

Получена: 22 июня 2022 / Принята: 17 августа 2022 / Опубликовано online: 30 августа 2022

DOI 10.34689/SH.2022.24.4.015

ЭОЖ 616.1 : 616-053.7-08

ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫРЛАР АУРУЛАРЫ БАР ЖАСТАРДЫҢ ЕМГЕ ТҰРАҚТЫЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Гүлбаршын Д. Мукашева¹, <https://orcid.org/0000-0003-3490-5628>

Толқын А. Булегенов¹, <https://orcid.org/0000-0001-6145-9649>

Назарбек Б. Омаров¹, <https://orcid.org/0000-0003-3262-1410>

Сабит М. Жусупов², <https://orcid.org/0000-0002-0551-126X>

Ольга Т. Ван¹

¹ «Семей медицина университеті» КЕАҚ, Семей қаласы, Қазақстан Республикасы;

² Павлодар филиалы КЕАҚ «Семей медицина университеті», Павлодар қ., Республика Казахстан.

Түйіндеме

Кіріспе: Жүрек-қан тамырлары аурулары маңызды медициналық-әлеуметтік мәселе болып табылады және қоғам денсаулығына үлкен үлес қосады. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша жыл сайын 17,1 миллион адам инфаркт пен инсульт салдарынан қайтыс болады, және де бұл соңғы жылдары жастарда жиі кездеседі.

Мақсаты: Жүрек-қан тамырлары аурулары бар жастардың емге тұрақтылық ерекшеліктерін зерттеу.

Материалдары мен әдістері: Зерттеуге кездейсоқ әдіспен Семей қаласының емдеу мекемелерінде есепте тұрған 25-44 жас аралығындағы жүрек-қан тамырлары ауруларымен ауыратын пациенттер қатысты. Зерттеу дизайны – көлденең зерттеу. Зерттеу әдістері: әлеуметтік, статистикалық. Статистикалық критерийлерді таңдау талданатын айнымалылардың типіне байланысты болады. Студенттің t-критерийі мен бір факторлы дисперсия талдауы қолданылды. 0,05-тен аз р мәні маңызды болып саналды. Барлық талдаулар IBM SPSS Statistics 25 бағдарламасын қолдану арқылы жасалды.

Зерттеу нәтижесі: Сауалнамаға 25 пен 44 жас аралығындағы ЖҚА бар 294 пациент қатысты, олардың орташа жас мөлшері 38,4 жасты қамтыды. 105 (35,7%) ер адам, 189 (64,3%) әйел адам қатысты. Ұлты бойынша 219 (74,5%) қазақтар, 62 (21,1%) орыстар және 13(4,4%) басқа ұлттағы пациенттер қатысты. Біздің зерттеу мәліметтері бойынша, 3 (1%) пациентте емге тұрақтылықтың төменгі деңгейі болды, 154 (52,4%) пациентте орташа деңгей болды, ал емге тұрақтылықтың жоғарғы деңгейін 137 (46,6%) пациент көрсетті. Емге тұрақтылықтың түрлері бойынша да орташа деңгейдегі пациенттер көп болды.

Қорытынды: Сонымен, жүрек-қан тамырлары аурулары бар жастардың емге тұрақтылық ерекшеліктері анықталды. Жас топтары бойынша, жалпы емге тұрақтылық, эмоционалдық емге тұрақтылық және мінез-құлықтық емге тұрақтылық бойынша 25-40 жастағы ЖҚА пациенттерінің емге тұрақтылығы 30-44 жастағыларға қарағанда төмендеу екен. Жас пациенттердің статусы бойынша, жұмысшылар мен кәсіпкерлерде басқаларынан қарағанда емге тұрақтылықтың деңгейі төмен болды. Барлық емге тұрақтылық түрлері бойынша үнемі медициналық тексеруден өтетін пациенттердің емге тұрақтылығы үнемі медициналық тексеруден өтпейтін пайиенттерге қарағанда жоғары болды.

Түйінді сөздер: Жүрек-қан тамыр аурулары, жастардағы ЖҚА, емге тұрақтылық.

Abstract

FEATURES OF ADHERENCE TO TREATMENT OF YOUNG PERSONS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

Gulbarshyn D. Mukasheva¹, <https://orcid.org/0000-0003-3490-5628>

Tolkyn A. Bulegenov¹, <https://orcid.org/0000-0001-6145-9649>

Nazarbek B. Omarov¹, <https://orcid.org/0000-0003-3262-1410>

Sabit M. Zhussupov², <https://orcid.org/0000-0002-0551-126X>

Olga T. Van¹

¹ NJSC "Semey Medical University", Semey, Republic of Kazakhstan;

² Pavlodar branch of NCJSC «Semey Medical University», Pavlodar city, Republic of Kazakhstan.

Introduction: Cardiovascular diseases are an important medico-social problem and contribute greatly to public health. According to the World Health Organization, 17.1 million people die every year due to heart attack and stroke, and in recent years, it is more common in young people.

Aim: to study the features of adherence to treatment of young people with cardiovascular diseases.

Materials and methods: The study was randomly attended by patients with cardiovascular diseases aged 25-44 who were registered in medical institutions of Semey city. The research design is a cross-sectional study. Research methods: social, statistical. The choice of statistical criteria depends on the type of analyzed variables. Student's t-test and one-way ANOVA were used. A p value of less than 0.05 was considered significant. All analyzes were performed using IBM SPSS Statistics 25.

Research result: 294 patients with CVD between 25 and 44 years of age took part in the survey, their average age was 38.4 years. 105 (35.7%) men and 189 (64.3%) women participated. By nationality, 219 (74.5%) Kazakhs, 62 (21.1%) Russians and 13(4.4%) patients of other nationalities. According to the data of our study, 3 (1%) patients had a low level of adherence to treatment, 154 (52.4%) patients had an average level, and 137 (46.6%) patients showed a high level of adherence to treatment. Also, according to the types of adherence to treatment, many patients had an average degree.

Conclusion: Thus, features of adherence to treatment of young people with cardiovascular diseases were determined. According to age groups, in terms of overall adherence to treatment, emotional adherence to treatment and behavioral adherence to treatment in patients aged 25-40 years is lower than in patients aged 30-44 years. According to the status of young patients, workers and entrepreneurs had a lower level of adherence to treatment than others. In all types of adherence to treatment, patients who undergo regular medical check-up have higher adherence to treatment than patients who do not undergo regular medical check-up.

Keywords: Cardiovascular diseases, CVD in young people, adherence to treatment.

Резюме

ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Гульбаршын Д. Мукашева¹, <https://orcid.org/0000-0003-3490-5628>

Толкын А. Булегенов¹, <https://orcid.org/0000-0001-6145-9649>

Назарбек Б. Омаров¹, <https://orcid.org/0000-0003-3262-1410>

Сабит М. Жусупов², <https://orcid.org/0000-0002-0551-126X>

Ольга Т. Ван¹

¹ НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан;

² Павлодарский филиал НАО «Медицинский университет Семей», г. Павлодар, Республика Казахстан.

Введение: Сердечно-сосудистые заболевания являются важной медико-социальной проблемой и вносят большой вклад в общественное здравоохранение. По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно от инфаркта и инсульта умирает 17,1 млн человек, причем в последние годы это чаще встречается у молодых людей.

Цель работы: изучить особенности приверженности к лечению у лиц молодого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы: В исследовании случайным образом приняли участие пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями в возрасте от 25 до 44 лет, состоящие на диспансерном учете в медицинских учреждениях г. Семей. Дизайн исследования - поперечное исследование. Методы исследования: социальные, статистические. Выбор статистических критериев зависит от типа анализируемых переменных. Использовали t-критерий Стьюдента и однофакторный дисперсионный анализ. Статистический значимым считалось значение p менее 0,05. Все анализы выполнялись с использованием IBM SPSS Statistics 25.

Результат исследования: В анкетировании приняли участие 294 пациента с ССЗ в возрасте от 25 до 44 лет, их средний возраст составил 38,4 года. Участвовали 105 (35,7%) мужчин и 189 (64,3%) женщин. По национальности 219 (74,5%) казахов, 62 (21,1%) русских и 13 (4,4%) пациентов других национальностей. По данным нашего исследования, низкий уровень приверженности к лечению был у 3 (1 %) больных, средний - у 154 (52,4 %), высокий — у 137 (46,6 %) больных. Также по видам приверженности к лечению было у многих пациентов средней степень.

Заключение. Таким образом, определены особенности приверженности к лечению молодых людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями. По возрастным группам, по показателям общей приверженности к лечению, эмоциональной приверженности к лечению и поведенческой приверженности к лечению у пациентов 25-40 лет ниже, чем у пациентов 30-44 лет. По статусу молодых пациентов рабочие и предприниматели имели более низкий уровень приверженности лечению, чем остальные. По всем видам приверженности к лечению пациенты, постоянно проходящие медицинский осмотр, имеют более высокую приверженность лечению, чем пациенты, постоянно не проходящие медицинский осмотр.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, ССЗ у лиц молодого возраста, приверженность к лечению.

Библиографиялық сілтеме:

Мукашева Г.Д., Булегенов Т.А., Омаров Н.Б., Жусупов С.М., Ван О.Т. Жүрек-қантамырлар аурулары бар жастардың емге тұрақтылық ерекшеліктері // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2022. 4 (Т.24). Б. 115-124. doi 10.34689/SH.2022.24.4.015

Mukasheva G.D., Bulegenov T.A., Omarov N.B., Zhussupov S.M., Van O.T. Features of adherence to treatment of young persons with cardiovascular diseases // *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2022, (Vol.24) 4, pp. 115-124. doi 10.34689/SH.2022.24.4.015

Мукашева Г.Д., Булегенов Т.А., Омаров Н.Б., Жусупов С.М., Ван О.Т. Особенности приверженности к лечению у лиц молодого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Наука и Здравоохранение. 2022. 4(Т.24). С. 115-124. doi 10.34689/SH.2022.24.4.015

Кіріспе.

Жүрек-қан тамырлары аурулары қазіргі әлемдегі үлкен әлеуметтік-экономикалық мәселе болып табылады, нәтижесінде олар экономикалық дамыған елдерде, сондай-ақ дамушы елдерде өлім мен мүгедектік құрылымында жетекші орын алады[5].

ДДСҰ мәліметтері бойынша 2016 жылы жүрек-қан тамырлары ауруларынан 17,9 миллион адам қайтыс болды, бұл әлемдегі барлық өлімнің 31% [3], оның 8 миллионнан астамы жүректің ишемиялық ауруынан қайтыс болды. Жүрек-қан тамырлары ауруынан болатын өлім-жітімнің 80%-дан астамы табысы орташа және төмен елдерде орын алады [2]. 2030 жылға қарай ЖҚА-дан 23,3 миллион адам қайтыс болады деп болжануда [8,11].

Бүгінде ЖҚА-дан халықтың жас бөлігі еңбекке деген қабілеттілігін жоғалтып жатыр, сонымен қатар ЖҚА өмір сүру ұзақтығының төмен деңгейіне және еңбекке қабілетті жастағы адамдардың өліміне әкеліп соғады. Мысалы, 25-63 жас аралығындағы еркектер арасында ЖҚА 36%, әйелдер арасында - 41%, яғни ЖҚА - жалпы өлім көрсеткішінің үштен бір бөлігін алады [2,9].

ЖҚА-мен ауыратын пациенттерге ем жүргізу нәтижелері нашар болуының маңызды себептерінің бірі – *емге тұрақтылықтың* төмен болуы мәселесі болып табылады. ДДСҰ анықтамасы бойынша *емге тұрақтылық* – бұл адамның мінез-құлқының дәрігердің немесе медицина қызметкерінің ұсынымдарына (дәрілік заттарды қабылдауға, диетаны сақтауға және/немесе өмір салтының басқа да өзгерістеріне қатысты) сәйкестік дәрежесі [29].

Қазіргі уақытта ЖҚА емдеудің тиімділігі дұрыс және уақтылы диагноз қоюға және емдеудің оңтайлы стратегиясы мен тактикасын таңдауға ғана емес, пациенттің белгіленген емдеу режимін сақтауына да байланысты. Сондықтан бұл құбылысты мүмкіндігінше дәл сипаттауға көптеген әрекеттер жасалады. Атап айтқанда, оны белгілеу үшін әртүрлі терминдер ұсынылады, мысалы, «комплаенттілік» (compliance) - пациенттің терапияға келісімі. Кейде комплаенттілік дәрі-дәрмектің нақты мөлшеріне сәйкестікті білдіреді [17].

Бірақ көбінесе ұсынымдарды сақтау «емдеуге тұрақтылық» (adherence) деп аталады. Бұл терминге әртүрлі анықтамалар беріледі. Сонымен, емге тұрақтылық деп пациенттің мінез-құлқының

дәрігерден алынған ұсынымдарға, препараттарды қабылдауға, диетаны сақтауға және өмір салтын өзгертудің басқа да шараларын сақтауға, сондай-ақ дәрігерге бару кестесін сақтауға қатысты сәйкес келу дәрежесін айтады[16].

Сондай-ақ, пациенттердің ауруды емдеу бойынша ұсыныстарға сәйкес келмейтін жағдайларды көрсету үшін арнайы терминдер ұсынылады. Яғни, «жаман» емге тұрақтылық туралы айтады. Ол терапиядан бас тартуға, терапиядағы үзілістерге, дозаны қасақана өзгертумен сипатталады [6]. Көптеген басылымдарда «терапияны ұстанбау» (nonadherence, или non-adherence) термині қолданылады. Пациенттің емделуден бас тартуымен немесе оның мерзімінен бұрын тоқтатылуымен, «дәріден демалуымен», дәріні дұрыс емес дозада қолданумен (соның ішінде өткізіп жіберілген дозаны өтеу үшін дозалық манипуляциялармен) жүретін пациенттің әр түрлі мінез-құлқы түсініледі; дәрі қабылдау уақыты немесе жиілігі бұзылған, т.б. [20,33]. Терапияға қасақана және байқаусызда тұрақсыздықты ажыратады [21]. Бірінші жағдайда, пациент, мысалы, препараттың тиімділігіне, оның қымбаттығына немесе жанама әсерлерден қорқатынына байланысты белгіленген емдеу режимінен ауытқуды өзі шешеді. Екінші жағдайда, төмен емге тұрақтылық себебі пациенттің ұмытшақтығы мен немқұрайлылығы болып табылады.

Емге тұрақтылық – бұл әлдеқайда кең ұғым, оның ішінде ЖҚА-ын екіншілік алдын алудың ажырамас бөлігі болып табылатын өмір салты мен дәрілік емес емдеуге қатысты дәрігердің ұсыныстарын ұстану. Емдеуге тұрақтылықты қандай факторлар анықтайды? Тек пациенттерді емге жеткілікті түрде тұрақты болмағанына кінәлау әділетсіздік болар еді. Емдеуге тұрақтылық – бұл емдеудің екі қатысушысының да, пациенттің де, дәрігердің де қарым-қатынасы, сондай-ақ олардың өзара әрекеттесуінің тиімділігі ықпал ететін көп факторлы мәселе. Статиндерді қабылдау міндеттілігі көбінесе дәрігер мен пациент арасындағы сәтті қарым-қатынасқа байланысты болды: пациенттің дәрігерге деген сенімі, оның кәсіпқойлығына деген сенім және дәрігер емнің сәтті өтуіне мүдделі. Осы зерттеуде дәрігер-пациенттің сәтті қарым-қатынасын қалыптастыруға – дәрігерге қайта-қайта бару және емделудің қажеттілігі туралы түсінікті түсіндірулер ықпал етті [23].

Зерттеу материалдары мен әдістері

Зерттеу дизайны - көлденең зерттеу. Зерттеу әдісі: әлеуметтік, статистикалық. Зерттеуге кездейсоқ әдіспен Семей қаласының емдеу мекемелерінде есепте тұрған 25-44 жас аралығындағы жүрек-қан тамырлары ауруларымен ауыратын пациенттер қатысты.

Зерттеу барысында жүректің ишемиялық ауруы, жедел жүрек жеткіліксіздігі, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі, артериялық гипертензия немесе жоғарыда аталған патологиялардың бірнеше жиынтығымен ауыратын пациенттер сұралды.

Пациенттерді зерттеуге қосу критерийлері: (I) 25-44 жас аралығындағы ЖҚА бар пациенттер; (II) зерттеуге қатысуға ақпараттық келісімін беруі.

Пациенттерді зерттеуге қоспау критерийлері: (I) психикалық немесе когнитивтік бұзылыстары бар пациенттер; (II) зерттеуге қатысудан бас тартқандар.

Деректерді жинау және талдау 1 жыл ішінде (2020 жылдың желтоқсанынан 2021 жылдың желтоқсанына дейін) жүргізілді. Таңдауды қалыптастыру үшін рандомизация әдісі (кездейсоқ сандар кестесі) қолданылды. Осылайша, үлгі 294 науқасты құрады. Таңдаудың жалпы көлемін есептеу Sample XS (<http://www.brixtonhealth.com/samplexs.html>) бағдарламасында жасалды. Бағдарлама көлденең зерттеулерге арналған іріктеу көлемінің калькуляторы болып табылады.

Статистикалық талдау.

Статистикалық критерийлерді таңдау талданатын айнымалылардың типіне байланысты болады. Студенттің t-критерийі мен бір факторлы дисперсия талдауы қолданылды.

Жиналған деректер Microsoft Excel бағдарламасына енгізіліп, талдау үшін SPSS бағдарламасына жүктелді. Барлық есептеулер Windows жүйесіне арналған 25 нұсқасы SPSS (Әлеуметтік ғылымдарға арналған статистикалық пакет) бағдарламалық жасақтамасымен жасалды. Статистикалық маңыздылық деңгейі $p < 0,05$ мәнінде белгіленді.

Этикалық мәселелер.

Ғылыми зерттеу жұмысын жүргізу үшін этикалық рұқсатнама Семей медицина университеті» КеАҚ Жергілікті этика комиссиясының қорытындысы алынды. Жергілікті этика комиссиясынан рұқсат алғаннан кейін ғана зерттеу басталды. Семей медициналық университетінің этикалық комитеті біздің зерттеуіміз басталмай тұрып мақұлданды (2019 жылғы 18 қазандағы №2 хаттама). Зерттеу барысында ақпараттық келісім ұсынылып, респонденттердің келісімімен ғана зерттеу жүзеге асырылды.

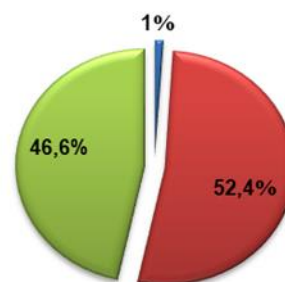
Пациенттер сипаттамасы

Біздің зерттеуімізге 25 пен 44 жас аралығындағы ЖҚА бар 294 пациент қатысты, кейбір пациенттер сауалнамадан түрлі себептермен бас тартты. Пациенттердің орташа жас мөлшері 38,4 жасты қамтыды. 105 (35,7%) ер адам, 189 (64,3%) әйел адам қатысты. Ұлты бойынша 219 (74,5%) қазақтар, 62

(21,1%) орыстар және 13(4,4%) басқа ұлттағы пациенттер кездесті. Отбасылық жағдайы бойынша пациенттер - 207(70,4%) тұрмыста/ үйленген, 37 (12,6%) бойдақ, 29(9,9%) ажырасқан, 21 (7,1%) азаматтық некеде болды. Ал білімі бойынша пациенттер келесіге бөлінді: 5(1,7%) - толық емес орта білімді, 46 (15,6%) - орта білімді, 93 (31,6%) - орта кәсіптік, 11 (3,7%) - аяқталмаған жоғары білімді, 139 (47,3%) - жоғары білімді. 69 (23,5%) пациентте медициналық білімі бар, 225 (76,5%) пациентте медициналық білімі жоқ. Статусы бойынша пациенттер келесідей болды: 123 (41,8%) - жұмысшы, 70 (23,8%) - қызмет етуші, 22(7,5%) - кәсіпкер, 1 (0,3%) - білім алушы, 24 (8,2%) - зейнеткер, 54 (18,4%) - жұмыссыз.

Зерттеу нәтижесі:

1-суретте пациенттердің жауабы бойынша жалпы емге тұрақтылық деңгейлері көрсетілген. 3 (1%) пациентте емге тұрақтылықтың төменгі деңгейі болды, 154 (52,4%) пациентте орташа деңгей болды, ал емге тұрақтылықтың жоғарғы деңгейін 137(46,6%) пациент көрсетті.



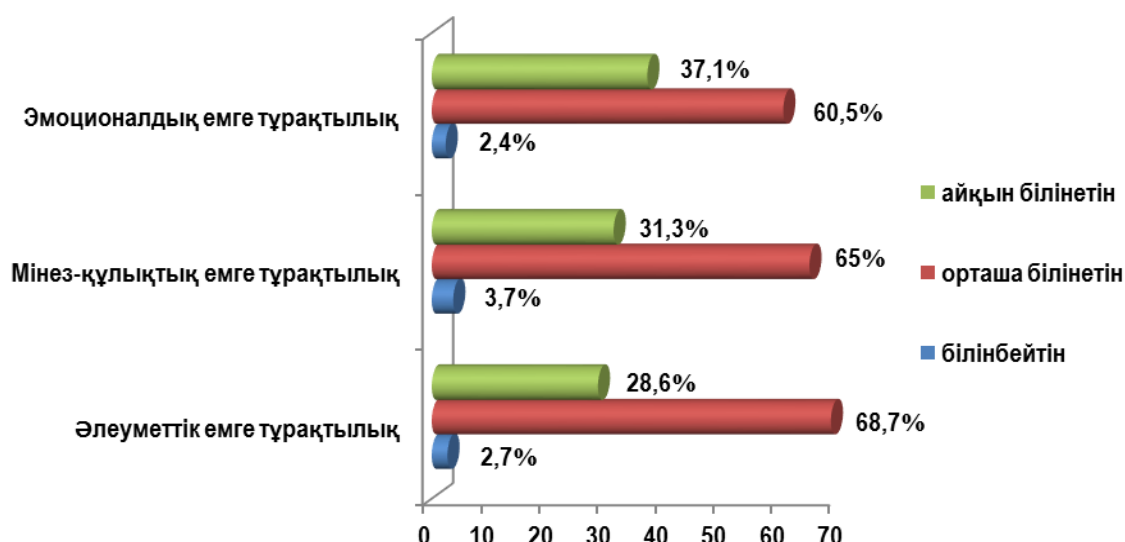
■ төмен деңгей ■ орташа деңгей ■ жоғары деңгей

Сурет 1. Пациенттердің жалпы емге тұрақтылық деңгейі бойынша бөлінуі.

(Figure 1. Distribution of patients according to the level of general adherence to treatment).

Келесі диаграммада (Сурет 2) емге тұрақтылықтың жіктелуі бойынша пациенттер жауабы берілген.

Эмоционалдық емге тұрақтылық бойынша 7 (2,4%) пациентте емге тұрақтылық мінез-құлқының білінбейтін көрсеткіші болды, 178 (60,5%) пациентте емге тұрақтылық мінез-құлқының орташа білінетін көрсеткіші, ал 109 (37,1%) пациентте емге тұрақтылық мінез-құлқының айқын білінетін көрсеткіші болды. Мінез-құлықтық емге тұрақтылық бойынша 11(3,7%) пациентте емге тұрақтылық мінез-құлқының білінбейтін көрсеткіші болды, 191 (65%) пациентте емге тұрақтылық мінез-құлқының орташа білінетін көрсеткіші, ал 92 (31,3%) пациентте емге тұрақтылық мінез-құлқының айқын білінетін көрсеткіші болды. Әлеуметтік емге тұрақтылық бойынша 8 (2,7%) пациентте емге тұрақтылық мінез-құлқының білінбейтін көрсеткіші болды, 202 (68,7%) пациентте емге тұрақтылық мінез-құлқының орташа білінетін көрсеткіші, ал 84 (28,6%) пациентте емге тұрақтылық мінез-құлқының айқын білінетін көрсеткіші болды.



Сурет 2. Пациенттердің әлеуметтік емге тұрақтылық, эмоционалдық емге тұрақтылық, мінез-құлықтық емге тұрақтылық деңгейі бойынша бөлінуі.

(Figure 2. Distribution of patients by the level of social adherence to treatment, emotional adherence to treatment, behavioral adherence to treatment).

1- кестеде зерттеуге қатысқан пациенттердің емге тұрақтылығы жас топтары бойынша салыстырылған. Бұл салыстырмалы талдауда бір факторлы дисперсиялық талдау қолданылды. Статистикалық талдау нәтижесінде барлық дерлік емге тұрақтылық бойынша статистикалық мәнді айырмашылық болды,

тек әлеуметтік емге тұрақтылық бойынша ғана $p > 0,05$ болды. Сонымен жалпы емге тұрақтылық, эмоционалдық емге тұрақтылық және мінез-құлықтық емге тұрақтылық бойынша 25-30 және 35-40 жастағы ЖҚА пациенттерінің емге тұрақтылығы 30-35 және 40-44 жастағыларға қарағанда төмендеу екен.

Кесте 1.

Жас топтары бойынша емге тұрақтылықты салыстыру.

(Table 1. Comparison of adherence to treatment by age groups).

Емге тұрақтылық түрлері		Жас топтары				р мәні
		25-30	30-35	35-40	40-44	
Жалпы емге тұрақтылық	M	76,2	80,8	76,2	82,7	0,028
	SD	19,8	15,9	17,8	15,9	
Әлеуметтік емге тұрақтылық	M	25,5	26,2	25,1	27,1	0,068
	SD	5,9	5,8	6,2	5,3	
Эмоционалдық емге тұрақтылық	M	25,7	27,4	26,5	28,3	0,077
	SD	7,5	5,4	6,1	5,7	
Мінез-құлықтық емге тұрақтылық	M	24,9	27,2	24,6	27,3	0,009
	SD	7,3	5,8	6,5	6,0	

Пациенттердің жынысы бойынша да емге тұрақтылық ерекшеліктерін зерттеп көрдік (2-кесте). Бірақ Студент t-критерийін қолданып статистикалық мәнділікке тексергенде, айырмашылықтардың

статистикалық маңыздылығы жоқ болып шықты ($p > 0,05$). Жалпы емге тұрақтылықтың ерлердегі орташа мәні 79,3 болса, әйелдердегі орташа мәні 80,3-ті құрады.

Кесте 2.

Пациенттер жынысы бойынша емге тұрақтылықты салыстыру.

(Table 2. Comparison of adherence to treatment by gender of patients).

Емге тұрақтылық түрлері		Жынысы:		р мәні
		ер	әйел	
Жалпы емге тұрақтылық	M	79,3	80,3	0,635
	SD	17,2	16,9	
Әлеуметтік емге тұрақтылық	M	26,2	26,3	0,820
	SD	5,4	5,9	
Эмоционалдық емге тұрақтылық	M	27,1	27,6	0,514
	SD	6,3	5,9	
Мінез-құлықтық емге тұрақтылық	M	26,1	26,4	0,654
	SD	6,6	6,2	

Келесі 3-кестеде пациенттердің ұлты бойынша емге тұрақтылықты зерттеу берілген. Бұл жерде біз талдауда бір факторлы дисперсиялық талдау арқылы статистикалық мәнділікке тексерген болатынбыз, нәтижесінде мінез-құлықтық емге тұрақтылық бойынша ғана статистикалық мәнді айырмашылық болды ($p = 0,029$). Яғни, қазақ ұлтында басқа ұлттардан қарағанда мінез-құлықтық емге тұрақтылық көрсеткіші жоғары деп тұжырымдаймыз. Қалған айналымылар бойынша p мәні 0,005-тен жоғары болды.

Пациенттердің отбасылық жағдайы бойынша емге тұрақтылықты салыстырмалы талдау 4 – кестеде көрнекі түрде көрсетілген. бір факторлы дисперсиялық талдау көмегімен айырмашылықтардың статистикалық мәнділігін тексерсек, барлық емге тұрақтылық түрлері бойынша p мәні 0,005-тен жоғары болып шықты. Сол себепті пациенттердің отбасылық жағдайлары әр түрлі болғанымен, емге тұрақтылығы ұқсас деп тұжырымдаймыз.

Кесте 3.

Пациенттер ұлты бойынша емге тұрақтылықты салыстыру.

(Table 3. Comparison of adherence to treatment by nationality of patients).

Емге тұрақтылық түрлері		Ұлты			р мәні
		қазақ	орыс	басқа	
Жалпы емге тұрақтылық	M	81,1	76,4	76,8	0,123
	SD	18,1	12,6	14,3	
Әлеуметтік емге тұрақтылық	M	26,6	25,0	25,7	0,150
	SD	6,1	4,4	5,3	
Эмоционалдық емге тұрақтылық	M	27,6	26,6	26,9	0,498
	SD	6,4	4,9	5,2	
Мінез-құлықтық емге тұрақтылық	M	26,9	24,7	24,2	0,029
	SD	6,7	4,7	5,4	

Кесте 4.

Пациенттердің отбасылық жағдайы бойынша емге тұрақтылықты салыстыру.

(Table 4. Comparison of adherence to treatment by family status of patients).

Емге тұрақтылық түрлері		Отбасылық жағдай:				р мәні
		тұрмыста/ үйленген	бойдақ	ажырасқан	азаматтық неке	
Жалпы емге тұрақтылық	M	79,9	79,9	79,2	81,9	0,956
	SD	17,1	17,4	11,9	21,6	
Әлеуметтік емге тұрақтылық	M	26,3	26,2	25,1	27,3	0,603
	SD	5,7	5,3	4,4	7,8	
Эмоционалдық емге тұрақтылық	M	27,3	27,5	27,2	28,1	0,938
	SD	6,1	6,6	4,1	6,6	
Мінез-құлықтық емге тұрақтылық	M	26,2	26,2	26,9	26,4	0,961
	SD	6,4	6,3	4,9	8,0	

Бір факторлы дисперсиялық талдау көмегімен есептелетін пациенттер статусы бойынша емге тұрақтылық коэффициенттері айырмашылығының статистикалық маңыздылығы 5-кестеде берілген. Жас пациенттердің статусы бойынша айырмашылықтарды талдау кезінде жалпы емге тұрақтылық, әлеуметтік емге тұрақтылық және эмоционалдық емге

тұрақтылық көрсеткіштерде статистикалық маңызды айырмашылықтар табылды ($p < 0,05$). Сондықтан, жұмысшылар мен кәсіпкерлерде басқаларынан қарағанда төмен көрсеткіш екен деп пайымдаймыз. Мінез-құлықтық емге тұрақтылық үшін статистикалық маңызды айырмашылық табылмады ($p > 0,05$).

Кесте 5.

Пациенттер статусы бойынша емге тұрақтылықты салыстыру.

(Table 5. Comparison of adherence to treatment by patient status).

Емге тұрақтылық түрлері		Статус:					р мәні
		жұмысшы	қызметкер	кәсіпкер	зейнеткер	жұмыссыз	
Жалпы емге тұрақтылық	M	77,2	81,0	76,7	80,5	85,9	0,035
	SD	16,0	15,8	16,7	17,5	19,5	
Әлеуметтік емге тұрақтылық	M	25,3	26,5	25,3	27,0	28,1	0,038
	SD	5,6	5,3	5,6	5,6	6,3	
Эмоционалдық емге тұрақтылық	M	26,5	27,7	25,6	27,5	29,6	0,023
	SD	5,5	5,7	6,3	6,0	6,9	
Мінез-құлықтық емге тұрақтылық	M	25,3	26,7	25,8	26,0	28,2	0,133
	SD	6,0	6,0	5,9	6,7	7,3	

Пациенттердің медициналық тексеруден өтуіне байланысты емге тұрақтылық ерекшеліктерін анықтаған болатынбыз (6-кесте). Бұл жағдайды Студент t-критерийі қолданылды және статистикалық мәнділікке тексергенде, барлық емге тұрақтылық бойынша айырмашылықтардың статистикалық маңыздылығы бар болып шықты ($p < 0,05$). Жалпы емге

тұрақтылықтың үнемі медициналық тексеруден өтіп тұратын пациенттердегі орташа мәні 82,1 болса, үнемі өтпейтіндердегі орташа мәні 75,3-ті құрады. Сондықтан да барлық шкалалар бойынша үнемі медициналық тексеруден өтетін пациенттердің емге тұрақтылығы үнемі медициналық тексеруден өтпейтін пайиенттерге қарағанда жоғары деп есептейміз.

Кесте 6.

Пациенттердің медициналық тексеруден өтуіне байланысты емге тұрақтылықты салыстыру.

(Table 6. Comparison of adherence to treatment depending on the medical examination of patients).

Емге тұрақтылық түрлері		Сіз үнемі медициналық тексеруден өтіп тұрасыз ба?		р мәні
		Иә	Жоқ	
Жалпы емге тұрақтылық	M	82,1	75,3	0,000
	SD	17,4	15,2	
Әлеуметтік емге тұрақтылық	M	26,9	25,0	0,000
	SD	6,0	5,0	
Эмоционалдық емге тұрақтылық	M	28,2	25,7	0,000
	SD	6,0	5,7	
Мінез-құлықтық емге тұрақтылық	M	27,1	24,6	0,000
	SD	6,5	5,7	

Талқылау

Бірқатар зерттеулер емдеуді ұстанудың жасына, жынысына және әлеуметтік айырмашылықтарына байланысты екенін анықтады. Әйелдер, қарт адамдар, білімі мен табыстары жоғары адамдар ер адамдармен, жас /орта жастағы адамдармен және білімі мен табысы төмен адамдармен салыстырғанда әлдеқайда дәйекті түрде дәрігерге қаралады [18], бірақ кейбір зерттеулерде бұл заңдылықтар расталмаған[28]. Көптеген зерттеулер емделуге тұрақтылықтың төменділігі көп пациенттердің жеткіліксіз хабардарлығы, аурудың асқынуларының ауырлық дәрежесін түсінбеуі, емдеуден бас тарту (теріске шығару), емдеуші дәрігердің кеңесіне сенімсіздікпен қарау және кейбір жағдайларда жанама әсерлерді азайту ниетіне негізделген саналы шешім екенін көрсетеді [34].

Көптеген зерттеулер пациенттердің жынысы бойынша ұсыныстарды сақтаудың тәуелділігін талқылайды [26]. Осыған байланысты, трандолаприлді қабылдаған 2173 пациентке қатысты зерттеу нәтижелері айтарлықтай дәлел болып табылады. Еркектер әйелдерге қарағанда дәріні қабылдауды ұмытып кететіні көрсетілген [14]. Кубада жүргізілген антигипертензивті терапияны [22] ұстануды зерттеу барысында емге тұрақты пациенттердің 68,5% -ы әйелдер болды. Тағы бір еңбек [15] әйелдердің дәрігердің ұсыныстарын ерлерге қарағанда қатаң ұстанатындығын айтады.

Ұсыныстардың пациенттердің жасына тәуелділігі кеңінен талқыланады [26]. Медициналық ұсыныстар 60 жастан асқан адамдар тобында 60 жастан төмен пациенттерге қарағанда анағұрлым нақты орындалғаны көрсетілді. Екінші жағынан, кейбір басылымдарда қартайғанда ұсынымдарды сақтамау расталмайды. Сонымен, гипертензияға қарсы

препараттарды қолдануға кері әсер ететін факторлардың ішінде егде жастағы (65 жастан асқан) және жас (35 жастан төмен) жастағы адамдар көрсетілген [17,16.]. Егде жастағы адамдар пациенттердің ең проблемалық категориясы екендігі баса айтылды. Олар (60 жастан кіші адамдармен салыстырғанда) терапияның өзін-өзі тоқтату ықтималдығы немесе оның режимінің едәуір өзгеруі, содан кейін емнің тиімділігі оның нәтижелері толық жойылғанға дейін емді тоқтату 2 есе жоғары[17].

Жеке зерттеулерде пациенттің отбасы –ұсынымдардың сақталуына ықпал ететін фактор ретінде көрінеді [12,24]. Алайда, күйзеліс пен отбасылық жанжалдардың болуы емге тұрақтылыққа кері әсерін тигізеді. Отбасының болмауы да емдеуден бас тарту қаупін арттырады [1]. Жалғыз тұратын егде жастағы адамдарда емделудің минималды екендігі анықталды [30]. Алайда пациенттің ұсынымдарды орындауына отбасының әсері соншалықты маңызды болмауы мүмкін. Бірыңғай зерттеулер отбасы әлеуметтік қолдаудың тиісті деңгейін қамтамасыз етсе, оның рөлі оң болатындығын көрсетеді. Екінші жағынан, егер туыстарының эмоционалды білдіруінің жоғары деңгейі байқалса, пациенттерге деген сын, дұшпандық және жағымсыз эмоциялар түрінде көрінетін, сонымен қатар емделуге тікелей сын көзбен қарайтын болса, отбасы– ұсынымдардың сақталуына кері әсер етуі мүмкін [12,7].

Көптеген пациенттер үшін денсаулық – құндылықтар жүйесінде ең маңызды орыннан алыс. Бірқатар зерттеулер медициналық ұсыныстарды сақтау пациенттің ауру туралы білімдерімен, денсаулықты жеке қабылдауымен және емделуден және өмір салтын өзгертуден алатын артықшылықтарымен тығыз байланысты екенін көрсетті [35]. Американдық зерттеуге сәйкес,

артериялық гипертензиясы бар пациенттердің көпшілігінде емделуге әсер ететін негізгі факторлар диагноз фактісінің өзі («затбелгі эффектисі»), төмен мотивация, аурудың ауырлық дәрежесін төмен бағалау, артериялық гипертензия туралы білмеу болып табылады. Пациенттердің үштен бір бөлігі емдеу перспективасын пессимистік бағалайды, терапияның жағымсыз әсерлерін, сонымен қатар медициналық мамандардың жеткіліксіз назары мен қолдауын атап өтеді [18].

ЖҚА-ның көп бөлігі ұзақ жылдар бойы емделуді қажет ететін созылмалы аурулар болғандықтан, ұсынылған емнің ұзақ мерзімді перспективада пациенттердің өмір сапасына әсері маңызды. Өмір сапасына айтарлықтай теріс әсер ететін ұсыныстар емдеуден толық бас тартуға әкелуі мүмкін [25]. Емге тұрақтылыққа әсер ететін тағы бір фактор – пациенттердің психоэмоционалды жағдайы. Дедаптивті синдромдар, депрессиялық, алаңдаушылық-депрессиялық күйлер гипертензиямен және ЖИА бар пациенттерде емге тұрақтылықтың нашарлауымен байланысты.

Депрессиямен ауыратын пациенттер емге тұрақтылықтың төмен деңгеймен сипатталады, бұл адекватты терапия үшін қосымша қиындықтар тудырады. Кейбір зерттеулердің нәтижелері [1] көрсетіп отырғандай, төмен емге тұрақтылық себебі – алаңдаушылық. Шектік және жоғары мазасыздықпен ауыратын пациенттер антигипертензивті терапияны нашар ұстайды [10].

Ұсыныстардың сақталуына әсер ететін факторлардың арасында өмір салтының әртүрлі ерекшеліктері бар. Көбінесе емдеуден бас тарту жаман әдеттермен байланысты: темекі шегу, тамақтанудың бұзылуы, гиподинамия, алкогольді және басқа психоактивті заттарды шамадан тыс тұтыну [19]. Пациенттер ыңғайсыз немесе орынсыз деп санайтын өмір салтын түзетуге бағытталған ұсыныстарды орындау мүмкін еместігіне байланысты кейбір пациенттер ұсыныстарды орындамайды деп болжанады. Бұл тағамның калория мөлшері, ас тұзын тұтыну, физикалық белсенділіктің жоғарылауы және т.б. [4]. Сонымен, тағы бір зерттеуде пациенттердің 24,7%-ында гипертензияға қарсы препараттарды қолданудан бас тарту олардың өмір салтын өзгерте алмауымен байланысты екендігі анықталды [31].

Пациенттің емге тұрақтылығы төмен болған сайын, пациентке оның ауруы аз қолайсыздық алып келеді [26]. Емдеуге төмен деңгейде тұрақтылық артериялық гипертензия мен липидтер алмасуының бұзылыстарына тән, себебі олар ұзақ уақыт бойы клиникалық көріністерсіз пайда болуы мүмкін. Жалпы, пациенттің клиникалық жағдайы неғұрлым нашарласа, оның емделуге тұрақтылығы соғұрлым жоғары болады. Антигипертензивті терапияға тұрақтылық қант диабетімен қатар жүретін АГ бар емделушілерде жоғары екендігі көрсетілген. ЖҚА бар пациенттердің бақылаулары көрсеткендей, ұсынылған терапияның

сипатына қарамастан, емдеу ұзақтығы өскен сайын емделуге деген құлшыныс азаяды [27].

Кейбір авторлардың пікірі бойынша [22], емделуге тұрақтылығы төмен пациенттер тобы негізінен жас пациенттерден тұрады, оларда қан қысымының жоғарылауы жағымсыз сезімдермен бірге жүрмейді. Сонымен қатар, асқынбаған гипертензиясы бар пациенттерде аурудың ағымын байқауға болады, ол ешқандай шағымдармен бірге жүрмейді. Антигипертензивті терапияның жағымсыз әсерлері пациенттің әл-ауқатын нашарлатып, дәрі-дәрмектерді үнемі қабылдаудан бас тартуы мүмкін. Сондықтан ауруға қатысты шағымдар болмаған кезде пациенттер көбінесе ауруды емдеу жөніндегі ұсыныстарды орындамайды [32]. Керісінше, АГ асқынуымен ауыратын пациенттер – жүректің ишемиялық ауруы (ЖИА), созылмалы жүрек жеткіліксіздігі және бүйректің созылмалы ауруы антигипертензивті терапия басталған кезбен салыстырғанда, терапияны жақсы ұстанады [13].

Қорытынды.

Біздің зерттеу мәліметтері бойынша, 3(1%) пациентте емге тұрақтылықтың төменгі деңгейі болды, 154 (52,4%) пациентте орташа деңгей болды, ал емге тұрақтылықтың жоғарғы деңгейін 137 (46,6%) пациент көрсетті. Емге тұрақтылықтың түрлері бойынша да орташа деңгейдегі пациенттер көп болды.

Жас топтары бойынша, жалпы емге тұрақтылық, эмоционалдық емге тұрақтылық және мінез-құлықтық емге тұрақтылық бойынша 25-30 және 35-40 жастағы ЖҚА пациенттерінің емге тұрақтылығы 30-35 және 40-44 жастағыларға қарағанда төмендеу екен. Жас пациенттердің статусы бойынша, жұмысшылар мен кәсіпкерлерде басқаларынан қарағанда емге тұрақтылықтың деңгейі төмен екен. Барлық емге тұрақтылық түрлері бойынша үнемі медициналық тексеруден өтетін пациенттердің емге тұрақтылығы үнемі медициналық тексеруден өтпейтін пайиенттерге қарағанда жоғары болды.

Мүдделер қақтығысы болған жоқ.

Қаржыландыру – жарияланған жоқ

Авторлық үлестер:

Мукашева Г.Д., – материалды жинау, статистикалық мәліметтерді өңдеу және талдау, редакциямен хат алмасу.

Жусупов С.М., Ван О.Т. - статистикалық мәліметтерді өңдеу және талдау.

Бөлегенов Т.А., Омаров Н.Б. – ғылыми жетекшілік, қорытындымен жұмыс.

Авторлар осы мақаланың бірде-бір бөлігі ашық баспасөзде жарияланбағанын және басқа баспалардың қарауында емес екенін мәлімдейді.

Әдебиеттер:

1. Амлаев К.Р., Махов З.Д., Койчужева С.М., и др. Методы определения уровня и причины снижения приверженности лечению // Вестник Ставропольского государственного университета. 2012. №.3. С. 229-233.

2. Ахмедова З.М. Эпидемиология и социально-гигиенические аспекты сердечно-сосудистых заболеваний среди подростков Республики Дагестан: Дис. ...канд. мед. наук. – М., 2006. – 38 с.
3. ВОЗ. Сердечно-сосудистые заболевания. Информационный бюллетень 152 №317. Январь 2015 г.
4. Гуревич К.Г. Комплаенс больных, получающих гипотензивную терапию // Качественная клиническая практика. 2008. №4. С. 53-58.
5. Доклад Генерального директора Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) – М. Чен. Международная конференция, посвященная 30-летию Алма-Атинской декларации по первичной медико-санитарной помощи. – Алматы, 2008. – 10 с.
6. Конради А.О. Артериальная гипертензия: как остановить эпидемию. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2004;4:12-19.
7. Лутова Н.Б. Оценка факторов комплаентности психически больных и влияние на них коморбидных расстройств. – 2012. Методические указания. 23 с.
8. Мировой отчет по неинфекционным заболеваниям, 2010 г. – Женева, ВОЗ.
9. Самородская И.В. Сердечно-сосудистые заболевания: принципы статистического учета в разных странах // Здравоохранение. 2009. №7. С. 49-55.
10. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В., и др. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца: первые результаты проспективного этапа российского многоцентрового исследования Координата // Кардиология. 2007;47:10: С. 24-30.
11. Anderson L., Taylor R.S. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews // Cochrane 197 Database Syst. Rev. 2014. Dec. 12. № 12. CD011273.
12. Byrd C.E. Understanding adherence to the typical anti-hypertensive treatment regimen: An expanded self-regulation theory based prediction model. – University of Florida, 2004. 190 с.
13. Chapman R.H., Benner J.S., Petrilla A.A. et al. Predictors of adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy // Archives of internal medicine. 2005. Vol. 165. №10. P. 1147-1152.
14. Cifková R. et al. Blood pressure control and risk profile in poststroke survivors: a comparison with the general population // Journal of Hypertension. 2015. Vol. 33. № 10. P. 2107-2114.
15. Fodor G.J., Kotrec M., Bacskai K. et al. Is interview a reliable method to verify the compliance with antihypertensive therapy? An international central-European study // Journal of hypertension. 2005. Vol 23. № 6. P. 1261-1266.
16. Hill M., Houston N. Adherence to antihypertensive therapy. 2007;131:390-392.
17. Jin J., Sklar, G.E., Oh V.M. et al. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective // Therapeutics and clinical risk management. 2008. Vol. 4. № 1. P. 269.
18. Jokisalo E., Enlund H., Halonen P. et al. Factors related to poor control of blood pressure with antihypertensive drug therapy // Blood pressure. 2003. Vol. 12. № 1. P. 49-55.
19. Kim M.T., Han H.R., Hill M.N. et al. Depression, substance use, adherence behaviors, and blood pressure in urban hypertensive black men // Ann Behav Med 2003; 26(1): P. 24-31.
20. Lehane E., McCarthy G. Intentional and unintentional medication non-adherence: a comprehensive framework for clinical research and practice? A discussion paper // International journal of nursing studies. 2007. Vol. 44. № 8. P. 1468-1477.
21. Lowry K.P., Dudley T.K., Oddone E.Z. et al. Intentional and unintentional nonadherence to antihypertensive medication // Annals of Pharmacotherapy. 2005. Vol. 39. № 7-8. P. 1198-1203.
22. Martín Alfonso L., Sairo Agramonte M., Bayarre Vea H. D. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos // Revista Cubana de Medicina General Integral. 2003. Vol. 19. № 2. P. 0-0.
23. McGinnis B., Olson K.L. et al. Dyslipidemia: factors related to adherence to statin therapy // Annals of Pharmacotherapy. 2007. Vol. 41. № 11. P. 1805-1811.
24. Miklowitz D., George E., Richards J., et al. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder // Archives of general psychiatry. 2003. Vol. 60. № 9. P. 904-912.
25. Nunes M.I. The relationship between quality of life and adherence to treatment // Curr Hypertens Rep 2001; 3(6): P. 462-5.
26. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication // New England journal of medicine. 2005. Vol. 353. № 5. P. 487-497.
27. Perreault S., Lamarre, D., Blais, L. et al. Persistence with treatment in newly treated middle-aged patients with essential hypertension // The Annals of pharmacotherapy. 2005. Vol. 39. № 9. P. 1401-1408.
28. Ragot S., Sosner P., Bouche G. et al. Appraisal of the knowledge of hypertensive patients and assessment of the role of the pharmacists in the management of hypertension: results of a regional survey // Journal of human hypertension. 2005. Vol. 19. №7. P. 577-584.
29. Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO, Geneva 2003. 209 p.
30. Salas M. et al. Impaired cognitive function and compliance with antihypertensive drugs in elderly: the Rotterdam Study // Clinical Pharmacology & Therapeutics. 2001. Vol. 70. № 6. P. 561-566.
31. Schoberberger R., Janda M., Pescosta W. et al. The COMpliance Praxis Survey (COMPASS): a multidimensional instrument to monitor compliance for patients on antihypertensive medication // Journal of human hypertension. 2002. Vol. 16. № 11. P 779-787.
32. Schroeder K., Fahey T., Ebrahim S. How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care?: systematic review of randomized controlled trials // Archives of internal medicine. 2004. Vol. 164. №7. P. 722-732.
33. Sewitch M.J., Leffondré K., Dobkin P.L. Clustering patients according to health perceptions: relationships to psychosocial characteristics and medication nonadherence // Journal of psychosomatic research. 2004. Vol. 56. №3. P. 323-332.

34. Svensson S., Kjellgren K.I., Ahlner J., et al. Reasons for adherence with antihypertensive medication // *Int J Cardiol.* 2000. 76(2-3): P. 157-63.

35. Werlemann B.C., Offers E., Kolloch R. Compliance problems in therapy resistant hypertension // *Herz.* 2004. Vol. 29. № 3. P. 271-275.

References: [1-10]

1. Amlaev K.R., Makhov Z.D., Koichueva S.M., i dr. Metody opredeleniya urovnya i prichiny snizheniya priverzhennosti lecheniyu [Methods for determining the level and reasons for reducing adherence to treatment]. *Vestnik Stavropol'skogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of the Stavropol State University]. 2012. №3. p. 229-233.

2. Akhmedova Z.M. Epidemiologiya i sotsial'no-gigienicheskie aspekty serdechno-sosudistyykh zabolevaniy sredi podrostkov Respubliki Dagestan [Epidemiology and socio-hygienic aspects of cardiovascular diseases among adolescents of the Republic of Dagestan]: Dis. ...kand. med. nauk. M., 2006. 38 p.

3. VOZ. *Serdechno-sosudistye zabolevaniya* [WHO. Cardiovascular diseases] Informatsionnyi byulleten' 152 N317. Yanvar' 2015 g.

4. Gurevich K.G. Komplaens bol'nykh, poluchayushchikh gipotenzivnyuyu terapiyu [Compliance of patients receiving antihypertensive therapy]. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika* [Qualitative clinical practice]. 2008. №4. pp. 53-58.

5. *Doklad General'nogo direktora Vsemirnoi organizatsii zdavookhraneniya (VOZ)* [Report of the Director-General of the World Health Organization. WHO] –

M. Chen. *Mezhdunarodnaya konferentsiya, posvyashchennaya 30-letiyu Alma-Atinskoi deklaratsii po pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi* [International conference dedicated to the 30th anniversary of the Declaration of Alma-Ata on primary health care]. – Almaty, 2008. – 10 p.

6. Konradi A.O. Arterial'naya gipertenziya: kak ustanovit' epidemiyu [Arterial hypertension: how to stop the epidemic]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* [Cardiovascular therapy and prevention] 2004. 4:12-19.

7. Lutova N.B. *Otsenka faktorov komplaentnosti psikhicheskikh bol'nykh i vliyaniye na nikh komorbidnykh rasstroystv* [Evaluation of compliance factors for mentally ill patients and the impact of comorbid disorders on them]. – 2012. Methodical instructions. 23 p.

8. *Mirovoi otchet po neinfektsionnym zabolevaniyam, 2010 g.* [World Report on Noncommunicable Diseases 2010] – Zheneva, VOZ.

9. Samorodskaya I.V. Serdechno-sosudistye zabolevaniya: printsipy statisticheskogo ucheta v raznykh stranakh [Cardiovascular diseases: principles of statistical accounting in different countries]. *Zdravookhraneniye* [Health care]. 2009. №7. pp. 49-55.

10. Chazov E.I., Oganov R.G., Pogosova G.V., i dr. Depressivnaya simptomatika ukhudshaet prognoz u bol'nykh arterial'noi gipertoniei i ishemicheskoi bolezniyu serdtsa: pervye rezul'taty prospektivnogo etapa rossiiskogo mnogotsentrovogo issledovaniya Koordinata [Depressive symptoms worsen prognosis in patients with arterial hypertension and coronary heart disease: first results of a prospective stage of the Russian multicenter study Coordinata]. *Kardiologiya* [Cardiology]. 2007. 47:10: P. 24-30.

Байланыс ақпараты:

Мукашева Гүлбаршын Дарынқызы – «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы бойынша докторант, КеАҚ «Семей медицина университеті», Семей қ., Қазақстан Республикасы.

Почтовый адрес: Қазақстан Республикасы, 071400, Семей қ., Абай к. 103.

E-mail: gulbarshyn_1_12@mail.ru

Телефон: +77752200745