

**ҚОЖААХМЕТЯСАУИАТЫНДАҒЫХАЛЫҚАРАЛЫҚҚАЗАҚ-  
ТҮРІКУНИВЕРСИТЕТІ**

**ҚАЗТЕП ИНСТИТУТЫ  
МАГИСТРАТУРА**

6M050700-Денсаулық сақтау саласындағы менеджмент

**МАГИСТРЛІК ЖОБА**

Ер кісілердегі онкологиялық аурулардың алдын-алудың ғылыми негіздері

Орындаушы \_\_\_\_\_ Ашимов Б.Т. " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2019 ж.  
/қолы / /Т.А.Ә./

Ғылыми жетекші доктор-PhD \_\_\_\_\_ Жанабаев Н.С  
/регалии/ /қолы //Т.А.Ә./

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2019 ж.

**Түркістан 2019**

## **МАЗМҰНЫ**

<b>НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР</b>	3
<b>АНЫҚТАМАЛАР</b>	4
<b>БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР</b>	7
<b>КІРІСПЕ</b>	9
<b>1 ӨМІР САПАСЫ ӘЛЕУМЕТТІК КАТЕГОРИЯ РЕТІНДЕ</b>	11
<b>2 ӘЛЕУМЕТТІК ОҢАЛТУ НӘТИЖЕСІ РЕТІНДЕ</b>	14
<b>ОНКОЛОГИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР САПАСЫ</b>	
<b>3 ОНКОЛОГИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ</b>	17
<b>САПАСЫН СОЦИОЛОГИЯЛЫҚ БАҒАЛАУҒА</b>	
<b>ӘДІСТЕМЕЛІК ТӘСІЛДЕР</b>	
<b>3.1</b> Ерлердің онкологиялық ауруларын алдын-алу бойынша профилактикалық шараларға қысқаша шолу	20
<b>3.2</b> Ерлердің онкологиялық ауруларының жалпы түсінігі және олардың белгілері	20
<b>3.3</b> Ерлердің онкологиялық ауруларының бастапқы алдын-алу әдістері 1-тарауға қорытынды	24
<b>3.4</b> Ерлердің онкологиялық аурулар және олардың алдын-алу туралы хабардар болуы	29
<b>ҚОРЫТЫНДЫ</b>	42
<b>ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ</b>	43
<b>ҚОСЫМША А</b>	53
<b>ҚОСЫМША Ә</b>	58

## НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР

Осы диссертацияда келесі нормативтік құжаттар мен стандарттарға сілтемелер пайдаланылды:

Қазақстан Республикасының 23 маусым 2015 жылы № 440 «Инфекциялық және паразиттік, кәсіптік аурулар мен улану жағдайларын тексеру қағидалары» туралы заңы.

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 – 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы №1113.

МС 7.32-2001– (мемлекетаралық стандарт) ақпарат, кітапхана және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Ғылыми-зерттеу жұмысы туралы есеп. Рәсімдеу ережесі және құрылымы № 1113.

МС 15.101-98 – (мемлекетаралық стандарт) Өндіріске өнімді әзірлеу және қою жүйесі. Ғылыми-зерттеу жұмыстарын орындау тәртібі.

МС 7.1-2003. Бойынша стандарттар жүйесі ақпарат , кітапхана және баспа ісі. Библиографиялық жазба. Библиографиялық сипаттама. Жалпы талаптар және құрастыру ережелері.

МС 7.9-95 (ИСО 214-76) ақпарат, кітапхана және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Реферат және аннотация. Жалпы талаптар.

МС 7.12-93 –Кітапханалық баспа ісі, ақпарат бойынша стандарттар жүйесі. Библиографиялық жазба. Орыс тіліндегі сөздерді қысқарту. Жалпы талаптар мен ережелер.

МС 7.54-88 –Ақпарат, кітапхана және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Ғылыми-техникалық құжаттарда заттар мен материалдардың қасиеттері туралы сандық деректерді ұсыну. Жалпы талаптар.

МС 8.417-2002 –Өлшем бірлігін қамтамасыз етудің мемлекеттік жүйесі. Өлшем бірліктері.

## АНЫҚТАМАЛАР

**Инсульт-инфаркт** немесе геморрагия ошағының қалыптасуымен 1 сағаттан астам сақталатын, немесе цереброваскулярлы патология салдарынан қысқа уақыт аралығында науқастың өліміне әкелетін ошақтық және/немесе жалпымемозгалық неврологиялық симптоматиканың кенеттен пайда болуымен сипатталатын ми қан айналымының жіті бұзылуы (ОНМК).

**Ишемиялық инсульт – (ИИ)** - ми тінінің некрозы (ми инфарктісі) ошағының дамуымен ми қан айналымының кенеттен шектелуі нәтижесінде ми қан айналымының жіті бұзылуы.

**Миішілік қан құйылу (МҚК)** – ми затына (паренхиматозды) және/немесе ми қабығының астына қан құйылу, церебральды тамырлардың патологиялық өзгерген қабырғаларының үзілуімен немесе диапедезмен байланысты.

**Субарахноидальды қан құйылу – СҚК)** - бас миы тамырларының немесе оның қабығының үзілуімен байланысты мидың ұқсас кеңістігіне қан құйылу.

**Тәуекел факторы-**мінез-құлықтың немесе өмір салтының аспектісі, орта жағдайларындағы экспозиция немесе эпидемиологиялық деректерден белгілі болғандай, алдын алу маңызды деп саналатын денсаулыққа қатысты жағдайға байланысты туа біткен немесе мұра болған ерекшелік.

**ТФ** термині келесі мәндердің кез келгенінде өте еркінқолданылады: Ауру сияқты нақты нәтиженің жоғары ықтималдығына байланысты белгі немесе экспозиция. Міндетті емес себеп факторы. Тәуекел маркері.

Аурудың немесе өзге нақты нәтиженің ықтималдығын арттыратын белгі немесе экспозиция. Детерминанта Араласумен өзгеруі мүмкін Детерминант, осылайша, аурудың пайда болу ықтималдығын немесе басқа да нақты нәтижелерді төмендетеді.

**Эпидемиология-**белгілі бір популяцияларда денсаулыққа (адам) жататын жай-күйлердің немесе оқиғалардың таралуы және олардың детерминанттары туралы ғылым, сондай-ақ осы зерттеулерді денсаулық проблемаларын бақылауда қолдану.

**Ауру** - 1000 тұрғынға есептелген белгілі бір мерзімде (жыл) туындаған инсульттің жаңа жағдайларының саны.

**Өлім** - 1000 тұрғынға есептелген өлім-жітім (бір жыл ішінде) аяқталған инсульт жағдайларының саны.

**Өлім-аурудың барлық тіркелген жағдайларына қатысты инсульттің өлім жағдайларының үлесі (пайызбен)**

**Когорттық зерттеу**-бұл бөлінген адамдар тобы (когорт) кейбір уақыт бойы бақылайтын обсервациялық зерттеу. Осы когорттың әр түрлі топшаларында сыналушылардың нәтижелері, кім зерттелетін препаратпен емдеуге ұшырағанда немесе ұшырамағанда (немесе әртүрлі дәрежеде ұшырағанда) салыстырылады.

**Нандомизацияланған сынақ-топқа қатысушыларды бөлу** кездейсоқ тәртіппен емес, зерттеушінің еркі бойынша немесе алдын ала белгіленген жоспар бойынша жүргізілетін зерттеу.

**Статистикалық мәнділік-нөлдік гипотезаның тәуелсіз және тәуелді айнымалылары арасындағы ассоциацияның байқалатын немесе жоғары дәрежесіндегі ықтималдығын бағалауға мүмкіндік беретін статистикалық әдістер.** Статистикалық маңыздылықтың қол жеткізілген деңгейін көбінесе 0,005 немесе 0,01-ге тең, статистикалық маңыздылықтың априорлы берілетін сыни деңгейінен ажырату қажет. Әдетте статистикалық мәнділік деңгейі  $p$ -шасымен көрінеді.

**Сенімді интервал (СИ)** - популяциядағы параметрдің шынайы мәні қандай шектерде болуы мүмкін екенін бағалауға мүмкіндік беретін статистикалық көрсеткіш: шынайы мәндердің тербелу диапазоны. 95% - ы сенімді интервал 95% ықтималдығы бар шынайы мән оның шегінде екенін білдіреді. Сенімді интервал шамасы деректерді дәлелдеу дәрежесін сипаттайды, ал  $p$  шамасы нөлдік гипотезаның қате ауытқу ықтималдығын көрсетеді.

**СТ (салыстырмалы тәуекел)** - белгілі бір әсерге ұшыраған және ұшырамаған тұлғалар арасындағы зерттелетін нәтиже жиілігінің қатынасы. ОР абсолюттік тәуекелдің (сырқаттанушылықтың) шамасы туралы ақпарат алмайды. СТ әсер ету мен ауру арасындағы байланыс күшін көрсетеді.

**Оңалту-мүгедек** болып табылатын науқасқа кемістікті еңсеруге, оны өзіне-өзі қызмет көрсетуге және аурудың салдарынан туындаған жаңа жағдайларда еңбек қызметіне бейімдеуге бағытталған іс-шаралар жүйесі.

**Транскраниальды магниттік стимуляция (ТМС)** – қысқа магниттік импульстер арқылы ми қыртысын инвазивті емес ынталандыруға мүмкіндік беретін әдіс.

**Нәтиже** – зерттеушінің қызығушылығының объектісі болып табылатын клиникалық маңызды құбылыс, зертханалық көрсеткіш немесе белгі. Клиникалық сынақтарды жүргізу кезінде нәтижелер емдік немесе профилактикалық әсердің тиімділігін бағалау критерийлері болып табылады.

## БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР

<b>АҚҚ</b>	- Артериальді қан қысымы
<b>АГ</b>	- Артериальді гипертензия
<b>АПМ</b>	- Амбулаторлы –поликлиникалық мекеме
<b>АГМ</b>	- Артериальді гипертензия мектебі
<b>БжҒМ</b>	- Білім және ғылым министрлігі
<b>ДДСҰ</b>	- дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
<b>ДБА</b>	- дене бетінің ауданы
<b>ҒЗЖ</b>	- ғылыми-зерттеу жұмысы
<b>ЖМЖА</b>	- Жедел медициналық жәрдем ауруханасы
<b>ЖПТҚ</b>	- Жалпы Перифериялық тамырлық қарсыласпа
<b>ЖЫБ</b>	- Жүрек ырғағының бұзылысы
<b>ЖҚЖ</b>	- Жүрек қан тамыр жүйесі
<b>ЖҚА</b>	- Жүрек қан тамыр аурулары
<b>ЖСС</b>	- Жүрек жиырылысының саны
<b>ЖМЖ</b>	- Жедел медициналық жәрдем
<b>ИИ</b>	- ишемиялық инсульт
<b>ИЖА</b>	- Ишемиялық жүрек аурулары
<b>ҚР</b>	- Қазақстан Республикасы
<b>КС</b>	- Күндізгі стационар
<b>МИ</b>	- Миокард инфаркті
<b>МИ</b>	- ми инсульті
<b>МҚАЖБ</b>	- ми қан айналымының жіті бұзылуы
<b>МҚҚ</b>	- миішілік қан құйылу
<b>МСЧ</b>	- Медико санитарная часть
<b>ОҚО</b>	- Оңтүстік Қазақстан облысы
<b>ОҚОДСБ</b>	- Оңтүстік Қазақстан облысының Денсаулық сақтау басқармасы
<b>СЖЖ</b>	- Созылмалы жүрек жетіспеушілігі
<b>СҚҚ</b>	- субарахноидальды қан құйылу
<b>СИ</b>	- сенімділік интервалы

<b>ТТЛ</b>	- Төмен тығыздықтағы липопротеидтер
<b>ТО</b>	- Түркістан облысы
<b>ЕГ</b>	- Емдік гимнастика
<b>ЕФК</b>	- Емдік физикалық культура
<b>ФК</b>	- функциональді класс
<b>ЭхоКГ</b>	- эхокардиография
<b>УЕЖ</b>	- Уақытша еңбекке жарамсыздық
<b>ЕПМ</b>	- Емдік және профилактикалық мекеме
<b>ҚД</b>	- Қант диабеті
<b>ҚҚ</b>	- қан қысымы
<b>ЦВА-</b>	- цереброваскулярлық аурулар



## КІРІСПЕ

Адамның тіршілік әрекетінің нәтижесінде судың, ауаның, тамақ өнімдерінің химиялық құрамы айтарлықтай өзгерді. Жаңа, табиғи емес, көбінесе адам үшін жеткілікті агрессивті ортада болуы, табиғи жағынан ерекшеленетін жұмыс істеуі оның қандай да бір жүйелерінің әртүрлі бұзылуына әкеп соғады. Индивидтің физикалық және психикалық және рухани денсаулығы нашарлайды. Бүгінгі күннің өзекті әлеуметтік мәселелерінің бірі онкологиялық аурулар болып табылады.

Біздің еліміздегі әлеуметтік проблемалардың шиеленісуі, халық денсаулығы көрсеткіштерінің нашарлауы, қазіргі жағдайда медициналық және әлеуметтік сипаттағы өзара байланысты міндеттерді сапалы жаңа деңгейде шешудің объективті қажеттілігін арттырады. Тұрғындарға медициналық-әлеуметтік көмектің жаңа тетіктерін, нысандары мен әдістерін құру қажеттілігі туындады, олар азаматтарға ауру, еңбек ету қабілетінен айырылған және т.б. жағдайда кешенді әлеуметтік қызметтерді қамтамасыз етеді және денсаулыққа байланысты әлеуметтік проблемаларды шешуге ықпал етеді.

Бұл жұмыстың өзектілігі онкологиялық аурулармен күрес, ең алдымен оларды ерте анықтауды көздейді. Сондықтан, ер кісілерде онкологиялық аурулардың алдын-алу, қатерлі ісіктерді және ісікалды ауруларды анықтау мақсатында профилактикалық тексерулер барлық ауруларды емдеудің алдын-алу мекемелерінің жұмысында талап етіледі.

**Зерттеу мақсаты:** онкологиялық және олардың алғашқы алдын-алу әдістері туралы адамдардың хабардар болу деңгейін анықтау болып табылады.

### **Зерттеу нысаны**

Ер адамдардың онкологиялық аурулар және олардың бастапқы алдын-алу туралы хабардар болуы болып табылады.

### **Зерттеу пәні**

Ер адамдардың онкологиялық аурулар және олардың бастапқы алдын алу туралы хабардар болу деңгейі болып табылады.

Біз ерлерде онкологиялық аурулардың уақтылы алғашқы алдын-алудың келесі гипотезасын ұсындық, бұл оның туындау ықтималдығын азайтады.

Осы жұмыстың міндеттері:

- Ер кісілердің онкологиялық ауруларының мәнін және олардың симптомдарын қарастыру;
- Ер кісілердің онкологиялық ауруларының бастапқы алдын-алу тәсілдерін қарастыру
- Ер кісілердің онкологиялық аурулар мәселелерінде хабардар болу деңгейін анықтау;
- Ер кісілердің алғашқы алдын-алу мәселелерінде хабардарлық деңгейін анықтау;
- Алғашқы алдын-алу ережелерін сақтау шын мәнінде онкологиялық аурулардың пайда болу қаупін төмендетуін анықтау.

## 1. ӨМІР САПАСЫ ӘЛЕУМЕТТІК КАТЕГОРИЯ РЕТІНДЕ

Өмір сапасының санаты алғаш рет Д. Гэлберейтпен және Д. Форрестермен ғылыми айналымға осы ғасырдың 60-шы жылдарында өнеркәсіптік даму траекторияларын модельдеу талпынысына байланысты енгізілді [82, б.32].

90-шы жылдары тұтынушылардың құқықтары мен қоғам мүдделерін қорғау проблемасын өмір сүру сапасы тұрғысынан жиі қарайды, бұл ұғымға жұмыс орындарымен қамтамасыз ету, әл-ауқаттың белгілі бір деңгейіне, медициналық қызмет көрсетудің белгілі бір сапасына, негізгі әлеуметтік қызметтерге кепілдік беретін кіріс кіреді. Бұдан басқа, өмір сүру сапасы қоғамның барлық мүшелері үшін өмірлік маңызды шешімдер қабылдауға қатысуға және әлеуметтік, экономикалық және саяси бостандықтармен ұсынылатын мүмкіндіктерді пайдалануға мүмкіндік береді.

И. И. Исаев пен Б. В. Бажин философиялық тұрғыдан өмір сапасының ұғымын қарастыра отырып, өмір - бұл процесс екенін айтады, ал "сапа" философиялық санаты заттың, құбылыстың немесе процестің белгілі бір мәні, құбылысы немесе процесі емес, оған байланысты ол деректер болып табылатын заттың, құбылыстың немесе процестің Елеулі айқындылығы ретінде түсіндіріледі, өмір сапасын нақты қажеттіліктердің жиынтығын қанағаттандыру қабілеті арқылы көрінетін болмыстың Елеулі айқындылығы ретінде түсіну керек [45, б. 44].

Әлеуметтік тұрғыдан өмір сүру сапасы өзіне тамақтану, киім, тұрғын үй жайлылығы, Денсаулық сақтау, білім беру, қызмет көрсету саласы, қоршаған орта сапасы, бос уақыт құрылымы, мазмұндық қарым-қатынас, білім, шығармашылық еңбек қажеттіліктерін қанағаттандыру дәрежесі, стресстік

жағдай деңгейі, орналасу құрылымы және т.б. кіреді және адамдардың материалдық және мәдени қажеттіліктерін қанағаттандыру дәрежесін білдіреді.

Қазіргі Ресей әдебиетінде өмір сапасының мәселесі бірқатар авторларды зерттеу тақырыбына айналды. А. И. Субетто өмір сапасын өмірдің рухани, материалдық, әлеуметтік-мәдени, экологиялық және демографиялық компоненттерінің сапа жүйесі ретінде анықтайды. Бұл жүйеде адам күшін іске асыру деңгейі, оның өмірінің шығармашылық мәні анықталады. Сонымен қатар, үш сапа түрі - заттық-заттық, функционалдық және жүйелі-әлеуметтік өмір сүру сапасы, адамның қажеттілігінің әртүрлілігі, оның жан-жақты даму әлеуеті туралы ілімге сәйкес ашылады.

Өмір сапасының үш түрі-бұл оның "кесектері" сияқты. Біріншісі-өмір сапасының биологиялық-физикалық және материалдық аспектілерін қарастыруға мүмкіндік беретін заттық-заттық, екіншісі-адамның әлеуметтік-экономикалық, мәдени және экологиялық "кеңістіктермен" өзара әрекеттестікте қажеттіліктері мен қабілеттері тұрғысынан өмірді бағалауға болатын функционалдық, ал үшіншісі-жүйелі - әлеуметтік - "кеңістіктердің" өздерінің сапасын ашады. Өмір сапасының үш түрінің қарым-қатынасының диалектикасы оны өлшеу мен бағалаудың әдіснамалық мәселелерінің күрделі сипатын анықтайды [82, б.32].

Денсаулық-өмір сапасының синтетикалық индикаторы. Бұл ретте Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұсынысына сәйкес денсаулық санаты өзіне тән, психикалық, рухани және әлеуметтік әл-ауқаттың санаттарын қамтиды. Индустриялық елдерде өмір сапасына деген қызығушылықтың өсуі адамға деген тұтас көзқарасты дамытуға ұмтылудың көрсеткіші болып табылады және медициналық ғылымдарға ол гуманизация толқынының жотасына кірді. Медицинаны дамытудың қазіргі кезеңінде науқастың жай ғана "өмір сүруі" ғана емес, оның өмір сүру сапасы да емдеу-оңалту іс-шараларының табыстылығын бағалау шарасы ретінде өзекті мәселе болып отыр. Өміршендік

пен мүгедектіктің дәстүрлі көрсеткіштерімен қатар ауру және емдеу жағдайында науқастардың өмірмен субъективті қанағаттану мәселесіне көп көңіл бөлінеді.

"Денсаулыққа байланысты өмір сапасы" санатын кеңінен пайдалану Ресейде 90-шы жылдардан басталды. Медицинада аурудың субъективті жағына, ауруды субъективті қабылдауға және науқастарды емдеуге, аурудың нефизиологиялық аспектілеріне, Амандықтың субъективті сезіміне немесе қолайсыз жағдайға баса назар аударылды. Әлеуметтік ғылымдардағы медицинадан айырмашылығы, керісінше, назар өмір сапасының объективті көрсеткіштеріне бағытталған. Орталықта-өмір салты ұғымы, яғни көп жағдайда өмір сапасының әлеуметтік құрамдас бөлігіне көңіл бөлінеді.

"Өмір салты" санаты кең мағынада әлеуметтік және рухани еркіндік дәрежесін анықтайды. Өмір салты-бұл адамды қоғаммен байланыстырады, оны қоғамдық қатынастар жүйесіне қосады. "Өмір салты" категориясы адамдардың қоғамдық және мәдени өмірін: экономика, әлеуметтану, әлеуметтік психология, тарих, мәдениет теориясы және т.б. зерттеумен байланысты әртүрлі пәндердің өкілдерімен кеңінен қолданылады.

## **2. ӘЛЕУМЕТТІК ОҢАЛТУ НӘТИЖЕСІ РЕТІНДЕ ОНКОЛОГИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР САПАСЫ**

Онкологиялық науқастар аурудың ауырлығына байланысты, әдетте, ұзақ уақыт ерекше био-әлеуметтік-психологиялық жағдайда - "ауру" өмір сүреді. Бұл жағдай науқастың жеке басының ерекшеліктерін және оның әсер ету формаларын, жалпы алғанда, ауруға, атап айтқанда, фрустрациялаушы факторларға анықтайды және бағалауға мүмкіндік береді. Сонымен қатар, "ауру" жағдайындағы өмір оның мотивациясын (мақсаттары, қондырғылары, құндылықтар жүйесі, талаптану деңгейі және т.б.) және әлеуметтік-психологиялық қатынастар жүйесін өзгерте отырып, тұлғаның Елеулі деформациясына әкелуі мүмкін. Демек, ситуативтік-адекватты (психологиялық) мінез - құлқынан басқа аурудың клиникалық көрінісіне және ағымына, тыныс-тіршілігінің жағдайына, науқастың оңалту мүмкіндіктеріне және оның оңалту болжамына елеулі әсер ететін жеке тұлғаның ауруға ден қою барабар емес (патопсихологиялық және тіпті психопатологиялық) нысандары да туындауы мүмкін.

Оңалту - күрделі көпфункционалды процесс, оның негізгі кезеңдері: оңалту-сараптамалық диагностика (оның негізінде оңалту бағдарламалары әзірленеді және іске асырылады), жүргізілетін оңалту іс-шараларының барысы мен тиімділігін динамикалық бақылау және оларды түзету болып табылады [5, 124 б.].

Оңалтушы (мүгедек) - әлеуметтік оңалтуға жататын адам-әлеуметтік әлсіздік жағдайында (ДДҰ баяндамаларына сәйкес "әлеуметтік әлсіздік" ұғымы әлеуметтілік тапшылығын, индивидтің қарым-қатынас жасауға, қолдауға, түсінуге, көмекке мұқтаждығын білдіреді) бұрынғы әлеуметтік әлеуетке ие емес. Реабилитологтардың міндеті оңалту іс-шараларының тізбесіне не енгізу керектігін нақты көрсету, индивидтің әлеуметтік оңалту процесін нақтылау.

Мұндай міндеттерді шешу диагностикадан басталады. Диагностика адамның тіршілік әрекетінің әлеуметтік саласының базисін құрайтын барлық негізгі элементтерге, сондай-ақ бұрынғы қалпына келтіру процесіне және жаңа әлеуметтік рөлдерді меңгеруге қатысты.

Әлеуметтік диагностика барысында келесі әлеуметтік параметрлер бағаланады:

1. Оңалтушы әлеуметтік тұлғаның әлеуеті. Әңгіме индивидтің әлеуметтік бейініндегі ауытқуларды тану және оның әлеуметтік функцияларды жүзеге асыру қабілетін бағалау туралы болып отыр. Реабилитантқа қатысты әдеттегі рөлдердің бірі - қызметкердің рөлі. Жұмысқа орналасу міндетін шешу үшін жеткілікті еңбекке қабілеттілігі бар мүгедек денсаулығының қанағаттанарлық деңгейі ғана емес, сондай-ақ тиісті әлеуметтік әлеуеті болуы тиіс. Оңалтушының талап-тілегі мүмкіндіктерге сәйкес болуы тиіс; еңбек нарығындағы бәсекеге қабілеттілік жұмысқа орналасу үшін жеткілікті болуы тиіс; кәсіби білім мен білік біліктілік талаптарына толық көлемде жауап беруі тиіс; құндылықтар шкаласы жалпы қабылданған стандартқа жақын болуы тиіс; мінез-құлық мотивациясы әлеуметтік нормалар мен т.б. қайшы келмеуі тиіс.

"Ауру" немесе "мүгедектік" доминантының әлеуметтік құндылықтар жүйесін бұғаттай, шектей және деформациялай алатынын ескеру керек. Нарьян - Мара қаласының 242 оңалтушы адамын тексеру мүгедектердің 27.3% - ы өз жағдайын сәтсіз деп есептейтінін көрсетті. Және де, 21.9% тексерілген зәру болған жедел жәрдем психолог, 39.7% - невропатолог. [33, б. 44].

2. Мүгедектіктің әлеуметтік іс-әрекетінің мүмкіндіктері. Әңгіме адамның әлеуметтік тұлға болу - әлеуметтік байланыстарға қатысу қабілеті туралы болып отыр. Әлеуметтік оңалту процесінде пациенттен әлеуметтік іс-әрекеттер көрсетуге қол жеткізу, оны әлеуметтік байланыстарға қосу міндеті қойылып

отыр. Көптеген оңалтушыларда мүгедек мәртебесі бәсеңдейді, әсіресе онкологиялық науқастарға қатысты. Онкологиялық науқастар жиі психологиялық қысым жасайды деген гипотеза расталады. Өзіне, әлемге, ауруларға, емдеуге теңгерілмеген қарым-қатынас нәтижесінде қоршаған ортадағы тұлғаның әлеуметтік, неврологиялық, биологиялық дезадаптациясы пайда болады және прогреседі. Осы зерттеу нәтижелері бойынша 34.4% оңалтушы науқастарда "қашу", жұмысқа "қашу", сырқаттанғандарға 15% іздеу, агрессивті мазасыздану - 11% науқас анықталды. Тек 4.6% реабилитантов сақтады баланс тұлға. [33, б. 44].



### **3. ОНКОЛОГИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫН СОЦИОЛОГИЯЛЫҚ БАҒАЛАУҒА ӘДІСТЕМЕЛІК ТӘСІЛДЕР**

Онкологиялық қызметтің проблемалары аурушаңдық динамикасына да, әлеуметтік-экономикалық жағдайларға да байланысты.

Бұл халықтың қатерлі ісіктермен аурушаңдығының серпініне қатысты, онда ол алғаш рет қойылған диагнозы бар науқастар санының ұдайы өсуін куәландырады.

Елімізде жүргізіліп жатқан реформалар, оның ішінде денсаулық сақтауда онкологиялық қызметке де теріс әсерін тигізді.

Медициналық сақтандыру туралы Заңның орындалуын қамтамасыз етуге арналған мекемелер осы міндетті әлі күнге дейін орындамаған. Бұл бюджет деңгейінде де, сақтандыру медицинасы деңгейінде де түрлі қаржы және әкімшілік буындардың үйлесімсіз жұмысымен түсіндіріледі. Бұл фонда пайда болды. Денсаулық сақтау мекемелерінің, оның ішінде онкологиялық мекемелердің материалдық базасын дамытумен, сондай-ақ білікті кадрларды сақтау және ұстап тұру мүмкіндігімен елеулі қиындықтар туындайды.

Міндетті медициналық сақтандыру қорын мемлекеттік қорға балама ретінде тарту қажетті әсер берген жоқ, өйткені мемлекеттік бюджеттік қаржыландыру қысқарған кезде қорлар қажетті қаражатқа ие емес, қажетті соманы төлей алмайды. Сонымен қатар, бұл денсаулық сақтау мен онкологиялық қызметті айтарлықтай аз қаржыландыруға әкелді.

Онкологиялық диспансерлерді қаржыландыру жағдайын талдау кезінде (30 аумақ) олардың жартысынан көбі аралас қаржыландыру, яғни бюджет қаражатынан және ФОМС болғаны анықталды [93, 4 б.]. Аралас қаржыландыру кезінде бюджет пен ФОМС қатынасы тиісінше 99 және 1% - дан (Алтай

өлкесінде) 78 және 22% - ға дейін (Чита облысында) ауытқиды. Аралас қаржыландыру кезінде жергілікті бюджеттің қарызы 1996 жылы 5 млрд. руб. жетеді (Қорған облысы); ФОМС қарызы 350 млн.руб. бастап Башкирияда 5 млрд. руб. дейін Волгоград облысында. Сонымен қатар, барлық бас дәрігерлер ФОМС тарапынан қаржыландырудың жеткіліксіздігі, емдеу курсы немесе төсек-күн бағасының төмендігі, тек жұмыс істейтін контингент ғана төленеді және бұл ретте шығыстардың барлық баптары ескерілмейді.

Сақтандыру медицинасына көшу жағдайында Ресей халқының қартаю үрдісі бар екенін, демек, жұмыс істемейтін адамдардың тобы ұлғаюын ескеру қажет. ел халқының құрылымындағы зейнеткерлердің үлес салмағы 1970 жылғы санақ бойынша 15.4% - дан 1993 жылғы жағдай бойынша 20.1% - ға дейін өсті. Жұмыс істейтін және жұмыс істемейтін халықтың арақатынасы да өзгеретінін атап өткен жөн. Мәселен, 1939 жылы 1 жұмыс істемейтін адамға 1996 жылы 6 жұмыс беруші келді. бұл арақатынас 1: 1.7 құрады. Мәскеуде бұл арақатынас 1997 жылы 1:1.37 құрады. Егер бұрын жұмыс істемейтін топты қамтымайтын болса, қазір бұл мемлекеттен 3 есе көп қаржыны талап етеді.

Осыған орай, аурушаңдықты есепке ала отырып (онкологиялық науқастардың 63% — ы-еңбекке қабілетті жастан кіші және одан үлкен тұлғалар) ФОМС сақтандыру қаражаты есебінен науқастардың (жұмыс істейтіндердің) тек 37% ғана ем ақы төлей алады. Қалған қаражат бюджеттен түсуі тиіс.

Өкінішке орай, Онкологиялық мекемелердің қаржылық жағдайы бұрын бюджеттен қаржыландырылған және тегін болған медициналық қызметтер үшін ақы алуға мәжбүр етті. Бұл бірінші кезекте Коммуналдық қызметтерге, дәрі-дәрмектерге, тамақтануға жұмсалатын шығындарды ішінара өтеуге жатады. Сонымен қатар, коммерциялық ұйымдар мен ірі кәсіпорындар есебінен демеушілік қаражат тартуға әрекет жасалуда. Алайда, заңнаманың істің шынайы жағдайына сәйкес келмеуіне, елдің экономикалық жағдайының

нашарлауына және Ресей азаматтарының өмір сүру деңгейінің нашарлауына байланысты бұл көздердің бәрі жеткілікті сенімді болып саналмайды. Мәселен, Ресейдің іріктеп алынған 30 аумағында бірде-бір онкологиялық диспансер науқастарға медициналық қызмет көрсетуге коммерциялық ұйымдардан қомақты демеушілік көмек алмаған. Әдетте, шетелдік өнімдерді жарнамалаумен қоса жүретін конференциялар немесе фирмалардың бұйымдарын сатып алу кезінде мамандардың шетелге шығуы демеу болады.

Сондай-ақ, ММС құралдарының едәуір бөлігі сақтандыру компанияларында тұрып, емдеу мекемелеріне, оның ішінде онкологиялық мекемелерге тікелей жетпейтінін ескеру қажет.

### 3. ЕРЛЕРДІҢ ОНКОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ БОЙЫНША ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ШАРАЛАРҒА ҚЫСҚАША ШОЛУ

#### 3.1 Ер кісілердің онкологиялық ауруларының жалпы түсінігі және олардың белгілері.

Ер кісілердің онкологиясы – күрделі және өте өзекті мәселе. Ер кісілер онкологиясы дамуының бүгінгі кезеңінде оның негізгі міндеттерінің бірі ерлер жыныс мүшелерінің қатерлі ісіктерін ерте диагностикалау болып табылады, бұл осы ауруларды тиімді емдеуге ықпал етуі тиіс.

Дәрігерлердің ерлердің онкологиясына қарсы күресіндегі **негізгі міндеттері** ерлердің жыныс мүшелерінің онкологиялық ауруларын уақтылы диагностикалау және дұрыс алдын-алу болып табылады. Қазір ол үшін ісіктермен күресудің екі кезеңді жүйесі қолданылады, **бірінші** кезекте алғашқы диагностика, скрининг, ал **екіншісінде** ерлердің жыныс мүшелерінің қатерлі ісігіне күдіктенген кезде терең тексеру жүргізіледі.

ДДҰ-ның анықтамасы бойынша, **рак**–бұл дененің кез-келген бөлігін зақымдауы мүмкін аурулардың үлкен тобының жалпы белгісі. Сондай-ақ қатерлі ісіктер мен ісіктер сияқты терминдер пайдаланылады. Қатерлі ісікке тән белгі–аномалды жасушалардың тез түзілуі, олардың әдеттегі шектерінен тыс өсіп, дененің жақын бөлігіне еніп, басқа мүшелерге тарайды. Бұл процесс **метастаз** деп аталады. Метастаздар қатерлі ісіктен өлімнің негізгі себебі болып табылады.[1]

Кез-келген қатерлі ісіктің бірқатар ерекшеліктері бар:

- автономды (дербес), тез реттелмейтін ағзаның өсуіне қабілеттілігі;
- метастаздануға қабілеттілігі (лимфа және қан тамырлары бойынша);
- жергілікті түрде жойғыш инфильтрлеуші өсуі байқалады.

Рак химиялық заттардың, ультракүлгін сәулеленудің, гормондардың, вирустардың, радиацияның әсерінен пайда болады. Барлық осы факторлар канцерогенді деп аталады.

**Сүт безінің рагы**—бездің паренхимасының бөліктері меннемесе эпителий жасушаларынан дамиды қатерлі ісіктер. (АХЖ-10. С50.0-С50.9).Сүт безінің қатерлі ісігі. Сүт безінің рагы ерлерде барлық онкологиялық аурулардың арасында бірінші орын алады. Жалпы практика дәрігерінен бірден дәл диагноз қоюды талап етпейді, бірақ ерлерде бастапқы немесе диспансерлік тексеру кезінде сүт бездерінің жағдайына назар аудару қажет. Ісікке күдікті жағдайда дәрігер науқасты терең тексеру үшін маманға жіберуге міндетті.

Өкінішке орай, әр түрлі профилактикалық тексерулерде медицина қызметкерлері сүт безі обырымен ауыратын науқастардың 20% - дан кемін белсенді анықтайды.

Профилактикада, диагностикада сыртқы оқшаулануына қарамастан, және емдеуде қалыптасқан классикалық тәсілдердің болуына қарамастан жатыр мойны обыры қазіргі заманғы онкогинекологияның өзекті мәселелерінің бірі болып қала береді.

Соңғы уақытта 40 жасқа дейінгі жас ерлер арасында жатыр мойны обырымен сырқаттанушылықтың өсуі байқалады. Әсіресе, 29 жасқа дейін ерлер тобында бұл ісіктің жиілігінің жоғарылауы байқалады. Орташа жылдық өсу қарқыны шамамен 2% құрайды.

Стандартталған өлім-жітім көп жылдар бойы 100 000 адамға шаққанда 5-ке жуық сандарда сақталады. Жатыр мойны обырымен ауыратын науқастардың орташа жасы 50,7 жасты құрайды. Инвазиялық нысандармен ауыратын науқастардың 30% - ға жуығын жас жастағы ер адамдар құрайды.

Жатыр мойны обыры-әдетте көп қабатты жазық эпителийден жатыр мойнының қынаптық порциясының бір қабатты цилиндрлік эпителийіне өту аймағында (өтпелі эпителий аймағы) дамиды қатерлі ісік.

Жатыр мойны обыры-сирек кездесетін қатерлі ісіктердің бірі, оның дамуын алдын алуға болады. Көптеген жағдайларда жатыр мойны обыры ұзақ уақыт бойы обыр алды процестері аясында пайда болады, бұл халықты скринингтік тексеруде оңай анықтауға болады, бұл ретте оларды емдеудің тиімді әдістері

бар. Рагы қынап порциясында да, жатыр мойны арнасында да пайда болуы мүмкін. (АХЖ-10. С53.0-С53.9) жатыр мойнының қатерлі ісігі.

Жатыр денесінің обыры-эндометрияның цилиндрлік эпителийінен қатерлі ісік. Әйел жыныс саласындағы ең көп таралған аурулардың бірі. Соңғы үш онжылдықта барлық дамыған елдерде аурушандықтың ұдайы өсуі байқалады. (АХЖ-10. С54) жатыр денесінің қатерлі ісігі.

Аналық без обыры (АХЖ-10. С56) - әйелдердің жыныстық саласындағы қатерлі ісіктермен ауыратын науқастар арасында ерлердің өлімінің жиілігі бойынша төртінші себебі. 70 ерлердің бірі өмір бойы аналық бездің қатерлі ісігі анықталады деп санайды. Аналық бездердің қатерлі ісіктері индустриялық дамыған елдерде кеңінен таралған.

Трофобластикалық ауруға қатерсіз зақымданулар (толық және ішінара қуық шымылдығы), өтпелі түрлер (инвазивті шымылдығы) және қатерлі ісіктер (хориокарциалық), сондай-ақ плацентарлы қалайдың трофобластикалық ісігі және эпителиоидты трофобластикалық ісіктер жатады.[2]

Онкологиялық аурулардың белгілері патологияны анықтау барысында өте маңызды. Онкологиялық аурулардың жалпы симптомдарына салмақты күрт жоғалуын, жоғары температураны, әлсіздік пен шаршағандықты, ауырсынуды және тері жамылғысының сапасының өзгеруін жатқызуға болады. Әрине, аталған белгілердің қандай да бір болуы адам қатерлі ісік ауруымен ауыратын 100% дегенді білдірмейді. Алайда, аталған көріністердің қайсыбірін анықтау мұқият медициналық тексеруден өтуге түрткі болуы тиіс.

Онкологиялық аурудың симптомы– тез салмақ жоғалту. Қандай да бір онкологиядан зардап шегетін адамдардың көпшілігі аурудың ерте даму кезеңдерінде салмақты күрт жоғалтады. Онкологиялық аурудың бірінші симптомы қысқа уақыт ішінде бес килограммнан артық салмақ жоғалту болып табылады.

Келесі симптом–дене қызуы мен қызба жағдайы. Онкологиялық ауруларда жоғары дене температурасының байқалуы өте көп таралған. Қызба жағдайы рак

ауруларында, раққа қарсы терапия кезінде пайда болады, ол науқасқасезімталдықты арттырып, ағзаның иммундық күштеріне әсер етеді.

Онкологиялық аурудың белгілері әлсіздік пен шаршау болып табылады. Әлсіздік пен шаршау онкологиялық аурудың ең маңызды симптомдарының бірі болып саналады. Шаршау рақ дамуының бірінші сатыларында пайда болуы мүмкін, аурудың өршуі қан жоғалтумен бірге өтеді, мысалы, тоқ ішектің онкологиясы.

Ауырсыну онкологиялық аурудың симптомы болып табылады. Ауырсыну қатерлі ісіктердің, мысалы, сүйек тінінің ерте пайда болуы мүмкін.

Онкологиялық аурудың келесі белгілері тері жамылғысының түсі мен сапасының өзгеруі болып табылады. Тері қабатының ісіктері және ішкі ағзалар онкологиясының жекелеген түрлері рақтың дерматологиялық белгілерінің дамуына себеп болуы мүмкін, мысалы, терінің қараюы, тері қабаттарының сарғаюы, қызаруы және қышуы.

Жалпы қатерлі ісіктің қандай да бір түріне тән онкологиялық аурулардың ерекше белгілері бар. Нәжістің бұзылуы тұрақты іш қатуында немесе керісінше диареяда пайда болуы мүмкін. Сонымен қатар, нәжіс массаларының саны, олардың сапалық сипаттамалары өзгеруі мүмкін. Нәжіс кезінде қан қоспалары бар болуы мүмкін. Қуықты босату кезінде ауырсыну байқалуы мүмкін, несеп шығару жиі немесе сирек болуы мүмкін. Дәрігер осы барлық өзгерістерді дұрыс клиникалық көріністі құру үшін білуі керек.

Себепсіз қан кетулер рақтың ерте даму сатыларында да, оның асқынған жағдайларында да ашылуы мүмкін. Жөтел кезінде қақырықтағы қан қоспалары өкпе тінінің онкологиясын көрсетуі мүмкін. Нәжістердегі қан тоқ немесе тікелей ішектің онкологиясын көрсете алады. Қуықтың онкологиясы несептегі қан қоспаларында көрінуі мүмкін.

Бұл симптомдардың барлығы адамның онкологиялық ауруының нақты көрсеткіші емес. Алайда, егер ер адам дер кезінде симптомдардың біріне назар аударса және маманға жүгінсе, онда онкологиялық аурудың алдын ала алады немесе оны ерте сатыда анықтай алады, бұл емдеуді жеңілдетеді.

### 3.2 Ерлердің онкологиялық ауруларының бастапқы алдын-алу түрлері мен тәсілдері

**Онкологияның алдын-алу** қатерлі ісік ауруларының әртүрлі дамукезеңдерінде өткізілетін бірқатар іс-шаралар. **Рак ауруларының алдын-алу** қатерлі ісіктің алғашқы (клиникаға дейінгі), екінші (клиникалық) және үшінші (рецидивке қарсы) алдын-алу.

Бастапқы алдын-алу шаралары, әдетте, қандай да бір симптомдары мүлдем жоқ адамдарға қатысты қолданылады, ал қайталама алдын-алу шаралары қауіп факторлары немесе ауру алды жағдайлары бар, бірақ аурудың клиникалық белгілері жоқ симптомсыз пациенттерді сәйкестендіруге және емдеуге жатады. Онкологияның бастапқы алдын-алу бұл – қоршаған орта мен өмір салтының қолайсыз факторларының әсерін жою, әлсірету немесе бейтараптандыру, сондай-ақ ағзаның спецификалық емес резистенттігін арттыру арқылы онкологиялық аурулардың және олардың алдындағы ісікалды жағдайлардың туындауын алдын-алуға бағытталған іс-шаралар жиынтығы. Қатерлі ісік ауруларының бастапқы алдын-алу халықтың онкологиялық ауруын төмендетуге бағытталған.

Қатерлі ісіктің пайда болу себептерін зерттеу барлық қатерлі ісіктердің аз ғана бөлігі (3-4%-дан кем) тұқым қуалайтын шығу тегі бар екенін көрсетті. Рақты эпидемиологиялық зерттеу онкологиялық аурулардың 90-95% себебі – қоршаған ортаның және өмір салтының канцерогендік факторлары, соның ішінде:

- темекі шегу (барлық қатерлі ісіктердің 30% себебі);
- тамақтану ерекшеліктері (35%);
- инфекциялық агенттер (10%);
- кәсіби канцерогендер (4-5%);
- иондаушы сәулелену (4-5%);
- ультракүлгін сәуле шығару (2-3%);
- алкогольдік ішімдіктерді тұтыну (2-3%);
- атмосфералық ауаның ластануы (1-2%);



- репродуктивті факторлар (4-5%);
- физикалық белсенділіктің төмендігі (4-5%), дәл осы факторлар онкологияның бастапқы алдын-алуға бағытталған.

Темекі шегу – ауыз қуысы мен жұтқыншақ рагының, өңештің, көмейдің, өкпенің, ұйқы безінің, бүйрек лоханкаларының, қуық рагының дамуының тікелей себебі канцерогендігі адам үшін дәлелденген факторлар тобына жатады. Атрибуттық тәуекел, яғни темекі шегумен этиологиялық байланысты рақтың барлық жағдайларының пайызы онкологияның түрлі нысандары үшін әртүрлі.

Тамақтану факторы қатерлі ісіктердің этиологиясында маңызды рөл атқарады, онымен барлық рак ауруларының 1/3 % байланысты. Ұсынылған теңдестірілген диета өсімдік тектес өнімдер мен витаминдерге, әсіресе канцерогенезге ингибиялық әсер ететін А, В, С, Е витаминдерге бай болуы тиіс.

Онкологиялық аурулар алкогольді, әсіресе күшті, сусындарды қолданған кезде де айтарлықтай артады.

Кәсіби факторлармен байланысты рак жағдайларының үлесі барлық онкологиялық аурулардың 4-5%-ын құрайды.

Қатерлі ісіктердің туындауында иондаушы сәулеленудің, ультракүлгін сәулеленудің, сондай-ақ радио және микротолқынды диапазонның иондамайтын электромагниттік сәулеленудің әсеріне үлкен мән береді.

Сапасыз су мен тамақтың канцерогендік әсері су көздері мышьяк, галогендердің қосылыстарымен ластанған, сондай-ақ ауа ортасының түрлі химиялық заттармен, әсіресе асбест шаңымен ластанған жағдайда да өседі.

**Рак ауруларының биохимиялық алдын-алу – белгілі бір химиялық препараттар мен қосылыстарды қолдана отырып канцерогендердің әсерін болдырмау. [3]**

Онкологияның алғашқы алдын-алу – жеке гигиена ережелерін сақтау және ағзалардың қалыпты жұмыс істеуіне жәрдемдесу; рак алдындағы жағдайларды дер кезінде анықтау және емдеу. Эпителий атипиясы бар артық жасушалық

пролиферациямен бірге болатын созылмалы қабыну процесі немесе гормоналдық гиперплазия – қатерлі ісіктердің дамуы үшін қолайлы фон. Онкологиялық аурулардың бастапқы алдын-алудың жалпы шараларынан басқа, әрбір қатерлі ісіктер үшін өзінің бастапқы және қайталама алдын-алуы тән.

Сүт безі обырының алғашқы алдын алу көбінесе экологиялық және әлеуметтік аспектілермен байланысты. Отбасылық өмірді, бала туатын функцияны қалыпқа келтіру, емшекпен емізуді бастапқы алдын алуға жатқызу керек. Екінші профилактика эндокриндік жүйенің бұзылуларын, ерлердің жыныс мүшелерінің патологиясын, бауыр функциясының бұзылуларын анықтау мен емдеуден тұрады, онда нормада эстрогендер инактивацияланады. Егер сүт безі обырының бастапқы профилактикасын түзету қиын әлеуметтік салаға жатқызса, онда екінші профилактика емдік медициналық практиканың прерогативі болып табылады.

Сүт безі обырының жоғары қаупі бар ерлер үшін профилактикалық іс-шаралар қатарына мыналар жатады: антиэстрогендер, овариэктомия және тіпті сүт бездерін протездей отырып, профилактикалық екі жақты мастэктомия. Сүт безі обырына Скрининг. Скрининг деп сүт безі обырының жоғары қаупі бар адамдарды үнемі профилактикалық тексеру түсініледі. Сауалнама нәтижесі бойынша тәуекел тобына шамамен 20% ер адамдар түседі. Алайда олар сүт безі обырымен ауырғандар санының 30% - ын құрайды. Осылайша, қауіп факторларының болмауы қатерлі ісіктің даму мүмкіндігін болдырмауы мүмкін емес.

Алдын-ала тексерулер. Халықты диспансерлеу жүйесінің бір бөлігі тұрақты профилактикалық тексерулер жүргізу болып табылады. Онкология үшін клиникалық тексеру үшін оның қол жетімділігіне байланысты қатерлі ісіктердің, оның ішінде сүт бездерінің визуалды нысандарын анықтау өте маңызды.

Бастапқы кезеңде сүт безі обырының скринингі бағдарламасы, профилактикалық клиникалық тексеру маммографияны енгізгеннен гөрі үлкен маңызға ие, өйткені пациенттің тұратын жеріне қарамастан пайдаланылуы

мүмкін, қаржылық шығындарды талап етпейді, 1 см-ден бастап патологиялық өзгерістерді анықтауға және мамандандырылған орталықтарға тереңдетілген тексеру үшін ерлерді уақтылы жіберуге мүмкіндік береді.

Клиникалық тексеруді әрбір дәрігер пациентті алғашқы тексеру кезінде жүргізуі тиіс. Дәрігер пациенттің назарын зерттеу әдістемесіне аударуы керек, сүт бездерінің қалыпты құрылысын есте сақтау үшін сол күні үйде өзін-өзі тексеру жүргізуді ұсынуы керек.

Науқастың сүт безін өзін-өзі тексеруі. Сүт безін өз бетімен тексеру-сүт безінің патологиялық жағдайын диагностикалаудың арнайы жабдықтары мен шығындарын талап етпейтін қарапайым. Сүт безіндегі ісіктің 80%-дан астамы ер адамдар өздігінен анықталады. Өзін-өзі тексеру әдістемесін игерудің ең жақсы тәсілі—клиникалық тексеру кезінде медициналық қызметкердің ер адамды оқытуы (ер адам өзін-өзі тексеруді кез келген әдістеме бойынша жүргізе алады, ең бастысы, оны үнемі және әр жолы бір тәсілмен жасай алады). Жатыр мойны обырының алғашқы алдын алу. Жыныстық жолмен берілетін инфекциялардың таралуына кедергі келтіретін контрацепцияның барьерлік құралдарын пайдалану, оларға жатыр мойны обырының этиологиялық факторына жататын адам папилломатозының вирустары да жатады. [4]

Одан әрі жатыр денесінің обырын алдын-алу. Гормоналды статусты, диетаны бақылау, құрамында гормон бар препараттарды тағайындауға көрсеткіштерді мұқият бағалау. Қоршаған ортаның канцерогендерін бақылау (кейбір пестицидтер гормон тәрізді әсерге ие).

Сондай-ақ, бастапқы алдын-алу жүргізілмейтін қатерлі түзілімдер бар, мұндай онкологиялық ауруларға аналық без рагы жатады. Гормоналды бұзылыстарды, егде жастағы аналық без патологиясын уақтылы диагностикалау мен емдеуге негізделген қайталама алдын-алуға болады.

### **1-тарауға қорытынды**

Ерлердің онкологиялық ауруларының бастапқы алдын-алудың мәні олардың пайда болуының уақтылы алдын-алуы болып табылады деп айтуға болады.

Ерлерді онкологиялық аурулардың мәні, сұйықтықтың ағу түрлері мен симптомдары туралы хабардар ету қатерлі пайда болудың ерте сатыларында қауіп-қатерді тануға және оған назар аударуға, сол арқылы онкологиялық аурудың ауыр өтуіне жол бермеуге немесе тіпті олардың туындауын толық ескертуге көмектеседі.

Онкологиялық аурулардың бастапқы профилактикасы әсер етудің қолжетімді немесе қымбат әдістерінен тұрмайды. Ең алдымен, бұл ең қарапайым ережелерді сақтау болып табылады.

Ең алдымен канцерогендердің көп мөлшері бар тағамның диетасынан алынып, жемістер мен көкөністерді, сондай-ақ талшыққа бай өнімдерді қосу керек.

Онкологиялық аурудың алдын-алудың келесі жолы – өз салмағын қалпына келтіру. Белсенді өмір салтын жүргізу.

Сондай-ақ, әйелдер онкологиясының алғашқы-алдын алудың басты тәсілдерінің бірі-гинеколог және маммолог сияқты бір бағытты мамандықтағы дәрігерлердің жүйелі бақылауы.

Осылайша, рак ауруларының бастапқы алдын-алу – рақтың пайда болуына қарсы күреске бағытталған және раққа қарсы күрестің басым бағыты болып саналады деп айтуға болады.

### **3.4 Ерлер қауымының онкологиялық аурулары және олардың бастапқы алдын-алу туралы хабардар болуы**

Қазіргі уақытта онкологиялық аурулардың үлкен пайызы ерлер онкологиясымен байланысты. Аурудың алдын-алу немесе оларды дамытудың бастапқы сатысында анықтау үшін бастапқы алдын алу шараларын сақтау қажет.

Алғашқы алдын-алудың қандай шаралары бар, олар қатерлі ісіктердің пайда болуын қалай алдын-алатынын, біз осы жұмыстың бірінші тарауында қарастырдық.

Бұл бөлімде біз бастапқы алдын-алу ерлерде онкологиялық аурулардың пайда болу қаупін төмендететінін қарастырамыз.

Ерлерде онкологиялық аурулардың пайда болуы психологиялық, әлеуметтік және т.б. сияқты бірқатар түрлі проблемаларға алып келеді. Онкологиялық ауруға шалдыққан ер адам өзінің өмір салты мен әдеттерін өзгертуге тура келеді. Олар отбасын қолдау мен мамандардың көмегін қажет етеді.

Онкологиялық аурудың пайда болуы ерлер үшін ауыр психологиялық күйзеліспен жүреді. Олар еркектік қасиет пен оны жоғалту сезімінің зардабы пайда болады. Ер адам өмір үшін қауіп-қатерді, әлеуметтік оқшаулау және отбасының ыдырауы алдында қорқынышты сезінеді. Онкологиялық аурумен ауыратын әрбір адамның алдында жаңа өмірлік жағдайға бейімделу және жеке тұлға мен өз денсаулығына барабар қарым-қатынасты қалыптастыру міндеті тұрады.

Сондықтан онкологиялық аурудың алдын-алу оны емдеуден және қоршаған ортаға бейімделуден әлдеқайда оңай.

Бұл зерттеу онкологиялық аурулардың бастапқы алдын-алу тәсілдері туралы әйелдердің қаншалықты ақпараттандырылғанын білуге көмектеседі. Сондай-ақ, біз ерлер қатерлі ісіктердің бастапқы алдын-алу ережелерін қалай сақтайтынын қарастырамыз.

### **Зерттеу бағдарламасы.**

#### **Зерттеу мәселесі.**

Бүгінгі күні онкологиялық аурулар мәселесі өзекті жағдай болып тұр. Жыл сайын қатерлі ісіктерден көп адамдар зардап шегеді. Және жыныстық ағзалардың онкологиялық аурулары бар ерлер үлкен пайызын құрайды. Бұл аурулардың алдын-алу үшін сапалы ем алу қажет, ал ол үшін қатерлі ісіктердің пайда болуына ықпал ететін факторлар туралы халықты хабардар ету қажет. Алғашқы алдын-алудың уақтылығы мен деңгейіне осы облыстың мамандары мен дәрігерлерінің одан арғы жұмысы тікелей байланысты.

Осы негізде, біздің зерттеуіміздің қажеттілігі туралы айтуға болады, ол онкологиялық аурулар мен олардың бастапқы алдын-алуна байланысты ер адамдардың хабардар болу деңгейін көрсетеді.

#### **Зерттеудің мақсаты.**

Онкологиялық аурулар және олардың бастапқы алдын-алу туралы ер адамдардың хабардар болу деңгейін анықтау.

#### **Зерттеу объектісі.**

Ерлер қауымының онкологиялық аурулар және олардың бастапқы алдын-алу туралы хабардар болуы.

#### **Зерттеу пәні.**

Ерлер қауымының онкологиялық аурулар және олардың бастапқы алдын-алу туралы хабардар болу деңгейі.

#### **Зерттеу гипотезасы.**

Онкологиялық аурулар және олардың алдын-алу мәселелерінде (қауіп факторы ретінде) ер адамдардың жеткіліксіз хабардарлығы деңгейі, қатерлі ісіктермен сырқаттанушылықтың өсуінің артуына алып келеді.

### **Зерттеу міндеттері.**

1. Формалды сұхбаттың көмегімен онкологиялық аурулар мәселелерінде ерлердің хабардарлық деңгейін анықтау;
2. Формальды сұхбат көмегімен алғашқы алдын-алу мәселелерінде ерлердің хабардарлық деңгейін анықтау;
3. Алғашқы алдын-алу ережелерін сақтау онкологиялық аурулардың пайда болу қаупін төмендетеді ма?

### **Зерттеу жиынтығын анықтау.**

Бас жиынтық: 18-ден 22 жасқа дейінгі ерлер.

Іріктемелі жиынтық: 18-ден 22 жасқа дейінгі ерлер:

#### **Әдістемелік бөлім.**

Ақпарат жинау үшін 3 блогқа бөлінген формальды сұхбатәдісі пайдаланылады:

1. жалпы сұрақтар;
2. онкологиялық аурулар мәселелеріндегі ақпараттану туралы сұрақтар;
3. қатерлі ісіктердің алғашқы алдын-алу туралы сұрақтар.

#### **Ақпаратты өңдеу тәсілдері.**

Ақпаратты өңдеудің басты әдісі зерттеу барысында алынған, формаланған сұхбат, деректер, оларды талдау және зерттелген материалмен салыстыру арқылы жүргізілді.

#### **Зерттеуді талдау.**

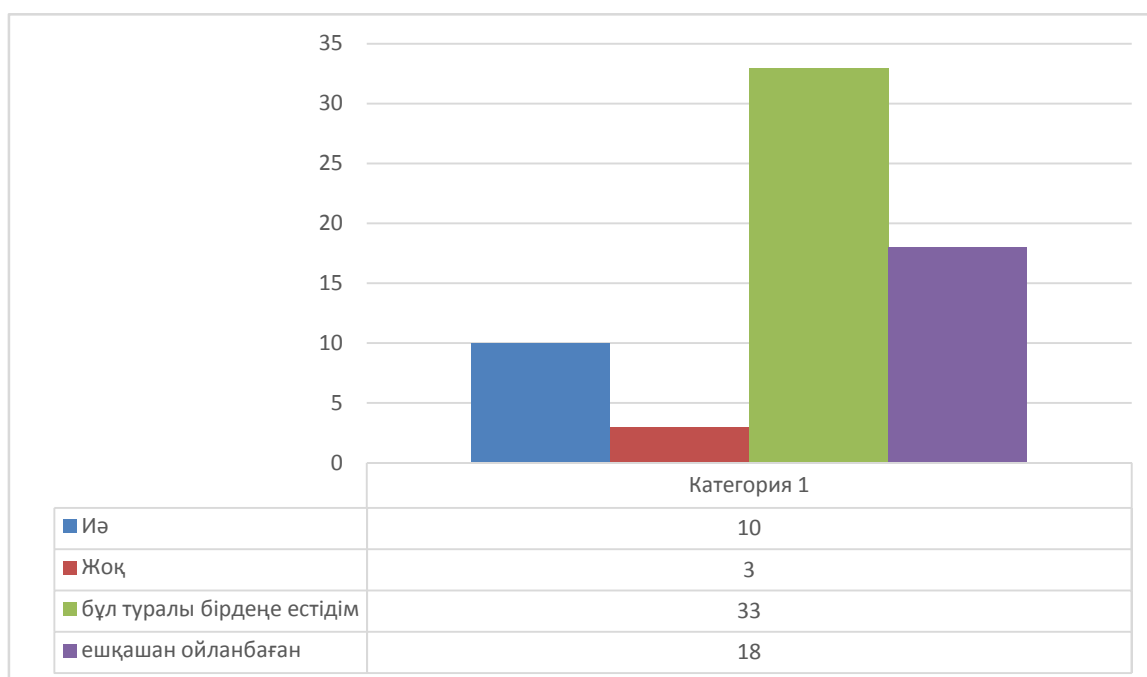
**Жүргізілген әлеуметтік зерттеу барысында 18-22 жас аралығындағы 64 ер адам сұраққа тартылды.**

Ер адамдарға 16 сұрақтан тұратын сауалнамаға жауап беру ұсынылды (а қосымшасын қараңыз). Сауалнамада 3 сұрақ блогы келтірілген. Жас пен білім туралы ақпаратты қамтитын жалпы сұрақтар блогы.

Ерлердің онкологиялық аурулар туралы жалпы ақпараттандырылған білім деңгейін және онкологиялық аурулар туралы жалпы хабардарлығын анықтауға бағытталған сұрақтар блогы.

Үшінші сұрақтар блогы онкологиялық аурулардың бастапқы алдын-алу туралы ерлердің ақпараттандырылуының жалпы деңгейін ашады.

Бірінші кезекте біз ерлер қатерлі ісіктердің пайда болуын қалай алдын-алуға болатынын білдік. Нәтижелер келесідей болды: "иә" – 10 адам (16%), "жоқ" – 3 адам (5%), 33 адам (51%) – "бұл туралы бірдеңе естідім", және "ешқашан ойланбаған" – 18 адам (28%) (сурет. 1).



**1-сурет. Қатерлі ісіктердің пайда болуын қалай алдын алуға болатынын білесіз бе?**

Осы жауаптарды ескере отырып, ерлердің өте төмен пайызы онкологиялық аурулардың пайда болуының алдын-алу мүмкіндігін болжайды, ал бұл еркектердің көпшілігі қатерлі ісіктердің бастапқы алдын-алу туралы ойланбайды деген сөз.

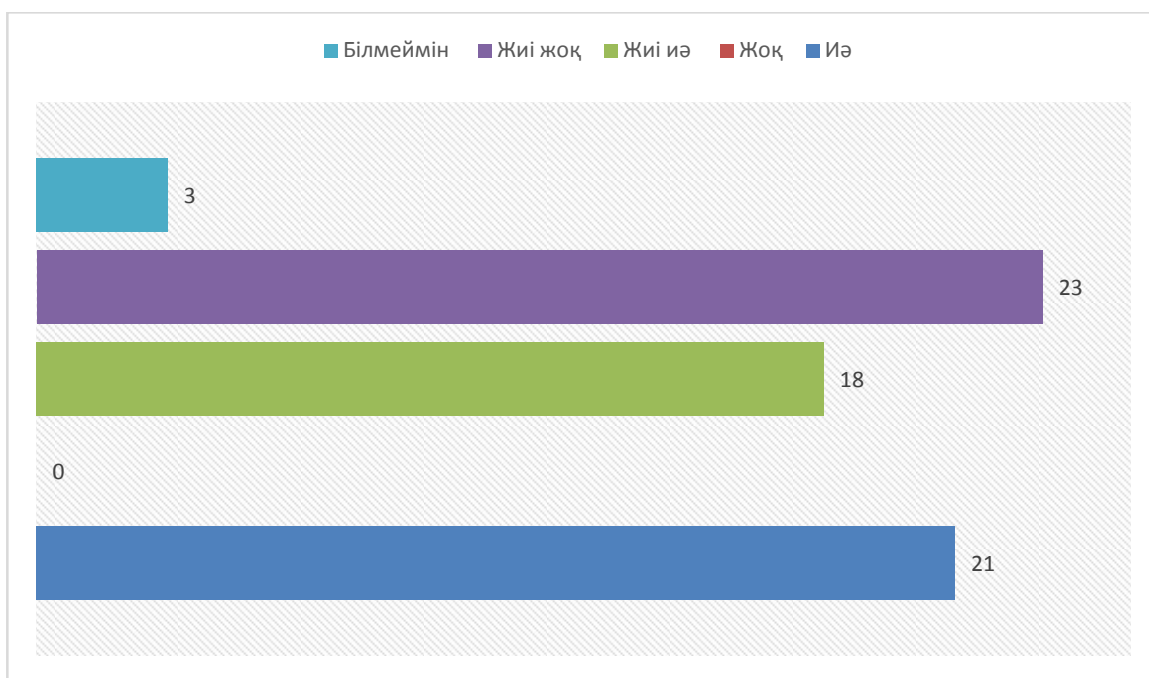
"Сіздің онкологиялық аурулар туралы білімдеріңіздің негізгі көзі қандай?" біз көптеген жауаптар алдық.

Бұдан онкологиялық аурулар туралы негізгі білім көзі "интернет" және "теледидар" болып табылады, аз дәрежеде "емханалардағы стенгазеттер мен



брошюралар" және "дәрігерлер" болып табылады, бұл қатерлі ісіктер туралы бұрмаланған білімдердің мүмкіндігі туралы айтады. Сондай-ақ, 5 адам (7%) отбасы мүшесінің ауруы себебінен ауру туралы білімі бар екенін айтты.

Сұрақ: "Онкологиялық аурулар емделеді?" "Иә" деп жауап берді 21 ер адам (32%), "жоқ" – 0%, "жиі иә" – 18 ер адам (28%), "жиі жоқ" – 23 ер адам (36%), "білмеймін" – 3 ер адам (4%) (сурет. 2). Бұл нәтиже бұл мәселеде ақпараттандырудың жақсы деңгейін көрсетеді, себебі "жоқ" деген бірде-бір жауап болмады, демек, ерлер онкологиялық аурудың болуы әрқашан "үкім" болып табылмайтынын түсінеді.



## 2-сурет. Сіздің ойыңызша, онкологиялық аурулар емделеді ма.

Екі ұқсас сұрақ негізінде: "онкологиялық аурулардың алдын-алу құралдарын білесіз бе?" және "Сіз онкологиялық аурулардың алдын-алудың қандай құралдарын пайдаланасыз?" біз ерлер онкологиялық аурулардың алдын-алудың кейбір әдістері туралы хабардар болғанына қарамастан, барлық ер адамдар өз білімдерін пайдаланбайтынын анықтадық. Бұл туралы алдын-алу құралдарын білетін және оларды пайдаланатын ерлердің пайыздық арақатынасы айтады (сурет. 3).

Темекі шегу онкологиялық аурулардың пайда болу қаупі факторларының бірі болып табылатындығын 48 адам (75%) біледі, ал темекі шегуден 42 адам (66%) бас тартады.

"Алкогольді сусындардан бас тарту" көрсеткіштері арасындағы ең елеулі алшақтық (32%) алкогольді сусындарды тұтыну қатерін білетін ерлер 40 адамды (63%) құрайды, ал алкогольден тек 20 адамды (31%) бас тартады.

Оның соңынан "дұрыс тамақтану" көрсеткіші жүреді. 23 адам дұрыс тамақтанады (40%), ал дұрыс тамақтану туралы 36 адам (56%) онкологиялық аурулардың бастапқы алдын-алу тәсілі болып табылатынын біледі.

Белсенді өмір салтының пайдасы туралы 24 адам (38%) біледі, ал 28 адам (44%) белсенді өмір сүреді, бұл осы екі көрсеткіш арасындағы оң алшақтықты құрайды.



### 3-сурет. Алдын алу құралдарының пайыздық арақатынасы

Одан кейін ер адамдарның қандай өмір салтын жүргізетінін және онкологиялық аурулардың алғашқы алдын-алу ережелерін қалай сақтайтынын тікелей көрсететін сұрақтарға жауап берді.

Сұрақ "Сіз темекі шегесіз бе?"-іә" – 4 адам (6 %), " жоқ" – 54 адам (84%), " жақында тастадым" – 0 адам, "жақында бастадым" – 6 адам (10%) деп жауап берді.

Урологтың жоспарлы тексерулеріне ерлер саны үнемі, 18 адам (28%), кейде дәрігер 13 адам (20%), сирек 10 адам (16%) барады және урологта 23 адам (36%) мүлдем тексерілмейді. Бұл деректер ерлердің үлкен пайызы

онкологиялық ауруды ерте сатыда байқамауды, сол себепті емдеу процесін күшейтуді тәуекел ететіндігін айтады.

Сондай-ақ сауалнамада онкологиялық аурулардың пайда болуына тәртіпсіз жыныстық байланыс әсер ететіні туралы мәселе ұсынылды. "Иә" – 28 ер адам (44%), "жоқ" – 8 ер адам (12%), "білмеймін" – 28 ер адам (44%). Яғни ерлердің 56%-ы еркектердің онкологиялық ауруларының пайда болуының басты қауіп-қатерінің бірі тәртіпсіз жыныстық қатынастар болып табылатынын білмеймін, бұл өз кезегінде еркектерде қатерлі ісіктер санының ұлғаю қаупін арттырады.

Зерттеуге қатысушыларға жауап беру қажет болатын қорытынды сұрақ ерлер бастапқы алдын-алуды қаншалықты қажет және онкологиялық аурулардың алдын-алу үшін қажетті деп санайтынын айтты: "бастапқы алдын-алуды сақтау онкологиялық аурулардың пайда болу қаупін төмендетеді деп ойлайсыз ба?"біз қандай жауап алдық:"иә" – 19 адам (30%),"жоқ" – 0%,"мүмкін" – 45 адам (70%),"екіталай" – 0%,"білмеймін" – 0% .

Бұл жауаптар ерлер онкологиялық аурулар және олардың бастапқы алдын-алу туралы көп ақпарат болған кезде, көбіне бастапқы алдын-алудың негізгі ережелерін сақтау қатерлі ісіктің пайда болу қаупін төмендетеді деп айтуға мүмкіндік береді. Демек, ерлердің кейбір пайызы зиянды әдеттерден бас тартып, қатерлі ісіктердің алдын-алу бойынша саналы шаралар қабылдай бастайды, бұл өз кезегінде ерлердің онкологиялық аурулары жағдайларының санын азайтады.

## **2-тарауға қорытындылар.**

Алынған материалды талдай отырып, ерлердің онкологиялық ауруларының бастапқы алдын-алу мәселелерінде ер адамдардың хабардарлығының деңгейі төмен екенін айтуға болады. Демек, егер ерлер қатерлі ісіктердің алғашқы алдын-алу әдістерін білмесе, онкологиялық

аурулармен ауыратын ер адамдар санының артуы қаупі артады. Бірақ, ерлердің алдын-алу бойынша кейбір шаралар онкологиялық аурудың пайда болуының алдын-алу үшін емес, салауатты өмір салтын сақтау үшін қолдау болып табылады. Ерлердің онкологиялық ауруларының алдын-алу бойынша хабардарлық деңгейін арттыру ерлерде қатерлі ісіктердің даму қаупін төмендетеді және жалпы алғанда салауатты өмір салтын жүргізу мәселелерінде ер адамдардың сауаттылық деңгейін арттырады деп айтуға болады.

Соңғы жүзжылдықта қоғам барлық бағыттарда қарқынды дамыды. Адамның ақылға қонымды қызметі өмір сүруге барынша қолайлы және өзінің физиологиялық қажеттіліктерін нәтижелі қанағаттандыруға мүмкіндік беретін жағдайлар жасау мақсатында оның өмір сүру ортасын өзгертуге үлкен мүмкіндік берді. Адамның тіршілік әрекетінің нәтижесінде судың, ауаның, тамақ өнімдерінің химиялық құрамы айтарлықтай өзгерді.

Жаңа, табиғи емес, көбінесе адам үшін жеткілікті агрессивті ортада болуы, табиғи жағынан ерекшеленетін жұмыс істеуі оның қандай да бір жүйелерінің әртүрлі бұзылуына әкеп соғады. Индивидтің физикалық және психикалық және рухани денсаулығы нашарлайды.

Біздің күніміздің өзекті әлеуметтік мәселелерінің бірі онкологиялық аурулар болды. 1999 жылы Ресейде 213 625 ер адам және 227 813 әйел (барлығы 441 438 адам) ауырып, 163 874 ер адам және 131 191 әйел (барлығы 295 665 адам) қайтыс болды. Ерлер арасында қатерлі ісіктің барлық түрлерінен өлім-жітім бойынша Ресей әлемде Венгриядан кейін екінші орында тұр. Қазір бұл патология Ресей халқының өлімінің себептері арасында жүрек-қан тамырларынан кейін екінші орында тұр. Санкт-Петербург Ресейде онкологиялық аурулармен сырқаттанушылық бойынша бірінші орын алады (қала мен облыста 100 мыңнан астам адам). онкологиялық аурулар). Осыған байланысты онкологиялық науқастардың өмір сүру сапасы проблемасы туындайды.

Қазіргі уақытта науқастардың өмір сүру сапасын зерттей отырып, тек физикалық функциялардың сақталу дәрежесін және белсенділікке қабілеттілігін ғана бағалау жеткіліксіз екені айқын болды. Өмір сапасының әлеуметтік-психологиялық аспектілері маңызды емес, бірақ жиі екінші жоспарда қалады. Қазіргі Денсаулық сақтау жүйесінде арнайы мекемелер көмек көрсететін

онкологиялық науқастарға бірқатар себептер бойынша кешенді оңалтуды жүзеге асыруға қабілетсіз. Халықтың осы тобын әлеуметтік, заңдық және экономикалық қолдау жүйесі дамымайды. Санкт-Петербургтегі онкологиялық науқастардың өмір сүру сапасы мәселелеріне арналған зерттеулер өте аз. Жоғарыда айтылғандардың барлығы таңдалған тақырыптың өзектілігін көрсетеді.

Онкологиялық науқастардың өмір сүру сапасының мәселесі әдебиетте жаңа болып табылмайды. Ол түрлі авторлардың еңбектерінде осы проблеманың жекелеген аспектілері тұрғысынан қарастырылады. Сонымен, әлеуметтік аспект (онкологиялық науқастардың өмір сүру сапасы әлеуметтік мәселе ретінде, әлеуметтік саланың адам жағдайына әсері, аурудың әртүрлі сатыларындағы әлеуметтік байланыстар, мүгедектерді әлеуметтік оңалту және т.б.) о. С. Андреева, Г. В. Антипова, А. С. Барчук, С. С. Бацков, Н. Блинов сияқты авторлардың жұмыстарында зерттелді. Н., "Баян Сұлу" Ақ Н., Великолуг Т. И. Войтенко Р. М., Гнездилов, А. В., Гришина Л. П., Дементьева Н.Ф., Демин Е. В., Дрегало А. А. Добровольский, А. Дятченко О. Т., Захарьян А. Ж., Д. И. Зелинская, Ионова Т. И., Исаев И. И. Казнин Ю. Ф., Казаков М. С., Кайнд П., Ковшарь Ю. А., Конищев В. А., Куценко Г. И., Лаврова Д. И., Либман Е. С., Манихас Г. М., Мерабишвили В. М., Морозова Г. Ф., Нечкин Б. В., Новик А. А., Пузин С. Н., Степанова Е. В. Субетто А. И. Сулова М. Ю. Ушаков, Е. В., Холостова Е. И. Худолей В. В., Чулкова В. А., Шабашова Н.Я., Шабалина Н.Б., Эффендиев М. К. және т. б. Экономикалық аспект (экономикалық шығындар салдарынан адамдардың ауруы онкологиялық ауруларға емделуге, саласын

қаржыландыру және т. б.) қаралды жұмыстарға келесі авторлардың Аксель Е. М., Анташкова Н.Н., Беляев Д. Ж., Великолуг А. Н., Великолуг Т. И. Галкин, Е. Б., Двойрин В. В., Дятченко О. Т., Залятина Н.А., Ковалев Г. А., Когаленко В. Я., Манихас Г. М., Мерабишвили В. М. Михин А. Е., Новик А. А., Г. А. Новиков, Орлова О. А., Осипова Н.А., Пирковская Т. И. Поздняков В. В., Прейс В. Г., Прохоров М. Б., Рябов Ю. В., Смирнов А. И., Старинский В. В., Хансон К. П.,

Мағлұмат Мен., Жауап:Г. және т. б. психологиялық аспект

(аурудың науқастың және оның отбасының психологиялық статусына әсері, жақындарымен қарым-қатынасы, патология нормасынан өзін-өзі қабылдау, психологиялық оңалту) зерттелді: Барчук А. С., Беляев Д. Г., Блинов Н. Н., Мағлұмат - Алматы: "Мектеп" Баспасы, 2007. Қазақстан Республикасы Білім Және Ғылым Министрлігі Балалардың Құқықтарын Қорғау Комитетінің " Б "Корпусының Мемлекеттік Әкімшілік Лауазымдарына Қойылатын Біліктілік Талаптарын Бекіту Туралы" Қазақстан Республикасы Білім Және Ғылым Министрінің 2014 Жылғы 28 Наурыздағы № 125 Бұйрығына Өзгеріс Енгізу Туралы, Жауап:А., Усманский қараңыз, Құқықтық аспектіні (осы салаға қатысты құқықтық актілер) Л. В. Валентей, Г. Юркин сипаттады.. Медициналық аспект (әртүрлі орналасқан ісіктері бар науқастардың медициналық өмір сүру сапасы, сапалы паллиативтік көмек көрсету мақсатында онкологиялық науқастарға хоспистік қызмет көрсету) қарастырылды: Е. М. Аксель, Н. Барина.Н., Мағлұмат Қазақстан Республикасы Білім Және Ғылым Министрлігі Балалардың Құқықтарын Қорғау Комитетінің Төрайымы Р. П. Шер Д., - Алматы: "Мектеп" Баспасы, 2007. Аты-жөні - Алматы: "Мектеп" баспасы, 2007. Онкологиялық науқастармен жұмысты оңтайландыру проблемасымен Асеев А. В., Барчук А. С., Блинов Н. айналысты.Н., Мағлұмат Аты-жөні Қазақстан Республикасы Білім Және Ғылым Министрлігі Балалардың Құқықтарын Қорғау Комитетінің Төрайымы Р. П. Шер Мағлұмат Мен., С. с. Ярицин және т. б.

Алайда, біздің көзқарасымызша, онкологиялық науқастардың өмір сүру сапасының жекелеген аспектілерін қарау бойынша бар жұмыстар анықталған жоқ

онкологиялық науқастардың өмір сүру сапасын зерделеудің басты-жалпы, кешенді тәсілі.

Зерттеудің мақсаты-қоғам мен мемлекеттің, отбасы мен медициналық мекемелердің күш-жігерін біріктіруді талап ететін әлеуметтік, психологиялық, заңдық сипаттағы мәселелер кешені ретінде онкологиялық науқастардың өмір сүру сапасын талдау. Ерте оңалту кезеңінде онкологиялық науқастардың өмір сүру сапасына мониторинг жүргізу, өйткені науқасты толыққанды қалпына келтіру және оның қалыпты өмірге оралу мүмкіндігі көп жағдайда өмір сүру сапасының мониторингіне байланысты, ең алдымен, оңалтудың осы кезеңінде. Эмпирикалық зерттеу нәтижелері науқастарды оңалтудың кешенді бағдарламасы ретінде КЖ пациенттерді тиімді арттыру бойынша ұсынымдар әзірлеуге мүмкіндік береді.

Зерттеу объектісі-аурудың асқынған сатылары бар онкологиялық науқастар және оларды емдеуші дәрігерлер.

Зерттеу пәні-өмір сапасы кешенді көзқарасты талап ететін параметр ретінде, осыған байланысты зерттеуді екі бөлікке бөлуге болады. Біреуі-науқастардың өздері тұрғысынан өмір сүру сапасы (физикалық, психикалық, әлеуметтік аспектілер). Басқа, - дәрігерлер тұрғысынан-стационарда оңалту іс-шараларын жүргізу мүмкіндігіне байланысты пациенттердің өмір сүру сапасы.

Зерттеу әдістері. Зерттеу әдістерін таңдау зерттеу міндеттерінің сипатына байланысты. Зерттеудің негізгі әдістері:

1. Теориялық: онкологиялық пациенттердің әлеуметтік, экономикалық, заңдық және психологиялық әл-ауқаты тұрғысынан өмір сүру сапасының мәселесіне арналған социологиялық, әдіснамалық және медициналық әдебиеттерді талдау. 2. Эмпирикалық: формаланған сауалнама,

бағдарламалық сұхбат. 3. Статистикалық: нормаланбаған үлестірілмеген таңдауларда категориялық айнымалыларды салыстыру үшін қолданылатын d-симметриялық емес әдіс. Эмпирикалық зерттеуде алынған деректердің негізділігі мен шынайылығы зерттеудің мақсаттары мен міндеттеріне сәйкес экспериментті ұйымдастырумен, репрезентативті таңдаумен (113 пациент және 45 дәрігер, барлығы 158 адам), теориялық және эксперименталды зерттеудің ұтымды үйлесімімен, деректерді статистикалық өңдеу әдістерін дұрыс қолданумен қамтамасыз етілді.

2. Осы мәселе бойынша отандық және шетелдік әдебиеттерді талдауда, сондай-ақ бірегей эмпирикалық зерттеуде тұрған аурудың асқынған сатылары бар онкологиялық науқастардың өмір сүру сапасын бағалауға кешенді көзқарас жүзеге асырылды.

3. Пациенттер мен дәрігерлерге сауалнама жүргізу нәтижелеріне сараланған талдау жүргізілді, нәтижесінде деректер салыстырылып, жалпы қорытындылар жасалды:

- онкологиялық науқастар Еңбек ресурстарын сақтау проблемаларының пайда болу себептерінің бірі болып табылады;

- онкологиялық патология науқастарды психологиялық дезадаптациялау факторы болып табылады, осыған байланысты онкологиялық науқасты отбасылық қолдау ерекше рөл атқарады;



- онкологиялық патологияның ерекше психотравляциялаушы мәніне байланысты, онкологиялық науқастар арасында суицидтік әрекеттер жасау мүмкін;

- стационарлардың науқастарды психологиялық және әлеуметтік оңалтуды жүргізу үшін кәсіби даярланған кадрлары жоқ, оңалтуды жүргізу үшін барлық жауапкершілік емдеуші дәрігерлерге жүктеледі, бұл оларға жүктемені едәуір арттырады;

4. Пациенттердің өмір сүру сапасын арттыру және әлеуметтік оңалту бойынша әлеуметтік, әлеуметтік-психологиялық және медициналық-әлеуметтік сипаттағы шараларды қамтитын онкологиялық науқастардың өмір сүру сапасын оңтайландыру бойынша ұсынымдар әзірленді,

сондай-ақ онкологиялық науқастардың коммуникациялық ортасының сапасын арттыратын отбасылық ішкі қолдау.

Жұмыстың көлемі мен құрылымы. Диссертация кіріспеден, екі негізгі тараудан, қорытындыдан, 115 атаудан тұратын библиографиядан және жұмыс бойынша практикалық материалдар ұсынылған қосымшадан тұрады. Материал 178 бетте жазылған, 21 кесте, 12 кесте, 4 сурет және 2 Схемадан тұрады.

Апробация. Диссертация бойынша материалдар ғылым мен техника әлеуметтану Халықаралық мектебінің XVI сессиясының отырысында, сондай-ақ ғылым мен техника әлеуметтану Халықаралық мектебінің XVII және XIX сессияларының мәжілістерінде дөңгелек үстел шеңберінде баяндалды. "Ғылыми және ғылыми ұжымдар қызметінің мәселелері" жинағында XVII, XVIII және XIX басылымдарда үш мақала жарияланды. Девиантты мінез-құлық психологиясы бойынша дәрістер курсы оқылды.

Материалдар онкологиялық науқастардың өмір сүру сапасы проблемаларын шешуге неғұрлым кең көзқарасты жүзеге асыру үшін пайдаланылуы мүмкін. Зерттеу нәтижелері онкологиялық науқастардың өмір сүру сапасы мәселесіне кешенді көзқарастың маңыздылығын атап өтуге мүмкіндік береді, сондай-ақ осы патологиядан зардап шегетіндердің өмір сүру сапасын жақсартудың практикалық бағдарламасын әзірлеуге мүмкіндік береді.

## ҚОРЫТЫНДЫ

Осы жобаны орындау барысында: ерлердің онкологиялық ауруларының мәні, олардың белгілері және алғашқы алдын-алу мәселелері қарастырылды.

Ерлердің онкологиялық ауруларының бастапқы алдын-алудың мәні олардың пайда болуының уақтылы алдын-алу болып табылады деп айтуға болады.

Онкологиялық аурулардың бастапқы профилактикасы әсер етудің қолжетімді немесе қымбат емес әдістерінен тұрмайды. Ең алдымен, бұл ең қарапайым ережелерді сақтау, мысалы, канцерогендердің көп мөлшері бар азық-түлік рационынан алып тастау, жеміс-жидектер мен көкөністердің және клетчаткаға бай өнімдердің санын арттыру.

Онкологиялық аурудың алдын-алудың келесі тәсілі – өз салмағын қалпына келтіру, белсенді өмір салтын жүргізу, темекі шегуден және алкогольдік ішімдіктерді тұтынудан бас тарту.

Сондай-ақ, ерлердер онкологиясының алғашқы алдын-алудың басты тәсілдерінің бірі – уролог және сексепатолог сияқты бір бағытта жұмыс жасайтын мамандықтағы дәрігерлердің жүйелі бақылауы.

Ерлерді онкологиялық аурулардың мәні, ауруды өткізіп алу түрлері мен симптомдары туралы хабардар ету қатерлі ісіктің ерте сатыларында қауіп-қатерді анықтауға және оған назар аударуға, сол арқылы онкологиялық аурудың неғұрлым ауыр өтуіне жол бермеуге немесе тіпті олардың туындауын толық ескертуге көмектеседі.

Осылайша, рак ауруларының бастапқы алдын-алу – рақтың пайда болуына қарсы күреске бағытталған және раққа қарсы күрестің басым бағыты болып саналады.

Ерлердің онкологиялық ауруларының алдын-алу бойынша хабардарлық деңгейін арттыру ерлерде қатерлі ісіктердің даму қаупін төмендетеді және жалпы алғанда салауатты өмір салтын жүргізу

мәселелерінде ер адамдардың сауаттылық деңгейін арттырады деп айтуға болады.

## ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Арженкова, Л.И. Организационные подходы комплексной реабилитации больных злокачественными заболеваниями женской репродуктивной системы. Автореф. дис. канд. мед. наук. – Курск, 2007 – 159с.
2. Вельшер, Л.З., Матякин, Е.Г., Дудицкая, Т.К., Поляков, Б.И. Онкология: учебник для вузов - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 512 с.
3. Ворона, О.А., Тарабрина, Н.В. Факторы риска развития посттравматического стресса у онкологических больных// Методологические проблемы современной психологии: иллюзии и реальность: Материалы Сибирского психологического форума - Томск, ТГУ, 2008
4. Всемирная организация здоровья. <http://www.who.int/ru/>
5. Голикова, Т.А. Комплексный подход к оказанию онкологической помощи населению Российской Федерации//Интернет: <http://www.minzdravsoc.ru/health/oncology/8>
6. Давыдов, М. И., Ганцев, Ш. Х. Онкология: учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 920 с.
7. Захарьян, А.Г. Особенности медико-социальной экспертизы онкологических больных
8. Злокачественные новообразования в России в 2010 году (заболеваемость и смертность)/ под ред. В.И. Чиссова., В.В. Старинского., Г.В. Петровой - М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2012. - 260с.
9. Ибатов, А.Д., Пушкина, С.В. Основы реабилитологии: Учебное пособие/ - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 160 с.
10. Кику, П.Ф., Юдин, С.В. Социально-гигиенические факторы риска онкологических заболеваний//Сибирский онкологический журнал. – 2009.

- 11.Летягин, В.П., Высоцкая, И.В. Реабилитация больных, перенесших радикальную мастэктомию//Опухоли женской репродуктивной системы. – 2008. - №4. – с. 12-17.
- 12.Медик, В.А., Щепин, О.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 592с.
- 13.МКБ-10 <http://www.mkb10.ru/>
- 14.Назарова, Е.Н., Жилов, Ю.Д. Основы социальной медицины: учебное пособие для студентов высших учебных заведений/. – М.: Издательский центр «Академия», 2007 – 368с.
- 15.Постановление Правительства РФ от 10 мая 2007 г. N 280 "О федеральной целевой программе "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2012 годы)" (с изменениями от 18 февраля, 2 июня 2008 г., 9 апреля 2009 г., 6 апреля 2011 г.)
- 16.Приказ Минздрава России №16 от 18 января 2010 г. «О порядке организации мониторинга реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению».
- 17.Приказ Минздравсоцразвития РФ от 03.12.2009 N 944н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным"
- 18.Приказ от 15.11.2012 г. №915н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "онкология"
- 19.Приложение №1 к федеральной целевой программе "Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007 - 2012 годы)" (в редакции постановления Правительства РФ от 6 апреля 2011 г. N 254)
- 20.Протокол Минздравсоцразвития России от 24 ноября 2011 г. №1/14/3. — «Протокол всероссийского совещания по выполнению мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи онкологическим больным» Распоряжение Правительства Российской Федерации от 11 декабря 2006 г. №1706-р
- 21.Ресурсы интернет <http://medbaz.com>

22. Решетников А.В., Ефименко С.А., Проведение медико-социологического мониторинга – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007 – 160 с.
23. Решетников А.В., Социология медицины – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010 – 864 с.
24. Состояние онкологической помощи населению России в 2010 году/ под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой - М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2011 – 188с.
25. Тен, Е.Е. Основы медицинских знаний: учебник. – 5-е издание, стереотипное. – М.: Академия, 2009.
26. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
27. Чиссова В.И., Дарьялова С.Л. Онкология. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007.
28. Гришина Л.П. Инвалидность как многофакторная проблема//Здравоохранение РФ. 1993. -№12
29. Громов А.В. Эвтаназия//Врач. 1993. - №9
30. Гусев Л.И. Совершенствование деятельности онкологических диспансеров//Здравоохранение РФ. 1992. - №3
31. Девятко И.Ф. Методы социологического исследования. М.: «Книжный дом «Университет», 2002
32. Дергало А.А., Великолуг А.Н., Великолуг Т.И. Социальное как базисная категория прикладной социологической теории//Паллиативная медицина и реабилитация. 1999. - №1
33. Демин Е.В. Общество и рак поиск взаимопонимания//Вопросы онкологии. 1999. - № 6
34. Демин Е.В. Рак молочной железы как социальная проблема и вопросы общения с онкологическими больными//Вопросы онкологии. 1998. - т. 44. - № 2
35. Демин Е.В., Чулкова В.А. Возможности улучшения качества жизни онкологических больных//Вопросы онкологии. 1992.- №1

- 36.Демин Е.В., Чулкова В.А., Блинов Н.Н. Качество жизни онкологических больных: методика изучения физической, социальной и психологической адаптации женщин при раке молочной железы и тела матки//Вопросы онкологии. 1990.- №3
- 37.Добровольская Т.А., Шабалина Н.Б. Как живет семья с нетрудоспособным?//Социальные исследования. 1993. - №8-9
- 38.Дятченко О.Т., Анташкова Н.Н., Шабашова Н.Я., Мерабишвили В.М., Экономическая оценка затрат на лечение онкологических больных в клинике НИИ онкологии им. проф. Петрова//Вопросы онкологии. -1998.- №2
- 39.Захарьян А.Г., Пузин С.Н., Куценко Г.И., Ковшарь Ю.А. Влияние профессиональной реабилитации больных и инвалидов со злокачественными новообразованиями на социально-трудовой прогноз//Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2000. - №2
- 40.Зеленская Т.М., Липтуга М.Е. К вопросу организации и планирования работы хосписа//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1999. - №3
- 41.Зотов П.Б., Новиков Г.А., Усманский С.М. Суицидальное поведение онкологических больных//Паллиативная медицина и реабилитация. - 1997. №4
- 42.Иванов В.П., Захарьян А.Г., Аникин А.Д., Волков В.Д. Динамика первичной инвалидности и реабилитация инвалидов//Здравоохранение РФ.- 1997. №3
- 43.Илларионов В. Основы реабилитологии//Врач. 1997. - №3
- 44.Исаев И.И., Нечкин Б.В. Качество жизни и сертификация//Стандарты и качество. 1994. - №12
- 45.Каган А.В. Михновская Н.Д., Фролова А.И. Роль и место хосписной службы в структуре онкологической помощи Санкт-Петербурга//Паллиативная медицина и качество жизни. Материалы международной конференции. СПб., 2001



46. Казаков М.С. Интеграция инвалидов молодого возраста в общество//Медицинская помощь. 1999. - №5
47. Капитонов Э.А. Социология XX века. Ростов-на-Дону: «Феникс», 1996
48. Копнин В. Принципы качества жизни//Стандарты и качество. 2003. - №2
49. Кувшинникова В.А., Потолова Л.М. Социальное положение нуждающихся людей//Социологические исследования. 1997. - №2
50. Лоренц К. Агрессия (так называемое «зло»). СПб.: «Амфора», 2001
51. Максимова Т.М., Какорина Е.П., Королькова Т.А., Исмаилова Д.И. Заболеваемость и особенности медицинского обслуживания инвалидов//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. 1995. - №2
52. Маркович Д-Ж. Глобальные проблемы и качество жизни//Социологические исследования. 1998. - №4
53. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М.: «МЕДпресс-информ», 2002
54. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. М.: «МЕДпресс», 2001
55. Миллионщикова В.В., Плавунов Н.Ф. Хоспис последний приют на земле//Врач. - 1997.- №3
56. Михновская Н.Д., Барчук А.С. Организация медико-социальной помощи онкологическим больным в поздних стадиях заболевания//Паллиативная медицина и реабилитация. 1997. - № 2
57. Михновская Н.Д., Софиева З.А. Роль и место службы хоспис в организации онкологической помощи//Паллиативная медицина и реабилитация. 2001. - № 2-3
58. Мурашева З.М., Асеев А.В., Горбунов В.Я. Реабилитация больных раком молочной железы//Вопросы онкологии. 1992. - № 2
59. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика»//Русский медицинский журнал. Специальное приложение. 1998. - т.2 - №2

- 60.Новик А.А., Ионова Т.И. Модель паллиативной помощи в онкологии Национального центра исследования и лечения рака//Паллиативная медицина и качество жизни. Материалы международной конференции. - СПб.;, 2001
- 61.Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб.: «Элби», 1999
- 62.Новиков Г.А., Осипова Н.А., Старинский В.В., Организация паллиативной помощи онкологическим больным й перспективы ее совершенствования/ТВопрсы онкологии. 1995. - № 2
- 63.Новиков Г.А., Осипова Н.А., Старинский В.В., Прохоров Б.М. Организация паллиативной помощи инкурабельным больным с хроническим болевым синдромом//Российский онкологический журнал. - 1996.-№2 |
- 64.Новиков Г.А., Осипова | Н.А., Старинский В.В., Прохоров М.Б. Современное состояние помощи инкурабельным больным//Медицинская помощь. 1995. - №5
- 65.Ньюман П. Анализ качественных данных//Социологические исследования. 1998. - №12
- 66.Овчаров В.К. Проблемы инвалидности: медико-статистические аспекты/УПроблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. 1997. - №1
- 67.Овчарова Р.В., Великолуг А.Н. Психологический статус онкологических больных и проблемы их реабилитации//Паллиативная медицина и реабилитация. 1997. - № 1
- 68.Орлова И.Б. Самоубийство явление социальное//Социологические исследования. - 1998. - №9
- 69.Орлова Э.А. Социокультурное пространство обыденной жизни: Методическое пособие по курсу "Культурная антропология". М.: «ГАСК», 2002

- 70.Петрова Н.Н. Концепция качества жизни у больных на заместительной почечной терапии//Нефрология и диализ. 2002. -т.4. - № 1
- 71.Плавунов Н.Ф., Миллионщикова В.В. Хоспис и паллиативная помощь//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения, и история медицины. 1997. - №5
- 72.Поздняков В. В., Беляев Д. Г. Экономические вопросы лечения острого и хронического болевых синдромов у онкологических пациентов в стационаре и поликлинике//Вопросы онкологии. 1991. - № 7-8
- 73.Поляков И.В., Максимов А.В. Об особенностях медицинского права//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. 2001. - № 1
- 74.Российская энциклопедия социальной работы. — т. 1,2 М., 1997
- 75.Саймонтон К. Саймонтон С. Психотерапия рака. СПб.: «Питер», 2001
- 76.Силласте Г.Г. Социальная адаптация семей с онкологически больными детьми//Социальные исследования. 1997. - №1
- 77.Смелзер Н. Социология. -М.: «Феникс», 1994
- 78.Социальная и профилактическая медицина на рубеже веков. Материалы научной конференции, посвященной 115-летию СПбМАПО «Состояние и тенденции развития социальной медицины и гигиены на рубеже XX-XXI веков»/Под ред. Щербо А.П., Карсаевской Т.В. СПб., 2001
- 79.Социальная работа с инвалидами. Настольная книга специалиста./Под ред. Е.И.Холостовой, А.И.Осадчих. -М., 1996
- 80.Субетто А.И. Качество жизни, синтетическая революция в механизмах цивилизованного развития и качественная экономика//Стандарты и качество. 1994. - №4
- 81.Субетто А.И. Управление качеством жизни и выживаемость человечества//Стандарты и качество. 1994. - №1
- 82.Сулова М.Ю. О социализации молодых инвалидов//Социальные исследования. 2000. - №6

83. Указ Президента РФ «О мерах по профессиональной реабилитации и обеспечению занятости инвалидов» от 25 марта 1993 года № 394
84. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изменениями от 24 июля 1998 г., 4 января, 17 июля 1999 г., 27 мая 2000 г., 9 июня, 8 августа 2001 г.)//Собрание законодательства Российской Федерации. 1995. - № 181-ФЗ
85. Феорель Ж. Социология. Терминологический словарь. СПб.: «Питер», 2003.
86. Филимонов Сергей Православный взгляд на онкологию. СПб., 2001
87. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. Минск: «ООО Попурри». - 1999
88. Хансон К.П., Барчук А.С., Манихас Г.М. Состояние и перспективы развития онкологической помощи населению Санкт-Петербурга/ЛЗопросы онкологии. 1999. - №2
89. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация. М., 2002
90. Чаклин А.В. Психологические аспекты онкологии/ТВопросы онкологии. 1992.- №7
91. Чиссов В.И., Новиков Г.А., Ковалев Г.А., Старинский В.В. Медико-статистические предпосылки совершенствования паллиативной помощи онкологическим больным//Паллиативная медицина и реабилитация. -2001'.-№2-3
92. Чиссов В.И., Старинский В.В., Б.Н.Ковалев В.В. Проблемы онкологической службы в современных экономических условиях// Российский онкологический журнал. 1997. - №5
93. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ременник Л.В. Злокачественные новообразования в России накануне XXI в. как медицинская и социальная проблема//Российский онкологический журнал. 1998. - №3
94. Чоговадзе А.В., Алферова Т.С., Поляев Б.А. Реабилитация больных и инвалидов в лечебно-профилактических учреждениях//Здравоохранение РФ. 1998. - №5

- 95.Щепаньский Я. Элементарные понятия социологии. М.: «Прогресс», 1969
- 96.Элланский Ю.Г., Пешков С.П. Вопросы реабилитации инвалидов в свете основных положений концепции социальной независимости//Здравоохранение РФ. 1997. - №3
- 97.Элланский Ю.Г., Пешков С.П. Концепция социальной независимости инвалидов//Социологические исследования. 1995. - №12
- 98.Энциклопедический социологический словарь / под ред. Г.В.Осипова М., 1995"
- 99.Ядов В.А. Стратегия социологического исследования: Описание, объяснение, понимание социальной реальности. М.: «Добросвет», 1998
100. Buchanan J. Patient's beliefs about cancer management//Supportive care in cancer. 1996. - Vol. 4. - №2
101. Chatton-Reith J. The risk of suicide in cancer patients derived from a cancer registry//Review Epidemiol. Sante Publique. 1990. - Vol.38. - Issue 2
102. Chin A.E., Hedberg K., Higginson G.K., Flemming D. Legalized physician-assisted suicide in Oregon the first year's experience//New England Journal Medicine. - 1999. - Vol. 340. - Issue 7
103. Coates A. Quality of life and supportive care//Supportive care in cancer. -1997.-Vol. 5.-№6
104. Filiberti A., Ripamonti C. Characteristics of terminal cancer patients who committed suicide during a home palliative care program//Journal Pain Symptom Manage. 2001. - Vol.22 - Issue 6
105. Guel P. Communication in cancer care: is there enough to talk about//Supportive care in cancer. 1996. - Vol. 4. - №2
106. 106. Hie.tanen P. Cancer and suicide//Annual Oncology. 1991. - Vol.21.1. -Issue 1
107. Maguire P. Managing psychological morbidity in cancer patients//European journal of cancer. 2000. - Vol.36. - №5

108. Merroucha J., Freyer G. Quality of final care for terminal cancer patient in comprehensive cancer center from the point of view of patient's families//Supportive care in cancer. 1996. - Vol.4. - №3
109. Norum J., Leknes M. Euthanasia and cancer//Tidsskr.Nor.Laegenforen. - 1999.- Vol.119.- Issue 6
110. Souhami R. L., Trannock I., Hohenberger P., Horiot J.-C. Oxford textbook of Oncology. Oxford: Oxford University Press, 2002.
111. Stone P., Rees E., Hardy J.R. End of life care in patients with malignant disease//European journal of cancer. 2001. - Vol. 37. - №9
112. Strang P., Qvarner H. Cancer-related pain and its influence on quality of life// Anticancer Researches. 1990.- Vol. 101.1.- Issue 1
113. Sullivan M., Rapp S. Pain and the choice to hasten death in patients with painful metastatic cancer//Journal Palliative Care. 1997.- Vol.13. - Issue 3
114. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life?//Wid.Hlh,Forum. 1996. - Vol. 1

# КОСЫМША А

## ОПРОСНИК SF-36 (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ).

Ф. и. о.

Дата заполнения \_\_\_\_\_

1. В целом Вы бы оценили состояние Вашего здоровья

(обведите одну цифру)

- Отличное ..... 1
- Очень хорошее ..... 2
- Хорошее ..... 3
- Посредственное ..... 4
- Плохое ..... 5

2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье *сейчас* по сравнению с тем, что было *год назад*.

(обведите одну цифру)

- Значительно лучше, чем год назад ..... 1
- Несколько лучше, чем год назад ..... 2
- Примерно так же, как год назад ..... 3
- Несколько хуже, чем год назад ..... 4
- Гораздо хуже, чем год назад ..... 5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограни- чивает
А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта.	1	2	3
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды.	1	2	3
В. Поднять или нести сумку с продуктами.	1	2	3
Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов.	1	2	3
Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет.	1	2	3
Е. Наклониться, встать на колени, присесть на	1	2	3

корточки.

Ж. Пройти расстояние более одного километра.	1	2	3
З. Пройти расстояние в несколько кварталов.	1	2	3
И. Пройти расстояние в один квартал.	1	2	3
К. Самостоятельно вымыться, одеться.	1	2	3

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить <i>количество времени</i> , затрачиваемое на работу или другие дела.	1	2
Б. <i>Выполнили меньше</i> , чем хотели.	1	2
В. Вы были ограничены в выполнении <i>какого-либо определенного вида</i> работы или другой деятельности.	1	2
Г. Были <i>трудности</i> при выполнении <i>своей</i> работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий).	1	2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить <i>количество времени</i> , затрачиваемого на работу или другие дела.	1	2
Б. <i>Выполнили меньше</i> , чем хотели.	1	2
В. Выполняли свою работу или другие дела не так <i>аккуратно</i> , как обычно	1	2

6. Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение *последних 4 недель* мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?

(обведите одну цифру)

Совсем не мешало .....	1
Немного .....	2
Умеренно .....	3
Сильно .....	4
Очень сильно.....	5



7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?

(обведите одну цифру)

- Совсем не испытывал(а) ..... 1
- Очень слабую ..... 2
- Слабую ..... 3
- Умеренную ..... 4
- Сильную ..... 5
- Очень сильную ..... 6

8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)?

(обведите одну цифру)

- Совсем не мешала ..... 1
- Немного ..... 2
- Умеренно ..... 3
- Сильно ..... 4
- Очень сильно ..... 5

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

(обведите одну цифру)

	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А. Вы чувствовали себя бодрым (ой)?	1	2	3	4	5	6
Б. Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В. Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой) что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г. Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным (ой)?	1	2	3	4	5	6

Д. Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е. Вы чувствовали себя упавшим(ой) духом печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З. Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И. Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.)?  
(обведите одну цифру)

- Все время ..... 1  
 Большую часть времени..... 2  
 Иногда..... 3  
 Редко..... 4  
 Ни разу..... 5

11. Насколько **ВЕРНЫМ** или **НЕВЕРНЫМ** представляются по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений?

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенно неверно
а. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

Опросник имеет следующие шкалы:

1. Физическое функционирование (PF).
2. Ролевое (физическое) функционирование (RP).
3. Боль (P).
4. Общее здоровье (GH).
5. Жизнеспособность (VT).
6. Социальное функционирование (SF).
7. Эмоциональное функционирование (RE).
8. Психологическое здоровье (MH).

Все шкалы опросника объединены в 2 суммарных измерения – физический компонент здоровья (1 – 4 шкалы) и психический (5 – 8 шкалы).

Методика вычисления основных показателей по опроснику SF-36.

Показатели	Вопросы	Минимальное и максимальное значения	Возможный диапазон значений
Физическое функционирование (PF).	3а, 3б, 3в, 3г, 3д, 3е, 3ж, 3з, 3и, 3к.	10 – 30	20
Ролевое (физическое) функционирование (RP).	4а, 4б, 4в, 4г.	4 – 8	4

Показатели	Вопросы	Минимальное и максимальное значения	Возможный диапазон значений
Боль (P)	7, 8.	2 – 12	10
Общее здоровье (GH)	1, 11а, 11б, 11в, 11г.	5 – 25	20
Жизнеспособность (VT)	9а, 9д, 9ж, 9и.	4 – 24	20
Социальное функционирование (SF)	6, 10.	2 – 10	8
Эмоциональное функционирование (RE)	5а, 5б, 5в.	3 - 6	3
Психологическое здоровье (MH)	9б, 9в, 9г, 9е, 9з.	5 – 30	25

## КОСЫМША Ә

### ОПРОСНИК GSRS (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ).

Прочтите перед заполнением.

Предложенные вопросы касаются Вашего самочувствия в течение прошлой недели. На каждый вопрос предлагается несколько вариантов ответов. Выберите тот ответ, который кажется Вам наиболее подходящим, и отметьте его крестиком в соответствующем квадрате.

1. Беспокоила ли Вас боль в верхней части живота или под ложечкой в течение прошедшей недели? (подразумеваются все виды болей).

- не беспокоили
- почти не беспокоили
- немного беспокоили
- беспокоили умеренно
- беспокоили значительно
- беспокоили сильно
- беспокоили очень сильно

2. Беспокоила ли Вас изжога в течение прошедшей недели? (Под изжогой подразумевается ощущение жжения в груди).

- не беспокоила
- почти не беспокоила
- немного беспокоила
- беспокоила умеренно
- беспокоила значительно
- беспокоила сильно
- беспокоила очень сильно

3. Беспокоила ли Вас отрыжка с кислым или горьким привкусом в течение прошедшей недели?

- не беспокоила
- почти не беспокоила
- немного беспокоила
- беспокоила умеренно
- беспокоила значительно
- беспокоила сильно
- беспокоила очень сильно

4. Беспокоили ли Вас за прошедшую неделю боли в животе натошак, сопровождающиеся желанием поест?

- не беспокоили
- почти не беспокоили
- немного беспокоили
- беспокоили умеренно
- беспокоили значительно
- беспокоили сильно
- беспокоили очень сильно

5. Беспокоила ли Вас за прошедшую неделю тошнота? (Под тошнотой понимается неприятное ощущение, которое может привести к рвоте).

- не беспокоила
- почти не беспокоила
- немного беспокоила
- беспокоила умеренно
- беспокоила значительно
- беспокоила сильно
- беспокоила очень сильно

6. Беспокоило ли Вас в течение последней недели урчание в животе?

- не беспокоило
- почти не беспокоило
- немного беспокоило
- беспокоило умеренно
- беспокоило значительно
- беспокоило сильно
- беспокоило очень сильно

7. Беспокоило ли Вас чувство распираания, переполнения, вздутие живота за прошедшую неделю?

- не беспокоило
- почти не беспокоило
- немного беспокоило
- беспокоило умеренно
- беспокоило значительно
- беспокоило сильно
- беспокоило очень сильно

8. Беспокоила ли Вас за прошедшую неделю отрыжка воздухом? (Эта отрыжка часто сочетается с уменьшением чувства вздутия, переполнения в животе).

- не беспокоила
- почти не беспокоила
- немного беспокоила
- беспокоила умеренно
- беспокоила значительно
- беспокоила сильно
- беспокоила очень сильно

9. Беспокоило ли Вас в течение прошедшей недели отхождение газов через кишечник, которое сопровождается уменьшением чувства вздутия живота?

- не беспокоило
- почти не беспокоило
- немного беспокоило
- беспокоило умеренно
- беспокоило значительно
- беспокоило сильно
- беспокоило очень сильно

10. Беспокоили ли Вас запоры в течение прошедшей недели (затруднение при попытках опорожнить кишечник)?

- не беспокоили
- почти не беспокоили
- немного беспокоили
- беспокоили умеренно
- беспокоили значительно
- беспокоили сильно
- беспокоили очень сильно

11. Беспокоило ли Вас учащение стула за прошедшую неделю?

- не беспокоило
- почти не беспокоило
- немного беспокоило
- беспокоило умеренно
- беспокоило значительно
- беспокоило сильно
- беспокоило очень сильно

12. Беспокоил ли Вас в течение прошедшей недели неоформленный (кашицеобразный, размягченный, разжиженный) стул? Если у Вас бывает чередование неоформленного и жесткого стула, то при ответе на этот вопрос оцените только то, насколько Вас беспокоил неоформленный стул.

- не беспокоил
- почти не беспокоил
- немного беспокоил
- беспокоил умеренно
- беспокоил значительно
- беспокоил сильно
- беспокоил очень сильно

13. Беспокоил ли Вас в течение прошедшей недели жесткий (крепкий, твердый) стул? Если у Вас бывает чередование неоформленного и жесткого стула, то при ответе на этот вопрос оцените только то, насколько Вас беспокоил жесткий стул.

- не беспокоил
- почти не беспокоил
- немного беспокоил
- беспокоил умеренно
- беспокоил значительно
- беспокоил сильно
- беспокоил очень сильно

14. Беспокоила ли Вас за прошедшую неделю потребность безотлагательно опорожнить кишечник (желание немедленно сходить в туалет, которым Вам трудно управлять)?

- не беспокоила
- почти не беспокоила

- немного беспокоила
- беспокоила умеренно
- беспокоила значительно
- беспокоила сильно
- беспокоила очень сильно

15. Беспокоило ли Вас в течение прошедшей недели ощущение того, что Вы не можете полностью опорожнить кишечник? (Ощущение того, что после окончания дефекации кишечник не полностью пустой, несмотря на все усилия).

- не беспокоило
- почти не беспокоило
- немного беспокоило
- беспокоило умеренно
- беспокоило значительно
- беспокоило сильно
- беспокоило очень сильно