

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ

ЖАНАБАЕВ Н.С.

**Ауыл тұрғындарының
диспансерлік топтарына
медициналық көмекті
ұйымдастыру**

Монография

Шымкент – 2025

**УДК 614
ББК 51.1
Ж 26**

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясының Ғылыми Кеңесінде
бекітіліп, баспаға ұсынылды.

(Хаттама №10, «19» маусым 2025 ж.)

Пікір берушілер:

- Н.К. Тузелбаев** – Қ.А. Ясауи атындағы ХҚТУ-нің Шымкент кампусының «Жалпы дәрігерлік практика-1» кафедрасының профессоры, м.ғ.д.
- Б.Б.Токкулиева** – ОҚМА «Әлеуметтік медициналық сақтандыру және қоғамдық денсаулық» кафедрасының доцент м.а., м.ғ.к.
- Е. Сәлім** – ОҚМА «Қазақ тілі» Термиком төрағасы

Ж 26 Жанабаев Н.С. «Ауыл тұрғындарының диспансерлік топтарына медициналық көмекті ұйымдастыру». Шымкент қ., «Әлем» баспаханасы, 2025 жыл – 114 бет.

ISBN 978-601-7708-30-6

Аудан тұрғындарының арасындағы әлеуметтік маңызы үлкен аурулардың қалыптасу заңдылықтарына сай білікті және бейінді дәрігерлердің диспансерлік жұмыстарын жетілдіру мақсатында көп жылдық еңбектің нәтижесі оқу құралы түрінде беріліп отыр.

**УДК 614
ББК 51.1**

ISBN 978-601-7708-30-6

© Жанабаев Н.С., 2025 ж.
© «Әлем баспаханасы», 2025 ж.

МАЗМҰНЫ

МАЗМҰНЫ.....	3
АНЫҚТАМАЛАР.....	4
БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР.....	5
КІРІСПЕ.....	6
1. ТҰРҒЫНДАРДЫ СКРИНИНГТІК ТЕКСЕРУ ҚОРТЫНДЫЛАРЫ БОЙЫНША ДИСПАНСЕРЛЕУ МӘСЕЛЕЛЕРІ.....	10
1.1 Диспансерлеу шараларының теріс әсерлерінің алдын алу мәселелері	10
1.2 Диспансерлеу үдерісінің ықтимал жағымсыз салдарының алдын алу мәселелері.....	20
2 ТАҚЫРЫПТЫҢ ЗЕРТТЕЛУ ӘДІСТЕРІМЕН НЫСАНДАРЫ.....	29
3. ТҰРКІСТАН ОБЛЫСЫНЫҢ ХАЛҚЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘНЕ ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК СИПАТТАМАСЫ.....	36
3.1 Ауыл тұрғындарының демографиялық ахуалын бағалау нәтижелері..	39
3.2 Аудандық ауыл тұрғындарының дәрігерлік қамтылуы және оның диспансерлеу қызметіне ықпалы.....	56
3.3 Кадр бөлімінің кадрлық әлеуеті мен қызметтік тиімділігі.....	69
3.4 Ауылдық өңірлерде дәрігер кадрларын тұрақтандырудағы тұрғын үймен қамтамасыз ету және материалдық ынталандырудың рөлі.....	71
3.5 Ауылдық өңірлердегі жас дәрігерлердің кәсіби өсуі және кадр бөлімінің стратегиялық рөлі.....	73
4. ЖАС ЕРЕКШЕЛІГІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ БАЛАЛАРДЫҢ ФИЗИКАЛЫҚ ДАМУ ДЕҢГЕЙІ МЕН АУРУШАҢДЫҚ ҚҰРЫЛЫМЫНЫҢ ӨЗАРА БАЙЛАНЫСЫН БАҒАЛАУ.....	81
5. ТҰРҒЫНДАР АРАСЫНДА ФИЗИКАЛЫҚ ДАМУ ДЕҢГЕЙІ МЕН ПАТОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЛАРДЫҢ ТАРАЛУ АРАҚАТЫНАСЫ.....	85
ҚОРЫТЫНДЫ.....	110
ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР.....	113

АНЫҚТАМАЛАР

Осы зерттеу жұмысында төмендегі ұғымдар мен терминдерге сәйкес анықтамалар пайдаланылды:

1. **HDFP (Hypertension Detection and Follow-up Program)** – Артериялық гипертонияны ерте анықтау және жүйелі қадағалау бағдарламасы.

2. **Аудан (аймақ)** – Экономикалық география тұрғысынан алып қарағанда, бұл – табиғи, әлеуметтік және шаруашылық құрылымдардың жиынтығынан тұратын елдің белгілі бір бөлігі.

3. **Аурушандық деңгейі** – Белгілі бір кезеңдегі (әдетте жыл сайынғы) алғаш рет диагноз қойылған науқастар санының, сол кезеңдегі орташа жылдық халық санына шаққандағы статистикалық көрсеткіші.

4. **Демография** – Халықтың сандық, құрылымдық, жастық-жыныстық және аумақтық бөлінісін, олардың өзгеру динамикасын зерттейтін ғылым саласы.

5. **Өлім көрсеткіші** – Белгілі бір уақыт аралығында тіркелген өлім санының халықтың 1 000 адамына шаққандағы көрсеткіші.

6. **Сауалнама жүргізу** – Алғашқы ақпарат алу әдісі, арнайы дайындалған сұрақ парақтары (анкета) арқылы жүзеге асырылады.

7. **Туу көрсеткіші** – Белгілі бір кезеңде тіркелген тірі туғандардың санының халықтың 1 000 адамына шаққандағы арақатынасы.

БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР

АГ – артериялық гипертония

АДС – артық дене салмағы

АҚ – артериялық қысым

АҚШ – Америка Құрама Штаттары

АМСК – алғашқы медициналық-санитариялық көмек

АП – алғашқы профилактика

ӘМҰА – әлеуметтік маңызы үлкен аурулар

БҰДСЖ – Бірыңғай Ұлттық Денсаулық сақтау жүйесі

ДДСҰ – Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы

ДҚДСҰ – Дүниежүзілік қоғамдық денсаулық сақтау ұйымы

ЕПҰ – емдеу-профилактикалық ұйым

ЕСШ – емдік-сауықтыру шаралары

ЖИА – жүректің ишемиялық ауруы

ҚР – Қазақстан Республикасы

ҚР ДСМ – Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі

ОАЕ – орталық аудандық емхана

ОДА – отбасылық дәрігерлік амбулаториялар

ТО – Түркістан облысы

ФАП – фельдшерлік-акушерлік пункт

КІРІСПЕ

Денсаулық сақтауды дамытудың маңызды міндеттерінің бірі – халықтың денсаулығын сақтау, нығайту және қорғау болып табылады.

Осыны негізге ала отырып, 2016-2019 жылдарға арналған Қазақстан Республикасының «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасы, Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 29 қарашадағы №1113 Жарлығымен бекітілген Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасының жалғасы болып есептеліп, бағдарламаның қойылған мақсаттарға жету жолдарының және негізгі бағыттарының бірі – әлеуметтік мәні бар инфекциялық емес ауруларды бақылаудың әлеуметтік-гигиеналық мониторингін қалыптастыру және әрбір адамның өз денсаулығына деген жауапкершілігін арттыруға бағытталған.

Алайда Қазақстан Республикасы әкімшілік аудан тұрғындарының денсаулық жағдайы қала тұрғындарының денсаулығынан айтарлықтай төмен деңгейде қалып отыр. Оған басты себеп, ауылдық елді мекендер өзара , аудан орталықтарынан қашық орналасуы, тұрғындардың сирек қоныстануы, коммуналдық микроқұрылымдардың жеткіліксіздігі, білікті дәрігерлік көмекті ұйымдастыруға қажетті элементтердің жоқтығы және жедел медициналық жәрдемнің мүлдем дамымағандығы болып отыр. Сондықтан тұрғындардың әртүрлі соматикалық және әлеуметтік маңызы үлкен ауруларға шалдығуы және оның созылмалы түрге айналып, олардың арасындағы өлім оқиғаларының артуына алып келе жатқандығы айқын.

Әлеуметтік маңызы бар аурулардың тізбесі ҚР ДСМ-108/2020 бұйрығы және ҚР Әділет министрлігінің №21263 бұйрықтарда көрсетілген. Аталмыш тізім төмендегі кестеде ұсынылды.

Кесте 1 – ТО әкімшілік аудандардағы ауыл тұрғындарының 2013-2023 жылдардағы орташа саны (мың тұрғын)

№	Аурулар аталуы	АХЖ 10 бойынша кодтары
1	Туберкулез	A15-A19
2	Адамның иммунитет тапшылығы вирусы (АИВ) тудыратын ауру	B20-B24
3	Созылмалы вирустық гепатиттер және бауыр циррозы	B18.0, B18.1, B18.2, B18.8, B19, K74
4	Қатерлі ісіктер	C00-97; D00-09; D37-48
5	Қант диабеті	E10-E14
6	Психикалық, мінез-құлық бұзылулары (аурулары)	F00-F99
7	Балалардың церебралдық параличі	G80
8	Миокардтың жіті инфаргі (алғашқы 6 ай)	I21, I22, I23
9	Ревматизм	I00-I02; I05-I09; M12.3; M35.3
10	Дәнекер тіннің жүйелі зақымданулары	M30-M36
11	Нерв жүйесінің дегенерациялық аурулары	G30-G32
12	Орталық нерв жүйесінің миелинсіздендіруші аурулары	G35-G37
13	Орфандық аурулар	B-Q.

Осы әлеуметтік мәні бар аурулардың ішінде бір ғана туберкулез саласын алатын болсақ, аурудың алдын-алу жұмыстарын күшейту мақсатында соңғы 3 жылда бірнеше бұйрықтар шығарылды.

Халыққа туберкулез кезінде әлеуметтік маңызы үлкен аурулардың (ӘМҰА) деңгейін төмендетудің тиімді бір жолы медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру кезінде осы іс-шараларды қатаң орындаған жағдайда жоғары жетістіктерге жететіні белгілі.

Ауылдық жердегі тұрғындардың сырқаттылығын, мүгедектігін және өлімін арттырып, орташа өмір сүру ұзақтығын барынша азайтып отырған әлеуметтік маңызы үлкен аурулардың деңгейін төмендетудің тиімді жолдарының бірі – диспансерлеу болып табылады. Осы мақсаттарды шешуде, медициналық шаралардың жаңа медициналық-экономикалық тоқырау кезеңіндегі ахуалын бағалау зерттеудің қажеттілігін және өзектілігін көрсетіп отыр.

Қазіргі таңдағы мемлекеттік органдардың және де денсаулық сақтау жүйелерінің негізгі мақсаттарының бірі әкімшілік аудан тұрғындарының арасындағы әлеуметтік маңызы үлкен аурулардың қалыптасу заңдылықтарына сай білікті және бейінді мамандардың диспансерлеу мақсатында атақарып жатқан жұмыстарын жетілдіру. Жоғарыда айтылған мақсаттарға жету үшін қоғамдық денсалық сақтау жүйелері төмендегі міндеттерді орындауы қажет. Олар:

- Ауыл тұрғындары арасындағы әлеуметтік маңызы үлкен аурулардың таралу заңдылықтарын анықтау және негізгі себептерінің жиілігін бағалау.

- Ауыл тұрғындарының денсаулығын жақсартуға бағытталған диспансерлеу іс-әрекеттерінің орындалу сапасын бағалау.

- Ауыдарда орналасқан диспансерлердің жұмысын ұйымдастыруға қиындық туғызатын әлеуметтік және оған қоса медициналық себептерін бағалау.

- Ауыл тұрғындарының денсаулығын жақсартуға бағытталған шаралардың ішіндегі диспансерлеу қызметінің орны.

- Әлеуметтік маңызы үлкен аурулардың көбеюіне ықпал жасайтын себептерді, оның ішінде физикалық даму көрсеткіштері мен өмір сүру салты себептерінің кері әсерін бағалау.

- Әлеуметтік маңызы үлкен аурулары бар науқастарды диспансерлеуді жүзеге асыру барысында емханалық ұйымдарда дәрігерлердің жеткіліксіздігін қамтамасыз етуге тигізетін әсерін анықтау.

- Ауыл тұрғындарының орташа өмір сүру ұзақтығын арттыруға бағытталған диспансерлік шараларды жетілдірудің ғылыми негіздерін жасап, тәжірибеге ұсыну.

Түркістан облысы тұрғындарының денсаулық көрсеткіштерінің қалыптасуына әлеуметтік маңызы үлкен аурулардың қосатын үлесі басым екендігі бағаланды. 2006-2016 жылдары қант диабеті, туберкулез, жүрек миокардының инфаркты және ишемиялық инсульт ауруларымен сырқаттану және өлім көрсеткіштері динамикасының артуы анықталды. Әлеуметтік маңызы үлкен аурулардың қалыптасуы, оның созылмалы түрге айналуы балалық жастан бастау алады. Оған балалардың физикалық дамуындағы ауытқулар басым үлесін қосатындығы көрсетілді.

– Алғаш рет диспансерлік медициналық көмекті ұйымдастыру сапасына жергілікті ауылдық емдік-профилактикалық ұйымдардың бейінді (мамандандырылған) дәрігер мамандармен қамтамасыз етілуі мен олардың біліктілігі нақты әсерін тигізетіндігі анықталды.

– Зерттеу нәтижелері қазіргі заманғы әлеуметтік-экономикалық жағдайда ауыл тұрғындарының өмір сүру сапасы мен денсаулығы және медициналық-әлеуметтік сипаттамасы жайлы жаңа ғылыми мәліметтер болып табылады.

– Ауыл тұрғындарының арасындағы әлеуметтік маңызы үлкен аурулардың дер кезінде алдын алу мақсатында физикалық дамуында ауытқулары нәрестелерді тиісті мамандар уақытысында анықтап, диспансерлік бақылау жүргізуі маңызды екендігі көрсетілді.

– Әлеуметтік маңызы зор аурулар мен ауыратын науқастарға диспансерлік іс-шараларды жүргізу участкелік дәрігерлер мен тиісті мамандар яғни, кардиологтар, онкологтар, эндокринологтар және дерматолог-венеролог) бірлесе отырып жүзеге асыру керек екендігі дәлелденді.

– Диспансерлеу жұмысыны жақсарту үшін аудандық амбулаторлық-емханалық ұйымдарды штаттық бірліктерге сәйкес біліктілігі жоғары аймақтық және бейінді дәрігерлермен қамтамасыз етіп, олардың осы қызметті атқару үшін біліктіліктерің арттыру айтылды.

– Ауыл халқының ішінде диспансерлеуді ұйымдастыруды және медициналық-профилактикалық сапасын арттыру мақсатында «Балалардың физикалық даму көресткіштерінскринингтеу және анықталған бейэпидемиялық ауруларды диспансеризациялау» атты монография құрастырылып, отбасылық және бейінді дәрігерлердің күнделікті қолданылуына ұсынылды.

1. ТҰРҒЫНДАРДЫ СКРИНИНГТІК ТЕКСЕРУ ҚОРТЫНДЫЛАРЫ БОЙЫНША ДИСПАНСЕРЛЕУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

1.1 Диспансерлеу шараларының теріс әсерлерінің алдын алу мәселелері

Қазақстан Республикасы (ҚР) тұрғындары арасында қалыптасқан аурушандық, мүгедектік және өлім көрсеткіштері деңгейінің түзелуіне басым үлес қосатын әлеуметтік маңызы үлкен бейэпидемиялық аурулардың алдын-алуды ерте уақыттан анықтаудан бастап, диспансерлеу шаралары, ауылдық елді мекендердегі бастапқы медициналық-санитарлық ұйымдардың өте маңызы зор жұмыстардың бірі болып табылады. Кеңестер Одағының құрамында болған мемлекеттер аталмыш аурулардан өлім көрсеткіші деңгейінің жоғары болуы тұрғын халықтардың орташа өмір сүру ұзақтығының дамыған Европа, Жапония және Солтүстік Америкадағы тұрғындардың осындай көрсеткішінен 10-15 жылға дейін төмен екендігіне негіз болып табылады. Сондықтан біздің мемлекетімізде скринингтеу шараларды және диспансерлеуді бұдан да жақсарту аса өзекті мәселе екендігі мәлім.

2011-ден бастап, 2015 жылға дейін жүзеге асырылған Ұлттық «Саламатты Қазақстан» және 2016 жылдан қолға алынып отырған «Денсаулық» атты тақырыптағы мемлекеттік бағдарламалар тұрғындар денсаулығын жақсартуға ықпалын тигізетін шараларды қамтыған. Осы бағдарламалар аясында жүзеге асырылған заманауи медициналық-техникалық жабдықтау шаралары денсаулық сақтау ұйымдарының бейінді медициналық көмек беру мүмкіндігін одан әрі жоғарылатып келеді. Дәрігерлердің біліктілігін белсенді арттырудың және олардың жер бетінде қолданылатын жаңа емдік әдістерін игеру халқымыздағы медициналық көмек беру сапасын жоғары деңгейге көтеруде. Шет мемлекеттердегі мысалыға, Европа мемлекеттерінің әлеуметтік ауруларды қайта тексеру әдістерін меңгеру диспансерлік қызметтің жолдарын жаңа деңгейде қайта қолға алуға мүмкіндік беруде. Дегенмен, бүгінгі таңда облыс халқының денсаулық жағдайына ұқсас қайта қарау іс-шаралары әлі де толық іске аса алмай жүр. Бұны жоғары сапалы жүзеге асыру үшін жергілікті әр – бір аудан әкімшілігі тұрғындары ішіндегі орналасқан әлеуметтік мәні жоғары аурулардың әлеуметтік-экономикалық, экономикалық-гигиеналық сипатын толық ашу міндеті тұр. Осы жерде атап өтетін жағдай, тек скрининг

шараларының маңызын одан әрі арттыру, тұрғындардың денсаулығын сауықтыруды жаңаша ұйымдастыруға жол ашады.

Тұрғын халықтың денсаулығын арттыру арқылы еңбек ету қабілетін одан әрі жоғарылату ұлттық «Денсаулық» бағдарламасын жүзеге асыру аясындағы маңызды әрекет болса, бұны жүзеге асырудың негізгі және пайдалы әдісі қайта қарау жолдарын қолдана отырып диспансерлік жасау болып есептеледі. Бірнеше ғалымдардың зерттеу жұмыстары қазіргі таңда әлеуметтік маңызы-мәні үлкен бейэпидемиялық аурулар бойынша тексеру іс-шараларының сапаға сай емес жүргізілуін және диспансерлеу шараларының тиімсіз болып отырғандығын көрсетті. Осы жұмыстардың нәтижелері диспансерлеуге алынған адамдарды сауықтыру мен аурудың алдын алу, қауіпті себептерді анықтап, оларға қарсы тиімді шараларды ұйымдастыру жұмыстары мүлдем жүргізілмеуде екендігін анықтады. Осы ғалымдардың пайымдауынша, диспансерлеуді жергілікті аумақта қалыптасқан әлеуметтік-экономикалық, экономикалық-гигиеналық жағдайды скринингтік әдістердің көмегімен анықтап, аурулардың қалыптасуындағы олардың нақты үлесін белгілеу қажет. Бұл деректің көмегімен бүгінгі таңдағы медициналық-санитарлық ұйымдардың жұмысына сай қалыптастырылған алгоритімдері ғылыми тұрғыда негіздеу жұмысы орындалып, оның тиімділігіне тәжірибеде баға берілуі тиіс.

Түркістан облысы (ТО) тұрғындарының денсаулығы мүгедектік көрсеткішінің жоғарылауымен және өлім көрсеткішінің динамикалық бағытта жаймен артуымен негізделеді. Көбінесе балалар мен жасөспірімдердің және еңбекке жарамды жастағы елдің өлімі мен мүгедектігінің көбеюі ерекше алаңдатушылық тудырады деуге болады. Соңғы 15 жылда қол жеткізген статистикалық деректер бойынша тұрғындардың жалпы өлім көрсеткішінің 32,3%-ы еңбек ету жасындағы тұлғалардың үлесіне тиетін болып шықты. Осы жастық топта қалыптасқан көрсеткіштердің қалыптасу деңгейі халықтың орташа өмір сүру ұзақтығын және еліміздің саяси-демографиялық тұрақтылығын қамтамасыз ету үшін аса қауіпті жағдай деп айтуға болады.

Қазіргі өндірістік-кәсіптік қатынысқа сай еңбекке жарамды жастағы тұлғалардың денсаулығы олардың жұмысқа қабілеттілігі мен еңбек ету шартына отыру құқығын анықтайтын маңызды көрсеткішке айналып отыр. Осыдан еңбекке жарамды жастағы тұрғындар өз денсаулығын барынша арттыруға және сырқаттары жайлы мәліметтерді жарияламауға мүдделі.

Бұл ахуал еңбекке жарамды жастағы тұлғалар тобында қалыптасқан сырқаттылық оқиғаларын дұрыс есепке алуға және диспансерлік іс-

шараларын жоғары сапалы және толыққанды жүзеге асыруға мүмкіндік бермей отыр. Ал осыдан уақытылы, сапаға сай емделмеген шұғыл аурулары бар халықтың арасындағы аурулар созылмалы түрге айналууда. Науқастардың ауруларының соңында созылмалы болып кетуі жас кезеңнен мүгедектікке және уақыттан ерте өлімнің орын алуына жеткізетін басты негіз болып табылады.

Тәуелсіздік алғаннан кейінгі жасалынып жатқан ғылыми – зерттеу іс-шаралар, тұрғындар арасында созылмалы аурулардың тоқтаусыз өсім беріп, асқынулар туғызып жатқандығын көрсетіп отыр. Ұлттық «Денсаулық» бағдарламасының негізгі мақсаты әлеуметтік маңызы үлкен аурулардың алдын алу жұмыстарын барынша күшейту (скринингтік бақылау, ауруларды ерте кезеңнен анықтау, диспансерлеу шараларын жүзеге асыру және оның белсенділігін сапалық тұрғыда бағалау), медициналық көмектің қол жетімділігі мен сапасын арттыру, денсаулық сақтау жүйесінің бастапқы медициналық-санитарлық жәрдем беру саласының материалдық-техникалық базасын жақсарту және білікті мамандармен қамтамасыз етілуін арттыру арқылы тұрғындар денсаулығын жақсартуға қол жеткізу деп көрсетілген.

Ұлттық «Саламатты Қазақстан» бағдарламасын жүзеге асыру барысында Алғашқы медициналық-санитарлық көмек (АМСК) жүйедегі диспансерлік қызметі мәселесіне жеткілікті дәрежеде көңіл бөліне қойған жоқ десекте болады. Шетелдердің әйгілі ғалымдары диспансерлеу қызметін толық қанды ұйымдастырудың өте тиімді жолы уақытылы тексеру (скринингтік) бақылауды сапалы етіп қамтамасыз етілгені дұрыс. Жалпы уақытылы тексеру жұмысының мағынасына кезеңдетіп жүргізілетін медициналық қарау мен ауруларды бастапқы даму кезеңінде уақытылы анықтау деп қарастырылған жөн. Ал екінші кезеңде дұрыс ұйымдастырылған жоғары сапалы дәрігерлік ем жасау және басталған аурудың бетін толық қайтару деп есептеу қажет.

Біздің елімізде жолға дұрыс қойыла алмай отырған жұмыс – аурудың өткір кезеңінде немесе бастапқы даму кезеңінде анықтау және оны толыққанды емдеу болып табылады. Осыған қарағанда диспансерлеу ісін сапалы етіп жолға қою, тұрғындардың денсаулығын жақсартуға барынша оңтайлы әсерін тигізетіндігі туралы ешқандай да сұрақ туындатпайды. Ұлттық «Саламатты Қазақстан» және 2016 жылдан қолға алынып отырған «Денсаулық» бағдарламасында ауыл тұрғындарының денсаулығын қамтамасыз ету мәселесіне көп көңіл бөлінген. Бұл осы әлеуметтік маңызы үлкен топтың мемлекет халқының құрамындағы үлес салмағы қазіргі таңда 44,2% құрайды. Осыған орай ауыл тұрғындарын маңызды әлеуметтік-тұрмыстық және экономикалық

топтардың қатарына жатқызып, олардың денсаулығын қамтамасыз етуге ерекше көңіл бөлу қажеттігі күмән туғыза қоймайды.

2024 жылдың 1 сәуір айының көрсеткіші бойынша Қазақстан Республикасы халқының саны 20 млннан астам адамды құраса, оның 7 482 949 ы ауыл халқы болып табылады. Жергілікті әкімшілік аудандардағы тұрғын халықтың жағдайын дұрыстауға бағытталған мемлекеттік әлеуметтік-экономикалық шаралар кең ауқымда жүзеге асырылуда. Алайда, оның барысында ауыл тұрғындары мен қала тұрғындары арасында медициналық көмекті ұйымдастырудағы ерекше айырмашылықтарды есепке алу қажет деп есептейміз. Әкімшілік аудандардағы әлеуметтік-гигиеналық, тұрмыстық-қаржылық, коммуникациялық жағдайлардың ерекшеліктері тұрғындардың медициналық-демографиялық ахуалын қалыптастыруға басым ықпалын тигізеді.

Әкімшілік аудандардағы халыққа арнап іс-шараларды ұйымдастырылған медициналық көмек ҚР Денсаулық сақтау Министрлігінің (ҚР ДСМ) 2003 жылдың 12 қыркүйегінде жарық көрген №677 бұйрығына сәйкес жүзеге асырылады. Қазақстан Республикасындағы аудандық әкімшілік ауыл халқына алғашқы медициналық-санитарлық көмекті ұйымдастыруды одан әрі жіті жетілдіру мәселелері ҚР «Денсаулық сақтау жүйесі» туралы заңнамасында қарастырылған. Оның ішінде, ауылдық жердегі медициналық ұйымдардың түрлері мен қызметін ұйымдастыру, медициналық құрал жабдықтар мен жаңа заманауи аппараттармен қамтамасыз ету, аудандық ауылдық жерлердегі қажетті дәрігерлік бейінді мамандарды дайындау, оның ішінде жалпы тәжірибелі дәрігерлерді немесе отбасылық дәрігерлерді даярлауға баса көңіл бөлу және мамандардың, біліктілігін арттыру, оларды ауылдық жердегі медициналық мекемелердегі көмекті ұйымдастыруға сол аймақтағы өзекті мәселелерді уақтылы белсенді шешу жолдары көрсетілген. Әсіресе олардың жергілікті әлеуметтік-тұрмыстық сұраныстарын шешу өзекті мәселелері нақтылана түскен.

Осы еңбек ету жасындағы әлеуметтік топқа көрсетілетін медициналық көмек бірнеше кезеңде жүзеге асырылады. Осыған сай құрылған арнайы денсаулық сақтау ұйымдары ауыл тұрғындарына қызмет көрсетеді. Кезеңдете көрсетілетін әртүрлі дәрежедегі медициналық-дәрігерлік көмек аудандық ауылдық денсаулық сақтау жүйесіндегі медициналық арнайы ұйымдастырушылық және әдістемелік шаралар қолдануды талап етеді. Қазіргі таңда бұл жүйенің алғашқы кезеңін ауылдық дәрігерлік аймақ және оның медициналық ұйымдары құрайды. Екінші кезеңді аудандық денсаулық сақтау

жүйесінің медициналық мекемелеріндегі ұйымдары орындайды. Олар білікті және шектеулі бейінді дәрігерлік көмек көрсетеді. Үшінші кезеңдегі республикалық және облыстық аудандық медициналық ұйымдары аудандық ауыл халқына арнайы мамандандырылған бейінді жоғары жаңа технологиялық дәрігерлік көмекті тұрғындарға қол жетімділігін ұйымдастыру.

Денсаулық сақтау жүйесінде қабылданған Ұлттық «Саламатты Қазақстан» мен «Денсаулық» бағдарламасының және денсаулық сақтау жүйесінің ұйымдастыратын бірыңғай Ұлттық жүйесінің жүзеге және іске асырылу іс-шара аясында аудандық ауыл халықтарының ауруына қарай қажетті қол жетімді медициналық көмек алуға деген құқығы барынша кеңейтілген. Басқаша айтқанда, әкімшілік аудандағы ауыл тұрғындары өздерінің денсаулығын түзеуге керекті медицина ұйымына бағыттама алынып, толыққанды тексерілуіне және сапалы дәрігерлік көмекті уақтылы алуға мүмкіндігі болады.

Ауылдық аймақтардағы ауруханалар мен отбасылық дәрігерлік амбулаториялар тұрғындарға бастапқы медициналық-санитарлық (фельдшерлік) және кәсіби дәрігерлік көмек көрсету, сондай-ақ санитарлық-гигиеналық және індетке қарсы шараларды уақтылы жүзеге асыру қызметін атқарады. Аудандық деңгейдегі медициналық мекемелер жергілікті тұрғындарда жиі кездесетін ауруларды емдеуге бағытталса, облыстық, қалалық және республикалық деңгейдегі емдеу ұйымдары барлық дерт түрлері бойынша кешенді медициналық көмекті ұйымдастырады.

Ауылдық денсаулық сақтау ұйымдарындағы медициналық көмектің көлемі мен мазмұны мекеменің материалдық-техникалық базасына, кадрлық қамтылуына және жұмыс ауқымына тәуелді. Дегенмен, аймақтық аурухана мен емханалардың мүмкіндіктеріне қарамастан, тұрғындарға жалпы тәжірибелі дәрігер, терапевт және инфекционист арқылы амбулаторлық және стационарлық көмек көрсету міндетті түрде қамтамасыз етілуі қажет. Жүкті әйелдерді босандыру, балаларға емдік-профилактикалық, неонаталдық, хирургиялық, жарақаттық және стоматологиялық көмектер көрсету – ауылдық медициналық қызметтің басым бағыттарының қатарында.

Денсаулық сақтау саласындағы ең кең таралған және қолжетімді қызмет – амбулаторлық-емханалық көмек болып табылады. Бұл қызметтің ұйымдастырылу деңгейі оның тиімділігін анықтайды. Аймақтық отбасылық дәрігерлер ересектермен қатар балалар мен жасөспірімдерге де амбулаторлық қабылдау жүргізіп, емдік-профилактикалық іс-шараларды тағайындайды, науқастарды қажет болған жағдайда стационарға жолдайды немесе медициналық-

әлеуметтік сараптама комиссиясына бағыттайды. Ауыр жағдайдағы науқастарға үйге барып көмек көрсетеді.

Ауылдық аймақтардағы бейінді дәрігерлердің басты бөлігі — жалпы тәжірибелік немесе отбасылық дәрігерлерден тұрады. Ауылдық денсаулық сақтау жүйесін дамытудың негізгі бағыты ретінде амбулаторлық-емханалық көмекті жетілдіру, жалпы тәжірибелі мамандардың кәсіби деңгейін көтеру және ауыл тұрғындарына жоғары технологиялы медициналық көмекті дер кезінде, тиімді әрі қолжетімді ету мәселелері алға қойылған. Осы мақсатта отбасылық-дәрігерлік және педиатриялық бағыттағы аймақтық медициналық ұйымдар құрылуда.

Сонымен қатар, медициналық көмектің жылжымалы түрлері, оның ішінде дәрігерлердің жылжымалы жедел жәрдем бригадалары, стоматологиялық бөлімшелер, тіс протезі бөлмелері мен зертхана орталықтарының жұмысы ұйымдастырылуы қажетті. Аудандық ауылдағы денсаулық сақтау жүйесінде жедел медициналық жәрдем, оның ішінде дәрігерлік көмектің сапасын дамытуға да көптеп көңіл бөлінуде. Аудан көлеміндегі ауылдық денсаулық сақтау мекемелеріне қарасты аймақтық дәрігерлік амбулаториялар мен фельдшерлік-акушерлік бөлімшелерге дәрігерлер мен орта медициналық қызметкерлерді тұрақты түрде тарту жұмыстары қарқынды жүргізілуде. Осы медициналық мекемелерге жас мамандарды жұмысқа қабылдап, олардың тұрақтап қалуын қамтамасыз ету үшін жергілікті басқару органдары тарапынан тұрғын үймен қамту және коммуналдық қызметтерді тегін ұсыну шаралары қолға алынған. Сонымен қатар, жас мамандардың ынтасын арттыру мақсатында қаржылай көтерме қолдау да қарастырылған.

Біріншілік медициналық-санитарлық көмекті жедел әрі сапалы дамыту және бұл мекемелерде емдік-профилактикалық іс-шараларды тиімді іске асыру — денсаулық сақтау жүйесінің ең маңызды міндеттерінің бірі ретінде белгіленген. Бүгінгі күні бұл қызмет түрлерінің қолжетімділігі мен сапасын арттыру мақсатында ғылыми негізделген әдістер кеңінен қолданылуда. Медициналық көмектің тиімділігі мен сапасы ең алдымен амбулаторлық қызмет көрсету кезеңінен басталуы қажет. Осыған байланысты ҚР Үкіметі мен Денсаулық сақтау министрлігінің қабылдаған шешімдері мен мемлекеттік бағдарламаларында ауылдық деңгейдегі амбулаториялық-емханалық көмекті жетілдіру басты бағыт ретінде қарастырылып отыр.

Алғашқы профилактика (АП) шараларының негізі ретінде скринингтік қызмет — ауруларды ерте кезеңде анықтау, біріншілік және екіншілік профилактиканы қамтамасыз етудің заманауи технологиялық тәсілі ретінде бағаланады. Бұл қызмет түрі бүгінде Еуропа, Солтүстік

Америка және Австралия елдерінде кеңінен қолданылуда. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДСҰ) сарапшылары жүргізген ғылыми зерттеулерге сәйкес, скрининг тек ауруларды бастапқы кезеңде анықтаумен ғана шектелмей, оның негізгі қауіп себептерін анықтауға мүмкіндік беретін медициналық-зертханалық тестілер жиынтығын қамтуы тиіс.

Бірқатар зерттеушілердің әлеуметтік зерттеулері республика азаматтарының айтарлықтай бөлігі амбулаторлық-емханалық ұйымдар көрсететін медициналық қызмет сапасына көңілі толмайтынын көрсетті. Бұл ұйымдардағы медициналық көмектің бейінді мамандар арқылы жүргізілуінің артуы, учаскелік дәрігерлердің тек терапевтік не педиатрлық бағытпен шектелуіне себеп болуда. Нәтижесінде, қызмет көрсету аумағындағы әлеуметтік маңызы жоғары аурулары бар науқастар мен олардың отбасы мүшелері жүйелі бақылаудан тыс қалып жатыр. Алайда ДДСҰ сарапшылары бұл жағдайды алғашқы медициналық-санитарлық көмекті жетілдірудің негізгі тәсілі ретінде бағалау қажет деп есептейді.

Ел Президенті Н.Ә.Назарбаевтың тапсырмасына сәйкес, үкіметтің әлеуметтік саладағы бағыты – халықтың өмір сүру деңгейі мен сапасын арттыру, әлеуметтік көмекке қолжетімділікті қамтамасыз ету, медициналық көмектің бейінділігі мен сапасын жақсарту және еңбекке қабілетті жастағы тұрғындар арасында жұмыссыздықты азайтуға бағытталған әлеуметтік-гигиеналық шаралар кешенінен тұрады. Осылайша, халық денсаулығын қамтамасыз ету – елдің әлеуметтік, мәдени және экономикалық дамуының басты факторларының бірі болып саналады.

Тәуелсіз Қазақстанда халық денсаулығы – ұлттық байлық деген түсініктің қалыптасуы негізінде, денсаулық сақтау саласындағы барлық бастамалар терең зерттеліп, олардың тиімділігі жан-жақты бағалануда. Бұл шаралар еліміздің стратегиялық даму бағыты ретінде қарастырылады.

Жиырманшы ғасырда Кеңестер Одағының бұзылуынан соң мемлекетімізде атқарылған көпжылдық әлеуметтік-экономикалық тоқырау тұрғындар денсаулығына өте күшті өзіндік кері әсер ететіні белгілі. Аудандық ауыл аумақ халқының өлімінің артып, орташа өмір сүру ұзақтығының төмендеуіне профилактикалық іс-шаралардың сапалық жағдайы төмендеп, диспансерлеу жағдайы нашарлап, емдеу мен балама диагностикасының құнының жоғарлауы негізгі әсер ететеін себептердің қатарында болып табылады. Дегенмен, 2000 жылдан бастап, соңғы 24 жылда экономикалық тұрақтандыруға арналған іс-шаралар еліміздегі тұрақсыздықтар мен жоғары бағалау сияқты артқа тартатын

кемшіліктерді барынша жоюға арналған іс-әрекеттер аталмыш қолайсыздардың төмендеуіне алып келді. Әлеуметтік-экономикалық және медициналық-профилактикалық бағыттардағы ілгерілеушілікке қарамастан, халық арасында кең таралған әлеуметтік маңызы жоғары аурулардың таралу деңгейі мен динамикасында елеулі өзгерістер байқалмай отыр.

Бүгінгі таңда жиі қолданылатын «әлеуметтік мәні бар аурулар» ұғымы ретінде эпидемиялық сипатқа ие емес, бірақ халық арасында ұзақ мерзімді таралымы жоғары, еңбекке қабілеттіліктің төмендеуіне және өлім-жітімнің артуына себеп болатын аурулар тобы қарастырылады. Ал «эпидемиологиялық жағдай» термині кең таралған жұқпалы емес аурулардың қоғамдағы таралу қарқынын сипаттау үшін қолданылады.

Медициналық-профилактикалық қызмет сапасын бағалауда пайдаланылатын индикаторлардың бірі – әлеуметтік тұрғыдан маңызды патологиялардың нақты құрылымын айқындау тек соңғы жылдары жүйелене бастады. Белгілі бір патологияның әлеуметтік маңызын бағалауда оның таралу жиілігі мен сырқаттанушы адамның қоғамдық өмірге толыққанды араласуына кері әсер етуі негізгі критерий ретінде қарастырылады.

Жоғары экономикалық дамыған мемлекеттерде туберкулез, қант диабеті сынды ауруларға қатысты бастапқы алдын алу, ерте диагностикалау және тиімді ем жүргізу іс-шаралары жоғары деңгейде ұйымдастырылғандықтан, бұл аурулармен өмір сүретін тұлғалардың өмір сүру ұзақтығы мен еңбекке жарамдылығы әлдеқайда жақсы сақталады. Осыған байланысты аталған патологиялар мұндай елдерде әлеуметтік маңызды аурулар санатына енбейді.

Қоғамда мұндай аурулар тіркелмеген адамдар үлесінің ұлғаюы әлеуметтік маңызы бар патологиялардың жиілігінің азаюына және олардың қоғам үшін өзектілігінің төмендеуіне алып келеді. Соңғы жылдары диагностикалық технологиялардың дамуымен сырқаттарды ерте және дәл анықтау мүмкіндігінің артуы тіркеуге алынған аурулар санын көбейткен. Алайда бұл жағдай, өз кезегінде, олардың асқыну жиілігінің төмендеуіне, мүгедектік пен өлім-жітім көрсеткіштерінің азаюына мүмкіндік беріп отыр.

Сырқаттанушылық, мүгедектік және өлім көрсеткіштерінің төмендеуі белгілі бір патологияның әлеуметтік маңыздылығының да төмендеуін білдіреді. «Аурудың әлеуметтік маңыздылығы» түсінігі келесі аспектілерді нақтылауды қажет етеді:

1. Халық арасында кең таралған әлеуметтік мәні бар патологиялардың бастапқы профилактикасының тиімділігін бағалауға, сонымен қатар мемлекеттік алдын алу бағдарламаларының әлеуметтік-

экономикалық нәтижелілігін бағалаудағы негізгі бағалау критерийлерін қалыптастыруға негіз болады.

2. Аталған аурулардың қоғамдық маңызын төмендетуге бағытталған профилактикалық және қалпына келтіру шараларының түрлерін айқындайды.

Әлеуметтік мәні бар аурулар тек төмен дамыған елдерде ғана емес, сондай-ақ экономикалық дамуы жоғары мемлекеттердің де тұрғындары арасында кездеседі. Қоғамдық және санитарлық-гигиеналық жағдайлардың нашарлығы, қоршаған ортаның ластануы, медициналық көмектің қолжетімсіздігі мен тиімділігінің төмендігі, өмір сүру сапасының төмендігі – мұның барлығы денсаулыққа кері әсер ететін бейэпидемиялық соматикалық аурулардың кең таралуына ықпал етеді.

Аталған патологиялар көбіне халықтың әлеуметтік осал топтары арасында, атап айтқанда: мигранттар, мүгедектер, көпбалалы отбасылар, тұрғылықты жері жоқ тұлғалар, жұмыссыздар, қылмыстық жазасын өтеушілер мен соғыс аймақтарынан қоныс аударған азаматтар арасында жиі кездеседі.

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің қолданыстағы нормативтік-құқықтық актілеріне сәйкес, нақты әлеуметтік маңызы бар патологиялармен ауыратын азаматтарға тегін дәрілік қамтамасыз ету мен диспансерлік динамикалық бақылау ұйымдастырылады. Мемлекет мұндай науқастардың медициналық-әлеуметтік көмекке мұқтаждығын қаржылық тұрғыдан толық қамтамасыз етуді өз құзырында ұстап отыр. Бұл санаттағы ауруларға арналған профилактикалық және емдік көмектер арнайы мамандандырылған диспансерлік құрылымдар арқылы жүзеге асырылады. Диспансерлерде жүргізілетін скринингтік және профилактикалық тәсілдер денсаулықты сақтау мен аурудың бастапқы сатыларын анықтауда шешуші рөл атқарады.

Бүгінгі күні емдеудің қолжетімді мүмкіндіктері болғанымен, көптеген аурулар кең таралып, мүгедектік пен өлім-жітім көрсеткіштерінің төмендеуі мардымсыз деңгейде қалып отыр. Медицина ғылымының классиктері медицинаның басты мақсаты ретінде – ауруларды ерте алдын алу арқылы халық денсаулығын сақтау мен нығайтуды атап өткен. Алайда, қазіргі тәжірибеде бұл қағида екінші орынға ысырылып, емдеуге басымдық беріліп келеді.

1970-жылдары кеңестік ғалым, профессор, медицина ғылымдарының докторы Ю.П. Лисицын алғаш рет «саналогия» ұғымын енгізді. Саналогия – бұл қоғам денсаулығын сақтау, жақсарту және тұрақты деңгейде ұстап тұруға бағытталған ғылым. Бұл термин мәні жағынан «валеологиямен» үндес келеді, алайда валеология жеке

тұлғаның салауатты өмір салты мен бейімделу қабілетін арттыруға бағытталса, саналогия қоғамдық деңгейдегі денсаулықтың сапалық сипаттамаларын қарастырады. Осылайша, саналогия – дені сау адамдардың денсаулығын қорғау және нығайтуға бағытталған қоғамдық ғылым.

Қазіргі таңда бейіндік емес созылмалы аурулардың, оның ішінде әлеуметтік маңыздылығы жоғары патологиялардың алдын алу шараларын жетілдіру мен скринингтік жүйеге толық көшу мәселелері өзекті күйінде қалып отыр. Мемлекеттік профилактикалық бағдарламалар елдің әлеуметтік-экономикалық ахуалына сәйкес құрылып, енгізіледі. Алайда, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының Орталық Азия елдеріне ұсынған стратегиялары тәжірибе жүзінде толық іске аспай отыр.

Скринингтік тексерулер жергілікті тұрғындардың мәдени, тұрмыстық, экологиялық, әлеуметтік және діни ерекшеліктерін ескере отырып жүргізілуі тиіс. Себебі түрлі әкімшілік-аумақтарда әлеуметтік маңызы бар аурулардың даму себептері айтарлықтай айырмашылықтарға ие. Осыған байланысты аурулардың алдын алуға бағытталған бағдарламалар нақты аумақтағы қауіпті факторлардың құрылымын зерттеу негізінде әзірленуі қажет.

Амбулаторлық-емханалық буын дәрігерлері скрининг әдістерін қолдана отырып, созылмалы патологияға бейімділігі бар тұрғындарды анықтап, оларды динамикалық бақылауға алады. Бұл өз кезегінде аурудың өршуіне және мүгедектікке әкелуінің алдын алуға мүмкіндік береді.

Аймақтық дәрігерлер қызмет көрсететін аумақтың санитарлық-гигиеналық жағдайы, тұрмыстық ерекшеліктері мен әлеуметтік ортасының ықпалын жақсы білуі тиіс. Бұл оларға аурудың әлеуметтік детерминанттарын ескере отырып, тиімді профилактикалық шаралар жүргізуге жол ашады. Ауылдық жерлерде білікті дәрігер-мамандардың тапшылығына байланысты, алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсетушілер қарапайым диагностикалық деректер негізінде емдеу тактикасын әзірлеуге мәжбүр болады.

Отбасылық дәрігер жергілікті эпидемиологиялық жағдайды бақылаумен қатар, қоғамдағы санитарлық-гигиеналық және экологиялық ахуалға талдау жүргізу арқылы, әлеуметтік маңызы бар аурулардың таралу қаупі бар ошақтарды дер кезінде анықтап, алдын алуға қабілетті. Бұл – қоғамдық денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігін арттырудағы маңызды буын.

1.2 Диспансерлеу үдерісінің ықтимал жағымсыз салдарының алдын алу мәселелері

Созылмалы, бейіндік емес және әлеуметтік маңызға ие патологиялардың алдын алу қазіргі денсаулық сақтау жүйесінің басым бағыттарының бірі болып табылады. Бұл ауру түрлерінің өзектілігі олардың халық арасындағы сырқаттанушылық құрылымында, еңбекке жарамдылықтың төмендеуі мен мүгедектікке, сондай-ақ өлім көрсеткіштеріне әсер ету дәрежесінің жоғарылығымен сипатталады. Көрсетілген патологияларға қарсы күресті күшейтпейінше, қоғамның тұрақты әрі тиімді дамуы мүмкін емес екенін айтуға толық негіз бар.

Аталған қажеттілік денсаулық сақтау саласында реформалардың қарқынын бәсеңдетпей, жүйелі түрде жүргізуді талап етеді. Ал профилактикалық бағыттың белсенді жүзеге асырылуы кей жағдайларда медицина мекемелерінің ұйымдастырушылық және кәсіби қателіктерінің жиілеуіне себеп болуы мүмкін. Мұндай жағдайлар өз кезегінде науқастану жиілігінің артуына және өлім-жітім деңгейінің өсуіне ықпал етеді.

Қазақстан Республикасының тәуелсіздік жылдары ішінде әлеуметтік мәні зор ауруларды ерте анықтау мен олардың алдын алу бойынша елеулі теориялық база қалыптасты. Қауіпті факторлардың әсерін зерттеу арқылы тәжірибелік деңгейде әлеуметтік-маңызды патологиялардың профилактикалық жүйесін құруға мүмкіндік беретін концептуалдық негіздер жасақталды.

Дамыған мемлекеттер – атап айтқанда, Еуропа мен Солтүстік Америка елдерінде – қоғамдық денсаулықты нығайтуда айтарлықтай оң нәтижелерге қол жеткізілген. Бұл нәтижелер бірінші кезекте медициналық қызмет сапасын арттырумен, диспансерлік бақылау жүйесін тиімді ұйымдастырумен және тұрғындардың алдын алу шараларына белсенді қатысуымен тікелей байланысты.

Дегенмен де, жинақталған ғылыми-практикалық білім мен теориялық алғышарттарды күнделікті медициналық қызметке тиімді енгізу барысында бірқатар жүйелі қиындықтар орын алып отыр. Бұл жағдай профилактиканың практикалық маңызын төмендетіп, қоғамдық денсаулықты басқаруда тосқауыл болуда.

Оңтайландыру жұмыстары өздігінен іске асатын құбылыс емес. Оны жүзеге асыру өзіндік заңдары мен шарттарын сақтауды талап етеді. Бұл заңдарды тек биофизикалық, физикалық және химиялық көрсеткіштермен, аурушандық, мүгедектік және өлім көрсеткіштері арасындағы байланысын зерттеп қана ашуға болады. Салауатты өмір салтын сақтау әлеуметтік маңызы үлкен аурулар эпидемиологиясының деректерін әлеуметтік-гигиеналық мониторингті қажет етеді. Жалпы тұрғын халықтың денсаулығын сақтауға бағытталған әлеуметтік-гигиеналық шаралар болғандықтан, профилактикалық-реабилитациялық шаралар белсенді

жүзеге асырылуы тиіс. Сондықтан әлеуметтік маңызы үлкен аурулар эпидемиологиясын толық игермей профилактикалық шараларды жүзеге асыру мүмкін емес. Осы қағиданы ескермей жүзеге асырылған әдістеме мен профилактикалық шаралар технологиясы, салауатты өмір салтын қалыптастырудың заңдары мен шарттарына қайшы келеді. Алайда, медицина саласындағы профилактикалық қызмет қателіктерден толық арылмаған деуге болады және бұл қателіктер қоғамға қымбатқа түседі. Медицина ғылымында «Алдымен зияндық жасама» деген өсиет бар және бұл ұстаным профилактикалық медицинада өте қатаң сақталады. Салауатты өмір салтын қалыптастыруға бағытталған профилактикалық шараларға жеткілікті назар аударылмай отыр. Ал бұл бағытта атқарылатын іс-шаралардың кешенді түрде және толыққанды жүзеге асырылуы күтілуге тиіс. Алдын алу стратегиялары оң нәтижеге қол жеткізу үшін тиімді және ғылыми тұрғыдан негізделген болуы қажет. Профилактикалық тәсілдердің жағымды әсері теріс ықтимал салдарларынан басым болуы тиіс.

Ғылыми әдебиеттерде жүргізілген талдаулар профилактикалық бағдарламалардың екіжақты әсерін көрсетеді: олар бір жағынан халық денсаулығын жақсартуға ықпал етсе, екінші жағынан дұрыс ұйымдастырылмаған жағдайда денсаулық көрсеткіштерінің нашарлауына себеп болуы мүмкін.

Жекелеген алдын алу бағдарламалары кей жағдайларда тікелей жағымсыз медициналық салдарға әкелуі ықтимал. Бұл – олардың денсаулыққа кері әсер ететін қауіптерінің бар екенін айғақтайды және профилактикалық шараларды дәлелді медицина қағидаттарына сәйкес жобалаудың маңыздылығын көрсетеді.

Сондай-ақ, өлім-жітімнің көбеюі, сырқаттанушылықтың артуы, физиологиялық параметрлердің нашарлауы, халықтың өмір сапасының төмендеуі және тиімді профилактикалық шаралардың баяулауы сияқты жағымсыз құбылыстар байқалады. Мұндай жағдайлардың ішінде алдын алу топтарына қатер деңгейі жоғары емес тұлғаларды дұрыс сараламай енгізу, нәтижесіз профилактикалық шараларға қаражат жұмсау, нақты қауіпті себептердің орнына маңызы төмен қауіп факторларын басымдыққа шығару және балама профилактикалық әдістерді қарастыру мүмкіндігінің шектелуі де бар.

Өлім көрсеткішінің артуы – қазіргі медицинадағы маңызды проблемалардың бірі ретінде танылып отыр және бұл құбылыс көп жағдайда профилактикалық және терапевтік араласулардың жүйелі түрде жоспарланбауының салдары ретінде байқалады. Алайда өлім жағдайларының аймақтық ерекшеліктері, жыныстық-жастық құрылымы, әлеуметтік жағдайлар мен гигиеналық шарттармен байланысы ғылыми жағынан толықтай зерттелмеген.

Өлім-жітім құрылымындағы шынайы себеп-салдарлық заңдылықтардың толық айқындалмауы, қоғамдық денсаулық сақтау жүйесінде қауіпсіздік шараларын дұрыс жоспарламай, дәлелсіз профилактикалық ұсыныстар мен негізсіз уәделердің таралуына алып келуі ықтимал. Ғылыми негізделген алдын алу мен емдеу әдістері халық денсаулығының негізгі көрсеткіштерінің оң динамикасымен сипатталуы тиіс.

Мұндай тәсілдің мысалы ретінде Америка Құрама Штаттарында (АҚШ) жүргізілген ұзақмерзімді Фрамингем зерттеуін атауға болады: бастапқы жасы 30–62 аралығындағы 5 209 адам 30 жыл бойы бақылауда болған. Бұл зерттеу барысында 260 кенеттен болған өлім жағдайы тіркелген. Артериялық гипертензиясы бар тұлғалар арасында гипотензивті ем қабылдағандарда кенеттен қайтыс болу жиілігі медикаментозды ем алмаған топқа қарағанда 2,5–3 есе жоғары болғаны анықталған. Бұл деректер бастапқы артериялық қысым (АҚ) деңгейін, ЭКГ-дегі өзгерістерді, жүрек ишемиялық ауруын (ЖИА) және жүрек жетіспеушілігі диагноздарын ескере отырып жасалған стратификация нәтижелеріне негізделген және гипертонияны емдеу стратегиясының ерекшеліктерімен байланысты мәнге ие.

ЖИА-ны көпфакторлы алдын алу мақсатында жүргізілген өзге ірі халықаралық зерттеулер де, кейбір бастапқы электрофизиологиялық бұзылыстары бар пациенттерде гипотензивтік медикаментозды терапияның теріс салдарын растады. Электрокардиографиялық ауытқулары бар артериялық гипертониямен сырқаттанатын науқастар арасында сатылы гипотензивті ем жүрек-қан тамырлары өлімін кәдімгі емдеу тобына қарағанда 1,5 есе арттырған (яғни, шамамен 1000 адамға шаққанда 20 қосымша өлім жағдайы тіркелген).

Гиперхолестеринемияны емдеу мен алдын алу аясында да профилактикалық араласудың жағымсыз салдарлары тіркелуде. Мәселен, Ұлыбританияның Эдинбург қаласында, Чехияның Прага және Венгрияның Будапешт қалаларында жүргізілген кооперативті интервенциялық зерттеуде, 40–59 жас аралығындағы жоғары қан холестеринімен және ЖИА диагнозымен диспансерлік есепте тұрған 500 ер адам 4–6 жыл бойы бақыланды. Медикаментозды ем алған топта жалпы өлім-жітім деңгейі плацебо қабылдаған бақылау тобымен салыстырғанда 29%-ға жоғары болған. Осыған байланысты белгілі зерттеуші Д. Роуз, аталған зерттеу қорытындысында холестерин деңгейін төмендететін препараттарды қолдану сауығуға қарағанда, өлімге жиірек алып келгенін мәлімдеген.

Ұлыбританияда сегіз жыл бойы жүргізілген эпидемиологиялық зерттеу шеңберінде миокард инфарктісінің даму қаупі жоғары саналатын 40–59 жас аралығындағы ер азаматтар арасында темекі шегудің алдын алуға бағытталған профилактикалық іс-шаралар кешені жүзеге асырылды.

Бұл шаралар шылым шегетін азаматтарға никотиндік тәуелділіктен арылу жолдары мен темекі тұтыну санын қысқарту тәсілдері туралы кеңес беру форматында жүргізілген. Алайда зерттеу нәтижесінде, араласу тобының өлім-жітім көрсеткіштері бақылау тобымен салыстырғанда 6%-ға жоғары болғаны анықталды. Осыған байланысты кейбір авторлар, темекіден бас тартуға бағытталған араласу шаралары денсаулыққа оң әсер етуден гөрі, белгілі бір жағымсыз салдарға әкелуі мүмкін деген пікір білдірген.

Миокард инфарктісінің көпфакторлы алдын алу стратегиясын бағалауға арналған ірі кооперативтік еуропалық зерттеу бағдарламалары Ұлыбритания, Италия, Бельгия және Польша елдерінде, алты жыл бойы, 66 өндірістік кәсіпорындағы 49 781 ер адамды қамти отырып жүргізілді. Аталған профилактикалық бағдарламалар құрамына артериялық гипертензияны емдеу, темекі шегуді тоқтату, тамақтану тәртібін оңтайландыру, диетолог кеңестері, гиперхолестеринемияны бақылау және гиподинамиямен күресу сияқты шаралар енгізілген болатын.

Зерттеу нәтижелері барлық орталықтар бойынша өлім-жітімді сенімді төмендетуге қол жеткізе алмағанын көрсетті. Керісінше, жүректің ишемиялық ауруына байланысты өлім-жітім деңгейі Ұлыбританияда 14%-ға, ал Польшада 22%-ға дейін жоғарылаған. Бұл феноменді кейбір зерттеушілер «өлім құрылымының қайта бөлінуі» деп сипаттайды: бір әлеуметтік-детерминанттың әсерін әлсірету басқа қауіп факторларының әсерін күшейту есебінен өтеледі, нәтижесінде жалпы өлім көрсеткіші айтарлықтай өзгеріске ұшырамайды. Басқаша айтқанда, белгілі бір науқас профилактикалық араласудың арқасында өмірін сақтап қалғанымен, екінші бір адам сол араласудың жеткіліксіз ұйымдастырылуынан көз жұмуы мүмкін.

Батыс Еуропа елдерінде 16 жыл бойы 35–54 жас аралығындағы 5 156 ерлер мен әйелдер арасында жыл сайынғы кеңейтілген профилактикалық тексерулер, ерте диагностикалау және емдік араласулар арқылы онкологиялық аурулардан болатын өлім-жітімді төмендету мақсатында бақылау жүргізілді. Бұл зерттеу нәтижесінде қатерлі ісіктерден болатын өлім-жітім 1,4 есеге дейін азайғаны байқалды. Алайда, параллель түрде зерттелген топтарда суицидтік мінез-құлықтың жиілігі 2,5 есе артқан. Жалпы өлім көрсеткіштерін салыстыру барысында зерттеу және бақылау топтары арасында елеулі айырмашылық тіркелмеген.

Холестерамин препаратының гиперхолестеринемиямен ауыратын тұлғаларға әсерін бағалау мақсатында 1 906 ер адам ұзақмерзімді бақылауға алынған. Зерттеу барысында миокард инфарктісінің жедел түрінен және басқа да патологиялардан қайтыс болған науқастар саны емделген және бақылау топтарында салыстырылды. Бақылау (плацебо қабылдаған) тобында жүрек-қан тамыр жүйесі аурулары мен қатерлі ісіктерден болған өлім оқиғалары, сондай-ақ кездейсоқ себептермен

қайтыс болу жағдайлары емделушілер тобымен салыстырғанда төмен деңгейде тіркелген. Алайда, жалпы өлім-жітім деңгейі екі топ арасында айтарлықтай айырмашылық танытпаған.

Осы нәтижелерге сүйене отырып, бірқатар ғалымдар миокард инфарктісінен болатын өлім-жітімді азайту инсульт немесе онкологиялық патологиялардан туындайтын өлім-жітімнің өсуімен алмасатын болса, мұндай «нозологиялық ауысымның» тиімділігі күмән тудырады деген пікір білдіреді. Яғни, белгілі бір аурудың жиілігі төмендегенімен, оның орнын басқа өлім себептері басатын жағдай орын алуы мүмкін.

Профилактикалық бағдарламаларды жүргізу барысында өлім құрылымындағы «нозологиялық алмастыру» құбылысы тиісті дәрежеде зерттелмей отыр. Денсаулық көрсеткіштерінің әртүрлі ауруларға тән ерекшеліктері мен даму жолдарын ескере отырып, бұл аспекттің маңыздылығы арта түседі. Көптеген эпидемиологиялық зерттеулер нәтижесі көрсеткендей, жүректің ишемиялық ауруынан қайтыс болу қан сарысуындағы холестерин деңгейінің жоғарылауымен оң байланыста, ал қатерлі ісіктерден болатын өлім – холестерин деңгейімен кері корреляцияда болады. Бұл тәуелділік зерттеу кезеңінің барлық уақытында, соның ішінде алғашқы жылдарында да сақталған.

Осыған орай, А. Каган бастаған ресейлік зерттеушілер тобы холестерин деңгейін популяциялық деңгейде бірізді түрде төмендету оның бастапқы деңгейі төмен адамдар арасында жағымсыз салдарларға әкелуі мүмкін екенін алға тартты. Холестериннің төмен деңгейі әрдайым организм үшін пайдалы емес және кей жағдайларда физиологиялық жүйелердің бұзылуына ықпал етуі мүмкін.

Холестеринге қатысты осыған ұқсас нәтижелер дене салмағы индексі мен өлім-жітім арасындағы өзара байланысты зерттеген норвегиялық лонгитудиналдық зерттеулерде де байқалды. Ұзақ мерзімді бақылау барысында дене салмағы индексі мен өлім-жітім арасында U-тәрізді тәуелділік анықталған. Ең төмен өлім көрсеткіші дене салмағы индексі 21–25 кг/м² аралығында болған топтарда тіркелген. Ал дене салмағы индексінің төмен болуы туберкулез, өкпе обыры, созылмалы обструктивті өкпе аурулары және асқазан обыры салдарынан болатын өлім-жітімнің төмендеуімен байланыстырылған. Керісінше, артық дене салмағы (АДС) жүрек-қан тамыр жүйесінің аурулары, қант диабеті және тік ішек обырына байланысты өлім-жітімнің артуына әкелген.

Физикалық даму деңгейінің төмендігі мен аурушандық көрсеткіштерінің артуы арасында айқын себеп-салдарлық байланыс бар екені дәлелденген. Артериялық гипертензияны медикаментозды емдеу кезінде туындайтын жағымсыз әсерлердің бірі ретінде бедеулік тіркелген. Бұл асқынудың шынайылығы бірқатар клиникалық зерттеулермен дәлелденіп отыр. Мәселен, диуретиктер және раувольфия туындылары

қолданылған пациенттер арасында бедеулік 3,2 есе жиі кездескен (яғни 1 000 пациенттің 120-сында). Тек диуретиктермен екі жыл бойы емделген топта бұл көрсеткіш плацебо қабылдағандармен салыстырғанда 2,3 есе жоғары болған.

Гипертонияны анықтау және емдеуді бағалауға бағытталған HDFP (Hypertension Detection and Follow-up Program) атты іргелі клиникалық зерттеу мәліметтері бойынша, зерттеуге қатысушылардың 33%-ы гипотензивті препараттардың жағымсыз әсерінен емдеуді толық тоқтатуға мәжбүр болған. Репродуктивтік функция бұзылыстары әсіресе 30–39 жас аралығындағы ер адамдар арасында жиі кездесіп, бұл жас тобындағы әрбір 15 адамның бірінде анықталған. Жалпы алғанда, барлық жас санаттары бойынша медикаментозды ем қабылдаған әрбір 20 адамның бірінде репродуктивтік дисфункция белгілері тіркелген.

Белгілі бір ауру түрінің дамуына бағытталған алдын алу шараларын іске асыру барысында тек аурушандық көрсеткіштерінің өзгерістері ғана емес, сонымен қатар ағзаның физиологиялық параметрлерінде спецификалық емес ауытқулар да орын алуы мүмкін. Атап айтқанда, артериялық гипертонияны медикаментозды емдеу нәтижесінде қан сарысуындағы липидтік профильдің бұзылуы жүрек-қан тамыр жүйесінің патологияларының, оның ішінде миокард инфарктісінің дамуына ықпал ететіні анықталған. Диуретиктерді ұзақ мерзім қабылдау гипокалиемияға, қарыншалық аритмияларға, тіпті кенеттен жүрек өліміне дейін алып келуі ықтимал. Осыған байланысты артериялық гипертонияның алғашқы және екіншілік профилактикасының қауіпсіз әрі тиімді тәсілдерін іздестіру қажеттілігі өзекті болып отыр.

Көптеген медициналық-әлеуметтік зерттеулер өмір сапасының төмендеуін тұрғындардың түрлі ауруларға шалдығуымен тікелей байланыстырады. Алайда патология дамуы мен өмір сапасының нашарлауы арасындағы байланыс тек кейбір клиникалық жағдайларда ғана тікелей көрініс табады. Артериялық гипертонияны емдеу мақсатында қолданылатын гипотензивті препараттардың әсерінен өмір сапасына келтірілетін жағымсыз өзгерістерді нақты және толық сипаттау мүмкіндігі шектеулі. Жеке тұлғаның өзінің гипертониямен ауыратындығы туралы хабардар болуы психологиялық күйзеліс пен ішкі жайсыздық сезіміне алып келіп, нәтижесінде жалпы өмір сапасының төмендеуіне ықпал етеді.

Бұл құбылыс тек шынайы диагноз қойылған науқастар арасында ғана емес, сонымен қатар артериялық гипертония диагнозы негізсіз қойылған сау адамдар арасында да тіркеліп отыр. Мұндай жағдайларда адамның еңбекке жарамдылық деңгейі төмендеп, аурушандықтың функционалдық шектеулері артады. Сонымен қатар гипертония диагнозы қойылған тұлғалардың психоэмоционалды тұрақтылығының әлсіреуі ерлі-зайыптылық қатынастарға және кәсіби белсенділікке теріс әсер етеді.

Гиперхолестеринемияны емдеуге бағытталған бір жылдық бақылау нәтижесінде холестирамин қабылдаған пациенттер арасында өмір сапасының бірқатар аспектілерінің нашарлағаны байқалған. Атап айтқанда, іш қату – 3,9 есе, эпигастральды аймақтағы ауырсыну мен қыжыл – 2,7 есе, жүрек айну – 2 есе жиілегені тіркелген.

Алдын алу бағдарламаларының шынайы тиімділігінің шектеулігін көрсететін мысал ретінде Финляндияның Солтүстік Карелия аймағында жүректің ишемиялық ауруының популяциялық алдын алуына арналған бағдарламаны келтіруге болады. Бұл бағдарлама негізгі жүрек-қан тамыр тәуекел факторлары: темекі шегу, артериялық гипертензия, дұрыс емес тамақтану және физикалық белсенділіктің төмендігін азайтуға бағытталған.

Бағдарлама белсенді енгізілген кезеңде (1971–1978 жж.) Солтүстік Карелияда ер адамдар арасындағы жүрек-қан тамыр жүйесі ауруларынан болған өлім көрсеткіші 1 000 тұрғынға шаққанда 105 жағдайға дейін азайған. Алайда, осы уақыт аралығында бағдарлама жүргізілмеген бақылау аумағында бұл көрсеткіш 229 жағдайға төмендеген, яғни төмендеу көрсеткіші Солтүстік Карелиямен салыстырғанда 2,2 есе жоғары болған. Бұған қоса, Солтүстік Карелияда өлім-жітім деңгейінің төмендеу қарқыны 1981 жылға дейінгі кезеңде де баяу сипатта сақталған.

Қауіп-қатер деңгейі төмен тұлғаларды алдын алу шаралары аясында мақсатты топтарға қате енгізу жағдайлары, көбінесе, болжамдық модельдер мен емдік-профилактикалық стратегиялардың жеткіліксіз дәлдігіне байланысты туындайды. Мысалы, халық саны 1 миллион адамды құрайтын ірі қалада артериялық гипертензиясы (АГ) бар тұрғындардың саны 200 000 шамасында деп болжануы мүмкін. Қолданыстағы профилактикалық бағдарламаларға сәйкес, АГ диагнозы бар барлық тұлғалар скринингке және алдын алу шараларына тартылуы тиіс.

Профилактикалық араласулардың тиімділігін бағалауда ми қан айналымы бұзылыстары, атап айтқанда, инсульттің жаңа жағдайларының жиілігі негізгі индикатор ретінде қарастырылады, себебі жүректің ишемиялық ауруларынан (ЖИА) болатын өлім-жітім көрсеткіштері көбіне нақты себеп-салдар байланысын дәл айқындауға мүмкіндік бермейді. Қала жағдайында жыл сайынғы инсультпен сырқаттану жиілігі шамамен 2‰ немесе 2 000 жағдайды құрайды, оның ішінде АГ диагнозы бар тұлғалар – 1 000 адам.

Бес жыл ішінде аталған топта 5 000 инсульт жағдайы тіркелуі мүмкін. Ал екіншілік профилактиканың тиімділігі орта есеппен 50% деп есептелетін болса, бұл мерзім ішінде болжамды түрде 2 500 инсульт оқиғасының алдын алуға болады. Демек, жалпы саны 200 000 АГ бар тұрғын арасында профилактикалық шаралар тек 1,25%-ына (2 500 адам) ғана тиімді нәтиже берген, ал қалған 98,75%-ында (197 500 адам) бұл

шаралар ешқандай клиникалық пайда әкелмеген. Абсолютті көрсеткіштермен бұл әр 1 000 АГ науқасқа шаққанда 987 адам профилактиканың ықпалынан тыс қалғанын көрсетеді.

Бұл жағдай профилактикалық бағдарламаларды ұйымдастыру барысында ресурстарды тиімсіз пайдалану проблемасын көрсетеді. Профилактикалық кардиология саласындағы жетекші мамандардың есебі бойынша, бір АГ бар науқасты жыл бойы гипотензивті препараттармен емдеу үшін орташа 200 000–250 000 теңге қаржы талап етіледі. Егер 200 000 гипертониямен ауыратын тұрғындардың 50%-ы үздіксіз ем қабылдайтын болса, онда жыл сайын 1 млн халқы бар қалада 3,9–4,4 миллиард теңге аралығында шығын жұмсалады. Бұл мәліметтер жеке бірліктегі салыстырмалы түрде аз шығындардың халықтық ауқымда жинақтала келе елеулі қаржылық салмақ тудыратынын көрсетеді.

Сонымен қатар, бұл араласулар денсаулықтың өзге салаларына жанама түрде зиян тигізуі мүмкін. Мысалы, 1 000 ер адам ем қабылдаған жағдайда, бедеулік 120 адамда кездесуі мүмкін, ал егер 50 000 ер адамның ем қабылдап жатқаны есепке алынса, бұл 6 000 ер адамның репродуктивтік функциясының бұзылуына және ауыр психоэмоционалдық зардаптарға ұшырауына әкелуі ықтимал.

Қоғам ауқымында белгілі бір профилактикалық бағдарлама тиімділік көрсетсе де, бұл тиімділік әрбір жеке адам үшін айтарлықтай болмауы мүмкін. Керісінше, шағын деңгейдегі жағымсыз әсерлердің жиналуы қоғам үшін күрделі мәселелер мен қосымша шығындарға жол ашуы ықтимал. Сонымен қатар, қауіпсіз немесе мардымсыз қауіп тудыратын факторлардың орнына аса қауіпті детерминанттармен алмасуы профилактикалық араласулар нәтижесінде туындайтын "нозологиялық орынбасарлық" феноменінің көрінісі болуы мүмкін.

Профилактикалық медицинаның кең таралған кемшіліктерінің бірі – тәуекел факторларын жою барысында олардың орнына одан да қауіпті себептердің пайда болу мүмкіндігін ескермеу. Бұл құбылыс «қауіптің орын ауыстыруы» ретінде сипатталады. Мәселен, алкогольді сусындардың саудасын шектеуге бағытталған шаралар формальды түрде сәтті көрінуі мүмкін, алайда бұл әрекет нәтижесінде тұрғындар арасында қолдан жасалған, сапасыз алкоголь өнімдерін тұтыну кеңінен таралады, бұл денсаулыққа әлдеқайда үлкен қауіп төндіреді.

Профилактикалық бағдарламалардың тиімділігін арттыру балама жолдарды іздестірумен және жаңа көзқарастарды әзірлеумен тығыз байланысты. Бұл үдеріс ғылыми, ұйымдастырушылық және қаржылық ресурстарды үйлестіретін кешенді құрылымды қажет етеді. Бағдарламаларды жүзеге асыру барысында ортақ идеологиялық тұғырнамасы мен басқару құрылымы бар интеллектуалды қоғамдастық қалыптасады. Мұндай жүйе ғылыми немесе саяси салаларда басымдыққа

ие бола отырып, балама нұсқалар мен сындарлы ұсыныстардың дамуына тосқауыл болады. Басым болып танылған профилактикалық стратегиялардың бір түрі басқа бағыттардың әлеуетін әлсіретіп, ғылыми ізденістердің диапозонын шектейді.

АҚШ-та 1970-жылдары ми қан айналымы бұзылыстарынан болатын өлім-жітімнің азаюы көбінесе артериялық гипертонияны медикаментозды бақылау табыстарымен түсіндірілді. Осыған сәйкес, инсульттің алдын алуда артериялық гипертонияның екіншілік профилактикасы негізгі бағыт ретінде қарастырылды. Алайда бұл тұжырым ғылыми тұрғыда жеткілікті негізделмеген. Егер артериялық гипертонияны бақылау тиімділігі деп тек артериялық қысымды төмендетуді түсінсек, онда АҚШ Ұлттық денсаулық сақтау статистикасы орталығының деректері соңғы екі онжылдықта мұндай тиімділіктің шынайы дәлелдері жоқ екенін көрсетеді.

1960–1980 жылдар аралығында жүргізілген ұлттық репрезентативтік зерттеулер нәтижесінде, 160/95 мм сынап бағанасынан жоғары артериялық қысымның таралуы ерлер арасында тиісінше 20,7%, 22,9% және 23,0% деңгейінде тұрақты болып қалған. Жалпы популяцияда бұл көрсеткіш – 20,9–21,7–20,1% аралығында болған.

Жүргізілген профилактикалық бағдарламаларды талдау көрсеткендей, олар да адамның басқа қызмет түрлері сияқты, бағытынан ауытқып, қателіктер мен жағымсыз салдарларға әкелуі мүмкін. Сондықтан кез келген ауқымды бағдарламада оның орындалуының салдарын бақылайтын механизмдер қарастырылуы тиіс. Бұл бақылау жүйесі интегралды индикаторларға – халықтың жалпы өлім-жітім динамикасына, өмір сапасы көрсеткіштеріне, сонымен қатар жеке себептерден болған өлім-жітімді және нақты нозологиялар бойынша сырқаттанушылықты қамтуы қажет.

Профилактикалық бағдарламалардың тиімділігіне тек популяциялық деңгейде ғана емес, әрбір жеке тұлға үшін де бағалау жүргізілуі тиіс және бұл мәліметтер тұрғындар үшін ашық әрі қолжетімді болуы қажет. Бағдарламаның ықтимал тиімсіздігі мен жағымсыз салдарын бағалау оны іске асыруға тікелей қатысы жоқ тәуелсіз құрылымдардың көмегімен жүзеге асырылуы тиіс.

Егер теріс әсерлердің жиілігі мен салдары маңызды деңгейге жетсе, онда профилактикалық араласуды тоқтату немесе қайта қарау қажеттілігі туындайды. Соңғы бағалау кезінде оң және теріс әсерлердің арақатынасын ескере отырып, балансты талдау жүргізілуі тиіс. Сонымен қатар, әрбір азаматтың балама көзқарастарды таңдау еркіндігін және түрлі профилактикалық әдістерге тең қолжетімділік құқығын қамтамасыз ететін жүйелік тетіктер енгізілуі қажет.

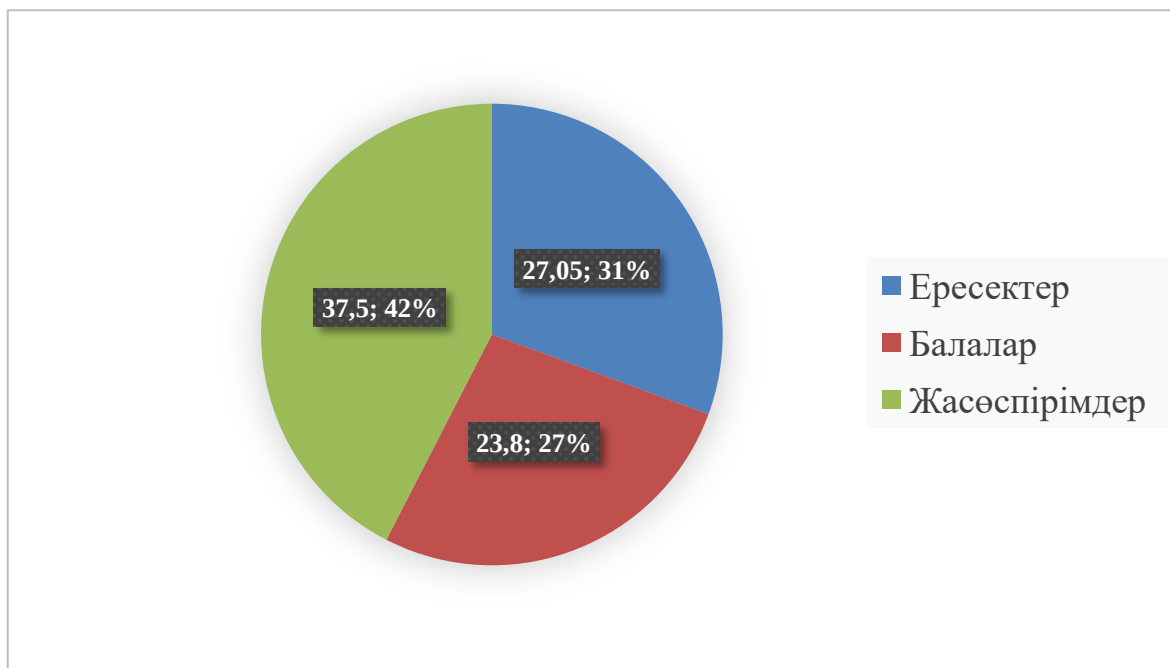
2 ТАҚЫРЫПТЫҢ ЗЕРТТЕЛУ ӘДІСТЕРІМЕН НЫСАНДАРЫ

Ғылыми-зерттеу жұмысы Оңтүстік Қазақстан облысының әкімшілік аумақтарына қарасты аудандар мен қала деңгейіндегі амбулаторлық-емханалық ұйымдар базасында жүргізілді. Зерттеу объектісі ретінде аудандық және қалалық орталық емханалар таңдалып, зерттеу шаралары солардың құрылымында жүзеге асырылды.

Орта есеппен алғанда, әкімшілік аудан аумағындағы емханалар 53 522 тұрғынға бастапқы медициналық-санитарлық, бейінді және білікті мамандандырылған көмек көрсетеді. Осыған байланысты, ауылдық жерлерде амбулаторлық-емханалық мекемелер емдеу-профилактикалық көмектің негізгі құрылымдық буыны ретінде қарастырылады.

Оңтүстік Қазақстан облысы шеңберінде орналасқан амбулаторлық-емханалық ұйымдардың жүктемелік көрсеткіштері ересектер мен балалар контингентін ескере отырып сарапталды: орташа есеппен бір емхана 28 217 ересек тұрғынға және 25 305 бала мен жасөспірімге амбулаторлық-диагностикалық және профилактикалық қызметтер көрсетеді (сурет 1).

Сонымен қатар, 15 – 49 жас аралығындағы репродуктивтік жастағы әйелдерге акушерлік-гинекологиялық бейінді көмек көрсету ұйымдастырылып, білікті медициналық қызметпен қамту жүйелі түрде жолға қойылған.



Сурет 1 – Емханалық-амбулаторлық ұйымдарға қаралатын тұрғындардың жастары бойынша таралу ерекшеліктері (% есептегенде)

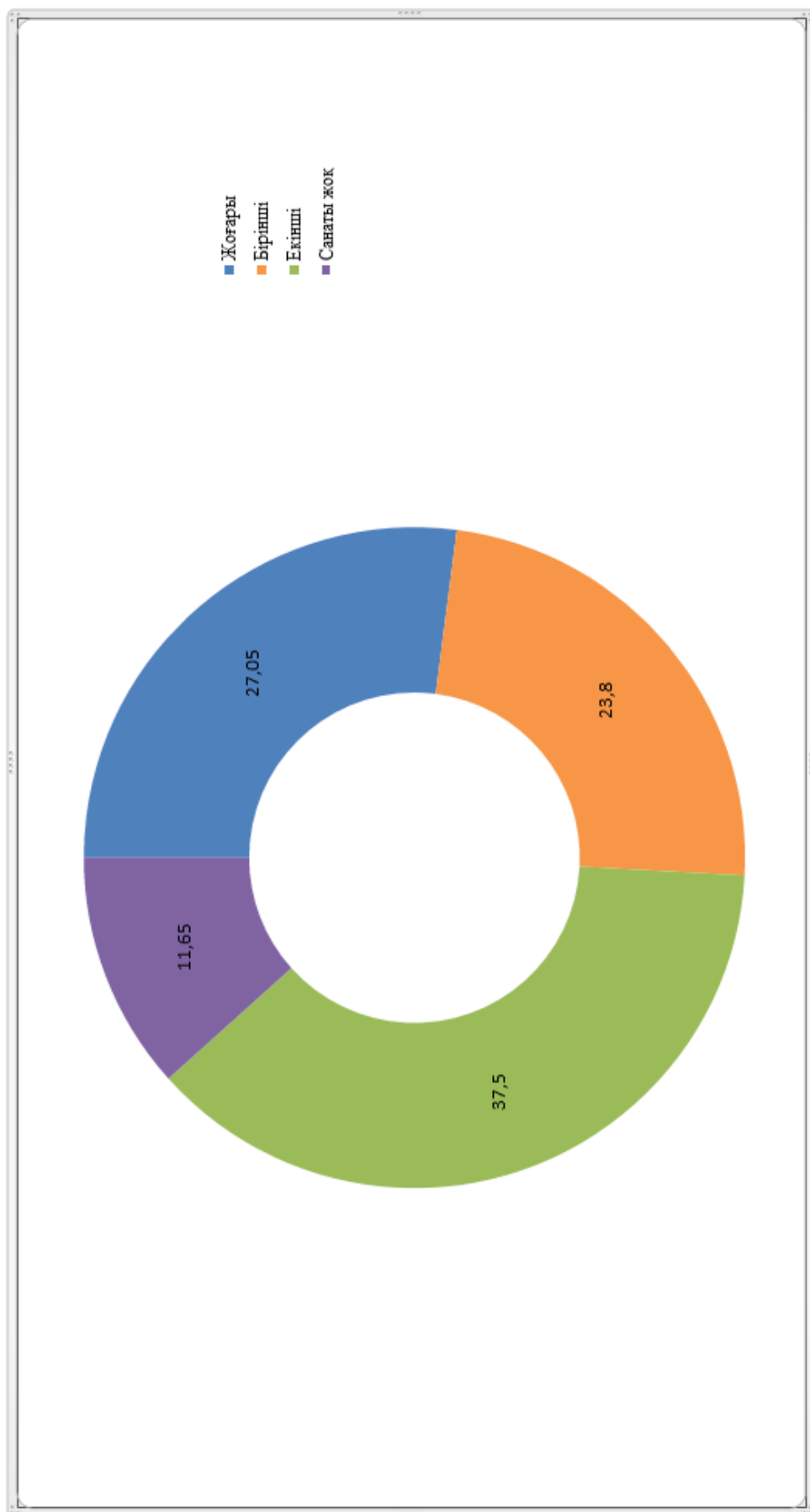
Орталық аудандық емханаларда орта есеппен 32 дәрігер еңбек етеді. Медицина қызметкерлерінің біліктілік құрылымын саралау нәтижесінде, олардың 27,05%-ын (8 дәрігер) жоғары санатты, 23,8%-ын (7 дәрігер) бірінші санатты, ал 37,5%-ын (12 дәрігер) екінші санатты мамандар құрайтыны анықталды (Сурет 2). Сонымен қатар, бұл ұйымдарда орта есеппен 34 орта медицина қызметкері (медбике) қызмет атқарады.

Медбикелер құрамының кәсіби деңгейін талдау нәтижесі олардың 50%-ы (17 медбике) жоғары санатты, 17,6%-ы (6 медбике) бірінші санатты, ал 20,5%-ы (7 медбике) екінші санатты екендігін көрсетті (сурет 3).

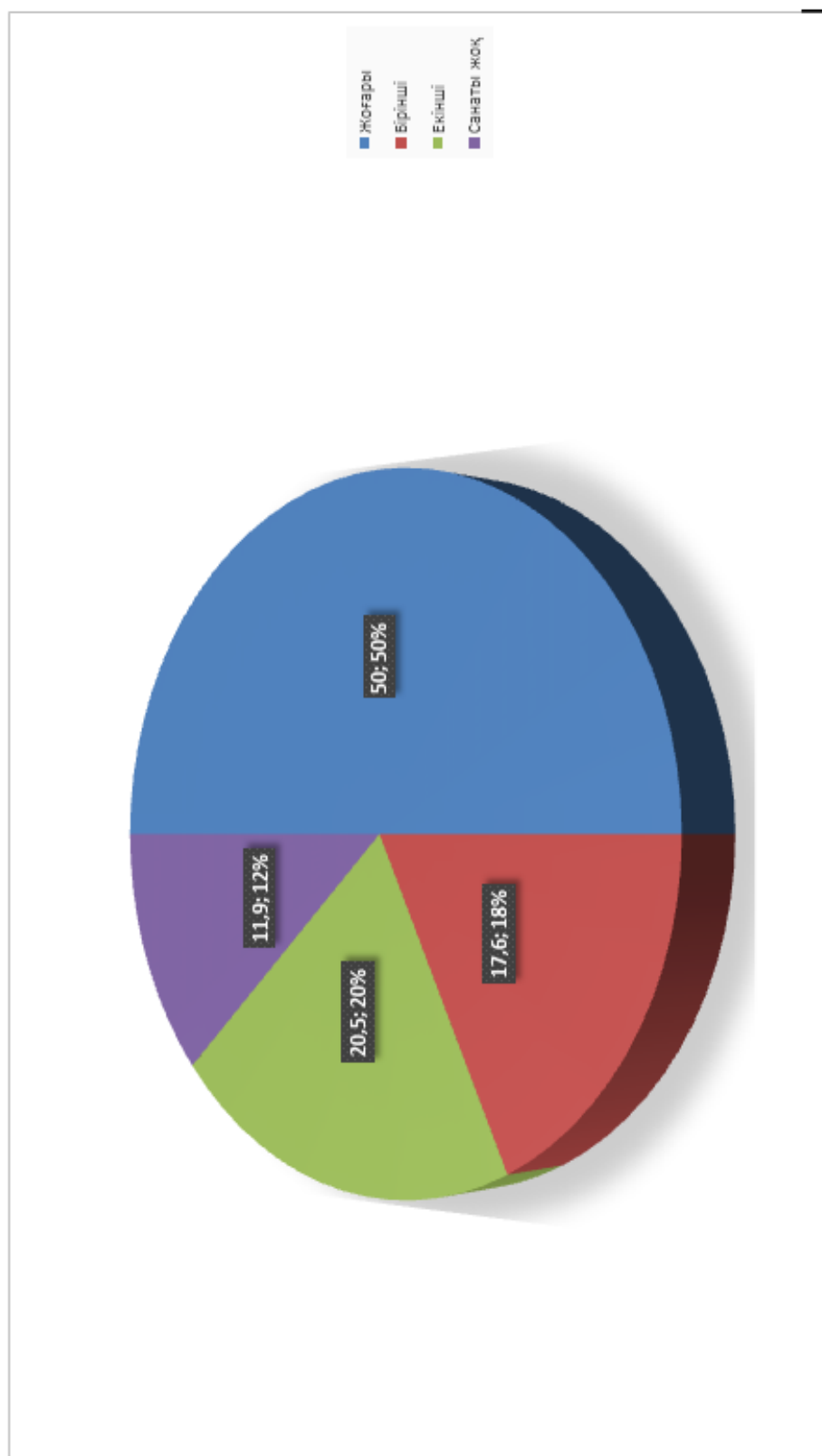
Барлық медицина қызметкерлері – жоғары, орта және кіші буын – соңғы бес жыл ішінде кәсіби біліктілігін арттыру курстарынан өткен. Емханалар қажетті медициналық құрал-жабдықтармен қамтамасыз етілген.

2009 жылдан бастап жергілікті әкімшілік аудандардың емханалық-амбулаторлық құрылымдарында әлеуметтік маңызы бар аурулары бар тұрғындарға арналған емдік-оңалту орталықтары жұмыс істей бастады. Бұл бөлімшелерде әлеуметтік мәні жоғары патологиясы асқынған науқастарға кешенді оңалту шаралары жүргізіледі. Атап айтқанда, стационар деңгейіндегі ем-шараларды алмастыратын амбулаторлық реабилитациялық қызметтер кеңінен енгізілген.

Күндізгі стационар құрылымдары негізінде орта есеппен 12 төсек-орын ұйымдастырылып, амбулаторлық деңгейде емдеуді қажет ететін науқастарға емдік-профилактикалық көмек көрсетіледі.



Сурет 2 – Емханалық-амбулаторлық ұйым дәрігерлерінің санаттары бойынша жіктелу ерекшеліктері (% есептегенде)



Сурет 3 – Емханалық-амбулаторлық ұйымның медицина бикелерінің санаты бойынша таралуы (% есептегенде)

Амбулаторлық-емханалық ұйымдардың медициналық қызметкерлері санитариялық-ағарту бағыты бойынша ақпараттық-білім беру материалдарын жергілікті бұқаралық ақпарат құралдарында тұрақты жариялап отырады, сондай-ақ ғылыми-практикалық конференцияларда баяндамалар жасайды.

Орталық аудандық амбулаторлық-емханалық құрылымдарда жалпы практика дәрігерлері мен педиатр қызметін жетілдіруге айрықша назар аударылуда. Мысалы, осы ұйымдарда жұмыс істейтін дәрігерлердің шамамен 80%-ы жалпы дәрігерлік тәжірибе немесе отбасылық медицина мамандығы бойынша қызмет атқарады. Әкімшілік аумақтардағы дәрігерлік көмектің сапасын арттыру мақсатында оларды заманауи медициналық құрал-жабдықтармен қамтамасыз етуге басымдық беріледі.

Зерттеу жұмысының нысаны ретінде әлеуметтік маңызы жоғары бейэпидемиялық патологиялармен ауыратын әкімшілік аудан тұрғындары мен оларға қызмет көрсететін амбулаторлық-емханалық ұйымдардың диспансерлік құрылымдары алынды. Зерттеу бірліктері ретінде есепке алынған әрбір әлеуметтік маңызы бар аурумен сырқаттанған науқас пен диспансерлік бақылау фактісі қарастырылды.

Ғылыми зерттеу бес кезең бойынша жүргізілді:

Бірінші кезеңде облыс тұрғындарының денсаулық жағдайын сипаттау мақсатында әлеуметтік маңызы бар бейэпидемиялық аурулар бойынша жалпы және бастапқы сырқаттанушылық, мүгедектік пен өлім-жітім көрсеткіштері құрылымдық және деңгейлік тұрғыда бағаланды.

Екінші кезеңде бейэпидемиялық аурулармен байланысты денсаулық көрсеткіштерінің даму динамикасы зерттелді. Бұл үшін Қазақстан Республикасының медициналық-статистикалық ақпараттық жүйесіне кіретін аумақтық бөлімшелерден және емханалардан алынған есептік материалдар негізінде профилактикалық шаралардың орындалу деңгейі мен тиімділігі сарапталды.

Үшінші кезеңде диспансерлік қызметтің ұйымдастырылу тиімділігі бағаланды. Атап айтқанда, медициналық кадрлармен қамтамасыз етілу, мамандардың кәсіби біліктілігін арттыру деңгейі, диспансерлеу сапасы сияқты факторлар егжей-тегжейлі талданды.

Төртінші кезеңде тұрғындар тарапынан диспансерлік қызметке деген көзқарас пен қанағаттану деңгейін анықтау мақсатында әлеуметтік зерттеу (сауалнама әдісімен) жүргізілді.

Бесінші кезеңде алынған мәліметтер негізінде диспансерлеудің медициналық тиімділігіне жан-жақты бағалау жасалды және ауылдық өңірлерде диспансерлік қызметті жетілдіруге бағытталған нақты практикалық ұсыныстар әзірленді (Қараңыз: Кесте 1).

Зерттеу барысында қолданылған таңдамалы жиынтықтың репрезентативтілігін қамтамасыз ету үшін келесі статистикалық формула қолданылды:

$$(p = 50.0\%; m \pm 5\%); n = \frac{t^2 pq}{\Delta^2} (1)$$

бұл жерде n – зерттеуге тиесілі бақылау саны;

t – сенімділік коэффициенті;

Δ – бақылау санындағы жіберілетін қателіктің шегі;

p – көрсеткіштің деңгейі (50%-ға тең);

Зерттеу мақсаты

Оңтүстік өңірдегі әкімшілік аудан тұрғындары арасында әлеуметтік маңызы жоғары бейэпидемиялық аурулардың таралу заңдылықтарын бағалай отырып, амбулаторлық-емханалық деңгейде диспансерлік бақылау жүргізетін білікті және бейінді мамандардың қызметін жетілдіру жолдарын айқындау.

Зерттеу әдістері

Зерттеуде келесі әдістер қолданылды:

- **Сараптамалық талдау** – басқару, ұйымдастыру шешімдерінің тиімділігін бағалау үшін;

- **Медициналық-статистикалық әдіс** – аурушаңдық, өлім-жітім, мүгедектік көрсеткіштерін сандық бағалау үшін;

- **Әлеуметтік зерттеу әдістері** – сауалнама жүргізу арқылы тұрғындардың диспансерлік қызметке қанағаттануын анықтау үшін;

- **Әлеуметтік-гигиеналық әдістер** – медициналық көмекке қолжетімділік пен өмір сүру жағдайларының әсерін бағалау үшін.

Зерттеу материалдары

- 2014 – 2024 жылдар аралығындағы ресми статистикалық есептер (аурушаңдық, өлім-жітім, мүгедектік);

- Диспансерлеу жөніндегі есеп-құжаттамалар;

- Сауалнама нәтижелері мен медициналық ұйымдардан алынған есептік формалар.

Зерттеу объектілері

- Әлеуметтік маңызы бар бейэпидемиялық патологияларға шалдыққан Оңтүстік Қазақстан облысы әкімшілік аудандарының тұрғындары;

- Емханалық-амбулаторлық ұйымдардағы диспансерлік бақылау қызметі.

Зерттеу пәні (заттары)

- Облыс тұрғындарының денсаулық жағдайы;

- Диспансерлеу шараларының нәтижелілігі.

Бақылау бірліктері

- Бейэпидемиялық аурулардың жеке нозологиялық түрлері;
- Диспансерлік есепке алынған патологиялар.

Зерттеу кезеңдері

1-кезең.

Әкімшілік аудан тұрғындарының денсаулық жағдайын бағалау: бейэпидемиялық аурулар бойынша бастапқы және жалпы сырқаттанушылық, мүгедектік, өлім-жітім көрсеткіштерінің динамикасы мен құрылымын талдау.

2-кезең.

Аурушандық көрсеткіштерінің даму үрдістерін талдау және денсаулықтың негізгі детерминанттарына әсерін бағалау.

3-кезең.

Емханалық ұйымдардың диспансерлік қызметін ұйымдастыру деңгейін бағалау. Дәрігерлік кадрлармен қамтылу, мамандардың біліктілігі және олардың диспансерлеу сапасына ықпалы.

4-кезең.

Диспансерлеу қызметінің сапасын тұрғындардың бағалауына сүйене отырып, социологиялық әдістермен (сауалнама) анықтау.

5-кезең.

Медициналық тиімділікке баға беру: физикалық даму ауытқулары мен әлеуметтік маңызы бар аурулар арасындағы байланыс тығыздығын талдау.

6-кезең.

Алынған нәтижелер негізінде ауылдық және аудандық деңгейде диспансерлеуді жетілдіруге арналған тәжірибелік ұсыныстар жүйесін әзірлеу.

$$q = p - 100$$

Ұсынылған формулаға барлық сандық мағыналарын қою арқылы қаншама сауалнама жинау керектігін анықтаймыз. Бұл жерде;

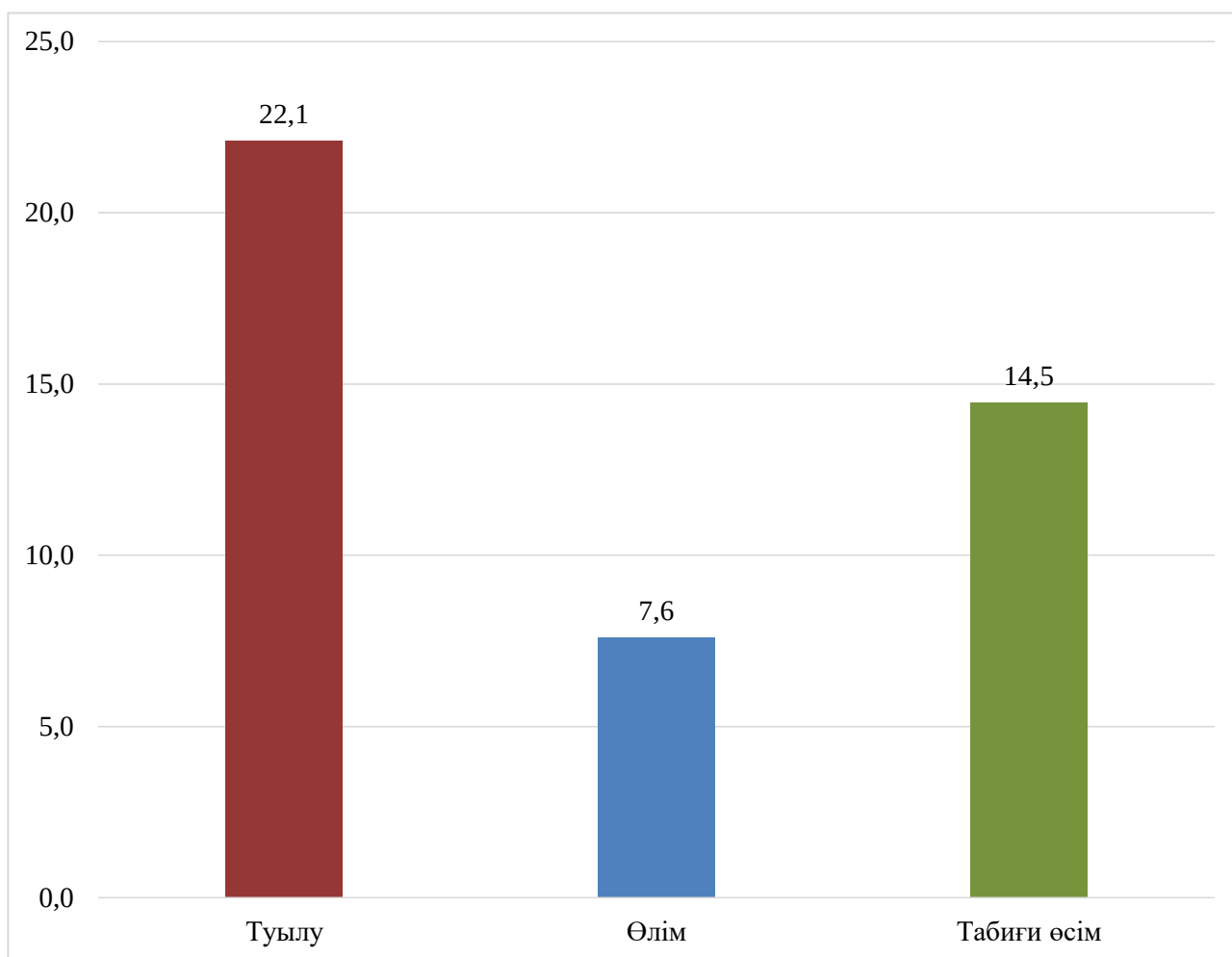
$$n = \frac{2^2 \times 50 \times (100 - 50)}{(5 - 2)^2} = 100 \quad (2)$$

Социологиялық зерттеу барысында 515 жалпы тәжірибелік дәрігер, 60 өзге дәрігерлік мамандықтағы тұлғалар және 400 емханалық ұйымға қаралған аурулар сауалнамаға тартылды.

3. ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫНЫҢ ХАЛҚЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘНЕ ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК СИПАТТАМАСЫ

Зерттеу шеңберінде әрбір амбулаторлық-емханалық ұйымның қызмет көрсету аймағындағы медициналық-демографиялық жағдайға кешенді талдау жүргізілді. Жалпы демографиялық көрсеткіштер облыс халқының әлеуметтік-экономикалық және тұрмыстық жағдайының жанама индикаторы болып табылады.

2014 – 2024 жылдар аралығындағы мәліметтерге сәйкес, жалпы практика дәрігерлерінің (отбасылық дәрігерлердің) қызмет көрсету аумақтарында тіркелген нәрестелердің туу коэффициенті орта есеппен 22,1 ‰ деңгейінде болды. Сол кезеңдегі өлім-жітім көрсеткіші 7,6‰-ді құрады. Осылайша, өңір тұрғындарының табиғи өсімі жыл сайын шамамен 14,5 ‰ құрап отыр (сурет 4, кесте 1).



Сурет 4 – Емхананың қызмет көрсету аумағындағы
демографиялық ахуал (‰ есептегенде)

Кесте 2 – Емхананың қызмет көрсету аумағындағы демографиялық ахуал (%о есептегенде)

	Өлім	Туылу	Табиғи өсім
2013	7,98	22,73	14,75
2014	7,63	23,14	15,51
2015	7,47	22,69	15,22
2016	7,37	22,52	15,15
2017	7,15	21,64	14,49
2018	7,14	21,77	14,63
2019	7,19	21,73	14,54
2020	8,6	22,76	14,16
2021	9,61	23,5	13,89
2022	6,77	20,57	13,8
2023	6,57	19,52	12,95

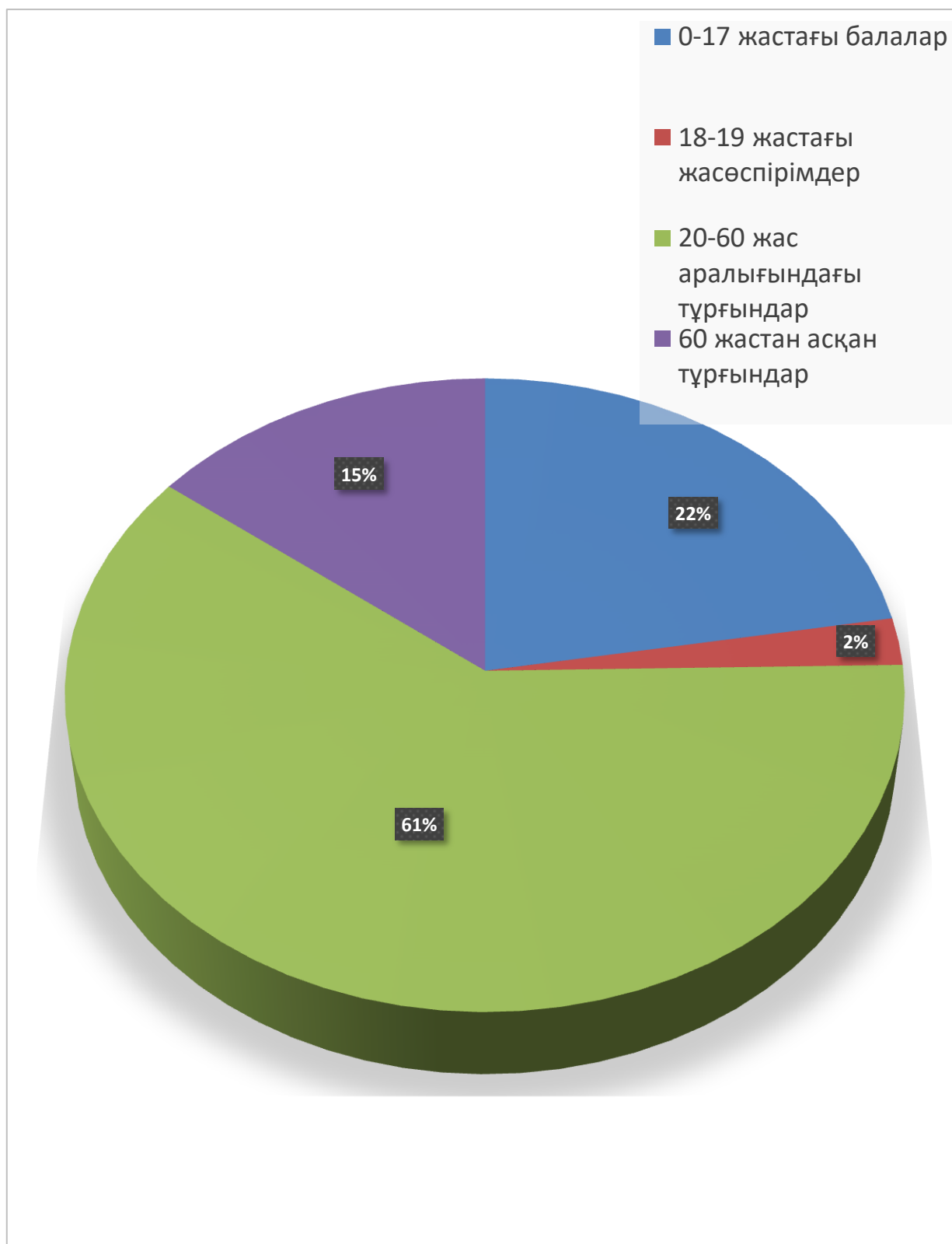
Аталған аймақтағы тұрғындардың табиғи өсім деңгейін шартты түрде жоғары деп бағалауға толық негіз бар. Зерттеу барысында демографиялық ахуал кешенді түрде талданып, негізгі жас топтарының үлестік құрылымы анықталды. Жалпы халық санының 24%-ын балалар мен жасөспірімдер, 61%-ын жастар мен еңбекке қабілетті жастағы азаматтар құраса, зейнеткерлік жастағы тұлғалардың үлесі 15% деңгейінде тіркелді (сурет 5).

Ауылдық аймақтарда халық құрылымының басым бөлігін еңбек ету жасындағы азаматтар құрайтыны айқындалды. Сонымен қатар, бала жастағы тұрғындардың үлесінің салыстырмалы түрде жоғары болуы аймақтың демографиялық өсуінің прогрессивті сипатын көрсетеді.

Тәуелсіздік алған жылдары ішінде Түркістан облысының әкімшілік аудандарында ауыл халқы арасында кең ауқымды көші-қон үдерісі орын алды. Бастапқы кезеңде миграциялық қозғалыс шет елдерге бағытталса, 2005 жылдан бастап ішкі миграцияның бағыты Шымкент қаласы мен басқа да урбанизацияланған аймақтарға ауысқан. Көші-қон ағынының жас-жыныстық құрылымына жасалған талдау нәтижесі, мигранттардың басым бөлігін еңбекке қабілетті жастағы және бала жастағы тұлғалар құрайтынын көрсетті.

Атап айтқанда, шетелден қоныс аударған этникалық мигранттар арасында еңбекке қабілетті жастағылардың үлесі 59,9%-ды құраса, облыс ішіндегі көші-қонға тартылған тұрғындар арасында бұл көрсеткіш 68,7%-ға жеткен.

Керісінше, ауылдық аймақта тұрақтап қалған ересек контингенттің ішінде денсаулық жағдайы нашар тұлғалардың үлесі едәуір жоғары. Осыған байланысты әлеуметтік маңызы бар созылмалы бейэпидемиялық патологиялармен сырқаттанатын тұлғаларға сапалы диспансерлік қызмет көрсетуді ұйымдастыру – аймақ үшін маңызды әлеуметтік-гигиеналық мәселе болып табылады.



Сурет 5 – Тұрғындардың жастық ерекшеліктері бойынша таралу заңдылығы (% есептегенде)

3.1 Ауыл тұрғындарының демографиялық ахуалын бағалау нәтижелері

Түркістан облысының әкімшілік аудандарында ауыл халқының демографиялық үрдістерін зерттеу нәтижелері 2013-2023 жылдар аралығында айтарлықтай құрылымдық және сандық өзгерістердің орын алғанын көрсетті. 2013 жылы ауылдық аумақтағы халық саны 7 672,4 мың адамды құраса, бұл көрсеткіш 2023 жылы 7 569,8 мың адамды құраған. Алайда бұл тек демографиялық өсімнің статистикалық көрінісі ғана.

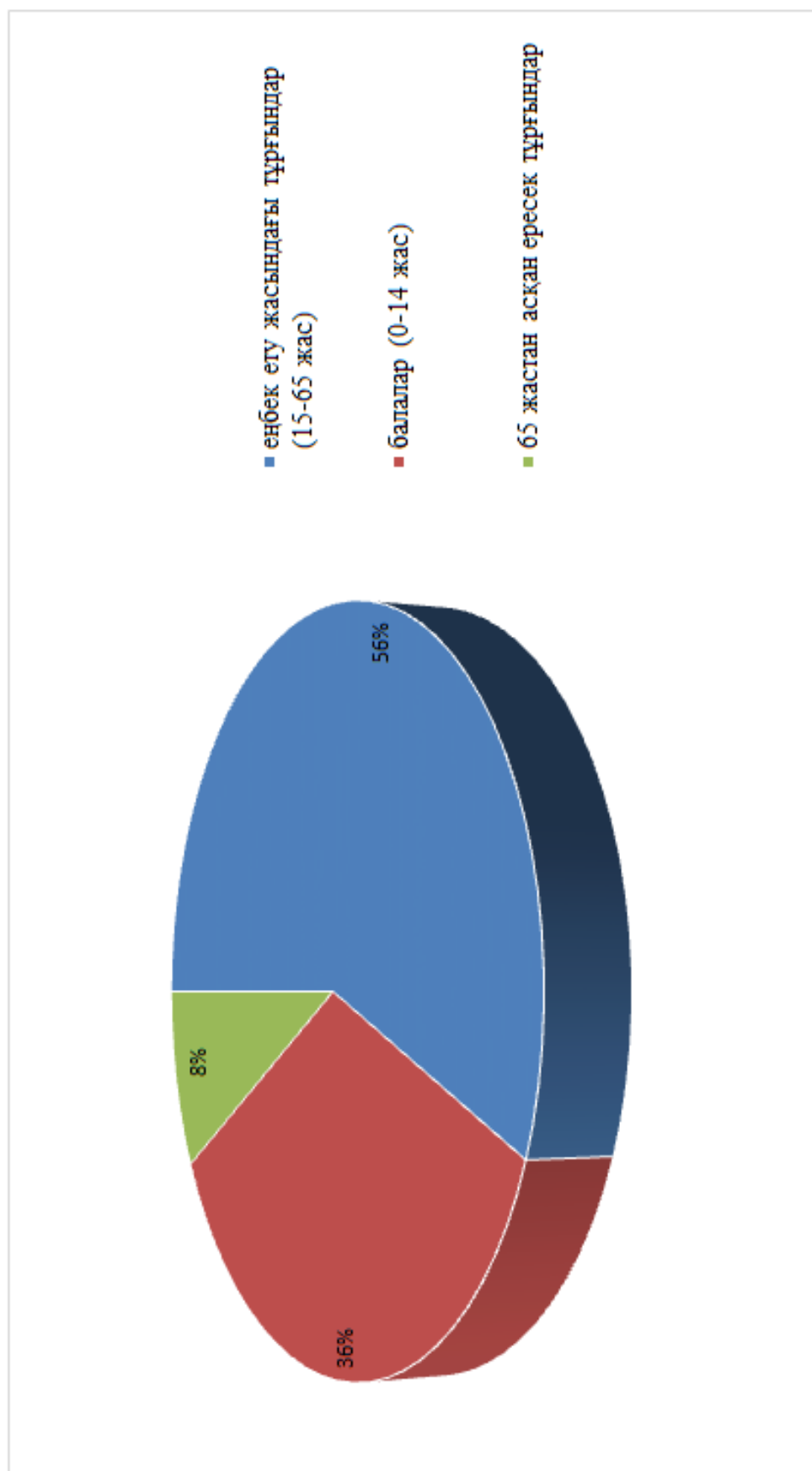
2013 жылы 15-63 жас санатындағы ауыл тұрғындарының саны 5 492,5 мың адамды құраса, 2023 жылы бұл көрсеткіш 5 226,4 мың адамға дейін қысқарды. Яғни, он жыл ішінде еңбекке қабілетті ауыл халқының саны 266,1 мың адамға азайды. Бұл үдерістің негізгі себептері ретінде ауылдық аумақтардағы экономикалық тұрақсыздық, жұмыссыздық деңгейінің жоғары болуы және тұрмыстық жағдайдың қолайсыздығы атап өтіледі. Нәтижесінде еңбек нарығында өзін-өзі іске асыру мүмкіндігін іздеген тұрғындар қалалық жерлерге көшуге мәжбүр болды.

Керісінше, ауылдық елді мекендерде зейнет жасындағы тұрғындардың үлесі артуда, бұл табиғи демографиялық заңдылық ретінде бағаланады (кесте 3).

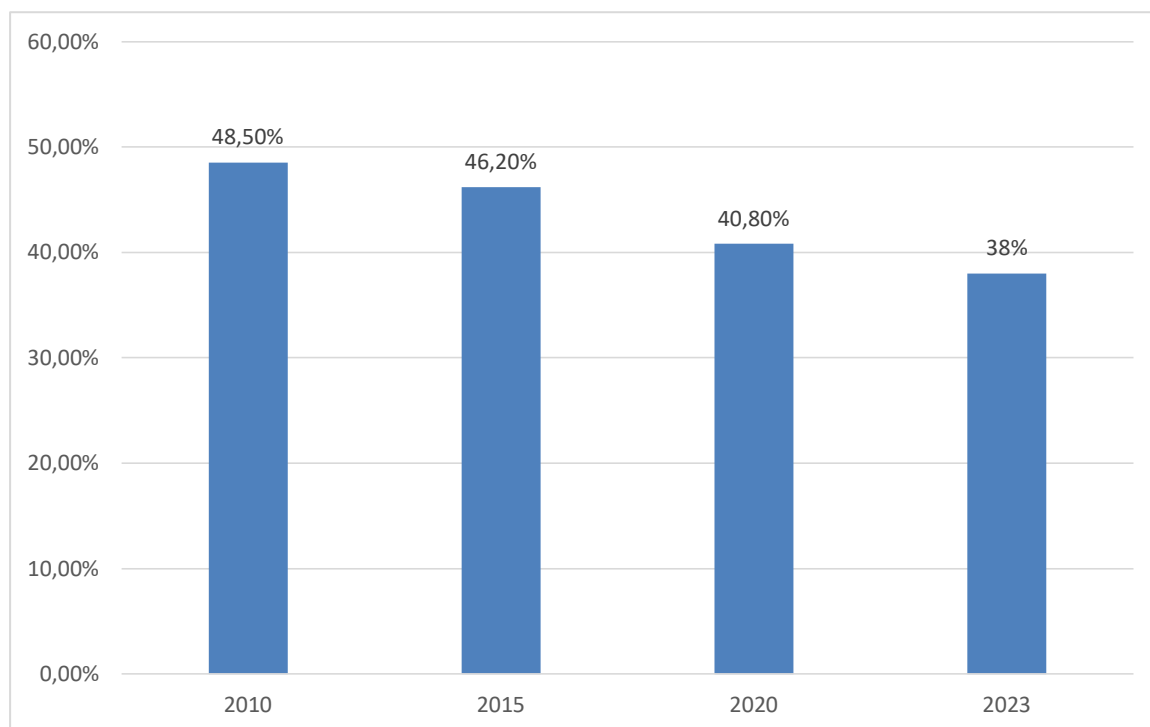
Шымкент қаласындағы тұрғылықты және еңбекке қабілетті халық саны (6 сурет).

Зейнет жасындағы халықтың абсолюттік саны айтарлықтай өзгеріске ұшырамаса да, олардың жалпы халық құрылымындағы үлестік салмағы 8-9 %-ға дейін артқан. Бұл – ауыл халқының жас құрылымының қартаю бағытын көрсететін маңызды демографиялық трендтердің бірі.

Сонымен қатар, зерттеу барысында ауыл халқының облыс тұрғындарының жалпы құрамындағы үлесіне назар аударылды. 2010 жылы 48,5%-ға, ал 2015 жылы 46,2%-ға, 2020 жылы 40,8%-ға, ал 2023 жылы 38% дейін азайған (7 сурет).



Сурет 6 – Қаладағы тұрғындардың жас ерекшеліктеріне байланысты талдануы, %-бен есептегенде



Сурет 7 – Обылыс тұрғындарының жалпы құрамындағы ауыл халқының үлесі

2023 жылғы мәліметтерге сәйкес, ауыл тұрғындарының жалпы облыс халқы арасындағы үлесі 38%-ды ғана құрады. Егер 2 000 жылға дейінгі өзгерістер негізінен сыртқы миграциялық процестердің салдарын көрсетсе, 2005 жылдан бастап байқалған өзгерістер ішкі көші-қонның – яғни ауылдан қалаға бағытталған миграциялық ағынның – нәтижесі екенін дәлелдейді.

Миграция демографиялық құрылымға ғана емес, сонымен қатар табиғи өсім көрсеткіштеріне де тікелей әсер етті. Мәселен, 2010 жылы ауылдық аумақтарда тіркелген жалпы туу деңгейі 30,9‰ болса, 2015 жылы 28,7‰-ге дейін, ал 2023 жылы бұл көрсеткіш 20,8% төмендеген. Мұндай төмендеу, ең алдымен, репродуктивтік жастағы тұрғындардың ауылдан кетуіне байланысты. Өлім көрсеткіштері керісінше, 7,8‰-ге дейін жоғарылаған, бұл тұрғындар құрамындағы 60 жастан асқан тұлғалар үлесінің артуымен тікелей байланысты. Осы екі көрсеткіштің біріккен динамикасы табиғи өсімнің 23,6‰-ден 20,9‰-ге дейін төмендеуіне алып келді.

Миграциялық процестер ауыл халқының денсаулық көрсеткіштеріне де елеулі ықпал етті. 2013-2023 жылдар

аралығында ауыл тұрғындары арасындағы жалпы сырқаттанушылық деңгейі 5,7%-ға, ал өлім-жітім 5,7%-ға азайған (сурет 8).

Атап айтқанда, 2013 –2023 жылдар кезеңінде ауылдық тұрғындар арасында келесі патологиялардың нақты өсімі тіркелді:

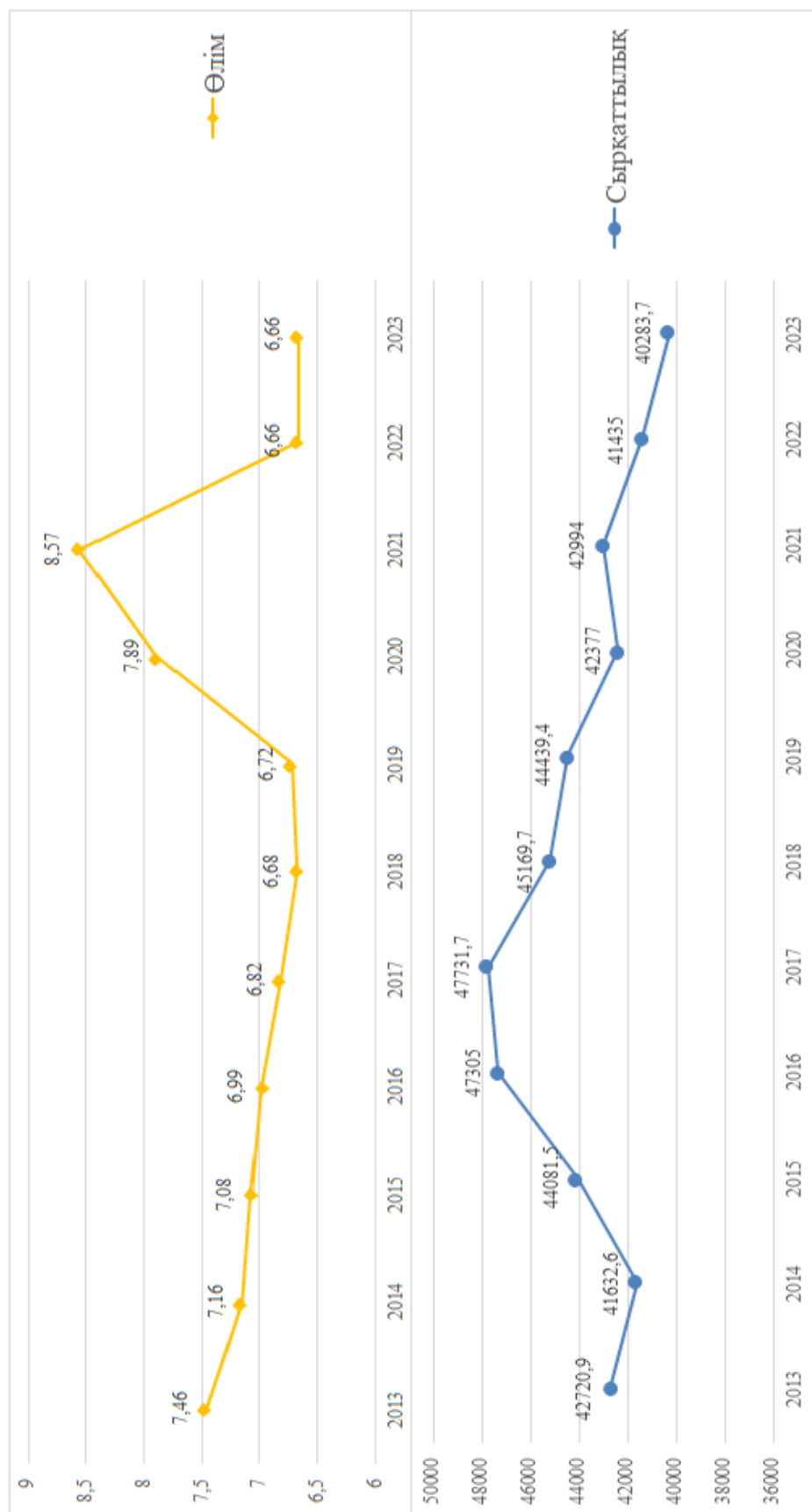
- қант диабеті (+)
- туберкулез (+)
- миокард инфаркты (+)
- ми қан айналымының жіті бұзылыстары, яғни инсульт (+)

Түркістан облысының әкімшілік аудандарының этникалық құрылымын талдау барысында ауыл халқының басым бөлігін қазақтар құрайтыны анықталды – бұл көрсеткіш 87,9%-ды құрады. Осы себепті сыртқы миграцияның демографиялық салдары ауылдық аумақтарда айтарлықтай теріс өзгерістерге алып келген жоқ, өйткені ауыл қазақтарының арасында туу көрсеткіштері жоғары деңгейде сақталды (сурет 9).

Сонымен қатар, 2005 жылдан бастап қарқын алған ішкі көші-қон үдерістері, негізінен, еңбекке қабілетті әрі репродуктивтік әлеуеті жоғары тұрғындарды қамтыды. Бұл құбылыс ауыл халқының жастық құрылымында күрт өзгерістерге себеп болды: еңбекке жарамды адамдар саны азайып, зейнет жасындағы тұлғалардың үлесі біршама өсті (сурет 10).

Жалпы алғанда, тәуелсіздік жылдарындағы ішкі және сыртқы миграциялық процестер ауыл халқының демографиялық жағдайына елеулі әсер етіп, жастық және гендерлік құрылымның өзгеруіне, туу деңгейінің төмендеуіне және өлім көрсеткішінің артуына себеп болды.

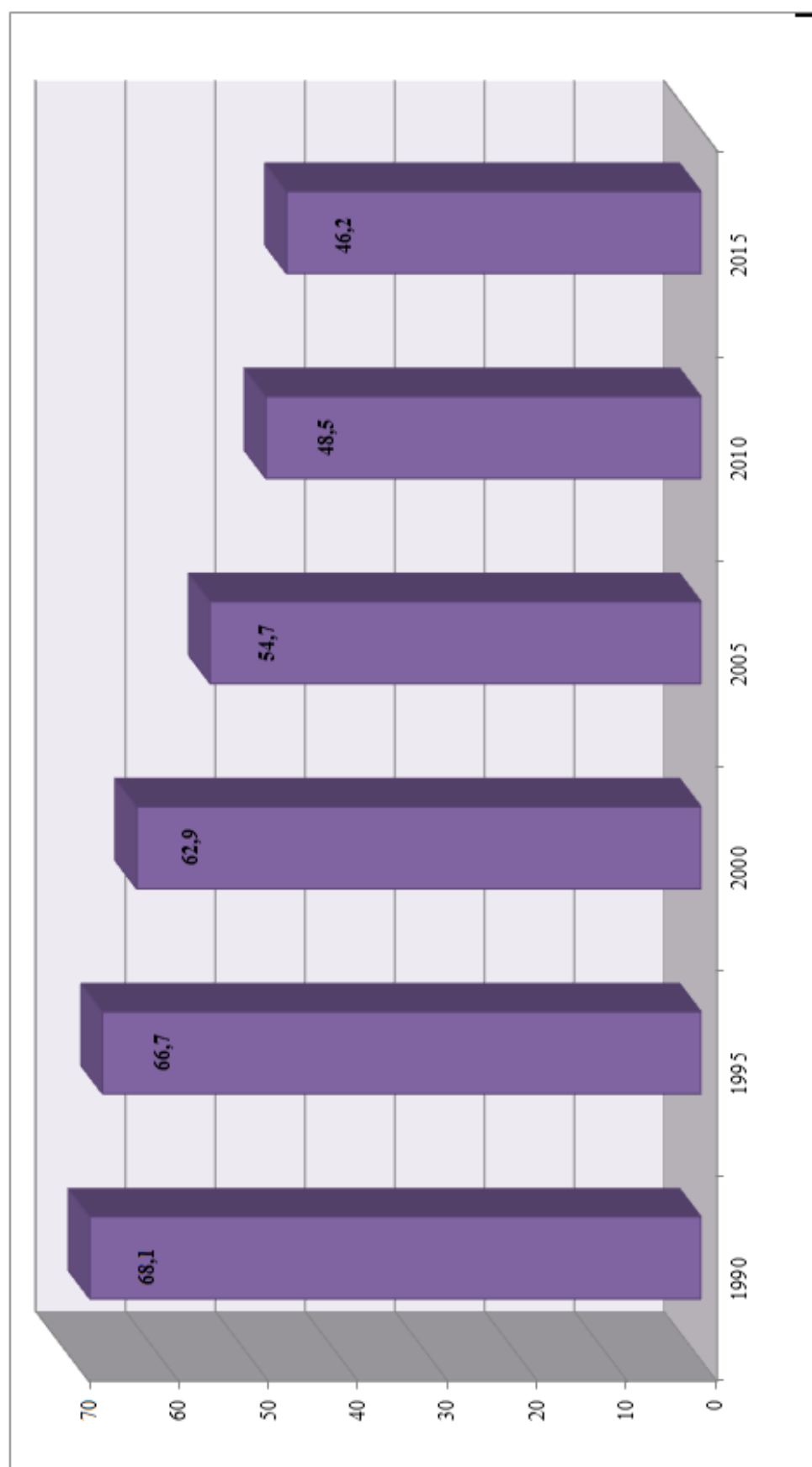
Осы жағдайлар тұрғындардың орташа өмір сүру ұзақтығы мен сапасына теріс ықпал етеді. Сондықтан қазіргі кезеңде әлеуметтік маңызы жоғары патологиялардың даму динамикасын, олардың таралу заңдылықтарын және осы патологиялардың өмір сүру ұзақтығына әсерін ғылыми негізде анықтау қажеттілігі туындап отыр (сурет 11).



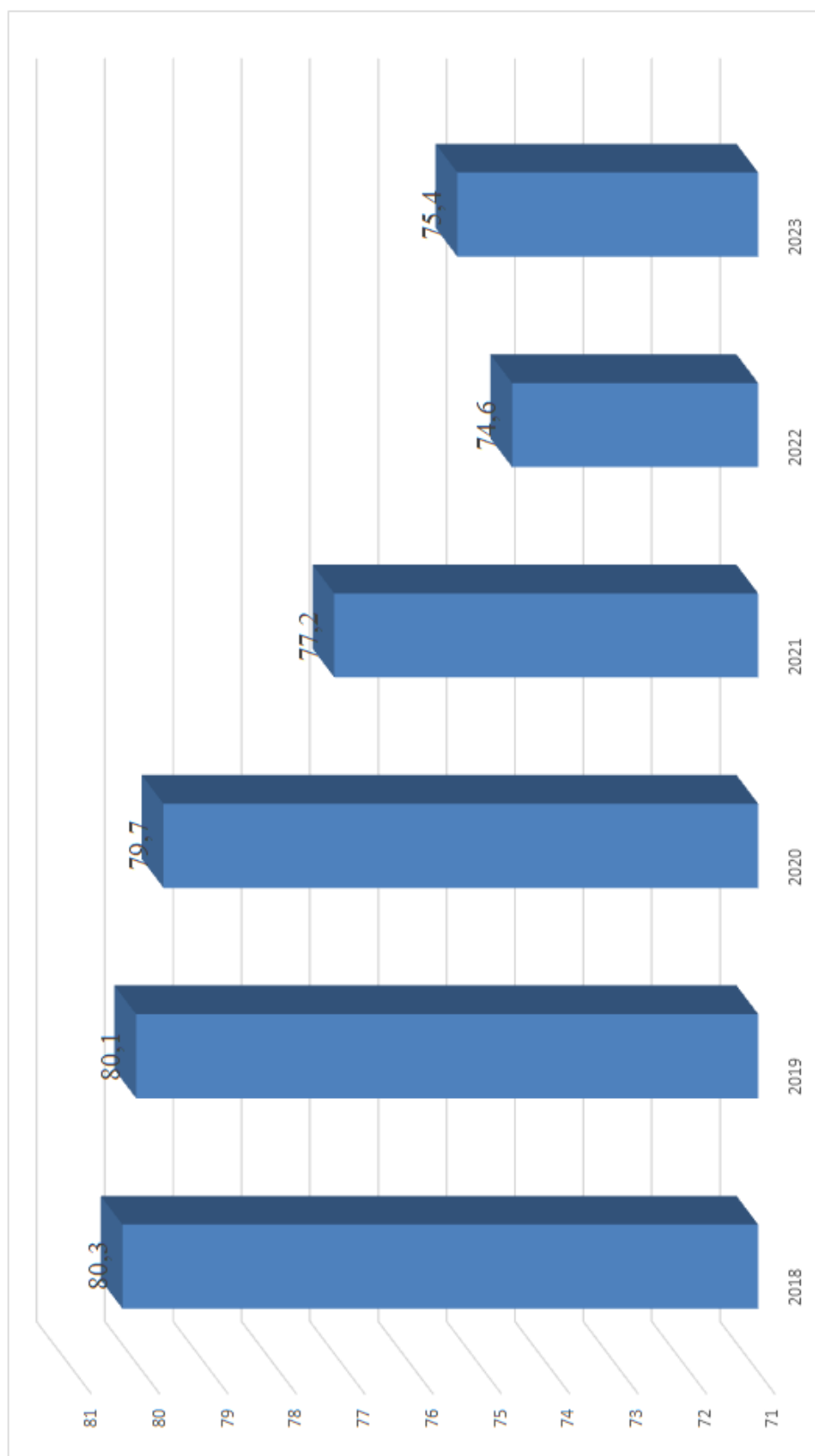
Сурет 8 – Ауыл тұрғындарының 2013 – 2023 жылдардағы сықаттылық және өлім көрсеткіштерінің өсімі, %-бен есептегенде

Кесте 3 – ТО әкімшілік аудандардағы тұрғындарының 2000-2023 жылдардағы орташа саны (мың тұрғын)

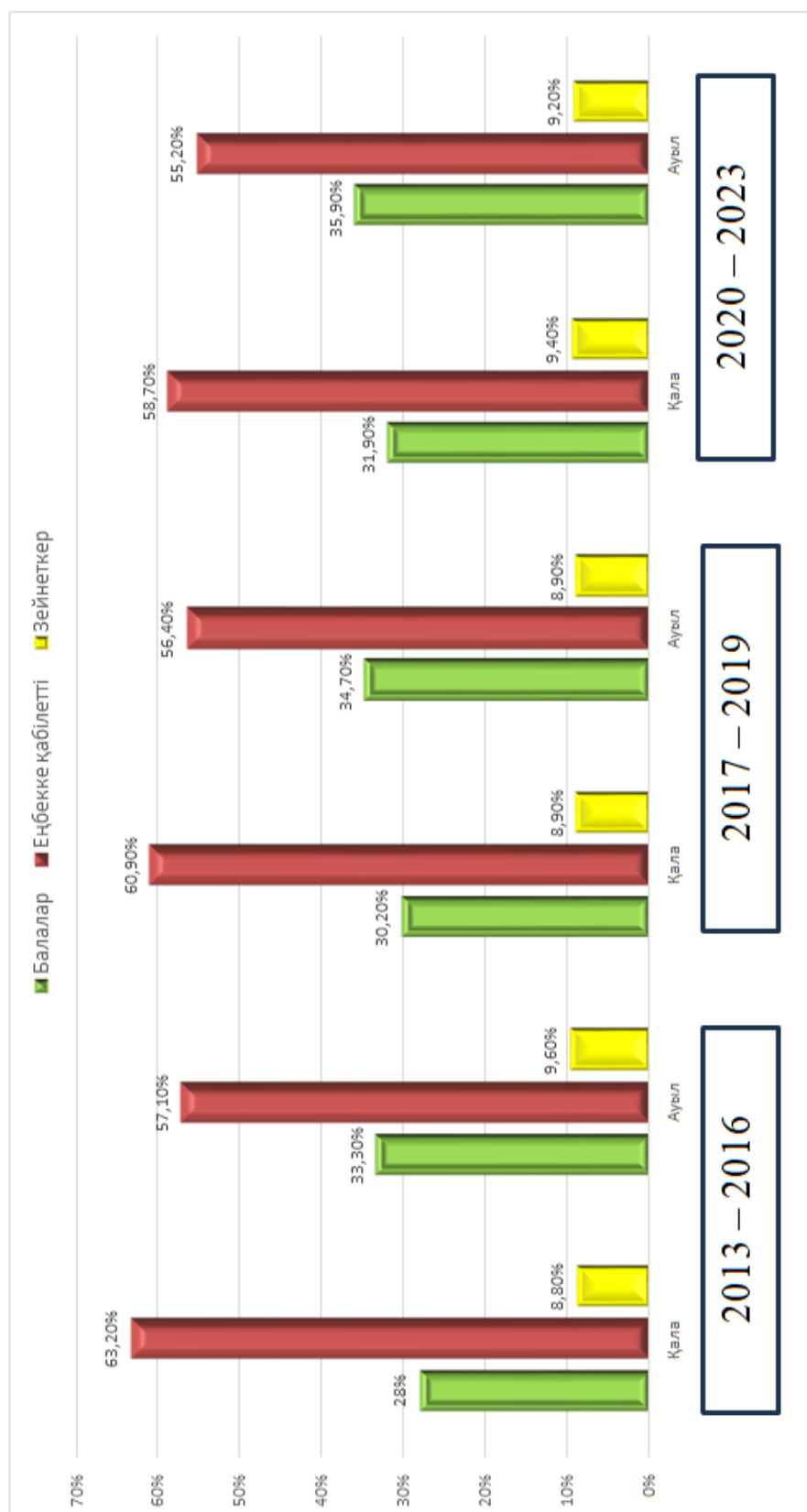
Жылдар	Орташа жылдық саны, 1 000	Ересек еңбек ету жасындағы тұрғындар, 1 000	Жасөспірімдер, 1 000	Балалар, 1 000	Фертильдік жастағы әйелдер, 1 000	Зейнеткерлер, 1 000
2000	13 084	6 170	791	5 106	3 136	415
2005	13 417	7 752	997	5 202	3 476	416
2010	15 587	8 958	1 012	5 198	3 513	419
2015	12 946	6 765	743	5 016	2 842	422
2020	18 755	7 398	755	5 447	4 546	609
2023	19 900	7 810	944	5 845	4 655	646



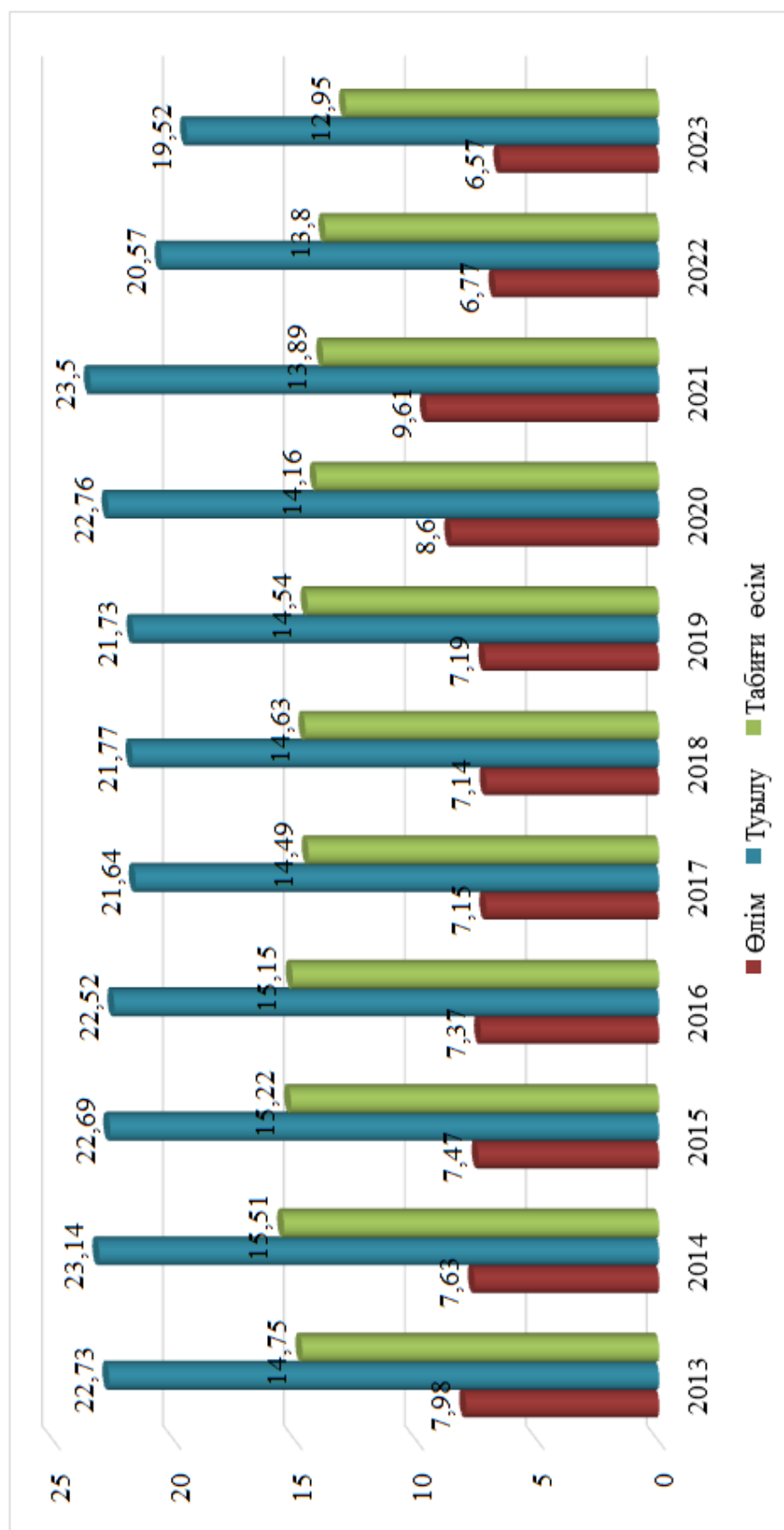
Сурет 9 – Ауыл тұрғындарының Оңтүстік Қазақстан облысы тұрғындары арасындағы үлес салмағы (% есептегенде)



Сурет 9 (жалғасы) – Ауыл тұрғындарының Түркістан облысы тұрғындары арасындағы үлес салмағы (% есептегенде)



Сурет 10 – Қала және ауыл тұрғындары арасындағы еңбек етуге қабілетті жастағы және зейнеткерлердің үлес салмағы



Сурет 11 – ТО ауыл тұрғындарының демографиялық көрсеткіштерінің динамикасы, 1000 тұрғынға балап есептегенде

2014-2024 жылдар аралығындағы деректер бойынша Түркістан облысы тұрғындары арасында жалпы туу көрсеткіші орта есеппен 22,1% деңгейінде тіркелді. Сол кезеңдегі өлім-жітім деңгейі 7,6% -ті құрап, табиғи өсім көрсеткіші 14,5% деңгейінде болды.

Облыс халқының демографиялық көрсеткіштері республикалық деңгеймен салыстырғанда анағұрлым жоғары болып отыр. 2023 жылы жүргізілген зерттеу кезеңінде облыс бойынша орташа туу көрсеткіші 1000 тұрғынға балап есептегенде – 19,52, өлім-жітім – 6,57, ал табиғи өсім – 12,95 құраған.

Аталған демографиялық жағдайға ең үлкен әсер ететін факторлардың бірі – сәбилер арасындағы өлім-жітім көрсеткіші. Ресми статистикаға сәйкес, нәресте өлім-жітімі облыс бойынша 16,0% құраса, жалпы республика бойынша бұл көрсеткіш 16,4% болған. Аналар өлім-жітімі де аса маңызды интегралды индикатор болып табылады. ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің ресми деректеріне сәйкес, аналар өлім-жітімі 100 000 адамға балап есептегенде 2016 жылы 16-ға тен болса, 2023 жылғы деректер бойынша 3,7 дейін төмендеген.

Түркістан облысының әкімшілік аудандарының ауылдық тұрғындары арасындағы ана мен бала өлімінің динамикасы халық денсаулығының нақты индикаторы ретінде қарастырылады. Жалпы сырқаттанушылық деңгейі 1 000 тұрғынға шаққанда 11 687,68 жағдайды құрады. Ал алғашқы сырқаттанушылық көрсеткіші балалар арасында – 1 449,1, ересектер арасында – 902,9 деңгейінде анықталды.

Сырқаттанушылықтың қалыптасуына жыныстық-жастық құрылым, кәсіби және экологиялық-гигиеналық факторлар айтарлықтай әсер ететіні байқалды. Ауылдық әйелдер арасындағы алғашқы сырқаттанушылық деңгейі – 903,4, ерлер арасында – 898,7 болды. Бұл әрбір ауыл тұрғынына жылына орта есеппен 9 ауру оқиғасы сәйкес келетінін көрсетеді.

Балалар мен жасөспірімдер арасындағы сырқаттанушылық деңгейі – 1 429. Құрылымдық талдау нәтижесінде:

- **I орын** – ас қорыту жүйесінің аурулары (722,4),
- **II орын** – тыныс алу жүйесінің аурулары (349,7),
- **III орын** – жұқпалы және паразиттік аурулар (72,4),
- **IV орын** – тері және теріасты шелмайының аурулары (63,5).

Жасөспірім қыздар арасында қатерлі ісіктер, жүйке жүйесі және сезім мүшелері, қан айналым жүйесі, тыныс алу жүйесі ауруларының көрсеткіштері ер балалармен салыстырғанда едәуір жоғары болды. Еңбекке қабілетті жастағы ер азаматтарда келесі бейэпидемиялық патологиялар жиі тіркелді: жұқпалы-паразиттік аурулар, қатерлі ісіктер, эндокриндік және зат алмасу аурулары, тыныс алу, ас қорыту, несеп-

жыныс, сүйек-бұлшықет, дәнекер тін жүйелері, тері және басқа патологиялар, жарақаттар мен улану.

Ал осы жас тобындағы әйелдер арасында қан жүйесі аурулары, психикалық ауытқулар, жүйке жүйесі және сезім мүшелері, қан айналым жүйесі аурулары ерлерге қарағанда жиі кездескен.

Жалпы алғанда, еңбекке қабілетті жастағы тұрғындар арасында сырқаттанушылық құрылымына жас, жыныс, әлеуметтік-кәсіби және тұрмыстық ерекшеліктер шешуші түрде әсер етеді.

Әкімшілік аудандардағы ауыл тұрғындары арасында әлеуметтік мәні жоғары аурулар ішінде:

- онкологиялық патологиялар,
- жүрек-қан тамыр жүйесінің аурулары,
- психикалық бұзылыстар,
- туберкулез негізгі орында тұр.

ТО тұрғындарының алғашқы сырқаттанушылық көрсеткіштері 100 000 тұрғынға шаққанда есептелді және олардың деңгейі әлеуметтік маңызы бар патологиялардың дамуымен тікелей байланысты екендігі анықталды.

Сырқаттанушылық құрылымында ең жоғары үлесті келесі патологиялар иеленді:

- тыныс алу жүйесінің аурулары,
- эндокриндік жүйе патологиялары,
- жүрек-қан тамыр жүйесінің аурулары,
- ас қорыту жүйесінің патологиялары,
- тері және тері асты шелмайы аурулары,
- жарақаттар мен улану.

Әлеуметтік мәні бар аурулар осы құрылымда жетекші орынға ие болып, халықтың өлім-жітім деңгейінің қалыптасуына шешуші үлес қосып отыр. Атап айтқанда, 2006 – 2010 жылдары ауыл тұрғындары арасында туберкулез деңгейі $86,2 \pm 7,6$ % болса, 2020 – 2023 жылдары бұл көрсеткіш $25,9 \pm 1,5$ % деңгейінде тіркелді.

2013 – 2023 жылдар аралығында Түркістан облысы ересек тұрғындары арасында бастапқы сырқаттанушылық көрсеткіштерінің 11,5 %-ға азайғаны анықталды. Қатерлі ісіктер бойынша алғашқы сырқаттанушылық деңгейі 98,6 дан 95,4-ке дейін азайып, салыстырмалы түрде 3,2 %-ға азайғанын көрсетті.

Қант диабеті ауруының таралу жиілігі осы кезеңде 50 %-ға артты. Көрсеткіштер арасындағы нақты айырмашылықтар тіркеліп, бұл үрдіс қоғамдық денсаулық сақтау саласында ерекше назар аударуды қажет ететінін көрсетеді. Осыған ұқсас жағдай инсультқа қатысты да байқалады. Егер 2013 жылдары бұл дерттің таралуы орта есеппен 100

000 тұрғынға шаққанда 194,1 жағдайды құраса, 2023 жылдары бұл көрсеткіш 236,7-ге дейін өсіп, салыстырмалы өсім 8 %-ды құрады.

Ал бірақ, миокард инфаркті ауыл тұрғындары арасында азайғанын көре аламыз. 2013 жылдары миокард инфаркті таралуы 42,4 болса, 2023 жылдары бұл көрсеткіш 37 ге дейін төмендеп, 12,7 %-дық нақты төмен көрсеткіш берді.

Осы аталған үш патология – қант диабеті, миокард инфаркты және инсульт – қазіргі заманғы емдеу технологияларының даму деңгейіне қарамастан, ересек тұрғындар арасындағы өлім-жітім құрылымында маңызды үлеске ие болып отыр. Аталған аурулардың таралуын тиімді бақылау үшін әлеуметтік-гигиеналық мониторинг пен скринингтік бағдарламаларды Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДСҰ) әдістемелік ұсынымдарына сай жүргізу қажет.

Сонымен қатар, аталған ауруларға қатысты профилактикалық және емдік шаралардың қазіргі медициналық стандарттарға сәйкес келетін алгоритмдерін әзірлеу және оларды амбулаторлық-емханалық тәжірибеге енгізу өзекті міндет болып табылады.

Кесте 4 – Түркістан облысы ересек тұрғындарының 100 000 адамға шаққандағы сырқаттанушылық көрсеткіштері (облыстық денсаулық сақтау басқармасының мәліметтері негізінде)

Аурулар тобы	Аурулар санаты	2000–2010	2011–2020	2021-2023
I	Жұқпалы және паразиттік сипаттағы сырқаттар	7632,7±62,9	7638,4±63,9	7769,02±64,8
I.1	Туберкулездік дерт	83,6±7,4	86,2±7,6	89,3±7,6
II	Қатерлі ісік түріндегі патологиялар	543,1±40,5	547,6±42,8	549,3±44,1
III	Ішкі секреция бездерінің бұзылыстары, тамақтану ақаулары және метаболикалық ауытқулар	1873,2±132,6	1871,4±130,9	1872,6±131,2
III.1	Қантты диабет	102,4±8,7	104,1±9,3	106,3±9,7
IV	Қан жүйесі мен оны түзуге қатысатын ағзалар аурулары	1356,4±115,2	1359,4±116,2	1357,4±115,9
V	Психикалық сипаттағы ауытқулар	2735,9±241,9	2734,5±242,9	2731,6±233,7
VI	Жүйке жүйесі мен сезім мүшелеріндегі патологиялар	6587,8±58,1	6792,3±62,3	6798,5±68,4
VII	Жүрек-қан тамырлары жүйесінің дерттері	4679,6±38,4	4862,9±41,5	4972,6±43,8
VII.1	Жүрек бұлшықетінің жедел зақымдануы	45,2±2,9	46,2±2,9	48,1±3,2

	(миокард инфарктісі)			
VII.2	Бас миының қан айналымының жіті бұзылысы (инсульт)	89,7±7,6	91,7±8,2	94,3±8,7
VIII	Тыныс алу мүшелерінің патологиялары	33914,2±224,9	33892,8±234,9	33904,1±242,1
IX	Ас қорыту жүйесіндегі бұзылыстар	7213,2±62,1	7234,3±67,4	7261,8±68,3
X	Зәр шығару және репродуктивті жүйенің аурулары	1337,4±12,44	1342,6±13,0	1348,4±13,2
XI	Босану алдындағы, босану кезіндегі және кейінгі кезеңдегі асқынулар	432,3±28,3	432,1±29,2	429,7±31,3
XII	Терілік және теріастылық тіндердің патологиялары	7461,4±63,4	7468,3±64,2	7989,4±61,6
XIII	Қаңқа-бұлшықет құрылымы мен дәнекер тіннің сырқаттары	576,3±41,4	578,6±42,3	579,4±42,8
XIV	Туа біткен даму ақаулары	117,8±9,98	118,2±8,9	116,5±8,7
XVI	Белгісіз сипаттағы белгілер мен синдромдар	28,5±2,1	27,8±2,3	26,1±2,4
XVII	Жарақаттар, уланулар мен кездейсоқ жағымсыз жағдайлар	83,8±7,6	84,1±7,4	83,9±7,6
Жалпы жиынтық		4852,6±46,2	4902,6±42,3	4918,3±41,6
Жол №	Ауру тобының атауы	2000–2005 жж.	2006–2010 жж.	2011–2016 жж.
VII	Қан айналымы жүйесіне қатысты сырқаттар	4679,6±38,4	4862,9±41,5	4972,6±43,8
VII.1	Жүрек бұлшықетінің жедел ишемиялық зақымдалуы (миокард инфарктісі)	45,2±2,9	46,2±2,9	48,1±3,2
VII.2	Ми қан айналысының бұзылысы (инсульт)	89,7±7,6	91,7±8,2	94,3±8,7
VIII	Тыныс алу жолдары жүйесінің патологиялары	33914,2±224,9	33892,8±234,9	33904,1±242,1
IX	Ас қорыту жүйесінің дерттері	7213,2±62,1	7234,3±67,4	7261,8±68,3
X	Зәр шығару және жыныс мүшелері жүйесінің аурулары	1337,4±12,44	1342,6±13,0	1348,4±13,2
XI	Жүктілік пен босану үдерісіндегі және босанудан кейінгі асқынулар	432,3±28,3	432,1±29,2	429,7±31,3
XII	Тері және теріасты май қабатының бұзылыстары	7461,4±63,4	7468,3±64,2	7989,4±61,6

XIII	Қаңқа-бұлшықет жүйесі мен байлам тіндерінің аурулары	576,3±41,4	578,6±42,3	579,4±42,8
XIV	Туа біткен даму бұзылыстары	117,8±9,98	118,2±8,9	116,5±8,7
XVI	Нақты диагнозы қойылмаған симптомдар мен белгілер	28,5±2,1	27,8±2,3	26,1±2,4
XVII	Тосын оқиғалар, жарақат алу және улану жағдайлары	83,8±7,6	84,1±7,4	83,9±7,6
Жалпы жиынтық		4852,6±46,2	4902,6±42,3	4918,3±41,6

Қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы тәуекелдер және әлеуметтік маңызы бар аурулардың динамикасы.

Соңғы кезеңдерде денсаулық сақтау саласында жүзеге асырылып жатқан құрылымдық және қаржылай жаңғыртулар аясында қаржыландыру көлемінің төмендегені байқалады. Мұндай жағдайлар әлеуметтік маңызы зор дерттер – туберкулез, қант диабеті, миокард инфаркты мен инсульт секілді сырқаттардың алдын-алу мен емделуінің сапасына теріс әсерін тигізуде. Бұл дерттердің таралу қарқыны мен олардан туындайтын күрделі асқынулардың көбейіп кетуі – саладағы ұйымдастырушылық және басқарушылық деңгейдегі жүйелік олқылықтардың салдары ретінде қарастырылуда.

Осы аурулар ішінен қан айналым жүйесі аурулары өлім-жітім мен мүгедектік құрылымында жетекші орын алады. Бұл патологиялар денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігін бағалаудағы негізгі индикаторлардың бірі болып саналады және олармен күрес кешенді, дәлелді және мақсатты тәсілдерді қажет етеді.

Кесте 5 – Түркістан облысы тұрғындары арасында туберкулезбен сырқаттанушылық пен осы дерттен болатын өлім көрсеткіштерінің 100 000 тұрғынға шаққандағы деңгейі

Жылдар	Алғаш анықталған жағдайлар	Туберкулезден көз жұмғандар саны
2013	89,6	8,6
2014	88,7	8,3
2015	88,9	8,7
2016	91,3	8,8
2017	52,2	1,8

2018	48,2	1,3
2019	36,0	1,0
2020	27,5	0,8
2021	26,3	0,6
2022	26,3	0,6
2023	24,4	0,37

Жүрек-қан айналу және онкологиялық аурулардың құрылымы мен таралуы: әлеуметтік-гигиеналық талдау.

Ресми статистикалық тіркеу мәліметтеріне сәйкес, жүрек-қан айналу жүйесі аурулары жалпы аурушандық құрылымында 15%-ға дейінгі үлеске ие болғанымен, алғаш рет тіркелген сырқаттылықтың құрамында олардың үлесі небары 2,6%-ды ғана құрайды. Бұл дерек ауруларды ерте кезеңде анықтау мен диагностикалаудағы олқылықтарды көрсетеді. Жүрек-қан айналу жүйесінің аурулары Түркістан облысының әртүрлі әкімшілік аймақтарында біркелкі емес таралған. Мұндай эпидемиологиялық көріністің негізінде әлеуметтік-экономикалық жағдайдың айырмашылығы, өмір сүру салтының ерекшеліктері, сондай-ақ қауіп факторларының әркелкі таралуы жатыр.

Социологиялық сауалнамалар нәтижесі көрсеткендей, жүрек-қан айналу жүйесінің патологияларына шалдыққан көптеген респонденттер өздерінде мұндай аурулардың бар екенін білмеген. Мәселен, қалада тұратын 40 – 59 жас аралығындағы ер азаматтардың арасында бұл көрсеткіш 47,5%-ды құрайды. Бұл өз кезегінде ерте диагностика мен скринингтің жеткіліксіздігін айғақтайды.

Еңбекке қабілетті жастағы тұрғындар арасында жүрек-қан айналу жүйесінің ауруларынан болған өлім көрсеткіштері гендерлік айырмашылықтармен сипатталады: ер адамдар арасында бұл көрсеткіш 793,2 ал әйелдер арасында – 784,7 құрады. Бұл жағдайдың туындауына әлеуметтік бейімсіздік, төмен тұрмыс деңгейі, дұрыс тамақтанбау, зиянды әдеттер, эмоционалдық стресс, экологиялық қолайсыздықтар, сондай-ақ медициналық көмектің төмен сапасы әсер етеді.

Қатерлі ісіктерге келер болсақ, еңбекке жарамды 100 000 ер адамға шаққанда 301,2 жаңа жағдай, ал әйелдер арасында — 283,7 жаңа жағдай тіркелген. Ерлер арасындағы өлім құрылымында бірінші орында өкпе обыры, екінші орында асқазан обыры, үшінші орында өңеш обыры орналасқан. Әйелдер үшін жетекші орындарда сәйкесінше асқазан, сүт безі және жатыр мойны обырлары тұр. Жас ұлғайған сайын онкологиялық аурулардан өлім көрсеткіші де арта түседі. Мысалы, ≥ 60 жастағы әйелдер арасындағы қатерлі ісікпен сырқаттану деңгейі ≤ 30

жастағы әйелдермен салыстырғанда 58,9 есеге дейін жоғары болуы мүмкін.

Ер адамдар арасында онкологиялық аурулардың ерте диагностикасының қиындығы және ішкі ағзалар обырының жиілігі жоғары болуы өлім көрсеткішіне елеулі әсер етеді. Әйелдерде керісінше, ерте анықтауға болатын сүт безі мен жыныс ағзалары обыры басым.

Жалпы алғанда, Түркістан облысының әкімшілік аудандарының ауылдық аймақтарындағы тұрғындардың денсаулық көрсеткіштері қала тұрғындарымен салыстырғанда төменірек деңгейде. Бұған бірқатар себептер ықпал етуде, соның ішінде – скринингтік тексерулер мен диспансерлік бақылаудың тиімсіз ұйымдастырылуы.

Ішкі көші-қон да ауыл тұрғындарының денсаулығына елеулі әсер етті. 2013–2023 жылдары аралығында Түркістан облысының әкімшілік аудандарынан Шымкент қаласына 270 000-ға жуық адам қоныс аударды, олардың 78,4%-ын еңбекке жарамды, денсаулығы салыстырмалы түрде жақсы адамдар құрады. Ауылдарда қалған халықтың ішінде аурушандық көрсеткіштері 13,4%-ға, ал өлім-жітім деңгейі 10,7%-ға артты.

2013 – 2023 жылдар аралығында ауыл тұрғындары арасында әлеуметтік маңызы жоғары аурулардың нақты өсімі тіркелді: қант диабеті, туберкулез, миокард инфаркты және инсульт. Бұл көрсеткіштер аталған нозологиялардың алдын алу және емдеу жүйелерінде жүйелі кемшіліктердің бар екендігін көрсетеді.

3.2 Аудандық ауыл тұрғындарының дәрігерлік қамтылуы және оның диспансерлеу қызметіне ықпалы

Ауыл тұрғындарының денсаулық сақтау қызметтеріне қолжетімділігі көбіне бастапқы медициналық-санитарлық көмек көрсететін мамандардың жеткіліктілігіне және олардың кәсіби деңгейіне байланысты. Түркістан облысының әкімшілік аудандарындағы емханалық-амбулаторлық ұйымдарда халықты дәрігерлік кадрлармен қамту деңгейі ауыл тұрғындарының медициналық көмекті уақтылы және сапалы алуына тікелей әсер етеді.

Зерттеу барысында аудандық орталық емханаларда орта есеппен 32 дәрігер қызмет ететіні анықталды. Дәрігерлердің біліктілік санаттарына талдау жасағанда, олардың 27,05%-ын жоғары санатты, 23,8%-ын бірінші санатты, ал 37,5%-ын екінші санатты мамандар құрайтыны белгілі болды. Сонымен қатар, орта буын медициналық қызметкерлер, яғни медбикелер саны – орта есеппен 34, олардың 50%-ы жоғары санаттағы, 17,6%-ы бірінші санаттағы және 20,5%-ы екінші санаттағы мамандар ретінде тіркелген.

Барлық медициналық кадрлар соңғы бес жыл ішінде өз біліктілігін арттыру курстарынан өткен және қажетті медициналық құралдармен қамтамасыз етілген. Алайда, мамандардың абсолюттік саны мен олардың халық санына шаққандағы арақатынасы ауылдық аумақта жеткіліксіз деңгейде қалуда, бұл диспансерлеу шараларының сапасына теріс әсер етеді.

Ауылдық жерлерде диспансерлеудің тиімділігін қамтамасыз ету үшін тек дәрігерлердің санын арттыру ғана емес, сонымен қатар олардың бейінділігі мен тұрақты кәсіби дамуын қамтамасыз ету маңызды. Диспансерлеу – созылмалы ауруларды ерте кезеңде анықтау мен бақылауда ұстаудың маңызды құралы болғандықтан, оның сапасы дәрігерлердің клиникалық ойлау қабілеті мен стандартталған алгоритмдерді қолдану деңгейімен анықталады.

Зерттеу нәтижелері көрсеткендей, жоғары және бірінші санатты мамандар қатысатын ұйымдарда диспансерлік бақылаудағы науқастардың емдеу сапасы мен динамикалық бақылау жиілігі жоғары болды. Керісінше, кадр тапшылығы

байқалатын ұйымдарда алдын алу, бақылау және дер кезінде араласу көрсеткіштері төмен қалыптасқан.

Сондықтан, ауылдық аймақтардағы медициналық көмектің тиімділігін арттыру мақсатында, білікті мамандарды тарту, оларды ынталандыру, қызметтік тұрақтылықты қамтамасыз ету, сондай-ақ шалғай елді мекендерде жұмыс істеуге мотивациялық тетіктер енгізу қажет. Сонымен қатар, алғашқы буындағы мамандарды диспансерлеу қызметінің маңыздылығына оқыту және олардың практикалық дағдыларын жетілдіру – ауылдық денсаулық сақтаудың маңызды бағыты болуы тиіс.

Денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігі мен кадрлық қамтылу мәселелері

Денсаулық сақтау жүйесінің басқа салаларға әсер ететін әлеуеті зор, ал бұл саладағы кадрлық ресурстардың сапасы жүйенің жалпы тиімділігіне айтарлықтай ықпал етеді. Денсаулық сақтау саласы – құрылымдық жағынан күрделі және адам ресурсына тәуелді жүйе болғандықтан, мұндағы кез келген реформа немесе қызметтік өзгерістер кәсіби кадрлардың жұмысына тікелей әсер етуі мүмкін.

Сондықтан да бейінді мамандардың тұрақтылығын қамтамасыз ету және олардың кәсіби әлеуетін дамыту – емдеу-профилактикалық ұйымдарда (ЕПҰ) халыққа көрсетілетін медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігін арттыруда негізгі фактор ретінде қарастырылады. Бұл міндетті шешудің тиімді тетіктерінің бірі – Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұсынып отырған Ұлттық кадрлық қамтамасыз ету бағдарламасын енгізу мен бейімдеу болып табылады.

Аталған бағдарлама денсаулық сақтау саласының теориялық және қолданбалы даму негізін құрап, мамандарды даярлау, қайта даярлау және тиімді орналастыру мәселелерін кешенді түрде қарастырады. Бағдарламаның құрылымдық моделі бір-бірімен тығыз байланысқан бөліктерден тұрады және оның табысты жүзеге асуы ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің стратегиялық тұрақтылығын қамтамасыз етеді.

Тұрғындарының тығыз шоғырланған Түркістан облысы үшін жоғары білікті бейінді мамандарды даярлау, олардың сапасын үздіксіз арттыру және сақтандыру медицинасын енгізу жағдайында медициналық кадрлардың халықаралық деңгейде біліктілігін көтеру аса өзекті болып отыр.

Қазіргі уақытта елімізде іске асырылып жатқан реформалар медициналық кадрларды басқару мен оқыту жүйесін жетілдіруді қажет етеді. Бұл өз кезегінде медициналық ұйымдарда басқарушылық функцияларды жүзеге асыратын мамандардың кәсіби дайындығы мен тиімді жұмысына тәуелді.

Денсаулық сақтау жүйесінде кадрлық басқару стратегиясы – емдеу-алдын алу мекемелерінің өзекті проблемаларын шешуге бағытталған білікті кадрларды тиімді жұмылдыруды көздейді. Мұндай тәсіл Түркістан облысындағы денсаулық сақтау қызметтерінің сапасын арттыруда маңызды рөл атқарады.

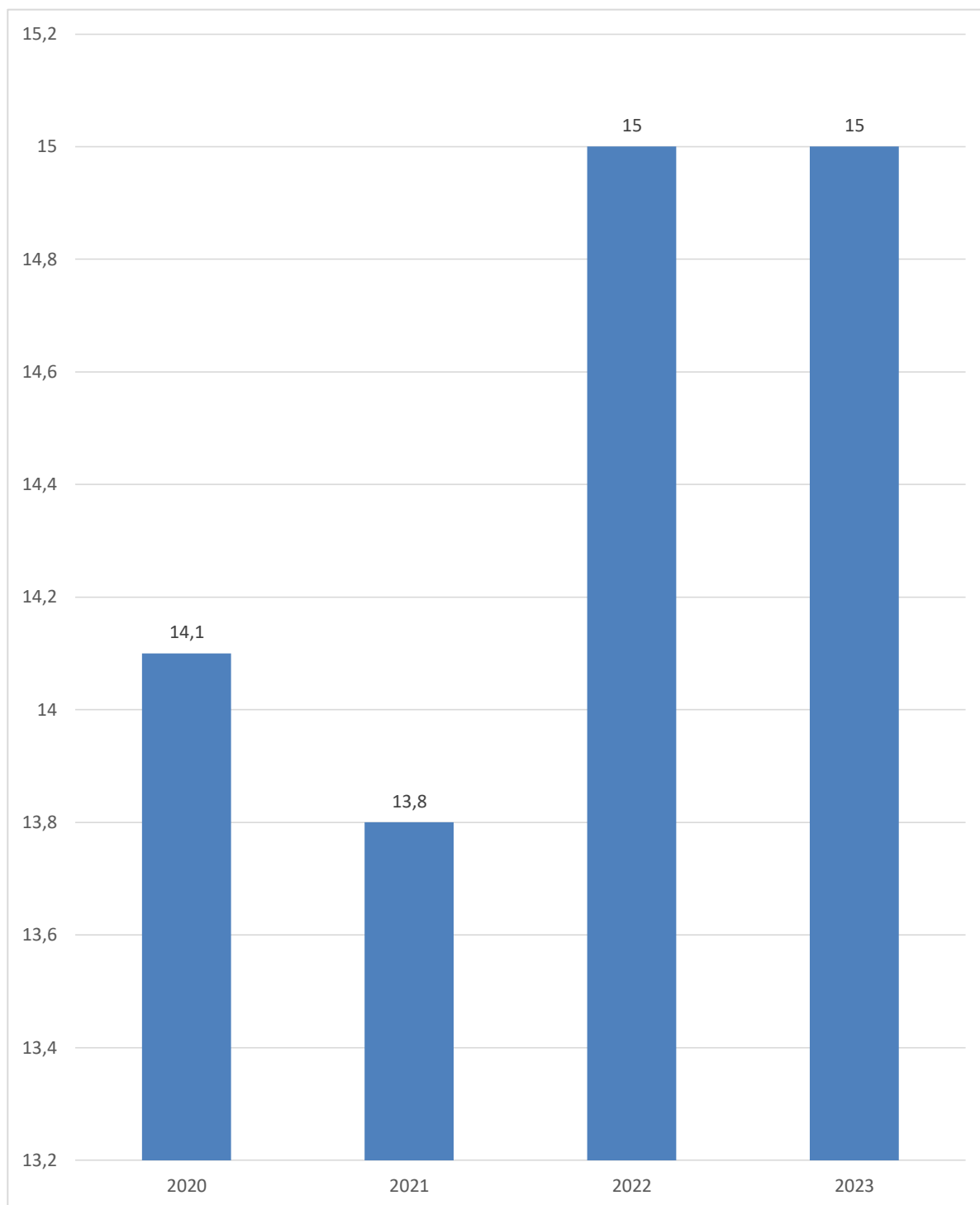
Зерттеу нәтижелеріне сүйенсек, 2013 – 2023 жылдар аралығында Түркістан облысы, Шымкент қаласы мен ауылдық аудандарда халықтың бейінді дәрігерлермен қамтамасыз етілу деңгейі айтарлықтай өзгеріске ұшыраған. Мәселен, 2013 жылы бұл көрсеткіш 100 мың тұрғынға шаққанда 26,8 болса, 2023 жылы 30,5-ке жеткен. Шымкент қаласында бұл көрсеткіш 2013 жылы 50,1-ді құраса, 2023 жылы 43,9 болған. Ал ауылдық жерлерде осы көрсеткіштер 12,4-тен 17,2-ге дейін өскені байқалады.

Аталған деректер Түркістан облысының қала тұрғындары бейінді мамандармен артық деңгейде қамтамасыз етілгенін (ҚР орташа деңгейінен жоғары) көрсетсе, ауыл тұрғындары бұл көрсеткіш бойынша едәуір артта қалған. Бұл ауылдық денсаулық сақтау ұйымдарының кадрлық ресурстармен жеткіліксіз қамтылғанын дәлелдейді.

Осыған орай, Түркістан облысының емдеу-профилактикалық мекемелерінде бейінді мамандармен қамтамасыз ету саясаты қайта қарауды талап етеді. Кадрлық жоспарлау, тартымды еңбек жағдайларын жасау, әлеуметтік қолдауды кеңейту және кадрларды тұрақтандыруға бағытталған шаралар ауылдық денсаулық сақтау инфрақұрылымын нығайтудың негізгі компоненттері болуы тиіс.

6 кесте – Түркістан өңірі, Шымкент шаһары мен ауылдық аймақтардағы бейінді медицина қызметкерлерімен қамтылу көрсеткішінің 2013-2023 жылдар аралығындағы өзгерісі (әр 10 000 адамға шаққанда)

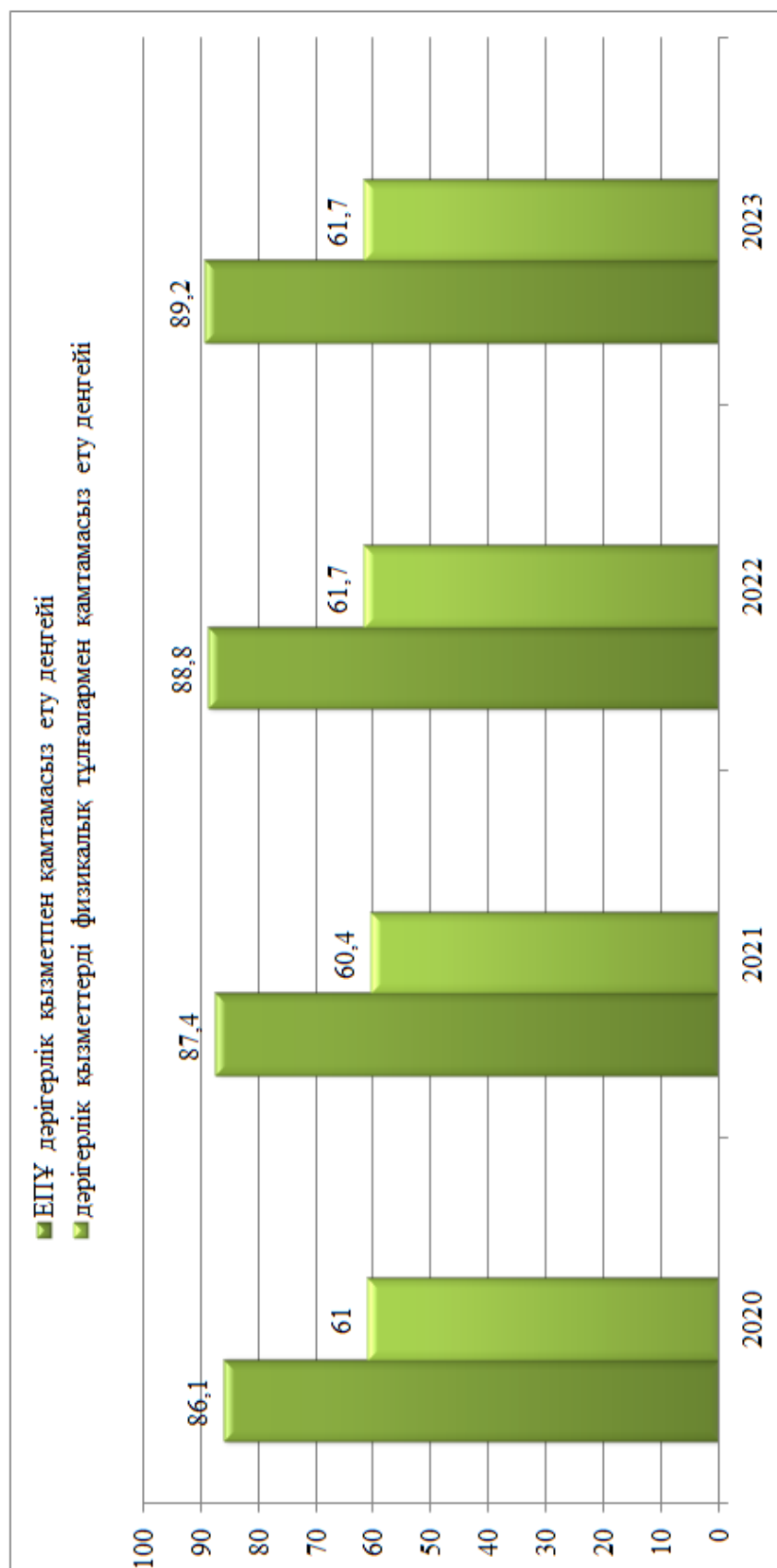
Жылдар	Шымкент қаласы	Түркістан облысы	Ауылдық аудандар
2013	50,1	26,8	12,4
2014	50,3	26,9	12,4
2015	50,4	26,9	12,4
2016	49,5	27,0	12,4
2017	32,5	27,0	12,5
2018	39,8	26,2	14,0
2019	42,0	27,9	16,8
2020	42,8	28,8	17,0
2021	42,7	29,0	17,3
2022	43,8	29,4	17,2
2023	43,9	30,5	17,2



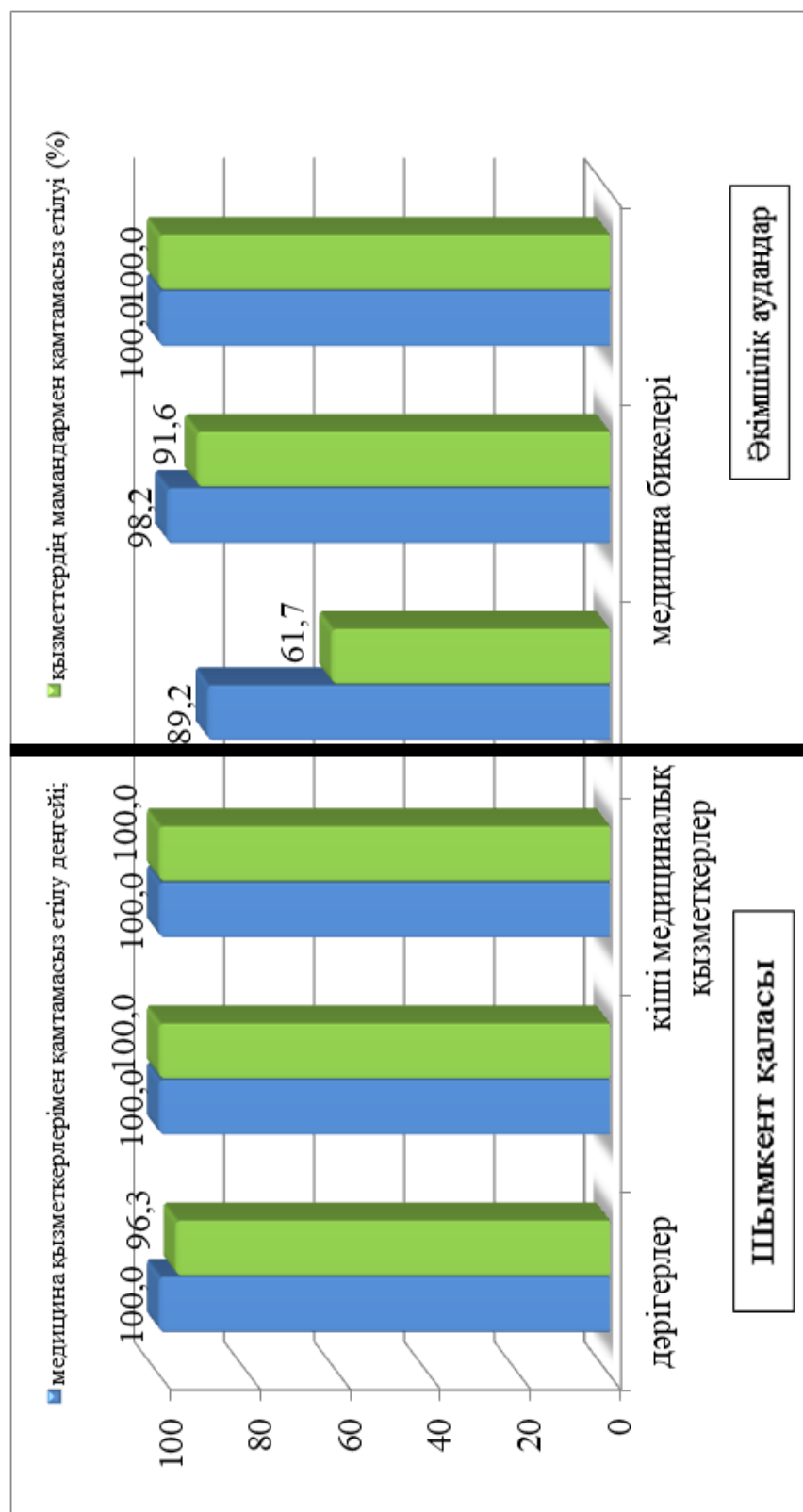
Сурет 12 – Шымкент қаласы емдеу-профилактика мекемелердің бейінді дәрігер мамандармен қамтылудың 10 000 адамға есептегенде

Қалалық деңгейдегі емдеу-профилактикалық ұйымдарда дәрігерлік қызметтермен қамтылу көрсеткіші 100%-ға жеткен. Алайда, осы қызметтерді тікелей жүзеге асыратын физикалық тұлғалармен (мамандармен) нақты қамтылу деңгейі 2020 жылы 14,1 - ды құраса, 2023 жылы бұл көрсеткіш 15 -ға дейін ұлғайғаны байқалады (сурет 12).

Аудандық ауылдық аймақтардағы емдеу-профилактикалық мекемелерде дәрігерлік мамандармен қамтылу көрсеткіші 89,2%-ға тең болғанымен, нақты қызмет атқарушы физикалық мамандармен қамтылу деңгейі айтарлықтай төмен – бар болғаны 61,7%-ды құрап отыр. Бұл деректер аудандық ауылдық деңгейде бейінді дәрігерлік кадрлардың жеткіліксіздігі проблемасының өзектілігін көрсетеді (сурет 13).



Сурет 13 – Аудандық әкімшіліктерге қарасты емдеу-профилактикалық ұйымдарды
дерігерлермен қамтамасыз ету деңгейі, % есептегенде



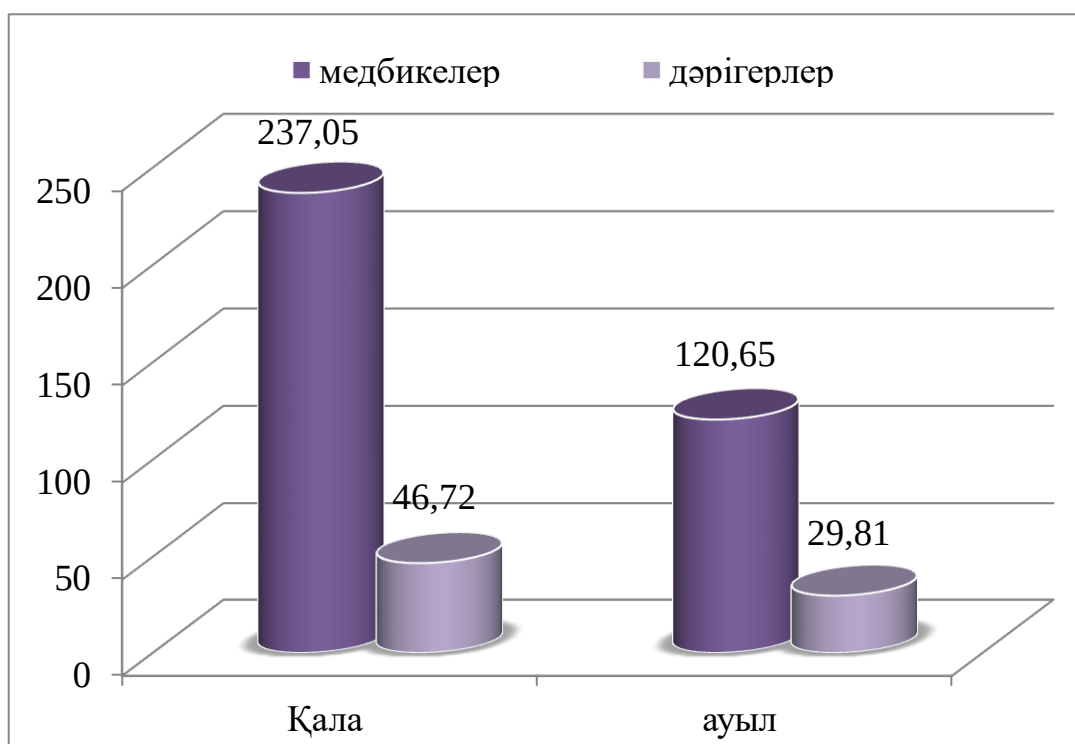
Сурет 14 –Шымкент қаласы мен аудандық ауыл халқының медициналық мамандармен қамтамасыз етілу деңгейі % есептелгенде

14-суреттегі деректерге сүйенсек, ауылдық аймақтардағы тұрғындардың дәрігерлермен қамтамасыз етілу деңгейі салыстырмалы түрде төмен (89,2% және нақты қызмет етуші мамандар бойынша – 61,7%) болғанымен, медбикелермен (98,2%) және кіші медициналық персоналмен (91,6%) қамтамасыз етілу деңгейі анағұрлым жоғары (сурет 14).

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұсынымдарына сәйкес, бейінді дәрігерлер мен орта буынды медицина қызметкерлері арасындағы арақатынас 1:5 (яғни 20%) деңгейінде болуы тиіс. Осыған байланысты, Шымкент қаласындағы емдеу-профилактикалық мекемелерде бұл арақатынас 19,7%-ды құраса, аудандық ауылдық аймақтарда көрсеткіш 24,7%-ға жеткен. Бұл аралықтың сақталуы кадрлық тепе-теңдікті қамтамасыз етуде маңызды көрсеткіш болып табылады.

Шымкент қаласында бейінді дәрігерлермен қамтамасыз етілу деңгейі әрбір 10 000 тұрғынға шаққанда 46,72 ‰-ды құраса, орта буынды медицина қызметкерлерімен қамтылу деңгейі – 237,05 ‰-ға тең болды. Ал аудандық ауылдық жерлерде бұл көрсеткіштер сәйкесінше 29,8 ‰ және 120,65 ‰ құрап отыр (сурет 15).

Жалпы алғанда, Шымкент қаласы тұрғындары дәрігерлік кадрлармен қамтамасыз етілу жағынан аудандық ауыл тұрғындарына қарағанда анағұрлым жоғары деңгейде екені айқын көрініс табуда.



Сурет 15 – Шымкент қаласы мен аудандық ауыл тұрғындарының орта буынды медбикелер мен және бейінді дәрігерлермен қамтамасыз етілу деңгейі, % есептегенде

Аудандық ауылдық елді мекендердегі бейінді дәрігерлер мен орта буындағы медициналық қызметкерлердің кәсіби қызметін жүзеге асыру барысында бірқатар әлеуметтік-тұрмыстық және психозэмоционалдық қиындықтар туындайтыны анық. Осыған байланысты ауылдық жерлерге медициналық кадрларды тарту және оларды тұрақтандыру мәселелері бүгінгі таңда денсаулық сақтау жүйесінің өзекті міндеттерінің біріне айналып отыр.

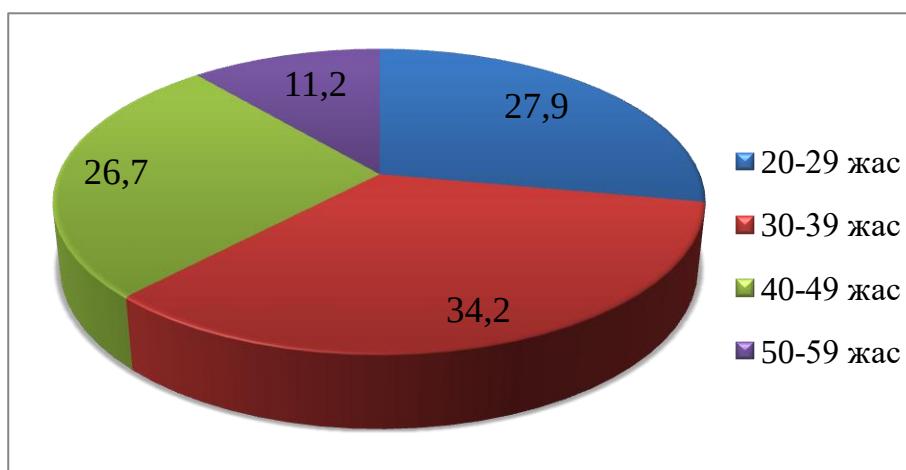
Ауылдық деңгейдегі емдеу-профилактикалық ұйымдарды бейінді мамандармен қамтамасыз ету процесінде мемлекет тарапынан қолдау көрсету, сұранысқа сай кадрлық ресурсты қалыптастыру мәселелері ерекше маңызға ие. Алайда қазіргі жағдайда кадрлық жетіспеушілік, мамандардың бейінділігіне сәйкес келмеуі және олардың штаттық құрылымда болмауы секілді мәселелер орын алып отыр. Бұл жағдай бейінді мамандардың функционалдық жүктемесінің артуына және көрсетілетін медициналық көмектің сапасына теріс әсер етуде.

Тәуелсіздік жылдарындағы (2013 – 2023 жж.) талдаулар көрсеткендей, аудандық ауылдық деңгейдегі емханалық-профилактикалық ұйымдарды бейінді дәрігерлермен қамтамасыз

ету және бұл процесті басқару мәселесі аймақтық денсаулық сақтау жүйесі үшін аса өзекті әрі стратегиялық маңызды мәселе болып қалыптасуда. Соған сәйкес, аталмыш ұйымдардағы кадрлық бөлімдердің құрылымы мен функционалдық бағыттары біршама өзгеріске ұшыраған.

Бүгінгі таңда бұл құрылымдардың негізгі функциясы – біріншілік медициналық-санитарлық көмек көрсету ұйымдарын (әсіресе орталық аудандық ауруханалардың емханаларын) қажетті медициналық кадрлармен қамтамасыз ету жұмыстарын ұйымдастыру болып табылады. Бұл процесте кадрлық бөлімдерде заңгерлер, психологтар, қоғамдық денсаулық сақтау мамандары секілді бейінді емес қызметкерлердің жұмыс атқаруы кездеседі, бұл өз кезегінде кадрлық процестердің тиімділігіне ықпал етуі мүмкін.

Осыған байланысты кадрлық бөлім қызметін тиімді ұйымдастыру мақсатында нақты, өлшенетін және нәтижеге бағытталған негізгі көрсеткіштер жүйесі қалыптастырылуы қажет.



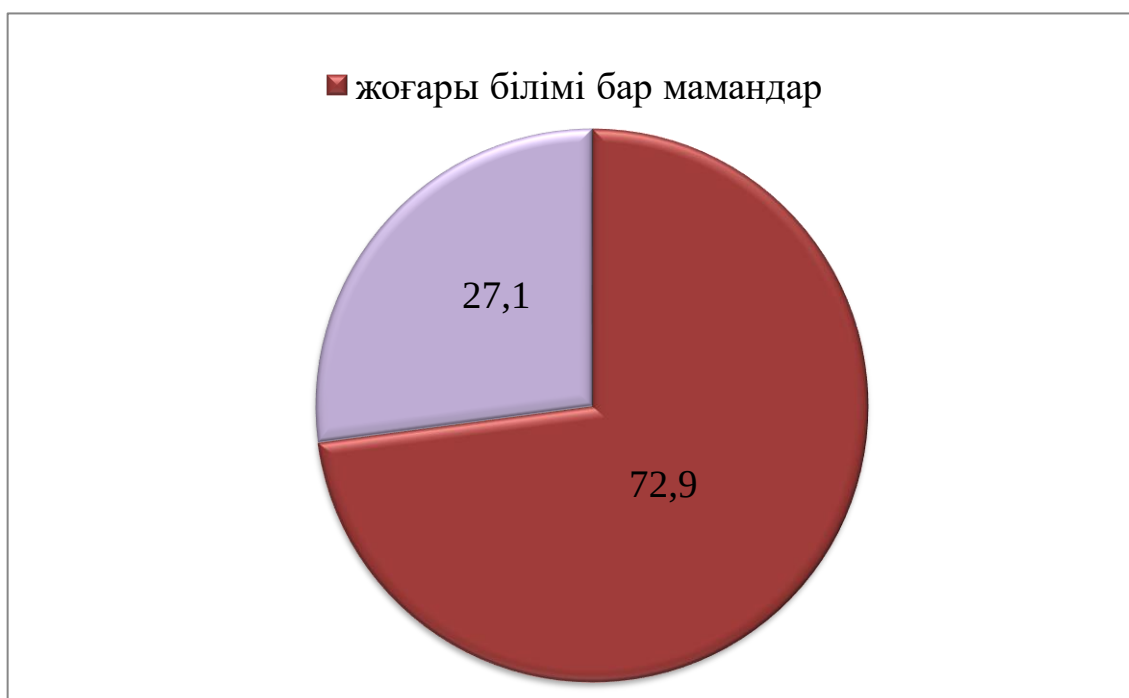
Сурет 16 – Кадрлар бөліміндегі жұмыс жасайтын қызметкерлердің жастық ерекшеліктері бойынша қаралу, % есептегенде

Медициналық мекемелерде кадрлық қызметті тиімді жүргізу үшін персоналдың жалпы саны мен кадр бөліміне тартылған мамандар саны арасындағы оңтайлы арақатынасты сақтау маңызды. Мысалға, егер мекемеде жұмыс істейтін қызметкерлердің саны 250 адамды құраса, онда кадр бөлімінде кемінде бір жауапты маман болуы қажет. Ал жұмысшылар саны 1500 бен 2500 аралығында болса, кадрлық бөлімшеде 4-тен 6-ға дейін

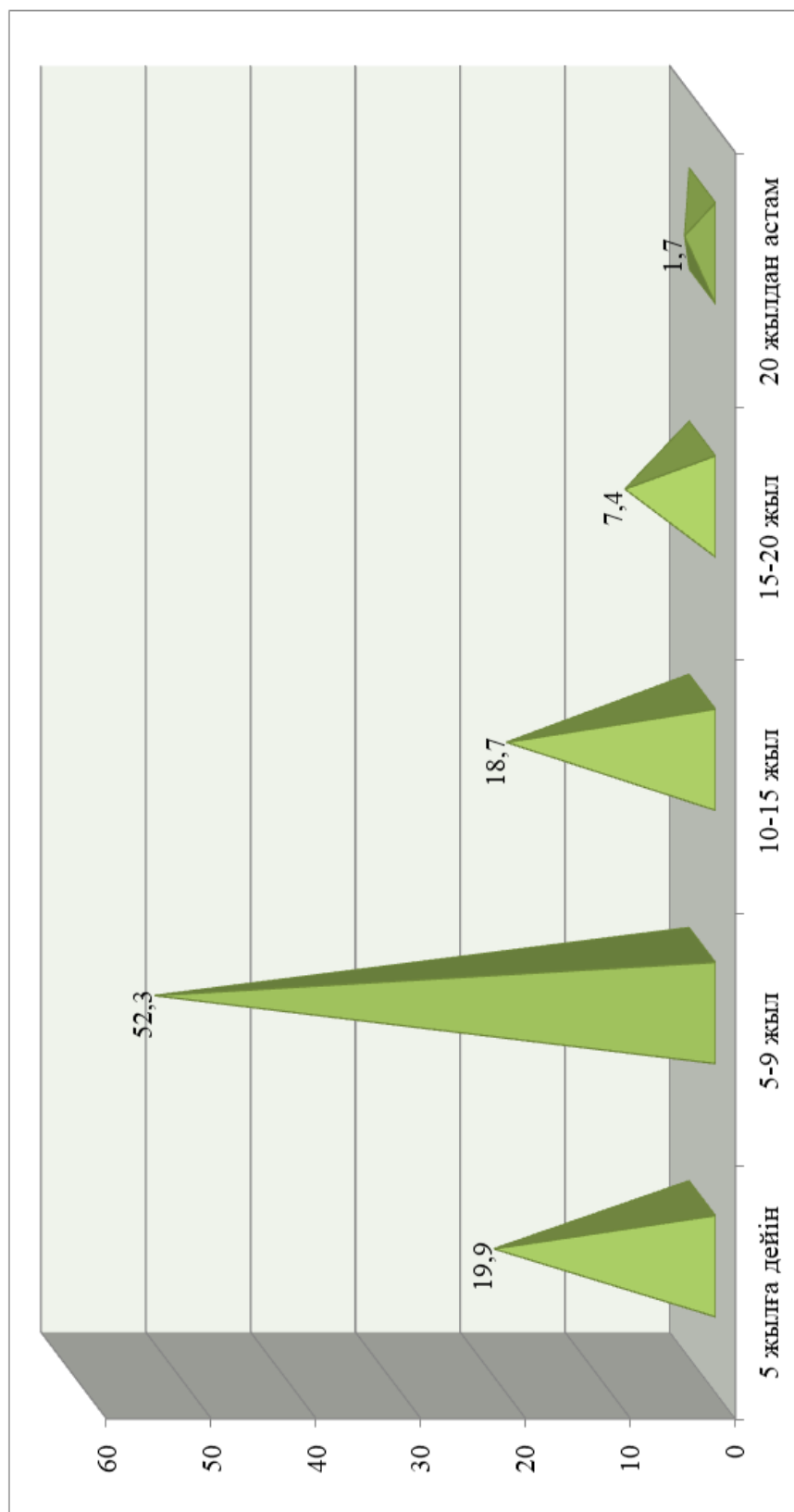
қызметкердің болуы орынды. Мұндай ұйымдастыру шаралары кадрлық іс-қағаздарды сапалы әрі уақтылы жүргізуге негізделген.

Зерттеу барысында аудандық деңгейдегі емдеу-профилактикалық мекемелердің кадрлар бөлімдерінде жұмыс істейтін мамандардың жастық құрылымы талданды (сурет 16). Талдау нәтижесі бойынша 20 – 29 жас аралығындағы мамандардың үлес салмағы 27,9%-ды, 30 – 39 жас аралығындағылар – 34,2%-ды, ал 40 – 49 жастағылар – 26,7%-ды құрады. Жасы 50–59 жас аралығындағы кадр қызметкерлерінің үлесі тек 11,2%-ды ғана қамтыды, бұл кадр саласында тәжірибелі кадрлардың үлесі салыстырмалы түрде төмен екенін көрсетеді.

Сонымен қатар, кадр бөлімінде еңбек ететін мамандардың біліктілік деңгейі де зерттелді (сурет 17). Талдау нәтижесінде, осы салада жұмыс істейтіндердің 72,9 %-ының жоғары кәсіби білімі бар екені анықталды. Алайда, қалған бөлігі бұл салада толық кәсіби даярлықтан өтпеген, немесе медициналық кадрлық басқару бойынша бейінді жоғары білімі жоқ мамандар болып шықты. Бұл жағдай кадрлар бөліміндегі кадрлық жұмыстың сапасы мен тиімділігіне әсер етуі мүмкін екенін көрсетеді.



Сурет 17 – Кадр бөлімінде жұмыс жасайтын қызметкерлердің кәсіби мамандығымен білім деңгейін, % есептелгенде



Сурет 18 – Кадр бөлімдерінде жұмыс жасайтын қызметкерлердің еңбек өтіліне жіктелуі, % есептелгенде

3.3 Кадр бөлімінің кадрлық әлеуеті мен қызметтік тиімділігі

Қазіргі таңда аудандық ауылдық емдеу-профилактикалық мекемелердің кадр бөлімдерінде жұмыс жасайтын қызметкерлердің еңбек өтіліне жасалған талдау нәтижесінде, мамандардың басым көпшілігінің (80,1 %) еңбек өтілі 5 жылдан жоғары екендігі анықталды. Бұл олардың практикалық тәжірибесі жеткілікті екенін көрсеткенімен, басқару мен ұйымдастыру саласындағы арнайы кәсіби біліктің жеткіліксіздігі – құрылымдық кемшіліктің көрінісі.

Зерттеу нәтижелері бойынша, кадрлар бөлімінің қызметкерлерінің басым бөлігінде арнайы менеджерлік немесе қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы жоғары кәсіби білім болмаған. Сонымен қатар, емдеу-профилактикалық мекемелердің басшылық құрамының өзі де басым жағдайда бастапқы мамандығы бойынша дәрігер болып табылатыны белгілі болды. Бұл мәселе Дүниежүзілік Қоғамдық Денсаулық сақтау Ұйымының (ДҚДСҰ) ұсынымдарына сәйкес келмейді. Ұйым ұсынып отырған талаптар бойынша, медициналық мекемелердің басшылары мен кадр бөлімінің қызметкерлері міндетті түрде қоғамдық денсаулық сақтау мамандығы бойынша білім алған кәсіби мамандар болуы қажет.

Заманауи денсаулық сақтау жүйесінің талаптарына сай, кадр бөлімінде қызмет атқаратын маман – кәсіби ұйымдастырушы әрі стратегиялық жоспарлаушы болуы тиіс. Бұл мамандар аудандық ауылдық аймақтарға қажетті бейінді мамандардың тұрақты келуін қамтамасыз ету бағытында жүйелі жұмыс атқаруы қажет. Мұндай саясат, өз кезегінде, жас мамандардың әлеуметтік-тұрмыстық және психологиялық қажеттіліктерін есепке ала отырып, олардың ауылдық жерлерге бейімделуін жеңілдетеді.

Дегенмен, кадр бөлімінің қазіргі қызметкерлері, негізінен, тек мотивациялық факторларға сүйеніп жұмыс атқаратынын көрсетті. Ал басқару қызметінің өзге қырлары, оның ішінде стратегиялық жоспарлау, кадрлық резервті басқару немесе аймақтық қажеттіліктерді есепке ала отырып штаттық саясат жүргізу мәселелері ауылдық жерлерде мүлде қарастырылмай отырғаны байқалды (сурет 18).

Зерттеу барысында анықталған тағы бір маңызды аспект – кадр бөлімінің мамандарының тек 12,3 %-ы ғана маман тапшылығы мәселесін өздерінің негізгі қызметтік міндеті ретінде

қарастыратынын көрсетеді. Сонымен қатар, жоғары медициналық оқу орындарында ұйымдастырылатын "мамандар жәрмеңкесіне" аудандық деңгейдегі мекемелер тарапынан кадр бөлімінің мамандары қатыспаған. Бұл жауапкершілікті көбіне мекеме басшылары немесе Денсаулық сақтау басқармасының жетекшілері өз мойнына алатындығы зерттеу нәтижелерінен белгілі болды.

Жалпы алғанда, кадр бөлімінің қызметкерлерінің тек 31,9 %-ы ғана кадр іріктеу және мамандарды жұмысқа қабылдау үрдісін басқаруда белсенділік танытады. Қызметкерлердің еңбек өнімділігі мен мотивациясы көбіне олардың еңбек ақысы мен марапаттау жүйесіне тікелей байланысты екендігі дәлелденген. Сондықтан бұл бағыттағы мәселелерді басқару кадр бөлімінің негізгі функционалдық міндеттерінің бірі болуы қажет.

Мысалы, мамандардың жаңа технологияларды меңгеру деңгейі, отаға қатысу белсенділігі, еңбек өтілі мен кәсіби жетістіктері негізінде еңбекақы төлеу жүйесін нақтылау және қосымша үстемақыларды ұсыну – кадр бөлімінің қатысуымен жүзеге асырылатын негізгі шаралар қатарында болуы тиіс. Осы ретте, кадр саясатының тиімділігі қызметкерлердің кәсіби өсуін ынталандыру мен мекеме ішіндегі тұрақтылықты қамтамасыз етуде шешуші рөл атқарады.

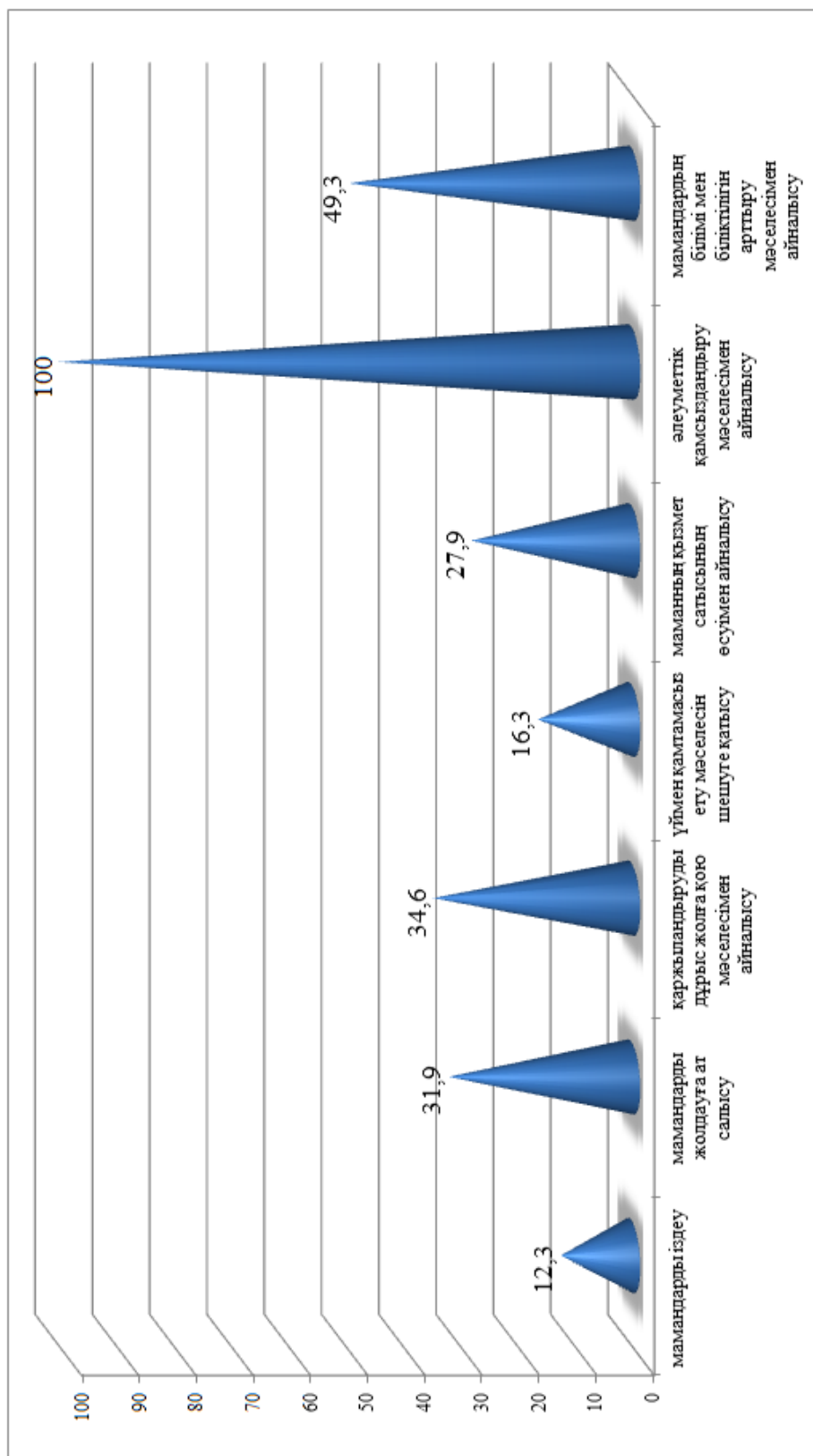
3.4 Ауылдық өңірлерде дәрігер кадрларын тұрақтандырудағы тұрғын үймен қамтамасыз ету және материалдық ынталандырудың рөлі

Аудандық ауылдық емдеу-профилактикалық мекемелерде медициналық кадрлардың тұрақты қызмет етуін қамтамасыз етудегі негізгі факторлардың бірі – оларды тұрғын үймен қамтамасыз ету мәселесі. Тұрғын үймен қамтамасыз етілу деңгейі жас мамандардың ауылдық жерлерде еңбек етуге деген құлшынысын арттырып қана қоймай, олардың сол өңірде тұрақтап қалуына, отбасын құруына және демографиялық өсімге үлес қосуына оң ықпал етеді.

Бұл мәселенің шешімі жоғары оқу орындарын жаңа бітірген жас мамандардың аудандық медициналық ұйымдарда тұрақты жұмыс істеуін қамтамасыз ету үшін стратегиялық маңызға ие. Сонымен қатар, ауылдық жерлерде еңбек ететін жас дәрігерлерге бір реттік көтерме қаржылай көмек көрсетуді ұлғайту – олардың мотивациясын арттырудың тағы бір пәрменді тетігі ретінде қарастырылуы қажет.

Алайда, осы өзекті мәселемен жүйелі түрде айналысатын кадр бөлімінің мамандарының үлесі небәрі 16,3%-ды ғана құрап отырғаны зерттеу барысында анықталды. Бұл көрсеткіш кадрлық саясаттың жеткіліксіз деңгейде ұйымдастырылып отырғанын және мамандар тапшылығы мәселесін шешуге бағытталған іс-шаралардың жүйелілік пен тиімділіктен кенже қалып жатқанын білдіреді.

Осыған байланысты, кадр бөлімінің қызметіне еңбек нарығындағы жағдайды талдау, өңірлік қажеттіліктерді бағалау және жас мамандарды әлеуметтік қолдаудың кешенді бағдарламаларын енгізу сияқты міндеттерді жүйелі түрде ендіру қажет. Мұндай тәсіл кадр тұрақсыздығының алдын алып, ауылдық денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігі мен қолжетімділігін арттыруға ықпал етеді.



Сурет 19 – Кадрлар бөлімі қызметкерлерінің өз міндетіне көзқарасы, % есептегенде

3.5 Ауылдық өңірлердегі жас дәрігерлердің кәсіби өсуі және кадр бөлімінің стратегиялық рөлі

Ауылдық жерлерде еңбек жолын бастаған жас дәрігерлердің тұрақты қызмет атқаруына ықпал ететін маңызды факторлардың бірі – олардың кәсіби өсу траекториясының айқындылығы мен қызметтік сатылар бойынша ілгерілеу мүмкіндіктерінің қамтамасыз етілуі. Осы үдерісті кадр бөлімінің жүйелі түрде қадағалауы ұйымышilik басқару сапасын арттырудың маңызды тетігі болып табылады. Алайда жүргізілген зерттеулер көрсеткендей, бұл қағидатты дұрыс деп есептейтін мамандардың үлесі небәрі 27,9%-ды құрап отыр.

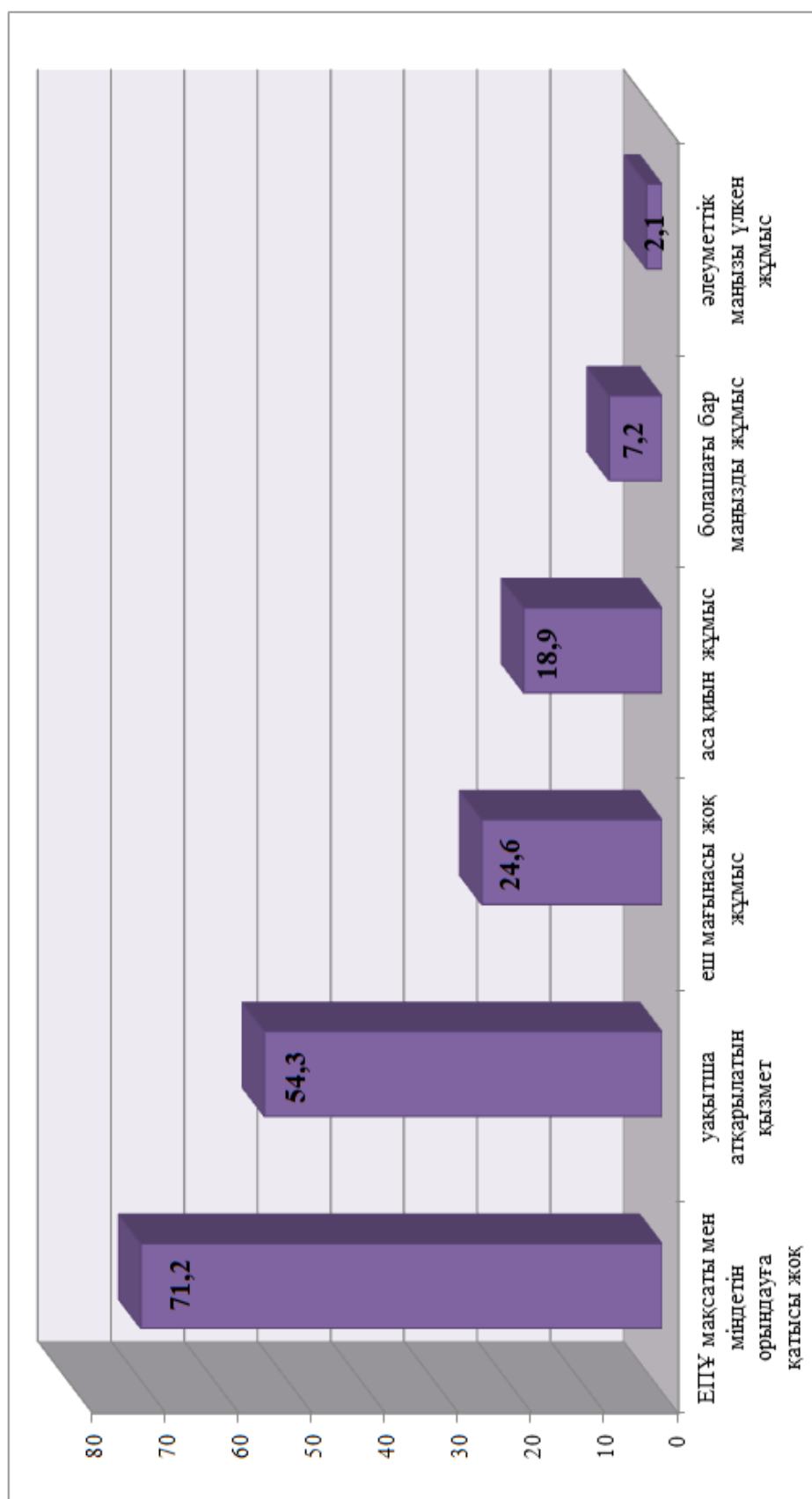
Кадр бөлімінің жас дәрігерлердің білімін жетілдіру және біліктілігін арттырумен тікелей айналысатын мамандарының үлесі де мардымсыз – 49,3% деңгейінде ғана. Қарама-қарсы жағынан алғанда, зейнет жасына жеткен мамандардың әлеуметтік-құқықтық мәселелерімен (зейнетақы рәсімдеу, жұмыс өтілін анықтау және т.б.) барлық кадр мамандарының айналысатыны анықталды (100%).

Бұл жағдай кадр қызметкерлерінің өз міндеттері мен функцияларын толық игермегендігін немесе олардың кәсіби рөлін төмен бағалайтындығын көрсетеді. Бұған дәлел ретінде, зерттеу деректері бойынша кадр мамандарының 71,2%-ы бұл бөлім емдеу-профилактикалық мекеменің стратегиялық міндеттеріне еш ықпал етпейді деп санайды. Сонымен қатар, олардың 54,3 %-ы бұл бөлімде уақытша жұмыс атқарып жатқанын ашық мәлімдеген.

Сұралған мамандардың 24,6%-ы өз бөлімінің қызметіне мән-мағына жоқ деп баға берсе, тек 7,2%-ы болашағы бар, 2,4%-ы әлеуметтік маңызы жоғары бағыт деп есептейді. Бұл көрсеткіштер кадрлық бөлімде жүйелі мотивация мен кәсіби жауапкершілік механизмдерінің жеткіліксіз екенін айғақтайды.

Зерттеу кезеңінде алынған нәтижелер денсаулық сақтау жүйесінің кадрлық ресурстарын басқару саласында кадр мамандарын кәсіби тұрғыдан даярлау мен қайта даярлаудың өзектілігін айқын көрсетті. Осыған орай, аудандық деңгейдегі денсаулық сақтау ұйымдарының кадр бөлімдері үшін мамандардың кәсіби қайта даярлау және біліктілігін арттыру бағдарламаларын ұйымдастыру – басты стратегиялық бағыттардың бірі болуы қажет.

Мәселен, 2014 – 2016 жылдары кадр бөлімінің мамандарының 62,4%-ы ғана тақырыптық курстарға қатысып, өз білімін арттырған. Бұл – жеткіліксіз көрсеткіш. Кадр қызметін жетілдіру емдеу-профилактикалық мекемелердегі жалпы практика дәрігерлерінің, бейінді мамандардың және орта медицина қызметкерлерінің еңбек өнімділігі мен сапасын арттыруға мүмкіндік береді. Осы бағытта жүзеге асырылған іс-шаралар ұзақ мерзімді кадрлық тұрақтылық пен денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігін қамтамасыз ететін модельдің қалыптасуына ықпал етпек.



Сурет 20 – Кадр бөлімі мамандарының өздері атқаратын жұмысқа берген бағалары, % есептегенде

Ауылдық емханалардағы диспансерлеу жұмысына кадрлық қамтылудың әсері: корреляциялық талдау нәтижелері.

Диспансерлеу жұмыстарының тиімділігін бағалау барысында ауылдық аймақтардағы емханалық-амбулаториялық мекемелердің дәрігерлік қамтылу деңгейі маңызды фактор ретінде қарастырылды. Жүргізілген корреляциялық талдау нәтижелері жалпы тәжірибелік дәрігерлермен қамтамасыз етілу деңгейі мен әлеуметтік маңызы жоғары ауруларды ерте сатысында анықтау көрсеткіші арасында тығыз байланыс бар екенін көрсетті ($r=0,79$). Сонымен қатар, жалпы тәжірибелік дәрігерлердің біліктілігі ($r=0,87$), олардың кәсіби санаттылығы ($r=0,89$), бейінді дәрігерлердің жеткіліктілігі ($r=0,92$), сондай-ақ арнайы стационарларда ем алу мүмкіндігі ($r=0,87$) диспансерлік бақылаудың сапасына тікелей ықпал ететіні анықталды.

Әлеуметтік маңызы бар ауруларды диспансерлік есепке сапалы қою үшін емханалардағы жалпы тәжірибелік дәрігерлердің жеткіліктілігі ($r=0,87$), олардың жоғары санаттылығы ($r=0,88$), бейінді мамандармен қамтамасыз етілу деңгейі ($r=0,89$) және стационарлық ем алу мүмкіндіктері ($r=0,71$) шешуші рөл атқарады.

Профилактикалық шараларды жүйелі түрде жүзеге асыру үшін жалпы тәжірибелік дәрігерлердің саны жеткілікті болуы тиіс ($r=0,93$). Бұл ретте олардың кәсіби дайындығы ($r=0,83$), санаттылығы ($r=0,92$), бейінді дәрігерлердің қатысуы ($r=0,94$) және стационарлық емге қолжетімділік ($r=0,89$) сияқты көрсеткіштер айрықша маңызға ие.

Уақытша еңбекке жарамсыздық көрсеткіштері де осы факторлармен тығыз байланысты. Атап айтқанда, жалпы тәжірибелік дәрігерлермен қамтамасыз етілу деңгейі ($r=0,73$), дәрігерлердің санаттылығы ($r=0,78$), бейінді мамандардың жеткіліктілігі ($r=0,78$) және стационарлық көмекке қолжетімділік уақытша еңбекке жарамсыздықтың жиілігіне ықпал етеді.

Диспансерлік есепте тұрған науқастардың мүгедектікке шығуы мен тұрақты еңбекке жарамсыздық оқиғалары келесі көрсеткіштермен жоғары деңгейде өзара байланысты: дәрігерлердің саны ($r=0,79$), кәсіби санаттылығы ($r=0,69$), біліктілігі ($r=0,81$), бейінді дәрігерлермен қамтылуы ($r=0,96$), сондай-ақ арнайы стационарлық бөлімшелердегі ем алу мүмкіндігі ($r=0,88$).

Бұдан бөлек, әлеуметтік маңызы бар аурулардан туындайтын өлім көрсеткіштері де осы факторларға тәуелді. Жалпы тәжірибелік дәрігерлердің жетіспеушілігі өлім көрсеткішінің жоғары болуына әкелсе ($r=0,72$), дәрігерлердің біліктілігі ($r=0,83$), тәжірибесі ($r=0,82$), кәсіби санаты ($r=0,94$), бейінді мамандардың жеткіліктілігі ($r=0,99$) және стационарлық ем алу мүмкіндігі ($r=0,97$) бұл көрсеткішті төмендетеді.

Аталған талдау ауылдық аймақтардағы емханалық-амбулаториялық ұйымдардың тиімді жұмыс істеуі үшін дәрігерлік кадрмен жеткілікті қамтамасыз ету, олардың кәсіби деңгейін арттыру және стационарлық көмектің қолжетімділігін күшейту қажеттігін дәлелдейді. Бұл шаралар тұрғындардың еңбекке қабілеттілігін сақтау мен өлім көрсеткішін төмендету үшін маңызды шарт болып табылады.

Кесте 7 – Диспансерлеудегі жұмыстың дәрігерлермен қамтамасыз етудің тиісетін әсерін корреляциялық бағалау нәтижесі

Көрсеткіштер	Емхананың жалпы тәжірибелік дәрігермен жабдықталу деңгейі	Дәрігердің кәсіби дайындығы	Еңбек өтілі	Біліктілік санаты	Сала мамандарымен қамтылуы	Стационарлық бейінді бөлімде емделу мүмкіндігі
Өлеуметтік маңызы бар сырқаттарды бастапқы кезеңінде анықтау	0,79	0,87	0,64	0,89	0,92	0,87
ӘМҰА бойынша тіркеуге алу шаралары	0,87	0,62	0,43	0,88	0,89	0,71
Алдын алу жұмыстарының жүйелі орындалуы	0,93	0,83	0,64	0,92	0,94	0,89
ӘМҰА-на байланысты уақытша еңбекке қабілетсіздік	0,73	0,65	0,51	0,78	0,78	0,77
ӘМҰА салдарынан мүгедектікке шығу жиілігі	0,79	0,81	0,38	0,69	0,96	0,88
ӘМҰА-ға байланысты өлім көрсеткіші	0,72	0,83	0,82	0,94	0,99	0,97



Сурет 21 – Емдеу-профилактикалық мекемелерінің кадр бөлімі мамандарының бейінді дәрігерлер мен орта буын медициналық қызметкерлерінің еңбек ету сапасын арттыру мен ынталандыруға бағытталған шаралардың моделі

Кадр қызметін жетілдіру және басқару тиімділігін арттыру жолдары

Ауылдық және қалалық емдеу-профилактикалық мекемелердің кадрлық әлеуетін арттыру мақсатында олардың басшылары кадр қызметін стратегиялық тұрғыда басқару қажет. Бұл үшін кадрлар бөлімін қажетті мамандармен толықтырып, олардың кәсіби құзыреттілігін жүйелі түрде арттыру шараларын қолға алу міндеті туындайды (сурет 21). Атап айтқанда, кадр қызметкерлерінің кәсіби біліктілігін жетілдіру мақсатында Оңтүстік Қазақстан медицина академиясының Қоғамдық денсаулық сақтау кафедрасының базасында арнайы оқу курстарын ұйымдастыру ұсынылады.

Кадрлар құрамын қазіргі заманғы талаптар мен Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұсынымдарына сәйкес қалыптастыру қажет. Бұл ретте кадр бөлімінің құрылымына кәсіби менеджерлерді, заңгерлерді және психологтарды енгізу тиімді басқаруды қамтамасыз етеді. Сонымен қатар, ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің қолдауымен кадрлар бөлімінің қызметтік міндеттерін нақтылау және әрбір маман атқаратын жұмыс көлеміне байланысты хронометраж жүргізу ұсынылады.

Кадрлық жұмыстың сапасын бағалау және мамандардың лауазымдық міндеттерін орындауына қарай еңбекақыны әділ тағайындау жүйесін енгізу – емдеу-профилактикалық мекемелердің кадрлық тұрақтылығын және қызмет сапасын арттырудың негізгі шарты. Бұл бағытта жүйелі мониторинг пен ішкі бақылау механизмдерін дамыту маңызды.

Ауыл тұрғындары арасында диспансерлеу ісін бағалау

Ауылдық аудандардағы амбулаторлық-емханалық ұйымдардың профилактикалық қызметі диспансерлік бақылау әдіснамасы негізінде жүзеге асырылады. Бұл процесте учаскелік дәрігерлер скринингтік зерттеулер арқылы тұрғындар арасында дені сау және созылмалы бейэпидемиялық аурулары бар азаматтарды анықтап, оларды динамикалық бақылауға алады. Ауруды ерте кезеңінде диагностикалау және созылмалы патологиялардың асқынуын дер кезінде тоқтату мақсатында белсенді терапиялық шаралар жүргізіледі. Бұл өз кезегінде аурулардың созылмалы түрге ауысу қаупін азайтып, мүгедектік пен ерте өлім көрсеткіштерін төмендетуге ықпал етеді.

Оңтүстік Қазақстан облысы әкімшілік аумақтарындағы амбулаторлық-емханалық ұйымдар диспансерлеу жұмыстарын келесі бағыттар бойынша ұйымдастырады: жүкті әйелдер, балалар, жасөспірімдер, сондай-ақ зиянды еңбек жағдайында жұмыс істейтін тұлғалар арасындағы созылмалы бейэпидемиялық аурулары бар азаматтарды анықтау, оларды жүйелі бақылауға алу, әрі скринингтік тексерулерден өткізу. Бұл жұмыстардың маңызды аспектісі – тұрғындардың профилактикалық тексерулерге толыққанды тартылуын қамтамасыз ете отырып, олардың денсаулығын сақтау мен қалпына келтіруге бағытталған емдеу-профилактикалық кешенді шараларды жүзеге асыру.

Скрининг және диспансерлеу жүйесін ұйымдастыруда әдіснамалық тәсілдер халықаралық деңгейде әртүрлілік танытқанына қарамастан, олардың

негізін құрайтын қағидалар бірдей: әлеуметтік мәні жоғары аурулар бойынша қауіп тобындағы азаматтарды анықтап, оларды жүйелі бақылауға алу. Мұндай санатқа кіретін әрбір тұрғын үшін патологияны ерте сатысында анықтап, оның алдын алуға бағытталған диагностикалық және емдік шаралардың нақты түрлері мен көлемі айқындалады.

Диспансерлеу үдерісінің тиімділігі екі басты шартқа тәуелді: алғашқысы – алдын алуға бағытталған іс-шаралардың дұрыс жоспарлануы мен сапалы орындалуы; екіншісі – диспансерлік бақылауға алынған тұлғалардың бұл шараларға қатысу деңгейі мен ішкі ынтасы. Осы екі тетік үйлесімді түрде жүзеге асқанда ғана диспансерлеу қызметі жоғары нәтижеге қол жеткізеді.

Балалардың физикалық дамуы мен аурушандығы арасындағы өзара байланысты диспансерлеудің негізі ретінде бағалау

Балалар денсаулығының объективті сипаттамасын қамтамасыз ететін негізгі екі көрсеткіш – аурушандық деңгейі мен физикалық даму көрсеткіштері. Бұл екі параметрдің арасындағы өзара байланыс қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы зерттеулерде ерекше мәнге ие.

Ұзақ мерзімді (лонгитудиналдық) бақылау негізінде жүргізілген зерттеу барысында балалар популяциясындағы жыныстық-жастық ерекшеліктер мен аурушандық құрылымы, сондай-ақ жекелей физикалық дамудың жасқа байланысты динамикасы бағаланды. Мұндай зерттеу тәсілі физикалық даму мен аурушандық арасындағы ықтимал себеп-салдарлы байланысты нақтылау үшін негіз болады.

Көптеген ғылыми еңбектерде нашар физикалық дамуы бар балалардың арасында аурушандық деңгейі жоғары болатындығы айқындалған. Яғни, физикалық даму ауытқулары кейбір жағдайларда аурудың алғашқы қауіп факторы ретінде көрініс табады. Басқа зерттеулерде, керісінше, жиі ауыратын балалардың физикалық дамуының тежелуі орын алатыны көрсетілген. Бұл қарама-қайшылықтар мәселенің күрделілігін және нақты деректермен негізделген талдаудың қажеттілігін көрсетеді.

Мысалы, В.Г. Ужвидің деректері бойынша, физикалық дамуында ауытқу бар 1 жасқа дейінгі балалардың аурушандығы жалпы популяциямен салыстырғанда 4,6%-ға жоғары, ал 2 – 3 жастағыларда бұл айырмашылық 16,6%-ға, 4 – 5 жастағыларда – 9,8%-ға, 6 – 7 жастағыларда – 7,8%-ға дейін жеткен. Сонымен қатар, артық дене салмағы бар балалардың аурушандық деңгейі өз жасындағы балалардың жалпы көрсеткішінен айтарлықтай жоғары – 14,6%-дан 19,3%-ға дейін.

Жалпы алғанда, отандық және шетелдік әдебиеттерде балалар арасындағы артық дене салмағының таралу жиілігі 8%-дан 30%-ға дейін жететіні көрсетілген. Мұндай балалар арасында созылмалы тонзиллит, обструктивтік бронхит, аллергиялық аурулар мен артериялық гипертензия жиі кездеседі.

Осы зерттеу аясында 603 бала (303 ұл және 300 қыз) 1 жастан 7 жасқа дейін лонгитудиналдық бақылауға алынып, олардың физикалық даму

көрсеткіштері В.Г. Властовский әдістемесімен бағаланды. Бұл әдіс бес түрлі даму деңгейін қамтиды: орташа, ортадан төмен, дисгармониялық төмен, ортадан жоғары және дисгармониялық жоғары. Бағалау дененің антропометриялық параметрлері бойынша σ (орташа квадраттық ауытқу) және салмақ-бой көрсеткішінің регрессиялық коэффициенті арқылы жүргізілді.

Зерттеу нәтижелері бойынша, өмірінің бірінші жылында қалыптасқан физикалық даму деңгейін жеті жасқа дейін сақтап қалғандар қыздар арасында 19,7%-ды, ал ұлдар арасында 29,0%-ды құрады. Қалған балаларда жасына қарай айтарлықтай өзгерістер байқалды, бұл өзгерістер аурушандықпен тығыз байланысты болды.

Мысалы, 1 жастағы балалар арасында «ортадан төмен» физикалық даму деңгейі 39,3%-ды, 2 жастағыларда – 19,1%-ды, ал 3 жастағыларда – 11,5%-ды құрады (кесте 7). Бұл деректер диспансерлік бақылау барысында балалардың физикалық дамуы мен аурушандығы арасындағы байланысты ескерудің маңыздылығын айқын көрсетеді.

Кесте 8 – Балалардың жастық құрамына қарай физикалық даму деңгейінің таралуы (осы жастағы және жыныстағы балалар санына % қатынасы)

Даму деңгейі	Жынысы	Жасы (жыл)	1	2	3	4	5	6	7
Дисгормоналды төмен	ұл		1,0	10,8	8,2	6,9	2,9	0,9	1,6
	қыз		9,0	22,0	9,6	10,6	3,7	2,6	3,0
Орташадан төмен	ұл		39,3	19,1	11,5	9,9	5,9	1,6	5,9
	қыз		25,0	17,5	12,3	9,6	1,7	1,7	1,0
Орташа	ұл		54,1	48,5	58,7	61,0	66,7	76,2	72,6
	қыз		60,3	40,1	58,3	60,7	75,7	75,0	76,7
Орташадан жоғары	ұл		5,6	12,8	13,8	13,8	18,8	12,5	11,6
	қыз		4,7	13,0	9,6	13,3	13,7	12,0	12,3
Дисгормоналды жоғары	ұл		–	8,5	7,6	8,2	9,5	8,5	8,2
	қыз		1,0	7,3	10,0	6,4	5,3	8,7	7,0

4. ЖАС ЕРЕКШЕЛІГІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ БАЛАЛАРДЫҢ ФИЗИКАЛЫҚ ДАМУ ДЕҢГЕЙІ МЕН АУРУШАҢДЫҚ ҚҰРЫЛЫМЫНЫҢ ӨЗАРА БАЙЛАНЫСЫН БАҒАЛАУ

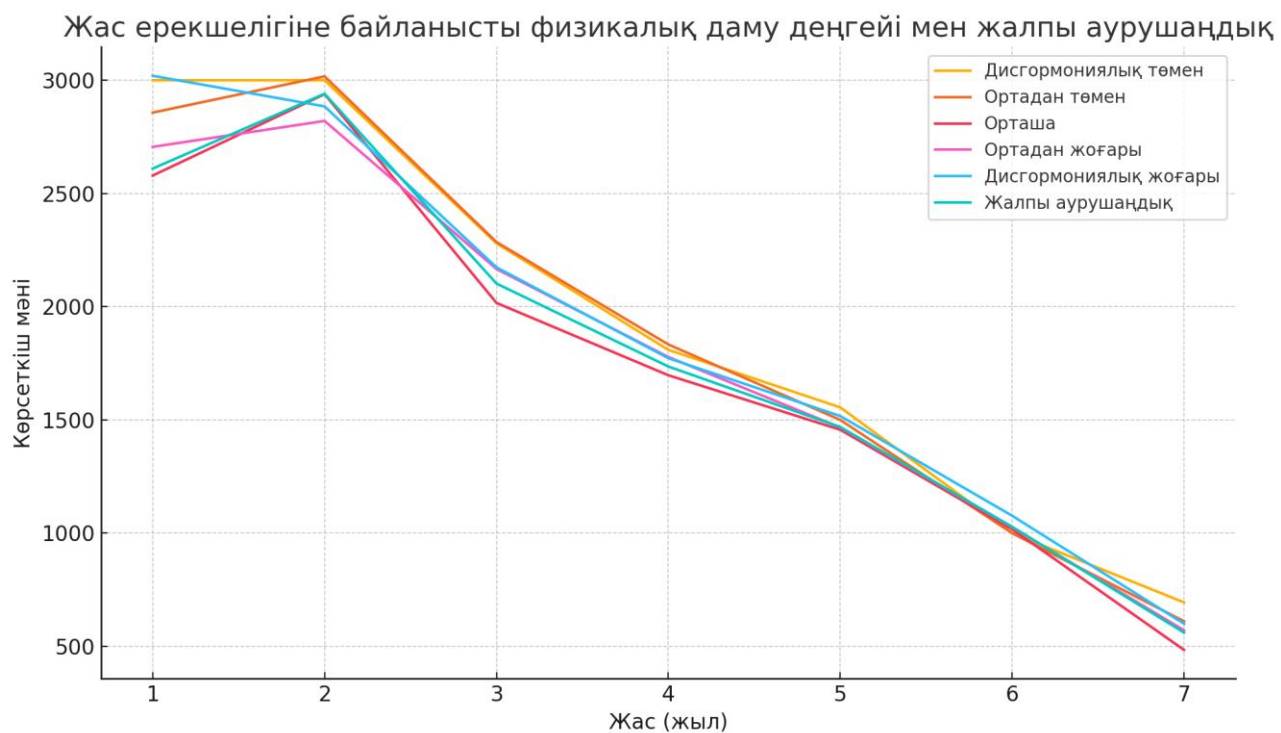
Балалар арасындағы физикалық дамудың жасқа байланысты өзгерістері мен аурушаңдық құрылымы арасында айқын өзара байланыс бар екендігі зерттеу барысында дәлелденді. Мәселен, «ортадан төмен» деңгейдегі физикалық дамуға ие қыз балалардың үлесі 1 жаста – 25,0%, 2 жаста – 17,6%, ал 3 жаста – 12,3%-ды құрады. Бұл көрсеткіш 7 жаста бар болғаны 1,0%-ға дейін төмендеді. Ер балалар арасында сәйкес көрсеткіштер: 1 жаста – 39,3%, 2 жаста – 19,1%, 3 жаста – 11,5%, ал 7 жаста – 5,9% болған.

Осыған ұқсас жасқа байланысты динамика төмен дисгармониялық физикалық дамуы бар топта да байқалды. Алайда, ең жоғары үлес салмақ бұл топта 1 жас емес, 2 жаста байқалды: қыздар арасында – 22,0%, ұлдар арасында – 10,8%. Бұл жаста балалардың жалпы аурушаңдығы да ең жоғары деңгейге жеткен. 7 жастағы дисгармониялық төмен даму деңгейіндегі қыз балалардың үлесі 2 жастағыларға қарағанда 7,3 есеге төмендесе, ер балалар арасында бұл айырмашылық 6,7 есені құрады.

Керісінше, «ортадан жоғары» физикалық даму деңгейіндегі балалардың үлес салмағы жас ұлғайған сайын артып отырғаны байқалды. Қыз балаларда бұл көрсеткіш 1 жаста 4,7%-ды құраса, 7 жаста – 12,3%-ға дейін жеткен. Ер балалар арасында сәйкес көрсеткіш 5,6%-дан 11,6%-ға дейін артқан. Бұл тенденция дене салмағының артықтығы жасы үлкен топтарда жиі байқалатынын көрсетеді.

Ең жоғары үлес салмағы «ортадан жоғары» деңгейде 4,5 жастағы қыздарда (13,3–13,7%) және 3,6 жастағы ер балаларда (13,8–18,8%) тіркелген. Сонымен қатар, физикалық дамуы жоғары деңгейдегі, бірақ дисгармониялық сипаттағы қыз балалардың үлесі 1 жаста 1,0%-дан басталып, 7 жаста 7,0%-ға дейін артқан. Ер балаларда бұл топтың үлесі 2 жаста 7,6–9,5% болса, 7 жаста сәл төмендегені байқалды.

Аталған жас ерекшелігімен байланысты динамика тек бой мен салмақтың морфологиялық айырмашылығымен емес, сонымен бірге аурушаңдық құрылымымен де тығыз байланысты. Кесте 8 және 9 мәліметтеріне сүйенсек, түрлі физикалық даму деңгейіндегі балалар арасында жалпы аурушаңдықтың айырмашылығы айқындалған.



Сурет 22 – Қыздардың жасына қарай жалпы аурушаңдығының физикалық даму деңгейіне байланысты динамикасы (1000 қызға балап есептегендегі оқиғалар саны, $(M \pm m)$)

Кесте 9 – Физикалық даму деңгейі мен аурушандық жиілігі арасындағы тәуелділікті талдау

Физикалық даму деңгейі	Жасы, жылмен есептегенде						
	1	2	3	4	5	6	7
Дигормониялық төмен(M±m)	2814,8 +2,7	2606,1 +1,9	2275,8 +1,1	1763,1 +0,8	1818,2 +0,9	1225,0 +1,4	790,1 +2,1
Ортадан төмен (M±m)	2293,3 +3,6	2792,4 +2,8	2324,3 +2,3	1862,1 +3,1	1800,0 +2,6	1000,0 +3,1	684,2 +3,6
Орташа (M±m)	2132,6 +5,5	2491,6 +3,8	1958,6 +2,9	1643,3 +2,7	1806,1 +2,5	1102,7 +3,4	512,3 +4,7
Ортадан жоғары (M±m)	2142,8 +5,9	2564,1 +4,0	2172,4 +3,7	1750,0 +3,1	1829,3 +2,8	1138,9 +3,9	514,2 +5,1
Дигормониялық жоғары(M±m)	2333,3 +7,4	2636,3 +5,7	2116,7 +4,4	1736,8 +3,7	1812,5 +4,9	1153,8 +5,2	523,8 +6,4
100% деп қабылданған жалпы аурушандық	2256,7	2590,0	2086,7	1706,6	1810,0	1116,7	513,3

Жүргізілген зерттеу нәтижелері көрсеткендей, физикалық дамуы «ортадан төмен» деңгейдегі ер балалардың жалпы аурушандығы осы жас тобындағы орташа көрсеткіштен 2,0–14,9% жоғары болған. Ал қыз балалар арасында бұл айырмашылық 0,45–24,7%-ды құрады. Аурушандықтың ең жоғары деңгейлері негізінен 1, 2 және 3 жас аралығындағы балаларда байқалған.

Физикалық дамуы «ортадан жоғары» топтағы балаларда жалпы аурушандық көрсеткіші, керісінше, көбінесе ересек жастағы топтарда – әсіресе 6 және 7 жастағы балаларда – орта деңгеймен салыстырғанда біршама жоғары болған. Мысалы, ер балалар арасында бұл айырмашылық 5,2–6,2%-ды, қыз балалар арасында – 3,3–2,0%-ды құрады. Сонымен қатар, 1 жастағы қыз балаларда да аурушандықтың жоғарылағаны анықталған, бұл көрсеткіш орта деңгейден 3,4%-ға жоғары болған.

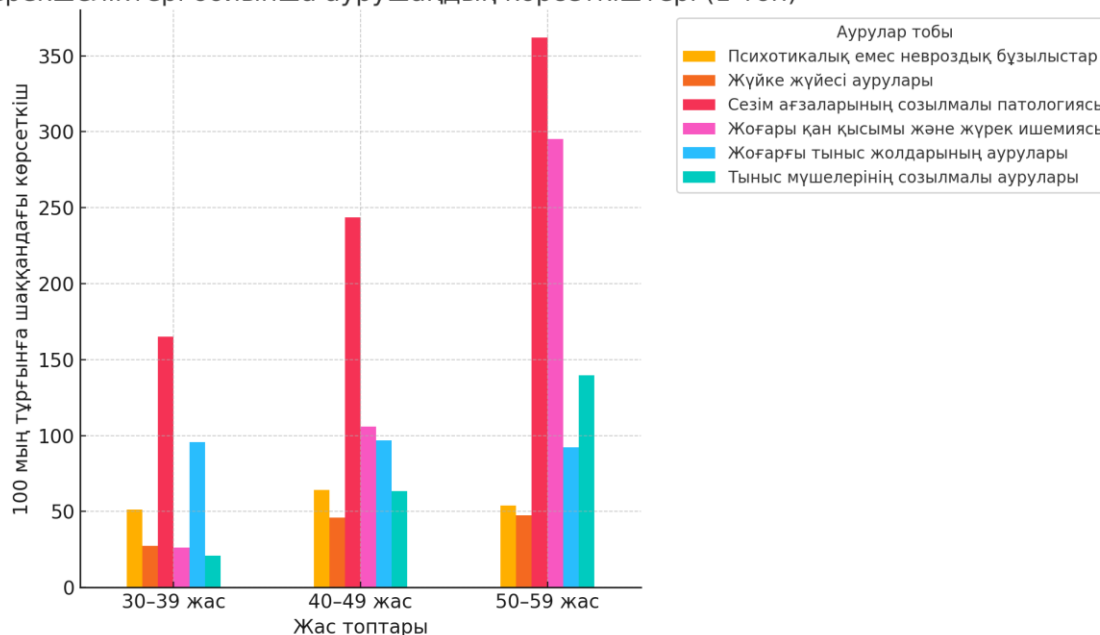
Аурушандық көрсеткіштеріндегі ауытқуларды талдау барысында дисгармониялық физикалық даму деңгейінің жоғарылауымен және жас ұлғайған сайын бұл ауытқулардың көлемі де ұлғаятыны анықталды. Осыған байланысты, дисгармониялық типтегі физикалық даму деңгейі бар балалардың созылмалы ауруларға бейімділігі жоғары болып келеді. Мұндай балалар педиатрдың тұрақты диспансерлік бақылауында болуы қажет, сонымен қатар эндокринолог маманынан жүйелі түрде емдеу және алдын алу көмегін алуы тиіс.

5. ТҰРҒЫНДАР АРАСЫНДА ФИЗИКАЛЫҚ ДАМУ ДЕҢГЕЙІ МЕН ПАТОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЛАРДЫҢ ТАРАЛУ АРАҚАТЫНАСЫ

Физикалық даму деңгейінің қалыптан ауытқуы адам денсаулығына тікелей әсер ететін маңызды фактор ретінде қарастырылады. Сол себепті тұрғындар арасында жүргізілетін кешенді профилактикалық бағдарламаларда артық салмақты төмендету, дене белсенділігін арттыру, дұрыс тамақтану қағидаларын ұстану сынды шаралар маңызды орын алады. Бұл алдын алу іс-шаралары денсаулық көрсеткіштерінің жақсаруына және аурушандық деңгейінің төмендеуіне ықпал етеді.

Көптеген отандық және шетелдік зерттеулер нәтижесі бойынша, артық салмақ пен семіздік жүрек-қан тамыр жүйесінің аурулары, жоғарғы тыныс жолдарының патологиялары, қант диабеті және бауыр ауруларының дамуымен тығыз байланысты екендігі дәлелденіп отыр. Артық салмағы бар тұлғаларда бұл аурулар жиі және ауыр түрде өтетіні байқалған (Кесте 11).

Жас ерекшеліктері бойынша аурушандық көрсеткіштері (1-топ)



Сурет 23 - бой ұзындығы шамамен бірдей болғанымен, физикалық даму деңгейі әртүрлі тұрғындар арасындағы патологиялардың таралу жиілігі пайыздық көрсеткішпен берілген.

Кесте 10 – бой ұзындығы шамамен бірдей болғанымен, физикалық даму деңгейі әртүрлі тұрғындар арасындағы патологиялардың таралу жиілігі пайыздық көрсеткішпен берілген.

16	2	3	4	5	6	7	8
Өңештің, асқазанның және он екі елі ішектің созылмалы аурулары	1	113,1	149,8	152,4	52,0	131,2	127,9
	2	163,6	145,5	144,0	87,6	129,2	139,8
	3	151,2	214,3	236,8	72,1	178,4	219,3
	4	88,4	110,7	120,2	48,3	73,2	53,2
Әйелдердің жыныс ағзаларының созылмалы аурулары	1				130,2	132,5	110,6
	2				104,6	122,0	118,6
	3				131,3	137,0	70,7
	4				85,4	56,6	114,1

Физикалық даму деңгейі мен жекелей патологиялардың таралуы арасындағы байланыс.

Зерттеу нәтижелері бойынша, кейбір жағдайларда әртүрлі физикалық даму топтарындағы аурушандық деңгейінің айырмашылығы 1,5–2,0 есеге дейін жететіні анықталды. Әсіресе дене салмағының төмен деңгейімен байланысы бар патологиялар тобына невроздар, тыныс алу жүйесінің аурулары, өңештің созылмалы аурулары, асқазан мен он екі елі ішектің патологиялары жатады. Әйелдер арасында созылмалы жыныс мүшелерінің ауруларының жиілігі де жоғары болып шықты.

Барлық жас топтарында сезім ағзаларына қатысты аурулар физикалық даму деңгейімен өзара бірізді байланыс көрсеткенімен, басқа жекелеген патологиялар мұндай тәуелділікке бағынбағаны байқалды. Бұл дерек әрбір жас тобындағы жалпы аурушандық деңгейінің жекелеген патологиялармен тығыз байланысын көрсетеді. Сонымен қатар, физикалық дамудың деңгейіне тәуелді және тәуелсіз аурулар тобы бар екенін ескеру қажет. Сондықтан артық салмақты төмендету – тек сол себеппен тығыз байланысты аурулардың таралуын ғана азайтады деп қорытынды жасау орынды.

Қызықты жайт: артық салмақ пен онымен байланысты патологиялар арасында белгілі бір тепе-теңдік байқалады. Яғни, бір топтағы аурулардың таралуы азайғанымен, екінші бір топта айтарлықтай өзгеріс болмауы мүмкін. Бұл құбылыс жалпы аурушандықтың интегралды көрсеткіштерінің тұрақты деңгейде қалуына әсер етеді (кесте 12).

Кесте 11 – 30 – 59 жас аралығындағы ересек тұрғындар арасында әртүрлі физикалық даму топтарына байланысты созылмалы аурулардың таралуы (% есебінде)

Физикалық даму тобы	Ер адамдар	Әйел адамдар
Гармониялық физикалық даму	740,2	882,5
Салмақ жетіспеушілігінен туындайтын ауытқулар	812,6	895,5
Артық салмақпен байланысты дамудағы ауытқулар	808,7	893,5

Жас ерекшеліктері мен физикалық даму деңгейінің аурушандыққа ықпалы

Жас шамасына байланысты талдауда, гармониялық физикалық даму деңгейі бар 50 жасқа дейінгі ер адамдар мен 30-39 жас аралығындағы әйелдер арасында созылмалы аурулардың таралуы, физикалық дамуында ауытқулары бар топтармен салыстырғанда едәуір төмен екені анықталды (Кесте 12). Осыған сүйене отырып, физикалық даму деңгейіне байланысты аурушандық құрылымының гипотетикалық өзгеру мүмкіндігі моделденді.

Кесте 12 – Жасы мен физикалық даму деңгейіне қарай ересек тұрғындар арасында созылмалы аурулардың таралуы (% есебінде)

Физикалық даму тобы	Жасы, жылмен есептегенде							
	30-39	40-49	50-59	30-59	30-39	40-49	50-59	30-59
	Ер кісілер				Әйелдер			
Гармониялық даму	498,2	770,0	1142,8	740,2	680,6	902,3	1161,6	882,5
Дене салмағының жеткіліксіздігінен туындаған ауытқу	594,8	879,0	1120,2	812,6	749,6	891,8	1130,7	895,6
Дене салмағының артықтығынан туындаған ауытқу	567,0	827,3	1174,5	868,7	773,5	903,4	1159,6	893,5

Артық салмақтың азаюы жағдайындағы патологиялардың таралуы бойынша гипотетикалық модельдеу

Зерттеу барысында келесі гипотетикалық жағдай қарастырылды: популяцияда артық дене салмағы бар адамдардың үлесі 50%-ға төмендегенде, бір бөлігі қалыпты (гармониялық) дене салмағы бар топқа ауысады. Бұл ауысу олардың физикалық және клиникалық сипаттамаларының өзгеруіне, атап айтқанда, артық дене салмағына тән созылмалы патологиялардың жиілігінің де төмендеуіне алып келеді деген тұжырымға негізделген.

Бұл тәсіл арқылы популяция ішіндегі патологиялардың теориялық тұрғыда азаю тиімділігі есептелді. Модельдеудің екі шектік сценарийі қарастырылды:

- Біріншісі – артық салмағы бар адамдардың үлес салмағының 50%-ға артуы, бұл жағымсыз әсердің ұлғаюын сипаттайды;

- Екіншісі – аталған топтың толық жойылуы, яғни артық салмағы бар тұлғалардың бәрі қалыпты салмақты топқа ауысады.

30–59 жас аралығындағы зерттелушілер ішінде гармониялық физикалық даму тобына ерлердің 62,9%-ы, әйелдердің 60,3%-ы кірген. Артық дене салмағы барлар ерлер арасында 16,8%, әйелдер арасында 17,5% болған. Ал дене салмағы жетіспейтін топта бұл көрсеткіштер тиісінше 20,3% және 22,2% құрады. Жалпы зерттеу таңдамасы – 1920 адам.

Патологиялардың таралуын бағалау үшін келесі формула қолданылды:

$$N = \sum (P_i \cdot N_i) \quad N = \sum (P_i \cdot N_i)$$

мұндағы:

- NNN – популяциядағы жалпы аурулар саны;
- P_i – әр физикалық даму тобындағы аурушандық деңгейі;
- N_i – сол топтағы адамдардың саны.

Модель нәтижелері көрсеткендей, популяция құрамындағы артық салмағы бар тұлғалар үлесінің 50%-ға азаюы аурушандық құрылымына айтарлықтай әсер етпейді. Бұл әйелдер тобы үшін де, ерлер үшін де бірдей сипатта болды (кесте 13).

Айта кету керек, артық салмаққа қатысты профилактикалық бағдарламалар, егер олар дене салмағын ғана төмендетуге бағытталса, созылмалы патологиялардың таралуын түбегейлі өзгерте алмайды. Бұл патологиялардың табиғаты көбіне ұзақ дамиды, көпжылдық сипатқа ие болғандықтан, скрининг және диспансеризация арқылы ғана оларды тиімді бақылауға болады.

Сондықтан емдеу-профилактикалық мекемелердің скринингтік және диспансерлеу шараларын ерте жастан, яғни балалық кезеңнен бастап енгізуі қажет. Бұл стратегия тек аурудың ерте диагностикасын ғана емес, сонымен қатар реабилитациялық кезеңде оң нәтижелерге қол жеткізуге мүмкіндік береді.

Кесте 13 – Популяцияда артық дене салмағы бар адамдар үлесінің 50%-ға төмендеуіне байланысты патологиялар таралуындағы өзгерістер

Аурулар тобы	Нақты таралу деңгейі		Артық дене салмағы бар тұлғалардың үлес салмағы 50% төмендегендегі аурушандықтың таралу мүмкіндігі	
	е	ә	е	ә
1	2	3	4	5
Психотикалық сипаты жоқ невроздар мен өзге ауытқулар	62,8	151,3	63,8	155,2
Нерв жүйесінің аурулары	42,6	61,9	41,9	62,0
Сезім ағзаларының созылмалы аурулары	234,8	241,5	236,1	241,2
Гипертониялық аурулар мен жүрек ишемиясы ауруларының түрлері	121,4	135,4	115,0	126,9
Жоғары тыныс алу жолдарының созылмалы аурулары	98,8	130,6	95,8	124,8

Кесте 13 жалғасы

Тыныс алу ағзаларының созылмалы аурулары	67,7	44,8	69,7	43,4
Өңештің, асқазанның және он екі елі ішектің созылмалы аурулары	138,3	96,2	141,0	99,1
Әйелдердің жыныс ағзаларының н созылмалы аурулары	-	115,9	-	123,4

Тұрғындарды диспансерлеу тиімділігін бағалау

Амбулаторлық-емханалық деңгейде жүзеге асырылатын скрининг және диспансерлік бақылау бағдарламалары өткір патологиялық үдерістердің созылмалы түрге өтуін болдырмауға бағытталған. Бұл шаралар созылмалы дерттердің асқынуына жол бермей, мүгедектік пен мерзімінен бұрынғы өлім-жітім көрсеткіштерін төмендету мақсатында іске асырылады.

Түркістан облысының әкімшілік аймақтарында жүргізіліп жатқан скринингтік бағдарламалар – жүкті әйелдер, балалар, ересектер мен кәсіби зиянды жағдайда еңбек ететін тұлғалар арасындағы созылмалы бейінфекциялық патологияларды ерте анықтауға және оларды жүйелі динамикалық бақылауға алу үдерісін қамтиды. Диспансерлеуге жататын тұлғалар ішінде профилактикалық тексерістердің үздіксіз жүргізілуі және оларды кешенді түрде емдеу мен қалпына келтіру шараларының ұйымдастырылуы – осы қызметтің негізгі құрамдас бөлігі.

14 – кесте деректеріне сәйкес, диспансерлік бақылауға алынған тұрғындардың үлесі соңғы жылдары елеулі өзгеріске ұшырамай, тұрақты деңгейде сақталып отырғаны байқалады. Бұл көрсеткіштің статикалық күйде қалуы, бір жағынан, жүйелі скрининг пен дер кезінде диспансерлеу жүргізудің оңтайлы ұйымдастырылғанын көрсетсе, екінші жағынан, халықтың диспансерлік есепке алуға қатысты пассивтілігі немесе маман тапшылығы себеп болуы мүмкін екенін де жоққа шығармайды.

Жанұялық тәжірибедегі дәрігерлердің ролі бұл процесте ерекше. Олар өз қызмет көрсететін аймақтағы эпидемиологиялық жағдайды тұрақты бақылауда ұстап, санитарлық-гигиеналық ахуалды объективті бағалауы тиіс. Скрининг барысында эпидемиялық қауіп төндіруі мүмкін факторларды уақтылы анықтау арқылы инфекциялық аурулардың таралуын болдырмауға мүмкіндік бар. Бұл жұмысты атқару кезінде жанұялық дәрігерлер мен санитарлық-эпидемиологиялық қызметтің мамандары арасында тығыз кәсіби ынтымақтастық орнатылуы қажет. Мұндай ықпалдастық инфекциялық қауіптердің алдын алу және санитарлық-эпидемиологиялық қауіпсіздікті қамтамасыз етуде маңызды рөл атқарады.

Кесте 14 – ТО әкімшілік аудан тұрғындары арасындағы диспансеризациялау нәтижелері

№	Әлеуметтік маңызды аурулар арасындағы диспансерлеу	Кезеңдерде, жылмен есептегенде										
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016		
1	Туберкулез	359	373	405	387	365	354	349	343	346		
2	Онкологиялық аурулар	43	49	39	45	47	43	48	42	41		
3	Қант диабеті	98	99	93	96	95	92	89	93	91		
4	Мерез (Сифилис)	22	19	23	20	15	22	19	21	20		
5	Соз (Гонорея)	35	38	32	37	34	37	35	31	36		
6	В гепатиті	20	24	29	19	25	24	21	27	24		
7	С гепатиті	32	37	35	39	43	24	27	30	35		
8	Артериялық гипертензия	40	43	41	39	42	43	40	42	43		
9	Өкпенің обструктивті аурулары	48	53	57	50	52	57	53	56	54		
10	Жүрек ишемиясы мен миокард инфарктысы	19	22	20	24	23	25	23	20	22		
11	Дерігерлік учаскеде диспансерлік есепке алынғандардың орта саны	226	224	225	226	228	227	223	225	226		
12	Жаңадан диспансерлік есепке алынғандардың үлес салмағы	13,5	13,3	13,5	14,2	14,8	14,6	13,9	13,4	13,7		
13	Диспансерлік бақылауға келмеген аурулардың үлес салмағы	5,6	5,9	4,8	5,5	5,4	4,9	5,12	5,3	4,8		
14	Жыл соңына дейін өлімге немесе толық жазылуына байланысты диспансерлік есептен шығарылғандардың үлес салмағы	7,7	7,9	7,3	7,8	7,6	8,4	7,9	7,6	7,8		
15	Бір диспансерлік топтан екінші топқа өту жиілігі (%)	7,9	7,5	7,7	6,9	7,4	7,8	7,6	7,5	7,7		
16	Аурудың қозу жиілігі (%)	9,7	9,9	9,6	9,8	9,9	9,7	9,5	9,1	8,9		
17	Госпитализациялау жиілігі (%)	12,9	13,6	13,9	12,8	12,3	12,8	12,5	11,7	11,5		

Оңтүстік Қазақстан өңірінде Бірыңғай Ұлттық Денсаулық сақтау жүйесі (БҰДСЖ) енгізілгенге дейінгі және енгізілгеннен кейінгі кезеңдердегі диспансерлік қадағалаудың нәтижелілігіне салыстырмалы талдау жасалды. Жүргізілген сараптамалық зерттеулердің қорытындысында диспансерлік бақылаудың медициналық әрі әлеуметтік тиімділігін анықтау мүмкіндігі туындады.

Қазақстан халқының денсаулық жағдайы Кеңес Одағы ыдырағаннан соң күрт төмендеп, бұл құбылыс әлеуметтік-экономикалық қиындықтар мен денсаулық сақтау жүйесін ұйымдастырудағы кемшіліктермен тығыз байланысты болды. Бұл олқылықтарға: жеткіліксіз қаржыландыру, медициналық қызмет сапасының төмендігі, медицина мамандарының кәсіби деңгейінің жеткіліксіздігі, амбулаторлық және емханалық деңгейде іске асырылатын алдын алу шараларының әлсіздігі, ескірген материалдық-техникалық база, төмен еңбекақы және халықтың көрсетілетін медициналық көмекке сенімінің төмендігі де жатады.

Халықтың денсаулығын сақтау мен нығайтуға қатысты қазіргі ғылыми еңбектерді зерделеу диспансерлеудің бұл бағытта басты тетік екенін айғақтайды. 2010 жылдан бастап елімізде Бірыңғай Ұлттық Денсаулық сақтау жүйесі іске қосылды.

Бұл жүйе амбулаториялық-емханалық буынның негізгі міндеті ретінде жұқпалы емес әлеуметтік маңызды сырқаттардың даму қаупі бар топтарды анықтауды, өмір салтын түзетуге бағытталған жеке профилактикалық бағдарламаларды әзірлеуді (алдын алу емін, сауықтыру іс-шараларын) және тәуекел топтары мен созылмалы дерттері бар тұлғаларды жүйелі медициналық қадағалаудан өткізуді қарастырады.

Қазіргі реформалар жағдайында диспансерлік әдісті ұйымдастыру және оның тиімділігін бағалау денсаулық сақтау жүйесіндегі бастапқы медициналық-санитариялық көмек көрсету құрылымының өзекті бағыты ретінде қарастырылуы тиіс.

Мемлекеттің әлеуметтік, экономикалық және саяси дамуының қазіргі сатысында еңбекке қабілетті тұрғындардың ауруларын ерте анықтау мен оларға сапалы медициналық көмек көрсетудің жаңа жолдарын табу қажеттілігі туындайды, жүргізілген зерттеу осы мәселені шешуге арналған.

Зерттеудің материалдары мен тәсілдері.

Зерттеу объектілерін таңдау ауылдық елді мекендердегі бас терапевтердің ұсынысы бойынша іске асты. Таңдалған медициналық мекемелердің өкілеттілігі мен мәліметтердің шынайылығы бірнеше талаптардың сақталуы арқылы қамтамасыз етілді.

Зерттеу үшін Бәйдібек, Сарыағаш, Төлеби аудандарының орталық аудандық емханалары және Оңтүстік Қазақстан аймағындағы 9 ауылдық дәрігерлік амбулатория алынды. Бұл емханалар қажетті емдік-диагностикалық жабдықтармен қамтамасыз етілген және медицина қызметкерлерінің жұмыс жасауына лайықты жағдай жасалған. Таңдау барысында кадрмен қамтылуы да ескерілді – барлық мекемелерде дәрігерлер мен орта медициналық мамандар толықтай бар.

Осы іріктелген аудандық емдеу мекемелері, ауылдық дәрігерлік амбулаториялар мен фельдшерлік-акушерлік пункттер (ФАП) зерттеуді толық көлемде орындауға жеткілікті деп бағаланды. Зерттеу процесін ұйымдастыру және жүзеге асыру барысында әдістемелік қолдау аудандық орталық емханалардың, учаскелік емдеу бөлімдерінің, дәрігерлік амбулаториялардың басшылық құрамы мен аудандық терапевттер тарапынан көрсетілді.

Диспансерлеу іс-шараларының сапасын талдау үшін жеткілікті ұйымдастырушылық және емдеу тәжірибесі бар аудандық деңгейдегі жалпы практика дәрігерлері мен аға медициналық мамандар тартылды.

Зерттеу шеңберінде сарапшы ретінде қатысқан жалпы тәжірибелі дәрігерлерге арнайы нұсқаулықтар ұсынылып, «Ауылдық елді мекен тұрғындарын диспансерлік бағалау парағы» үлгісімен алдын ала таныстырылды.

Сараптаманың талапқа сай жүргізілуіне бақылауды зерттеу авторы аудандық жалпы практика мамандарымен бірлесе атқарды.

Зерттеу бағдарламасын құрастыру барысындағы негізгі кезеңдердің бірі ретінде бақылау бірлігін дұрыс анықтау мен алынған үлгінің көлемін дәлелді негіздеу қарастырылды.

Диспансерлеу қызметінің сапасын бағалау кезінде негізгі талдау бірлігі ретінде есепке алынған диспансерлік науқас таңдалып алынды. Қажетті бақылау бірліктерінің (диспансерлік есеп карталарының) санын есептеу және сараптамалық бағалау жұмыстары Н.А. Плохинскийдің (1961 ж.) әдістемесіне сәйкес орындалды.

Бірыңғай Ұлттық Денсаулық сақтау жүйесі іске қосылғанға дейін диспансерлік бақылаудағы науқастар жүйелі түрде қамтылмаған. Орташа есеппен алғанда, олардың 36,6%-ы жалпы практика дәрігерлерінің, ал 49,4%-ы учаскелік терапевттердің бақылауында болған.

Бақылауда тұрған науқастардың 37,5%-ы дер кезінде тексеруден өтпеген, ал 46,3%-ы толық көлемде тексерілмегені анықталды. Сонымен қатар, емдік-профилактикалық шаралар бұл науқастардың 41,4%-ында сапасыз жүргізілген. Жалпы емдік-сауықтыру іс-шараларының жоспары

тек 27,4%-ға толық орындалған, қалған топтарда бұл көрсеткіш 60,4%-ды құраса, ал 12,2%-ына мүлде орындалмаған.

Бірыңғай Ұлттық Денсаулық сақтау жүйесінің енгізілуімен қатар, аталған жүйе талаптарына сай диспансерлеу қызметінің сапасы мен нәтижелілігі арта түсті. Отбасылық медицина орталықтарында учаскелік дәрігерлер тарапынан науқастарды жоспарлы және жүйелі бақылау жақсарды (15-кесте). Нәтижесінде, диспансерлік бақылау деңгейі Орталық аудандық емханаларда барлық ауру топтары бойынша $56,49 \pm 4,58\%$ -дан $74,53 \pm 6,83\%$ -ға дейін өсті ($t = 8,1$; $p = 0,00$), ал ауылдық дәрігерлік аймақтарда бұл көрсеткіш $50,28 \pm 4,88\%$ -дан $64,96 \pm 5,49\%$ -ға дейін артты ($t = 6,3$; $p = 0,00$).

Кесте 15 – Бірыңғай Ұлттық Денсаулық Сақтау Жүйесін енгізгенге дейін және оның шарттарын жүзеге асыру барысында орталық аудандық емханалармен отбасылық дәрігерлік көмек емханаларда созылмалы сырқаттары бар науқастарды жалпы тәжірибелік аймақтық дәрігерлердің ретті бақылауының салыстырмалы нәтижесі (%-бен).

Ауру түрлері	БҰДСЖ енгізілгенге дейін		БҰДСЖ жүзеге асырылғанда	
	ОАЕ	ОДА	ОАЕ	ОДА
Ревматизм	55,82	48,67	79,62	67,32
Артериялық гипертония	57,92	54,62	68,89	68,76
Жүректің ишемиялық ауруы	61,67	58,38	73,65	63,72
Өкпе қабынуы	59,38	53,27	69,39	69,68
Созылмалы бронхит	64,92	61,09	74,27	70,46
Бронх демікпесі	51,48	45,68	79,14	63,52
Асқазан мен он екі елі ішектегі жаралар	54,33	43,73	69,65	62,64
Созылмалы артрит	57,43	49,22	76,34	67,26
Созылмалы холецистит	50,54	48,39	77,62	67,92
Созылмалы нефрит	47,11	42,29	67,97	64,38
Орташа көрсеткіш	56,49±4,58	50,28±4,88	74,53±6,83	64,96±5,49
Статистикалық салыстыру (t, p)		t = 8,1		
p = 0,00	t = 6,3			
p = 0,00				

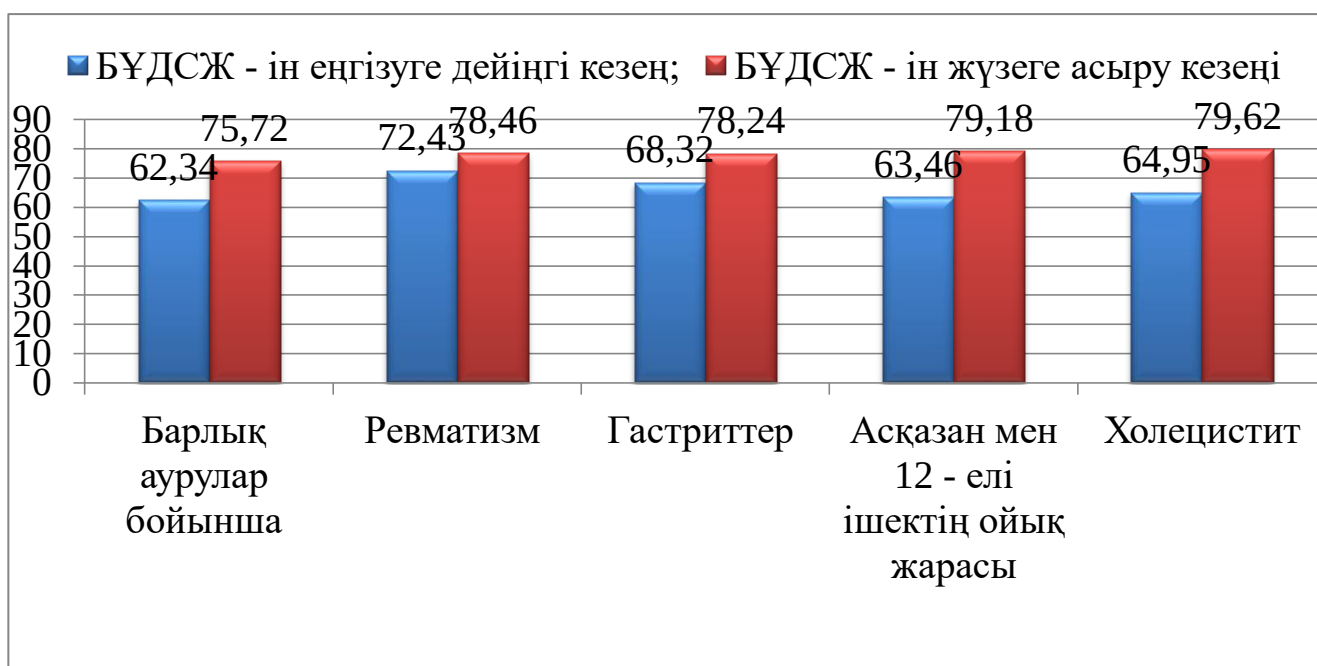
Орталық аудан деңгейіндегі емдеу мекемелерінде диспансерлеу жұмысының тиімділігі ең жоғары көрсеткішке жеткені байқалды. Ревматизм диагнозымен диспансерлік бақылауға алынған адамдарды жалпы практика дәрігерлері тарапынан тұрақты қадағалау жиілігі 55,82%-дан 79,62%-ға дейін артса, бронхтық демікпеде – 51,48%-дан 79,14%-ға, созылмалы өт қабының қабынуында – 56,84%-дан 77,62%-ға,

ал гастритке шалдыққандарда – 57,43%-дан 76,34%-ға дейін ұлғайғаны тіркелді.

Ауылдық аймақтардағы амбулаториялар көрсеткіштерінде де оң өзгерістер байқалды: бронхитке қатысты – 61,09%-дан 70,46%-ға, анемия кезінде – 59,34%-дан 69,38%-ға, ревматизмге байланысты – 48,67%-дан 67,32%-ға, ал гастрит жағдайында – 49,22%-дан 67,26%-ға дейін өсім болған.

Бірыңғай Ұлттық Денсаулық сақтау жүйесі енгізілгеннен кейін орталық аудандық емханалар (ОАЕ) мен отбасылық дәрігерлік амбулаториялар (ОДА) деңгейінде созылмалы аурулармен тіркеуде тұрған азаматтарға көрсетілетін медициналық көмектің сапасы айтарлықтай жоғарылағаны аңғарылады (22-сурет). Мысалы, орталық аудандық емханаларда барлық ауру түрлері бойынша уақытында тексеруден өтушілердің орташа үлесі $62,34 \pm 5,32\%$ -дан $75,72 \pm 6,82\%$ -ға дейін артқан ($t = 5,7$; $p = 0,00$).

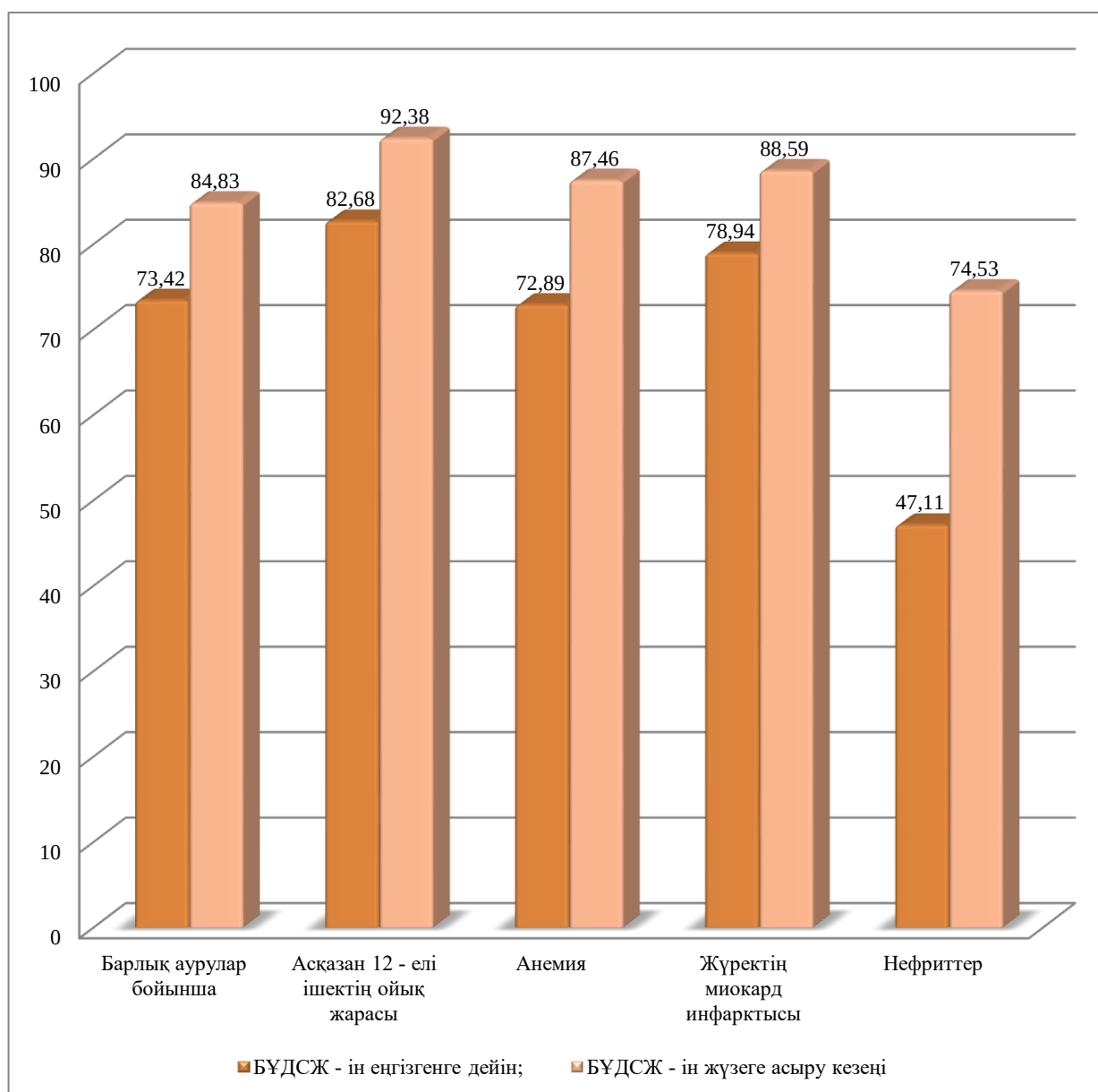
Ауруларға жеке-жеке тоқталсақ, оң серпін келесі жағдайларда тіркелген: ревматизм – 72,43%-дан 78,46%-ға, гастрит – 68,32%-дан 78,24%-ға, асқазан және он екі елі ішек жараларында – 63,46%-дан 79,18%-ға, ал холецистит кезінде – 64,95%-дан 79,62%-ға дейін артқан.



23 сурет – Орталық аудандық емханаларда Бірыңғай Ұлттық Денсаулық сақтау жүйесі енгізілгенге дейінгі және енгізілгеннен кейінгі кезеңдердегі диспансерлік есептегі науқастарды жоспарға сәйкес уақытында тексерумен қамту көрсеткіштері (% түрінде)

ОАЕ-ларда диспансерлік есепке алынған барлық сырқаттар бойынша жоспарланған тексерістердің жүргізілу үлесі $73,42 \pm 6,5\%$ -дан $84,83 \pm 7,62\%$ -ға дейін өскені тіркелді ($t = 4,9$; $p = 0,001$).

Нақтырақ айтқанда, асқазан мен он екі елі ішек жарасы кезінде бұл көрсеткіш $82,68\%$ -дан $92,38\%$ -ға дейін, қан аздық жағдайында – $72,89\%$ -дан $87,46\%$ -ға дейін, жүрек ишемиясы кезінде – $78,94\%$ -дан $88,59\%$ -ға дейін, ал бүйрек қабыну ауруларында – $47,11\%$ -дан $74,53\%$ -ға дейін артқаны байқалды (қараңыз: 23-сурет).



Сурет 24 – Орталық аудандық емханаларда диспансерлік сырқаттарды жоспарлы тексерумен қамтудың толықтығы (%)

Бұл суретте ОАЕ құрылымында есепте тұрған диспансерлік науқастардың жоспарлы тексеруден өту деңгейі көрсетілген. Негізгі деректер төмендегідей:

• **Барлық аурулар бойынша** тексеру толықтығы:
 $73,42 \pm 6,5\% \rightarrow 84,83 \pm 7,62\%$ ($t = 4,9$; $p = 0,001$)

• **Асқазан және он екі елі ішек ойық жарасы:**
 $82,68\% \rightarrow 92,38\%$

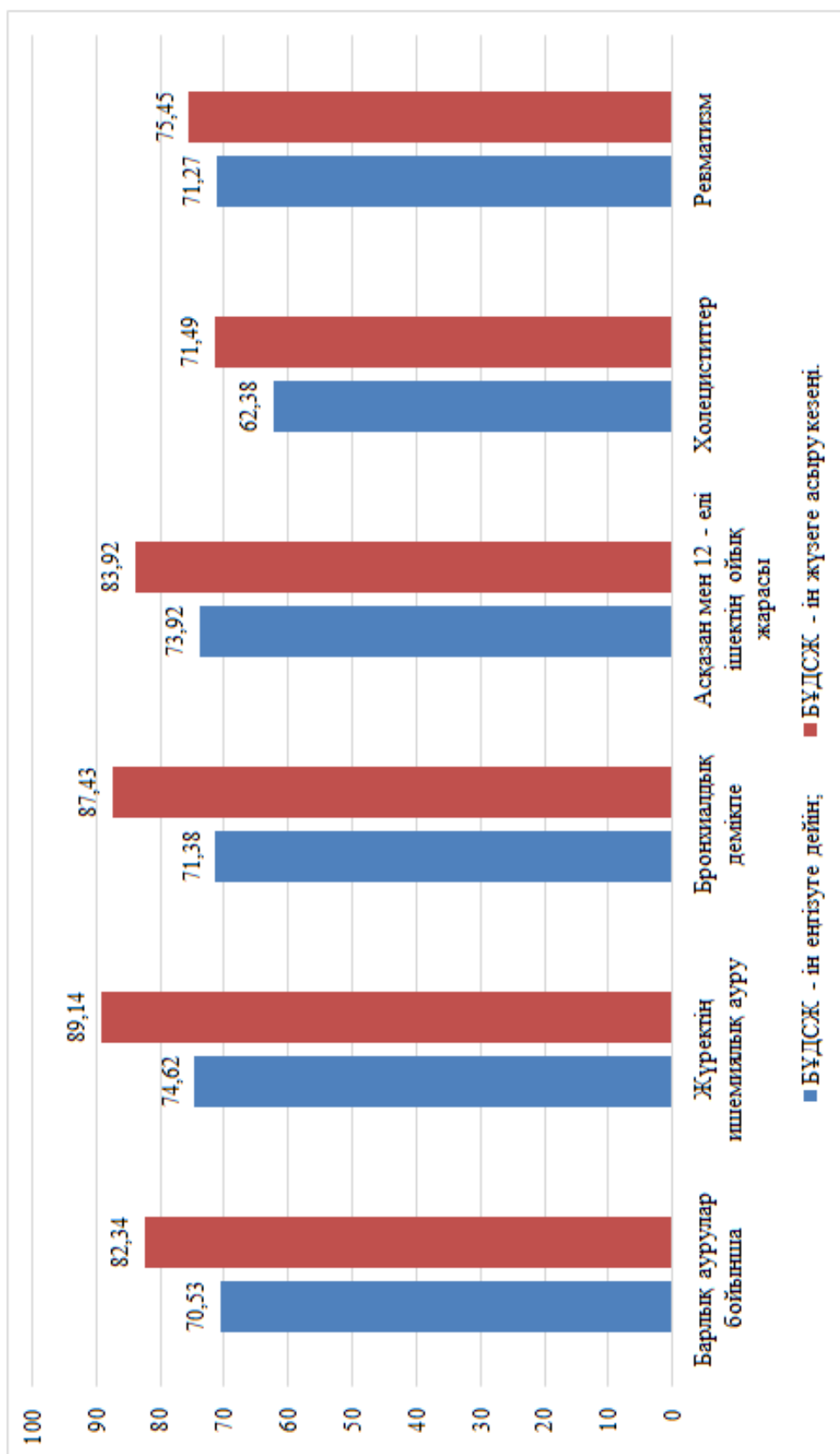
• **Анемия:**
 $72,89\% \rightarrow 87,46\%$

• **Жүректің ишемиялық ауруы:**
 $78,94\% \rightarrow 88,59\%$

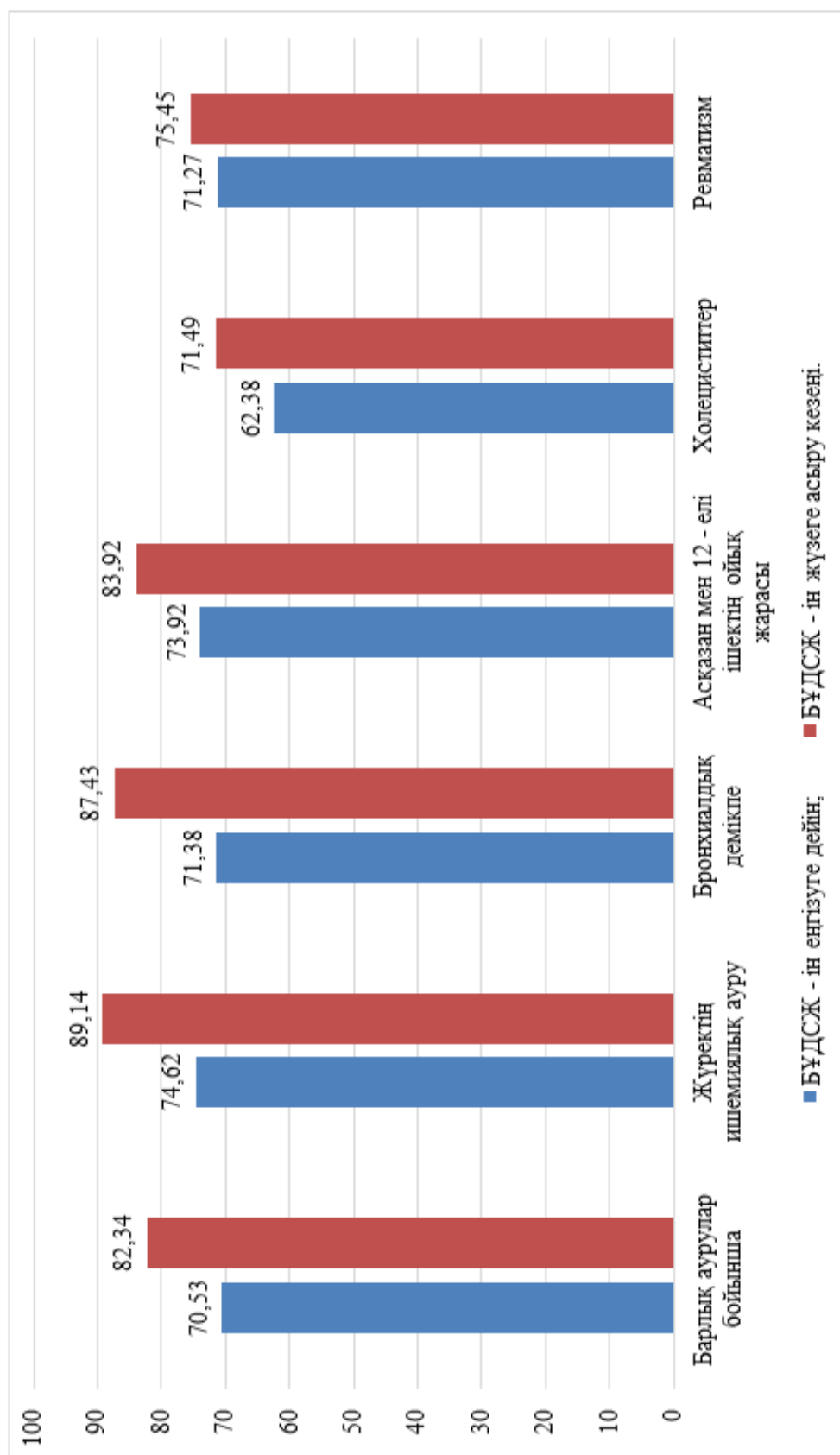
• **Нефрит:**
 $47,11\% \rightarrow 74,53\%$

Емдік-сауықтыру шараларының (ЕСШ) орындалу деңгейі барлық аурулар бойынша орташа есеппен $70,53 \pm 4,6\%$ -дан $82,34 \pm 4,8\%$ -ға дейін артты ($t = 9,7$; $p = 0,00$). Бұл өсімнің негізгі үлесін жүректің ишемиялық дерті, бронхит, бронх демікпесі, сондай-ақ асқазан мен он екі елі ішектің жаралы зақымданулары құрады (сурет 24).

Қолға алынған оңтайландыру қадамдарының нәтижесінде ауылдық медицина амбулаторияларында да диспансерлік қызмет сапасы жақсара түсті. Ауылдық емдеу мекемелерінде есепке алынған науқастарды уақтылы тексеру көрсеткіші барлық ауру түрлері бойынша орташа $46 \pm 4,2\%$ -дан $65,62 \pm 4,4\%$ -ға дейін ұлғайды ($t = 6,5$; $p = 0,00$). Айқын жақсару ревматизм, асқазан мен он екі елі ішек жарасы, гастрит пен холецистит кезінде байқалды (сурет 25).



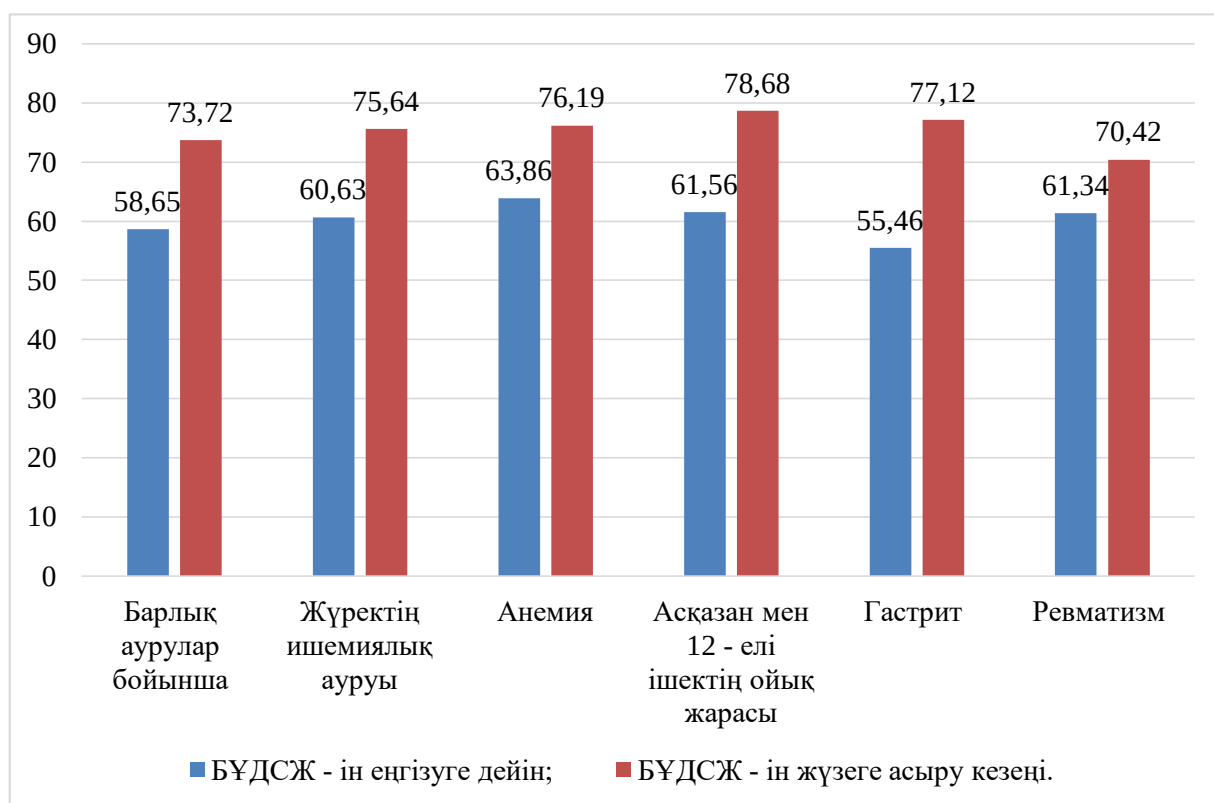
Сурет 25 – ОАБ-да емдеу-сауықтыру шараларын орындау деңгейі (% есептеу)



Сурет 25 – ОАЕ-да емдеу-сауықтыру шараларын орындау деңгейі (% есептеу)

Барлық диспансерлік есепте тұрған сырқаттар бойынша жоспарланған тексерулерге қамтылу деңгейі орта есеппен алғанда $53,12 \pm 3,9\%$ -дан $64,95 \pm 5,2\%$ -ға дейін артты ($t = 5,8$; $p = 0,00$). Бұл өсімнің негізгі бөлігі ревматизм, жүрек ишемиясы, артериялық гипертензия, сондай-ақ асқазан мен он екі елі ішек аурулары және өт қабының қабынуы бойынша жүргізілген жоспарлы тексерулердің нәтижесінде қалыптасты.

Осы медициналық мекемелерде барлық науқас топтары арасында емдік-сауықтыру шараларының орындалу үлесі $58,65 \pm 4,7\%$ -дан $73,32 \pm 5,4\%$ -ға дейін өскені анықталды ($t = 7,4$; $p = 0,00$). Бұл көрсеткіштің едәуір жақсаруы мынадай жағдайларда байқалды: ревматизм – $61,34\%$ -дан $70,42\%$ -ға дейін, гастрит – $55,46\%$ -дан $77,12\%$ -ға дейін, анемия – $63,86\%$ -дан $76,19\%$ -ға дейін, жүректің ишемиялық дерті – $60,63\%$ -дан $75,64\%$ -ға дейін және асқазан мен он екі елі ішек аурулары – $61,56\%$ -дан $78,68\%$ -ға дейін (сурет 26).



Сурет 27 – ОАЕ-да емдеу-сауықтыру шараларын орындау деңгейі (% есептеу)

Осылайша, Бірыңғай Ұлттық Денсаулық сақтау жүйесін енгізу орталық аудандық емханалар (ОАЕ) мен отбасылық дәрігерлік амбулаторияларда (ОДА) емдік-профилактикалық көмектің сапалық деңгейін жақсартуға ықпал етті. Атап айтқанда, ОАЕ мекемелерінде пациенттерді тексерудің толық қамтылу үлесі 65,4%-дан 81,3%-ға, ал ОДА мекемелерінде – 34,9%-дан 50,1%-ға дейін артты. Уақтылы ем қабылдаған науқастардың үлесі орта есеппен 11,1%-ға өсті. Толық ем алмаған пациенттердің саны 1,5 есеге азайды.

Жоспарланған мерзімнен кеш тексерілген науқастардың үлесі орталық аудан емханаларында 15,6%-ға, ал отбасылық амбулаторияларда – 16,8%-ға кеміді. Сонымен қатар, мүлдем тексерілмеген жағдайлар ОАЕ-де 34,6%-дан 18,7%-ға, ОДА-да 65,1%-дан 49,9%-ға дейін төмендеді.

Диспансерлеудің сапасына қатысты көрсеткіштердің айтарлықтай жақсарғанын айтуға болады: учаскелік терапевттердің жоспарға сай тексеру жүргізу жиілігі ОАЕ-де 17,7%-ға, ал ОДА мекемелерінде 15,9%-ға ұлғайды. Орталық емханаларда жоспарлы тексерулердің толықтығы 11,8%-ға өссе, отбасылық амбулаторияларда бұл көрсеткіш 13,8%-ға артты. Барлық диспансерлік аурулар бойынша емдік-сауықтыру іс-шараларының орындалу деңгейі 58,6%-дан 73,3%-ға дейін жоғарылады.

Жеткен нәтижелер Бірыңғай Ұлттық Денсаулық сақтау жүйесінің аясында диспансерлеу шараларының тиімділігінің едәуір артқанын көрсетті. Алайда жүргізілген әлеуметтанулық сауалнама барысында ауылдық амбулатория дәрігерлерінің 100%-ы және орталық аудан емханаларында жұмыс істейтін дәрігерлердің 79,8%-ы диспансерлік жұмыстарды сапалы ұйымдастыруға кедергі келтіретін негізгі мәселе ретінде әдістемелік құралдардың жоқтығын атады.

Осыған байланысты біз ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің келісімімен ауылдық аймақ дәрігерлері мен олардың біліктілігін арттыру курстарының оқытушылары үшін осы бағытта арнайы монография құрастырып, ҚР Әділет министрлігінде авторлық құқық рәсімдеп, тәжірибелік медицина қызметкерлері мен оқытушыларға пайдалануға ұсындық.

Қорытындылай келе, Бірыңғай Ұлттық Денсаулық сақтау жүйесін енгізуге дейінгі және енгізілгеннен кейінгі кезеңдердегі диспансерлік қызмет сапасына жасалған салыстырмалы сараптама аталған жүйенің тиімділігін дәлелдейді.

ҚОРЫТЫНДЫ

Ауылдық елді мекендердегі мамандандырылған медициналық қызметті ұйымдастыру өзіне тән бірқатар ерекшеліктермен сипатталады. Емдеу және диагностика жасау мүмкіндіктерінің шектеулілігі, қажетті жоғары білікті медициналық кадрлардың жетімсіздігі, материалдық-техникалық жабдыкталудың әлсіздігі және саланы қаржыландыру деңгейінің төмендігі ауылдағы емдеу-алдын алу ұйымдарында сапалы медициналық қызмет көрсетуді толыққанды іске асыруға кедергі келтіреді.

Ауыл тұрғындары арасында сырқаттанушылық, мүгедектік және өлім-жітім деңгейінің артуы, өмір сүру ұзақтығының қысқаруы – бұлардың барлығы әлеуметтік маңызы жоғары аурулар үлесінің өсуімен тікелей байланысты. Бұл жағдайларда диспансерлеу әдісі – ең тиімді шешімдердің бірі болып саналады. Осыған орай, Бірыңғай Ұлттық Денсаулық сақтау жүйесі енгізілгенге дейінгі және енгізілгеннен кейінгі кезеңдердегі диспансерлеу қызметін ұйымдастыру сапасын салыстырмалы түрде сараптау зерттеу жұмысының өзектілігін айқындайды.

Зерттеу аясында сараптамалық, медициналық-статистикалық, социологиялық және әлеуметтік-гигиеналық тәсілдер қолданылды. Ауыл халқының денсаулық көрсеткіштері, атап айтқанда, соңғы онжылдықтағы әлеуметтік маңызы бар аурулар бойынша сырқаттанушылықтың ресми деректері, сауалнамалар нәтижелері мен диспансерлік есеп материалдары талдауға негіз болды.

Зерттеу алты негізгі кезеңнен тұрды. Бірінші кезеңде ауыл тұрғындарының соматикалық және әлеуметтік маңызы жоғары аурулары бойынша сырқаттанушылық, мүгедектік және өлім-жітімнің көпжылдық деңгейлері анықталды.

Екінші кезеңде ауыл халқы арасында аталған аурулар бойынша денсаулық көрсеткіштерінің даму үрдісі сарапталды және олардың қалыптасу заңдылықтары бағаланды. Республикалық медициналық-статистикалық орталықтың облыстық бөлімшесінің және ауылдық әкімшілікке қарасты емханалардың мәліметтері негізінде профилактикалық шаралардың сапасы зерделенді. Үшінші кезеңде ауыл емханаларында скринингтік және диспансерлік қызметтің тиімділігіне баға берілді. Сонымен қатар, кадрмен қамтылу деңгейі, олардың кәсіби даярлығы және диспансерлік қызметтің сапасы қарастырылды.

Төртінші кезеңде емханаларда диспансерлеу қызметін ұйымдастыруға қатысты әлеуметтік зерттеу (сауалнама) жүргізілді. Бесінші кезеңде алынған нәтижелер негізінде диспансерлік бақылаудың медициналық нәтижелілігі бағаланды.

Социологиялық сауалнамаға 515 жалпы тәжірибе дәрігері, 60 өзге профильдегі маман және 400 диспансерлік науқас қатысты.

Жүргізілген зерттеу барысында келесі ғылыми деректерге қол жеткізілді:

Түркістан облысының әкімшілік-аймақтық бірліктерінде демографиялық процестерді талдау 2013 – 2023 жылдар аралығында елеулі құрылымдық өзгерістер орын алғанын көрсетті. 2013 жылы ауыл тұрғындарының саны 7 672,4 мың адам болса, 2023 жылы бұл көрсеткіш 7 569,8 мыңға жеткен. Алайда бұл өсім уақытша сипатта болды.

Зейнеткерлердің жалпы саны тұрақты болғанымен, олардың ауыл халқы арасындағы үлесі 8%-дан 9%-ға дейін көбейді. Ауыл халқының облыс тұрғындарындағы үлесі 2010 жылы 48,5 % болса, 2023 жылы 38 % - ға дейін қысқарды.

Репродуктивтік жастағы адамдардың қалаға қоныс аударуы ауылдарда туу деңгейінің төмендеуіне әкелді: 2013 жылы – 22,7 ‰, ал 2023 жылы – 19,5 ‰. Сонымен қатар, өлім көрсеткіші 7,9‰-тен 6,5 ‰-ке дейін кеміді. Осы екі көрсеткіштің динамикасы табиғи өсімнің 14,7 ‰-ден 12,95 ‰-ке дейін төмендеуіне себеп болды.

2013 – 2023 жылдар аралығында ауыл тұрғындарының жалпы сырқаттанушылығы 5,7%-ға, және өлім көрсеткіші 5,7%-ға азайған. Бұл өсім көбіне әлеуметтік мәні жоғары аурулардың жиілеуімен түсіндіріледі.

Сол кезеңде ауыл халқы арасында қант диабеті, туберкулез, миокард инфаркті, инсульт секілді дерттердің нақты өсуі тіркелді.

2005 жылдан бастап байқалған қалаға қарай жаппай ішкі көші-қон еңбекке қабілетті, ұрпақ әкелу әлеуеті жоғары адамдарды қамтыды. Бұл демографиялық тепе-теңдікті бұзып, ауыл халқы арасында егде жастағы адамдардың үлесін едәуір арттырды.

Алынған нәтижелер көрсеткендей, тәуелсіздік жылдарында орын алған ішкі және сыртқы көші-қон үдерістері ауыл халқының демографиялық құрылымында жастық және жыныстық жағынан күрделі өзгерістерге алып келді, бұл өз кезегінде туу деңгейінің төмендеуіне және өлім-жітім көрсеткішінің артуына әсер етті.

Еңбекке қабілетті ер азаматтардың арасында эпидемиялық сипатқа жатпайтын аурулардың кең таралғаны байқалды. Атап айтқанда: жұқпалы және паразиттік инфекциялар, қатерлі ісіктер, эндокриндік жүйе бұзылыстары, қоректену тапшылықтары мен зат алмасу ауытқулары, тыныс алу жолдарының, ас қорыту, зәр-жыныс жүйесінің, тері мен шел қабатының, тірек-қимыл аппаратының және дәнекер тіндердің патологиялары, туа пайда болған даму ақаулары, айқындалмаған симптомдар мен белгілер, кездейсоқ жарақаттар мен улану жағдайлары – осының барлығы ерлер арасында әйелдерге қарағанда жиі кездескен.

Ал әйелдердің арасында, әсіресе еңбекке жарамды жастағы топта, қан және қан түзетін ағзалар, психикалық ауытқулар, жүйке жүйесі мен сезім мүшелері, жүрек-қан тамырлары жүйесі аурулары жиі кездескен және бұл көрсеткіштер ерлерден жоғары болған.

Осы деректер еңбекке қабілетті тұрғындардың жас, жыныс, кәсіби және әлеуметтік-экономикалық сипаттамаларының сырқаттанушылық құрылымына елеулі әсер ететінін дәлелдейді. Сонымен қатар, бұл жас санатындағы адамдар арасында әлеуметтік мәні жоғары аурулар сырқаттанушылықтың жалпы деңгейін анықтайтын негізгі факторға айналғаны белгілі болды.

Жинақталған статистикалық мәліметтерге сәйкес, 2000 – 2010 жылдар аралығында ауыл тұрғындары арасында туберкулездің деңгейі $83,6 \pm 7,4\%$ болса, 2021 – 2023 жылдары бұл көрсеткіш $89,2 \pm 7,6\%$ – ге дейін өскен.

Қатерлі ісіктер 543,1‰00-ден 549,3‰00-ге дейін көбейіп, өсім 1,1%-ды құрады. Қант диабеті 50 %-ға өсіп, көрсеткіштер арасында айтарлықтай айырмашылық тіркелді. Осыған ұқсас өзгерістер инсультке де тән болды: 2013 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 194,1 оқиға болса, 2023 жылдары бұл көрсеткіш 236,7 ге жетіп, 8% өсім көрсетті.

Ал бірақ, миокард инфаркті ауыл тұрғындары арасында азайғанын көре аламыз. 2013 жылдары миокард инфаркті таралуы 42,4 болса, 2023 жылдары бұл көрсеткіш 37 ге дейін төмендеп, 12,7 %-дық нақты төмен көрсеткіш берді.

Қант диабеті, миокард инфаркты және инсульт секілді аурулар қазіргі заманғы емдеу тәсілдерінің жетілдірілуіне қарамастан, ауылдық аймақ тұрғындары арасындағы өлім-жітімнің басты себептерінің қатарында қалып отыр.

Бұл патологиялардың әлеуметтік маңыздылығы олардың негізінде қалыптасатын мүгедектік деңгейімен де анықталады. Мысалы, алғаш рет мүгедектікке шығарылған туберкулезбен ауыратындар саны 2013 жылдары 10 000 адамға шаққанда 89,6 оқиға болса, 2023 жылдары 24,4 оқиғаға жетіп, 27,2%-ға азайған.

Басқаша айтқанда, әлеуметтік тұрғыда маңызды аурулардан туындайтын мүгедектік деңгейі төмендемей отыр.

Жүрек-қан тамырлары жүйесіне қатысты патологиялар өлім-жітім мен мүгедектік себептерінің алдыңғы қатарында. Жүргізілген социологиялық зерттеулерге сүйенсек, осы аурулармен ауыратындардың елеулі бөлігі өзінде мұндай патология бар екенін білмеген. Ал эпидемиологиялық талдаулар қала тұрғындары ішіндегі 40 – 59 жас аралығындағы ер адамдарда бұл көрсеткіш 47,5%-ға дейін жеткен.

Түркістан облысының әкімшілік аудандарындағы емдеу-профилактикалық мекемелердің дәрігерлік кадрлармен қамтылу деңгейі 14,5%00-ді құрап, бұл облыс бойынша орташа көрсеткіштің (26,9%00) небәрі 46,09%-ына сәйкес келеді. Кадрлық штаттың толық жасақталмауы мен медицина саласында қажетті физикалық тұлғалардың жетіспеушілігі диспансерлік қызметтің сапасына кері әсер етуде.

Емдеу-алдын алу мекемелерінің жалпы практика дәрігерлерімен жарақталу деңгейі әлеуметтік маңызы зор патологияларды бастапқы сатыларында анықтауға айтарлықтай ықпал ететіні дәлелденді ($r = 0,79$). Бұған қоса, жалпы тәжірибелі дәрігерлердің кәсіби біліктілігі ($r = 0,87$), олардың біліктілік санаты ($r = 0,89$), бейінді мамандармен қамтылу деңгейі ($r = 0,92$), сондай-ақ науқастардың бейінді бөлімшелерде ем қабылдау мүмкіндігі ($r = 0,87$) диспансерлеу жұмысының сапасына тікелей әсер ететіні анықталды.

Диспансерлік есепке алудағы жұмыстың сапасын жоғарылату үшін емханаларда жалпы практика дәрігерлерінің жеткілікті болуы ($r = 0,87$), олардың кәсіби санатының жоғары болуы ($r = 0,88$), бейінді мамандармен қамтамасыз ету ($r = 0,89$), және стационарлық профильдік бөлімшелерде ем алу мүмкіндігін ($r = 0,71$) арттыру қажеттігі туындайды.

Профилактикалық іс-шараларды жоспарлы түрде іске асыру үшін емханалық ұйымдар жалпы тәжірибелік дәрігерлермен толықтай қамтылуы тиіс ($r = 0,93$). Бұл ретте олардың біліктілігі ($r = 0,83$), санат деңгейі ($r = 0,92$), бейінді мамандардың бар болуы ($r = 0,94$),

сондай-ақ стационарда ем қабылдау мүмкіндігі ($r = 0,89$) жоғары дәрежеде болуы қажет.

Аймақ емдеу ұйымдарындағы кадрлық қамтамасыз етудің төмендігі мен штаттық орындардың толықтай мамандармен жабдықталмауы, сондай-ақ физикалық тұрғыда жеткіліксіз медициналық кадрлар диспансерлік іс-шаралардың сапасына елеулі кедергі келтіріп отыр.

Мамандармен қамтамасыз ету мәселесін оңтайлы шешу үшін емдеу мекемелеріндегі кадрлық саясатты қайта қарап, жаңа тәсілдерді енгізу қажет. Жастық санаттағы талдау көрсеткендей, үйлесімді физикалық дамуға ие 50 жасқа дейінгі ерлер мен 30–39 жас аралығындағы әйелдер арасында аурушандық деңгейі физикалық дамуы бұзылған топтарға қарағанда біршама төмен болып шықты. Осы мәліметтер негізінде, физикалық ауытқулары бар тұлғалар арасында нақты нозологиялар бойынша аурулардың гипотетикалық таралу мүмкіндігі есептелді.

Физикалық даму көрсеткішінің қалыптан ауытқуы әлеуметтік маңызы бар дерттердің ерте жастан басталып, созылмалы түрге ауысуына және аурулар жиілігінің өсуіне себеп болады.

Мысалы, бір жасқа дейінгі физикалық дисгармониясы жоғары ер балалардың сырқаттанушылығы үйлесімді дамыған балалармен салыстырғанда 10,8%-ға артық болса, қыз балаларда бұл айырмашылық 7,4%-ды құрады. 7 жаста бұл көрсеткіштердің айырмашылығы созылмалы ауруларға байланысты сақталып отыр. Орташа квадраттық ауытқуларды талдау барысында анықталғандай, жас ұлғайған сайын және физикалық даму ауытқуы өскен сайын аурушандық құрылымындағы вариация да арта түседі.

Айта кету керек, профилактикалық бағдарламалар мұндай топтардағы патологияның таралуын түбегейлі өзгерте алмайды, себебі аурулардың сипаты созылмалы, баяу дамиды, әрі ұзақ мерзімге созылатын болады. Бұл дерттерді алдын алу шаралары арқылы толық жою мүмкін емес. Сондықтан емдеу-профилактикалық шаралар ең алдымен физикалық дамуында ауытқуы бар балалар арасында жүргізілуі тиіс.

Жалпы алғанда, диспансерлеу сапасы орталық аудандық емханаларда ауылдық амбулаториялық ұйымдарға қарағанда жоғары деңгейде орын алған. Бірыңғай Ұлттық Денсаулық сақтау жүйесін енгізуден бұрын және енгізу кезеңіндегі диспансерлеу сапасына жасалған сараптамалық талдау осы жүйенің тиімділігін нақтылайды.

Әсіресе орталық аудандық емханаларда диспансерлеу қызметінің нәтижелілігі айқын байқалды. Ревматизммен есепке алынған науқастарды учаскелік жалпы практика дәрігерлерінің жүйелі түрде бақылауы 55,82%-дан 79,62%-ға, бронх демікпесі кезінде – 51,48%-дан 79,14%-ға, холецистит бойынша – 56,84%-дан 77,62%-ға, ал гастрит жағдайында – 57,43%-дан 76,34%-ға дейін көтерілді.

Ауылдық амбулаториялар да оң серпін көрсетті: бронхит кезінде бақылау үлесі 61,09%-дан 70,46%-ға, анемияда – 59,34%-дан 69,38%-ға, ревматизм бойынша – 48,67%-дан 67,32%-ға, гастрит кезінде – 49,22%-дан 67,26%-ға дейін артты.

Бірыңғай Ұлттық Денсаулық сақтау жүйесінің енгізілуі орталық емханалар мен отбасылық дәрігерлік амбулаторияларда созылмалы дерттері бар тұрғындарды диспансерлік бақылаудың сапасын едәуір жақсартты. Атап айтқанда, орталық емханаларда барлық аурулар бойынша уақтылы тексерілу көрсеткіші $62,34 \pm 5,32\%$ -дан $75,72 \pm 6,82\%$ -ға дейін жоғарылады ($t = 5,7$; $p = 0,00$). Айрықша өсім ревматизмде – 72,43%-дан 78,46%-ға, гастритте – 68,32%-дан 78,24%-ға, асқазан мен он екі елі ішек жараларында – 63,46%-дан 79,18%-ға, холециститте – 64,95%-дан 79,62%-ға дейін тіркелді.

Орталық емханаларда есепте тұрған науқастар бойынша жоспарлы тексерулердің қамтылу деңгейі де $73,42 \pm 6,5\%$ -дан $84,83 \pm 7,62\%$ -ға дейін ұлғайды ($t = 4,9$; $p = 0,001$). Асқазан және он екі елі ішектің жарасында бұл көрсеткіш 82,68%-дан 92,38%-ға, анемияда – 72,89%-дан 87,46%-ға, ишемиялық жүрек ауруында – 78,94%-дан 88,59%-ға, нефритте – 47,11%-дан 74,53%-ға дейін артты.

Емдеу-профилактикалық шаралардың орындалу сапасы барлық аурулар бойынша орта есеппен $70,53 \pm 4,6\%$ -дан $82,34 \pm 4,8\%$ -ға дейін жақсарды ($t = 9,7$; $p = 0,00$). Бұл өсімге ең көп үлес қосқан нозологиялар – жүрек ишемиясы, бронхит, бронх демікпесі, асқазан-ішек жарасы.

Қабылданған оңтайландыру шараларының арқасында ауылдық дәрігерлік амбулаторияларда да диспансерлеу сапасы жоғарылады. Барлық патологиялар бойынша уақтылы тексерілудің орташа үлесі $46 \pm 4,2\%$ -дан $65,62 \pm 4,4\%$ -ға дейін артты ($t = 6,5$; $p = 0,00$). Бұл өсім әсіресе ревматизм, гастрит, холецистит және асқазан мен он екі елі ішек жарасы жағдайларында ерекше байқалды.

Жоспарлы тексерудің толықтығы да $53,12 \pm 3,9\%$ -дан $64,95 \pm 5,2\%$ -ға дейін көтерілді ($t = 5,8$; $p = 0,00$), негізгі өсім ревматизм, жүрек

ишемиясы, артериялық гипертензия және асқазан-ішек аурулары есебінен қалыптасты.

Сонымен қатар, емдеу-сауықтыру шараларының орындалу үлесі де $58,65 \pm 4,7\%$ -дан $73,32 \pm 5,4\%$ -ға дейін жоғарылаған ($t = 7,4$; $p = 0,00$). Бұл өсім келесі дерттерде тіркелді: ревматизм – $61,34\%$ -дан $70,42\%$ -ға, гастрит – $55,46\%$ -дан $77,12\%$ -ға, анемия – $63,86\%$ -дан $76,19\%$ -ға, жүрек ишемиясы – $60,6\%$ -дан $75,64\%$ -ға, асқазан және он екі елі ішек жаралары – $61,56\%$ -дан $78,58\%$ -ға дейін.

Жалпылай алғанда, Бірыңғай Ұлттық Денсаулық сақтау жүйесінің енгізілуі емдеу-профилактикалық ұйымдарда қызмет сапасының елеулі артуына әкелді. ОАЕ мекемелерінде науқастарды тексеру деңгейі $65,4\%$ -дан $81,3\%$ -ға, ал ОДА ұйымдарында – $34,9\%$ -дан $50,1\%$ -ға дейін жетті. Уақтылы ем қабылдаған науқастардың үлесі орташа алғанда $11,1\%$ -ға ұлғайса, толық ем алмаған пациенттер саны $1,5$ есеге қысқарды.

Жоспардан кеш тексерілген науқастардың үлесі ОАЕ-де $15,6\%$ -ға, ОДА-да $16,8\%$ -ға төмендеді. Тексерілмеген жағдайлар да тиісінше – ОАЕ-де $34,6\%$ -дан $18,7\%$ -ға, ал ОДА-да $65,1\%$ -дан $49,9\%$ -ға дейін азайды.

Диспансерлеу сапасының индикаторлары айтарлықтай жақсарғаны анықталды. ОАЕ-дегі учаскелік дәрігерлер тарапынан жоспарлы мерзімде жүргізілген бақылау $17,7\%$ -ға, ал ОДА-да – $15,9\%$ -ға өскен. Жоспарлы тексеру толықтығы орталық емханаларда $11,8\%$ -ға, отбасылық амбулаторияларда $13,8\%$ -ға ұлғайды. Жалпы емдік-сауықтыру шараларының орындалу деңгейі $58,6\%$ -дан $73,3\%$ -ға дейін артты.

Диспансерлеудің сапалық нәтижелері айтарлықтай жақсарды. ОАЕ ұйымдарында учаскелік терапевттер тарапынан жоспарланған мерзімде бақылау $17,7\%$ -ға, ал ОДА мекемелерінде – $15,9\%$ -ға өсті. Жоспарлы тексерулердің толық орындалуы ОАЕ-де $11,8\%$ -ға, ОДА-да $13,8\%$ -ға ұлғайды. Жалпы емдеу-профилактикалық шаралардың орындалуы $58,6\%$ -дан $73,3\%$ -ға дейін жақсарғаны тіркелді.

Жалпы алғанда, Бірыңғай Ұлттық Денсаулық сақтау жүйесін енгізудің алдында және одан кейінгі кезеңдерде жүргізілген диспансерлік қызметтің салыстырмалы сараптамасы бұл жүйенің тиімділігін нақтылай түседі.

ҚОРЫТЫНДЫ ҰСТАНЫМДАР

1. 2013 – 2023 жылдар аралығында ауылдық өңірлерде тіркелген жалпы сырқаттанушылық деңгейі 13,4%-ға, ал өлім-жітім көрсеткіші 10,7%-ға артты. Бұл өсім көбінесе әлеуметтік маңызы жоғары дерттердің жиілеуімен байланысты болды. Атап айтқанда, осы кезеңде қант диабеті 4,04%-ға, туберкулез – 3,6%-ға, миокард инфаркты – 6,28%-ға, инсульт – 10,0%-ға және онкологиялық аурулар – 2,14%-ға өсті.

2. Әлеуметтік тұрғыдан мәні бар ауруларды сапалы түрде диспансерлік есепке алу үшін емханаларда жалпы практика дәрігерлерімен толық жабдықталуы ($r = 0,87$), дәрігерлердің кәсіби санаттылығы ($r = 0,88$), бейінді мамандардың жеткіліктілігі ($r = 0,89$) және мамандандырылған бөлімшелерде емделу мүмкіндігі ($r = 0,71$) қамтамасыз етілуі қажет.

3. Түркістан облысы әкімшілігіне қарасты аудандардағы емдеу-алдын алу мекемелерінде дәрігерлермен қамтамасыз етілу коэффициенті 14,5‰ деңгейінде, яғни облыстық орташа көрсеткіштің (26,9‰) 46,09%-ын ғана құрайды. Кадрлық жетіспеушілік пен штаттық құрылымның толық жасақталмауы диспансерлік қызметтің сапасына кері ықпал етуде.

4. Емханалардағы жалпы практика дәрігерлерінің жеткіліктілігі әлеуметтік маңызы бар ауруларды ерте кезеңде анықтау ықтималдығына жоғары деңгейде әсер етеді ($r = 0,79$). Сонымен қатар, дәрігерлердің біліктілік деңгейі ($r = 0,87$), санаты ($r = 0,89$), бейінді мамандармен қамтылуы ($r = 0,92$) және арнайы бөлімшелерде ем алу мүмкіндігі ($r = 0,87$) диспансерлеу нәтижелеріне тікелей әсер ететіні анықталды.

5. Әлеуметтік маңызы бар аурулардың жас кезден басталып, созылмалы сипатқа ауысуына және жиілігінің өсуіне балалардың физикалық дамуының қалыптан ауытқуы елеулі әсер етеді. 1 жастағы физикалық дамуында теңгерімсіздігі бар ұл балалардың сырқаттанушылық деңгейі үйлесімді дамығандарға қарағанда 10,8%-ға, ал қыз балаларда – 7,4%-ға жоғары. 7 жаста бұл айырмашылық сақталып, нозологиялық бірліктердің созылмалы түрге өтуі анықталған. Дисгармониялық даму артқан сайын және жас ұлғайған сайын сырқаттанушылықтың орташа квадраттық ауытқуы да айтарлықтай өскені байқалды.

6. Алдын алу шараларын жүйелі түрде іске асыру үшін емханалар толық көлемде жалпы практика дәрігерлерімен қамтамасыз етілуі тиіс ($r = 0,93$). Бұл ретте дәрігерлердің кәсіби даярлығы ($r = 0,83$), жоғары санатта болуы ($r = 0,92$), бейінді мамандардың тұрақты қызметі ($r = 0,94$) және арнайы стационарларда ем алу мүмкіндігі ($r = 0,89$) негізгі шарт ретінде қарастырылады.

7. Диспансерлік қызмет сапасы орталық аудандық емханаларда отбасылық дәрігерлік амбулаторияларға қарағанда жоғары деңгейде орын алды. Бірыңғай Ұлттық Денсаулық сақтау жүйесін енгізудің алдында және одан кейінгі кезеңдерге жасалған салыстырмалы сараптама осы жүйенің тиімділігін нақтылай түсті.

ТӘЖІРИБЕЛІК ҰСЫНЫМДАР

1. Скринингтік тексерулерді міндетті түрде әлеуметтік мәні жоғары ауруларға бейім тұрғындар арасында өткізу қажет және бұл үрдіске әлеуметтік-гигиеналық бақылау жүргізілуі тиіс.

2. Диспансерлік бақылау физикалық дамуында ауытқушылығы бар балалар арасында әлеуметтік маңызы бар дерттердің алдын алуға бағытталған скринингтік тексерулерді белсенді әрі сапалы ұйымдастырудан басталуы қажет.

3. Әлеуметтік мәні бар дерттермен тіркелген тұрғындарды диспансерлік бақылау, емдеу және оңалту шараларымен сапалы әрі уақытылы қамтуды Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымы ұсынған көрсеткіштер негізінде жүргізу ұсынылады.

4. Диспансерлік қызмет сапасын бағалау кезінде жергілікті емдеу-алдын алу мекемелерінің бейінді дәрігерлермен қамтылу деңгейі міндетті түрде ескерілгені жөн.

5. Диспансерлеуді әлеуметтік-гигиеналық мониторинг жүргізудің негізі ретінде әлеуметтік зерттеулердің нәтижелерімен ұштастыру қажет.

6. Еңбекке жарамды жастағы халық арасындағы әлеуметтік маңызы бар патологияларды диспансерлік тұрғыда бағалау үшін негізгі көрсеткіш ретінде орташа квадраттық ауытқу және орташа өмір сүру ұзақтығының өзгеру динамикасы алынуы тиіс.

7. Әлеуметтік мәні бар аурулардың алдын алу және диспансерлік жұмыстардың сапасын арттыру мақсатында, диспансерлеу нәтижелеріне сүйене отырып дайындалған «Балалардың физикалық даму көрсеткіштерін скринингтеу және анықталған бейэпидемиялық патологияларды диспансерлеу» атты монографияны амбулаториялық-емханалық буын дәрігерлерінің тәжірибелік қызметінде қолдану ұсынылады.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1. Жанабаев Н.С. Оңтүстік Қазақстан облысының ауылдық аудан тұрғындарының диспансерлік топтарына медициналық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру: PhD диссертациясы. Түркістан: Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, 2017.

2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2003 жылғы 12 қыркүйектегі №677 бұйрығы «Ауыл тұрғындарына көрсетілетін медициналық көмекті жетілдіру туралы».

3. Қазақстан Республикасының 2010–2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы. – Астана, 2010. – 34 б.

4. ҚР Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы 23 сәуірдегі №288 бұйрығы. «Ұлттық Бірыңғай Денсаулық сақтау жүйесін енгізу туралы».

5. Қазақстан Республикасының 2016–2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасы. – Астана, 2016. – 37 б.

6. ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік қорғау министрінің 2015 жылғы 21 мамырдағы бұйрығы. «Айналасындағыларға қауіп туғызатын аурулар мен әлеуметтік мәні бар патологиялардың тізбесі туралы».

7. Жанабаев Н.С., Булешов М.А., Молдалиев Ы.С. Еңбекке жарамды тұрғындар арасында диспансерлеуді жетілдіру // Вестник КазНМУ. – 2016. – №2. – Б. 447 – 453.

8. Вишняков Н.И., Алексеева Л.А., Честикова Е.В. Диспансеризацияны қайта жандандыру міндеттері мен болашағы // Проблемы управления здравоохранением. – 2007. – №6. – С. 70–73.

9. Булешов М.А. Қоғамдық денсаулық және оны сақтау: оқулық. – Алматы, 2012. – 287 б.

10. Қайырбеков А. және т.б. Созылмалы инфекциялық емес аурулардың бастапқы профилактикасын ұйымдастыру әдістері // Проблемы соц. медицины и управления здравоохранением. – Алматы, 2000.–№7.–С. 74–77.

11. Назарбаев Н.А. Қазақстан халқына жолдауы «Қазақстан – жедел экономикалық, әлеуметтік және саяси жаңғыру жолында». – Астана, 2005.

12. Булешов М.А. және т.б. Халық денсаулығына әсер ететін факторларды бағалаудағы әдістемелік тәсілдер // Халықаралық ғылыми-практикалық конференция еңбектері. – Алматы, 2001. – 348 б.

13. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: оқулық. – М., 2010. – 401 б.

14. Саурбаев Т.К. Тараз қаласында алғашқы медициналық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру мәселелері // ПМД 5-халықаралық конференция материалдары. – Алматы, 2003. – Б. 21.

15. Назарбаев Н.А. Қазақстан халқына жолдау. 19 наурыз, 2004 жыл. – Астана, 2004. – Б. 8–11.

16. Уркенов А.А. Консультативтік-диагностикалық көмекті жетілдіру аспектілері//Халықаралық конференция материалдары.–Алматы,2003.–140б.

17. Курлеутов Э.М. және т.б. Халық денсаулығын қорғаудың салааралық бағдарламаларын бағалау әдістері // Әдістемелік ұсынымдар.—М.,1990.—42 б.
18. ҚР Денсаулық сақтау жүйесін реформалау мен дамыту бойынша мемлекеттік бағдарлама (2005–2010 жж.). – Астана, 2004. – №1438.
19. Медетбаева Г.Н. Оңтүстік өңірдегі әлеуметтік-медициналық мониторингті жетілдіру: автореф. ... канд. мед. наук. – Алматы, 2006. – 21 б.
20. Масалимов Е.Т. Өнеркәсіп қызметкерлерінің денсаулығын қорғауды ұйымдастыру: автореф. ... канд. мед. наук. – Алматы, 2004. – 23 б.
21. Масалимов Е.Т. Еңбекке жарамды контингенттің денсаулығын бағалауда әлеуметтік-гигиеналық мониторингтің маңызы // ХҒПК баяндамалар жинағы. – Алматы, 2004. – Б. 288–289.
22. Касымова Г.П. және т.б. Қазақстанда халық денсаулығын қорғау жүйесін жетілдіру бағыттары // Бюллетень НИИ соц. гигиены им. Н.А. Семашко. – М., 2003. – №8. – Б. 18–20.
23. Айтмухамбетов Н.А. және т.б. Мұнай өндірісі аймақтарында денсаулыққа сыртқы факторлардың әсерін бағалау // Ғылыми тезистер жинағы. – СПб., 2003. – Б. 58–60.
24. Бектурганов Р.С. Өнеркәсіптік өңір тұрғындарының медициналық көмекпен қамтылуын басқару: автореф.... докт.мед.наук.—Астана,2007.—37 б.
25. Омарбекова С.Ж. Жамбыл облысының ауылдық жеріндегі емдеу-профилактикалық желіні оңтайландыру негіздері: автореф. ... канд. мед. наук. – Алматы, 2004. – 30 б.
26. WHO Study Group. Coordinated Health and Human Resources Development. – Geneva, 1990. – 53 p.
27. World Health Report. – Geneva: WHO, 2000. – P. 16–20.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ

ЖАНАБАЕВ Н.С.

**Ауыл тұрғындарының диспансерлік топтарына
медициналық көмекті ұйымдастыру**

Монография



Басуға 14.07.2025 жылы қол қойылды.

Қаріп түрі «Times New Roman»

Көлемі 7,25 шартты баспа табақ.

Таралымы 500 дана. «Әлем» баспаханасы.

Тапсырыс №1407. Шымкент қаласы, Ғ.Іляев көшесі, 7

+ 7 702 331 44 37, +7 776 331 44 37

Email: alembaspasy@mail.ru

