдістерді қолдану маңызды, қажет болған жағдайда пациенттерді арнайы көмекке бағыттау керек.

2. Тәсілдердегі гендерлік айырмашылықтар: Оқыту мен қолдау ерлер мен әйелдердің қабылдауы мен қатысуындағы айырмашылықтарды ескеруі тиіс. Әйелдерге көбінесе жан-жақты жазбаша ақпарат пен физикалық жаттығуларды таңдауда қолдау қажет болады, ал ерлер шешім қабылдауда және эмоционалдық қолдауда белсендірек болады.

3. Отбасы мүшелерімен өзара әрекеттесу: Пациенттердің туыстары мен жақындарын белсенді түрде тарту ұсыныстардың сақталуын жақсартуға және эмоционалдық күйді қолдауға ықпал етеді, бұл емдеудің тиімділігін арттырады.

4. Мейіргерлерді оқытудың қажеттілігі: Көптеген мейіргерлер қосымша кәсіби даму қажеттілігін атап өтеді, әсіресе мотивациялық кеңес беру, зиянды әдеттермен жұмыс істеу және электрондық медициналық жүйелерді пайдалану, бұл медициналық көмектің сапасын және бағдарламаның нәтижелерін жақсартуға ықпал етеді.

Осы міндет аясында біз пациенттердің жағдайын бақылау және мейіргерлер жұмысының тиімділігін бағалау үшін арнайы үлгілер әзірледік.

Бірінші үлгі пациенттің денсаулығын ай сайын бақылау үшін арналған және оның құрамына дене массасы, қан қысымы, гликирленген гемоглобин деңгейі, диетаны ұстану, өзін-өзі бақылау күнделігін жүргізу және зиянды әдеттердің болуы сияқты негізгі көрсеткіштер кіреді. Бұл құрал мейіргерлерге пациенттердің жағдайының динамикасын жүйелі түрде қадағалап, уақытылы ауытқуларды анықтауға көмектеседі.

Екінші үлгі – пациенттер бойынша тоқсандық есеп – пациенттер тобының жұмысын жинақтап талдауға арналған. Онда келулер туралы деректер, ұсыныстарды ұстану, зиянды әдеттердегі өзгерістер және жалпы денсаулық жағдайы жазылады. Мұндай есеп жеке және топтық шараларды жоспарлауға, сондай-ақ медициналық команданың жұмысын үйлестіруді жақсартуға ықпал етеді.

Сонымен қатар, оқытудан кейін мейіргерлер үшін кері байланыс пен өзін-өзі бағалау формасы әзірленді. Бұл форма алынған білімнің пайдалығын, оны практикада қолданудың ыңғайлылығын бағалауға және қосымша оқуды қажет ететін тақырыптарды анықтауға мүмкіндік береді. Мұндай құрал үздіксіз кәсіби дамуға және оқыту бағдарламасын қызметкерлердің нақты қажеттіліктеріне бейімдеуге септігін тигізеді.

1 үлгі:

Мейіргерлерді оқыту және ауруларды басқару бағдарламасындағы мониторинг (АББ)

Мейіргерлерді оқыту жоспары:

Оқытудың мақсаттары:

1. Пациенттерді, әсіресе зиянды әдеттері барларды, мотивациялық кеңес беру дағдыларын арттыру.

2. Пациенттердің отбасы мүшелерімен өзара әрекеттесуді меңгеру.

3. Электрондық медициналық тіркеулер мен мониторинг жүйелерімен жұмыс істеуді үйрену.

4. Оқыту барысында пациенттердің гендерлік және жас ерекшеліктерін ескеру (32-кете).

Кесте 32 – Оқыту бағдарламасының құрылымы

Модуль	Мазмұны	Формат	Ұзақтығы
1. АББ бағдарламасының негіздері	Бағдарламаның мақсаттары, құрылымы, кезеңдері, мейіргердің рөлі	Дәріс талқылау +	2 сағат
2. Мотивациялық кеңес беру және жаман әдеттер	Мотивация әдістері, темекі шегу және алкогольмен жұмыс, гендерлік аспектілер	Практикалық тренингтер	3 сағат
3. Пациенттермен және олардың отбасыларымен өзара әрекеттесу	Туыстарды тарту, қарым-қатынас дағдылары, эмоционалды жағдайды қолдау	Рөлдік ойындар, кейстер	3 сағат
4. Электрондық бақылау жүйелерін пайдалану	Деректерді енгізу және жаңарту, регистрмен жұмыс, автоматтандырылған еске салғыштар	Практикалық сабақтар	2 сағат
5. Пациенттермен білім беру жұмысын ұйымдастыру	Сабақтарды жоспарлау, материалдарды таңдау, гендерлік және жас ерекшеліктерін есепке алу	Семинар	2 сағат
6. Талдау және есеп беру	Құжаттаманы жүргізу, есептерді дайындау, тиімділікті талдау	Дәріс практика +	2 сағат

Бақылау және есеп беру үлгілері (33, 34, 35-кестелер)

Кесте 33 – Пациенттің ай сайынғы мониторингі

Көрсеткіш	Мағынасы	Өлшеу күні	Ескерту
Дене салмағы (кг)			
Артериалды қысым (мм с.б.)			
Гликатталған гемоглобин деңгейі (%)			
Липидті профиль			
Диета ұстану (иә/жоқ)			
Өзін-өзі бақылау күнделігін жүргізу (иә/жоқ)			
Ем қабылдауға бейімділік (бағалау)			
Зиянды әрекеттердің болуы			Алдыңғы сапардан өзгерістерді көрсетіңіз
Психоэмоционалдық жағдай			Қысқаша бағалау, ұсыныстар
Мейіргердің ұсыныстары			

Кесте 34 – Пациенттер туралы тоқсандық есеп

Пациент	Жасы	Жынысы	Диагноз	Келулер саны	Ұсыныстарды сақтау (%)	Жаман әдеттер	Жағдайды жақсарту (иә/жоқ)	Пікірлер
1	58	Е	2 типті қант диабеті	3	80	Темекі шегу	Иә	Қосымша мотивация қажет
2	64	Ә	Артериялық гипертензия	4	90	Жоқ	Иә	Отбасын жақсы тарту

Кесте 35 – Оқытудан кейінгі мейіргердің кері байланысы мен өзін-өзі бағалау формасы

Сұрақ	Бағалау (1–5)	Пікірлер
Ақпарат қаншалықты пайдалы болды?		
Білімді қолдану қаншалықты оңай?		
Қандай тақырыптар қосымша оқып білуді қажет етеді?		
Оқуды жақсарту бойынша ұсыныстарыңыз		

Модельдің іске асырылуын бағалау

Орта медициналық қызметкерлерінің қызмет үлгісі мен мейіргерлерді оқыту бағдарламасы әзірленіп, Алматы қаласындағы екі бастапқы медициналық-санитарлық көмек (МСАК) ұйымының қызметкерлеріне одан әрі апробация жүргізу үшін ұсынылды. Талқылауға аудитор-дәрігерлер (2), мейіргерлер (3), жалпы практика дәрігерлері (4) және АББ-на қатысатын үш нозологиясы бар пациенттер (5) қатысты. Талқылау барысында бағдарламаға көшпес бұрын мейіргерлерді мұқият даярлау кезеңінің – оқытуының маңыздылығы атап өтілді, содан кейін бағдарламаның келесі кезеңдерін іске асыруға көшуге болады.

Үлгіні жүзеге асыруға қатысты оң пікірлер ұсынылған модельдің толық апробациядан кейін және МСАК құрылымы мен кадрлардың бар болуын ескере отырып, қажет түзетулер енгізілгеннен кейін басқа аймақтарға кеңейту әлеуетінің бар екенін көрсетеді.

Қосымша атап өтілгендей, модельдің сәтті жүзеге асуы үшін қажет:

1. Қажетті ресурстық және ұйымдастырушылық сүйемелдеуді қамтамасыз ететін медициналық ұйымдардың басшылығына белсенді қолдауы.

2. Медициналық көмек көрсетудің жоғары сапасын қолдауға ықпал ететін мейіргердің біліктілігі мен уәждемесін үнемі арттыру.

3. Пациенттердің жағдайын есепке алу және бақылау процестерін оңтайландыратын заманауи электронды мониторинг жүйелерінің интеграциясы.

4. Пациенттер мен олардың отбасыларын емдеу процесіне тарту, бұл бағдарламаның тиімділігін айтарлықтай арттырады.

Сонымен қатар, талқылау барысында әлеуетті шектеулер мен тәуекелдер анықталды: білікті кадрлардың тапшылығы, кейбір МСАК-де техникалық қиындықтар, модельді жергілікті жағдайларға бейімдеу қажеттілігі. Осы аспектілерді ескере отырып, модельді әрі қарай апробациялап, кері байланыс

жинап, оның тұрақтылығы мен тиімділігін арттыруға бағытталған түзетулер енгізу ұсынылады.

Талқылау барысында әзірленген модельдің тұрақтылығы мен сәтті жүзеге асуына елеулі әсер ететін факторлар анықталды.

Модельдің тұрақтылығына әсер ететін факторлар:

Медициналық ұйымдар басшылығының қолдауы және мультидисциплинарлық топтың барлық мүшелерінің қызығушылығы. Басшылық бағдарламаның сәтті жүзеге асуына қажетті ресурстармен қамтамасыз етіп, мамандар арасында тиімді өзара әрекеттестікке жағдай жасау арқылы маңызды рөл атқарады. Мультидисциплинарлық топтың барлық қатысушыларының белсенді қатысуы келісілген жұмысты және ақпарат алмасуды қамтамасыз етіп, пациенттерге көрсетілетін көмектің сапасын арттырады.

Мейіргердің біліктілігін тұрақты арттыру және мотивациясы. Кәсіби шеберліктің жоғары деңгейін сақтау үшін мотивациялық кеңес беру дағдыларын және электрондық жүйелермен жұмыс істеуді дамытуға бағытталған жүйелі оқыту мен тренингтер қажет. Қызметкерлердің мотивациясын мойындау мен мансаптық өсу арқылы арттыру – күйзеліс пен кәсіби күйіп-жанудың алдын алып, көрсетілетін көмектің сапасын жақсартады.

Пациенттерді бақылау және есепке алу үшін заманауи электрондық жүйелердің болуы. Сенімді әрі ыңғайлы электрондық регистрлерді пайдалану деректерді жүргізуді жеңілдетеді, команда мүшелері арасында ақпарат алмасуды жеделдетеді және пациенттердің жағдайындағы өзгерістерді уақтылы анықтауға мүмкіндік береді.

Пациенттер мен олардың отбасы мүшелерін емдеу және мониторинг процесіне белсенді тарту. Туыстарын тарту пациенттерге қолдауды күшейтеді және ұсыныстарды, әсіресе өмір салтын өзгерту мен зиянды әдеттерден арылу мәселелерінде, жақсырақ ұстануға ықпал етеді.

Пациенттерді оқыту мен сүйемелдеуге арналған қаржылық қамтамасыз ету және ресурстар бөлу. Бағдарламаның тұрақты жұмыс істеуі үшін персоналды оқыту, жабдық сатып алу және пациенттерге арналған іс-шараларды ұйымдастыруды қамтитын тұрақты қаржыландыру қажет.

Алайда іс жүзінде бұл факторлардың тиімділігі бірқатар тәуекелдер мен шектеулерге байланысты шектелуі мүмкін. Бағдарламаның тұрақты жұмысын қамтамасыз ету үшін оларды дер кезінде анықтап, барынша азайту қажет.

Мүмкін болатын шектеулер мен қатерлер:

1. Білікті және мотивациясы жоғары мейіргердің жеткіліксіздігі.
2. Кейбір өңірлерде заманауи ақпараттық технологияларға қолжетімділіктің шектеулі болуы.

3. МСАК ұйымдарының құрылымындағы әртүрлілік, бұл модельді бейімдеуді талап етеді.

4. Қызметкерлер немесе пациенттер тарапынан өзгерістерге қарсылық болуы мүмкін.

5. Бағдарламаны кеңейтуге кедергі келтіретін шектеулі қаржыландыру және ресурстық база.

Әзірленген мейіргер қызметінің үлгісі ауруларды басқару бағдарламасын жүзеге асыруда тұрақтылық пен шектеулерді ескере отырып, жоғары жүзеге асу әлеуеті мен тиімділігін көрсетеді. Бағдарламаны сәтті кеңейту және ұзақ мерзімді енгізу үшін денсаулық сақтау жүйесінің барлық деңгейінде – басшылықтан бастап пациенттерге дейін кешенді қолдау қажет. Мейіргерлердің кәсіби дамуындағы тұрақтылыққа, МСАК техникалық жабдықталуын жақсартуға және пациенттер мен олардың отбасыларын емдеу процесіне тартуға ерекше назар аудару керек. Модельді жергілікті жағдайларды ескере отырып бейімдеу медициналық көмектің сапасын арттырып, өңірдегі созылмалы аурулардың ауыртпалығын азайтуға мүмкіндік береді.

ҚОРЫТЫНДЫ

Созылмалы жұқпалы емес аурулар жоғары өлім-жітім және мүгедектік деңгейіне байланысты денсаулық сақтаудың басты мәселелерінің бірі болып қала береді, бұл ауруларды басқарудың тиімді бағдарламаларын қажет етеді. Осы тұрғыдан қарағанда, Қазақстандағы алғашқы медициналық-санитарлық көмек деңгейінде осындай бағдарламаларды жүзеге асыруда мейіргердің, әсіресе мейіргерлердің рөлі ерекше маңызды. Біздің зерттеуіміз созылмалы ауруларды басқару бағдарламаларын сәтті енгізудегі мейіргерлердің функциялары мен үлесін зерттеуге бағытталған, бұл медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігін арттыруға септігін тигізеді.

2016 жылдан 2023 жылға дейін Алматыда үш негізгі созылмалы нозология бойынша аурушандық тұрақты өсуде: 2 типті қант диабеті, артериялық гипертензия (АГ) және созылмалы жүрек жеткіліксіздігі (СЖЖ). Қант диабеті аурушандығы 28 920-дан 54 850 жағдайға дейін өсті, ең айтарлықтай өсу 18-44 жас аралығындағы топта байқалды – 1 183-тен 3 239 жағдайға дейін, яғни үш есеге жуық. Артериялық гипертензия 85 534-тен 178 899 жағдайға дейін артты, ең үлкен өсу 75 жастан асқандар арасында болды – 16 794-тен 33 342 жағдайға дейін. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі ең күрделі өсу көрсеткішін көрсетті – 2016 жылы 4 173 жағдайдан 2023 жылы 21 704 жағдайға дейін, әсіресе 60-74 және 75 жастан жоғары жас топтарында айқын байқалады.

2014–2023 жылдар аралығындағы қант диабеті салдарынан өлім-жітімнің талдауы 2021 жылы – 100 000 тұрғынға шаққанда 30,6 жағдаймен шарықтау шегін көрсетті, бұл COVID-19 пандемиясы мен медициналық көмекке қолжетімділіктің нашарлауымен байланысты болды. Осы кезеңде орташа жылдық өзгеру қарқыны (AAPC) 1,9% болды, бірақ сенімділік интервалы кең (-3,4%-дан 7,4%-ға дейін), бұл статистикалық тұрғыдан маңызды ұзақ мерзімді үрдістің жоқтығын көрсетеді. Қант диабетінен болатын алдын алуға болатын және емделетін өлім-жітімнің абсолютті өсімі 100 000 тұрғынға шаққанда 8,64 жағдайды құрады, оның ішінде 5,37 жағдайы алдын алуға болатын, ал 4,32 жағдайы емделетін өлім-жітім болып табылады. Ерлерде өлім-жітім көбірек өсті – 100 000-ға 10,73 жағдай, ал әйелдерде – 7,35, бұл аурушандық пен өлім-жітімдегі гендерлік айырмашылықтарды айқындайды.

Абсолютті өлім-жітім көрсеткіштерінің өсуіне қарамастан, салыстырмалы өзгерістер айтарлықтай емес – барлық топтар мен өлім себептері бойынша жыл сайын 0,40%-дан 0,43%-ға дейін. Ерлерде өлім-жітім деңгейі тұрақты түрде жоғары болып келеді: 2021 жылы ерлер арасында өлім-жітім 100 000 адамға 36,06 болса, әйелдерде 27,33 болды. Бұл деректер алдын алу және емдеу шараларын, әсіресе гендерлік ерекшеліктер мен жас топтарын ескере отырып, жақсартудың қажеттігін көрсетеді, сондай-ақ созылмалы жұқпалы емес аурулардың ауыртпалығын азайту үшін алғашқы медициналық-санитарлық көмек жүйесін нығайтудың маңыздылығын айқындайды.

Алматы қаласындағы 13 мейіргердің арасында жүргізілген біздің зерттеуіміз олардың негізгі міндеттері уақтылы тексерулер жүргізу, алғашқы көмек көрсету, асқынулардың алдын алу және пациенттерді дәрі-дәрмек

қабылдау, диета және процедуралар бойынша оқыту екенін көрсетті. Сонымен қатар, мейіргерлердің көпшілігі білімнің жетіспеушілігін және қосымша оқыту қажеттілігін атап өтті, ал пациенттермен жүргізілетін оқу жұмыстары көбінесе ауызша әңгімелермен шектеледі.

Мейіргерлер ұсыныстарды елемейтін, ем режимі мен диетаны сақтамайтын, сондай-ақ жағдайын бақыламайтын пациенттермен жұмыс істеуде қиындықтарға тап болады. Осы мәселелерді шешу үшін мейіргерлер түсіндіру әңгімелерін жүргізіп, пациенттерді қайталама кеңесуге шақырады, сонымен қатар қатысушылардың бірі электрондық медициналық карталар негізіндегі автоматтандырылған бақылау жүйелерінің маңыздылығын атап өтті. Халықаралық тәжірибе көрсеткендей, пациенттерді оқыту және қолдау бағдарламалары емдеу нәтижелерін елеулі жақсартып, ауруханаға жатқызуды азайтады. Мысалы, Жапонияда бес кезеңді оқу бағдарламасы мейіргер-студенттерінің клиникалық ойлауын жетілдірсе, Қытайда созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар пациенттерді құрылымдық оқыту емдеу режимін сақтауды және әлеуметтік қолдауды арттырды. Бұл тәсілдер Қазақстандағы АББ тиімділігін арттыруға бейімделуі мүмкін.

Артериялық гипертензиясы бар 278 пациенттің қатысуымен жүргізілген зерттеуде негізгі әлеуметтік-демографиялық сипаттамалар (жас, білім деңгейі, отбасы жағдайы, материалдық жағдай, тұрмыс жағдайы; $p > 0,05$), диагноз қою уақыты ($p = 0,21$), ауызша ақпарат көлемі ($p = 0,911$), уақтылы тексерілмеу себептері ($p = 0,9$) және диетаны сақтау ($p = 0,678$) бойынша ерлер мен әйелдер арасында статистикалық маңызды айырмашылықтар анықталған жоқ. Маңызды айырмашылықтар жазбаша ақпарат көлемі бойынша ($p = 0,003$) табылды, оны әйелдер жиі алды (56,7% қарсы 43,0%), сондай-ақ зиянды әдеттер бойынша – темекі шегу (49,6% ерлерге қарсы 20,4% әйелдер, $p < 0,001$) және алкоголь қолдану (28,9% ерлерге қарсы 18,5% әйелдер, $p = 0,04$). Әйелдер семіздік сияқты қауіп факторлары туралы (95,5% қарсы 89,3%, $p = 0,044$) және гликозилденген гемоглобинді бақылау туралы (91,1% қарсы 81,8%, $p = 0,023$) жақсы хабардар болды. Отбасы мүшелерін оқытудың маңыздылығын қабылдау да әр түрлі болды (ерлер 52,9% және әйелдер 45,2%, $p = 0,047$). Ерлер эмоционалды қолдаудың жоғары деңгейін жиі атап өтті (95,9% қарсы 87,9%, $p = 0,047$) және емдеу бойынша шешім қабылдауға белсенді қатысты (73,6% қарсы 61,8%, $p = 0,03$). Басқа негізгі ауруды басқару бағдарламасының аспектілері бойынша барлық айырмашылықтар статистикалық маңызды емес болды ($p > 0,05$), бұл екі жыныстағы пациенттердің теңдестірілген қабылдауы мен қатысуын көрсетеді.

Зерттеуге 278 қант диабеті бар пациент қатысты: 102 ер адам (36,7%) және 176 әйел (63,3%). Әлеуметтік мәртебе бойынша маңызды гендерлік айырмашылықтар анықталды ($p < 0,001$): әйелдер көбінесе үй шаруасымен айналысатындар болды (24,2%), ерлер – жұмыссыздар (16,7%) және зейнеткерлер. Темекі шегу (38,9%) және алкогольді тұтыну (31,0%) бойынша ерлерде зиянды әдеттер едәуір жиі болды ($p < 0,001$). Диагноз қойылған кездегі ақпарат алу, диетаны сақтау және тексеруден кешігу себептері сияқты басқа көрсеткіштер жынысқа байланысты ерекшеленген жоқ. Пациенттердің көпшілігі негізгі қауіп факторлары мен диабетті басқару туралы хабардар болды, ерлер

мен әйелдер арасында елеулі айырмашылықтар болған жоқ ($p>0,05$), тек тұзды шамадан тыс қолданудың әсері туралы хабардарлықта ерлер жиі болды ($p=0,029$). Участкелік мейіргер АББ қатысу және оның ұйымдастырылуына қанағаттану жыныстан тәуелсіз болды (шақырылғандардың 70-75%), сондай-ақ өзін-өзі бақылау журналының жүргізілуі және жеке емдеу жоспарының болуы да өзгермеді. Әйелдер физикалық жаттығуларды таңдау бойынша оқытуға жиі мұқтаждық білдірді (77,2% қарсы 73,5%, $p=0,016$). Медициналық қызмет сапасын бағалауда әйелдер күнделікті істерді орындауға көмек көрсету үшін «Өте жақсы» деген бағаны жиі қойды (75,0% қарсы 60,8%, $p=0,022$), ал басқа айырмашылықтар маңызды емес болды ($p>0,05$).

Зерттеуге созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар 183 пациент қатысты, оның ішінде 79 ер адам (43,2%) және 104 әйел (56,8%). Жас және білім деңгейі бойынша бөліну жынысқа байланысты ерекшеленбеді (сәйкесінше $p=0,77$ және $p=0,724$), бірақ әлеуметтік мәртебеде маңызды айырмашылықтар анықталды ($p=0,015$): ерлер жиі жұмыс істейді (63,3% қарсы 53,8%), ал әйелдер айтарлықтай жиі үй шаруасымен айналысады (18,3% қарсы 2,5%). Әйелдерде диагноз үш жылдан астам бұрын қойылғаны жиі байқалды (42,3% қарсы 32,9%, $p=0,049$), ал ерлер диагноз қойылған кезде жеткілікті көлемде ауызша ақпарат алғанын жиі атап өтті (72,2% қарсы 60,6%, $p=0,028$). Пациенттердің шамамен жартысы диетаны сақтайды (45,9%), үштен бірі темекі шегеді (35,5%) және алкоголь қолданады (26,2%), жынысына байланысты маңызды айырмашылықтар байқалмады. Жалпы алғанда, пациенттер негізгі қауіп факторлары туралы жақсы хабардар, оның ішінде тамақтану ең маңызды фактор болып саналады, әсіресе ерлер арасында (81,0% қарсы 65,4%, $p=0,009$). Пациенттердің көбі бағдарламаға қатысудың нәтижелерін оң бағалап, шамамен 75–85% өз ауруларын басқаруға сенімді, сондай-ақ жағдайдың жақсарғанын және қауіп факторларының төмендегенін (шамамен 80%) атап өтті. Ерлер өзін-өзі бақылау журналын жүргізуге (83,5% қарсы 66,3%, $p=0,009$), іс-әрекет жоспарын әзірлеуге (82,3% қарсы 67,3%, $p=0,023$) көбірек араласады және бағдарламаны таныстарға жиі ұсынуға дайын (86,1% қарсы 71,2%, $p=0,016$). Пациенттердің көпшілігі мамандардың тұрақты бақылауында болады (кардиолог – 84,2%, офтальмолог – 58,5%, эндокринолог – 63,9%), сонымен қатар әйелдер «Басқа анализ түрлерін» тоқсан сайын жиі тапсырады (70,2% қарсы 53,2%, $p=0,04$). Ерлер қант деңгейін бақылау бойынша оқудан жиі өтті (87,3% қарсы 73,1%, $p=0,02$) және оқыту уақытына қанағаттанушылықтарын жиі білдірді (83,5% қарсы 68,3%, $p=0,032$). Медициналық персоналмен қарым-қатынас оң бағаланады – пациенттердің 80%-нан астамы оны «өте жақсы» деп атап өтті, ал 70%-дан астамы жеке жағдайға көңіл бөлінуі мен шешім қабылдауға қатысуына қанағаттанған. Дегенмен, шамамен тек 25%-ы ғана дәрігер немесе мейіргермен тәулік бойы байланыс мүмкіндігіне ие, ал 11,5%-ы мұндай мүмкіндік туралы білмейді, бұл жұмыс уақытынан тыс қарым-қатынасты жақсарту қажеттігін көрсетеді. Жалпы алғанда, қолдау деңгейі мен медициналық көмекті ұйымдастыруға қанағаттанушылыққа қарамастан, пациенттерді ақпараттандыру және араласуды арттыру саласында жетілдіру қажет бағыттар бар.

Созылмалы ауруларды басқару бағдарламасын (АББ) іске асырудағы мейіргердің қызмет моделі пациенттерге кешенді кезең-кезеңмен қолдау көрсететін жүйеден тұрады. Бұл модель дайындық кезеңін (скрининг, пациенттерді қосу, жоспарлау), гендерлік және жас ерекшеліктерін ескере отырып, оқыту мен ақпараттандыруды, денсаулық жағдайын мониторингтеуді, мультидисциплинарлық команданы үйлестіруді және тиімділікті бағалауды, есептерді дайындауды қамтиды. Осы модельде мейіргер пациенттер, дәрігерлер және әлеуметтік қызметкерлер арасындағы негізгі байланысушы ретінде маңызды рөл атқарады, процестерді ұйымдастырады, мотивациялық кеңес береді және пациенттердің отбасыларымен жұмыс істейді.

Модельді апробациялау Алматы қаласындағы екі алғашқы медициналық-санитариялық ұйымдарда дәрігерлер, мейіргерлер және пациенттердің қатысуымен жоспарлануда. Алдын ала пікірлер оның іске асырылуын және персоналды мұқият дайындау, басшылықтың қолдауы және заманауи электрондық жүйелерді қолданудың маңызды екенін растайды. Бағдарламаны жергілікті жағдайларға және МСАК құрылымына бейімдеп, масштабтаудың әлеуеті атап өтілді.

Енгізудің негізгі тәуекелдері білікті және ынталы мейіргерлердің тапшылығы, ақпараттық технологиялармен техникалық қиындықтар, ұйымдастырушылық әртүрлілік, өзгерістерге қарсылық және қаржының шектеулі болуымен байланысты. Оларды азайту үшін кері байланысты жинау, модельді өңірлік ерекшеліктерге бейімдеу, денсаулық сақтау жүйесінің барлық деңгейлерінде кешенді қолдау көрсету, тұрақты біліктілікті арттыру және мониторинг пен есепті стандарттау арқылы медициналық көмектің сапасын жоғарылату ұсынылады.

Созылмалы жұқпалы емес аурулар халық денсаулығына айтарлықтай қауіп төндіруін жалғастырып отыр, сондықтан оларды тиімді басқару бағдарламаларын әзірлеу және мейіргердің белсенді қатысуы қажет. Ауруларды басқару бағдарламасы аясында мейіргерлердің қызмет моделі іске асырылуы мүмкін екенін және жергілікті жағдайларға бейімдеу мен кадрларды даярлауды күшейту арқылы масштабтауға әлеуеті бар екенін дәлелдеді. Сәтті енгізу үшін анықталған тәуекелдерді ескеріп, кешенді қолдау көрсету маңызды, бұл созылмалы аурулары бар пациенттерге медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігін арттыруға мүмкіндік береді.

Жүргізілген зерттеулер бойынша келесідей **қорытындылар** жасауға болады:

1. 2016 жылдан 2023 жылға дейін Алматы қаласында қант диабетімен (28 920-дан 54 850 жағдайға дейін), артериялық гипертензиямен (85 534-тен 178 899-ға дейін) және созылмалы жүрек жеткіліксіздігімен (4 173-тен 21 704-ке дейін) сырқаттанушылық айтарлықтай өсті, әсіресе егде жастағы адамдар мен ерлер арасында. Қант диабетінен болатын өлім-жітім 100 000 халыққа шаққанда 2,85-тен 22,34-ке дейін артты, бұл ретте алдын алуға болатын өлім-жітім 6,11-ден 15,30-ға дейін өзгерді, ал ең жоғарғы көрсеткіш 2021 жылы тіркелді, бұл COVID-19 пандемиясымен байланысты болуы мүмкін.

2. Алматы қаласындағы барлық аудандарынан орташа еңбек өтілі 9,6 жыл, МСАК-тағы тәжірибесі 6 жыл болатын 13 мейіргерге тереңдетілген интервью жүргізілді. Зерттеу нәтижесінде мейіргерлер негізінен тексеру, бақылау және пациенттерді базалық күтімге үйретумен айналысатынын, ал өзін-өзі басқаруды қолдау сияқты АББ-ның маңызды элементтерін тек 3 мейіргер (23,07%) ғана жүзеге асыратынын көрсетті. Қатысушылардың 7-і (53,8%) білімінің жеткіліксіз екенін айтып, қосымша оқытуды қажет ететінін атап өтті. Негізгі қиындықтар пациенттердің ұсыныстарды орындамауы, уақыт тапшылығы және кері байланыстың болмауы болды. Жалпы алғанда, мейіргерлердің әлеуетін толық іске асыру үшін қосымша оқыту, ресурстармен қамтамасыз ету және созылмалы ауруларды басқару процесін жүйелеу қажеттілігі айқындалды.

3. 739 науқасқа жүргізілген зерттеу нәтижелері көрсеткендей, пациенттердің басым бөлігі Ауруды басқару бағдарламасына белсенді қатысады: мамандарға тұрақты бару деңгейі өте жоғары – кардиологқа 84,2%, эндокринологқа 63,9%, офтальмологқа 58,5% барады.

Артериялық гипертензиясы бар пациенттердің бағдарламаға қанағаттануы жоғары ($\approx 80\%$) және өз ауруын басқаруға қабілеттімін деп есептейтіндер үлесі 82,7% болды. Әйелдер жазбаша ақпаратты көбірек алған (56,7% vs 43,0%; $p=0,003$) және қауіп факторлары бойынша жақсы хабардар болған (семіздік – 95,5% vs 89,3%; $p=0,044$), ал ерлер арасында темекі шегу (49,6% vs 20,4%; $p<0,001$) және алкоголь қолдану (28,9% vs 18,5%, $p=0,04$) жиірек байқалды.

Қант диабеті бар пациенттердің 83,1%-ы өз жағдайын басқаруға жеткілікті білімі бар деп есептейді, алайда 75%-ы ауру туралы қосымша ақпарат қажет екенін атап өтті. Ерлер арасында мінез-құлықтық қауіп факторлары жиірек байқалады: темекі шегу 59,8% vs 21,8%, алкоголь қолдану 44,1% vs 20,2%. Ал әйелдер физикалық жүктемені дұрыс таңдауға қатысты оқытуды көбірек қажет деп санайды (77,2% vs 73,5%).

Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар 183 пациенттің 79,8%-ы бағдарламаның нәтижелеріне қанағаттанған, ал 74,3% өз ауруын тиімді басқара алатынын атап өтті. Пациенттердің 83,1%-ы жеткілікті білімі бар екенін айтса да, шамамен 70% қосымша оқытуға мұқтаж екенін көрсетті. Ерлер өзін-өзі бақылау күнделігін (83,5% vs 66,3%, $p=0,009$) және іс-қимыл жоспарын жасауды (82,3% vs 67,3%, $p=0,023$) әйелдерге қарағанда жиірек орындайды, бұл ерлердің өзін-өзі басқару процесіне жоғарырақ тартылуын білдіреді.

4. АББ тиімділігін арттыру үшін әлі де жүйелік жетілдіруді талап етеді. АББ жүзеге асырудағы мейіргер қызметінің моделі перспективалы болып табылады, өйткені ол қазіргі тәжірибені талдау негізінде, мейіргерлер мен пациенттердің пікірлері ескеріле отырып әзірленген, бұл оның іске асырылуын бағалап, тұрақтылықтың негізгі факторларын анықтауға мүмкіндік берді. Гендерлік ерекшеліктер мен жұмыс уақытынан тыс қолжетімді коммуникация қажеттілігін ескере отырып, модель жоғары клиентке бағытталған және ұзақ мерзімді тиімділікке потенциалға ие.

Ұсыныстар:

1. Денсаулық сақтау менеджерлеріне қант диабеті, артериялық гипертензия және созылмалы жүрек жетіспеушілігін ерте анықтау және алдын

алу бағдарламаларын күшейту ұсынылады, әсіресе ауру мен өлім-жітімнің ең көп өскен егде жастағы және ер адамдар арасында. Тәуекел факторларын бақылауға – семіздік, төмен физикалық белсенділік және дұрыс тамақтанбауға – кешенді шараларды дамыту маңызды, сондай-ақ уақтылы емдеу мен диспансерлік бақылауды қамтитын медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын жақсарту қажет. Пациенттерді өзін-өзі басқаруға үйретуге және қолдау бағдарламаларын кеңейтуге ерекше назар аудару қажет, бұл аталған аурулардан болатын алдын алуға болатын және емделетін өлім-жітімді азайтуға мүмкіндік береді.

2. Мейіргерлердің біліктілігін арттыру ұсынылады, әсіресе пациенттердің өзін-өзі басқаруын қолдауға баса назар аудара отырып, сондай-ақ бақылауды және кері байланысты жақсарту үшін электрондық медициналық карталарға негізделген автоматтандырылған мониторинг жүйелерін енгізу қажет. Пациенттерге кешенді қолдау көрсету және емдеуге бейімделуді арттыру мақсатында мейіргерлердің дәрігерлер мен әлеуметтік қызметкерлермен өзара әрекетін күшейту маңызды.

3. Мейіргерлер мен денсаулық сақтау менеджерлері гендерлік ерекшеліктерді ескеруі маңызды: ер азаматтарға зиянды әдеттерден бас тартуға мотивация беруге және белсенді өзін-өзі күтуін қолдауға көбірек көңіл бөлу керек, ал әйелдерге білім беру материалдарына және қосымша оқуға қолжетімділікті қамтамасыз ету қажет. Барлық пациенттер үшін стандартты жұмыс уақытынан тыс коммуникация мен медициналық көмекке қолжетімділікті жақсартуға ерекше көңіл бөлу керек. Сонымен қатар, созылмалы ауруларды басқарудың тиімділігін арттыру үшін пациенттердің отбасыларын тарту маңызды.

4. МСАК нормативтік құжаттарында модель мен оның элементтерін бекіту, мейіргерлерді мотивациялық кеңес беру, гендерлік және жас ерекшеліктерін ескере отырып, жүйелі түрде оқыту енгізу ұсынылады. Мониторингтің стандартталған үлгілерін қолдану, цифрлық инфрақұрылымды нығайту және жұмыс уақытынан тыс көмекке қолжетімділікті қамтамасыз ету маңызды. Сондай-ақ, пациенттердің отбасы мүшелерінің қатысуын кеңейту, гендерлік ерекшеліктерді ескере отырып оқыту тәсілдерін бейімдеу, бағдарламаның тиімділігін жүйелі түрде бағалау және мейіргерлерді мотивациялау мен мансаптық өсу шараларын қарастыру қажет. Бұл модельдің тұрақтылығын және ауқымын қамтамасыз етеді.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Pham B.N., Jorry R., Abori N. et al. Non-communicable diseases attributed mortality and associated sociodemographic factors in Papua New Guinea: Evidence from the Comprehensive Health and Epidemiological Surveillance System // PLOS Global Public Health. – 2022. – Vol. 2, Issue 3. – P. e0000118.
- 2 Муслимов М.И., Стрюк Г.Г., Мингазова Э.Н. Пациентоцентричная помощь как тренд развития современного здравоохранения // Менеджер здравоохранения. – 2024. – №12. – С. 90-97.
- 3 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің Бұйрығы. Пилоттық өңірлерге созылмалы инфекциялық емес ауруларды басқару бағдарламасын енгізу туралы: 2013 жылдың 5 сәуіріне, №211 бекітілген // https://prg.kz/document/?doc_id=31436898. 10.10.2025.
- 4 Gorina M., Limonero J.T., Álvarez M. Effectiveness of primary healthcare educational interventions undertaken by nurses to improve chronic disease management in patients with diabetes mellitus, hypertension and hypercholesterolemia: A systematic review // International Journal of Nursing Studies. – 2018. – Vol. 86. – P. 139-150.
- 5 Глобальный план действий: по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг. / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2014. – 114 р.
- 6 Здоровье – 2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия / Европейский региональный комитет Всемирной организации здравоохранения, шестьдесят вторая сессия. – Париж, 2012. – 232 с.
- 7 Неинфекционные заболевания / Всемирная организация здравоохранения // <https://www.who.int/ru/news-room>. 09.10.2025.
- 8 Сахарный диабет / Всемирная организация здравоохранения // <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>. 09.10.2025.
- 9 Doumit M., Masri S., Ciglenecki I. et al. Task sharing for the management of non-communicable diseases in a humanitarian setting: An innovative approach in a low-middle income country (LMIC) // Public Health Practice (Oxford). – 2025. – Vol. 10. – P. 100643.
- 10 Saeedi P., Salpea P., Karuranga S. et al. Mortality attributable to diabetes in 20–79 years old adults, 2019 estimates: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition // Diabetes Research and Clinical Practice. – 2020. – Vol. 162. – P. 108086.
- 11 Sargent G.M., Forrest L.E., Parker R.M. Nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: a systematic review // Obesity Reviews. – 2012. – Vol. 13, Issue 12. – P. 1148-1171.
- 12 Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 / GBD 2021 Diabetes Collaborators // Lancet. – 2023. – Vol. 402, Issue 10397. – P. 203-234.

13 Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants / NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) // *Lancet*. – 2021. – Vol. 398, Issue 10304. – P. 957-980.

14 Savarese G., Becher P.M., Lund L.H. et al. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology // *Cardiovascular Research*. – 2023. – Vol. 118, №17. – P. 3272-3287.

15 Beissova A., Kamkhen V., Turbekova M. et al. Epidemiological Features of Diabetes in Kazakhstan in 2018–2021 (Population Study) // *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. – 2023. – Vol. 37. – P. 35-1-35-7.

16 Galiyeva D., Gusmanov A. et al. Epidemiology of type 1 and type 2 diabetes mellitus in Kazakhstan: data from unified National Electronic Health System 2014-2019 // *BMC Endocr Disord*. – 2022. – Vol. 22, Issue 1. – P. 275-1-275-10.

17 Данные по неинфекционным заболеваниям // <https://ncdportal.org/>. 10.10.2025.

Peters R., Ee N., Peters J. et al. Common risk factors for major noncommunicable disease, a systematic overview of reviews and commentary: the implied potential for targeted risk reduction // *Ther Adv Chronic Dis*. – 2019. – Vol. 10. – P. 1-14.

19 Kayumov N.U., Daminov B.T., Kayumov N.U. Risk factors for chronic kidney disease in primary care: a comprehensive review // *GSC Adv Res Rev*. – 2024. – Vol. 21, Issue 3. – P. 432-443.

20 Misganaw A. et al. Epidemiology of major non-communicable diseases in Ethiopia: a systematic review // *J Health Popul Nutr*. – 2014. – Vol. 32, Issue 1. – P. 1-13.

21 Atiq M.A. Epidemiology of non-communicable diseases in Pakistan: Are we on the right track? // *Pak J Med Dent*. – 2017. – Vol. 6, Issue 4. – P. 52-56.

22 Abdullahi Z., Kingsley O., Yusuf M. Epidemiology, prevention and management of non-communicable diseases (NCDs): a review // *Health Univ J Health Wellness Sci Res*. – 2025. – Vol. 7, Issue 3. – P. 161-178.

23 Kobayakova O.S., Kulikov E.S., Deev I.A. et al. The prevalence of chronic non-communicable diseases risk factors among medical staff // *Cardiovasc Ther Prev*. – 2018. – Vol. 17, Issue 3. – P. 96-104.

24 McManus A. Health promotion innovation in primary health care // *AMJ*. – 2013. – Vol. 6(1). – P. 15-18.

25 Bawazir A.A., Al-Surimi K., Suwaidan S.D. et al. Capacity and readiness of primary health care centers for implementation of the basic strategy for prevention and control of non-communicable diseases in Saudi Arabia: a case study from the Ministry of National Guard-Health Affairs, Riyadh, Saudi Arabia // *Saudi Med J*. – 2019. – Vol. 40, Issue 6. – P. 614-618.

26 Tesema A.G., Abimbola S., Mulugeta A. et al. Health system capacity and readiness for delivery of integrated non-communicable disease services in primary health care: a qualitative analysis of the Ethiopian experience // *PLOS Glob Public Health*. – 2021. – Vol. 1, Issue 10. – P. e0000026.

27 Nga N.T.T. et al. Capacity of commune health stations in Chi Linh District, Hai Duong Province, for prevention and control of noncommunicable diseases // *Asia Pac J Public Health*. – 2017. – Vol. 29, Suppl. 5. – P. 94S-101S.

28 Haque M., Islam T., Rahman N.A.A. et al. Strengthening primary health-care services to help prevent and control long-term (chronic) non-communicable diseases in low- and middle-income countries // *Risk Manag Healthc Policy*. – 2020. – Vol. 13. – P. 409-426.

29 Kabir A., Karim M.N., Billah B. Health system challenges and opportunities in organizing non-communicable diseases services delivery at primary healthcare level in Bangladesh: A qualitative study // *Front. Public Health*. – 2022. – Vol. 10. – P. 1015245.

30 Драпкина О.М., Демко В.В., Калинина А.М. и др. Профилактическое консультирование пациентов с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний в клинической практике: аналитический обзор // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. – 2024. – №23(12). – С. 99-110.

31 Alsubaie S., Bukhamseen Z., Alyami F. Multidisciplinary approaches in general medical practice: enhancing collaboration for better patient care // *J. Ecohumanism*. – 2024. – Vol. 3, Issue 7. – P. 2659-2669.

32 Al Rashah H.S., Asiri A.A., Al Rasha I.A. et al. Critical analysis of interdisciplinary healthcare delivery models, communication, and patient outcomes // *J. Ecohumanism*. – 2024. – Vol. 3, Issue 8. – P. 5467-5477.

33 Okech J.E., Geroski A.M. Interdisciplinary training: preparing counselors for collaborative practice // *Prof. Counselor*. – 2015. – Vol. 5, Issue 4. – P. 458-472.

34 Carron T. et al. Integrated care models in Swiss primary care: an embedded multiple case study // *J. Eval. Clin. Pract.* – 2023. – Vol. 29. – P. 1025-1038.

35 Trixie J.A., Sasube P.L. et al. The role of primary health facilities in screening for risk factors for chronic kidney disease (CKD): literature review study // *Varians J. Kesehatan Masyarakat*. – 2024. – Vol. 2, Issue 1. – P. 38-46.

36 Assadi F. The growing epidemic of chronic kidney disease: preventive strategies to delay the risk for progression to ESRD // *Adv. Exp. Med. Biol.* – 2019. – Vol. 1121. – P. 57-59.

37 InformedHealth.org // <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books>. 10.10.2024.

38 Blok A.C. A Middle-Range Explanatory Theory of Self-Management Behavior for Collaborative Research and Practice // *Nurs Forum*. – 2017. – Vol. 52, Issue 2. – P. 138-146.

39 Van de Velde D., De Zutter F., Satink T. et al. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis // *BMJ Open*. – 2019. – Vol. 9. – P. e027775.

40 Cramm J.M., Nieboer A.P. Disease Management: The Need for a Focus on Broader Self-Management Abilities and Quality of Life // *Popul Health Manag.* – 2015. – Vol. 18, Issue 4. – P. 246-255.

41 Kimmelstiel C., Levine D., Perry K. et al. Randomized, controlled evaluation of short- and long-term benefits of heart failure disease management within a diverse provider network: the SPAN-CHF trial // *Circulation*. – 2004. – Vol. 110, Issue 11. – P. 1450-1455.

- 42 Welberry H., Barr M.L., Comino E.J. et al. Do general practice management and/or team care arrangements reduce avoidable hospitalisations in Central and Eastern Sydney, Australia? // BMC Health Serv Res. – 2019. – Vol. 19, Issue 1. – P. 811.
- 43 Jutkowitz E., Nyman J.A., Michaud T.L. et al. For what illnesses is a disease management program most effective? // J Occup Environ Med. – 2015. – Vol. 57, Issue 2. – P. 117-123.
- 44 Rocco M.V. Disease management programs for CKD patients: the potential and pitfalls // Am J Kidney Dis. – 2009. – Vol. 53, Suppl 3. – P. S56-S63.
- 45 Giovanelli L., Rotondo F., Fadda N. Management training programs in healthcare: effectiveness factors, challenges and outcomes // BMC Health Serv Res. – 2024. – Vol. 24, Issue 1. – P. 904.
- 46 Stark R.G., Schunk M.V., Meisinger C. et al. Medical care of type 2 diabetes in German disease management programmes: a population-based evaluation // Diabetes Metab Res Rev. – 2011. – Vol. 27. – P. 383-391.
- 47 Miksch A., Laux G., Ose D. et al. Is there a survival benefit within a German primary care-based disease management program? // Am J Manag Care. – 2010. – Vol. 16. – P. 49-54.
- 48 Mehring M., Donnachie E. Disease management programs for patients with type 2 diabetes mellitus in Germany: a longitudinal population-based descriptive study // Diabetol Metab Syndr. – 2017. – Vol. 9. – P. 37.
- 49 Linder R., Ahrens S., Koppel D. et al. The benefit and efficiency of the disease management program for type 2 diabetes // Dtsch Arztebl Int. – 2011. – Vol. 108. – P. 155-162.
- 50 Russell G.M., Dahrouge S., Hogg W. et al. Managing chronic disease in Ontario primary care: the impact of organizational factors // Ann Fam Med. – 2009. – Vol. 7, Issue 4. – P. 309-318.
- 51 Morrin L., Britten J., Davachi S. et al. Alberta Healthy Living Program--a model for successful integration of chronic disease management services // Can J Diabetes. – 2013. – Vol. 37, Issue 4. – P. 254-259.
- 52 Law B., Chhatwal P.K., Licskai C. et al. Patient engagement in interprofessional team-based chronic disease management: a qualitative description of a Canadian program // Patient Educ Couns. – 2023. – Vol. 114. – P. 107836.
- 53 Kuwornu J.P., Maldonado F., Groot G. et al. Real-world cost-consequence analysis of an integrated chronic disease management program in Saskatchewan, Canada // Health Serv Insights. – 2024. – Vol. 17. – P. 1-14.
- 54 Hsieh H.M., He J.S., Shin S.J. et al. A diabetes pay-for-performance program and risks of cancer incidence and death in patients with type 2 diabetes in Taiwan // Prev Chronic Dis. – 2017. – Vol. 14. – P. 170012.
- 55 Hamar G.B., Rula E.Y., Coberley C. et al. Long-term impact of a chronic disease management program on hospital utilization and cost in an Australian population with heart disease or diabetes // BMC Health Serv Res. – 2015. – Vol. 15. – P. 174.
- 56 Ghasemiardékani M., Willetts G., Hood K. et al. The effectiveness of chronic disease management planning on self-management among patients with diabetes at

general practice settings in Australia: a scoping review// BMC Prim Care. – 2024. – Vol. 25, Issue 1. – P. 75.

57 Choi T.S.T., Walker K.Z., Palermo C. Diabetes management in a foreign land: a case study on Chinese Australians // Health Soc Care Community. – 2018. – Vol. 26, Issue 2. – P. e225-e232.

58 Barr M.L., Welberry H., Comino E.J. et al. Understanding the use and impact of allied health services for people with chronic health conditions in central and eastern Sydney, Australia: a five-year longitudinal analysis // Prim Health Care Res Dev. – 2019. – Vol. 20. – P. e63.

59 Franklin M., Lewis S., Willis K. et al. Patients' and healthcare professionals' perceptions of self-management support interactions: systematic review and qualitative synthesis // Chronic Illn. – 2018. – Vol. 14, Issue 2. – P. 79-103.

60 Fuller J., Koehne K., Verrall C. et al. Building chronic disease management capacity in general practice: the South Australian GP Plus Practice Nurse Initiative // Collegian (Deakin). – 2015. – Vol. 22, Issue 2. – P. 191-197.

61 Hegney D.G., Patterson E., Eley D.S. et al. The feasibility, acceptability and sustainability of nurse-led chronic disease management in Australian general practice: the perspectives of key stakeholders // Int J Nurs Pract. – 2013. – Vol. 19, Issue 1. – P. 54-59.

62 Holden L. Uptake of Medicare chronic disease management incentives: a study into service providers' perspectives // Aust Fam Physician. – 2012. – Vol. 41, Issue 12. – P. 973-977.

63 Shaw S.J., Huebner C., Armin J. et al. The role of culture in health literacy and chronic disease screening and management // J Immigr Minor Health. – 2009. – Vol. 11, Issue 6. – P. 460-467.

64 Abu-Odah H., Chan E.A., Molassiotis A. Factors impacting on patient-centered communication skills and their opportunities to be involved in decision-making from the perspective of patients with cancer, informal caregivers, and/or healthcare professionals: a systematic review // Cancer Nurs. – 2025. – Vol. 48, Issue 6. – P. E376-E386.

65 Pascucci D., Sassano M., Nurchis M.C. et al. Impact of interprofessional collaboration on chronic disease management: findings from a systematic review of clinical trials and meta-analysis // Health Policy. – 2021. – Vol. 125, Issue 2. – P. 191-202.

66 Barr N., Vania D., Randall G. et al. Impact of information and communication technology on interprofessional collaboration for chronic disease management: a systematic review // J Health Serv Res Policy. – 2017. – Vol. 22, Issue 4. – P. 250-257.

67 Barlow J.H., Bancroft G.V., Turner A.P. Self-management training for people with chronic disease: a shared learning experience // J Health Psychol. – 2005. – Vol. 10, Issue 6. – P. 863-872.

68 Vijn T.W., Wollersheim H., Faber M.J. et al. Building a patient-centered and interprofessional training program with patients, students and care professionals: study protocol of a participatory design and evaluation study // BMC Health Serv Res. – 2018. – Vol. 18, Issue 1. – P. 387.

- 69 Henselmans I., Heijmans M., Rademakers J. et al. Participation of chronic patients in medical consultations: patients' perceived efficacy, barriers and interest in support // *Health Expect.* – 2015. – Vol. 18, Issue 6. – P. 2375-2388.
- 70 Casey L.M., Clough B.A., Mihuta M.E. et al. Computer-based interactive health communications for people with chronic disease // *Smart Homecare Technol TeleHealth.* – 2014. – Vol. 2. – P. 29-38.
- 71 Simcoe T., Catillon M., Gertler P. Who benefits most in disease management programs: improving target efficiency // *Health Econ.* – 2019. – Vol. 28, Issue 2. – P. 189-203.
- 72 Guillén S., Meneu M.T., Serafin R. et al. e_Disease Management: a system for the management of chronic conditions // *Annu Int Conf IEEE Eng Med Biol Soc.* – 2010. – Vol. 2010. – P. 1041-1044.
- 73 Lorig K.R., Sobel D.S., Ritter P.L. et al. Effect of a self-management program on patients with chronic disease // *Eff Clin Pract.* – 2001. – Vol. 4, Issue 6. – P. 256-262.
- 74 Kazawa K., Yamane K., Yorioka N. et al. Development and evaluation of disease management program and service framework for patients with chronic disease // *Health.* – 2015. – Vol. 7, Issue 6. – P. 729-740.
- 75 Sunyaev A., Chornyi D. Supporting chronic disease care quality: design and implementation of a health service and its integration with electronic health records // *ACM J Data Inf Qual.* – 2012. – Vol. 3, Issue 3. – P. 3:1-3:21.
- 76 van der Vinne E. The ultimate goal of disease management: improved quality of life by patient-centric care // *Int J Integr Care.* – 2009. – Vol. 9. – P. e89.
- 77 Stock S., Starke D., Altenhofen L. et al. Disease-management programs can improve quality of care for the chronically ill, even in a weak primary care system: a case study from Germany // *Issues Int Health Policy.* – 2011. – Vol. 2. – P. 1-16.
- 78 Cramm J.M., Nieboer A.P. Relational coordination promotes quality of chronic care delivery in Dutch disease-management programs // *Health Care Manag Rev.* – 2012. – Vol. 37, Issue 4. – P. 301-309.
- 79 Blickem C., Bower P., Protheroe J. et al. The role of information in supporting self-care in vascular conditions: a conceptual and empirical review // *Health Soc Care Community.* – 2011. – Vol. 19, Issue 5. – P. 449-459.
- 80 Riegel B., Westland H., Iovino P. et al. Characteristics of self-care interventions for patients with a chronic condition: a scoping review // *Int J Nurs Stud.* – 2021. – Vol. 116. – P. 103713.
- 81 Newman S., Steed L., Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness // *Lancet.* – 2004. – Vol. 364, Issue 9444. – P. 1523-1537.
- 82 Bryant R., Alonzo A., Schmillen H. Systematic review of provider involvement in heart failure self-care interventions // *J Am Assoc Nurse Pract.* – 2017. – Vol. 29, Issue 11. – P. 682-694.
- 83 Wagner P.J., Dias J., Howard S. et al. Personal health records and hypertension control: a randomized trial // *J Am Med Inform Assoc.* – 2012. – Vol. 19, Issue 4. – P. 626-634.
- 84 Lukewich J., Edge D.S. et al. Nursing contributions to chronic disease management in primary care // *J Nurs Adm.* – 2014. – Vol. 44, Issue 2. – P. 103-110.

- 85 Forbes A., While A. The nursing contribution to chronic disease management: a discussion paper // *Int J Nurs Stud.* – 2009. – Vol. 46, Issue 1. – P. 119-130.
- 86 Smolowitz J., Speakman E., Wojnar D. et al. Role of the registered nurse in primary health care: meeting health care needs in the 21st century // *Nurs Outlook.* – 2015. – Vol. 63, Issue 2. – P. 130-136.
- 87 Holman H., Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease: partnership is a prerequisite for effective and efficient health care // *BMJ.* – 2000. – Vol. 320, Issue 7234. – P. 526-527.
- 88 Bodenheimer T. et al. Patient self-management of chronic disease in primary care // *JAMA.* – 2002. – Vol. 288, Issue 19. – P. 2469-2475.
- 89 Wilson P.M., Brooks F., Procter S. et al. The nursing contribution to chronic disease management: a case of public expectation? Qualitative findings from a multiple case study design in England and Wales // *Int J Nurs Stud.* – 2012. – Vol. 49, Issue 1. – P. 2-14.
- 90 Young J., Eley D., Patterson E. et al. A nurse-led model of chronic disease management in general practice: patients' perspectives // *Aust Fam Physician.* – 2016. – Vol. 45, Issue 12. – P. 912-916.
- 91 Davis K.M., Eckert M.C., Hutchinson A. et al. Effectiveness of nurse-led services for people with chronic disease in achieving an outcome of continuity of care at the primary–secondary healthcare interface: a quantitative systematic review // *Int J Nurs Stud.* – 2021. – Vol. 121. – P. 103986.
- 92 Buote R., Asghari S., Aubrey-Bassler K. et al. Challenges faced by Canadian primary health care nurse practitioners in chronic disease management: a qualitative study among key informants // *J Am Assoc Nurse Pract.* – 2019. – Vol. 31, Issue 12. – P. 697-704.
- 93 Poitras M.E., Chouinard M.C., Gallagher F. et al. Nursing activities for patients with chronic disease in primary care settings: a practice analysis // *Nurs Res.* – 2018. – Vol. 67, Issue 1. – P. 35-42.
- 94 Girard A. et al. Primary care nursing activities with patients affected by physical chronic disease and common mental disorders: a qualitative descriptive study // *J Clin Nurs.* – 2017. – Vol. 26, Issue 9-10. – P. 1385-1394.
- 95 Weerahandi H. et al. Disease management in skilled nursing facilities improves outcomes for patients with a primary diagnosis of heart failure // *J Am Med Dir Assoc.* – 2022. – Vol. 23, Issue 3. – P. 367-372.
- 96 Bush R. et al. Advancing health literacy through primary health care systems // https://www.academia.edu/110760588/Advancing_Health_. 10.10.2025.
- 97 Stephen C., McInnes S., Halcomb E. The feasibility and acceptability of nurse-led chronic disease management interventions in primary care: an integrative review // *J Adv Nurs.* – 2018. – Vol. 74, Issue 2. – P. 279-288.
- 98 Specialized nursing practice for chronic disease management in the primary care setting: an evidence-based analysis / Health Quality Ontario // *Ont Health Technol Assess Ser.* – 2013. – Vol. 13, Issue 10. – P. 1-66.

- 99 Ramond-Roquin A. et al. Chronic disease prevention and management programs in primary care: realist synthesis of six programs in Quebec // *Can Fam Physician*. – 2019. – Vol. 65, Issue 8. – P. 559-566.
- 100 Craswell A., Dwyer T. Reasons for choosing or refusing care from a nurse practitioner: results from a national population-based survey // *J Adv Nurs*. – 2019. – Vol. 75, Issue 12. – P. 3668-3676.
- 101 Bonner A., Havas K., Tam V. et al. An integrated chronic disease nurse practitioner clinic: service model description and patient profile // *Collegian*. – 2018. – Vol. 25, Issue 5. – P. 519-526.
- 102 Coleman S., Nelson E.A., Vowden P. et al. Development of a generic wound care assessment minimum data set // *J Tissue Viability*. – 2017. – Vol. 26, Issue 4. – P. 226-240.
- 103 Oliver G.M., Pennington L., Revelle S. et al. Impact of nurse practitioners on health outcomes of Medicare and Medicaid patients // *Nurs Outlook*. – 2014. – Vol. 62, Issue 6. – P. 440-447.
- 104 Taylor S.J.C., Candy B., Bryar R.M. et al. Effectiveness of innovations in nurse-led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence // *BMJ*. – 2005. – Vol. 331, Issue 7515. – P. 485.
- 105 Declaration of Astana / WHO. – Geneva, 2018. – 12 p.
- 106 Sustainable Development Goals / United Nations Development Programme // <https://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable>. 10.10.2024.
- 107 Primary health care: now more than ever / WHO. – Geneva, 2008. – 148 p.
- 108 Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health: Final report on future EU agenda on quality of health care with a special emphasis on patient safety / European Commission. – Brussels, 2014. – 110 p.
- 109 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения: утв. 7 апреля 2010 года, №238 // <http://adilet.zan.kz>. 09.10.2025.
- 110 Implementation and Completion and Results Report 4883-KZ // <http://documents.worldbank.org/curated/en/823341515169244215/pdf>. 09.10.2025.
- 111 Diseases Management Programs Development and Implementation). – 2018 // <http://www.csih.org/en/projects/dmp-kazakhstan>. 09.10.2025.
- 112 Smith J.D., Naoom S.F., Saldana L. et al. Preventing and Managing Chronic Disease Through Implementation Science: Editor's Introduction to the Supplemental Issue // *Prev Sci*. – 2024. – Vol. 25, Suppl 1. – P. 1-9.
- 113 Chiu S.K., Hall A., Freebairn L. Enhancing noncommunicable public health programs: A system dynamics approach to understanding reach, maintenance, and implementation costs // *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. – 2025. – Vol. 68, Issue 7. – P. 769-777.
- 114 Интеграция всех служб здравоохранения вокруг потребностей пациента для модернизации и приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи: дорожная карта // <http://www.rcrz.kz/files/int> 09.10.2025.

115 Президент Республики Казахстан Н. Назарбаев. Рост благосостояния казахстанцев: повышение доходов и качества жизни: послание народу Казахстана // http://www.akorda.kz/ru/addresses/addresses_of_. 09.10.2025.

116 Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Об утверждении Правил поощрения работников субъектов здравоохранения, оказывающих медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования: утв. 29 мая 2015 года, №429 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1500011526>. 09.10.2025.

117 Джумагазиева О., Кумар А.Б., Файзуллина К. и др. Тенденции заболеваемости и смертности от болезней, включённых в программы управления заболеваниями: сахарный диабет, артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность // Наука и здравоохранение. – 2024. – Т. 26, №4. – С. 31-38.

118 Кастей Р., Дюсембеков Е., Джумагазиева О. и др. Избежимая смертность и её экономическое влияние в г. Алматы, Казахстан // Asian Journal of Social Health and Behavior. – 2025. – Vol. 8, Issue 3. – P. 141-151.

119 Конысбекова А., Пашимов М., Джумагазиева О. и др. Результаты реализации Программы управления заболеваниями по хронической сердечной недостаточности в Республике Казахстан // Наука и здравоохранение. – 2024. – Т. 26, №6. – С. 56-63.

120 Джумагазиева О.Д., Альжанов А.А., Кумар А.Б. және т.б. Қант диабетін мейірбикелік деңгейде басқару: әдістем. нұсқ. – Алматы, 2024. – 39 б.

121 Toniolo J., Ngoungou E.B., Preux P.-M. et al. Role and knowledge of nurses in the management of non-communicable diseases in Africa: A scoping review // PLoS ONE. – 2024. – Vol. 19, Issue 4. – P. e0297165.

122 Sousa S.M., Bernardino E., Peres A.M. et al. The role of nurses in the integration of care for people with chronic noncommunicable diseases // Revista da Escola de Enfermagem da USP. – 2021. – Vol. 55. – P. e20200131.

123 Джумагазиева О.Д., Багиярова Ф.А., Аимбетова Г.Е. и др. Роль медицинской сестры в мультидисциплинарной команде психосоциального профиля // Вестник КазНМУ. – 2019. – №4. – С. 537-539.

124 Heumann M., Röhsch G., Hämel K. Primary healthcare nurses' involvement in patient and community participation in the context of chronic diseases: An integrative review // Journal of Advanced Nursing. – 2022. – Vol. 78, Issue 1. – P. 26-47.

125 Hämel K., Röhsch G., Heumann M. et al. How do nurses support chronically ill clients' participation and self-management in primary care? A cross-country qualitative study // BMC Primary Care. – 2022. – Vol. 23, Issue 1. – P. 85.

126 Franco C.M., Bula D., Toso B.R.G.O. et al. Nurse – physician interprofessional collaboration in the context of expanding nursing practice in primary health care: A comparative qualitative study of Brazil and Germany // BMC Nursing. – 2025. – Vol. 24, Issue 1. – P. 259.

127 Pelletier J., Vermette S., Lauzier S. et al. Challenges faced by Canadian primary health care nurse practitioners in chronic disease management: A qualitative

study among key informants // *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. – 2019. – Vol. 31, Issue 5. – P. 300-308.

128 Guillaumie L., Therrien D., Bujold M. et al. Perspectives of Quebec Primary Health Care Nurse Practitioners on Their Role and Challenges in Chronic Disease Management: A Qualitative Study // *Canadian Journal of Nursing Research*. – 2020. – Vol. 52, Issue 4. – P. 317-327.

129 Toniolo J., Ngoungou E.B., Preux P.M. et al. Role and knowledge of nurses in the management of non-communicable diseases in Africa: A scoping review // *PLoS One*. – 2024. – Vol. 19, Issue 4. – P. e0297165.

130 Molina-Gil M.J., Guerra-Martín M.D., Diego-Cordero R. Primary Healthcare Case Management Nurses and Assistance Provided to Chronic Patients: A Narrative Review // *Healthcare*. – 2024. – Vol. 12, Issue 11. – P. 1054.

131 Amu H., Darteh E.K.M., Tarkang E.E. et al. Management of chronic non-communicable diseases in Ghana: a qualitative study using the chronic care model // *BMC Public Health*. – 2021. – Vol. 21, Issue 1. – P. 1120.

132 Hanoun J., Beloni P., Toniolo J. Role of nurses in the management of noncommunicable diseases in Middle Eastern countries: A scoping review // *Nursing Outlook*. – 2025. – Vol. 73, Issue 4. – P. 102479.

133 Molina-Gil M.J., Guerra-Martín M.D., Diego-Cordero R. Impact on Health, Resources, and Satisfaction: A Qualitative Study of Primary Health Care Case-Management Nurses // *Healthcare*. – 2025. – Vol. 13, Issue 9. – P. 974.

134 Al Aateibi B.S., Sadoun M.M., Alnuaimi N.R. Comprehensive Review of Nurses' Role in Chronic Disease Management: Collaborative Care Approaches // *Journal of Ecohumanism*. – 2024. – Vol. 3, Issue 8. – P. 6651.

135 Ahmed S.M., Krishnan A., Karim O. et al. Delivering non-communicable disease services through primary health care in selected South Asian countries: are health systems prepared? // *The Lancet Global Health*. – 2024. – Vol. 12, Issue 10. – P. e1706-e1719.

136 Sitthimongkol Y., Srimoragot M., Kasemsuk W. et al. Enhancing accessibility through nurse-led clinics in primary care: An integrative review of models of care // *International J of Nursing Sciences*. – 2025. – Vol. 12, Issue 6. – P. 593-600.

137 Johnson C., Ingraham M.K., Stafford S.R. et al. Adopting a nurse-led model of care to advance whole-person health and health equity within Medicaid // *Nursing Outlook*. – 2024. – Vol. 72, Issue 4. – P. 102191.

138 Clarke J., Davis K., Douglas J. et al. Defining nurse-led models of care: Contemporary approaches to nursing // *International Nursing Review*. – 2025. – Vol. 72, Issue 1. – P. e13076.

139 Mboweni S.H. Primary healthcare nurses' experiences in managing chronic diseases during COVID-19 in the North West province // *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*. – 2024. – Vol. 16, Issue 1. – P. e1-e12.

140 Larochelle J.L., Feldman D.E., Levesque J.F. The primary-specialty care interface in chronic diseases: patient and practice characteristics associated with co-management // *Healthcare Policy*. – 2014. – Vol. 10, Issue 2. – P. 52-63.

141 Park H., Yoon J. Willingness to pay for chronic disease management services provided by primary care nurses // Human Resources for Health. – 2024. – Vol. 22, Issue 1. – P. 49.

142 Ploeg J., Yous M.L., Fraser K. et al. Healthcare providers' experiences in supporting community-living older adults to manage multiple chronic conditions: a qualitative study // BMC Geriatrics. – 2019. – Vol. 19, Issue 1. – P. 316.

143 Оразымбетова А.Ж., Султанбекова Г.К. Оценка эффективности реализованных государственных программ в сфере здравоохранения Казахстана // Journal of Health Development. – 2021. – Vol. 2, Issue 42. – P. 32-40.

144 Кумар А.Б., Кошербаева Л.К. Программа управления заболеваниями: монография. – Алматы: КазНМУ, 2020. – 227 с.

145 Актаева Л.М., Гаркалов К.А. и др. Внедрение программ управления заболеваниями в практическое здравоохранение: метод. реком. – Астана, 2013. – 37 с.

146 Boscart V., Crutchlow L.E. et al. Chronic disease management models in nursing homes: a scoping review // BMJ Open. – 2020. – Vol. 10, Issue 2. – P. e032316.

147 Bateman M.E., Oakland H., Oral E. et al. Evaluation of a Multidisciplinary Disease Management Program to Achieve Asthma Control in Seven Safety Net Hospitals in Louisiana // Population Health Management. – 2021. – Vol. 24, Issue 1. – P. 133-140.

ҚОСЫМША А

Сауалнама

Құрметті қатысушы (респондент)

Бұл сауалнама созылмалы инфекциялық емес аурулар (қант диабеті, артериялық гипертензия, жүректің созылмалы жеткіліксіздігі) ауыратын науқастарға медициналық көмек көрсетуді зерттеу және Ауруларды басқару бағдарламасын іске асырудың тиімділігін анықтау мақсатында жүргізілуде.

Сіздің қатысуыңыз ауруды басқару бағдарламасын іске асырудың әлсіз жақтарын анықтауға және әрі қарай жетілдіру мақсатында науқастарға күтімді ұйымдастыруды өзгерту мүмкіндіктерін қарастыруға көмектеседі

1. Жынысыңызды көрсетіңіз:

- а) еркек;
- ә) әйел

2. Жас ауқымын көрсетіңіз:

- а) 18-29;
- ә) 30-39;
- б) 40-49;
- в) 50-59;
- г) 60 және одан жоғары

3. Білім деңгейіңізді көрсетіңіз:

- а) аяқталмаған орта;
- ә) орташа;
- б) арнайы орта;
- в) жоғары;
- г) _____.

4. Әлеуметтік мәртебеңізді көрсетіңіз:

- а) жұмысшы;
- ә) үй шаруасындағы әйел;
- б) зейнеткер;
- в) қызметкер;
- г) кәсіпкер;
- ғ) жұмыссыз;
- д) әскери қызметкер;
- е) оқушы;
- ж) басқалары (жазыңыз) _____

5. Отбасы жағдайы:

- а) ешқашан үйленбеген;
- ә) үйленген;
- б) жесір;
- в) ажырасқан

6. Сіздің қаржылық жағдайыңыз (айлық кіріс):

- а) айына 50 000 теңгеге дейін;
- ә) айына 50 000 теңгеден 100 000 теңгеге дейін;
- б) айына 100 000 теңгеден 200 000 теңгеге дейін;
- в) айына 200 000 теңгеден 300 000 теңгеге дейін;
- г) 300 000 және одан жоғары

7. Сіз қазір кіммен тұрасыз? (көрсетіңіз) _____

8. Сіздің диагнозыңыз қандай:

- а) артериялық гипертензия;
- ә) қант диабеті;
- б) жүректің созылмалы жеткіліксіздігі;
- в) АГ және ҚД;
- г) басқа диагноз болса жазыңыз _____

9. Сізге бұл диагнозы қашан қойылды

- а) 1 жыл бұрын;
- ә) соңғы 2-3 жыл;
- б) 3 жылдан асты

10. Сізге алғашқы диагноз қойылған кезде медициналық персоналдан ауруыңыз туралы ауызша мәліметті беру дәрежесін қалай түсіндірер едіңіз?

- а) мен тым аз ақпарат алдым;
- ә) мен жеткілікті ақпарат алдым;
- б) мен тым көп ақпарат алдым;
- в) есімде жоқ.

11. Сізге алғашқы диагноз қойылған кезде медициналық персоналдан ауруыңыз туралы жазбаша ақпарат алғаныңызды қалай сипаттайсыз?

- а) мен тым аз ақпарат алдым;
- ә) мен жеткілікті ақпарат алдым;
- б) мен тым көп ақпарат алдым;
- в) есімде жоқ;
- г) маған буклеттер берді.

12. Сіздің ауруыңыз бойынша уақтылы тексерілмеуіңіздің себебі неде:

- а) мен жиі тексерілудің қажеті жоқ деп санаймын;
- ә) қабылдау мен үшін ыңғайсыз уақытта жүргізіледі;
- б) мені шақырған жоқ, мен өзім дәрігерлердің шақыруынсыз қабылдауға келемін;
- в) басқа себеп, _____ жазыңыз.

13. Сіз диетаны ұстанасыз ба?

- а) иә;
- ә) жоқ;
- б) басқа.

14. Сіз темекі шегесіз бе?

а) иә;

ә) жоқ;

б) басқа _____ (күніне немесе аптасына қанша темекіні көрсетіңіз).

15. Сіз алкоголь ішесіз бе?

а) иә;

ә) жоқ;

в) басқа _____ (нені пайдаланғаныңызды және қандай көлемде екенін көрсетіңіз).

16. Келесі іс-шаралардың не үшін өткізілетінін өз сөзіңізбен түсіндіре аласыз ба (әр бағанға өз пікіріңізді жазуыңыз керек)

а) гликозириленген гемоглобинді өлшеу _____;

ә) әр анализі _____;

б) қан қысымын өлшеу _____;

в) холестерин _____;

г) аяқты тексеру және күтімі _____;

ғ) тар бейінді маманның қабылдауында болу _____.

Кесте А.1 – 17. Сіздің ойыңызша, қаншалықты маңызды

Маңыздымы	Өте маңызды	Маңызды	Маңызды емес	Мүлде маңызды емес
Диабетті басқару үшін, пациенттердің тамақтануы				
Қант диабетін емдеуге арналған жаттығулар				
Өзін-өзі бақылау күнделігі				
Сізге қант диабеті туралы білім беру				
Отбасыңызға қант диабеті туралы білім беру				
Психологиялық қолдау				
Эмоционалды қолдау				

Кесте А.2 – 18. Сіз қалай ойлайсыз?

Атау	Иә	Жоқ, мен сәл көбірек ақпарат алуды қалаймын
Сізде қант диабетін жеңуге жеткілікті білім бар ма?		
Сізде қант диабетін басқарудағы жаттығудың рөлі туралы жеткілікті ақпарат бар ма?		
Сіз қалай дұрыс тамақтану керектігін білесіз бе?		
Сіздің қалауыңыз бойынша, пациенттерге күтім жасау туралы не білгіңіз келеді?		

Кесте А.3 – 19. Қант диабетіне, артериялық гипертензия, жүректің созылмалы жеткіліксіздігіне қандай қауіп-қатер факторлары әсер ететінін көрсетіңіз:

ҚАУІП-ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫ:	Иә	Жоқ
Шылым шегу		
Семіздік		
65 жастан жоғары жас		
Гликемиялық бақылаудың нашар болуы		
Қан қысымын бақылаудың нашар болуы		
Тұзды аса көп қолдану		
Қантты аса көп қолдану		
Аяқтағы суық, ауырсыну, қызу, шаншу және сезімталдық		
Перифериялық тамыр аурулары		
Аяқ күтімінің жеткіліксіздігі және гигиенаның болмауы		
Аяқтың ісінуінің болуы		
Табанда сүйек мүйізгегінің (мозоль) болуы		
Аяқтағы құрғақ және жарылған тері		
Диабеттік табан немесе диабеттік ойық жара болған адамдар		
Инфекция (табанның қызаруы, ауырсынуы/сезімталдығы байқалса)		
Жарақаттар (жалаңаяқ жүру, сапасыз немесе дұрыс таңдалмаған аяқ киім, жазатайым оқиға, аяқ киім ішіндегі бөгде зат)		
Табанның деформациясы (балға тәрізді саусақтар, табанның вальгус деформациясы, ампутация, Шарко деформациясы, жалпақ табан және т.б.)		
Соқыр науқастар ешқашан аяқтың тырнақтарын өзі алуға болмайды.		
Тырнақтардағы артық теріні кесіп тастау керек		
Аяқтар мен табандағы кез-келген өзгерістер (түс, температура немесе пішін) және инфекция белгілері туралы дереу дәрігерге хабарлау керек.		
Қан айналымын жақсарту үшін аяқтың жаттығуларын күн сайын жасау керек.		
Аяқтың жарақаттануы кезінде аяқтағы ауыртпалықты азайту үшін ыңғайлы аяқ киім керек.		

Кесте А.4 – 20. Ауруды басқару бағдарламасы

Ауруларды басқару бағдарламасы (АББ)	Иә	Жоқ	Өз жауабыңыз
Сіз АББ-ға қатысасыз ба?			
Сіз АББ туралы білдіңіз бе?			
Сіз АББ қатысу туралы келісімге қол қойдыңыз ба?			
Сіз АББ қай кезеңнен қатысасыз?			
Сіздерді АББ қатысуға учаскелік мейірбикесі шақырды			
Учаскелік дәрігер сізге АББ қатысуға кеңес берді			
Осы клиникада АББ ұйымдастыруға көңіліңіз толады ма?			
Сіз АББ мен қант диабетімен ауыратын науқастарға арналған қарапайым медициналық көмек арасындағы айырмашылықтарды білесіз бе?			
АББ қатысу нәтижелері сізді қанағаттандырады ма?			
Ауруды басқара аласыз ба?			
Күнделікті физикалық белсенділік АББ кіреді ме?			
Күнделікті диеталық тамақтану АББ кіреді ме?			
Сіздің уақытылы дәрі-дәрмектерді қабылдауыңыз АББ кіре ме?			
Ауруды бақылауға салмағыңызды бақылау кіреді ме?			
АББ Сіздің қандағы қант мөлшерін күнделікті өлшеу кіреді ме?			
Сіз өзін-өзі бақылау күнделігін жүргізесіз бе?			
Жеке жоспарыңыз бар ма?			
Сіз қызметкерлермен қысқаша іс-қимыл жоспарын жасадыңыз ба?			
Сіз АББ қатысқаннан кейін қандағы қант мөлшеріңіз тұрақталды ма?			
Сіз АББ қатысып жатқанда, қандағы қанттың жоғарылауына байланысты ауруханаға жаттыңыз ба?			
АББ қатысқаннан кейін қауіп-қатер факторларын азайта алдыңыз ба?			
Сіз диабетімен, АГ ауыратын достарыңызға АББ қатысуды ұсындыңыз ба?			

21. Ауруды басқару бағдарламасы деген не екенін өз сөзіңізбен айтып беріңіз. _____

22. «Өз қант диабетімен күрес» немесе өзін-өзі басқару деген тіркес нені білдіреді? _____

23. Қант диабетімен ауыратын науқасқа медициналық персоналдан не қажет? _____

24. Сізге эмоционалды қолдау көрсетіле ме? _____

25. Психологиялық қолдау эмоционалды қолдаудан өзгеше ме? _____

Кесте А.5 – 26. Тиісті тармақты белгілеңіз (әр сұраққа жауаптың 1 таңдауы бар)

<i>АББ аясында Сіз қант диабеті кезінде басқа мамандарда қараласыз ба?</i>	Айына 1 рет	3 айда 1 рет	байда 1 рет	12 айда 1 рет	Қаралмай мын	Басқа
Офтальмологқа						
Эндокринологта						
Диетологта						
Кардиологта						
Реабилитологта						
Салауатты өмір салты бойынша маманда						
Психологта						
Өз жауабыңыз :	_____					
<i>АББ аясында Сіз қант диабеті кезінде келесі сынақтар мен зерттеулерді қанишалықты жиі өткізесіз?</i>	Айына 1 рет	3 айда 1 рет	байда 1 рет	12 айда 1 рет	Қаралмай мын	Басқа
Гликозириленген гемоглобин сынағы						
Микроальбуминурия сынағы						
Аяқтың сезімталдығына арналған тест						
Көз түбі сараптамасы						

27. Емхана қызметкерлерінің қайсысы АББ жүзеге асыруды үйлестіруге жауапты екенін білесіз бе?

а) ия, учаскелік дәрігер;

ә) иә, учаскелік мейірбике;

б) басқа (жазыңыз) _____;

в) жоқ, айтылмады.

Кесте А.6 – 28. Сұрақтар

Сұрақтар	Иә	Жок	Өз жауабыңыз
Сізге емханада ауруды қалай басқаруға болатыны үйретілді ме?			
Сіздің ойыңызша, сізге оқыту қажет пе?			
Ауруыңыздың пайда болу себептері бойынша қандай да бір оқытудан өттіңіз бе?			
Ауруыңыздың этиологиясы (пайда болу себептері) бойынша оқыту қажет деп ойлайсыз ба?			
Ауруыңыздың асқынулары бойынша оқытудан өттіңіз бе?			
Ауруыңыздың асқынулары бойынша оқыту қажет деп ойлайсыз ба?			
Ауруыңыз кезінде дұрыс тамақтану бойынша оқытудан өттіңіз бе?			
Ауруыңыз кезінде дұрыс тамақтану бойынша оқыту қажет деп ойлайсыз ба?			
Ауруыңыз кезіндегі қауіп факторлары және олармен күресу бойынша оқытудан өттіңіз бе?			
Ауруыңыз кезіндегі қауіп факторлары және олармен күресу бойынша оқыту қажет деп ойлайсыз ба?			
Ауруыңызға байланысты дене белсенділігін (физикалық жүктемені) дұрыс таңдау бойынша оқытудан өттіңіз бе?			
Ауруыңызға байланысты дене белсенділігін дұрыс таңдау бойынша оқыту қажет деп ойлайсыз ба?			
Сізді қандағы қант деңгейін бақылау мәселелері бойынша оқытты ма?			
Сізді дене салмағы индекcін өлшеуге немесе семіздіктің бар-жоғын анықтауға үйретті ме?			
Сізді артериялық гипертензияны (қан қысымын) өлшеуге үйретті ме?			
Сіз қант диабеті немесе артериялық гипертензия мектебіне не болмаса емханада басқа да оқыту сабақтарына қатысасыз ба?			
Емханада созылмалы аурулары бар науқастарға арналған оқыту уақыты сізге қолайлы ма?			
Емханада созылмалы аурулары бар науқастарға арналған оқыту бағдарламасы сізді қанағаттандыра ма?			
Емханадағы оқыту сабақтарына сізбен бірге отбасы мүшелеріңіз қатыса ма?			
Сіз өзіңізге жеке мәзір (тамақтану жоспарын) құрастыра аласыз ба?			
Отбасы мүшелеріңіз сізге аурумен күресуде қолдау көрсете ме?			
Отбасы мүшелеріңіз қандағы глюкоза деңгейін өлшей ала ма?			
Отбасы мүшелеріңіз қандағы қант деңгейі көтерілгенде немесе артериялық гипертензия (қан қысымы) кезінде алғашқы көмек көрсете ала ма?			
Отбасы мүшелеріңіз қандағы қант деңгейі төмендегенде немесе артериялық гипертензия (қан қысымы) кезінде алғашқы көмек көрсете ала ма?			
Сіздің ойыңызша, бұл оқытуды сізге мейірбике жүргізе ала ма?			
Сіздің ойыңызша, сізге оқыту қажет пе?			
Ауруыңыздың пайда болу себептері бойынша қандай да бір оқытудан өттіңіз бе?			
Ауруыңыздың этиологиясы (пайда болу себептері) бойынша оқыту қажет деп ойлайсыз ба?			
Ауруыңыздың асқынулары бойынша оқытудан өттіңіз бе?			
Ауруыңыздың асқынулары бойынша оқыту қажет деп ойлайсыз ба?			

29. Емхана деңгейінде қаншалықты жиі сабақтар өткізіледі?

- а) апта сайын;
- ә) ай сайын;
- б) тоқсан сайын;
- в) білмеймін;
- г) басқа _____ (жазыңыз)

30. Сізде қант диабетін емдеу үшін дәрі-дәрмекті (немесе инсулинді) қалай қабылдау керектігі туралы жеткілікті ақпарат бар ма?

- а) иә;
- ә) жоқ, мен аздап ақпарат алғым келеді;
- б) жоқ, мен көп ақпарат алғым келеді;

31. Медбикелер сіз үшін бөлек қабылдау өткізе ме?

- а) ия;
- ә) жоқ.

32. Анализ нәтижелері туралы сізге хабарлана ма?

- а) иә, маған түсіндірген кезде бәрін түсінемін;
- ә) иә, маған түсіндірген кезде әрдайым түсіне бермеймін;
- б) иә, бірақ маған түсіндірген кезде түсінбеймін;
- в) жоқ;
- г) басқа, жазыңыз _____.

Кесте А.7 – 33. Бағалаңыз

Атау	Өте жақсы	Жақсы	Нашар
Дәрігер-пациенттің қарым-қатынасы			
Науқас-медбике қарым-қатынасы			
Консультациялар кезінде уақыттың жеткіліктілігі			
Науқастың жеке жағдайына қызығушылық			
Науқасты тыңдай білу			
Науқастың медициналық көмекке қатысты шешім қабылдауға қатысуы			
Жазбалар мен деректердің құпиялылығын сақтау			
Науқас өзінің күнделікті әрекеттерін орындай алауы үшін өзін жақсы сезінуіне көмектесу			
Аурудың алдын-алу бойынша ұсыныстар			
Науқас пен оның отбасы мүшелерін ақпараттандыру және қолдау			
Зерттеу және емдеу мақсатын түсіндіру			
Дәрігер мен мейірбикенің кеңесін және тағайындауларын ұстанудың маңыздылығын түсінуге көмектеседі			
Учаскелік қызметкерлермен телефон арқылы сөйлесу мүмкіндігі			
Емханада күту уақыты			
Дәрілік заттардың қол жетімділігі (үздіксіз қамтамасыз етілуі)			
Науқасқа арналған оқытылу шаралардың болуы			
Аурухана мен емхана арасындағы сабақтастық			

34. Өз жағдайыңыз жайлы уй жағдайында (кешке немесе демалыс күндері) кеңесу үшін, Сізде дәрігер немесе медбикенің нөмері бар ма?

- а) ия, маған қажет болған жағдайда, кез-келген уақытта (кешке және демалыс күндері) учаскелік қызметпен байланыса аламын;
- б) ия, мен тек жұмыс кезінде (күндізгі уақытта) байланыса аламын;
- в) жоқ;
- г) білмеймін, мен ондай мүмкіндік туралы сұрастырмадым.

Қатысқаныңыз үшін рахмет!

Егер сауалнама бойынша сұрақтарыңыз болса бас зерттеуші:

Джумагазиева Орынгул Дженисбековнаға хабарласа аласыз. Тел. 8707 959 55 75

Сауалнамаға жауап беру үшін Сізге 20-30 минут жеткілікті

ҚОСЫМША Ә

Әдістемелік нұсқаулық

**С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ**

ҚАНТ ДИАБЕТІН МЕЙІРБИКЕЛІК ДЕҢГЕЙДЕ БАСҚАРУ

Джумагазиева О.Д., Альжанов А.А., Құмар А.Б.,
Кошербаева Л.К., Маханбеткулова Д.Н.

Алматы, 2024

ҚОСЫМША Б

Авторлық енгізу туралы куәліктер

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

АВТОРЛЫҚ ҚҰҚЫҚПЕН ҚОРҒАЛАТЫН ОБЪЕКТІЛЕРГЕ ҚҰҚЫҚТАРДЫҢ
МЕМЛЕКЕТТІК ТІЗІЛІМГЕ МӘЛІМЕТТЕРДІ ЕНГІЗУ ТУРАЛЫ

КУӘЛІК

2025 жылғы «23» қазан № 63347

Автордың (лардың) жөні, аты, әкесінің аты (егер ол жеке басын куәландыратын құжатта көрсетілсе):
ДЖУМАҒАЗИЕВА ОРЫНГҮЛ ДЖЕНИСБЕКОВНА, ҚУМАР АЙНУР БАҚДАУЛЕТҚЫЗЫ

Авторлық құқық объектісі: әлеби туынды

Объектінің атауы: КАНТ ДИАБЕТІН МЕЙРБИКЕЛІК ДЕНГЕЙДЕ БАСҚАРУ

Объектіні жасаған күні: 22.04.2024

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

Подлинность документа возможно проверить на сайте kazpatent.kz
в разделе «Авторское право» <https://copyright.kazpatent.kz>

ЭЦҚ қол қойылды

С. Ахметов

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ



РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

АВТОРЛЫҚ ҚҰҚЫҚПЕН ҚОРҒАЛАТЫН ОБЪЕКТІЛЕРГЕ ҚҰҚЫҚТАРДЫҢ
МЕМЛЕКЕТТІК ТІЗІЛІМГЕ МӘЛІМЕТТЕРДІ ЕНГІЗУ ТУРАЛЫ

КУӘЛІК

2025 жылғы «20» қазан № 63189

Автордың (лардың) жөні, аты, әкесінің аты (егер ол жеке басын куәландыратын құжатта көрсетілсе):
ДЖУМАГАЗИЕВА ОРЫНГҮЛ ДЖЕНИСБЕКОВНА, КҰМАР АЙНҮР БАҚДӘУЛЕТҚЫЗЫ

Авторлық құқық объектісі: әлеби туынды

Объектінің атауы: Дұрулы басқару бағдарламасында мейіркенің ұйымдық және басқару механизмдерін негіздеу

Объектіні жасаған күні: 11.03.2024



Құжат тұтаусалығын <http://www.kazpatent.kz/rz/saitynyn>
"Авторлық құқық" бөлімінде тексеруге болады. <https://copyright.kazpatent.kz>

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

ЭЦҚ қол қойылды

С. Ахметов