

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ
САҚТАУ ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК ДАМУ МИНИСТРЛІГІ
ҚАРАҒАНДЫ МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**

**ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫ АУЫЛ
ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫ**

**Қ.Ә. Әлиханова, Б.К. Омарқұлов
редакциясымен**

Қарағанды, 2015

ӘОЖ 614 (574.3) (035.3)

Қ 41

Пікір берушілер:

Уразова С.Н. - «Астана медициналық университеті» АҚ №2-ші жалпы дәрігерлік тәжірибе кафедрасының меңгерушісі, медицина ғылымдарының докторы

Канафина А.К. - Қарағанды облысы денсаулық сақтау Басқармасының бас терапевт маманы

Тайжанова Д. Ж. - ҚММУ №1 аурулар кафедрасының меңгерушісі, медицина ғылымдарының докторы

Қ 41 Қарағанды облысы ауыл тұрғындарының денсаулығы: монография / ред.Қ.Ә. Әлиханова, Б.К. Омарқұлов. – Қарағанды: «Гласир», 2015. – 212 б.

ISBN 978-601-202-200-1

Монографияда Қарағанды облысы ауыл тұрғындары арасындағы әлеуметтік маңызды аурулардың эпидемиологиялық туралы мәліметтер берілген. Ауыл тұрғындарына медициналық көмек көрсетуді ұйымдастырудың қазіргі жүйесін зерттеу нәтижелері берілген. Монография АМСКК мамандарына, жалпы тәжірибелік дәрігерлерге, үздіксіз кәсіби дамыту факультетінің резиденттері мен тыңдаушыларына арналған.

ӘОЖ 614 (574.3) (035.3)

Берілген басылым құқығы авторларға тиісілі. Осы басылымның қандай да бір түрде болмасын бөлігін немесе тұтас басылымды көбейту және таратуды - құқық иесінің қолжазбалық рұқсатынсыз жүзеге асыра алмайды.

ISBN 978-601-202-200-1

© Ұжым авторлары, 2015
© Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, 2015

МАЗМҰНЫ

Анықтама	6
Белгілеулер мен қысқартулар тізімі	7
Кіріспе	9
1 АНАЛИТИКАЛЫҚ ШОЛУ. АУЫЛ ТҰРҒЫНДАРЫ ДЕН- САУЛЫҒЫНЫҢ ҚАЗІРГІ МӘСЕЛЕЛЕРІ. АМСКК ДЕҢ- ГЕЙНДЕГІ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ, АЛДЫН АЛУ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ	12
1.1 Ауыл тұрғындарының денсаулық жағдайы.....	12
1.2 Ересек ауыл тұрғындары арасындағы созылмалы әлеуметтік маңызды аурулардың таралуы.....	27
1.3 Денсаулық жағдайын анықтайтын ауыл тұрғындарының өмір сүру салттары мен шарттары.....	28
1.4 Ауыл тұрғындарына көмек көрсетуді ұйымдастыру және бас- қару мәселелері.....	32
1.5 АМСКК деңгейінде инновациялық қызметті ұйымдастыру, алдын алу, оңалту технологиялары.....	44
2 БАҒДАРЛАМА, МАТЕРИАЛДАР МЕН ЗЕРТТЕУ ӘДІС- ТЕРІ	52
3 2005-2013 ЖЫЛДАРЫҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫ БОЙЫНША МЕДИЦИНАЛЫҚ-ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	57
3.1 Облыстың ауыл тұрғындарының сырқаттылығы.....	71
3.2 Ауыл тұрғындарының мүгедектігі.....	82
3.3 2011-2014 жылдары облыстарда ауыл тұрғындарын жылжымалы медициналық кешенмен алдын алу зерттеулерінің нәтижелері.....	91
4 АУЫЛ ТҰРҒЫНДАРЫ АРАСЫНДА СОЗЫЛМАЛЫ ӘЛЕУ- МЕТТІК МАҢЫЗДЫ АУРУЛАРДЫҢ ҚАУІПТІ ФАКТОРЛА- РЫНЫҢ ТАРАЛУЫН ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ	112
4.1 Терапия саласының әлеуметтік маңызы бар аурулары бойынша зерттелетін ересек ауыл тұрғындарына сауалнама жүргізудің нәти- желері.....	112
4.2 АМСКК деңгейінде скринингтік тест жүйелерді қолдану нәтижелері.....	119
4.3 Терапия саласының әлеуметтік маңызды ауруларының қауіпті факторларын зерттеу бойынша сауалнама жүргізу нәтижелері.....	123
5 АУЫЛ АЙМАҚТАРЫНДА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫ БАҒАЛАУ (МЫСАЛЫ БҰҚАР- ЖЫРАУ АУДАНЫ)	128
6 АУЫЛ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАСҚАРУ ТЕХНОЛОГИЯСЫ	150

6.1 Жүрек – қантамыр аурулары бар ауыл тұрғындарына медициналық көмек көрсетуді жетілдіру.....	150
6.2 Артериальды гипертензияның асқынған түрлерімен ауырған науқастарға медициналық көмек көрсету технологиясы.....	152
6.1.2 Артериальды гипертензия фондында мүгедектерде ми инсультын анықтау реабилитациясының технологиясы	
ҚОРЫТЫНДЫ.....	156
ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ.....	172
ҚОСЫМША А.....	193
ҚОСЫМША В.....	202
ҚОСЫМША С.....	206
ҚОСЫМША D.....	209

БАСЫЛЫМНЫҢ ҚАТЫСУШЫЛАРЫ

Бас редакторлары:

Әлиханова Қарлығаш Әнгельбайқызы – ҚММУ үздіксіз кәсіби дамыту факультетінің жалпы дәрігерлік тәжірибе кафедрасының меңгерушісі, медицина ғылымдарының докторы, профессор

Омарқұлов Бауыржан Кәденұлы – ҚММУ тұлөктерін жұмыспен қамту және клиникалық бөлімінің бастығы, медицина ғылымдарының кандидаты, доцент

Авторлар ұжымы:

Әлиханова Қарлығаш Әнгельбайқызы - м.ғ.д., профессор

Абуғалиева Тлеужан Оразалықызы - м.ғ.к., доцент

Алпысова Айгүл Рахманберліқызы - м.ғ.к, доцент

Байғожин Мұрат Әлімұлы - Бұқар-Жырау ауданының бас дәрігері

Жақыпбекова Венера Амантайқызы - м.ғ.к., доцент

Искаков Ернар Бокенбайұлы - ассистент, магистрант

Кұлмағанбетов Серік Әуесханұлы - ассистент, магистрант

Омарқұлов Бауыржан Кәденұлы - м.ғ.к., доцент

Рождественский Александр - Қарағанды облысының РМК

Викторович РЦЭЗ филиалының директоры

Серікова Майя Сағындыққызы - ассистент, магистрант

Такирова Айгүл Тлеуханқызы - ассистент

АНЫҚТАМА

Осы монографияда анықтамаларға сәйкес келетін келесі терминдер қолданылған:

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ – азаматтардың денсаулықтарын қорғауға бағытталған әлеуметтік – экономикалық, медициналық және басқа да шаралардың жиынтығы.

ӘДІСНАМА – бағдарлама жоспарын орындау тәсілін қамтамасыз ететін іс-әрекеттің логикалық бейнесі және әдістері.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ РЕСУРСТАРЫ – 1) медициналық қызметкерлер (адами ресурстар); диагностикалық және емдеу құрылғылары; ғимараттар және оның материалдық – техникалық қамтамасыз етілуі және мазмұны; дәрі - дәрмек және тағамдық азық – түліктер; білім және тағы басқалары; 2) денсаулық сақтау жүйесі қызметі үшін лайық ұғымдар. Денсаулық сақтау ресурстары денсаулық сақтау қызметінде және басқа да секторларда адам ресурстарын; құрылыс және инженерлік қызметтерді, санитарлық, медициналық мекемелердегі қоғамдық жылу жүйесін пайдалануы мен қолдануын; құрылғылар және оны жеткізу, қаржы, білім және басқа да технологияларды қамтиды. Бұл ресурстар саяси құрылымның ішінде және денсаулық сақтау шараларын басқарудың тізімінде орналасқан. Денсаулық сақтау жүйесімен салыстырғанда денсаулық сақтау ресурстарының сапасы маңызды фактор болып табылады. Әдетте денсаулық сақтау ресурстарының сапасы көптеген жағдайларда заң бойынша және стандарт бойынша анықталады. Стандарттардәрігерлер және медбикелермен лицензияланып, білікті мамандарды анықтауы мүмкін.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІ – медициналық көмек алуға және денсаулық сақтауға бағытталған азаматтардың құқықтарын қамтамасыз ететін денсаулық сақтау субъектілерінің және мемлекеттік органдарының жиынтығы.

БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР ТІЗІМІ

АҚ	Артериялық қысым
АГ	Артериялық гипертензия
ҚАЖ	Қан айналым жүйесінің аурулары
ДА	Дәрігерлік амбулатория
ДДСҰ	Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
ЖТД	Жалпы тәжірибе дәрігері
АИТВ	Адамның иммундық тапшылық вирусы
АМТ	Алғашқы мүгедек болып табылғандар
ТМККК	Тегін медициналық көмектің кепілдірілген көлемі
ДССҰАЖ	Денсаулық сақтау саласының ұлттық ақпараттық жүйесі
ДССБАЖ	Денсаулық сақтау саласының бірыңғай ақпараттық жүйесі
ЖИА	Жүректің ишемиялық ауруы
ҚК	Қарқынды көрсеткіш
ОДБ	Оңалтудың дербес бағдарламасы
ЕАМ	Емдеу- алдын алу мекемелері
ТҚЛ	Төмен қысымды липопротеиттар
ЖҚЛ	Жоғары қысымды липопротеиттар
ДСМ	Денсаулық сақтау министірілігі
ЖТМ	Жалпы тәжірибе медбикесі
ҒЗЖ	Ғылыми – зерттеу жұмысы
ЖДТ	Жалпы дәрігерлік тәжірибе
ӨСҚШ	Өмір сүру қызметінің шектеулігі
ОСӨСҚО	Облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы
АМ	Алғашқы мүгедектік
ЖМК	Жылжымалы медициналық кешен
АМСКК	Алғашқы медициналық – санитарлық көмек көрсету
ШЖҚ	Шаруашылықты жүргізу құқығы
ҚР	Қазақстан Республикасы
РФ	Ревматоидты фактор
ОДА	Отбасылық дәрігерлік амбулатория
РА	Реактивті ақуыз
ФАБ	Фельдшерлік акушерлік бекет
СЖЕА	Созылмалы жұқпалы емес аурулары
ФК	Функционалды класс
ЦВА	Цереброваскулярлы аурулар
МОД	Мүгедектердің орталық дерек қоры
НР	Helicobacter pylori
СӨСҚЖҰО	Салауатты өмір салтын қалыптастыратын Жобаның Ұлттық орталығы
ЖҚА	Жүрек-қантамыр аурулары
АХЖ-10	10-шы рет қаралған аурулардың халықаралық жүйесі

ҚД	Қант диабеті
ӨМИ	Өткір миокард инфарктісі
ФГДС	Фиброгастродуоденоскопия
УДЗ	Ультродыбыстық зерттеу
ЭКГ	Электрокардиограмма
КДҚ	Консультативті- диагностикалық қызметтер
ЖҚЖ	Жүрек-қантамыр жүйесі
АІЖ	Асқазан-ішек жолдары
ОЖЖ	Орталық жүйке жүйесі
ІА ҒЗИ	Ішкі аурулардың ғылыми зерттеу институты
БМҚЖЖ	Бас ми қанайналымының жедел бұзылуы
ТЖМК	Төтенше жедел медициналық көмек
СМП	Жедел медициналық көмек
МБ	Медициналық бекет
АБА	Ауылдық бөлімшелік аурухана
ОАА	Орталық аудандық аурухана
КБОҒҚ	Кардиологтардың Бүкілодақтық ғылыми қоғамы
ЖЖЖ	Жүректің жиырылу жиілігі
ТИА	Транзиторлы ишемиялық шабуыл
ЭЭГ	Эхоэнцефелография
ӨЖВ	Өкпенің жасанды вентиляторы
ФК	Функционалды класс
МӨЭ	Медициналық – әлеуметтік экспертиза

КІРІСПЕ

Қазіргі уақытта дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДСҰ) нұсқауы бойынша аса жиі кездесетін аурулардың, өлім жітімнің және алдын алудың, аурушандықтың таралуын зерттеу, бұл халық денсаулығын сақтау ұлттық бағдарламаның маңызды құрамдас бөлігі, сондай-ақ, госпитальды және госпитальға дейінгі деңгейлерде медициналық көмек беру жоспарының негізі болып табылады.

Елбасымыз Н.Ә.Назарбаев 27.01.2012ж. өзінің Қазақстан халқына жолдаған Жолдауында еліміздің жаңа даму кезеңінде денсаулық сақтау жүйесінің жоғары технологиялық дамуы және медициналық қызмет сапасының жақсаруы мемлекеттік саясаттың бірі болуы керек екенін атап өтті. Халықтың денсаулығы кез келген мемлекеттің әлеуметтік – экономикалық жағдайы жүйесін қалыптастырушы факторына жатады. Әр адамның дербес денсаулығы бәсекеге қабілетті қоғамның негізгі көрсеткішінің бірі болып табылады. Жүргізілген талдаулар негізінде Қазақстан Республикасының 2011-2015ж. арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік денсаулық сақтау стратегиялық бағдарламасы Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінің және қазіргі денсаулық жағдайы бағытының дамуын механикалық іске асырылуының басымдылығын анықтады. Осы бағдарлама негізінде балалармен ересек адамдарда кездесетін әлеуметтік маңызы бар ауруларды қанайналу жүйесін, тыныс алу ағзаларын, эндокриндік жүйе, туберкулез, онкологиялық және жұқпалы ауруларды; балаларда туа біткен кемістікті; әйелдерді скринингтік зерттеу арқылы репродуктивті жүйеде онкопатологияны ертерек анықтау, скринингтік зерттеулерді күшейту жоспарланған. Сонымен қатар, ауыл тұрғындарының денсаулықтары, өмір сүру сапасы туралы сұрақтары өз шешімін тапқан жоқ. Ауыл тұрғындарының денсаулықтарын сақтау туралы сұрақтары бойынша сектораралық және ведомствоаралық өзара әрекеттесу механизмдері толық өнделмеген. Сонымен қатар, әлеуметтік - маңызды аурулармен қатар өмір сүру қызметінің шектеулігіне халықаралық танылған критериалды бағасын енгізумен бірге сауықтыру және әдіснамалық қорды жетілдіру үшін медициналық-әлеуметтік сараптаманы жүргізу қажет. Алғашқы медициналық – санитарлық көмек көрсету(АМСКК) деңгейінде осы мәселелердізерттеу денсаулық сақтау саласы жүйесінің алдын алу бағытын күшейтуге мүмкіндік береді [1].

Әртүрлі дәрежедегі ауыл тұрғындары арасындағы әлеуметтік маңызды ауру қауіпінің үдеу факторларын, сонымен қатар олармен күресу жолдарын анықтау, алдын алу механизмдерін зерттеу мәселесі туындап отыр. Қазіргі қаржылық-экономикалық дағдарыс, жұмыссыздық, стресс, депрессия адаптациялық үрдістерді зерттеу қажеттілігін ұшықтырды, оның ішінде барлық мүшенің қорғаныш реакциясына қатысатын маңызды гомеостаз жүйесі ретінде ерекше орынды қан жүйесі алады.

Соңғы он жыл ішінде қалыптасқан еліміздегі әлеуметтік – экономикалық жағдай халық денсаулығына елеулі зақым келтірді. Бұл мәселелер ресей елінің ғалымдарын да толғандырады, шұғыл іс - шараларды жүргізу денсаулық сақтау жүйесімен қоса мемлекет тарапынан да орындалуы керек деп санайды [2,3,4,5,6,7,8,9,10]. Қазіргі уақытта бүкіл дүниежүзілік қауымдастықты қамтыған экономикалық дағдарыс, денсаулық сақтау құқығын ұстануға қатысты, сауықтыру бағдарламасын іске асуының шектеулігі, мемлекеттік кепілдіктің айтарлықтай қысқаруы, барлық халықты қолжетімді және сапалы медициналық көмекпен қамтамасыз ету мәселелерін шешу көптеген мемлекеттер үшін түрткі болды [8,9,10,11,12,13].

Қоғамның әлеуметтік - экономикалық мәселелері көп жағдайда ауыл тұрғындарының денсаулықтарына әсер етуде, соның нәтижесінде елімізде әлеуметтік және экономикалық қайта құру барысында емдеу - диагностикалық базасы, медициналық мекемелердің материалды – техникалық жабдықталуы, ауылдың денсаулық сақтау саласын ресурстармен қамтамасыз етілуін әлсіретті. Ауылдың денсаулық сақтау құрылымында медицина мамандарының жеткіліксіз жинақталуымен бірге қуаттылығы аз емдеу - алдын алу мекемелері басымырақ, қаржыландырудың тапшылығы барысында және ауылдың денсаулық сақтау мекемелерінде материалды - техникалық базасының тозуы, ауыл тұрғындарын сапалы медициналық көмекпен қамтамасыз ету мүмкіндігіне шектеу қояды.

Бірқатар зерттеушілердің пікірі бойынша [8,9,10,11], медицина-лық көмек көрсету ұйымдарының басқа да мәселелеріне денсаулық сақтау жүйесінің барлық бөлімдерінің өзара әрекеттесуі және әлсіз сабақтас-тығы, ауылдық жерлерде ресурстық базасын қолдану тиімділігінің төмен болуын айтады.

Бүгінгі таңда Қазақстан Республикасында ауыл тұрғындарының денсаулық жағдайының ерекшеліктері мен заңдылықтар негізгі интегративті бағаны алуға мүмкіндік беретін, Қазақстан Республикасының ауыл аймақтарын қалпына келтіру бағдарламасы және диагностикалық - емдеудің алдын алу, тәжірибелік жалпы сауықтыру, ғылыми және мақсатқа бағытталған әзірleme базасының негізі үшін қызмет атқаратын және жүзеге асырылатын, емханалық - амбулаториялық және стационарлық көмектің қажет нормативтерін анықтау әлеуметтік - гигиеналық жүйесіне жақындау әдіснамасы негізделді.

Осыған орай қоғамда әлеуметтік - экономикалық қайта құру жағдайы барысында тұрғындар денсаулығының медициналық - демографиялық көрсеткіштерін жақсарту мақсатында ауылдық жерлерде тұратын халыққа медициналық көмек көрсетудің сапасын және қолжетімділігін арттыру жолдарының тиімділігін іздеу аса маңызды. Сонымен қатар, ауыл тұрғындарының денсаулық жағдайларына әлеуметтік - тұрмыстық, материалды - экономикалық, өндірістік, коммуникациондық, мәдени - білімдік және мінез - құлықтық факторлары

әсер ететінін ескеру қажет, оларды зерттеу ауыл халқына медициналық көмек көрсету жүйесін арттыруға көмек беретін, ғылыми сараптамалық-ұйымдастыру жобасын әзірлеуге мүмкіндік береді.

1 АНАЛИТИКАЛЫҚ ШОЛУ. АУЫЛ ТҰРҒЫНДАРЫ ДЕН- САУЛЫҒЫНЫҢ ҚАЗІРГІ МӘСЕЛЕЛЕРІ. АМСКК ДЕҢГЕЙІНДЕ- ГІ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ, АЛДЫН АЛУ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ

1.1 Ауыл тұрғындарының денсаулық жағдайы

Көптеген онжылдар бойы ауыл тұрғындарының денсаулық мәселелері терең зерттелу құралы болды. ҚР-ң 13.02.1991ж. «Қазақстан Республикасында агроөнеркәсіптік кешеннің және ауылдың даму бағыты туралы» заңында (20.12.2004 ред.) денсаулықты сақтау сұрақтары қарастырылды (41 бап «Денсаулық сақтау мекемесі торының дамуы»), ол ауыл тұрғындарына жалпы қолжетімді, тегін, білікті медициналық қызметті және ауыл мен қала тұрғындарына медициналық қызмет көрсету деңгейлерін жақындастыруға бағытталған іс - шараларды іске асыруға кепіл болды. Дер кезінде медициналық көмек көрсетілуін және қолжетімділікті қамтамасыз ету мақсатында орналастыру сипатын есепке алу, ауылды елді мекендерде денсаулық сақтау мекемесінің даму желісі іске асырылды [14].

Сонымен қатар, Қазақстанда ауыл тұрғындарының денсаулығын нығайту мен сақтауға бағытталған 1997 - 2013 жылдар аралығында «Дені сау ауылдар» атты Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының жобасы іске асырылуда. Бұл жобаға 300-ден астам ауыл қатысады [15,16]. Республика аумағында жыл сайын өткізілетін «Дені сау ауыл» атты Республикалық конкурс жобаның тәжірибе негізінде жұмыс құралы ретінде болды, оның міндеті –жергілікті басқару органдарын ауыл мәселелеріне назар аударту еді. Жобаның негізгі мақсаты: ауыл тұрғындарының денсаулығын нығайту мен сақтауға қолжеткізу үшін сектораралық ынтымақтастықты түзету.

Жоба қызметін ұлттық үйлестіруші Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары Ұлттық орталығы (СӨСҚПҰО) және аймақтық үйлестіруші салауатты өмір салтын қалыптастыратын 14 облыстық орталықтың қалыптасуын қадағалайды (СӨСҚПОО). Тұрғындардың денсаулығын қорғау (облыс әкімдерінің орынбасарлары) үйлестіруші төрайым кеңесінің басшылығымен «Дені сау ауыл» атты конкурс облыс әкімдерінің қолдауымен іске асырылуда және ауыл тұрғындары арасында аса танымал. Жобаның тиімділігі Республикалық «Дені сау ауыл» конкурсының қорытындылары бойынша бағаланады. Жобаға шамамен 300-ден астам ауыл қатысты. Конкурс III кезеңде өтті: аудандық, облыстық және республикалық деңгейде. Жобаны іске асырудың нәтижесінде ауылдардың су жүйесімен қамтамасыз етілуі, қоршаған ортаны адамдар мен жануарлардың нәжістерінен ластануынан қорғау, қатты тұрмыстық қалдықтарды жою және оларды шығару жүйесін реттеу мәселелері шешіледі. Денсаулық сақтаудың тұрақты жүйесі қалыптасады, мәдени үйлер, спорттық құрылыстар жүргізіліп,

тұрғылықты үйлер жабдыкталады: электр, газ және кәріз жүйесімен қамтамасыз етіліп, көлік жүйесі ұйымдастырылып, тұтастай ауыл халқының өмір сүру сапасы жақсарады. Сөйтіп, ДДҰ-ң «Дені сау ауыл» жобасы ауыл тұрғындарының денсаулығын жақсарту мен Қазақстан ауылдарын және ауыл тұрғындарының салауатты өмір салты әдістерінің тиімді құралдарының бірі болып табылады.

Ауыл бойынша басқа құқықтық құжат 2003 жылдың 10 шілде №1149 Қазақстан Республикасы Президентінің Жарлығы «2004-2010 жылдары Қазақстан Республикасында ауыл территориясының Мемлекеттік даму бағдарламасы туралы» болды. Құжаттағы ерекше көңіл бөлетін мәселелер ауылдық елді мекендерді денсаулық сақтау объектілермен қамтамасыз ету, өйткені ауыл халқының денсаулық жағдайы және көрсетілетін медициналық көмек деңгейі талаптардан артта қалуда, көрсетілетін медициналық көмек сапасы мен көлемі өсіп келе жатқан ауыл тұрғындарының қажеттілігін қанағаттырмайды. Тұрғындардың денсаулықтарының нашарлауы нашар экологиялық жағдайы, таза ауыз сумен толық қамтамасыз етілмеуі әсер етті. Ауылдық емдік – сақтандыру ұйымдарының материалдық – техникалық базалары нашар жағдайда қалып қоя берді. Медициналық ұйымдар санитарлық-гигиеналық талаптарға сәйкес келмейтін, ыңғайсыз (суық және ыстық су жүйесімен, телефонмен қамтамасыз етілмеген) бөлмелерде орналасқан, санитарлық автокөлікпен, жұмсақ және қатты инвертармен, заманауи медициналық құрылғылармен толық қамтамасыз етілмеген. Дәріхана дүңгешектері ауылды жерлердің денсаулық сақтау объектілерінің барлығында кездеспеді [17].

Қашықтықтан мамандандырылған білікті медициналық көмектің қолжетімділігін арттыру мақсатында Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі 2004 жылдан бастап «Ауылды елді мекендерде денсаулықты сақтау саласында телемедицина мен мобильді медицинаны дамыту» инвестициялық жобасын жүзеге асыруда. Осыған орай ауылдық жерлерде телемедицинаны кезең-кезеңмен енгізу жүргізіліп отыр, бүгінгі таңда ол 14 аймақта енгізілген [1,17,18,19,20].

2010 жылы Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтауды дамытудың «2011-2015 жылдары Қазақстан Республикасының мемлекеттік денсаулық сақтау «СаламаттыҚазақстан» бағдарламасының дамуы енгізілді, онда ауыл халқының денсаулығын сақтауды жітілдірудің міндеттері анықталған. Денсаулық сақтау салаларының 50 ұйымында денсаулық сақтаудың біртұтас ақпараттық жүйесі енгізілген (ДСБАЖ) [1,20].

Облыстық денсаулық сақтау саласын білікті мамандармен қамтамасыз ету әлі күнге дейін толық шешілмеген күрделі мәселе болып отыр. Бүгінгі таңда облысымызда 59 мыңға жуық дәрігерлер қызмет атқарады. Жоғары білімді медицина мамандарының саны жыл сайын артуына қарамастан шамамен 9,5% - ға артық. Медициналық жоғары оқу орындарына оқушыларды қабылдаудың жоғарлау есебінен бітіріп шық-

қан жас мамандардың артуына қарамастан, денсаулық сақтау саласында мамандардың жетіспеушілігі сақталуда, әсіресе ауылды жерлерде. Ауыл халқын дәрігер мамандармен қамтамасыз етудің көрсеткіші қалаға қарағанда 4 есе аз. Қазақстан аймақтары бойынша дәрігер мамандарының біркелкі бөлінбеуі өте жоғары деңгейде сипатталады және де кейбір аймақтарда (Алматы облысында) 10 мың халыққа 9,5 дәрігерден 19,3 дәрігерге дейін (Қарағанды облысында) келеді [1,21,22].

Мамандардың «қартаю» тенденциясы байқалады. Медицина саласына жас мамандардың ағымы көптеп келуіне қарамастан, олардың үлесі жеткіліксіз және барлық дәрігер мамандарының жалпы санының 4%- ақ құрайды. Бұрынғысынша мамандыққа деген тартылымдылықтың төмен болуынан және жоғары оқу орнын бітірушілердің жұмыспен қамту деңгейінің мотивациялық механизмнің болмауынан оларды жұмыспен қамту деңгейі 87% -дан аспайды [22,23].

Әлі күнге дейін дәрігерлік көмекке қол жеткізудің біркелкі еместігі және медициналық көмектің сапасы өте төмен болуы сақталуда. Соған қарамастан, Қазақстан халқының 40%-дан жоғары үлесі ауыл халқы бола тұра, қазіргі уақытта денсаулық сақтаудың инфрақұрылымы мегаполистерде, атап айтқанда Астана және Алматы қалаларында шоғырланған. Бұл еліміздің әртүрлі аймақтарынан келген науқастардың сапалы және жоғары технологиямен жабдықталған медициналық қызметтерге қол жетімділігін қиындатады. Сонымен қатар, аймақтар бойынша ресурстардың біркелкі болмай бөлінуі де байқалады. Мысалы, 2009 жылы тегін медициналық көмектің мемлекеттік көлемінің шығынын бөлгенде (ТМКМК) 1 тұрғынға шаққанда 12 964 мыңнан 21 289 теңгені құрады.

Осыған байланысты аймақтық денсаулық сақтау мәселесі ерекше көңіл бөлуді талап етеді, сондықтан Мемлекеттік бағдарламаның бірден бір міндеті медициналық көмекті аймақтар бойынша қаржыландыруды теңестіру болып табылады. Бұл Қазақстан халқының сапалы және жоғары технологиялық медициналық көмекке шынайы теңдікпен қамтамасыз етілуіне мүмкіншілік туғызады [1].

Бағдарламаның 5,4 тармағына сәйкес «Денсаулық сақтаудың біртұтас басқаруды және қаржыландыруды жетілдіру» одан әрі дамытуды жоспарлайды және ауыл халқына алғашқы медициналық – санитарлық көмекті көрсетудің сапасын жетілдіруді жоспарлайды. Бұл бағдарламаға ауылдағы медицина қызметкерлерінің біліктілігін әрі қарай жоғарлатуда енеді. Мысалы, оларды тұрғын үйлермен қамтамасыз ету, бір реттік төлем ақы төлеу, ауылдық жерлерде медициналық көмекке қиын қол жеткізетін аймақтағы тұрғындар үшін күшті медициналық бригадаларды қалыптастыру қажет [1].

Халықтың денсаулық жағдайын сипаттайтын негізгі көрсеткіштерді, ұлттық ерекшеліктерін ескермей шетелдік монетаристік сценария бойынша құрылған нарықтық инфрақұрылымға ауысу елімізде қайта құрылу көптеген жағымсыз салдарға әкелді, оның ішінде демографиялық көрсеткіштердің келеңсіз жағдайына, халық денсаулығының келеңсіз

көрсеткіштеріне әкелді [1,2,3]. Бұл жиналған ақпараттардың негізгі үлесі оның ішінде дәлелді медициналық материалдары бұл келеңсіздікке маңызды рөлді экономикалық, әлеуметтік, экологиялық және институционалдық детерминанттардың алатыны айтылған. Популяциялық деңгейде экономикалық және әлеуметтік жағдайда маңызды рөлді атқаратыны жайында толық мәліметтерді анықтауға болады [4].

Адам үшін ең маңызды құндылық – ол оның денсаулығы, ал мемлекет үшін бұл дегеніміз – ең басты приоритеті. Қазақстан Республикасы Президентінің жыл сайынғы халыққа жолдаған Жолдауында оның ішінде «Қазақстан 2050» стратегиясы» жолдауында денсаулық сақтаудың ұлттық жүйесін қайта жобалау төңірегінде медициналық көмектің біртұтас сапалы стандарттарын енгізуді қажет екені көрсетілген. Бұл дегеніміз – мемлекет барлық азаматтарға медициналық көмектің бірдей қолжетімділігін қамтамасыз ету керек [5].

Салауатты өмір салтын бекіту және медицинаның дамуы Қазақстан халқының тіршілік ету жасының орташа ұзақтығы 80 жас және одан да жоғарлатуға мүмкіндік береді. Қазақстан медициналық туризмнің бірден бір Евразиялық орталығының маңызды жетекшісі бола алады. Денсаулық сақтаудағы ең басты басымдылық - ол алғашқы медико-санитарлық көмекті дамыту. Жұмыс берушілердің және жұмыскерлердің денсаулығы - медициналық көмекпен қамтамасыз ету жүйесінің ең басты қағидасы, мемлекеттік жауапкершілікке жатады. Спортпен шұғылдану, дұрыс тамақтану, үнемі алдын алу тексерулерден өту бұл – аурудың алдын алудың негізі болып табылады [5].

Қазақстан Республикасы кодексін іске асыру мақсатында денсаулық сақтау ұжымының «Денсаулық сақтау жүйесі және халық денсаулығы туралы» (2009) мемлекеттік нормативтері өңделіп, бекітілген. Онда мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарын реттеу жүйесін құру қарастырылады. Көп бейінді ауруханалар жүйесін құру ең алдымен ауыл халқының медициналық көмекке қолжетімділігін қамтамасыз етуі қарастырылады [24,25].

Қазақстан халқының жартысынан көп бөлігі ауылды жерлерде тұрады, бірақ қазіргі медицина ауыл халқының барлығына бірдей толық қол жетімді емес. Денсаулық сақтау ұйымы жүйесінің мемлекеттік нормативтерге сәйкес медициналық ұйымдарға қойылатын талап төменгі деңгейге түсірілген. Нормативтер былай өзгертілген: ауылдық жерлерде емханалар салудың орнына олар дәрігерлік амбулаториялардың санын арттыруды көздейді. Яғни, қазір аудандық ауруханалардың саны сәйкес келгенімен, стандарт бойынша қойылатын барлық нормативтік жүктеме денсаулық сақтау ұйымдарының амбулаториялық мекемелердің төменгі деңгейіне аударылған. Осы деңгей мемлекеттік стандартқа жан – жақты сәйкес келуі керек. Ал, стандарттар халықтың ең маңызды мұқтаждығына сәйкес келіп, барлық халықты қамтамасыз етіп, осылайша халықты толық медициналық көмекпен қамтамасыз етуі керек. Қазіргі кездегі нормативтер адам саны 50-ге жетпейтін ауылдық елді мекендерде

медициналық көмекпен қамтамасыз етуді қарастырмайды. Ал мұндай елді мекендер әртүрлі бағалар бойынша 400-ден артық. Олардың тұрғындары медициналық көмектің мемлекеттік кепілді минимальды көлемінен тыс қалуда. Бұрынғысынша ауылдық жерлерде дәрігерлер мен фельдшерлер жетіспейді, амбулаториялар мен акушер – фельдшерлік бекеттер де жетіспейді. Медициналық құрылғылармен, автокөліктермен нашар жабдықталған, ал ең бастысы – білікті медициналық мамандардың жетіспеушілігі байқалады, міне осылар бүгінгі таңдағы ауыл медицинасының ең қатаң күндері [6,25].

Халықтың ауруға шалдығуы қоғамда болып жатқан күрделі әлеуметтік – экономикалық үрдістер салдарының көрінісі болып табылады. Емдеу-алдын алу ұйымдар жүйесінің қысқаруына байланысты медициналық көмекке қол жетімділігі шектеулілігі, халықтың дәрігер көмегіне жүгінуінің төмендеуіне және осының салдарынан ауруды анықтаудың азаюына әкеледі.

Соңғы жылдары емдеу - алдын алу мекемелер жүйесінің біртіндеп қалпына келуі медициналық көмекке қол жеткізуді кеңейтеді, соның нәтижесінде 2000 жылдан бастап ауруды анықтау саны жоғарлаған, сонымен қоса аурудың барлық түрлерін қамтамасыз етуі де өскен, (оның ішінде медициналық мекемелерге халықтың сирек қаралатын психикалық бұзылыстар мен тәртіп бұзушылықтардан басқасы). Аурудың жекелеген кластары бойынша әртүрлі аурулардың өсу қарқынының көрсеткіштері әртүрлі [26,27,28,29].

Халық денсаулығының аса маңызды және объективті сипатының бірі – өлім көрсеткіші болып табылады, онда халық денсаулығына тікелей және жанама әсер ететін күрделі (медико - биологиялық, әлеуметтік - экономикалық, демографиялық және т.б.) факторларының өзара әрекеттесуі көрінеді. Сонымен, ауруды төмендету мақсатында денсаулық сақтау ұйымдары мен мекемелерінің бірінші кезектегі назар аударуын талап ететін аурудың нақты нозологиялық түрлері және басымдылық кластары негізделді [7,27,28,29].

Ауыл тұрғындарының денсаулық жағдайы әлі күнге дейін жағымсыз тұрақты трендке ие. Ауылдық елді мекендердің аудан орталықтарынан алшақ орналасуы, ауыл халқының медициналық көмекке қолжетімділігін төмендетеді. Байланыс құралдарымен, әсіресе ғаламтор желісімен төмен деңгейде қамтамасыз етілуі медициналық көмекке деген қолжетімділігін қиындатады. Сонымен қоса барлық ауылдық жерлерде денсаулық сақтау ұйымы үшін арналған ғимараттар санитарлық норма ережелеріне сәйкес келе бермейді [29,30]. Сонымен қатар, соңғы жылдары ауыл тұрғындарының денсаулық сақтау жағдайы, ауылдық денсаулық сақтау саласының материалдық – техникалық базасы, ауыл халқына көрсетілетін медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігі біршама жақсарған. 2011 жылдың қорытындысы бойынша ауыл халқының жалпы ауруға шалдығуы 2010 жылмен салыстырғанда 3,5 % -ға төмендеген.

Дегенмен, оның көрсеткіштері қалалық көрсеткіштен 1,5 есе төмен [6,27,29].

Соңғы жылдардағы ғылыми басылымдарда Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау саласында жүргізілген қайта құрулардың негіздері жайында және оның қорытындысы туралы мәселелер кеңінен талқыланып отыр. Көптеген авторлар: отандық денсаулық сақтау саласының жаңартуы мен қайта құрылуы ұзақ уақыт бойы жүргізілуіне қарамастан, қазіргі кездегі Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласының қызмет ету үлгісін қолайлы деп санамайтын тұжырымға келді. Бұрынғысынша қаржы және ресурс қорымен қамтамасыз етілудің жеткіліксіздігі, емдеу – алдын алу мекемелерінің (ЕАМ) қуаттылығы және құрылымы аймақтың экономикалық мүмкіндіктеріне, халықтың медициналық көмек мұқтаждығына сәйкес келмейді, медициналық саланы басқарудың тиімділігі және медициналық көмектің сапасы төмен болуы ең басты мәселе болып отыр [31,32].

Қазіргі кезде Қазақстанда ауыл тұрғындарының денсаулық жағдайы қанағаттанарлықсыз деп саналады: тіршілік етудің орташа ұзақтығы төмен, ауру көрсеткіші жоғарылауда, ауылдық жерлерде тұратын халықтың денсаулығы қалалықтармен салыстырған біршама төмен (денсаулық сақтау индексі - 10 пайыз). Ауылдық жерлерде алғашқы мүгедектік деңгейі Республикалық көрсеткіштен 1,6 есе артық, ауыл мекемелерінің материалдық – техникалық базасы төмен деңгейде қалып отыр [8,9,10]. Бірқатар авторлар [11,12,13] отандық денсаулық сақтау саласының қайта құрылуының салдарынан келеңсіз үрдістердің болғанын атап көрсеткен. Халық денсаулығын сақтаудың мәселелерін шешуде кешенді әдістің басымдылық деңгейі төмендеген, медициналық мекемелерді басқаруда әкімшілік элементтерін жоюлуы болған. Осының нәтижесінде олардан экономикалық механизмдер негізінде өтемақы алуға мүмкіндік болмады. Сондықтан көптеген отандық оқымыстылар қайта құрудың жағымсыз салдарының қатарына отанымыздың қауіпсіздік мәселесінің бірден бір негізі болып саналатын халық денсаулығының жағымсыз мәселелері бар екенін жатқызып отыр. Қазақстан халқының қоғам денсаулығының сәтсіздігінің негізгі себебіне өлімнің аса жоғары болуы мәселесі, бала туу деңгейінің, әлеуметтік маңызды патологиялардың (туберкулез, психикалық аурулар, артериальды гипертония, жүректің ишемиялық ауруы, алкогольизм, өз-өзіне қол жұмсау, жұқпалы аурулардың оның ішінде жыныстық жолмен берілетін аурулар, уытты және нашақорлық) кеңінен таралуына байланысты болып отыр. Бүгінгі таңда Қазақстанда денсаулық сақтауды басқаруды, оның құрылысын жетілдіруді, жаңа инновациялық шешімдерді енгізуді, жаңа ғылыми және институционалдық даму технологияларын қолдануын енгізуін талап етеді.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау министрлігінің мәліметтері бойынша «Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтау

секторында технологияларды беру және институционалдык қайта құруларды жүргізу» жобасы Қазақстан Республикасы Үкіметінің және бүкіл дүниежүзілік банктің стратегиялық серіктестігі төңірегіндегі бірден бір біріккен ықылас ынтасы болып келеді [33].

«Халықаралық тәжірибе негізінде денсаулық сақтаудың біртұтас ұлттық жүйесі төңірегінде медициналық көмектің сапасын және оның нәтижесінің жоғарлауын жандандыратын денсаулық сақтау саласының қазіргі кездегі қаржыландыратын әдістерін енгізу бойынша аймақтардағы алғашқы реттік көмек көрсететін денсаулық саласын қаржыландыруын әділетті болуын қамтамасыз ететін және ол жұмыстың нәтижесінде азаматтардың денсаулық сақтау ұйымдарын таңдауға мүмкіндік береді» деп ведомстволарда айтылған. Одан басқа денсаулық сақтау ұйымдарын басқару тиімділігін жоғарлату үшін автономды жеке ауруханалық басқарманы жоғарлату механизмдері ұсынылды және 50 жақсы ауруханалардан 50 жақсы амбулаториялық – емханалық ұйымдардан менеджердерді оқыту бағдарламасын үйлестіру іс-шаралары жүргізілді. Ұлыбританияның ұлттық кәсіби стандарттарының негізгі қағидалары негізінде денсаулық сақтау менеджерлері үшін жаңа біліктілік стандарттары жасалып шығарылды. Сондай – ақ 5 облыс үшін (Ақмола, Қарағанды, Қызылорда, Шығыс Қазақстан, Ақтөбе облыстары) ауруханалық секторлар құрылыстарының қайта өзгерту жұмыстарының жоспары жасалып шығарылды, бұл жоспарда халықаралық қағидалар, және қазіргі кезде халыққа көрсетілетін медициналық көмектің сапасын жоғарлату және ресурстарды қолданудың нәтижесінің сапасын жоғарлатуға шақыратын халықаралық қағидалар қолданылады [33,34,35].

Денсаулық сақтау министрлігінің мәліметі бойынша жоба төңірегінде халықаралық стандарттарға сәйкес ауруханаларды, амбулаториялық–емханалық ұйымдарды, жедел жәрдем мен медициналық көмекті тағайындау стандарттары жаңартылды. Жаңартылған стандарттар денсаулық сақтау ұйымдарының алғашқы 5 - де қабылдану жүргізілді. Дәлелді медицинаны қолдана отырып халықаралық тәжірибеге сәйкес жаңартылған әдістер негізінде хаттамалар мен клиникалық қолданылымдарды шығару басталды. Тәжірибелік денсаулық сақтауда клиникалық хаттамаларды енгізу және оларды шығару бойынша каскадтық оқытулар жүргізілді [34,36].

Әдеби оқулықтардың мәліметтері бойынша және халық денсаулық деңгейінің өзгерісі (1981-2008) созылмалы жұқпалы емес ауруларға байланысты (СЖЕА) және ең бірінші кезекте жүрек - тамыр ауруларының эпидемиялық сипатқа ие болуына байланысты, бірінші кезектегі жүрек - қантамыр ауруларын (ЖҚА) сақтамайынша, халық денсаулығының өзгеру деңгейін арнайы емес аурулардың сенімді жүйесін құрмайынша және халықтың денсаулығын нығайтпайынша қоғамның әрі қарай дамуы мүмкін емес. Алдын алу шаралары және әртүрлі авторлардың бағдарламалары: қауіпті факторларының популяциясын түзету және өлімнің төмендеуі тек жүрек- қантамыр (ЖҚА) ауруларынан ғана емес,

сонымен бірге басқа да созылмалы жұқпалы емес аурулардан (СЖЕА) байқалғанын дәлелдеді [27,28,37,38].

АҚШ- да және бірқатар Европа елдерінде жүргізілген зерттеулер мынаны дәлелдеп көрсетті: бірінші кезектегі құрал ретінде қолданылған жүрек -қантамыр ауруларымен (ЖҚА) күресуде медициналық көмектің жоғары технологиялық түрлері сенімін ақтаған жоқ [7,39].

Шет елдің көп жылдық тәжірибесін ескере отырып, халық денсаулығын жақсартудағы, сондай-ақ осы зерттеулердің жарияланған мәліметтерін ескере отырып, 2007 жылы Қазақстан Республикасы Үкіметі 13 ақпанда «2007-2009 жылдарда Қазақстан Республикасында кардиологиялық және кардиохирургиялық көмекті дамыту бағдарламасын бекіту жайында» № 102 қаулысын қабылдады. Бұл қаулы шын мәнінде халықтың қанайналу жүйесі ауруларынан (ҚЖА) өлімді төмендетуге бағытталған іс - шаралардың алғашқы құжаты болып табылады. Қазақстан халқына іс жүзінде кардиологиялық көмекті көрсетудегі және денсаулық сақтау саласының тарихындағы алғашқы құжат, алғашқы іс-шара болып отыр. Үкіметтің осы қаулысы қабылданған соң, соңғы екі жылда өлім көрсеткіштері тұрақталды, бірақ халық арасында жүрек қантамыр аурулары әлі де көп кездесуде. Бұл АМСКК құрылымдарының халық арасында алдын алу жұмыстарының жеткіліксіз болуымен байланысты [40].

ҚР-ң Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің (ДСӘДМ) мәліметтері бойынша, халық арасында өлім себептерінің ішінде қан айналым жүйесі ауруларынан өлу бірінші орында тұр. Соңғы жылдары ҚР-ң скринингтік бағдарламасының кеңінен қолданылуына байланысты 2012 жылы 100 000 адамға шаққанда 2454 адамнан 2013 жылы 100 000 адамға 2523 адамға дейін жүрек-қантамырлар ауруларының жоғарлағаны анықталған. Сондай-ақ, жоғары технологиялық диагностиканы кеңінен қолдану және ерте анықтау және уақытында емдеу 2013 жылы осы аурулар бойынша өлім көрсеткішін 14% төмендетуге мүмкіндік берді. Дегенмен, СҚО, ШҚО, Қарағанды, Павлодар, Ақмола облыстарында және Алматы қаласында өлім көрсеткіші Республикалық көрсеткіштен асып түседі [33,36].

Халық денсаулығы ұлттық қауіпсіздіктің жүйе тұзуші басты факторы болатынын ескере отырып, көптеген елдің басты міндеті барлық халықты қолжетімді және сапалы медициналық көмекпен қамтамасыз ету, азаматтардың денсаулығын сақтауда мемлекеттік кепілдікті анықтау болып табылады. Отандық және шетелдік көптеген ғалымдардың айтуынша, халықты медициналық көмекпен қамтамасыз етуде мемлекеттік кепілдіктің ерекше мәні экономикалық қиындықтар туындағанда анықталады, өйткені халық денсаулығына әсер ететін маңызды факторлардың бірі мемлекеттің экономикалық даму деңгейі болып табылады [41,42,43]. Сонымен бірге, мемлекеттің экономикалық өркендеуі халық денсаулығын жақсартуға мүмкіндік береді.

В.О.Щепин және Е.А. Тищук (2005) денсаулық сақтау жүйесінің құрылымын қайта құруды іске асыруда, басқару ұйымдары медициналық көмек еліміздің барлық халқына бірдей қолжетімді болу үшін конституциялық құқықтарының мәселесіне, медициналық көмектің көлеміне, сапасына, түріне сәйкес әлеуметтік кепілдікке арқа сүйеуі керек деп есептейді [44,45].

В.О.Щепин және Е.С.Пояркова (2008) 1990-2005 жылдар арасында жүргізген денсаулық сақтаудың мемлекеттік жүйесінің құрылымдық қызметтік қайта құрылуын талдау жалпы алғанда барлық мамандықтар бойынша дәрігерлер саны өзгермегенін көрсетеді, ал орта буын медициналық қызметкерлерінің саны 8,6% азайғанын көрсетеді. Олардың мәліметтері бойынша қалалардың дәрігерлермен қамтамасыз етілуі 60,0 пайызды құрайды, ал ауылдық жерлердің дәрігерлермен қамтамасыз етілуі 10 000 адамға-12,5% құрайды. Ауруханалық мекемелер 28,4% қысқарған, қалаларда 19,1%, ауылдық жерлерде 36,9%. Ауылдық жерлердегі ауруханалардың 70% жабылған. Халықтың ауруханалық көмекпен қамтамасыз етілуі 103,5%; 2005 жылы 10 000 адамға шаққанда ауылдық жерлерде 55,8; және 2006 жылы 53,2 құрайды [44,45].

Э.Н.Матвеев және басқа да авторлар (2002) дәрігерлердің әлеуметтік статусын және кәсіби қызметтерін қиындататын жағымсыз факторлардың қатарына еңбек ақының төмен болуын, есеп беру құжаттарымен жұмыс көлемінің көп болуы, әлеуметтік мәселелері басым науқастардың көп болуын, медбикелердің жетіспеуін жатқызады. Бұл құбылыстар ауылдық жерлерде өндірістің құлдырауы, ауыл тұрғындарының тіршілік ету деңгейінің төмендеуі, денсаулықтың нашарлауы, өмір сүрудің орташа жасының азаюы, ауру және өлім деңгейінің өсуіне әкелетін кедейшіліктің кең таралуы ауылдық жерлерде әлеуметтік экономикалық жағдайдың аса қолайсыз болуымен қоса жүреді [46].

Біздің елімізде денсаулық сақтау жағдайын талдау қоғамдағы әлеуметтік экономикалық жағдайдың көп деңгейде ауылдық жерлерде медициналық көмекті ұйымдастыруына әсер ететінін көрсетті. Ауылдың емдеу алдын алу мекемелерінің материалдық техникалық базасының төмен болуы, медициналық мамандармен жеткіліксіз қамтамасыз етілуі, қазіргі кездегі жаңа медициналық технологияның, арнайыланған медициналық көмектің болмауы, медициналық көмектің сапасын және оған қолжетімділігін төмендетеді деп бірқатар авторлар өз ойларын айтқан [47,48,49]. В.З.Кучеренко және бірқатар басқада (2005) авторлардың айтуынша, қазіргі кездегі денсаулық сақтаудың бірден бір шешілмеген мәселесі ол қала және ауыл тұрғындары үшін медициналық көмектің әртүрлі деңгейде қолжетімді болуында [50,51,52,53,54,55].

Ауыл тұрғындарының ерекше экономикалық статусы, арнайы әлеуметтік-мәдени – тұрмыс жағдайы, ауыл шаруашылығында еңбек ету, білім және мәдени деңгейінің төмен болуы, тұрғындар арасында жұмыссыздық және зейнеткерлердің басым болуы, көлік қиындықтары,

емдеу мекемелерінің науқас адамдардың тұратын жерінен алшақ орналасуы, міне осының барлығы ауыл тұрғындарына медициналық көмек көрсетуді қосымша қиындатады. Ю.Л. Забиннің айтуынша (2001), бұл шаралар ауыл еңбеккерлерінің әлеуметтік - материалдық және психологиялық жағдайын анықтайтын экономиканың әртүрлі саласының жұмыс нәтижесі болуы тиіс деп санайды. Аса маңызды ең басты рөл мемлекетке тиісті болуы керек, оның міндетіне ауыл тұрғындарын қолжетімді және тегін медициналық көмекпен қамтамасыз ету бойынша конституционалдық кепілдікпен қамтамасыз ету кіреді [55,56].

Барлық аталған факторлар ауылдық денсаулық сақтау жүйесін қайта құру қажеттігін, осы популяциялық топта емдеу - алдын алу көмегін ұйымдастыруда қосымша мүмкіндіктерді іздестіруді анықтайды [56,57].

Денсаулық сақтау жүйесі жұмыстарының нәтижелілігі, дәрігерлік көмектің қолжетімділік деңгейі алғашқы медико - санитарлық көмектің жағдайымен және оның дамуымен анықталатыны белгілі [54,58]. Бұл кезде медициналық көмек сапасының оның қолжетімді және нәтижелі болуына әкелетін инновациялық технологияны енгізуге және жасап шығаруға үлкен назар аударылады [32,34,36]. Дегенмен, оқулықтарды талдау барысы кезінде, зерттеу жұмыстарына енгізілген инновациялық үлгілердің жұмыс нәтижелерінің тиімділігін бағалауда, оларды енгізуге және жасап шығаруға кешендік тәсілдің жоқ екені көрсетілуде [20,33]. Осыдан, денсаулық сақтау секторына инновациялық технологияны қолдануда жиналған тәжірибелерді объективті бағалау және бөлшекті, яғни жан-жақты талдануы жасалуы қажет [36,59,60,61,62,63].

Халықтың денсаулық жағдайының деңгейі еліміздің әлеуметтік – экономикалық, мәдени және өндірістік даму деңгейін анықтайды. Халықтың тұрмыс жағдайының тұрақты өсу көзқарасы бойынша, медициналық көмек көрсетудің сапалы, қолжетімді, өз уақытында көрсетілуін қамтамасыз етуге бағытталған біртұтас дамыған, әлеуметтік бағдар жүйесіндегі денсаулық сақтау саласы, Қазақстан Республикасында бірден - бір басты басымдылығы болып саналады [59,64].

Қазіргі кездегі қоғамдық денсаулық сақтауды ұйымдастыру қағидаларының арасында қала және ауыл тұрғындарына медициналық көмектің біртұтас және дамудың сабақтас тәртібін сақтау маңызды болып табылады. Ауыл тұрғындарына медициналық көмек денсаулық сақтау ұйымдарының негізгі қағидалары бойынша құрылады. Дегенмен, қала және ауыл арасындағы айырмашылықты анықтайтын факторлар ауылдық денсаулық сақтау саласының жұмысын ұйымдастыру түріне және әдістеріне әсер етеді [65].

Ауылды елді мекендерде денсаулық сақтау ұйымдарын құруға әсер ететін негізгі факторлардың бірі – оның аумағында халықтың орналасу тығыздығы және олардың тарала бөлініп орналасуы жатады. Қазақстанда халықтың орташа тығыздығы 1 км² жерге 5 адамнан келеді. Қазақстан жерінің үлкен болуы, елді мекендердің шашыраңқы орналасуы

және мал шаруашылығының кеңінен дамуы, ауылдың емдеу - алдын алу, санитарлық -эпидемияға қарсы жұмыстарды іске асыруға, дәріханалар мен денсаулық сақтаудың басқа да ұйымдарының жұмыстарына біраз қиындықтар туындатады [21,27,30,32,33].

А.Кумар (2013) өзінің зерттеу жұмыстарында мемлекетке 777 аурухана (оның ішінде 179 орталық аудандық және аудандық аурухана, 143 ауылдық бөлімшелік аурухана) және 1825 емханалық - амбулаториялық ұйымдар (оның ішінде 1513 дәрігерлік амбулатория және 16 орталық АМСКК) тиісті екенін атап көрсеткен [65].

Денсаулық сақтауды қайта құру бағдарламасының төңірегінде АМСКК инфрақұрылымы, әсіресе ауылдық жерлердің денсаулық сақтау ұйымдарының жүйесінде мемлекеттік нормативтерге сәйкес, сондай - ақ 2001-2010 жылдары ауыл төңірегін дамытудың мемлекеттік бағдарламасына сәйкес келтірілген және жаңартылған. 2009 жылы жергілікті бюджет есебінен денсаулық сақтаудың 612 нысанына (жалпы 11 млрд. тенгеге) күрделі жөндеу жұмысы жүргізілген [32,59].

Ауылдық жерлерде алдыңғы қатарлы негізгі мәселенің бірі мамандардың жетіспеуі. Ұлттық және жергілікті деңгейде осы мәселелерді шешуге шаралар қабылдануда. Ауыл әкімдері жас мамандар үшін әлеуметтік көмекті жақсартты; оған қаржылық көмек ретінде 200 000- 300 000 тенге; жер телімін алуға көмегі, жеңілдіктер, коммуналдық төлемдер, қоғамдық көліктерде жүріп-тұру, мектепке дейінгі мекемелерге балаларды орналастыру және т.б жатады.

Соңғы бірнеше жылда ауылдарға 600 дәрігер тартылды. Дегенмен, 2009 жылы ауылдық жерлерде жұмыс істеу үшін 2000 дәрігер мамандары жетіспеді. Басқа мәселелер Қазақстанның ауылдық аймақтарында алыс орналасқан ауылдар мен аудан орталығына қатынасатын көліктің (қоғамдық және жеке меншік көліктің) тапшылығымен, медициналық көмекке қолжеткізудің қиындығымен байланысты болып отыр. Ауылдық және алшақ орналасқан елді мекен тұрғындарына медициналық көмекке қолжеткізуді жақсарту үшін ҚР-ң денсаулық сақтау Министрлігі диагнозын анықтау және кеңес беру үшін мамандарға арақашықтықтық конференциялар өткізуге мүмкіндік беретін телемедицинаның дамуын қолдайды. 2004 жылдан бастап ҚР-ң денсаулық сақтау министрлігі шалғай орналасқан ауылдар мен алыстағы аудан тұрғындарына жоғары арнайыланған көмекке қолжеткізуді жақсарту үшін «Ауылдық жерлерде мобильді медицинаны және телемедицинаны дамыту» инвестициялық жобасын іске асыруда [17,18,19].

Қазақстан денсаулық сақтау саласын дәрігер мамандарымен қамтамасыз ету деңгейі бойынша әлемде 10 - шы орын алады. ҚР-ң ДСӘДМ С.З. Қайырбекованың айтуы бойынша мамандармен қамтамасыз ету мәселесін тиімді шешу мақсатында 2013 -2016 жылдары денсаулық сақтау саласын мамандармен қамтамасыз етуді дамытудың бекітілген кешенді іс-шаралар төңірегінде медициналық мамандарға деген мұқтаждықтарды болжаудың және жоспарлаудың мемлекеттік

жобасын құру қарастырылған. Сондай-ақ, денсаулық сақтау саласы мамандарының білімін және дағдылануын тәуелсіз бағалайтын институттарды енгізу және медбикелік қызметті ұйымдастырудың жаңа қағидаларын енгізу қарастырылған. Министрдің мәліметі бойынша, медициналық жоғары оқу орындарын жылына 3 мың студент бітіріп шыққанына қарамастан, медицина саласында мамандардың табиғи кемуі 1,5 мыңды құрайды. Статистика мәліметі бойынша 2013 жылдың 1 қаңтарында Республикамызда денсаулық сақтау саласында 5 865 штаттық бірлік жетіспейді. Сол кезде медицинаның бірден - бір ең басты звеносы болып саналатын орта буын медицина қызметкерлерінің потенциалы өте нашар қолданылуда. Денсаулық сақтау министрлігі басшысының мәлімдеуіне сәйкес амбулаториялық – емханалық ұйымдарда дәрігер мамандарының жетіспеушілігі басым, ол жалпы мамандар жетіспеуінің 60% құрайды. Сонымен қатар, ауруханалық көмек көрсету деңгейінде жеке мамандықтар бойынша әжептәуір артық болуы байқалады [22,33,34,59].

Денсаулық сақтауды дамытудың 2011 – 2015 жж. «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы аясында бірден бір маңызды бағыт – көліктік медицинаны дамыту болып табылады. Бұл жұмыс ауылдық елді мекендерде шұғыл жағдайларда, жол – көлік апаттарда, жедел медициналық көмекті жетілдіру үшін жүргізіледі. Халықтың 40%-ы ауылдық жерлерде тұратынын ескере отырып, ауыл тұрғындарын қолжетімді медициналық көмекпен қамтамасыз ету бірінші сатыда тұрған маңызды мәнді мәселе. Сондықтан, Қазақстанда күшті медицинаны дамыту ауыл тұрғындарын мамандандырылған медициналық көмекпен қамтамасыз етуге, скринингтік зерттеулерге және көрсетілетін медициналық көмектің жылдамдығын жоғарылатуға бағытталған. Сонымен қатар, ауылдық аймақ тұрғындарын қолжетімді медициналық көмекпен қамтамасыз ету бойынша іс-шаралар жүргізіледі. Мысалы: Қазақстанда 3 емдеу-диагностикалық поезд шығарылды, олар 110 станцияның тұрғындарына 260 000 емдеу - диагностикалық көмек көрсетті, 52 000-нан астам адамдарды қарап, тексерді, оның ішінде 15 000 жуығы балалар [33,36,59].

Қоғамдық денсаулықтың ең маңызды сипаттамасының бірі медициналық - демографиялық көрсеткіштер, оның өзгеруі денсаулықтың маңызды интегралды өлшемі, халықтың тіршілік ету сапасы болып саналады және жаңа әлеуметтік - экономикалық жағдайларға бейімделу деңгейін көрсетеді. Зерттеушілердің пікірі бойынша Ресей Федерациясындағы демографиялық жағдайлар, қазіргі кезде келеңсіз жағдайды көрсететін өлімнің жоғарғы деңгейі болып табылады, әсіресе, еңбекке жарамды жастағы адамдар арасында [66,67,68,69].

Келесідей мәліметтер анықталған: өлім көрсеткішінің жоғарлауы 25-44 жас аралығына сәйкес келуіне қарамастан (1,1 -1,87 есе өсу), сол уақытта қарт адамдар арасында өлім-жетімнің көрсеткіші 2 - 14%-ға дейін жоғарлаған [70,71,72,73].

Еңбекке жарамды халық арасында бала және ана өлімінің төмендеуіне, сонымен қатар АИВ/ЖИТС және туберкулез ауруынан қайтқандарға қарағанда жүрек-қантамыр ауруларынан және жарақаттардан болған өлімнің төмендеуі өмір сүрудің орташа ұзақтығына қатты әсер етуші еді деген пікір бар [74].

Ауылдық елді мекендегі демографиялық жағдайды зерттегенде бірқатар авторлардың айтуынша келесідей жағымсыз үрдістерді анықтаған. Солардың бірі ауыл халқы санының азаюы, ол біріншіден, жастардың қалаға көп кетуіне, екіншіден, бала туу деңгейінің төмендеуіне, үшіншіден ауылдық жерлерде әсіресе, бала және еңбекке жарамды жастар арасында өлімнің жоғары болуына байланысты [75]. Ауылдық жерлерде қартайған және қартаң тартқан тұрғындардың орташа тығыздығы 22 - 23,2% [76].

90-шы жылдары ауылды жерлерде демографиялық үрдістердің талдауы халықтың миграциялық көшіп-қонуына қарамастан ауыл халқының табиғи кемуі жүріп жатқанын көрсетті, ол әр жерлерде халықтың азаюына әкелді. Миграциялық үрдістер көбінесе жастардың орын ауыстыруымен байланысты болды, ал табиғи қозғалыс туудың төмендеуімен және қарт адамдар өлімінің жоғары болуымен сипатталды. Ауыл тұрғындарының XXғ. аяғымен XXIғ. басында өлім деңгейін талдау В.А.Рогожник, В.И.Стародубов, Г.Г.Орлова (2004) зерттеулерін жүргізіп, мынаны анықтаған: ауыл тұрғындарының арасында өлім құрылымын талдағанда, бірінші орынды әйелдер мен ерлер арасында қанайналым жүйесі аурулары алады. Ерлер үшін олардың үлес салмағы 51,% және 50,4%; ал әйелдер арасында 64,2% және 61,4% дейін. Екінші орынды әйелдер мен ерлер үшін жаңа пайда болған ісік аурулары алады. Олардың үлес салмағы осыған сәйкес 13,9% және 13,6%. 2000 жылдан бастап ерлер арасында жарақаттардан, әртүрлі уланулардан өлу көп болып отыр, олар екінші орынды алады, үлес салмағы 17,2% құрайды. Төртінші орын ерлер арасында тыныс алу жолдарының аурулары (6,2%) алады, ал әйелдер арасында осы класс нақты анықталмаған жағдайлардан кейін бесінші орынды алады. Ас қорыту мүшелері аурулары алтыншы орында тұр, ас қорыту мүшелері ауруларынан болған өлім құрылымының мөлшері ерлер арасында 3% және әйелдерде 2,8%. Жетінші орынды өлім құрылымының көрсеткіштері біқатар жұқпалы және құрт ауруларымен ауыратын аурулар алды, олардың үлес салмағы 2,1% және 0,8%-ге дейін. Осы өлім көрсеткіштерінің жеті класы ауыл тұрғындарының өлім көрсеткішінің басты себебі болып отыр [48,52].

А.А. Евсюкова және онымен бірге жұмыс атқарған бірқатар авторлардың мәліметі бойынша (2008), 1990 жылдан 2005 жылға дейінгі аралықта қала халқы арасында қан айналым жүйесі ауруларынан болған өлім көрсеткіші 2,0 есе, ал ауыл тұрғындары арасында – 1,6 есе өскен. 2005 жылы осы патология бойынша қала тұрғындарына қарағанда ауыл тұрғындары арасында өлім - 1,5 есе артқан (сәйкесінше 100 000 тұрғынға шаққанда 940,0 қарсы 720,0). Қала тұрғындары арасында әртүрлі жастағы

халықтың көрсеткіштерін стандартты көрсеткіштермен салыстырғанда жүрек - қантамыр ауруларынан болған өлім көрсеткіші жоғары болады. Қала тұрғындары арасында жарақаттардан болған өлім көрсеткіші ауыл тұрғындарымен салыстырған әлдеқайда жоғары екенін анықтаған. Сыртқы себептерден болған өлім көрсеткішінің деңгейі және өзгерісі ауыл тұрғындары арасында өте жағымсыз екенін көрсеткен. Осы авторлардың мәліметтері бойынша сыртқы себептерден болған өлім Башқұртстан мемлекетінде қала тұрғындарына қарағанда ауыл тұрғындары арасында жоғары, мысалы 1990 жылы - 1,4 есе; 2005 жылы 1,3 есе жоғары болған. Башқұртстан мемлекетінің халқы арасында жарақаттардан, уланудан және басқа да сыртқы әсерлерден болған өлімнің орташа жасы қала тұрғындары арасында 46,0 жасты, ал ауыл тұрғындары арасында 42,1 жасты құрайды [4].

Барлық ауыл тұрғындары үшін «потенциалды өмірдің жоғалған жылдары» негізінен халықтың қарт жастағы еңбекке жарамды адамдар арасында басым екені анықталған. Бұл дегеніміз, XX ғасырдың соңғы 10 жылында ауыл тұрғындарының өсу көрсеткіші төмендегенін көрсетеді, ол ең алдымен қан айналым жүйесі ауруларымен байланысты. Барлық зерттеу кезеңі аралығында жоғалудың негізі әртүрлі жарақаттармен және уланулармен анықталды [77,78,79].

Бірден бір тұрақты демографиялық көрсеткіш болып еңбекке жарамды халықтың бір бөлігі болып табылады. XX ғасырда Ресейде ауыл тұрғындарының демографиялық дамуын кешендік талдау келесідей тұжырым жасауға мүмкіндік берді: Ресейдің ауылды жерлерінде бүкіл әлемде байқалатын заңдылық үрдістері жүретіні анықталған. Қалаға қарағанда ауыл халқының қартаю үрдісі, жастар үлесінің төмендеуі аз қарқынмен жүруде [80,81]. Ауылды жерлердегі халықтың өлу деңгейінің жоғары болуы еліміздің әртүрлі аймақтарында өзгеріп отырады. С.Ю. Кладов, В.П.Новоселов (2008) көрсеткендей, Томск облысында қала халқының жалпы өлу деңгейі ауыл тұрғындарымен салыстырғанда 34,7% (100 000 халыққа шаққанда 12,8 қарсы 17,2). Қалаға қарағанда ауылдық жерлерде әрбір 1000 халыққа орта есеппен алғанда 3 адамнан көп өледі. Пермь облысында М.Я.Поддужныйдың және басқа да бірқатар авторлардың (2008) айтуы бойынша ауыл тұрғындары арасындағы өлім коэффициенті қала халқымен салыстырғанда 20% - ға жоғары [76].

Т.М.Максимованың (2006) айтуынша Ресейде және ТМД елдерінде өлімнің жоғарлауының басты себебі экономикалық қайта құрылуларға байланысты алкоголь ішімдіктерін пайдалыну және стресс жатады. Осы себепке байланысты ең ауыр жағдай еңбекке жарамды жастардың арасында (30-44 жас) ауру мәселесі болып отыр, еңбекке жарамды адамдардың үлесіне негізгі жүк түседі; бала тәрбиелеу, өздеріне жақын қарт адамдарын қолдау [77].

Халықтың өлу деңгейімен басқа бір маңызды медико-демографиялық көрсеткіш өзара байланысты. Атап айтқанда, алда тұрған тіршілік етудің күтілетін ұзақтығы. Бірқатар зерттеушілердің [77,78]

айтуына карағанда алда тұрған тіршілік етудің күтілетін ұзақтығы өмір сүрудің минимумына байланысты: бұл демографиялық көрсеткіш халықтың еңбектен алған кірісі тіршілік ету минимумынан аса жоғары болған аймақтарда статистикалық тұрғыдан алғанда нақты болып саналады. Тіршілік ету ұзақтығы төмен халық топтары үшін басқа да жағымсыз сипаттама бар, бұл авторлардың айтуы бойынша ауыр физикалық күштердің әсері болып саналады. Ауыр физикалық еңбек көптеген ауыл тұрғындарының мамандықтарына тән сипат. Б.Л. Колесников (2007) ерлер арасындағы алдағы тіршілік етудің орташа ұзақтығының теріс динамикасын анықтаған, бірақ қалада тұратын ерлер арасында аса айқын (ауылда тұратын ерлер арасында 13,9 жас қарсы 10,5 жасқа төмендеген)[78,79].

Еліміздің әртүрлі аймақтарындағы ауыл тұрғындары арасындағы өлім себебін талдау, өлім көрсеткіштерінің ең жоғарғы мөлшері қан айналым жүйесі ауруларына, сыртқы себептерден болатын ісіктерден, ас қорыту мүшелері ауруларынан болатынын көрсетті. Мұндай құбылыстар Оренбург облысында, Башқұртстан Республикасында анықталған.

Башқұртстан Республикасында пайда болған қатерлі ісіктерден өлім көрсеткіші жалпы өлім құрылымының ішінде үшінші орын алады, қалалық 100 000 тұрғын халыққа шаққанда 163,0 және ауыл тұрғындарының 100 000 халқына шаққанда 127,1. Осы авторлардың мәліметі бойынша 100 000 халыққа шаққанда ерлер арасындағы өлімнің стандартты көрсеткіші - 176,1, әйелдер арасында - 79,9, екі жыныс бойынша - 118,6. Ауылды жерлерде тұратын тұрғындардың арасында барлық өлгендердің құрылымында 21,5% трахей ісігі, бронх және өкпені, 14,3% - асқазан ісігі, 6% - ұйқы безі және өнештің ісігі құрайды. Ауылды жерлерде тұратын әйелдердің қатерлі ісіктерден өлгендердің арасында 13,1% - сүт безінің қатерлі ісігі, 12,7% - асқазанның қатерлі ісігі, 7,1% - жатыр мойынның ісігі, 7,0% -тік ішектің ісігі құрайды [79].

Л.Г.Розенфельдтің және басқа да авторлардың (2008) мәліметтері бойынша қатерлі ісіктерден өлу деңгейінің аса жоғары болуының себебі, ауруды ең соңғы сатысында анықтау болып отыр [80]. Бұл мәселе ауылдық жерлерде аса айқын байқалуда, авторлардың пікірі бойынша ол ауыл тұрғындарын алдын алу тексерулермен аз қамтылуымен, диагностикалық көмектің алыс орналасқан ауыл тұрғындары үшін қолжетімділіктің төмен болуымен байланысты. Нәресте өлімі қоғамның жақсы индикаторы болып келеді. Нәресте өлімі әрқашанда ауылды жерлерде жоғары және жоғары болып қала береді. Ауылды жерлерде бір жасқа дейінгі балалар өлімінің себептері арасында құрт және жұқпалы аурулар, тыныс алу мүшелері ауруларының маңызы үлкен.

Өлімнен басқа, әлемдегі және әрбір нақты аймақтарда демографиялық жағдайы бала туумен сипатталады, оның деңгейіне көптеген себептер әсер етеді. Демограф Е.В. Жилинский (2008), оның ішінде негізгілерін бөліп қарастырды, олардың көптеген отбасыларда ақша кірісінің төмен болуы, жақсы тұрғын - үй жағдайының болмауы, аз

бала болуын жоспарлауы, толық емес отбасы санының артуы, азаматтық неке, көп әйелдердің ауыр физикалық жұмысты атқаруы, еңбек ету жағдайы санитарлық – гигиеналық талаптарға сәйкес келмейді, бала туу денсаулығының төмен деңгейі, жүктілікті үзу жиілігінің жоғары болуы жатады [81].

1.2 Ересек ауыл тұрғындары арасында созылмалы әлеуметтік маңызды аурулардың таралуы

Созылмалы әлеуметтік - маңызды аурулар көптеген елдерде оның ішінде Қазақстанда да мүгедектіктің, өлім себебінің көшбасшысы болып отыр. Көптеген мемлекеттерде жүргізілген ДДСҰ-ң зерттеу қорытындысы бойынша алдын алу жүйесін тиімді қолдану барысы кезінде ғана созылмалы жұқпалы емес аурулардың қауіп-қатерімен нәтижелі күресуге болады [27,28,29,39,63,69].

Денсаулық сақтау саласы бюджетінің 70-80% медициналық қызметті қарқынды түрде пайдаланатын созылмалы аурулармен ауыратын науқастарға және созылмалы ауруларды емдеуге жұмсалады. Ерте жастағы өлім, мүгедектік және созылмалы аурулар отбасы мен қоғам үшін ауыр экономикалық зардаптарын туғызады. Кадрлардың тұрақсыздығы мен еңбек өнімділігінің төмендеуі, жұмыс күндерін жоғалтып алуымен байланысты қоғам мен жұмыс берушілер зардап шегеді. Қоғам мен отбасылардың әлеуметтік төлемақы мен әлеуметтік қамтамасыз ету тәуелділігінің жоғары болуы және зейнеткерлік жасқа ерте шығу, кірістердің қысқаруы, денсаулықтарын сақтау үшін ауыртпалық түсуде. Осылайша 2005 жылы Ресей Федерациясында жүрек - қантамыр, инсульт және диабет ауруларымен байланысты ұлттық табыстың шығыны 11 млрд. долларды құрады, ал, 2005 жылдан 2015 жыл аралығында бұл мемлекет 300 млрд. аса долларды жоғалтады. Мұндай жағдай Қазақстанда да күтілуде. Мұндай созылмалы әлеуметтік - маңызды аурулар Қазақстан үшін өзекті мәселеге айналуға [7,33,36,47,69].

Бүгінгі таңда «2011 -2015 жылдары Саламатты Қазақстан» атты мемлекеттік бағдарламада созылмалы жұқпалы емес ауруларды (СЖЕА) бақылау және алдын алу үшін салауатты өмір салтын қалыптастыруда созылмалы жұқпалы емес аурулардың барлық шоғырына бағытталған көп деңгейлі және сектораралық шаралардың орындалуын қажет етеді [1,27,34,36].

2010 жылы енгізілген денсаулық сақтау саласының бірыңғай ұлттық және ақпараттық жүйесі созылмалы әлеуметтік - маңызды аурулар құрылымының және олардың қауіп факторларын өзгеруін бақылауға; алдын алу бағдарламасының нақты мақсаттары мен міндеттерін анықтауға, индикаторларды өндіруге және оның тиімділігін, сонымен қатар созылмалы әлеуметтік - маңызды ауруларға жүргізілетін алдын алу бағдарламасының нәтижелерін бағалауға мүмкіндік береді.

ДДСҰ-ң нұсқауына сәйкес әрбір елде созылмалы әлеуметтік - маңызды аурулардың қауіп факторларының анықталуы, олардың нақты түзетілуі, сонымен қатар олардың өзгеруін бақылау (СЖЕА) алдын алу факторларының негізгі жүйесі болып табылады. Осы көзқарас бойынша алдын алу іс - шараларын жоспарлағанда және оның тиімділігін бағалауда бірдей құралдың көмегімен алынған мәліметтер маңызды болады. Сонымен қатар, алынған мәліметтерді талдауға және алынған мәліметтерді басқа зерттеулердің қорытынды нәтижелерімен салыстыруға мүмкіндік береді. Алдын алудың сұрақтары бойынша жалпы ой-пікірді қалыптастырады [82].

Жұқпалы емес аурулардың таралуын оқу барысында біздер тарапынан эпидемиологиялық тәсіл қолданылды (ДДСҰ, 2002). Бұл әдіс нақты таралуды анықтауға, оның пайда болу себебін, кейбір объективті заңдылықтардың ағымын; паталогиялық үрдістің шырқау жағдайын анықтайды. Сонымен қатар, эпидемиологиялық әдіс алдын алудың жаңа бағыттарын әзірлеуге мүмкіндік береді.

Жалпы тәжірибелік дәрігер қызметінде (АМСКК) жұмысында аса маңызды міндеттерінің бірі болып (СЖЕА) қауіп факторларын алдын алуы қарастырылады. Міне осы науқастарды оқыту Бағдарламасын енгізу (СЖЕА) тиімді әдісі болып саналады.

1.3 Денсаулық жағдайын анықтайтын ауыл тұрғындарының өмір сүру салттары мен шарттары

Қазіргі замаңғы Қазақстанның дамуы қоғам өмірінің саяси және әлеуметтік - экономикалық аясында серпінді өзгеруімен сипатталады. Ең бастысы, республика халқының денсаулық жағдайы аса маңызды, әсіресе ауыл халқының денсаулығы. Қазақстанда адамдардың денсаулық жағдайына жағымсыз әсер ететін көптеген факторлар сақталуда, соның салдарынан ауруға шалдығу, өлім, мүгедектік жоғары деңгейде екенін айта кету керек. Тұрғындардың денсаулық жағдайы халықтың ауруға шалдығуымен сипатталады және еңбек ету жарамдылығына, қаражат кірісін алуға, тұтыну сапасының қанағаттанарлығы, өмір сүрудің ұзақтығына, өмір сүру деңгейін анықтауға жағымсыз әсер етеді. Республика тұрғындары өлімінің негізгі себептері болып (2006 ж. мәлімет бойынша) қан айналым жүйесі ауруы (51,9%), улану және жаракаттану, келеңсіз жағдайлар (14,6%), қатерлі ісіктердің пайда болуы (11,5%), тыныс алу мүшелерінің ауруы (5,3%) және басқа аурулар жатады, олардың үлесі 5% аз [27,38,83,84,85].

Экологиялық факторлар адамның таңдау мүмкіндігіне айтарлықтай әсер етеді. Кедейлік, таңдау шектеулігі әдетте экологиялық деградацияға ұшырауына ықпал етеді. Өз кезегінде әл ауқаттың өсуі өмір сүру салтының экологиялық жағдайды таңдау еркіндігін мүмкіндігінше қамтамасыз ету құралы болып табылады [83,85,86].

Қазіргі уақытта дені сау халықты және оның еңбекке деген жарамдылығын қалыптастыруда басты артықшылық әлеуметтік фактормен тағайындалған. Қазіргі кездегітәуелсіз мемлекеттердің достастығын құру кезеңінде, өмір сүрудің күрт қымбаттауынан халықты әлеуметтік қорғау түсінігі өсу үстінде екені кездейсоқ емес. Денсаулықтың 50%-ы өмір сүру салтын және өмір сүру жағдайын қамтитын әлеуметтік факторларға байланысты.

Қазақстан Республикасының ауыл тұрғындарында қауіпті идентификация кезеңінде су факторымен байланыстырылған ауру дамуының қауіптілігін бағалау кезінде, органолептикалық көрсеткіштер бойынша (иіс, түс, бұлыңғырлық) нормативтердің жоғары болуы, минералдың жоғары деңгейі, санитарлы–эпидемиологиялық нормалардың мынадай химиялық заттар бойынша жоғары болуы: темір, нитрат, мұнай өнімдері, хлорорганикалық қосылыстар және микробиологиялық ластануы анықталды. Зерттеулер көрсеткендей, зерттеудің барлық кезеңі бойында жылдам (рефлекторлық) реакциялар дамуының қауіптілігі 1000 тұрғынға шаққанда шамамен 250 - ден 1000 жағдайға дейін ауытқып отырды. Бұл әрбір төртінші, ал кейбір жеке жылдары әрбір ауыл тұрғыны жылына бір рет болса да, ауыз судың жағымсыз түсін, иісін, дәмін байқағанын айтады, оны әлеуметтік зерттеулер дәлелдейді. Ауыз су сапасымен байланысты мұндай келеңсіз жағдай еліміздің ауыл аймақтарындағы жұқпалы аурулармен ауыратын тұрғындардың жағдайына қатты әсер етті. Ең бірінші кезекте бұл су факторымен берілетін аурулар: жедел ішек инфекциясы, дизентерия, брюшной тиф, вирусты гепатит А. Ауыл халқының денсаулығына әсер ететін қауіп факторының жиынтығын бағалау кезінде, факторлық әдістерді және көптеген корреляциялық талдауларды қолдану барысында, зерттелетін аймақтар үшін ең бастысы болып саналатын жұқпалы және жұқпалы емес аурулардың қалыптасуы, су факторының үлес салмағын орнатуға мүмкіндік береді [83,88].

Ресей елі халқының қазіргі денсаулық жағдайын талдау барысында, оның аса жақсы емес екендігін көрсетті. Көптеген зерттеушілердің пікірі бойынша [69,89,90], ол экономикалық тұрақсыздықпен сипатталатын әлеуметтік – экономикалық қайта құрулар, әлеуметтік алаңдаушылық экологиялық жағдайдың нәтижесі болып отыр. Халық ішінде өлімнің және аурулардың көбеюіне ықпал ететін факторлардың арасында қоғамның өмір сүру деңгейінің төмендеуі, халықтың қартаюы, антропогендік күштің ұлғаюы және қоршаған ортаның ластануы, қоғамның әлеуметтік бөлінуі, сумен қамтамасыз етудің және тамақтану сапасының нашарлауы теңгерімсіздігі аса маңызды орын алады [69,91,92,93,94].

М.Я. Подлужная, С.А.Рыжаков, С.Л. Шилова (2008) денсаулық көптеген факторлардың өзара әсерлесуіне байланысты деп санайды, ол жеке адамның денсаулығына, сонымен қатар популяциялық топтардың денсаулығына және жалпы мемлекет халқына ықпалын тигізеді. Ресей

халқы денсаулығының нашарлауының басты себептері ретінде шылым шегуді, нашақорлықты, жеткіліксіз тамақтануды, қоршаған ортаның жайсыздығын, еңбек шарттарын, техникалық қауіпсіздікті және қайта құру стратегиясының «естен тану» жағдайын айтады [95,96].

С.А.Молодцов (2005) пен В.Б.Филатов бірқатар авторлармен (2006) ауыл тұрғындарының денсаулығына көптеген жағымсыз әлеуметтік - экономикалық, өндірістік, білім факторлары әсер етеді деп айтқан. Отандық ауыл шаруашылық өндірісінің қирауы, көптеген себептердің салдары болып табылады, оның ішінде негізгісі ретінде ауыл мен колхоздардың асығыс жеке меншіктенуі, жердің парцеллизация курсы, ірі ауыл шаруашылық өндірісі фермерлікпен алмасуы, аймақаралық, сала аралық және шаруашылық аралық байланыстардың үзілуі, мемлекеттің ауыл шаруашылығын қолдаудан бас тартуын жатқызуға болады [93,96].

Өз кезегінде ауыл шаруашылық өндірісінің тиімділігі мен көлемінің төмендеуі, мемлекеттің әлеуметтік - қорғау қызметінің әлсіреуі апатты түрде ауыл халқының денсаулық жағдайына, өмір сүрудің әлеуметтік гигиеналық жағдайына әсер етті.

Бірқатар авторлардың зерттеулерінде [69,95,97], медициналық көмектің қолжетімді болуының төмендеуі, аудандардың аумақтық алшақтығы, халық тығыздығының төмен болуы, қиын қолжетімді елді мекендерде өмір сүруі, олардың арасында жол - көлік хабарының қанағатсызданарлығымен байланысты. Мұның барлығы ауылды елді мекендерде емдеу - сауықтыру шараларын өткізуін қиындатады.

Ауыл халқының денсаулығын ауыл шаруашылықтың еңбек өзгешелігіде анықтайды, ол физикалық еңбек күшінің төмен мамандануымен, жұмыстың жыл мезгілдеріне байланысты болуы, үй шаруашылығында қосымша жұмыстың болуымен, көптеген қауіпті физикалық, химиялық, биологиялық факторларымен сипатталады.

Ауыл тұрғындарында қала тұрғындарымен салыстырғанда тұрмыстық жағдай, оның ішінде білім беру деңгейі төмен, еңбек шарттары нашар, кіріс төмен. Ауылдық аймақтарда орташа айлық жалақы 1997 жылы елімізде орташа жалақы төлемінің 43,5% құраған. Ауыл тұрғындарының материалдық қамтамасыз етуден артта қалушылығының ұлғаюы жалғасуда, қалалықтармен салыстырғанда бюджеттің үлкен үлесі ауыл тұрғындарының тамақ шығындарына кететінін дәлелдейді.

Ауыл тұрғындарына жалпы және санитарлық мәдениеттіліктің жетіспеушілігі, олардың тұрмыс салтын және стилін өзгерту арқылы халық денсаулығын бекітуінің басты тірегі болып табылатын салауатты өмір сүру салтына тартуды қиындатады. Ауылды елді мекендердің медицина қызметкерлерінің өмір салты және стилінің кейбір жақтары, С.А. Молодцовпен бірге басқа авторлардың (2005) зерттеулері, ауыл аймақтарындағы науқастардың салауатты өмір салтын қалыптастыруда медицина қызметкерлерінің дайындығы әлсіз екенін көрсетті [96].

Біз авторлардың пікірімен келісеміз, барлық зерттелген факторлардың әсеріне тереңдетілген кешендік талдауларды жүргізу үшін, қоғамдық денсаулықты интегралды бағалау қолдануды талап етеді [97,98,99]. Қазіргі уақытта әртүрлі популяциялық топтарда жүрек–қантамыр ауруларының таралуына психологиялық және әлеуметтік факторлардың әсер ететіні көптеген мәліметтерде жинақталған [100,101,102]. Авторлардың бұл зерттеулері ХХ ғасырдың аяғында қан айналым жүйесі ауруынан өлім деңгейі ауытқуы жас және орта жаста анық байқалғанын және көбінесе психоәлеуметтік күйзеліске ұшырағандар арасында кездесетінін көрсетті.

Аз қамтылған халық арасында денсаулыққа зиян келтіретін жүріс - тұрыс (шылым шегу, дұрыс тамақтанбау, ішімдік ішу) жиі кездеседі. Сонымен қатар, мұндай адамдардың алдында салауатты өмір салтын таңдау үшін кедергі келтіретін қаржылық және басқа бөгеттер бар. Нашар тұрмыстық жағдай, еңбек жұмысы шарттарының қатаңдығы және медициналық қызмет көрсетудің қолжетімділігінің шектеулігі халықтың осал топтарының қауіп қатерін ұлғайтады. Экономикалық, мәдени және экологиялық жағдай, мысалы, еліміздегі экономикалық және нарық еңбегіндегі жағдай қоғам өмірінің барлық өмір сүру деңгейлеріне ықпал етеді [103,104]. Қоғамдағы жалпы өмір сүру деңгейі адамның тұрғын үй таңдауына, жұмысына, әлеуметтік қоршаған ортаға сонымен қатар, оның тамақтану тәртібіне, ішімдіктерді пайдалануға әсер етеді. Әртүрлі елдерде жүргізілген зерттеулер кірістің денсаулыққа өзара әсер етуін және өз кезегінде, денсаулықтың кіріске деген әсерін көрсетеді [105,106,107,108]. Қырғыз Республикасында ауыл халқына медициналық көмектің шығынын талдау, ауыл тұрғындарының көпшілігіне, олардың медициналық қызметке кеш қаралуы және медициналық қызметке кедергі келтіретіндігін көрсетті [109].

Жалпы, Marc Suhrcke және басқалардың [102] ойлары бойынша, халық денсаулығының басты детерминанты болып еліміздің экономикалық әл ауқат жатады. Аймақтағы халықтың өліміне экономикалық прогрестің және регрестің деңгейі үлкен роль атқарады. Өйткені экономика мен денсаулық бір-бірімен байланысты, денсаулықтың төмен деңгейі өз ретінде еліміздің экономикалық нашарлауына әкеледі [110,111].

Өмір салтымен байланысты негізгі қауіп қатер факторы бұл – ішімдікті қолдану; шылым шегу және дұрыс тамақтанбау. Бүгінгі таңда халық денсаулығының нашарлауының негізгі себебінің бірі ішімдіктерді қолдану күмәні жоққа шығарылған [111,112,113]. Н.Ю.Трифорова мен бірқатар авторлардың (2008) зерттеулері ауылды жерлерде тұратын қарт адамдар арасында аптасына бір рет болса да ішімдікті 23,8 % қолданғанын көрсетті. Қолданған ішімдіктердің ішінде спирт ішімдігі (76,3%), сыра (17,6%), суррогатты ішімдік - (0,8 %). Екінші маңызды қауіпті фактор – бұл шылым шегу. Ауылды жерлерде еңбекке жарамды жастан үлкеншылым шегетін ер адамдардың үлесі 39,3%, 1,4% әйелдер

құрайды [100]. Өткен ғасырдың 80 - ші жылдарына дейін темекі шегушілердің арасында ер адамдардың үлесі жоғары болды, ал қазіргі таңда көптеген елдерде шылым шегетін әйелдер саны қарқынды өсіп отыр [114,115]. Шылым шегудің кең таралуы шылым шегушілердің өзіне ғана емес сонымен қатар, пассивті шылым шегушілерге де әсер етеді [115,116].

Т.М. Максимованың (2005) зерттеулерінде Батыс Европа еліне қарағанда, Ресей елінде ер адамдар арасында шылым шегушілер басым, ал әйелдер арасында – төмен. Соған сәйкес, ересек халықтың жан басына шаққандағы жылына тартылған темекі үлесінің саны ұлғайған [2,77].

Үшінші қауіпті фактор – дұрыс тамақтанбау. Қазіргі уақытта тез тамақтану жүйесі мекемесінің жан – жақты таралуы, жоғары калориялы тамақты пайдаланудың нәтижесінде семіздіктің қауіпін жоғарлатады [117]. Шылым шегу, ішімдікті пайдалану және дұрыс тамақтанбау көптеген әлеуметтік - психологиялық факторлармен түсіндірілуі мүмкін [118]. Дұрыс тамақтану, әсіресе рационда жаңа піскен жеміс – жидектердің болмауы және майларды аса көп пайдалану, жүрек - қантамыр ауруларының жиі кездесу себептерінің бірі болуы мүмкін. Өкінішке орай В.И.Сорокунның (2004), О.В.Полозованың (2008) мәліметтері бойынша қазіргі уақытта еліміздегі халықтың өз денсаулықтарына деген көзқарасы төмен белсенді екендігі байқалған [116,119].

Қолжетімді әдебиеттер көзінің талдауы ауыл халқының денсаулығы үшін мәселе болып отырған қауіп қатер факторын анықтауды, мұндау зерттеулердің аз екенін және бұл мәселелер ары қарай өңделуді талап ететінін көрсетеді.

1.4 Ауыл тұрғындарына көмек көрсетуді ұйымдастыру және басқару мәселелері

Ауыл тұрғындарына медициналық көмекті ұйымдастыру және оны басқару мәселелері, ауыл тұрғындарының анықталған денсаулық мәселелері, денсаулыққа әсер ететін факторларды талдау, ауылдық жерлердегі емдеу -алдын алу мекемелері қызметтерінің көрсеткіштері қолжетімді медициналық көмекпен қамтамасыз ету мақсатында ауылдың денсаулық саласын жетілдірудің қажеттілігін көрсетті.

Қазақстанда ауылдық жерлердегі алдыңғы қатардағы негізгі мәселенің бірі -мамандардың жетіспеушілігі болып отыр. Бұл мәселені ұлттық және жергілікті деңгейде шешуге шаралар қолданылуда. Ауыл әкімдері жас мамандар үшін әлеуметтік көмекті жақсартты; оған қаржылық көмек ретінде 200 000 - 300 000 теңге; жер телімін алу көмегі, жеңілдіктер, коммуналдық төлемдер, қоғамдық көліктерде жүріп - тұру, мектепке дейінгі мекемелерге балаларды орналастыру және т.б жатады. Соңғы бірнеше жылда ауылдарға 600 дәрігер тартылды. Дегенмен, 2009 жылы ауылдық жерлерде жұмыс істеу үшін 2000 дәрігер мамандары

жетіспеді. Басқа мәселелер Қазақстанның ауылдық аймақтарында алыс орналасқан ауылдар мен аудан орталығына қатынасатын көліктің (қоғамдық және жеке меншік көліктің) тапшылығымен, медициналық көмекке қолжеткізудің қиындығымен байланысты болып отыр. Ауылдық және алшақ орналасқан елді мекен тұрғындарына медициналық көмекке қолжеткізуді жақсарту үшін ҚР-ң Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі диагнозын анықтау және кеңес беру үшін мамандарға дистанциондық конференциялар өткізуге мүмкіндік беретін телемедицинаның дамуын қолдайды. ҚР-ң Денсаулық сақтау Министрлігі 2004 жылдан бастап ауылдық және шалғай орналасқан аудан халқына жоғары арнайыланған көмекке қолжеткізуді жақсарту үшін «Ауылдық жерлерде мобильді медицина мен телемедицинаны дамыту» инвестициялық жобасын іске асыруда [18, 19, 120, 121].

Денсаулық сақтауды дамытудың 2011-2015 жж. «Саламатты Қазақстан» Мемлекеттік бағдарламасы аясында бірден бір маңызды бағыт - көліктік медицинаны дамыту болып отыр. Бұл жұмыс ауылдық елді мекендерде шұғыл жағдайларда, жол-көлік апаттарда, жедел медициналық көмекті жетілдіру үшін жүргізіледі. Халықтың 40% - ы ауылдық жерлерде тұратынын ескере отырып, ауыл тұрғындарын қолжетімді медициналық көмекпен қамтамасыз ету бірінші сатыда тұрған маңызды мәнді мәселе болып отыр. Сондықтан, Қазақстанда күшті медицинаны дамыту ауыл тұрғындарын мамандандырылған медициналық көмекпен қамтамасыз етуге, скринингтік зерттеулерге және көрсетілетін медициналық көмектің жылдамдығын жоғарылатуға бағытталған. Сонымен қатар, ауылдық аймақ тұрғындарын қолжетімді медициналық көмекпен қамтамасыз ету бойынша іс - шаралар жүргізіледі. Сондықтан Қазақстанда 3 емдеу-диагностикалық поезд шығарылды, олар 110 станцияның тұрғындарына 260 мың емдеу - диагностикалық көмек көрсетті, 52 мыңнан астам адамдарды қарап, тексерді, оның ішінде 15 мыңға жуығы балалар [1, 20, 31, 59, 112].

Көптеген авторлар [2, 6, 7, 29, 30, 122, 123], денсаулық мәселесі – ол тек медицинаның емес, сонымен бірге ең алдымен әлеуметтік мәселе деп дұрыс айтады. Бұл жерде денсаулық сақтау жүйесі идеологияны өндей отыра, үкіметке қоғамның денсаулығын сақтауға және нығайтуға бағытталған саясатты қалыптастыруға көмектеседі. Бұл жайында шетел авторлары да жазады, олар денсаулық сақтаудың әлеуметтік бағыты барлық азаматтардың денсаулығын бірдей тиісті деңгейде қамтамасыз ете алатын халық денсаулығын қорғайтын жүйе құруын талап етеді [124, 125].

Осыған байланысты медициналық қызмет көрсету жүйесінде тек қана қайта өзгерту, қайта құру көмегімен денсаулықты жақсартуға жету мүмкін емес. Тек қана қоғамдық - саяси тіршіліктің түбегейлі қайта құрылуы оң нәтиже беруі мүмкін, олардың арасында денсаулық сақтау жүйесі ел азаматтарының денсаулығын қорғайтын өте ауқымды жүйенің тек бір бөлігі ғана болып табылады.

Бүкіл Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұжымының қазіргі кездегі саясаты негізгі төрт бағытта құрылған: денсаулық қорғау жүйесін шын мәнінде жақсарту, кедей халық арасындағы артық өлімді азайту, басты қауіпті факторларды жою және денсаулықты қоғамның даму сапасының критерийі тұрғысында алдыңғы қатарға қою [126]. Осыдан барып, ұлттық деңгейде көптеген Еуропа елдерінде халық денсаулығын қамтамасыз етуде жиынтықты кешендік ведомствоаралық әдісті ескере отырып, денсаулық сақтау төңірегінде стратегия жасап шығарды немесе жасау үстінде [7, 69, 127]. Бұл кезде қоғамның денсаулық элементтері әркезде белгілі аймақтық арнайылықта болатынын ескеру керек.

Мұндай жағдай ауылдық жерлерде алғашқы медициналық көмекті жетілдірудің қажет екендігін айта отыра, осы мәселемен айналысатын көптеген авторлар дұрыс деп санайды [128,129].

К.Ю. Лакунин (2001), Ю.Л. Забин (2001) елімізде соңғы он жылда әлеуметтік экономикалық қайта құрылулар ауылдық жерлердегі емдеу - алдын алу мекемелерін (ЕАМ) ресурстармен қамтамасыз етуге теріс әсер етеді деп атап өткен [123,124]. А. А. Калининский және бірқатар басқа да авторлар (2006), арнайы зерттеулер жүргізіп, көптеген ФАП материалдық-техникалық базасы қанағаттанарлықсыз деп тапты [130,131]. Коми республикасында, Ивановский, Ростов, Омск, Еврей автономды облыстарында, Чуваш Республикасында ФАП-тің 76,7 % арнайы бейімделген бөлмелерде орналасқан, олардың жартысына жуығы күрделі жөндеуді қажет етеді. Олардың 87,2 % - орталықтанған жылу жоқ, 93,2 % - су құбырлары өткізілмеген, 93,7 % -кәріз жоқ. ФАП тек 77% телефонмен, көлікпен тек 0,1 %, қамтамасыз етілген. Ал 1,1% тіс емдейтін дәрігер кабинеті бар. Осы сияқты үлкен күрделі мәселелер ауылдық жерлердегі денсаулық сақтау саласымен байланысты дәрігерлік амбулаторияда, жедел жәрдем көмектерінде де бар [132, 133, 134]. Осы авторлардың мәліметтері бойынша 2004 жылы ауыл тұрғынының 1000 адамына шаққанда жедел жәрдем көмегімен орташа есеппен алғанда 240,1 шақырылым болған, ал Ресейде бұның орташа көрсеткіші – 335,7. Жедел жәрдем көмегінің нақты жететін уақыты 1 сағат, бұл уақыт ішінде бригада келгенше өлім пайызы жоғары болуы мүмкін. В.И. Стародубованың және онымен бірге жұмыс атқарған бірқатар авторлардың (2002) мәліметтері бойынша, Ресейдің Тверь облысының орталық аудандық ауруханаларына ауыл халқының жатқызу деңгейі 1000 адамға шаққанда 120,4 орнына 112,9 болған, ал бөлімше ауруханаларында осыған сәйкес 1000 адамға шаққанда 37,4 және 29,7 құрайды [135].

Қазіргі кездегі жағдайларда одан ары қарай ауыл халқына алғашқы медициналық - әлеуметтік көмекті жетілдіру және қала халқына көрсетілетін көмекке жақындату дәрігерлік амбулаторияларды нығайту және дамытуды іске асыру есебінен, жалпы тәжірибелік дәрігерлік институттарды енгізуді талап етеді, жедел көмек көрсету орталықтарын және жедел дәрігерлік көмекті ауылдық амбулатория құрамында ашуды талап етеді, ауданның медициналық мекемелерінің төсек фондын қайта

құру, ауылдық дәрігерлік амбулаторияларда күндізгі стационарларда болатын төсек орнының санын қоса өсірумен іске асырылуы тиіс, дәрігерлік көмекті жетілдіруді одан ары қарай дамыту медбикелік науқастарға медбикелік күтім көрсететін ауруханаларда болуы керек, олар әлеуметтік қызметті атқарады. Мұндай мұқтаждық негізінен ауыл тұрғындарының қартаюымен байланысты болады, сондықтан ауылдық аудан орталықтарында қарт және қартайған адамдарға медициналық әлеуметтік көмектің қолжетімділігін және тиісті көлемде көрсетілуін талап етеді. Ульянов облысында жабық бөлімшелік аурухана базасында педиатриялық бөлімшенің ашылғаны жазылған, онда терапевтық және неврологиялық бейіндер бойынша емдеу жұмысы қоса жүреді. Педиатриялық бөлімшенің үш жылдық жұмыс тәжірибесі мынаны көрсеткен: өзінің медициналық және экономикалық тиімділігін, қартайған жастағы ауыл тұрғындарына арнайы медициналық көмектің қолжетімділігінің жақсарғаны көрсетілген. Олардың тіршілік ету сапасы жоғарлаған, сондай ақ қалған өмірінде еңбек ету қабілеттілігін сақтауға мүмкіндік жасалған. В.З. Кучеренко бірқатар басқа авторларымен қоса (2005) ауыл және қала халқы үшін қолжетімді медициналық көмектің айырмашылығы бар екенін көрсеткен [50, 136].

Басты мамандардың пікірі бойынша [135, 137, 138], ауылдық жерлерде денсаулық сақтаудың дағдарыс жағдайы медициналық көмек сапасының төмендеуімен, алдын алу жұмыстарының әлсіреуімен, аурудың көбеюімен және халық арасында өлімнің көбеюімен көрінеді. Көптеген авторлардың ойы бойынша [133,134,138,139, 140, 141, 142, 143, 144], ауылдық жерлерде денсаулық сақтаудың негізгі мәселесі болып емдеу алдын алу мекемелерінің құрылымында аз қуатты ауруханалардың басым болуынан, біліктіліктің төмен болуы, дәрігер мамандарымен қамтамасыз етілмегендіктен және мамандардың жоғары деңгейде келіп кету ағымының төмен болуынан, ресурстық базаларды қолдану нәтижесінің төмен болуы, ФАП ғимараттары тозған, дәрігерлік амбулаториялар, ауылдық бөлімше ауруханаларының ғимараттары тозған.

Ауылдық жерлерде стационарлық көмекті ұйымдастыру төмендегідей мәселелермен сипатталады: ауруханаға дейінгі толық зерттеу көрсеткіштері төмен, уақытында ауруханаға жатқызылмайды, ауыл тұрғындары өз беттерімен аудандық және қалалық ауруханаларға қаралады, шұғыл жағдайларда ауруханаға жатқызудың деңгейі өте жоғары және қарқыны өсіп келе жатыр. Негізсіз ауруханаға жатқызудың үлес салмағы жоғары, сондай-ақ арнайыланған ауруханалық көмек облыстық және республикалық мекемелерге ығысқан. Ауылдық жерлерде медициналық көмекті ұйымдастыру міне осындай мәселелермен сипатталады [145, 146].

Г.А. Лаврищева (2003), жүргізген бөлімшелік және орталық аудандық ауруханаларда емделген науқастардың ойын зерттеу барысында олардың ойы бойынша; бөлімшелік ауруханаларда қаралуының негізгі

себебі аудандық ауруханаларға қарағанда олар үйлеріне жақын орналасқан, туысқандардың қатынауына ыңғайлы, тамақтану сапасы жоғары болып келеді. Автор ауыл тұрғындарына стационарлық көмектің үлкен қолжетімділігіне жету мақсатында бөлімшелік ауруханаларды сақтап қалу қажет екені жайында қорытындыға келді [147].

Бірден бір қиын шешілетін мәселе ол ауыл тұрғындарына қолжетімді арнайы медициналық көмекті дұрыс ұйымдастыру болып табылады. В.И. Стародубов, В.И. Гройсман (2007) былай деп болжаған: арнайыланған медициналық көмекті ауданаралық бөлімдерде ұйымдастыру алдағы уақытта келешегі зор деп болжайды, ол үшін осы ұжымдық құрылымның негізгі қызметін ұйымдастыру үшін қаржылық негізі қажет деп тапқан [148].

А.А. Калининский мен бірқатар бірге жұмыс атқарған авторлар (2007), аудан орталықтарының бөлімшелік ауруханалардың басшыларымен бірге жүргізген әлеуметтік зерттеуінде мынаны анықтаған: олардың материалдық – техникалық базасы әлсіз, қаржы жеткіліксіз, қолжетімділік жеткіліксіз, ауылды жерлерде медициналық көмектің арнайы түрлері жеткіліксіз екенін анықтаған [149].

Кейбір авторлар [150] ауыл тұрғындарына көрсетілетін хирургиялық, травматологиялық, стационарлық көмек сәйкес келмейді деп өз ойларын айтқан. Н.В.Комаров бірқатар авторлармен (2005) ауыл халқына хирургиялық көмекті іске асырудың бір жолы және қымбат тұратын құрылғыны тиімді пайдалану ауыл тұрғындарына қызмет көрсететін ауданаралық эндоскопиялық орталықтарды құру керек деп ойлайды.

Ауыл халқына онкологиялық көмектің қолжетімді болу мақсатында Л.Г.Розенфельд және бірқатар авторлар (2008), кешенді ұйымдастыру технологиясын жасап шығарды және ұсынды, оның құрамына емхананың тексеру кабинетінің жұмысын ұйымдастыру, алдыңғы қатардағы медицина қызметкерлерінің онкологиялық ауруларды ерте анықтау мотивациясын жоғарылату, жасы 30-дан асқан және одан жоғары жастағы адамдар үшін онкологиялық скринингті іске асыру кіреді [144]. Көптеген авторлар ауыл тұрғындарына медициналық көмек көрсетуді ұйымдастырудың қазіргі үлгісі медициналық және экономикалық тұрғыдан алғанда тиімсіз, сондықтан құрылымдық және түбегейлі қызметтік қайта құруды қажет етеді деп санайды [144,151].

Авторлар бірнеше бағыттарды ұсынады: ауыл тұрғындарына медициналық көмекті ұйымдастыруды айта құру; Т.Г. Светличная және бірқатар басқа да авторлар (1996) ауылдық жерлердегі денсаулық сақтаудың аралық деңгейдегі мекемелерімен қоса шетелдік үлгіні ұсынады, біздің елімізде бұл бөлімшелік ауруханалар болуы тиіс. Бірден бір түрі ретінде қаржыландырудың төрт кезеңдік аралас бюджеттік сақтандыру үлгісін атауға болады [141].

Ауылдық жерлерде денсаулық сақтауды басқарудың екінші үлгісіне дәстүрлі түрі жатады және ол халық денсаулығына интегральды

сипаттама беруді, ауыл тұрғындарының медициналық көмекке мұқтаждықтарына жүйелік баға беруді; оның көлемінің аймақтық нормативтерін анықтауды қолдануды ұсынады. Жалпы тәжірибелік дәрігердің және басқа да құрылымдардың жекелеген қызметтік бөлімдерін біріктіру үшін жергілікті есептеу және ақпараттық жүйелерін құрудың мәні маңызды болып табылады. Г.А.Юй (1996) жалпы тәжірибелік дәрігерді ақпараттық қамтамасыз ету қызметі көрсетілетін халық жайында, оның денсаулығы жайында, қолданылатын медициналық технологиялар жайында, дәрігер жұмысының сапасын бағалау жайында жекелеген мәліметтер жинағын жасауға мүмкіншілік туғызады деп санайды; дәрігерге анықтамалармен, ақпараттық кеңестермен, рецепт – бланкілермен, тексеруге арналған жолдамалар бланкаларын қолдануға, кеңестер алуға және ауруханаларда емделуге мүмкіншілік туғызады. Басқарудың үшінші жағдайлық үлгісі: жоғарғы басқару мекемелерінің нұсқауымен басқару шешімін қабылдауды болжайды [152].

Ресейде ауыл тұрғындарына медициналық көмек көрсетудің қазіргі кездегі клиникалық -ұйымдастыру үлгісі әртүрлі кезеңдердегі денсаулық сақтауды ұйымдастырудың ерекшеліктерін салыстыруды ескере отырып құрастырылған. Бұл үлгі Ресей Федерациясы Денсаулық сақтау Министрлігінің «Халыққа алғашқы медициналық көмек көрсету жүйесінің үлгісі және мекемелер жүйесінің қайта құрылуын ескере отырып халықты ауруханалық көмекпен қамтамасыз ету» деген әдістемелік нұсқауларын жасап шығаруда ескерілген[147].

Г.С.Шестаков, Е.С.Швец (2008) емдеу - алдын алу мекемелерін қазіргі кезде қаржыландыру және мамандармен толықтырып қамтамасыз ету саясатында жаңаша әдістерді қолдануды талап етеді деп ойлайды. Емдеу диагностикалық үрдістерді қамтамасыз ету үшін, ауылдық жерлерде медициналық көмектің сапасы жоғары болуына қолжеткізу үшін медицина мамандарының құрылымына, санына талдау және объективті баға беру үшін муниципальды деңгейде мәліметтердің біріктірілген базасын жасау қажет. Еңбек ақысын адекватты төлеумен қатар медицина мамандарының еңбек етуін жандандыратын басқа да факторлардың рөлі арта түспек [153].

Қазіргі кездегі күрделі экономикалық жағдайда ауылдық жерлерде денсаулық сақтау мәселелерін табысты шешуде басшы тек қана біліктілігі жоғары маман дәрігер болуымен бірге, сонымен қатар оның арнайы кәсіби дайындығы бар басшы болуы қажет, яғни денсаулық сақтау менеджері болуы тиісті деген пікір бар [154].

Қазіргі кезде муниципальды денсаулық сақтауды қайта құрудың негізгі стратегиялық бағыты жалпы тәжірибелік дәрігер институтын құру болып саналады, онда көптеген зерттеушілердің ойынша, маңызды экономикалық, әлеуметтік және медициналық тиімді, нәтижелі, амбулаториялық көмек сапасы жоғары болады деп болжайды [158,159, 160, 161].

Ауылдық және қалалық жерлерде денсаулық сақтаудың алдыңғы звеносын қайта құрудың осы бағытын іске асырудың негізгі және белсенді өткізгіші болып Самар облысы саналады. 2007 жылы ауылдық жерлердің амбулаториялық емханалық мекемелерінде 88 сертификат алған жалпы тәжірибелік дәрігерлер және 48 жалпы тәжірибелік медбикелер жұмыс жасады. Санитарлық автокөлікпен, медициналық техникалармен жабдықталған жалпы дәрігерлік тәжірибе берудің тармақталған жүйелерінің офисі құрылды. Жалпы тәжірибелік дәрігер қызметінің соңғы нәтижесінің индикативті үлгісі жасалып шығарылды [161, 163].

Самар облысы Волжск ауданының тұрғындарына медициналық көмекті ұйымдастыру ауылдық жерлерге тән байырғы кезең жобасы бойынша құрылған. Ауыл тұрғындарына медициналық көмекті ұйымдастырудың бірінші кезеңінің жағдайы жалпы дәрігерлік тәжірибелік (ЖДТ) дәрігер қағидасын ұстануға толығымен сәйкес келеді. Самар облысында 2005-2010 жж. ауылдық жерлерде ЖДТ дамыту бойынша мақсатты бағдарлама жұмыс жасайды. Ол бағдарламада облыстық бюджеттен қосымша еңбек ақы төлеу, жеңілдікті ипотекалық кредитпен дәрігерлер мен орта буын медицина қызметкерлерін тұрғын үймен қамтамасыз ету, екі жолмен ауылдық жерлерде ЖДТ бөлімшесін құру қарастырылған. Бірінші нұсқада ФАБ базасында ЖДТ құру ұсынылады. Екінші нұсқада ауылдық дәрігерлік амбулаторияны ЖДТ жекелеген топтық бөлімшелерін құруды немесе бөлімшелік ауруханалар базасында жекелеген топтық ЖТД қызмет етуін қамтамасыз етеді [162, 163].

Бірінші медико - санитарлық көмек беру деңгейінде медициналық көмек көрсетудің бірден бір ең үнемді тәсілі медбикелердің көмек беруі болып табылады. Жалпы дәрігерлік тәжірибенің медбикесіне оның дайындық деңгейіне сәйкес дәрігер орындауға тиіс көптеген міндеттер жүктеледі. Жалпы дәрігерлік тәжірибе медбикесінің өздігінен орындайтын жұмыстарының негізгі түрлері: науқас адамның үйіне патронаж жасау, «науқастарға арналған мектептерде» сабақ жүргізу, емханаларда науқастарды қабылдау [164].

Жалпы тәжірибелік фельдшер де науқас балалар мен ересек адамдарға бірдей үйдеріне барып көмек бере алады. Амбулаториялық буында орта буын медицина қызметкерлері есебінен көмек күшейеді, фельдшер және екі медбике 2800 ден 3200 адамға дейін тұратын елді мекендерде көмек көрсете алады [164,165]. Жалпы тәжірибелік дәрігер бөлімінің жұмыс нәтижелері отбасылық қағида бойынша көмек көрсетудің тиімділігі жайында тұжырым жасауға мүмкіндік береді.

В.В. Павловтың (2008) және бірқатар авторлардың В.В. Стрючкова және А.Г.Сапрыкинаның (2008) зерттеулері жалпы дәрігерлік тәжірибені енгізу ауруханаларда емделетін адамдар санының азайғанын, күндізгі стационарларда емделушілер санының артқанын, қызметтік зерттеулер санының жоғары болуын, физитерапиялық емдеудің жоғары болуын,

санитарлық ағарту жұмыстарының белсенді болуын, алдын алу мақсатында келіп қаралушылар санының артқанын кеш сатысында анықталған қатерлі ісік аурулар санының азайғанын көрсетті [166].

Е.Ю. Лудупова (2002), Б.В. Головский және бірқатар авторлардың (2005) зерттеулері ауыл халқына көрсетілген жалпы тәжірибелік дәрігер көмегіне оң жоғары баға береді, жедел жәрдем көлігін шақыру 10 есе азайған, арнайы жеке мамандарға кеңес алу үшін жіберілетін науқастар саны 2-3 есе азайған, тәуліктік ауруханаларға жатқызу көрсеткіштері төмендеген, барлық баптар бойынша бір дәрігерге жұмсалатын шығын 200 мың сомға дейін төмендеген [167].

Жалпы тәжірибелік дәрігер үшін бөлімше дәрігерлерге қарағанда медициналық көмек көлемі ауқымды болуы тән қасиет. Бұл медициналық көмек көрсету бойынша жекелеген аралас мамандықтардың көмек көлемі ауқымды болуымен түсіндіріледі [168,169]. Аурудың алдын алу қызметтері ерекше ажыратылады. Аурудың алдын алуы үшін бөлімшелік – терапевт-дәрігерге келіп қаралушыларға қарағанда (ЖТД) жалпы тәжірибелік дәрігерге келушілер саны әлдеқайда басым болады. Халықты ауқымды вакцинациялау, флюорографиялық зерттеулермен қамту; диспансерлік бақылаумен қамтамасыз ету жоғары болып тұр. Терапиялық бөлімшелердегі терапевтерге қарағанда бөлімшелерде жалпы тәжірибе дәрігерлері өте аз, жедел көмекті шақыру жиілігі ауруханалардың көрсеткіштеріне қарағанда төмен [170].

В.С.Нечаева, К.Б.Кошман [171] зерттеулері бойынша медициналық көмек сапасын интегральды бағалау бөлімшелік дәрігерлермен (0,76) салыстырғанда жалпы тәжірибелік дәрігер көрсеткіштерінің жоғары (0,86) болуын көрсетеді. ЖТД аурудың алдын алу жұмыстарының сапасын зерттеу нәтижелері бойынша олардың аурудың алдын алу және ақпараттық ағарту шараларын іске асыру үшін потенциалды мүмкіншіліктері өте жоғары болатынын көрсетті. ЖТД 90% басқа мамандық дәрігерлерге қарағанда алдын алу жұмыстарына көп деңгейде назар аударады. ЖТД жұмыс жасайтын емханаларда медициналық көмектің аурухананы ауыстыратын түрі басым әрі белсенді дамыған, ал ауылдық жерлердегі ауруханаларда – медбикелік көмек көрсету төсектері басым болатынын көрсетеді [172, 173].

Жалпы дәрігерлік тәжірибе ұйымының зерттеушілерінің айтуынша [174, 175], қазіргі уақытта денсаулық сақтаудың бірінші буын қызметін және жалпы тәжірибелік дәрігердің жұмысын реттеуге мүмкіндік беретін, әсіресе ауылды жерлерде ғылыми – әдістемелік және нормативті – құқықтық база әлі толық өңделмеген.

И.Н.Денисова (2007), денсаулық сақтауды қайта құруды жүргізу үрдісі кезінде жаңа заңдылық базасын құру, жаңа жағдайда жұмыс жасаудың бейімделу механизмін жасау, денсаулық сақтауды қаржыландырудың өзара әрекеттесу механизмін қайта жасап шығару және өзгерген жағдайда мекеменің қызмет етуі үшін ұйымдастыру қағидаларын енгізу қажет деп ойлайды [172]. Орталық аудандық

ауруханалар басшыларының, зерттеушілердің, медициналық мекемелердің сақтандыру сарапшылары ауылдық жерлерде медициналық көмек көрсету сапасын жоғарылату емдеу мекемелерін тек қазіргі кездегі емдеу-диагностикалық құралдармен жабдықтауда, жүктемелерді азайтуда, еңбек ақысын жоғарылатуда, дәрігерлердің біліктілігін жоғарылатуда, емдеу-алдын алу мекемесі басшыларының өзін-өзі қаржыландыруында ғана мүмкін болады деп ойлайды [174, 175].

В.О.Корецкий және оның серіктес авторлары (1999), В. Стрючков және оның серіктес авторлары (2008) былай деп болжайды: ауылдық денсаулық сақтауды қайта құрудың негізгі бағыттары құрал жабдықтарды тиімді пайдалануда, тиімді технологияны жасап шығару және оны өндіріске енгізуде, ауыл тұрғындарына медициналық көмек көрсетудің жаңа түрлерін енгізуде, жалпы дәрігерлік тәжірибе, аурухананы алмастыратын технология, бөлімшелік ауруханалардың рөлін және міндеттерін қайта қарастыру, аудан аралық емдеу-алдын алу, диагностикалық және кеңес беру орталықтарын ашу, ауыл үшін дәрігер мамандардың біліктілігін арттыру деп санайды [176,177].

Ауылдың емдеу–алдын алу мекемелерінің материалдық – техникалық базасының әлсіз болуын, білікті медициналық маман кадрларының жетіспеушілігін, емдеу–алдын алу мүмкіндіктердің шектеулігін ескере отыра, арнайыланған кеңес беру медициналық көмектің дамуына ең басты рөл берілген, оның ішінде емдеу - алдын алу көмектің жылжымалы түрлеріне және әсіресе емдеу орталықтарының жоғары технологияларды қолдана отырып немесе аудан аралық кеңес беру – диагностикалық орталықтар пайда болуын қажет етеді [178].

Бірқатар авторлар ауылда медициналық көмек көрсетуді жетілдірудің бірден бір мүмкін болатын түрі, медицинаны бюджеттік сақтандыру жағдайында ауыл тұрғындарына көрсетілетін медициналық көмекті білікті және арнайы көмекке жуықтататын жағдайдың облыстық денсаулық сақтау мекемелерінің жоспарлы түрде ауылдарға шығып жұмыс жасау болып табылады деп санайды [179]. Жұмыстың мұндай түрі Нижегород, Новгород және Ростов облыстарында, Коми, Дағыстан Республикаларында белсенді қолданылады. Шалғай орналасқан аймақтардағы халыққа арнайы амбулаториялық-емханалық медициналық көмекті жақындату мақсатында Кемер облысында қуаты күшті Губерндік медициналық-диагностикалық кешенавтопоезд негізінде ауылдарға шығып көмек беретін емхана жабдықталған. Оның міндеттері шалғай ауылдардағы халыққа қазіргі кездегі стандарттар негізінде диагнозын анықтау және емдеу тәртібіне түзетулер енгізу болып табылады: элеуметтік маңызды болып келетін аурулардың асқынуларын ерте анықтау, алғашқы реттік диагнозын ерте анықтау, алдын алу шараларының жоспарларын құрастыру. В.В.Стрючков және А.Г. Сапрыкина (2008) ауылдарға шығып медициналық көмек көрсететін бригадалар жұмыстарының ұйымдастыруларына жоғары баға береді. Олардың жұмыстарын ауыл халқына медициналық көмек беруді

ұйымдастыруда жалпы тәжірибелік дәрігер институтының дамуы бірден бір басты бағыт деп санайды [180].

В.В.Степанов және бірқатар авторлар (2006), мемлекеттік кепілдік бағдарлама ауыл халқына медициналық көмектің қолжетімді болуына жету жолында кездесетін жағымсыз үрдістерді болдырмауға бағытталған бірден бір ең тиімді адекватты шара деп санайды. Ауыл тұрғындардың денсаулығының күрделі мәселелері, денсаулық сақтау саласының жағдайы ерекше назар аударуды талап етеді және ауылда медициналық көмек көрсетуді басқару мен ұйымдастырудың ұсынылған аймақтық үлгілерін талдауды қажет етеді [181].

Ресей Федерациясы субъектілерін басқару ұйымдарының басшыларына жүргізілген әлеуметтік сұрастыру мына жағдайды көрсетті: респонденттердің 64,1% ауылдық жерлерде медициналық көмек беруді ұйымдастыруды қайта құрудағы кездесетін мәселелердің арасында бірінші орынға қаржы жеткіліксіздігін атады. 59,0% респонденттер ауыл тұрғындары денсаулығының негізгі мәселелері әлеуметтік маңызы бар аурулардың, атап айтқанда туберкулездің, АИТВ инфекциясы, ішімдікті шектен тыс пайдаланудың, нашакорлық, табиғи-ошақтық аурулардың жоғары деңгейде болуы деп атады. Сұрастырғандардың 25,4 % қолайсыз демографиялық жағдай деп атап көрсеткен.

Сұрастырғандардың әрбір төртіншісі ұйымдастыру сипатындағы мәселе әкімшіліктің әлсіз болуы деп атаған. Сұрастырғандардың 35,9 % міндетті медициналық сақтандырудың жеткіліксіздігіне жұмыссыз адамдарға төлем ақыны ретсіз төлеу, науқас құқығын қорғау, нормативтік құқықтық базаның жетілмеушілігі, науқас құқығын қажетті ресурстармен қамтамасыз етілмеуі деп атап көрсеткен.

Самар облысында ірі қалалардағы аудандық ауылдардың халқына медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыруға ерекше көңіл бөлінген. Олар кәдімгі ауылдық жерлерден әлеуметтік құрылымымен, халықтың еңбек ету сипатымен, тіршілік ету тәртібімен, маятник сипатты көшіп қонудың кеңінен таралуымен ерекшеленеді. В.В. Павлов және онымен бірге жұмыс жасағандар (2008), С.А. Суслин (2007, 2008) ең тиімді, үнемді басқару деп облыстық корпоративтік аймақтық медициналық орталық ашып, ұйымдастыру деп санайды. Оның құрамына өзара байланысты емдеу - алдын алу мекемелерінің (ЕАМ) кешендері кіреді; олар алдын ала жасалған келісім шарт бойынша мамандырылған дәрігерлік көмек көрсетеді [182].

Орталықты осы орталықтың құрамына кіретін емдеу - алдын алу мекемелерінің басшыларынан құрылған координациялық кеңес басқарады. Осындай өзара әрекеттесулер аудан халқына дәрігерлік көмек көрсетудің сапасын жақсартады, қаржы шығынын азайтады, науқастың көпшілігі көрсетілген көмекке қанағаттанатын болады. Ауыл тұрғындарына көрсетілетін медициналық көмек сапасының жоғары болуына және қолжетімді болуына аурудың алдын алу жұмыстарын күшейту үлкен рөл атқарады. Бұл жұмыс әр облыста әртүрлі технология

көмегімен іске асырылады. А.А.Калининская және онымен бірігіп жұмыс жасағандар (2006) Тула және Нижегородск облыстарында дәрігерлік - алдын алу орталықтары және емдеу - алдын алу мекемелерінде (ЕАМ) дәрігерлік-алдын алу кабинеттері ашылғанын атап көрсеткен. Красноярск өлкесінде ауыл халқына әр үйге барып адамдарды өз денсаулықтарының жағдайы және оған әсер ететін факторлар бойынша сұрастыру және қарау жүргізілген. Ставрополь өлкесінде механизаторлар мен ауыл шаруашылық өнімдерін өсірушілер арасында дәрігерлік көмекке қолжетімділікті қамтамасыз ету үшін оларды егістікке, жұмыс алаңдарына барып қарайтын медициналық бригадалар ұйымдастырылған. Пенза облысында денсаулық сақтау басқармасының саясаты ауылдық жерлердегі жұмыс жасап тұрған емдеу - алдын алу мекемелерін сақтап қалуға бағытталған [183].

Медициналық көмекті жетілдіру бағытының бірі [184,185] денсаулық сақтау саласын ақпараттандыру, ауылдық денсаулық сақтау саласының алдыңғы қатарлы буынына және шалғай орналасқан ауылдық жерлерге іс жүзінде телекоммуникациялық технологияларды енгізу болып табылады. Ресейде халыққа медициналық көмек көрсетуде ақпараттық телекоммуникациялық және медициналық технологиялар жаңа бағыт жасады; телемедицина көптеген елдердің медициналық тәжірибесінде кеңінен қолданылады. Телемедицина шалғай орналасқан ауылдарға кеңес беруге, шұғыл жағдайларда, техногендік апаттарда медициналық көмекті ұйымдастыруды қамтамасыз етуде кеңінен қолданылады [186].

Телемедицинаның басты артықшылығы медициналық орталықтың басты және арнайы мамандарының көмегіне шалғай аудан тұрғындарының қолжеткізе алуына көмек жасауында.

А.Г. Сердюков және оның бірге жұмыс атқарғандармен бірге (2008) телемедициналық технологиялардың табысты дамуы үшін Федерация субъектілерінің денсаулық сақтау министрлігінде басқару құрылымын құру және телемедициналық орталық жұмыстарын реттейтін нормативтік құжаттар жинағын жасап шығару қажет деп санайды [187].

Ауылдық аудандардағы муниципальды денсаулық сақтау ұйымдарының жұмысын ғылыми бағалау медициналық көмек көрсетуді қайта құруда басты назарды алғашқы буынға аудару қажет екендігін көрсетеді [188,189]. Олардың көзқарасы бойынша алғашқы медико-санитарлық көмек көрсету жүйесінің барлығы бірдей жұмыс істеп кетуі үшін қала және ауылдық жерлер үшін жалпы тәжірибелік дәрігер үлгісін жасап шығару қажет, аймақтық бағдарлама қабылдау керек, мақсаты қаржыландыру және жалпы тәжірибелік дәрігер жұмысының бас маманын тағайындау қажет, ол аймақ деңгейінде үйлестіруші қызметін атқаратын болады.

Ауылдық жерлерде денсаулық сақтауды қайта құрудың бірден бір мысалы Чувашия республикасында осы бағытта жүргізілген жұмыстар. Олар қайта құруды бөлімшелік ауруханаларды қайта құру жолынан

бастаған. ФАБ-терді күндізгі стационарлары бар дәрігерлік амбулаторияларға, күндізгі төсектерге, медбикелік күтім жасау төсектеріне ауыстырған; жалпы тәжірибелік дәрігерлерді енгізген; кеңес беру- диагностикалық емханалардың сыртқа шығып көмек көрсететін бригадаларын құрастырған; ауданаралық әйелдер босанатын үйлерді ұйымдастырған; тері венерологиялық және фтизиатриялық диспансерлер ұйымдастырған [190].

О.А.Волобуевтың пікірінше (2004) [191], аудандық денсаулық сақтау жүйесін жетілдірудің маңызды кезеңдерінің бірі аудандық емдеу - алдын алу мекемелерімен (ЕАМ) облыстық орталықтың медициналық мекемелері арасындағы бірігіп жұмыс жасауды кеңейту болып табылады. Бұл кезде денсаулық сақтау саласын басқарудың нәтижелігін жоғарылату үшін әлеуметтік зерттеулердің маңызы үлкен болмақ. Бұл зерттеулер халыққа көрсетілген медициналық көмекке, олардың қанағаттанулары жайында көп ақпараттар береді [199].

Ауылдық жерлерде жедел дәрігерлік көмек көрсету қызметі аса үлкен сұранысқа ие және солай бола тұра оның мәселесі де үлкен. Ауылдық жерлердегі жедел жәрдем көмегін ұйымдастырудың ерекшелігі сол, ол бір-бірінен алшақ орналасқан халқы аз ауылдарға жедел жәрдем көрсетеді және ол емхана мен ауруханаларды өзара байланыстырып қана қоймайды, сонымен бірге ауыл халқына медициналық жәрдем берудің барлық кезеңдерін байланыстырады. Осы мәселені зерттеушілер ауылдағы жедел жәрдем беру жүйесін де қайта құру керектігін дұрыс атап өтуде [192, 193].

Е.А. Финченко және оның серіктестері (2008) жүргізген Новосибирск облысының ауылдық жерлерінде медициналық қызметтерді қайта жанартуды зерттеу нәтижелері амбулаториялық-емханалық және жедел жәрдем көмегінің нақты қолжетімділігі жоғарылағанын және ауруханаларда жатып емделу көрсеткіштері төмендегенін көрсетеді [193].

Қоғамдық денсаулықты және денсаулықты сақтау саласын зерттеушілердің көзқарастары бойынша ауылдық жерлердегі денсаулық сақтау саласындағы туындаған жағдайларды өзгерту үшін кешенді ведомстволар арасында тәсілдің болуы, биліктің барлық тармақтарының бірігуі консолидациясы болуы, жеке меншіктің, ведомстволардың және қорлардың әртүрлі түрлерін ұйымдастыру қажет болады [194, 195].

Қазіргі уақытта шет елдерде медико - санитарлық көмек қызметі, ағарту жұмыстары, көлік, байланыс құралы, тұрғын үй құрылысы, сумен қамтамасыз ету, ауыл шаруашылығындағы шағын өнеркәсіп қызметтерін біріктіру концепциясы аудандық деңгейде жасалып, муниципалистердің бақылауымен іске асырылуда [196, 197].

Сонымен денсаулық жағдайы туралы әдебиеттер мәліметтерінің талдауы, ауыл халқының шарттары мен өмір сүру салттары, ауылды жерлерге медициналық көмек көрсету ұйымдарының ерекшеліктері ауылдық денсаулық сақтау ұйымдарында шешілмеген мәселелердің бар екенін және осы экономикалық және әлеуметтік жағдайларда ауыл

халқына медициналық көмекте жаңа технологияларды іздеу және басқару жолдарын қарастыру керек екенін көрсетті.

Бүгінгі таңда Қазақстанның ауылдық жерлердегі денсаулық сақтау саласы оның құрылымдық жағдайын жаңа стратегияларды енгізу арқылы әрі қарай жетілдіруді талап етеді, бұл жетілдірулер экономиканың барлық секторларымен біріктірілудің перспективті мақсаттары негізінде болмақ, сондай-ақ дамудың қазіргі кездегі ғылыми және институционалдық технологияларын қолдануға негізделген.

Ауылдық денсаулық сақтау жүйесінің қызмет етуін жоғарылатуға ауылдық жерлердегі медициналық көмекпен қамтамасыз ету деңгейінің қалаға қарағанда қалыс қалуын денсаулық сақтауды басқарудың шеткергі ұйымдары мен денсаулық сақтауды жергілікті өзін өзі басқару ұйымдары арасында өзара әрекеттесудің жаңа түрлерін енгізу жолымен біртұтас жүйелік әлеуметтік саясат қалыптастыру арқылы артта қалдырып, кемістіктерін жоя алады деп болжайды. Кешенді зерттеулер осы мақсатқа жету үшін арналған.

1.5 АМСКК деңгейінде инновациялық қызметті ұйымдастыру, алдын алу, сауықтыру технологиялары

Нарықтық экономика жағдайында денсаулық сақтау жүйесінің қызмет атқаруы медициналық көмектің сапалы және қолжетімді болуына, нәтижесі жоғары деңгейде болуы үшін қолда бар еңбектің, материалдық қаржы – қорларды дұрыс, ұқыпты, нәтижелі пайдалануды талап етеді [61, 198].

Қоғамдық денсаулықты қорғау әлеуметтік – экономикалық қайта құру кезеңінде мемлекеттің әлеуметтік – саяси басым міндеттерінің бірі болып табылады, ал халық денсаулығы еліміздің ұлттық қауіпсіздігінің негізі ретінде анықталады [89, 91, 93]. 2030 жылға дейін Қазақстанның даму стратегиясы және тағы басқа бірқатар құжаттарда (1997) [198] «Қазақстан Республикасының 2005-2010 жж. денсаулық сақтау саласының дамуы және қайта құру жайында мемлекеттік бағдарламасы» (2004) [10], «Қазақстан Республикасы денсаулық сақтаудың бірыңғай ұлттық жүйесін құру концепциясы» (2008), «2015-2030жж Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесін дамытудың мемлекеттік «Саламатты Қазақстан» бағдарламасы» (2010) [1]; «Қазақстан Республикасының 2011-2015жж. медициналық және фармацевтикалық білімді дамыту концепциясы» [199], Қазақстан Республикасының халқының денсаулығын қорғау төңірегінде алдын алу шараларын іске асыруы көрсетілген.

Медициналық көмектің сапасы және қолжетімділігі, денсаулықты қорғау жүйесінің нәтижелі іс әрекеттерінің деңгейі АМСКК жағдайымен және дамуымен анықталатыны белгілі [200, 201, 202, 203]. Бүгінгі таңда медициналық көмектің сапасын жоғарлатуға, нәтижесінің жақсы болуына әкелетін, инновациялық технологияларды жасап шығаруға және

қолдануға үлкен назар беріледі [203, 204, 205]. Бүкіл әлемдік банк сарапшыларының ойынша экономикалық дамуы және кірістің көп болуы халық денсаулығын жақсартуға оң әсерін көрсетеді, бірақ ол сонымен қоса жалғыз негізгі және болашақта денсаулықты сақтауда, қорғауда прогреске жетудің жалғыз стратегиясы болып табылады. Сондай - ақ тіпті кіріс баяу қарқынмен өскен кездің өзінде де, техниканың дамуы денсаулықты жақсартудың негізі болып саналады. Сонымен, көптеген зерттеулердің ойынша, өткен ғасырда халық денсаулығының жақсаруы, тұрмыс жағдайының жақсаруына байланысты болғанымен, ғылыми-техникалық дамудың қарқынды болуына көп байланысты [206, 207, 208].

А.Н.Нұрбақыттың зерттеу нәтижелері бойынша (2010), медициналық көмектің сапасы және медициналық көмекті алу мүмкіншілігінің жоғары болуының қанағаттануы – Денсаулық сақтау саласының қайта қалыптасуының маңызды міндеті. Денсаулық сақтаудың экономикалық мүмкіншілігі шектеулі болуында және қаржы қатынасын жетілдіруде медициналық көмек көрсету мәдениетін және сапасының қолжетімділігін жоғарылатуда жана әдістерді іздестіру жағдайында науқастың ойы, көзқарасы медициналық мекеме қызметін бағалаудың бірден бір өлшемі болып табылады. Осыған байланысты шешім қабылдануда қоғамдық көзқарасты зерттеуге негізделген ақпарат үлкен рөл атқарады [209].

Сәйкес зерттеулер нәтижелері денсаулық сақтауды қайта құрудың және дамуының жағымсыз және жағымды жақтарын көрсетеді, науқастардың медициналық қызмет көрсету қызметінің қанағаттануы төмен факторларды анықтауға мүмкіндік береді [208, 209, 210].

Бірқатар авторлардың ойынша Денсаулық сақтау саласының жинақталған мәселелері келесідей: жаңа қоғамның базистік құндылықтарына негізделген дамудың анық және нақты стратегиясының болмауы; нарық механизмдерінің нашар дамуы, нәтижесіз менеджмент, техниканың және технологияның артта қалуы, жүйелердің қызметтерін мониторингпен бағалау, денсаулық сақтауы ұйымдастырудың қиындығы; ақпараттық және коммуникациялық жүйелердің әлсіз болуы, мамандармен толық қамтылмауы, денсаулық сақтау қызметкерлерінің өз еңбектерінің нәтижелеріне қызығушылығының болмауы және т.б [211, 212, 213, 214].

А.А. Аканов (2006ж.), М.А.Камалиев және тағы басқа бірқатар авторлардың (2000ж.) айтуынша қазіргі кездегі денсаулық сақтау саласына кешенді зерттеулер қажет, ол зерттеулер жүйесінің инновациялық дамуы және инвестиция дамуы арасындағы тепе – теңдікті қамтамасыз ету және денсаулық сақтау нәтижесі мен шығындары арасындағы десинхронизацияны жеңуге бағытталған [207, 213, 215].

Мұндай зерттеулер прогрессивті әлемдік ағымында денсаулық сақтау саласын қайта жаңа үлгіде жаңарту басымдылығы және негізгі бағыттары үшін өзекті тездетілген үлкен көлемде қайта ұйымдастыру

қажеттілігін ескере отырып (Кульжанов М.К. 2003 ж.; Куракбаев К.К. 2006ж.), Қазақстанның модернизациялау қадамы жүйелі болуы қажет және отандық денсаулық сақтау жүйесінің саяси технологияның, интеллектуалдың, инфрақұрылымның артта қалуын жоюға бағытталуы тиіс, және оның бәсекеге қабілетті болуын қамтамасыз етуі тиіс [205, 212, 215, 216, 217].

2003ж. 17 мамырдағы Қазақстан Республикасының Президентінің №1096 бұйрығымен бекітілген Қазақстан Республикасы 2003-2015 жж. индустриалды- инновациялық даму стратегиясы төңірегінде, денсаулық сақтау саласының негізгі міндеттері меншікті ғылыми және инновациялық потенциалды жасаумен және дамытумен анықталады. Оның өзінде денсаулық сақтау төңірегінде мемлекеттің саясаты байырғы бағыттармен бірге денсаулық сақтаудың мемлекеттік медико – элеуметтік және құқықтық қолдану шараларын іске асыру, денсаулық сақтау ұйымдарының материалдық – техникалық базасын нығайту денсаулық сақтауды қазіргі кездегі медициналық технологияны енгізуге бағдарлайды. Сонымен қатар, емдеу және диагнозын анықтаудың клиникалық хаттамаларын қолдау, экономикалық тиімді әдістердің, халыққа медициналық көмек көрсетудің қолжетімділігін жоғарлатуға басым назар аударуы керек [60, 61, 205].

Н.Г. Москвичева (2009ж.) және онымен бірге басқа да авторлардың жұмыстарында халыққа медициналық көмек көрсету жүйесін жетілдіруін ұйымдастыру – талдау үлгісіне негізделген концептуалды тәсілмен келу жұмысы ұсынылған. Оның негізіне ауыл халқының денсаулық жағдайын зерттеудің объективті нәтижелері, ауыл тұрғындарының медико – элеуметтік сипаттамасы, денсаулық саласын анықтайтын басымдылықты басқаруға көнетін факторлар, ауыл тұрғындарын медициналық көмекпен қамтамасыз ететін жүйенің ұйымдастыру жұмысына талдау кіреді. Ұйымдастыру – талдау үлгісін жасап шығарудың және енгізудің мақсаты - денсаулықты сақтау және нығайту, мерзімінен бұрын өлім көрсеткіштерін азайту, ауыл халқына сапалы және қол жетімді медициналық көмек көрсету болып табылады. Ауыл халқына медициналық көмек көрсетуді жетілдіру жүйесін ұйымдастыру – талдау үлгісімен қалыптастырудың стратегиялық басым бағыттары: ауылдық жерлерде денсаулық сақтауды басқару жүйесін жетілдіру; ауылдық жерлердегі денсаулық сақтау мекемелерін мамандармен қамтамасыз ету мәселесін шешу; ауылдық жерлерде денсаулық сақтаудың алдын алу бағыттарын дамыту; халыққа медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру жүйесін максималды жетілдіру; халыққа медициналық қызмет көрсетудің барлық кезеңдерінде көмектің сапасын басқару жүйесін дамыту және жетілдіру; ауылдың денсаулық сақтау саласының құрылымдық нәтижелілігін жетілдіру; ауылдық жерлердің денсаулық сақтау жүйесінің ақпараттық технологиясын дамыту; ауыл халқының денсаулық және қауіпті факторлар мониторингісін іске асыру; ауылдық жерлерде денсаулық

сақтау мекемелерінің жұмыс нәтижелерінің көрсеткіштеріне мониторинг жүргізу жүйесін жасап шығару және оны аудандардың денсаулық сақтау ұйымдарының жұмысына енгізу [218].

К.В.Шипачев (2004ж.) Ресей Федерациясының денсаулық сақтау субъектісінің перспективті үлгісін қалыптастыруды ұсынды; яғни, қаржыландыру, жоспарлау және басқарудың инновациялық – технологиясын енгізу; медициналық және дәрігерлік көмекті ұйымдастыру; денсаулық сақтау жүйесінің нормативті – құқықтық базасын түзету және заңдылық іс - әрекеттерді басымырақ жүргізу; медициналық сақтандыруды енгізу; медициналық көмек сапасын жақсартудың нәтижесін жоғарлату. Бұл үлгінің механизмі мынаны ұсынады: менеджменттің қазіргі кездегі технологиясын енгізу; біртұтас ақпараттық кеңістік қалыптастыру; саланы корпоративті басқару жүйесін дамыту; барлық деңгейде мемлекеттік кепілдіктің аймақтық бағдарламасын іске асыру бойынша емдеу - алдын алу мекемелерінің ғимараттарын қалыптастыру; медициналық көмек көрсетудің көпдеңгейлік жүйесін ескере отырып, қызметтер бойынша басқарудың қызметтік вертикалін ұйымдастыру; науқастың бағытын көтермелеу негізі және қаржымен қамтамасыз етуде профильдік арнайы орталықтар ашу; аурухананы алмастыратын көмек түрлерін дамыту; облыс деңгейінде ерекше назар аударатын контингенттерге медициналық көмек көрсету жүйесін жетілдіру; емдеу - алдын алу мекемелеріне фармацевтикалық менеджмент және формулалық жүйені енгізу; медициналық көмектің сапалы болуын қамтамасыз ететін стратегиялық басқару жүйесін қалыптастыру. Бұл кезде (ЕАМ) медициналық көмекті ұйымдастыру нәтижесін жоғарлатудың инновациялық – технологиясына кіреді; ЕАМ дамуының негізгі стратегиялық бағытын жасап шығару; корпоративті және қызметтік басқару жүйесін асыру; ЕАМ деңгейінде қаржыландыру нәтижелері бойынша басқарудың шаруашылық қатынасының үлгісін жасау; сондай-ақ медициналық мекеменің инвестициялық тартымдылығын қамтамасыз ету, ұжымды әлеуметтік - психологиялық және экономикалық әдістермен басқаруды енгізу. Денсаулық сақтаудың перспективті үлгілерін енгізу нәтижелері бала туу деңгейіне және бала өлімінің деңгейіне оң әсерін көрсеткен. Алғашқы рет ауырып қалу көрсеткіштері тұрақты, жалпы ауырып қалу көрсеткіштері жоғарлауға бейім, бұл халыққа медициналық көмектің қолжетімді болғанын сипаттайды. Емханаларға келіп қаралу сапасын ескере отырып, амбулаториялық - емханалық мекемелердің қуаты жоғарылағанын байқауға болады [219].

Қазақстан Республикасында «2011-2015жж. «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы» төңірегінде науқасқа бағдарланған АМСКК технологиясын түбегейлі өзгерту жолымен сапалы жаңа деңгейге көтеру мақсатында денсаулық сақтау жүйесін кешенді жетілдіру міндеті қойылған [1].

Аурудың алдын алу және денсаулығын нығайтудың стратегиясын анықтау маңызды мәселе болып табылады [172, 188]. Денсаулық сақтау нәтижелі жүйесінің және алдын алу шараларын жүргізудің негізі – жалпы дәрігерлік тәжірибе қағидасына негізделген АМСК-ң жаңа үлгісі болуы керек; ауруханалық емдеуді емханалық емдеуге ауыстыруға басым назар аудару керек.

Медициналық көмекке қол жеткізуді қамтамасыз ету бойынша және халыққа көрсетілетін қызметтердің тез, уақытында және сапасын жоғарлату бойынша міндеттерді шешу қажет. Бұл ретте басымырақ міндеттер – жылжымалы медициналық жиынтық түрінде көліктік медицинаны құру; санитарлық авиация; ірі жолдар бойындағы медициналық бекеттер және әлеуметтік қызметтер институтын дамыту болып отыр. Әлеуметтік бағыттағы АМСКК құру маңызды, сондықтан амбулаториялық деңгейде медициналық көмек көрсетудің жаңа түрлері енгізілді, оның ішінде әлеуметтік қызметкерлер, яғни емхана деңгейінде қызметтік көмек көлемі кеңейген және олар АМСКК болып құрылуы керек [220, 221].

Әлеуметтік – медициналық қызметтер жеке адамның, отбасының тұтас денсаулығын сақтауға, нығайтуға, еңбекке жарамдылығын қайта қалпына келтіруге, аурудың алдын алуға бағытталған. Бұл кезде науқастардың өздерін және олардың туысқандарын белсенді түрде іске жұмылдыру қажет; олар өз денсаулықтарына жауапкершілікті сезініп, тіршілік ету сапасының жақсаруына және жоғарлауына әкелуі мүмкін, басқа азаматтар сияқты қоғам өміріне араласу мүмкіншілігі туындайды.

Соңғы жылдары денсаулық сақтау саласында әлеуметтік қызметкерлер жұмысы белсенді даму үстінде, олардың саны елімізде екі мыңға жуық. Олар медициналық қызметкерлермен бірге өз құзыреттіліктері төңірегінде халыққа медициналық көмек көрсетуге қатысады [220, 222, 223].

Қазақстан Республикасында енгізілуге тиіс жоспарланған инновациялар аймақтық, демографиялық және әлеуметтік – экономикалық ерекшеліктермен бірге денсаулық сақтаудың қазақстандық үлгісіне бейімделген тек халықаралық тәжірибелерге негізделген.

Көпшілік жағдайда медициналық кірісулердің нәтижесі, сапасы тек емдеу мекемесінің материалдық – техникалық жағдайына және маманның біліктілігіне ғана байланысты болмайды, сонымен бірге науқастың медициналық көмекке қанағаттану дәрежесіне, медицина қызметкерлерінің қарым – қатынасына, денсаулық сақтау жүйесіне сенімділігіне байланысты болады. Қазіргі кезде науқас құқығын қорғау үшін емделіп жүрген науқастардың хабарласуы, олардың өздерінің және туысқандарының әлеуметтік сұрастыруы нәтижесінде мемлекеттік мекемелерде сенім телефоны қызметін енгізуді, ал медициналық мекемелерде ішкі бақылау қызметін енгізу қарастырылуда.

Медициналық қызмет сапасын қамтамасыз ету үшін денсаулық сақтау саласын дамытудың Мемлекеттік бағдарламаны іске асыру

төңірегінде тәуелсіз медициналық сараптау жүйесі құрылды. Ол объективті және шынайы таза болуын қалайды. Тәуелсіз сарапшылардың көптеген мәліметтер топтамасы бар, шамамен 150 аккредитацияланған сарапшы және алты кәсіби – медициналық ассоциациясы саналуда. 2012 жылы қаңтар айынан бастап сараптау жұмысының сапасы автоматтандырылған «медицина қызметі сапасын басқару жүйесі» кешенді бағдарламаға ауыстырылды. Соның көмегімен сапаның көптеген емделуімен байланысты асқыну, қайта емдеу және сол сияқты қателіктерін, стационарда ем қабылдаған науқас үшін автоматты түрде таңдауға болады. Бірақ, нақты шешім қабылдау үшін осы таңдауға міндетті түрде екі кезеңдік бағалау жүргізіледі, бұл ДДРО деңгейінде көмек көрсету сапаның бірінші реттік бағалауы болып табылады және ары қарай бұл мәлімет сапаны бақылау Комитет деңгейіне және медициналық қызметті төлеу Комитетіне барады, онда ол сарапшылар соңғы қорытынды жасайды. Бағдарлама кешені сапа қызметін бақылау үрдісін және сарапшы дәрігерлердің жұмысы үрдісін жетілдіруін қамтамасыз етеді.

ДБҰЖ енгізуден бастап медицина қызметкерлерінің сапалы медициналық көмек көрсетуге мотивация механизмі өзгерді. Ауруханаларда соңғы нәтижеге бағытталған медицина қызметкерлерінің еңбек ақысын дифференциалды жүйемен төлеу жүйесі енгізілді, амбулаториялық деңгейде емхана қызметкерлерінің жан басына келетін нормативтерін жасайтын еңбек мотивациясы қолданылады [207, 220, 221].

Қазақстан Республикасында (ДБҰЖ) жүйесінің енгізуіне байланысты ауыл халықтары үшін барлық деңгейдегі стационарлық көмекке қолжетімділік жоғарылады. Сол уақытта ауруханалық көмекті ақы төлеу арқылы алудың жаңа әдістері және науқас үшін ерікті таңдау жасау ауылдық ауруханалардың жұмыс атқаруына соққы ретінде кедергі болады. Сол себепті ауыл тұрғындарының денсаулығын нығайту үшін және оның қаржылық тұрақтылығын жоғарлату үшін ауылдық медициналық ұйымдарды қаржыландыру әдісі енгізілген. Бұл үлкен бюджеттік әдіс ауруханаларға белгілі бір кепілдік көлемде қаржыландыру болған уақытта олардың тұрақты жұмыс істеуіне көмектеседі.

Қазақстанда денсаулық сақтау жүйесінің басқару механизмін бағалау төңірегінде белгілі бір тәжірибе жинақталған. Сонымен қоса инновациялық және инвестициялық стратегияны бағалау бойынша жүйелік және кешендік жұмыстары жүргізілмеген [220, 221, 223, 224, 225, 226, 227].

Бұған қарамастан Қазақстан Республикасында жалпы тәжірибелік дәрігерлер жүйесі жұмыс істей бастады, науқастарға жедел көмекті тәулік бойы көрсету, кенеттен денсаулығы нашарлаған жағдайда жедел тәуліктік көмекті көрсетуді тек қана жедел жәрдем ғана іске асырады. Отбасылық дәрігерлердің жұмыстарын реттейтін бұйрықтарда ауыл халқына ғана жедел көмекті көрсету міндетіне тек қана диклоративті нұсқаулар бар,

бірақ оны іске асырудың механизмі жоқ. Осының нәтижесінде жұмыстың бұл түрі отбасылық дәрігерлермен іске асырылмайды. Бұл да жалпы дәрігерлік тәжірибеге инновацияның қажет екенін талап етеді [228, 229, 230].

Жалпы тәжірибелік істі енгізумен қатар жедел және шұғыл көмек көрсету қызметін қайта құру мәселесі алға қойылған. Ол үшін жалпы тәжірибелік дәрігерлер сәйкес құзыреттілікте болуы қажет, сондай-ақ жұмысты тиісті деңгейде ұйымдастыру құқықтық регламенті болуы керек және т.б. [231, 232, 233]. Шетел мемлекеттерінің осындай тәжірибелерін мақсатты түрде қолдану керек, атап айтқанда Ұлыбританиядағы жалпы тәжірибелік дәрігерлер шұғыл көмекті көрсетуге қатысады, бұл зерттеулер қаржыны және құрал жабдықтарды үнемдеуге әкеледі [234, 235].

Сербияда АМСКК жүйесінде халық денсаулығын нығайту үшін қолданылатын бірден бір инновациялық технология ол мобильді телефон жүйесін (В.Стоцин, 2013) енгізу болып табылады. Мобильді денсаулық - мобильді телефония. Денсаулық сақтауда негізгі қызмет көрсетудің көзі болатын жаңа әдіс болып табылады. Ол «Baby is Coming» деп аталады. Оның мақсаты мобильді денсаулықты сақтау үшін көрсетілген мобильді қызметтерге науқастардың қанағаттанғандығын бағалау болып табылады. Оның пайдалы екенін анықтау болып табылады және мобильді телефония жүкті әйелдердің денсаулығын нығайту бойынша ақпараттар беру үшін қажет. Мобильді телефонмен ақпараттарды алу, денсаулық жайында ақпаратты беру үшін өте пайдалы арна болып келетінің зерттеу нәтижелері көрсетті. Денсаулықты нығайту үшін мобильді телефонды қолдану, денсаулықты нығайтудың пайдалы және нәтижелі үлгісі болып табылатынын талдаулар көрсетті [236].

Қазіргі кезде ауыл тұрғындарының денсаулығын нығайту және сақтау мәселесі ерекше маңызды болып отыр. Өйткені қазіргі таңдағы денсаулық сақтауға әсер ететін жағымсыз құбылыстар, сондай-ақ тек біздің ғана қоғамға тән медико-әлеуметтік мәселелер әсіресе ауыл тұрғындары арасында айқын байқалады [237]. Ауыл тұрғындарына арнайы дәрігерлердің көмек көрсетуі төмен. Алғашқы медициналық көмекті көрсету кемшіліктері бар. Іс жүзінде ауруды алдын алу бойынша жұмыстары тоқтап қалған. Халықты диспансерлік бақылау дұрыс жүрмейді, осының барлығы аурудың кеш сатысында анықталу санының өсуіне әкеледі және ауыл халқының денсаулық көрсеткіштерінің әжептәуір нашарлауына мүмкіндік туғызады. Ауылдағы демографиялық жағдайдың жағымсыз үрдістері басым болады. Ауыл тұрғындары арасындағы өлім көрсеткіштері қалаға қарағанда жоғары, оның ішінде ауыл және қала тұрғындары арасындағы өлім көрсеткіштерінің максимальды айырмашылықтары жас адамдарға келеді. Осы жағдай ауыл халқына медициналық көмек көрсетуді ұйымдастырудың жаңа түрлерін енгізуге мұқтаж етеді [238]. Қазіргі кездегі диагностика үшін кездегі технологияларды қолданып алдын алу медицинасының стратегиясын іске

асыру негізінде және денсаулықты түзету қажеттігін талап етеді. Осы жағдай ауыл халқына медициналық көмектің жаңа түрлерін енгізу керек екенін қажет етеді, яғни аурудың алдын алу стратегиясын іске асыру негізінде қазіргі кездегі жаңа технологияларды қолдана отырып ауруды анықтау және денсаулықты түзету негізіне әртүрлі факторлардың денсаулыққа әсер ету дәрежесін бағалау деңгейі жатады [44, 239].

Қазақстандағы ауылды жерлерде денсаулық сақтау қолжетімділікті талап етеді. Емдеу, анықтау үрдісінің нәтижелілігін медициналық қызмет көрсетудің сапасын жақсартуын талап етеді. Бірден бір басымдылық АМСКК деңгейінде медико - әлеуметтік қызметті дамыту болып табылады. Н.Джайнақбаев, А.Т.Маншарипова және басқа да авторлар (2013) әлеуметтік бағдарлау, ұйымдастыру басқару технологиясы және АМСКК беру деңгейінде әлеуметтік қызметін көрсетудің нәтижесі тиімді түрлерін жасап шығарды. Бұл жұмыстарды жылжымалы медициналық кешен көмегімен жасап шығарды. Бұл амбулаториялық емханалық кешен, бұларға жақсы жабдықталған медициналық бригадалар арнайы жабдықталған және арнайы автотранспортпен қамтамасыз етілген бригадалар көмек көрсетеді. Олар халыққа медициналық қараулар жүргізеді аурудың ерте сатысын анықтау мақсатында скринингтер жүргізеді, диспансерлік қараулар жүргізеді, дер кезінде сауықтыру іс шаралары жүргізіледі. Оның ішінде еліміздің алыс және шалғай жерлерінде тұратын балаларға да осы көмек көрсетілген. Жұмыс нәтижесінде әлеуметтік жұмысты көрсету үшін индикаторлар және стандарттар ұсынылған. АМСКК ұйымдастыруда медико-әлеуметтік көмек көрсететін мамандар үшін арнайы құзыреттілік тізімі құрастырылған. Медициналық - әлеуметтік көмекті көрсету бойынша халықты ақпараттандыру жүйесі оқып зерттелген. Жылжымалы медициналық кешендерде жұмыс атқаратын АМСКК ұйымдастыру үшін әлеуметтік және медицина қызметкерлері арасында өзара әрекеттесу алгоритмі ұсынылды [240].

Оқулықтарды талдау нәтижесіндегі мәліметтер бойынша инновациялық әдістерді бағалауды енгізудің және жасап шығарудың жүйелі жиынтықты әдісі жоқ. Ғылыми база жоқ болғандықтан инновациялық технологияны енгізудің нәтижелілігі төмен және осының нәтижесі денсаулық сақтау қызметінің барлық деңгейіне әсер етеді. Тұтас алғанда инновациялық технологияларды талдауға жинақталған талдауларды объективті бағалау және нақты талдау қажет.

Осыдан шыға бұл зерттеулердің негізгі мақсаты инновациялық, ұйымдастыру және алдын алу үлгілерін ғылыми негіздеу болып табылады.

2 БАҒДАРЛАМА, МАТЕРИАЛДАР МЕН ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ

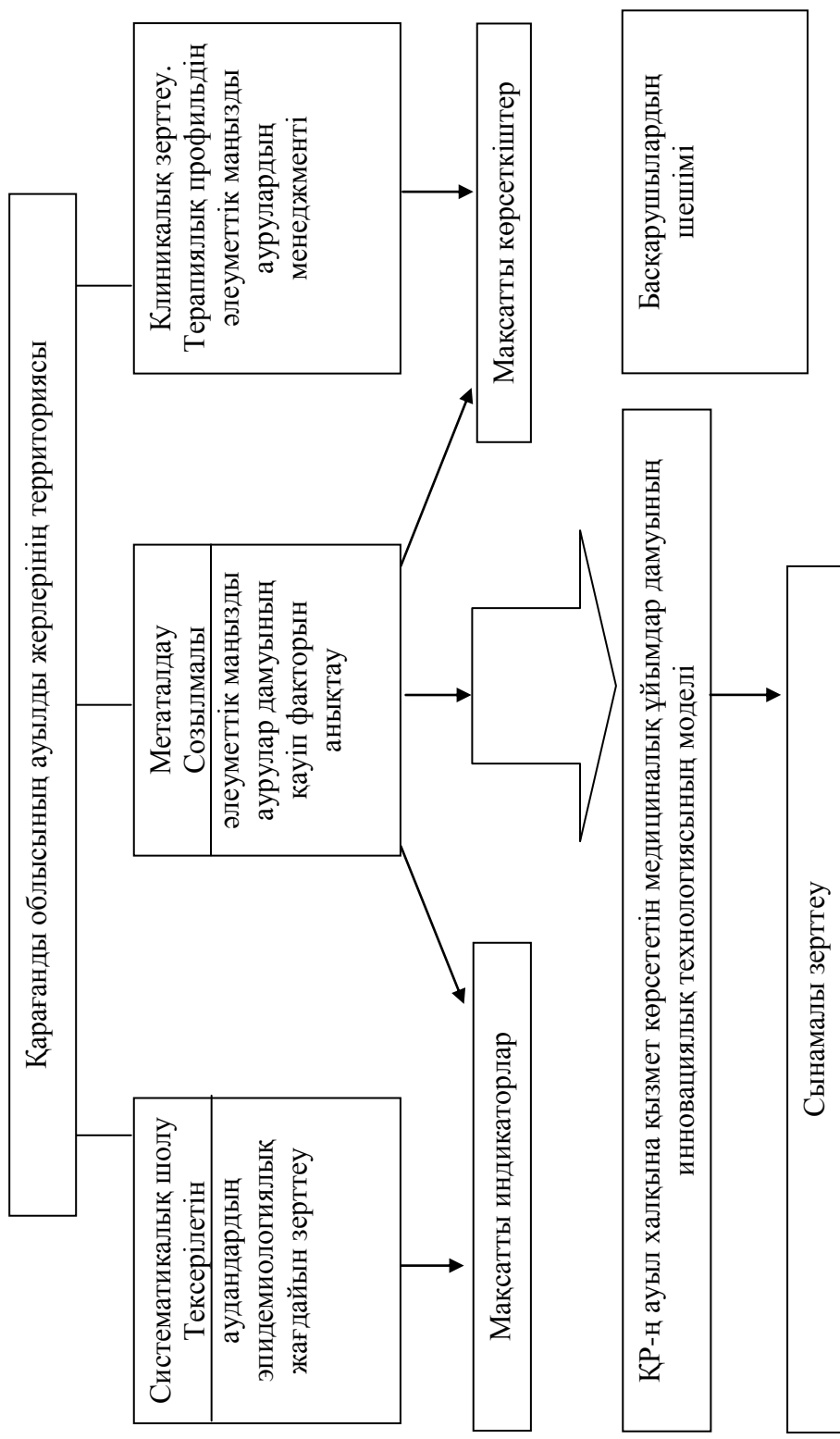
Бұл кешендік, эпидемиологиялық, медико-әлеуметтік, клиникалық, статистикалық зерттеу болып табылады. Зерттеу проспективті, тұтас және таңдаулы болып келеді. Зерттеу дизайны 1 суретте көрсетілген. Зерттеу бағдарламасы келесі кезеңдерден тұрды:

- Ұйымдастыру (дайындық);
- Медициналық-демографиялық көрсеткіштердің, ауырсынудың, мүгедек және өлім көрсеткіштерінің жиынтығы;
- Алынған талдаудың нәтижелері;
- Материалдың статистикалық әзірлемесі;
- Ересек жастағы ауыл тұрғындары арасында аса кең таралған терапиялық аурулардың алдын алу және қайта қалыпқа келтіру шараларының инновациялық модельдердің қалыптасуы;
- Оны АМСКК деңгейінде енгізу, енгізілген технологияның тиімділігін бағалау;

Зерттеу жоспарына зерттеу әдісін таңдау және оның сипаттамасы, мақсаты мен міндеттерін талқылау, көлемін анықтау, нысан мен бақылау бірліктері кірді, сонымен қатар оны жүргізудің ережелері (1 кесте).

1 кесте - Зерттеу кезеңдері, әдістері, міндеттері, бақылау нысаны және зерттеу көлемі

Зерттеу кезеңдері	Зерттеу міндеттері	Зерттеу әдістері	Бақылау нысаны, ақпарат көзі және зерттеу көлемі
1 кезең	<ul style="list-style-type: none"> • Мәселе жағдайымен танысу • 2012-2014жж. Қарағанды облысы халқының денсаулығының эпидемиологиялық талдау көрсеткіштері • Қаралу мәліметтері бойынша аудандарда анықталған СЖЕА талдау 	<ul style="list-style-type: none"> • Аналитикалық • Эпидемиологиялық • Статистикалық (орташа көлемнің есебі) • Сарапшы бағалауының әдісі • Модельдеу 	<p>Ауыл халқы. Ресми статистикалық материалдарЕАМ (форма 12,14,15, 17,21,24, 30,31,32,40,43,47,52,5, 9,60АСУ «Кадры», АСУ «ТЭП», АИС «Профтексерулер») – 270 бірлік</p>
2 кезең	<p>Ауыл аймақтарының медико - әлеуметтік сипаттамасын зерттеу. Әлеуметтік маңызды аурулар дамуының қауіп факторын анықтау. Халықтың өмір сүру салтын және жағдайын зерттеу</p>	<p>Сауалнама (авторлар әзірлеген сауалнама бойынша) Статистикалық (корреляционды талдау, айырмашылықтардың шыңайлылығы)</p>	<p>Таңдаулы зерттеулер №1 сауалнама __500__, №2 сауалнама_2000, бөлімшеде_1600_ №3 сауалнама ДДСҰ – 1807</p>
3 кезең	<p>АМСКК деңгейінде ауыл халқына ұйымдастырылған медициналық көмектің сараптамасы:</p>	<p>Әлеуметтік Статистикалық Медициналық көмектің қолжетімділігін кешенді бағалау әдісіұйымдастыру - тәжірибелік</p>	<p>№4 сауалнама _ 50_, №5 сауалнама __60_ №6 сауалнама __300_</p>
4 кезең	<p>АМСКК деңгейінде халық денсаулығын нығайту бойынша жүргізілген қайта қалпына келтіру шараларының мониторингісі және бағасы.</p>	<p>Статистикалық Әлеуметтік Логистикалық Эксперт қателіктерінің әдісі</p>	<p>Ауыл халқы Индикаторлар</p>



1 сурет – Зерттеу дизайны

Ақпараттар көзі ретінде қызмет атқарды:

- Қазақстан Республикасының нормативті-құқықтық құжаттары, Қарағанды облысы бойынша АМСКК ұйымдастыру және реттеу:

- 2005-2013 жылдарындағы Қарағанды облысы бойынша халықты әлеуметтік қорғау және бақылау Департаменті, емдеу-алдын алу мекемелерінің, оның ішінде облыстық алдын алу орталықтың нақты есеп - қисап құжаттары.

Денсаулықтың негізгі көрсеткіштерін оқу үрдісінде және ересек халық арасында кең таралған терапевтикалық аурулардың дамуының қауіп факторын анықтау кезінде зерттеу нысаны болып Қарағанды облысының ауыл халқы қарастырылды, ал қаралу бірлігі ретінде - оның тұрғыны алынды.

Сынамалы нысан ретінде Бұқар - Жырау ауданы алынды. Қаралу бірлігі ретінде медициналық және кеңес алу көмегіне жүгінген науқастар болды, сонымен қатар, АМСКК мамандары.

Ауыл халқына емдеу-алдын алу көмек жүйесінің ұйымдастырылуы Қарағанды облысының денсаулық сақтау жүйесі мысалы негізінде іске асырылды. Бақыланатын бірлік ретінде ауылдық аудандарының алдын алу - емдеу мекемелері алынды.

Оқу үрдісі барысында ауыл халқына көрсетілетін алдын алу көмектің облыс деңгейінде ұйымдастырылуына ерекше көңіл бөлінді. Алдын алу көмек сапасының іске асуы және ауыл халқының қайта қалпына келуі, АМСКК қызметінің соңғы нәтижелерін өңдеу үлгісі маңызды бағыт болды. АМСКК алдын алудың сапасын қамтамасыз етуде және қайта қалпына келтіру жұмысындағы нақты рөл бірінші, екінші және үшінші стандарттарына берілді.

Халыққа емдеу - алдын алу көмектің инновациялық моделін іске асыру тиімділігін бағалау медициналық, әлеуметтік және экономикалық тиімділігін талдау жолы бойынша жүргізілді. Медициналық тиімділіктің бағалануы негізінде негізгі демографиялық көрсеткіштердің мониторингісі, сонымен қатар, аса кең таралған терапия аурулары салдарынан болған өлімнің, мүгедектің және ауру деңгейінің динамикасы қолданылды.

Мониторинг халықтың денсаулық жағдайын бағалау, медициналық көмек ұйымы жүйесі туралы ой пікірі бойынша және зерттеу үрдісі кезіндегі бағалау көрсеткіштері мен мониторингқа арналған көрсеткіштер бойынша жүргізілді.

2012-2013 жылдары зерттелген аурулардың қауіп факторларының таралуын анықтау ауыл халқын әлеуметтік зерттеу арқылы жүргізілді. Таңдаудың жалпы көлемі 2000 адамды құрады, когортыға 1600 қосылды. Репрезентативтік жалпы қабылданған әдіс бойынша анықталды. Сауалнаманың базалық сұрақтары бойынша таңдау қателіктері 5% -дан аспады, сенім коэффициенті 0,95 % болғанда. Сауалнаманың сұрақтары ауыл халқында шылым шегу, семіздік, төмен физикалық белсенділік және т.б. қауіп факторын анықтауға бағытталған. Созылмалы жұқпалы емес аурулардың (STEPS) қауіп факторын анықтауға бағытталған ДДСҰ-ң

сауалнамасы қолданылды. Сауалнама жалпы ақпаратты, демографиялық мәліметті, жүріс тұрыстың көрсеткіштерін (шылым, ішімдікті қолдану бойынша үлгі; тамақтану рационы, физикалық белсенділік, қан қысымының жоғары болуы, диабет), физикалық қаралудың мәліметтерін (қан қысымы және пульстің жиілігі), биохимиялық көрсеткіштерін (қандағы глюкозаның деңгейі, қандағы липидтер, триглицерин және жоғары тығыздықты липопротеидті холестерин), қосалқы болатын ауруларды және дәрігерге қаралуды қамтыған.

Жылжымалы медициналық кешеннің және скринингтік зерттеулердің қорытындылары талданды.

Статистикалық талдау STATISTIKA пакетін қолданумен жүргізілді. Өртүрлі топтағы кездесетін белгілер жиілігінің қатынасы (үлесі) p былай анықталды:

$$p = \frac{k}{n} (\% \text{ болуы мүмкін}),$$

мұнда k – белгілері қызықтыратын жағдайлардың саны;

n – таңдау көлемі;

p таңдау бойынша анықталатын болғандықтан, ол генеральдың лесін кейбір қателіктермен бірге көрсетеді.

$$m_p = \sqrt{\frac{p \times (1 - p)}{n}}$$

Өртүрлі тәуелсіз жиынтықтарда кездесетін белгінің жиілік қатынасын салыстыру үшін Стьюденттің критеріі қолданылды:

$$t = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{m_{p1}^2 + m_{p2}^2}}$$

$p < 0,05$ болғанда ерекшеліктер статистикалық маңызды деп саналды.

Аналитикалық көрсетілу тренді (теңесу) аса кең түрде таралған болжау әдісі болып табылады. Экстраполиритті трендтің болуы – бұл кейбір кезде кездейсоқ әсерлерден тәуелсіз, уақытша қатардың негізгі тенденциясы

Әзірлеменің болжануы экстраполиритті қызмет түрін анықтау болып табылады $y = f(t)$, қаралушылардың мәліметтері негізінде, уақытқа байланысты (аурушандықтардың) зерттелетін көлемін көрсетеді. Біздің зерттеулерде екінші кезектегі қызмет қолданылды.

$$y = b_0 + b_1 t + b_2 t^2$$

Коэффициентін түзу емес қызметі мен болжамын табу үшін қолданбалы STATISTIKA пакеті бағдарламасы қолданылды.

3 2005-2013 ЖЫЛДАРЫ ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫ БОЙЫНША МЕДИЦИНАЛЫҚ - ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Осы зерттеуді орындау барысында облысымыздың ауыл халқына көрсетілетін медициналық көмекті іске асыруға бағытталған міндеттері анықталды. Осы көзқарас бойынша терапиялық аурулар кезіндегі негізгі медико - демографиялық көрсеткіштердің динамикасы, ауыл және облыс бойынша да берілген кезең ішінде денсаулық көрсеткіштері оқып зерттелді.

Қарағанды облысының статистика Департаментінің мәліметі бойынша 01.01.2013 жылы Қарағанды облысының тұрақты халық саны 1 362 743 адам. Облыстағы қала тұрғындарының үлесі - 78,4% құрайды, ауылды жерлерде - 21,6%. Облыстағы барлық халықтың 28,7% - балалар мен жас өспірімдер құрайды. Оның ішінде қала халқы арасындағы бала мен жасөспірімдердің үлесі - 27,4% (292 659 бала), ал ауылды жерлерде - 33,5% (98 547 бала). Облыстағы әйелдер саны - 718 893, әйелдер (52,8%), оның ішінде 146 408 - әйелдер (47,7%) ауылды жерлерде тұрады. Әйел халқының ішінде фертильді (бала тууға болатын жас) жастағы әйелдердің саны - 294 277 (40,9%) және барлық халықтың 21,6 % құрайды. Ер адамдардың саны - 643 850, ол барлық облыстың 47,2% құрайды. Қарағанды облысының аудандар мен қалаларын жеке алғандағы халықтың орташа жылдық көрсеткіші 2 кестеде берілген.

2 кестеден көріп отырғандай, зерттеу кезеңі ішінде Қарағанды облысының қала халқының саны - 5,6% (немесе 55,5 мың адам), ол қала халқының өмір сүру деңгейінің, қаланың экономикалық жағдайының жақсарғанын және туу көрсеткішінің жоғарлағанын айтады. Жыл сайын Қарағанды облысында қала халқы 0,81-1,1%, тек 2010 жылы шамалы төмен түсу 0,4% байқалған, оның себебі «шағын қалалардың мәселелері», өйткені өнеркәсіп өндірісінің жабылуы немесе төмендеуі, экономиканың диверсификациясының төмен деңгейі, халықтың өмір сүру деңгейінің төмендігі, жұмыссыздықтың жоғары болуы және тіршілікке қажетті инфрақұрылым жағдайының қанағатсыз болуы мүмкін.

2 кесте – Қарағанды облысы халқының мың халыққа шаққандағы орташа жылдық көрсеткіші (2005-2013жж. денсаулық сақтау ұйымы қызметінің және Қазақстан Республикасы халқының статистикалық «Денсаулық» жинағының мәліметі бойынша)

Қалалар мен аудандар	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Қарағанды	440,5	449,7	456,3	462,48	468,36	468,26	477,76	477,23	484,8
Балхаш	73,8	73,6	73,9	74,65	75,31	76,31	76,87	77,26	78
Жезқазған	96	96,8	97,2	97,01	96,83	90,39	85,49	89,18	89
Қаражал	19,4	19,2	19	19,06	19,07	19,3	19,24	19,2	19,2
Сарань	51	50,8	50,7	50,59	50,52	50,46	50,75	51,13	51,4
Сәтпаев	70,5	70,5	70,6	70,58	70,82	69,47	69,89	70,13	70,2
Теміртау	169,9	171,3	172,4	173,58	175,06	178,33	179,73	180,77	182,6
Шахтинск	57,1	56,6	56,7	56,72	56,77	56,05	56,21	56,69	57,3
Приозерск	12	12,6	12,9	13,27	13,51	13,59	13,52	13,33	13,2
Барлық қала	990,2	1001,1	1009,7	1017,9	1026,3	1022,2	1029,5	1034,9	1045,7
Абай ауданы	56,5	54,8	54,6	54,62	54,68	53,2	53,35	53,81	54,7
Ақтоғай ауданы	19,7	19,2	18,6	17,99	17,49	18,8	18,6	18,52	18,2
Бұқар-Жырау ауданы	61,4	60,8	60,4	59,98	59,72	63,67	63,39	63,24	62,9
Жана - Арка ауданы	28,8	28,5	28,3	28,22	28,25	31,18	31,54	32	32,7
Қарқаралы ауданы	44,5	43,1	41,9	40,64	39,64	41,64	40,98	40,55	39,5
Нұра ауданы	31,5	30,9	30,2	29,48	28,89	25,54	25,2	24,88	24,5
Осакаровка ауданы	37,8	37,1	36,5	35,78	35,15	34,49	33,96	33,51	33,1
Ұлытау ауданы	15,2	14,6	14,1	13,51	12,97	13,61	13,59	13,79	13,9
Шет ауданы	47,5	46,8	46,4	46,06	45,78	45,35	45,13	44,98	44,5
Барлық аудан	342,9	335,8	331	326,28	322,57	327,48	325,74	325,28	324
Қарағанды облысы	1333,1	1336,9	1340,7	1344,2	1349,3	1349,6	1355,2	1360,2	1369,7
Қазақстан Республикасы	15074,7	15308,1	15484,2	15674,0	15924,9	16323,3	16558,7	16791,4	17035,3

Облыстың қала халқы арасындағы ең үлкен халық саны Қарағанды қаласында байқалған, онда 2005 жылы халықтың 440,5 тең, 2013 жылы 484,8-ге дейін өсуі анықталған. Халықтың ең аз саны Приозерск қаласында байқалған (2005 жылы 12,0 -ден 2013 жылы 13,2- ге дейін).

2 суретте 2005–2013 жылдары Қарағанды облысы бойынша ауыл аудандарының демографиялық көрсеткіштерін зерттеу көрсетілген.



1 сурет - Қарағанды облысы бойынша ауыл халқының орташа жылдық көрсеткіші

2 суретте көрсетілгендей статистикалық мәлімет бойынша ауыл халқының саны 2005- 2013 жылдары 5,5% - ға төмендеген, бірақ берілген аралықта 2010 жылы халықтың өсуі де байқалған.

2005 жылы ауыл аудандары арасында халық санының өсуі бойынша 61,4% Бұхар - Жырау ауданы болды, ол 2013 жылы 62,9%- ға дейін өсу тенденциясына ие еді. Ең аз халық саны Ұлытау ауданында – 2005 жылы 15,2; 2013 жылы 13,9 ға дейін төмендеу тенденциясы байқалған.

Қарағанды облысы бойынша барлық халықтың жастық және жыныстық құрылым 3 кестеде берілген.

3 кесте – Қарағанды облысыбойынша барлық халықтың жас және жыныстық құрылымы (2009-2013 жж. Қарағанды облысының жыл сайынғы демографиялық мәліметтері бойынша)

Жылы Жасы	2009 жыл			2013 жыл		
	барлығы	еркек	әйел	барлығы	еркек	әйел
	1 341 207	633 284	707 923	1 362 743	643 850	718 893
0	22 691	11 616	11 075	24 249	12 470	11 779
1-4	79 664	40 751	38 913	92 125	47 012	45 113
5-9	83 017	42 667	40 350	96 777	49 501	47 276
10-14	92 599	47 264	45 335	81 154	41 816	39 338
15-19	116 778	59 014	57 764	96 901	49 385	47 516
20-24	125 856	62 929	62 927	119 739	60 018	59 721
25-29	109 093	54 493	54 600	119 422	59 906	59 516
30-34	103 286	50 161	53 125	104 505	51 818	52 687
35-39	98 224	47 375	50 849	98 925	47 379	51 546
40-44	91 541	43 551	47 990	93 138	44 383	48 755
45-49	100 210	46 855	53 355	88 871	41 489	47 382
50-54	83 815	37 964	45 851	94 115	42 951	51 164
55-59	70 346	29 812	40 534	73 690	31 825	41 865
60-64	43 799	17 865	25 934	61 505	24 655	36 850
65-69	44 057	16 544	27 513	32 755	12 616	20 139
70-74	39 525	14 441	25 084	40 771	13 824	26 947
75-79	18 821	5 919	12 902	25 043	8 136	16 907
80-84	12 956	3 126	9 830	12 408	3 347	9 061
85-89	3 697	721	2 976	5 442	1 073	4 369
90-94	942	160	782	1 007	207	800
95-99	240	50	190	143	22	121
100 &	50	6	44	58	17	41

3 кестеде берілгендей 2009 жылы облыс бойынша 60 жастағы және одан да жоғары жастағылар - 12,2%, 2013 жылы - 13,1% құрады, бұл облыс халқының қартаюын көрсетеді. Халықтың қартаю жасы үлкен адамдардың және қартайған адамдардың медициналық қызметтің және әлеуметтік көмек сұраныстарының жаңа түрлерін талап етеді.

Осыдан біз Қарағанды облысы бойынша ауыл халқының жас және жыныстық құрылымын жеке қарастырдық (4 кесте).

4 кесте – 2009-2013 жж. Қарағанды облысы ауыл халқының жас және жыныстық құрылымы. (Қарағанды облысы бойынша жыл сайынғы демографиялық мәліметтер абс. сан)

Жасы	2009 жыл			2013 жыл		
	барлығы	еркек	әйел	барлығы	еркек	әйел
Барлығы	302 202	150 783	151 419	294 358	147 950	146 408
0	5 560	2 781	2 779	5 203	2 684	2 519
1-4	20 346	10 462	9 884	20 598	10 411	10 187
5-9	22 732	11 581	11 151	24 453	12 574	11 879
10-14	26 377	13 537	12 840	21 834	11 119	10 715
15-19	28 915	15 232	13 683	26 459	13 730	12 729
20-24	27 674	14 438	13 236	24 284	13 311	10 973
25-29	22 220	11 607	10 613	22 855	12 377	10 478
30-34	21 684	11 138	10 546	20 074	10 546	9 528
35-39	20 557	10 600	9 957	20 118	10 385	9 733
40-44	20 826	10 451	10 375	19 271	9 841	9 430
45-49	21 939	11 022	10 917	19 821	9 846	9 975
50-54	17 770	8 714	9 056	20 112	10 030	10 082
55-59	14 305	6 622	7 683	15 244	7 246	7 998
60-64	9 111	4 080	5 031	12 363	5 578	6 785
65-69	9 027	3 836	5 191	6 564	2 843	3 721
70-74	7 180	3 008	4 172	7 767	3 016	4 751
75-79	2 913	958	1 955	4 265	1 617	2 648
80-84	2 094	525	1 569	1 924	549	1 375
85-89	690	135	555	869	193	676
90-94	192	39	153	216	35	181
95-99	69	16	53	39	11	28
100 &	21	1	20	25	8	17

4 кестеде берілгендей, ауыл халқының құрылымында 2009 жылы 302 202 дейін, 2013 жылы 294 358-ға дейін халық санының төмендеуі байқалады.

Жас аспектісінде ауылдықтар арасында 15-19 жастағылар (2009 жылы - 28 915, ал 2013 жылы - 26 459) және 20-24 жастағылар (2009 жылы - 27674, ал 2013 жылы - 24 284) басым келеді. Сонымен қатар, 2013 жылға Қарағанды облысының жеке аудандарымен қоса барлық халықтың жас құрылымы қарастырылды (5 кесте).

5 кесте - 01.01.2013 жыл бойынша Қарағанды облысы халқының жас құрылымы, адам

Ауданның атауы	Барлық халық	Жас құрылымы		
		0-14 жас	0-14 жас	0-14 жас
Қарағанды	479214	96689	256819	125706
Балхаш	77436	17334	41642	18460
Жезқазған	88830	20295	47497	21038
Қаражал	19166	5364	9894	3908
Саран	51171	9518	26714	14939
Сәтпаев	70262	17170	37908	15184
Теміртау	180970	35091	95708	50171
Шахтинск	57014	10712	28785	17517
Приозерск	13184	3519	7812	1853
Абай	54057	11237	27433	15387
Ақтоғай	18497	4868	9203	4426
Бұқар-Жырау	63236	14022	33842	15372
Жаңа-Арқа	32312	9151	16733	6428
Қарқаралы	40439	10204	21652	8583
Нұра	24732	6065	12718	5949
Осакаровка	33343	7363	17265	8715
Ұлытау	13909	3533	7057	3319
Шет	44971	12170	22819	9982
Барлығы:	1362743	294305	721501	346937

5 кестеде берілгендей қалаларда халықтың жас құрылымының прогрессивті түрі анықталды, онда 0 –жастан 14- жасқа дейінгі балалар саны, 50 және одан жоғары жастағы ересек адамдар санынан асып түседі (Қаражал, Сәтпаев, Приозерск қалаларында).

Халықтың жас құрылымының осындай түрі халық санының одан әрі қарай өсуін қамтамасыз етеді.

50 және одан жоғары жастағы ересек адамдар саны 0 –жастан 14- жасқа дейінгі балалар санынан асып түсетін қала халқының жастық құрылымының регрессивті түрі Қарағанды, Балхаш, Жезқазған, Саран, Теміртау қалаларында байқалады. Халықтың жастық құрылымының регрессивті түрі халық санының өсуі жоқ екенін мәлімдейді.

Аудандар бойынша талдау Ақтоғай, Жаңа-Арқа, Нұра, Ұлытау, Қарқаралы, Шет аудандарында халықтың жастық құрылымының прогрессивті түрі анықталғанын мәлімдеді. Халықтың жастық құрылымының регрессивті түрі Бұқар - Жырау, Осакаровка аудандарында анықталған. Бұл жағдайда халыққа көрсетілетін медициналық көмекті, әлеуметтік қызметтерді дұрыс жоспарлау мәселесі алдыңғы орында болуы керектігі атап өту керек. Халықтың жастық құрылымының прогрессивті түрінде балаларға және жас өспірімдерге ерекше назар

аудару қажет. Халықтың жастық құрылымының регрессивті түрінде жасы ұлғайған және қартайған адамдарға әлеуметтік көмек көрсету мәселесі артады.

Сонымен, Қарағанды облысының 9 қалалық және 9 ауылдық аудандар арасындағы медико-демографиялық көрсеткіштер салыстырыла отырып талданды. Қала халқы арасында жастық құрылымның регрессивті түрі басым екендігі, ал ауыл халқы арасында прогрессивті түрі басым болатыны анықталды. Ауылдық жерлерде бала туу көрсеткіштері жоғары және өлім көрсеткіші төмен екені байқалды. Мұндай жағдай ауыл халқының көп мөлшерде қалаға көшуімен байланысты болуы мүмкін. Статистикалық көрсеткіштердің мәліметі бойынша ауыл халқының арасында еңбекке қабілетті жастар саны басым бірақ, нақты мәлімет бойынша олардың көпшілігі қалада тұрады және дәрігерлік көмек үшін қалалық медициналық мекемелерге қаралады.

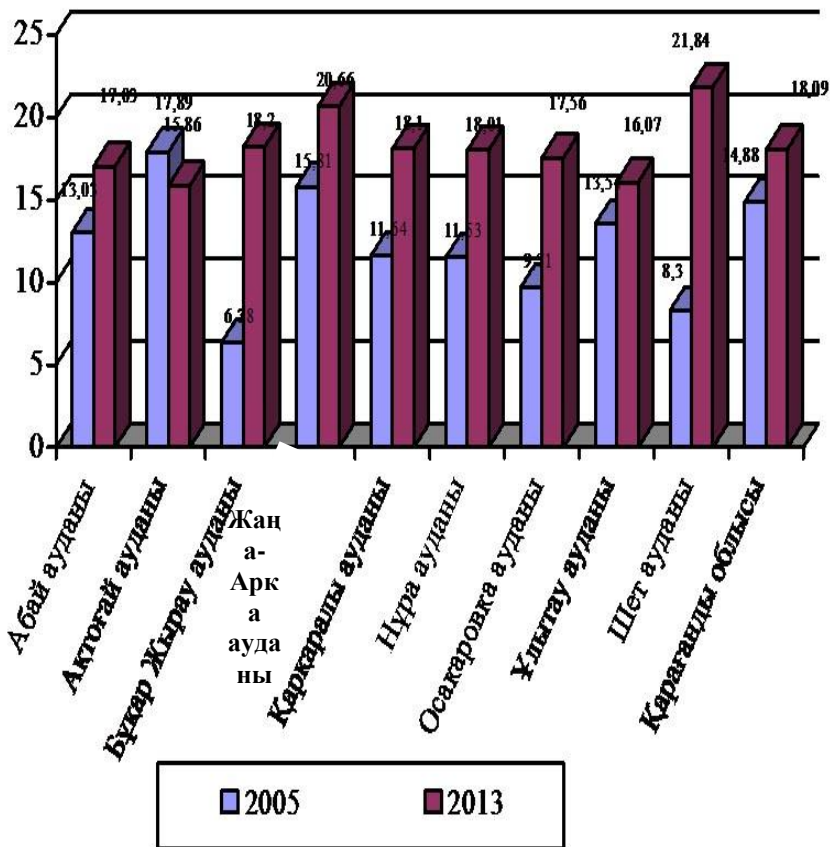
Облыстағы медико-демографиялық жағдайды сипаттайтын маңызды көрсеткіштер зерттелген (6 кесте).

6 кесте – Облыстағы медико-демографиялық жағдайды сипаттайтын маңызды көрсеткіштер (2009-2013жж. Қарағанды облысының жыл сайынғы демографиялық мәліметтері бойынша)

Көрсеткіш	2009 жыл			2013 жыл		
	барлығы	қала	ауыл	барлығы	қала	ауыл
Туу (1000 тұрғынға шаққанда)	17,3	17,3	17,5	18,1	18,3	17,3
Өлім (1000 тұрғынға шаққанда)	11,3	11,9	9,2	10,5	10,9	9,0
Табиғи өсім	6,0	5,4	8,3	7,6	7,4	8,3

6 кестеде берілгендей 2009-2013 жж. арасында облыс бойынша халықтың бала туу көрсеткішінің жоғарлауы 1,05. Облыс бойынша бала туу 17,3-тен 18,1- дейін жоғарлаған, ал ауылдық жерлерде бұл көрсеткіш 17,5 және 17,3. Егер табиғи өсу облыс бойынша 6,0 - дан 7,6 - дейін жоғарласа, онда ауылдық жерлерде бұл көрсеткіш тұрақты – 8,3. Керісінше жыл бойынша өлім көрсеткіші 11,3 - тен 10,5 - ке дейін, ал ауылды жерлерде 9,2-ден 9,0-ға дейін төмендеген. Сонымен, ресми статистикалық мәліметтер бойынша өлім көрсеткіші жыл сайын төмен, бала туу коэффициенті жоғарлаған, осыған сәйкес халықтың табиғи өсімі артқан.

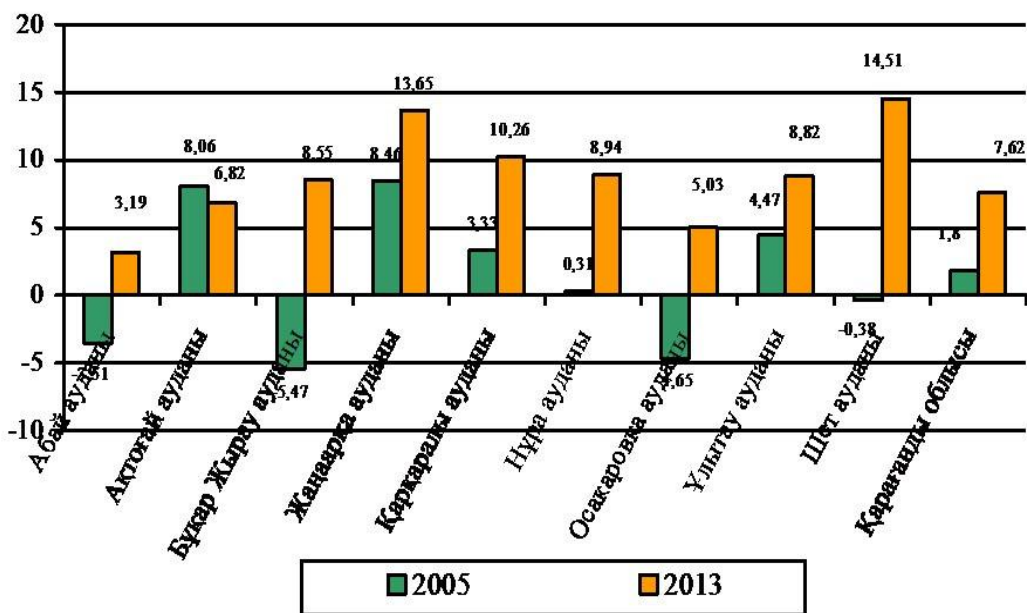
Қарағанды облысы бойынша туу көрсеткіші (1000 адамға шаққандағы тірі туған бала саны, барлығы) келесі өлшемдер бойынша ауытқып отырған (3 сурет).



3 сурет – Қарағанды облысы бойынша туу көрсеткіші (1000 адамға шаққандағы тірі туған бала саны, барлығы)

3 суреттен мынаны көруге болады, 7 жыл уақыт аралығында (2006-2013 жж.) бала туудың абсолютті көрсеткіші 2,4 промилль болған. Абай, Бұқар-Жырау, Осакаровка, Нұра, Қарқаралы, Шет аудандары бойынша бұл облыстық көрсеткіштен жоғары. Жаңа -Арқа ауданында бала туу көрсеткіші 2005 жылы 15,81 болса, 2013 жылы 20,66 болған. Осакаровка ауданында бұл көрсеткіш екі есеге жоғарлаған және 2013 жылы 17,56 құраған.

Халықтың табиғи өсімі халықтың өсу қарқынының ең жалпы сипаттамасы болып саналады. Әдетте халықтың табиғи өсімінің коэффициенті жылына 1000 адамға есептеледі. Қарағанды облысы бойынша халықтың 1000 адамға шаққандағы табиғи өсімі 4 суретте көрсетілген.



4 сурет – Қарағанды облысы бойынша халықтың 1000 адамға шаққандағы табиғи өсімі

4 –суретте көрсетілгендей халықтың табиғи өсімі облыс бойынша 2005 жылдан 2013 жылға дейін 1,8 - ден 7,62 - ге дейін жоғарлаған. Жа-на-Арка ауданында 1000 адамға шаққандағы халық 8,46 - дан 13,65 - ке дейін жоғарлаған. Осақаровқа ауданында бұл көрсеткіш тек 2006 жылдан 1,38; 2013 жылы 5,03 ке дейін артқан.

Барлық себептерден жекелеген жас топтары бойынша өлім коэффициенті келесі жағдайды көрсетті (7 кесте).

7 кесте – Барлық себептерден болған жекелеген жас топтары бойынша өлім коэффициенті (2005-2013 жж. Қарағанды облысының жыл сайынғы демографиялық мәліметтері бойынша)

Жасы, жас топтары бойынша	Жасына сәйкес 1000 адамға шаққандағы өлім саны	
	2009 жыл	2012 жыл
15-19	1,06	0,97
20-24	1,97	2,69
25-29	3,21	4,48
30-34	4,99	6,20
35-39	5,97	8,74
40-44	7,31	10,29
45-49	9,50	13,64
50-54	12,41	18,12
55-59	17,16	28,68
60-64	23,98	36,86

7 кестенің мәліметі бойынша 2009 және 2012 жылдары жас ерекшеліктеріне сәйкес халықтың өлім коэффициентін салыстыру

халықтың еңбекке қабілетті 55-59 жас аралығында өлімнің жоғары екенін көрсетті, 2009 жылы 28,68; 60-64 жастағы өлім – 2009 жылы 23,98 болса, 2012 жылы 36,86 болған.

Өлімнің негізгі себептері бойынша облыстағы еңбекке жарамды жастағы барлық халықтың өлім коэффициентін зерттеу 8 кестеде берілген.

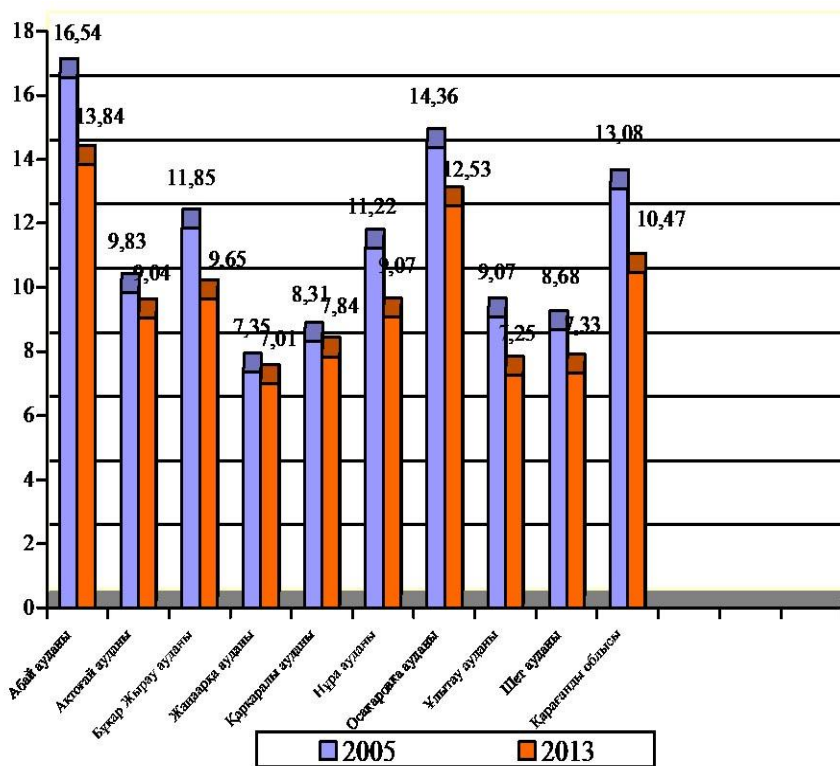
8 кесте – Өлімсебептерінің негізгі кластары бойынша облыстағы барлық еңбекке жарамды жастағы халықтың өлім коэффициенті (100 мың еңбекке жарамды жастағы адамға шаққандағы өлгендер саны) 2009, 2013жж.

Өлім себептері	Барлығы		Ауыл	
	2009ж.	2013ж.	2009ж.	2013ж.
Қатерлі ісіктердің пайда болуы	137,13	132,62	146,71	139,15
Қанайналым жүйесінің аурулары	615,92	394,32	650,48	440,24
Тыныс алу мүшелерінің аурулары	51,19	67,63	52,13	73,28
Ас қорыту мүшелерінің ауруы	58,11	84,54	64,30	89,89
Келеңсіз жағдайлар, улану, жарақаттану	142,48	134,67	147,29	133,52

8 кестеде берілгендей 2009 жылдан 2013 жыл аралығында облыста халықтың еңбекке қабілетті жасы аралығында аурулардың түрлері бойынша өлім тенденциясы байқалуда, тыныс алу мүшелері аурулары 51,19-дан 67,63-ке дейін және ас қорыту аурулары 58,11-ден 84,54-ке дейін. Созылмалы аурулардың асқынуы, атмосфералық ауаның техногендік ластануы, термикалық салқындау және медициналық көмекке уақытылы қаралмауы өлімнің себептері болуы мүмкін. Еңбекке қабілетті жастың 100 мың адамға шаққандағы өлімнің себептері ішінде 2009 жылы, сондай-ақ 2013 жылы да қанайналым жүйесі аурулары 615,92 және 394,32 басым болды.

2009 – 2013жж. аралығында ауылды жерлерде аурудың кейбір кластары бойынша халықтың еңбекке қабілетті жасы аралығында өлім тенденциясының төмендеуі байқалуда. Сонымен, қатерлі ісік аурулары 146,71-ден 139,15-ке дейін, қанайналым жүйесі аурулары 650,48 -ден 440,24-ке дейін, келеңсіз жағдайлар, жарақаттану, улану 147,29 -дан 133,52-ге дейін төмендеген. Сонымен қатар, өлімнің тыныс алу жүйесі ауруларынан 52,13-тен 73,28-ге дейін және ас қорыту жүйесі ауруларынан 64,30-дан 89,89-ға дейін жоғарлау байқалуда.

Қарағанды облысының аудандары мен қалалары бойынша 1 000 тұрғынға шаққандағы өлім көрсеткішін зерттеу келесіні көрсетті (5 сурет).

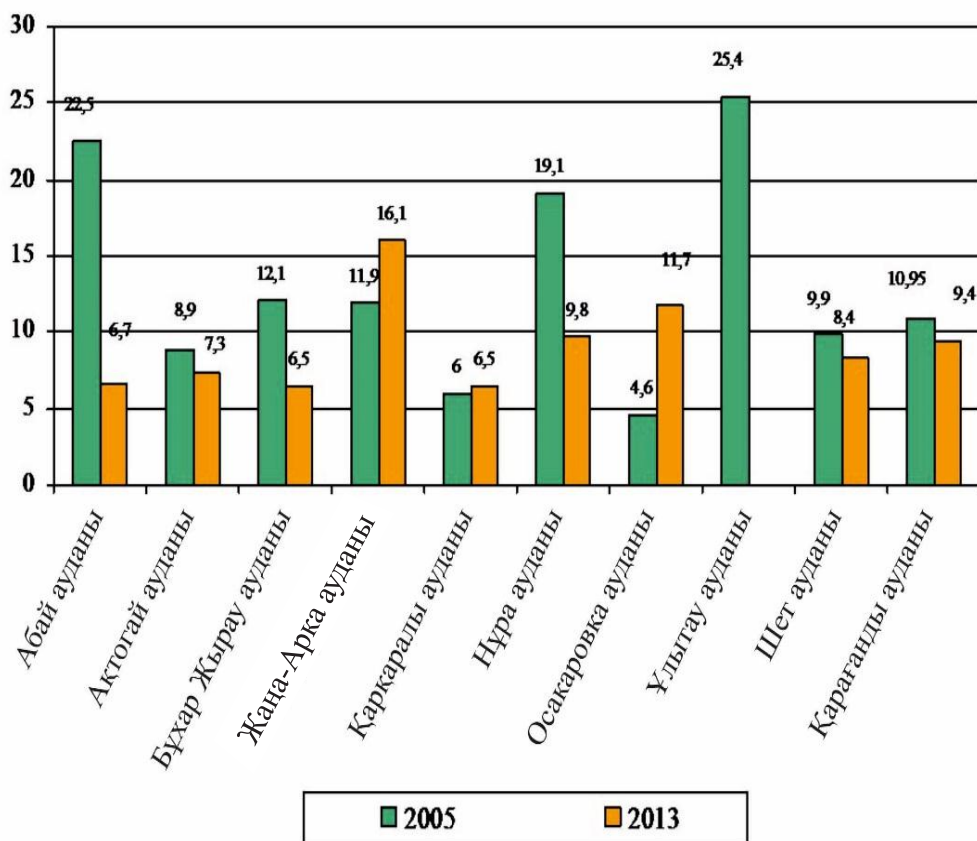


5сурет – Қарағанды облысы бойынша 1 000 тұрғынға шаққандағы өлім көрсеткіші

5 суретте берілгендей, 8 жыл ішінде облыс халқының өлім көрсеткіші облыс бойынша 2,61 промиллиге төмендеген. Ауылды аймақтар арасында өлімнің төмендеуі Абай (2,70), Нұра (2,15), Бұқар-Жырау (2,20), Осакаровка (1,83) аудандарында байқалуда. Бұл аудандар облыс орталығына жақын орналасуымен, көлік және темір жол магистральдарының болуымен сипатталады. Облыста 5 жыл бойы жылжымалы медициналық кешен қызмет етеді (ары қарай ЖМК), ол ауыл халқына медициналық көмек көрсетеді. Зерттелетін Жаңа-Арқа сияқты аудандарда өлім көрсеткіші 7,35-7,01 тұрақты екені байқалуда. Осакаровка ауданында 14,36 дан 12,53 ке дейін өлімнің төмендеуі байқалуда.

Денсаулық сақтау жүйесі жұмысы сапасының аса маңызды көрсеткіші болып нәресте өлімінің көрсеткіші жатқызылады. ДДСҰ денсаулықтың медико - әлеуметтік көрсеткіштері ішінде, ең біріншіден нәресте өлімін атап көрсететіні кездейсоқ емес. ДДСҰ шкаласы бойынша нәресте өлімінің көрсеткіші келесідей бағаланады: жоғары – 1000 тірі туылған балаға шаққанда 20-дан астам; орташа – 1000 тірі туылған балаға шаққанда 15-20; төмен – 1000 тірі туылған балаға шаққанда 15 - ке дейін.

Қазақстанда денсаулық сақтау министрлігінің мәліметі бойынша нәресте өлімі 2005 жылы 1000 тірі туылған балаға шаққанда 15,1-ден, 2013 жылы 1000 - ға шаққанда 11,3- ке дейін төмендеуі тіркелген (6 сурет).



6 сурет – Қарағанды облысы бойынша 1000 тірі туылған балаға шаққандағы нәресте өлімінің көрсеткіші

6 суретте көрсетілгендей Қарағанды облысы бойынша нәресте өлімінің көрсеткіші төмендеу тенденциясына ие. Егер бұл көрсеткіш 2005 жылы 1000 тірі туылған балаға шаққанда 10,95 құраса, онда 2013 жылы – 9,4 болды. Нәресте өлімі – халық денсаулығының маңызды көрсеткіші болып табылады, бұл бір жыл ішінде 1000 тірі туылған балаға есептегенде 1 жасқа дейінгі бала өлімі. Ол бала өлімінің үлкен бөлігін анықтайды және барлық демографиялық көрсеткіштерге әсер етеді.

Біз ауыл және қала халқының әйелдер мен ер адамдары арасындағы өлім көрсеткішінің өзгеруін талдадық (9 кесте)

9 кестенің мәліметі қалада да ауылды жерлерде де көбінесе ер адамдардың қайтыс болатынын көрсетеді. Сонымен, 2005 жылы ауыл тұрғындары арасында 1103 ер адам және 795 әйел адам қайтыс болған. Қалалы жерлерде бұл көрсеткіш ер адамдарда - 8810 және әйелдерде – 6731 құрайды. Ауыл халқының ең жоғарғы өлім көрсеткіші 2007 жылға сәйкес келеді, онда қайтыс болған ер адамдар саны 1890 болса,

әйелдердің саны – 1373. 2012 жылы 1563 ер адам, 1214 әйел адам қайтыс болған.

9 кесте – Облыста гендерлік тәуелділікке байланысты ауыл және қала халқының өлім көрсеткішінің өзгеруі (Қарағанды облысының жыл сайынғы Демографиялық мәліметі бойынша 2009- 2012жж.) абс. сан.

Жылдар	Облыс			
	ауыл		қала	
	еркек	әйел	еркек	әйел
2005	1 103	795	8 810	6 731
2006	1 100	763	9 055	6 667
2007	1 890	1 373	8 358	6 270
2008	1 818	1 383	7 653	6 172
2009	1 547	1 227	6 762	5 613
2010	1 678	1 276	6 913	5 846
2011	1 656	1 271	6 826	5 630
2012	1 563	1 214	6 876	5 852

Ер адамдар арасында өлімнің жиі кездесуі бір адамда бірнеше қауіп факторларының болуы мүмкін. Ер адамдар көбінесе шылым шегеді және көп көлемде спиртті ішімдіктерді қолданады, көбісі әркелкі жыныстық өмір сүреді. Сонымен қатар, дұрыс тамақтанбайды және үнемі күйзеліс үстінде жүреді. Қайғылы көлік оқиғалары өлімнің жиі болу себептеріне әкеледі. Статистика бойынша онда ер адамдар әйелдерге қарағанда екі есе жиі өледі. Ол көп жағдайда көлікті мас күйінде жүргізумен, шаршаумен және жол ережелерін дұрыс сақтамаумен байланысты. Аталып шыққандардың барлығы аудандар бойынша ауыл халқы денсаулығының негізгі көрсеткіштерін бағалауға мүмкіндік берді (10 кесте):

10 кесте – 2013 жылғы аудандар бойынша ауыл халқы денсаулығының негізгі көрсеткіштерінің салыстырмалы сараптамасы

Аудандар	Көрсеткіштер			
	туу	табиғи өсім	өлім	бала өлімі
Абай ауданы	17,03	3,19	13,84	6,7
Ақтоғай ауданы	15,86	6,82	9,04	7,3
Бұқар-Жырау ауданы	18,2	8,55	9,65	6,5
Жаңа -Арқаауданы	20,66	13,65	7,01	16,1
Қарқаралыауданы	18,1	10,26	7,84	6,5
Нұра ауданы	18,01	8,94	9,07	9,8
Осакаровка ауданы	17,56	5,03	12,53	11,7
Ұлытау ауданы	16,07	8,82	7,25	-
Шет ауданы	21,84	14,51	7,33	8,4
Облыс	18,09	7,62	10,47	9,4

Сонымен қатар, көптеген еркектер улану, құлау және суға бату, өндірістегі оқыс жағдайларға байланысты қайтыс болады. Uppsala

университетінің оқымыстылары ер адамдарда қан клеткаларында Y хромосомасын жоғалтуы және қысқа өмірдің ұзақтығы арасында ісік ауруларынан болатын өлімнің жоғарлауының нақты корреляциясын анықтады [241]. Ер адамдар әйелдерге қарағанда, ісік ауруларымен жиі ауырады.

10 кестеде берілгендейоблыстың барлық аудандары арасында ауыл халқы денсаулығының негізгі көрсеткіштері бойынша ең жоғарғы туу көрсеткіші Шет ауданында (21,84) және Жаңа-Арқа ауданында (20,66) болды. Ең төменгі көрсеткіш Бұқар - Жырау ауданында (18,2) және Қарқаралы ауданында (18,1) байқалған. Бұл Бұқар - Жырау ауданында мың адамға шаққандағы халықтың орташа жылдық көрсеткіші 61,4 болып отыруына қарамастан, табиғи өсім көрсеткіштері Шет ауданында 14,51 және Жаңа-Арқа ауданында – 13,65 басым болды. Төмен көрсеткіш Осакаровка ауданында – 5,03 байқалған. Өлім көрсеткіші Абай ауданында – 13,84 және Жаңа-Арқа ауданында – 7,01 аса жоғары. Жаңа-Арқа ауданында туудың жоғары болуы анықталғанына қарамастан, өлім құрылымында нәресте өлімінің жоғары болуы байқалуда (16,1). Бір жасқа дейінгі балалар өмірінде бұл перинатальды кезеңдегі патологиямен, туа біткен аномалиямен және тыныс алу мүшелерінің ауруларымен байланысты болуы мүмкін. Туу кезіндегі күтілетін өмірдің ұзақтығы 11 кестеде берілген.

11 кесте – Туу кезіндегі күтілетін өмірдің ұзақтығы (саны, жасы), (2009-2013 жж. Қарағанды облысының жыл сайынғы Демографиялық мәліметі бойынша)

Жылдар	Ауыл халқы			Қала халқы		
	екеуі де	еркек	әйел	екеуі де	еркек	әйел
2005	67,40	63,55	72,65	63,46	56,76	70,55
2006	67,44	63,38	72,47	63,32	56,59	70,35
2007	64,62	59,41	70,84	63,51	56,72	70,62
2008	65,56	60,20	70,91	64,47	58,23	70,72
2009	67,75	63,30	72,68	66,52	60,63	72,39
2010	66,99	62,85	71,86	66,41	60,69	72,11
2011	67,24	62,96	72,10	67,27	61,36	73,17
2012	68,52	64,36	73,34	67,37	61,79	73,0
2013	69,37	64,87	74,46	68,83	63,43	73,91

11 кестеде берілгендей 2005 жылмен 2013 жыл аралығында ауылды жерлерде халық өмірінің ұзақтығы 1,97 жасқа; ал қалада– 5,37 жасқа ұлғайған.

Ауылды жерде әйел өмірінің ұзақтығының әртүрлілігі еркектерге қарағанда 9,59 жасқа және қалалық жерде еркектер мен әйелдерде 10,48 жасқа үлкен. Сонымен, 2005 жылы ауылды жерлердегі еркектердің өмір сүру ұзақтығы 63,55 жасты құрады, ол 2013 жылы 64,87 - ге дейін өсу

тенденциясына ие еді. Әйелдерде бұл көрсеткіш 2005 жылы 72,65 жастан 2013 жылы 74,46 жасқа дейін өсуі байқалды. Жалпы, облыс бойынша 69,1-ге дейін тірі туылғандардың күтілетін өмір сүру ұзақтығының ұлғаюы (саны, жасы) байқалуда

Сонымен, 2005-2013жж. Қарағанды облысының ауылды аймақтарында келеңсіз демографиялық жағдай орнаған, ол ауыл халқы санының 342,9-дан 324,0-ге дейін төмендеуімен, 1000 тұрғынға шаққандағы өлім көрсеткішінің 9,2–9,0 аралығында тұрақтылығымен айқын көрінді. Демографиялық салмақтың балалар мен жасөспірімдер үлесінің азаюы есебінен, зейнеткерлер үлесінің ұлғаюы есебінен еңбекке жарамды халықтың үлесіне келуі мүмкін. Бұл жағдайлар міндетті түрде демографияның және әлеуметтік -экономиканың жағымсыз салдарына әкеледі.

3.1 Облыстың ауыл тұрғындарының сырқаттылығы

Біз аурушандықтың талдануын жеке облыс бойынша және жеке аудандар бойынша жүргізілуін дұрыс деп шештік. Мұндай әдіс халыққа медициналық көмек көрсетуді іске асыру үшін, дифференцияланған басқарудың шешімін жасап шығару қажеттілігін есепке ала отыра мақұлданған.

Аурушандықтың жалпы өзгерісі бірқатар факторлардың өзара әсерлесуінің қорытындысы болып табылады. Сонымен қатар, ол медициналық көмек сапасына, оның қолжетімділігіне, есеп - қисап құжаттарын дұрыс жүргізуге, жастық құрылымына және халықтың медициналық белсенділігіне, денсаулық сақтаудың тәжірибелік мүмкіндіктеріне байланысты. Біз Қарағанды облысында ауру кластары бойынша халықтың жалпы аурушандығын қорытындыладық (12 кесте).

12 кестеде берілген мәліметтер 2010 жылы облыс бойынша 100 000 тұрғын халыққа шаққанда аурушандық 57794,8 құраған, ал 2014 жылы – 50324,4. Бұл жалпы аурушандықтың төмендеуін көрсетеді. 2010 жылмен салыстырғанда 2014 жылы жұқпалы аурулар кезінде 100 000 тұрғын халыққа шаққанда 1883,1-ден 1654,1-ге дейін, қан аурулары кезіндегі жағдайлардың саны 1150,9 -дан 966,6; эндокринді ауруы кезінде 714,9-дан 670,7; психикалық бұзылыстар кезіндегі аурулар саны 188,3-тен 148,8; жүйке жүйесі аурулары 1440,7-ден 1356,0; ас қорыту мүшелерінің аурулары 2453,5 -тен 2043,4; тері ауруы кезінде 3544,5-тен 2238,8; жыныстық зәр шығару жүйесі аурулары 100 000 тұрғынға шаққанда 3873,0 - ден 3592,6;

Тыныс алу мүшелері аурулары 100 000 тұрғынға шаққанда 24538,0 – ден 24083,0 біршама тұрақты;сонымен қатар, қан айналым жүйесі ауруларының 100 000 тұрғынға шаққанда 1672,1-ден 1755,0-ге дейін, бұлшықет жүйесі аурулары 1697,7-ден 1755,0-ге дейін және туа біткен өзгерістер 105,8- ден 112,1- ге дейін өсуі анықталған.

12 кесте – Қарағанды облысында ауру кластары бойынша жалпы тіркелген аурушаңдық

Кластардың атауы және жеке аурулар	МКБ бойынша шифр 10	2010 жыл		2013 жыл	
		Атаулы аурумен алғаш рет тіркелген науқастар	100 мың халыққа шаққандағы аурушаңдық	Атаулы аурумен алғаш рет тіркелген науқастар	100 мың халыққа шаққандағы аурушаңдық
1	2	3	4	5	6
Барлығы	A00-T98	779788	57794,8	725175	53076,2
Оның ішінде: жұқпалы және құрт аурулары	A00-B99	25407	1883,1	21370	1564,1
Жаңа пайда болған ісіктер	C00-D48	6489	480,9	7219	528,4
Қан ауруы, қан тамырлар ауруы және иммундық механизмді кірістірумен жеке бұзылыстар, барлығы	D50-D89	15529	1150,9	13207	966,6
Эндокринді аурулар, тамақтанудың және зат алмасудың бұзылуы	E00-E90	9646	714,9	9164	670,7
Психикалық және мінез құлықтың бұзылысы	F00-09, F20-F99	2541	188,3	2033	148,8
Жүйке жүйесі аурулары, барлығы	G00-G99	19438	1440,7	18527	1356,0
Қанайналым жүйесі аурулары, барлығы	I00-I99	22561	1672,1	31176	2281,8
Көз және оның көру аппаратының ауруы, барлығы	H00-H59	37442	2775,1	31579	2311,3
Құлақ ауруы және сосцевидті өсіндісі, барлығы	H60-H95	28319	2098,9	27030	1978,3
Тыныс алу мүшелері ауруы, барлығы	J00-J99	331075	24538,0	329056	24083,9
Ас қорыту мүшелерінің ауруы, барлығы	K00-K93	33103	2453,5	27919	2043,4
Тері және тері асты аурулары, барлығы	L00-L99	47824	3544,5	30589	2238,8
Сүйек бұлшықет жүйесі және біріктіруші тін аурулары, барлығы	M00-M99	22906	1697,7	23979	1755,0
Жыныстық зәр шығару жүйесінің аурулары, барлығы	N00-N99	52256	3873,0	49086	3592,6
Туа біткен аномалия (пороктардың дамуы), деформациялар және хромосомдық бұзылыстар, барлығы	Q00-Q99	1427	105,8	1531	112,1
Белгілері, қалыпты жағдайдан ауытқу және белгілері	R00-R99	1273	94,3	917	67,1
Жарақаттар және улану, барлығы	S00-T88	76774	5690,2	76030	5564,7

Қанайналым жүйесі ауруларының ұлғаюы негізінен артериалды гипертензиямен, жүректің ишемиялық ауруымен (ЖИА) және цереброваскулярлы ауруларымен байланысты. Халық арасында артериалды гипертензия ауру санының жылдам қарқынмен өсуі, жүрек - қантамыр жүйесі аурулары салдарынан асқыну дамуының маңызды қауіп факторларының бірі болып отыр, 100 000 тұрғын халыққа шаққанда 2010 жылы 449,9 - дан 2013 жылы 2049,3-ке дейін жылдам ұлғайған. Халық арасында жүрек -қантамыр жүйесінің қауіп факторларының таралуы яғни шылым шегу, семіздік, физикалық белсенділіктің аз болуы, дұрыс тамақтанбау, артериалды гипертензияны бақылаудың жоқ болуы, халықтың ақпарат мәліметтерінен беймәлім болуы нәтижесі болып табылады.

Сонымен, Қарағанды облысы бойынша аурушандықтың көрсеткіштерін зерттеу мынаны көрсетті: жалпы аурушандықтың төмендеу тенденциясы байқалуда. Дегенмен, ауру кластары бойынша МКБ-10 сәйкес жүрек -қантамыр ауруларының және туа біткен аномалия аурулары көрсеткішінің жоғарлауы бар.

Алынған мәліметтер облыс бойынша аурушандық көрсеткішінің төмендеуіне қарамастан тыныс алу мүшелері ауруларынан 51,19-дан 67,63-ке дейін және ас қорыту ауруларынан 58,11-ден 84,54- ке дейін өлім көрсеткіштерінің жоғарлағанын дәлелдейді. 100 мың еңбекке жарамды халыққа шаққанда 2009 жылы және 2013 жылы да өлім себептерінің арасында қанайналым мүшелерінің аурулары 615,92 және 394,32 басым болды.

13 кесте – 2009, 2013, 2014жж. ауыл аудандары арасында салыстырмалы аспектіде 100 000 тұрғын халыққа шаққандағы жалпы тіркелген аурушандық

Жыл-дар	Облыс бойынша барлығы	Ауыл аудандары								Сынамалы аудан Бұқар-Жырау
		Абай	Ақтоғай	Жаңа-Арқа	Қарқаралы	Нұра	Осакаровка	Ұлытау	Шет	
2009	60312,4	72421,5	48348,0	44684,0	63213,3	63442,2	66881,9	11148,8	26446,0	39247,4
2013	53076,2	67745,9	45622,0	37145,7	55055,4	64788,2	53427,7	12883,8	24441,6	39364,0
2014	50220,97	41350,26	39843,05	32776,67	51493,77	63487,61	56677,14	13248,17	25273,38	42794,27

Осыған байланысты облыстың ауыл аудандары арасында салыстырмалы аспектіде жалпы аурушандық қарастырылды (13 кесте).

13 кестеде берілгендей, жалпы облыс бойынша барлық аурушандықтың 60312,4-тен 53076,2-ге дейін төмендеу тенденциясы байқалуда. Бірақ, сонымен қатар жеке аудандарда жалпы аурушандықтың жоғарлағаны анықталды. Сонымен, Нұра ауданында аурушандық 2009 жылмен салыстырғанда 63442,2 -ден 64788,2-ге дейін, Ұлытау ауданында 11148,8-ден 12883,8-ге дейін өскен. Сынамалы Бұқар - Жырау ауданында аурушандықтың көрсеткіші біршама тұрақты санға ие 39247,4-тен 39364,0- ге дейін.

14 кестеде берілгендей, 2005 жылы аурушандық деңгейі бойынша Қарқаралы ауданы алда болды – 2540,4, ал 2014 жылы аурушандықтың жоғары деңгейі Жаңа-Арқа ауданында – 4181,3 байқалған. Алынған мәліметтер ауыл халқы арасында қанайналым жүйесі ауруларының жоғары деңгейде жасырын түрде анықталғанын көрсетеді. Ол екінші және үшінші кезектегі алдын алу шараларының болмауынан және уақытылы ем қабылдамау салдарынан созылмалы патологияның жинақталуына әкеледі, ал қаралу және медициналық алдын алу тексерулердің қорытындысы бойынша аурушандықтың көрсеткіштеріне салыстырмалы талдау жасау, шынайы қаралған аурушандықтың деңгейін, медициналық көмектің ұйымдастыру тиімділігінің бағасын болжап қана қоймайды, сонымен қатар алдын алу шараларын жүргізуді нақты жоспарлайды.

14 кесте- Қарағанды облысының аудандары ішінде 100 000 тұрғын халыққа шаққандағы қанайналым жүйесі ауруларынан болған аурушандық

Аудандар	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Абай ауданы	1295,8	1552,3	1358,2	1112,9	1137,4	1307	1479,1	2525,4	2447,1	2548,7
Ақтоғай ауданы	1036,6	1793,5	2007,7	2806,3	2663,8	2688,6	2097,6	2488,5	1945,2	1316,3
Бұқар-Жырау ауданы	1289,2	1173,2	1189,2	1747,6	1398,3	1338,2	1697,7	1745,3	1648,6	1572,8
Жаңа-Арқа ауданы	1314	1874	2438,6	2220,5	2602,2	1522,8	1594,2	1820,7	4181,3	3222,1
Қарқаралы ауданы	2540,4	1760	2267,5	1743,4	2633,6	2752,9	2842,4	3079,8	3179,2	2674,9
Нұра ауданы	1054,2	1630	1484,9	1669,7	1720,1	1554,7	1765,7	1836,9	3061,7	2274,2
Осакаровка ауданы	1318,1	1677,6	1925,2	1748,7	1721	2044,1	1882	2375,3	1569,3	2059,3
Ұлытау ауданы	580,1	724,5	847,6	825,4	778,7	572,5	805,8	608,9	624,1	659,4
Шет ауданы	1018	634,2	624,1	576,9	653,1	672,7	596,1	1011,1	1174,8	1525,8
Қарағанды облысы	1502,8	1495,3	1579,7	1495,9	1545,8	1671,7	1729,4	1981,4	2281,8	1937,0

Цереброваскулярлы ауруларының таралуын зерттеу ерекше көңіл бөлуді қажет етеді. Цереброваскулярлы аурулары аурушандықтың құрылымында және халық өлімі арасында, әсіресе үлкен жастағы адамдар арасында маңызды орын алады.

Біз Қарағанды облысы бойынша емханалық мекемелерде тіркелген 100 000 ауыл халыққа шаққандағы цереброваскулярлы ауруының жаңа түрлерін анықтап, зерттедік (15 кесте).

15 кесте – Ауыл халқының 100 000 тұрғынына шаққандағы емхана мекемелерінде тіркелген цереброваскулярлы ауруының жаңа түрлері (МКБ9: 430-438)

Аудандар	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Абай ауданы	85,7	151,6	84,3	180,3	181	188,1	105	87,3	73,5	96,5
Ақтоғай ауданы	84,7	24,9	37,8	8,7	11,4	0	0	48,6	10,9	55,2
Бұқар-Жырау ауданы	32,3	97,3	38,2	35,7	40,2	39,3	25,2	31,6	31,7	33,5
Жана-Арқа ауданы	24,1	61,1	52,9	34	0	3,2	15,8	0	0	0
Қарқаралы ауданы	19,8	25,1	146,7	199,8	53	235,4	204,9	184,9	87,6	182,8
Нұра ауданы	103,8	111,3	86,6	106,9	34,6	58,7	79,4	80,4	130,1	164,9
Осакаровка ауданы	141,2	60,8	52,3	149,6	96,7	113,1	41,2	137,3	51,2	189,1
Ұлытау ауданы	96,7	97	107,8	114,2	46,3	14,7	7,4	29	7,2	14,4
Шет ауданы	2,1	51,6	30,2	140,6	39,3	37,5	48,7	44,4	46,9	54,3
Қарағанды облысы	233,8	139,6	171,4	151,9	151,7	142,4	194,9	209,8	148,7	144,0

15 кестеде берілгендей, цереброваскулярлы ауруының жаңа түрлері көбінесе Осакаровка ауданында анықталған, 2005 жылы – 141,2 ал, 2014 жылы - 189,1.

Соңғы жылдары тыныс алу мүшелері аурулары жүйесінің тұрақты тенденциясының қалыптасуы және көптеген жағдайда созылмалы, рецидивті ағымды қалыптастыратын тыныс алу мүшелері жүйесінің таралуының дамуы байқалуда. Көбінесе бұл аурулар әртүрлі патогенді факторларға аллергия реакциясының болуымен жүреді. Созылмалы бронх өкпе патологиялары әсіресе үлкен жастағы адамдар үшін аса қауіпті, себебі вирусты этиологиялы респираторлы ауруларының пайда болуына негіз болады да, өмір сүруге қауіп төндіреді. Қарағанды облысы бойынша тыныс алу мүшелері ауруларының зерттеу қорытындылары 16 және 17 кестеде берілген.

16 кестеде берілгендей облысымыздың барлық аудандарында тыныс алу мүшелері ауруларының жаңа түрлерінің өсуі байқалған. Ең көп жаңа түрлері 2005 жылы Абай ауданында 29464,9, ал 2014 жылы Нұра ауданында – 29417,1 анықталған.

Сонымен, облыс бойынша ауыл халқының денсаулық жағдайы төмендеу тенденциясына ие болып отыр. Бірақ, сонымен қатар аурушандықтың жеке кластары бойынша жағымсыз тенденция байқалуда. Сөйтіп, облыс бойынша қан айналу жүйесі аурулары 1502,8-ден 1937,0-ге дейін көбейіп отыр. Ауыл аудандары арасында аурушандықтың деңгейі бойынша 2005 жылы Қарқаралы ауданы – 2540,4, ал 2014 жылы Жаңа -Арқа ауданы 3222,1 алда болды. Тыныс алу мүшелері ауруының жаңа түрлері 21396,8 -ден 24083,9-ға дейін ұлғаюда.

16 кесте – 100 000 тұрғын халыққа шаққандағы тыныс алу мүшелері ауруларының жаңа түрлері (МКБ-Х: 460-519)

Аудандар	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Абай ауданы	29464,9	29616,8	31147,2	28788,8	31590,6	30290,6	29583,5	26227,4	26521,4	23902,9
Ақтоғай ауданы	21335,7	20852,4	25640,9	23460,4	25614,5	18809,6	18802,8	18769,2	19871,4	17686,7
Бұқар-Жырау ауданы	14071,5	13371,7	18362,4	18513,8	19375	18598,3	20646,9	20248,5	20893,1	21988,0
Жаңа-Арқа ауданы	12135,4	14068,9	17725,6	14165,8	12710,2	11390,4	10966	10842,9	12872,8	10740,0
Қарқаралы ауданы	22953,7	26104,6	23518,8	22729,3	26401,3	23978,5	25271,4	21878,9	20081,6	19756,4
Нұра ауданы	21061,1	25807	31922,8	32828,2	32366,6	31665,1	29772,5	29957	29954,5	29534,7
Осакаровка ауданы	19701,3	25054,9	29123,9	26522,8	26040,5	25384,2	30659,1	26991,1	23039,2	22988,0
Ұлытау ауданы	1128	2475,3	4195,1	1759,3	1912,1	1827,7	3716,2	3588	3536,6	3495,0
Шег ауданы	12143,3	12840,5	13513,3	12370,9	13256,9	12451,2	16096,1	16081,9	13218,1	13833,2
Қарағанды облысы	21396,8	21619,9	24105,2	25143,6	26427,6	24531,3	25393,3	25003,4	24083,9	21263,7

17 кестенің мәліметі бойынша, бронх демікпесі салдарынан болған жоғары аурушандық 2005 жылы Ұлытау ауданында – 90,2, ал 2014 жылы Шет ауданында – 54,3 анықталды. Сонымен қоса аурушандық көрсеткіші Абай ауданында 21,4 тен 45,5; Ақтоғай ауданында – 5,0 ден 16,6; Қарқаралы ауданында– 15,4 тен 30,9; Осакаровка ауданында – 23,5 тен 39,6-ға дейін жоғарлауы анықталған. Ал Бұқар-Жырау ауданында керісінше 100 000 тұрғынға шаққанда 69,5 тен 54,2 ге дейін, Ұлытау ауданында 90,2-ден 21,5-ке дейін төмендеу тенденциясы байқалуда. Аудандарда аурушандық көрсеткішінің жоғары болуы жалпы қауіп факторлары әсерінің жоғарлау деңгейіне, әсіресе темекі түтіні, бала кезінде төменгі тыныс алу жолдарының жиі жұқпалы ауруларға шалдығуы және ауаның ластануына (ғимарат ішінде, сыртта және жұмыс орындарында және т.б.) байланысты болуы мүмкін.

Сонымен қатар, ас қорыту мүшесі аурулары салдарынан болған аурушандық көрсеткіші зерттелді (18 кесте). 18 кесте берілгендей, жалпы облыс бойынша 100 000 халыққа шаққанда 4051,7-ден 1879,5-ке дейін төмендеу тенденциясы байқалуда. Ең жоғарғы көрсеткіш 2027,6-ға дейінгі төмендеу тенденциясы 2005 жылы Абай ауданында –7778,5 байқалған. Ас қорыту жүйесі аурулары салдарынан төмен аурушандық 2005 жылы Ұлытау ауданында – 431,9-дан 2014 жылы 803,8-ге дейін ұлғаю тенденциясы байқалған.

17 кесте – 100 000 тұрғын халыққа шаққандағы бронх демікпесінің аурушандығы

Аудандар	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Абай ауданы	21,4	23,7	18,3	31,2	12,8	32	43,1	33,4	31,3	45,5
Ақтоғай ауданы	5	51,5	21,6	5,4	22,9	42,6	26,9	37,8	81,7	16,6
Бұқар-Жырау ауданы	69,5	78,8	53,1	48,2	40,2	40,8	37,9	45,8	33,3	54,2
Жаңа-Арқа ауданы	37,8	104,9	45,8	63,7	24,8	9,6	3,2	3,1	15,4	39,3
Қарқаралы ауданы	15,4	23	19,2	21,8	20,2	69,7	56,1	49,3	62,6	30,9
Нұра ауданы	31,5	64,1	33,2	36,9	34,6	35,2	39,7	40,2	40,7	41,2
Осакаровка ауданы	23,5	29,4	13,7	33,1	28,4	40,6	17,7	41,8	36,1	39,6
Ұлытау ауданы	90,2	0	28,7	21,7	46,3	29,4	29,4	14,5	21,5	21,5
Шет ауданы	14,6	29,8	21,6	30,2	41,5	52,9	48,7	35,6	38	54,3
Қарағанды облысы	38	37,3	26	30,2	28,6	39,8	35,2	36,5	40	40,5

18 кесте – 100 000 тұрғынға шаққандағы ас қорыту мүшесі аурулары

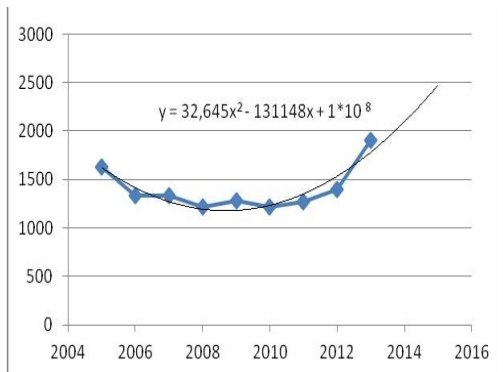
Аудандар	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Абай ауданы	7778,5	7854,1	7995,3	8696,1	8346,1	11193,2	9909,3	8248,8	5107,6	2027,6
Ақтоғай ауданы	1485,2	2540,8	4328,4	3952,8	3052,5	3157,1	4195,1	3848,9	3743,3	2187,4
Бұқар –Жырау ауданы	1311,8	1194,6	1589,4	1583,0	1418,4	1770,1	1779,7	1826,0	1555,1	1830,7
Жаңа -Арқа ауданы	1764,6	2321,5	2836,8	2263,0	1968,5	1865,8	2212,2	1876,9	1604,9	1748,7
Қарқаралы ауданы	4997,0	5919,4	6025,8	6195,1	4232,9	4261,5	4416,0	3965,0	4075,4	3927,6
Нұра ауданы	1960,4	2605,4	2969,9	3064,5	2876,0	3160,2	3352,8	3159,3	3122,7	3218,9
Осакаровка ауданы	3656,2	3596,1	3382,3	4284,6	3792,0	3943,2	4034,9	3974,8	2978,9	3702,2
Ұлытау ауданы	431,9	509,8	682,4	557,5	678,5	682,6	728,5	710,4	789,1	803,8
Шет ауданы	1289,2	912,9	680,2	710,9	670,6	595,5	686,9	853,3	918,0	1018,8
Қарағанды облысы	4051,7	3896,5	3717,2	3527,3	2212,9	2453,5	2371,1	2300,0	2043,4	1879,5

Қалалықтармен салыстырғанда ауылдықтардың қаралу көрсеткіші төмен екенін айта кету керек, ол ауылды елді мекендерде медициналық көмектің қолжетімділігінің төмен болуымен түсіндіріледі. Халықтың денсаулық жағдайы білім алумен, өмір сапасымен, еңбектің қанағаттанарлығымен өзара байланысты. Бұл көрсеткіштер қалаға қарағанда ауылды жерлерде біршама төмен, ол ауыл тұрғындарының денсаулық жағдайына жағымсыз түрде әсер етеді. Ауыл халқының денсаулық жағдайының төмен деңгейі медициналық көмектің оның деңгейлерінде қызмет ету механизмін біршама белсенді етіп әзірлеуін қажет етеді.

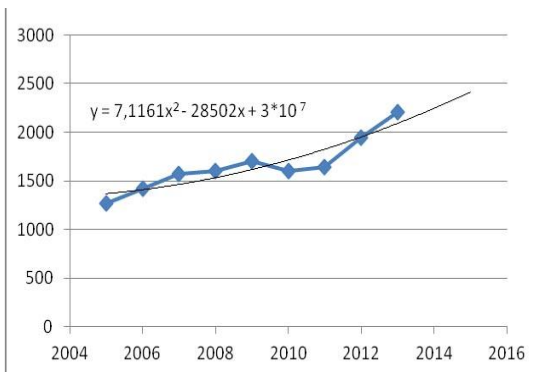
Бізбен алынған статистикалық мәліметтер аурушандықтың төмендегенін көрсетеді, дегенмен ЖМК-ң мәліметі бойынша асқынған ауру түрлері көптеп анықталуда, ол уақытылы ауру белгілерін және емдеу шараларын қолданбауын, халықтың өз денсаулығына немқұрайлықпен қарайтынын айтады. Сондықтан, АМСКК деңгейінде таралған аурулардың негізгі қауіп факторлары бойынша науқастарды оқытуға мамандар көңіл бөлулері керек.

Қанайналым жүйесі аурулары кезінде негізгі эпидемиологиялық көрсеткіштердің болжауын оқып білу үшін, оның ішінде цереброваскулярлы ауруы, тыныс алу, ас қорыту ауруларының жеке кластар бойынша аурушандығын болжау жүргізілді (сурет 7,8,9,10,11,12,13,14,15).

Қала Ауыл



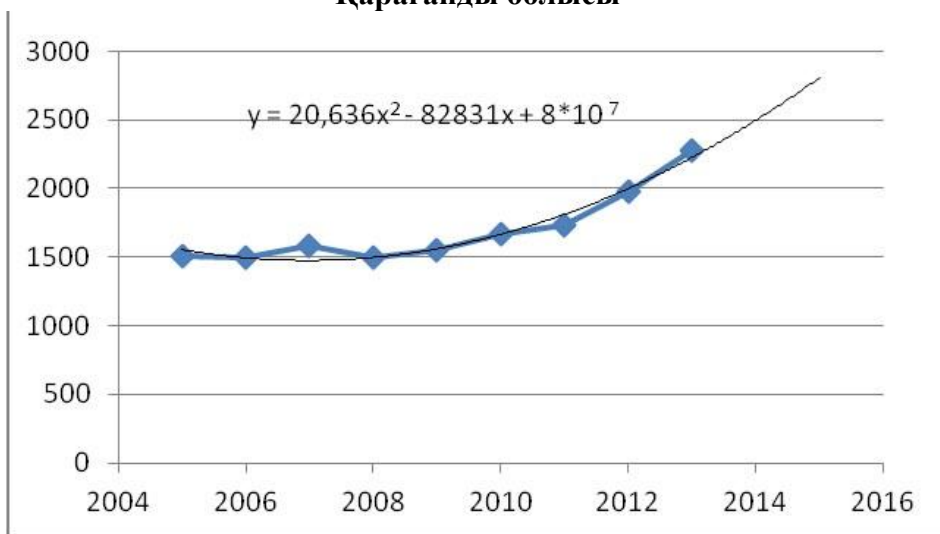
7 сурет - Қала халқы арасында қан айналым мүшелері аурулары кезінде аурушандықты болжау



8 сурет – Ауыл халқы арасында қанайналым мүшелері аурулары кезінде аурушандықты болжау

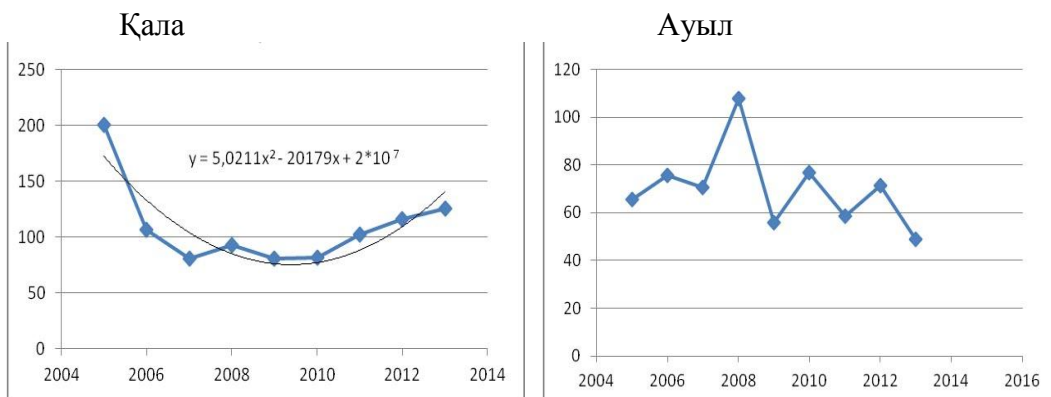
7 суретте көрсетілгендей, қанайналым мүшелері аурулары кезінде аурушандықты болжауды зерттеуде, Қарағанды облысы бойынша қала халқының аурушандық деңгейі нақты статистикалық ұлғаю тенденциясына ие және болжамды түрде 100 000 тұрғынға шаққанда 2016 жылы 2918,2 құрайтынын көрсетті. 8 суреттің мәліметі бойынша есептелген болжау 2016 жылға қарай ауыл халқы арасында 100 000 тұрғынға шаққанда 2596,8-ге дейін қанайналым мүшелері ауруларының көбеюі күтілуде екенін көрсетті.

Қарағанды облысы



9 сурет – Қарағанды облысының барлық халқы арасында қан айналым мүшесі аурулары кезіндегі аурушандықтың болжануы

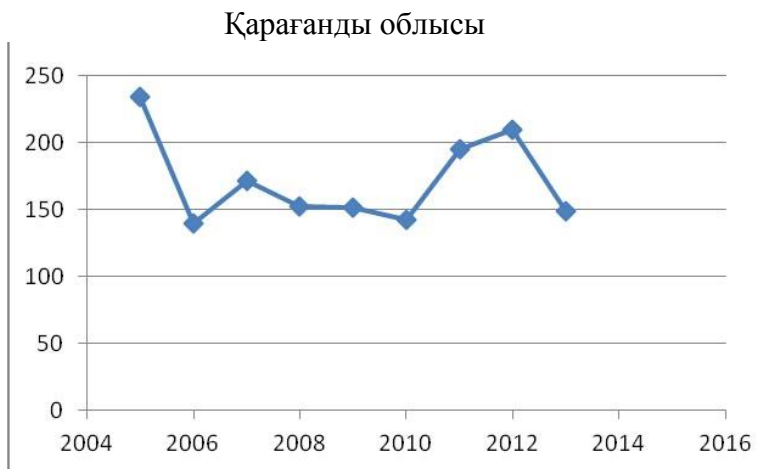
9 суреттің мәліметі бойынша, бұл есептелген болжау 2016 жылға қарай облыс халқы арасында қанайналым мүшелері ауруларының аурушандығы 100 000 халыққа шаққанда 3160,9-ға дейін өсуі күтілуде.



10 сурет – қала халқы арасында цереброваскулярлы аурулары кезінде аурушандықтың болжануы

11 сурет – ауыл халқы арасында цереброваскулярлы аурулары кезінде аурушандықтың болжануы

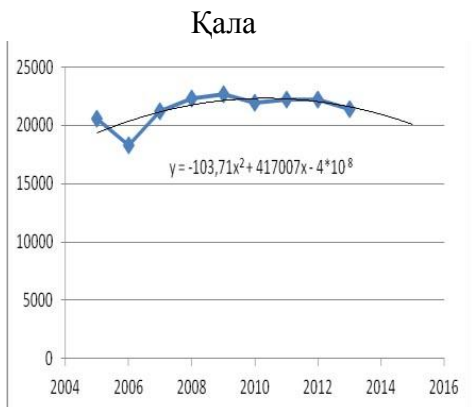
10 суретте көрсетілгендей, цереброваскулярлы аурулары кезінде аурушандықтың болжануын оқу барысында Қарағанды облысы бойынша қала халқының аурушандық деңгейі нақты статистикалық ұлғаю тенденциясына иә және болжамды түрде 100 000 тұрғынға шаққанда 2016 жылға қарай 294,03 құрайтынын көрсетті. 11 суреттің мәліметі бойынша есептелген болжау 2016 жылға қарай ауыл халқы арасында 100 000 тұрғынға шаққанда 6,08-ге дейін цереброваскулярлы ауруларының төмендеуі күтілуде екенін көрсетті.



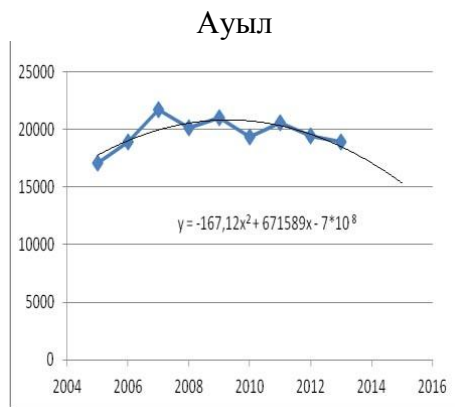
12 сурет – Қарағанды облысының барлық халқы арасында цереброваскулярлы ауруларының аурушандығының болжануы

12 суреттің мәліметі бойынша есептелген болжау 2016 жылға қарай облыс халқы арасында 100 000 тұрғынға шаққанда церебро-

васкулярлы ауруларының 261,07-ге дейін төмендеуі күтілуде екенін көрсетті.



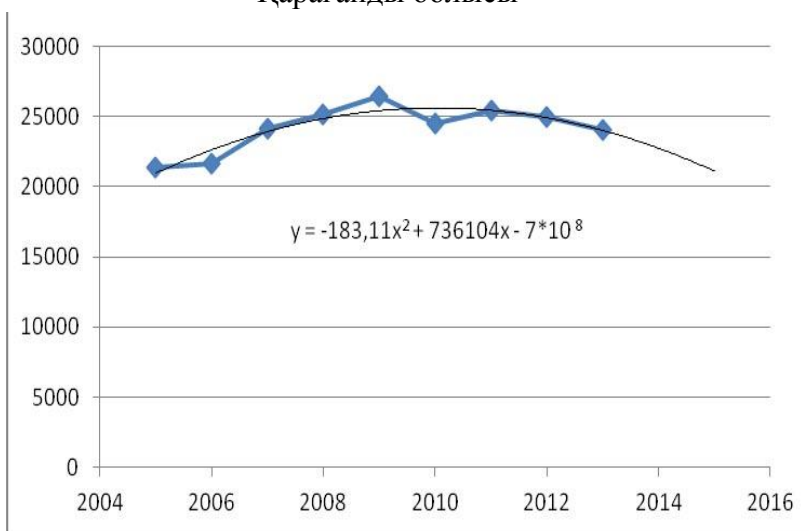
13 сурет - Қала халқы арасында тыныс алу мүшелері ауруларының аурушандық болжануы



14 сурет - Ауыл халқы арасында тыныс алу мүшелері ауруларының аурушандық болжануы

13 суретте көрсетілгендей, тыныс алу мүшелері аурулары кезінде аурушандықты болжауды зерттеуде, Қарағанды облысы бойынша қала халқының аурушандық деңгейі нақты статистикалық ұлғаю тенденциясына ие және болжамды түрде 100 000 тұрғынға шаққанда 2016 жылы 190,06 құрайтынын көрсетті. 14 суреттің мәліметі бойынша есептелген болжау 2016 жылға қарай Қарағанды облысы бойынша ауыл халқының аурушандық деңгейі нақты статистикалық төмендеу тенденциясына ие және болжамды түрде 100 000 тұрғынға шаққанда 2016 жылы 132,70 құрайтынын көрсетті.

Қарағанды облысы



15 сурет – Қарағанды облысының барлық халқы арасында тыныс алу мүшелері ауруларының аурушандығының болжануы

15 суреттің мәліметі бойынша есептелген болжау 2016 жылға қарай облыс халқы арасында 100 000 тұрғынға шаққанда тыныс алу мүшелері ауруларының 191,05-кетөмендеуі күтілуде екенін көрсетті.

3.2 Ауыл тұрғындарының мүгедектігі

Тұрғылықты жерін ескере отырып, алғашқы реттік мүгедекті зерттеу барысында, қалалық жерлерде мүгедектік біршама көп екені белгілі болды – 132239 адам (58,3%); 6 жыл ішінде ауылды жерлерде 94759 адам (41,7%) мүгедектік деп саналды. Талдау кезеңінде қала халқының алғашқы мүгедектіктің үлес салмағы 2008 жылдан бері 58,0% - дан 2013 жылы 56,7% - ға дейін төмендегені тіркелген. Сәйкесінше ауыл халқы ішінде мүгедектің үлесі 42,0% -дан 43,3% - ға дейін жоғарлаған (19 кесте).

19 кесте – Қазақстан Республикасында тұрғылықты жер бойынша алғашқы реттік мүгедектің көрсеткіші

Жыл	Барлық мүгедектік	Қала халқы						Ауыл халқы					
		барлығы		еңбекке қабілетті жас		зейнеткерлік жас		барлығы		еңбекке қабілетті жас		зейнеткерлік жас	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
2008	36884	21402	58,0	19102	89,2	2300	10,8	15346	42,0	14457	94,2	889	5,8
2009	38272	22663	59,2	20679	91,2	1984	8,8	15609	40,8	14793	94,8	816	5,2
2010	37749	22311	59,1	20284	90,9	2027	9,1	15438	40,9	14601	94,6	837	5,4
2011	38322	22593	58,9	20543	90,9	2050	9,1	15730	41,1	15050	95,7	680	4,3
2012	37923	21722	57,3	19411	89,4	2311	10,6	16201	42,7	15372	94,9	829	5,1
2013	37983	21548	56,7	19157	88,9	2391	11,1	16435	43,3	15514	94,4	921	5,6

Ауылды жерлерде де қалалық жерлерде де АМТ (алғашқы мүгедек болып табылғандар) контингентінде мүгедектік еңбекке қабілетті жас аралығында басым, сәйкесінше 94,8% және 94,8% құрайды.

Сонымен, ересек жастағы халық ішінде алғашқы реттік мүгедектік көрсеткішті қалыптастыруда барлық категориялы халық арасында еңбекке қабілетті жастағы адамдар үлесін қосуда.

Қазақстан Республикасының тұрғылықты жерін ескере отырып, алғашқы реттік мүгедектіктің ауырлығы 20 кестеде берілген.

20 кесте – Қазақстан Республикасының тұрғылықты жерін ескере отырып, алғашқы реттік мүгедектің ауырлығы

Жыл	Барлық мүгедектік	Қала халқы						Ауыл халқы					
		барлығы		I-II топтағы мүгедектік		III топтағы мүгедектік		барлығы		I-II топтағы мүгедектік		III топтағы мүгедектік	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
2008	36884	21402	58,4	14448	67,1	7090	32,9	15346	41,6	9247	60,3	6099	39,7
2009	38272	22663	59,2	15058	66,4	7605	33,6	15609	40,8	9309	59,6	6300	40,4
2010	37749	22311	59,1	14921	66,9	7390	33,1	15438	40,9	9407	60,9	6031	39,1
2011	38322	22593	58,9	15041	66,6	7551	33,4	15730	41,1	9580	60,9	6150	39,1
2012	37923	21722	57,3	14920	68,7	6802	31,3	16201	42,7	10472	64,6	5729	35,4
2013	37983	21548	56,7	15153	70,3	6395	29,7	16435	43,3	10824	65,8	5611	34,2

Тұрғылықты жерін ескере отырып, ересек халықтың алғашқы реттік мүгедектік ауырлығын талдау (I және II топтағы мүгедектіктің жиынтық үлес салмағы), оның аса жоғары ауырлығы қала тұрғындарына тән екенін көрсетті. Сөйтіп, қала тұрғындары арасында I-II топтағы мүгедектердің үлес салмағы орташа - 67,7%, ауылды жерлерде – 62,0% құрайды. Сол уақытта, үшінші топтағы мүгедектіктің үлесі ауыл тұрғындарында жоғары болды (37,9% сәйкесінше 32,3%). 6 жыл бойы бақылау уақыты аралығында алғашқы реттік мүгедектіктің ауырлық деңгейі 2008 жылы 67,1%-дан 2013 жылы 70,3%-ға дейін қалалық жерлерде де, сондай - ақ ауылды жерлерде де 2008 жылы 60,3%-дан 2013 жылы 65,8%-ға дейін ұлғайған, бірақ ауыл тұрғындарында алғашқы реттік мүгедектіктің ауырлығы қала тұрғындарымен салыстырғанда біршама төмен. Ауыл тұрғындары арасында ересек жастағы халықтың алғашқы реттік мүгедектік құрылымы 21 кестеде берілген.

21 кесте – Ауыл тұрғындарында аурулардың класы бойынша ересек жастағы халықтың алғашқы реттік мүгедектің құрылымы

Ауру кластары	2008 ж.		2009 ж.		2010 ж.		2011 ж.		2012 ж.		2013 ж.	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Барлығы	15346	-	15609	-	15438	-	15730	-	16201	-	16435	-
Туберкулез	1330	8,6	1405	9,0	1436	9,3	1522	9,7	1510	9,2	1629	9,9
Қатерлі ісіктердің пайда болуы	2218	14,4	2393	15,3	2344	15,2	2373	15,1	2481	15,3	2597	15,8
Эндокриндік аурулар, заг алмасу және тамақтанудың бұзылуы	569	3,7	596	3,8	602	3,9	606	3,8	605	3,7	594	3,6
Психикалық бұзылыстар және жүріс – тұрыстың бұзылуы	1141	7,4	1136	7,3	1029	6,7	1056	6,7	1123	6,9	1017	6,2
Жүйке жүйесі аурулар	525	3,4	530	3,4	538	3,5	520	3,3	524	3,2	540	3,2
Көз аурулары	1266	8,2	1145	7,3	1057	6,8	1044	6,6	1029	6,3	1087	6,6
Құлақ ауруы және сосцевидті өсінді	251	1,6	238	1,5	217	1,4	236	1,5	225	1,4	249	1,5
Қанайналым жүйесі аурулар	3585	23,3	3663	23,5	3719	24,1	3830	24,3	3963	24,5	4005	24,3
Тыныс алу мүшелерінің аурулары	299	1,9	304	1,9	322	2,1	300	1,9	290	1,8	294	1,8
Ас қорыту мүшелерінің аурулары	301	1,9	247	1,6	247	1,6	245	1,5	303	1,9	318	1,9
Сүйек - бұлшық ет жүйесі және біріктіруші тін аурулары	994	6,4	1039	6,6	1032	6,7	1010	6,4	1065	6,6	1103	6,7
Зәр бөлу-жыныстық жүйесі аурулары	236	1,5	243	1,5	239	1,5	241	1,5	313	1,9	319	1,9
Жарақаттар	2302	14,9	2245	14,4	2238	14,5	2247	14,3	2217	13,7	2105	12,8
Вируспен шақырылған адамның имунды тапшылық вирусы (АИТВ)	1	0,006	2	0,01	-	-	-	-	-	-	1	0,006
Кәсіптік аурулар (улану)	5	0,03	3	0,02	6	0,04	11	0,07	7	0,04	11	0,07
Ион сәулелері әсерінің салдары	38	0,2	34	0,2	24	0,1	10	0,06	7	0,04	8	0,05
Басқа аурулар	346	2,2	386	2,5	388	2,5	479	3,0	539	3,3	558	3,4

Тұрғылықты жерін ескере отырып, бірінші реттік мүгедектіктің нозологиялық құрылым деңгейін оқып білу, ауыл тұрғындарына қарағанда қала тұрғындарында топ бойынша аурулардың деңгейі жоғары екенін көрсетті.

Талдау жасалған кезең бойында қалалық және ауылды жерлерде де орташа жылдық көрсеткіш бойынша мүгедектікке әкелуші негізгі себеп, қанайналым жүйесі аурулары сәйкесінше -25,1% және 24% (21 кесте) болды. Қалалық тұрғындар арасында екінші орынды тұрақты түрде қатерлі ісіктердің пайда болуы 19,1%, бұл көрсеткіш ауылдықтарда біршама төмен - 15,2%. Барлық жарақаттардың үлес салмағы 13,2% үшінші орынға тиісілі, бұл көрсеткіш ауыл тұрғындарында 14,1% құрайды. Төртінші орында туберкулез - 8,3%, ол көбінесе ауыл тұрғындарында жиі кездесті - 9,3%. Ары қарай қала мен ауыл тұрғындарында бірдей деңгейде байланыстырушы тін-6,6% және сүйек – бұлшықет жүйесі аурулары болды. Біршама төмен үлес салмағымен көз аурулары - 5,3% алтыншы дәрежелі орында болды, бірақ сонымен қатар, ауыл тұрғындарында алғашқы мүгедектік құрылымда көз ауруларына бесінші орын тиісті болса, байланыстырушы тін - 6,9% және сүйек-бұлшықет жүйесі ауруларында бұл көрсеткіш жоғары болды. Жетінші орында біршама төмен үлес салмағымен қалалықтарда - 5,1% психикалық бұзылыстар ауруы болды, бірақ ауыл тұрғындарында бұл көрсеткіш сәл жоғары болды 6,8%. Нозологиялық құрылымдағы басқа топтардың үлесі 3,8%-дан 0,01%-ға дейін ауытқып отырды. Қала және ауыл тұрғындарында дәрежелі орындарды үлестіру сәйкесінше келесідей болды: сегізінші орын – эндокринді аурулар, тамақтанудың бұзылуы және зат алмасу 2,8% - 3,8%; тоғызыншы орын – жүйке жүйесі аурулары 3,5% - 3,3%; оныншы орын – басқа да аурулар 2,8% - 2,8%; он бірінші орын – ас қорыту мүшелері аурулары – 2,1% - 1,7%; он екінші орын – тыныс алу мүшелері аурулары 1,8% - 1,9%; он үшінші орын – зәр бөлу- жыныстық жүйесі- 1,7% - 1,6%; он төртінші орын – құлақ ауруы және сосцевидтік өсінді - 0,9% - 1,5%; он бесінші орын – кәсіптік аурулар - 0,8% - 0,05%; он алтыншы орын – ион сәулелерінің әсері салдары 0,1% - 0,15%. Аурулардың класс бойынша алғаш мүгедектікке шығуын гендерлік құрылымын оқып білу әйелдер мен ер адамдарда АМ нозологиялық құрылымда біршама айырмашылық анықталды. Сонымен, ерлерде бірінші орында – қанайналу жүйесі аурулары 29,9% болды, ал әйелдерде басты рөлді қатерлі ісіктердің пайда болуы – 25,3% алды. Екінші кезекте ерлердің мүгедектікке ұшырауына – 17,3% (орташа жылдық) әртүрлі жағдайда алған жарақаттар, ал әйелдер арасында ҚЖА (16,8%) болды. Ерлер арасында үшінші орында – қатерлі ісіктердің пайда болуы 12,4%, ал әйелдерде сүйек – бұлшықет және біріктіруші тін аурулары 9,3% алды. Ерлер арасында төртінші орында – туберкулез 9,4%, ал әйелдер арасында әртүрлі жағдайда алған жарақаттар – 7,9%. Бесінші орында нозологиялық құрылым бойынша ерлерде көз ауруы - 5,6%, ал әйелдерде туберкулез - 7,6%. Ерлерде психикалық бұзылыстар мен жүріс – тұрыстың бұзылулары – 5,5% алтыншы орынды алды, ал әйелдерде

сәйкесінше 6,6% көз аурулары болды. Жетінші орында ерлер арасында сүйек – бұлшықет және біріктіруші тін аурулары – 4,8%, ал әйелдерде психикалық бұзылыстар мен жүріс – тұрыстың бұзылулары – 6,4%. Сегізінші орында ерлерде жүйке жүйесі аурулары 3,1%, ал әйелдерде эндокриндік аурулар, тамақтанудың бұзылуы және зат алмасу 4,7% болды. Тоғызыншы орында ерлерде эндокриндік аурулар, тамақтанудың бұзылуы және зат алмасу – 2,7%, ал әйелдерде басқа аурулар – 4,1% болды. Оныншы орында ерлерде тыныс алу және де басқа да аурулар 1,9%, ал әйелдерде жүйке жүйесі аурулары – 3,9%. Нозологиялық құрылымдағы басқа аурулардың үлесі 1,8% дан 0,008% - ға дейін ауытқып отырды. Ерлер мен әйелдер арасында дәрежелі орындардың орналасуы сәйкесінше келесідей болды: он бірінші орын – ас қорыту аурулары - 1,8% - 2,2%; он екінші орын - тыныс алу мүшелерінің аурулары 1,9% - 1,8%; он үшінші орын – зәр бөлу – жыныстық жүйесі аурулары - 1,6% - 1,9%; он төртінші орын – құлақ ауруы және сосцевидтік өсінді - 0,9% - 1,4%; он бесінші орын – кәсіптік аурулар - 0,8% - 0,08%; он алтыншы орын – ион сәулелері әсері салдары 0,18% - 0,008%.

Сонымен, нозологиялық құрылымның гендерлік белгі бойынша жүргізілген талдауы осы көрсеткіштердің ішінде алғашқы реттік мүгедектік жынысқа байланысты үлкен айырмашылық болатынын анықтады.

Қарағанды облысының, сондай- ақ Қазақстан Республикасының «Мүгедектердің орталық дерек қоры»(МОД) ақпараттық жүйесінің мәліметі бойынша 2007-2012жж. алғашқы реттік мүгедектер құрылымының негізгі нозологиясы қанайналым жүйесі аурулары болды. 2007-2012 жж. қанайналым жүйесі аурулары салдарынан болған алғашқы реттік мүгедектердің қарқынды көрсеткіші 22 кесте берілген (10 мың тұрғынға шаққанда).

22 кесте – 2007-2012 жж. қанайналым жүйесі аурулары салдарынан болған алғашқы реттік мүгедектердің қарқынды көрсеткіші (10 мың тұрғынға шаққанда)

Жылдар	2007	2008	2009	2010	2011	2012
10 мың халыққа шаққандағы АМ	10,3	9,2	9,5	11,8	10,6	9,8

Қарағанды облысында ересек жастағы адамдар арасында қанайналым жүйесі аурулары салдарынан болған алғашқы реттік мүгедектік көрсеткішінің қарқынды өзгеруін талдай отыра, оның тенденциясының 2007 жылы 10 мың халыққа 10,3 - тен 2012 жылы 9,8- ге дейін, 2010 ж. – 11,8-ге дейін төмендегенін айтуға болады. Нозология бойынша қанайналым жүйесі аурулары салдарынан болған алғашқы реттік мүгедектіктің құрылымы 23 кесте көрсетілген.

23 кесте – Нозология бойынша қанайналым жүйесі аурулары салдарынан болған алғашқы реттік мүгедектің құрылымы

Нозология	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Ревматизм	43	4,3	39	4,0	45	4,5	39	4,0	46	4,4	29	3,0
АГ	22	2,2	14	1,5	20	2,0	17	1,7	12	1,1	9	0,9
ЖИА	337	33,9	332	34,6	350	35,0	333	33,9	344	32,9	348	35,7
ЦВА	468	47,1	463	48,2	466	46,6	480	48,9	521	49,9	491	50,4
Басқа аурулар	124	12,5	112	11,7	118	11,8	112	11,4	121	11,5	97	9,9
Барлығы	994		960		999		981		1044		974	

Қанайналым жүйесі аурулары салдарынан болған алғашқы реттік мүгедек деңгейінің нозологиялық құрылымын зерттеу мынаны анықтады; қанайналым жүйесі аурулары арасында басты нозология болып цереброваскулярлы аурулар болды, орташа жылдық деңгейі - 48,5%, екінші орында – ЖИА, орташа жылдық көрсеткіші - 34,3%, үшінші орында жүрек – қантамыр жүйесі ауруларының басқа түрлері - 11,5% (23 кесте). Жалпы Қарағанды облысында қанайналым жүйесі аурулары (ҚЖА) салдарынан болған алғашқы реттік мүгедектік (АМ) 2007 жылмен салыстырғанда 2012 жылы 2,3%-ға төмендеген.

Қарағанды облысында ЦВА салдарынан болған алғашқы реттік мүгедектік орташа жылдық көрсеткіш 48,7% бола тұра 2007 жылы 47,1%-дан 2012 жылы 50,4%-ға дейін (+3,3%) керісінші өсу тенденциясына ие болды. 24 кестеде Қарағанды облысында қанайналым жүйесі аурулары салдарынан болған мүгедектер саны және олардың жыныс бойынша, сонымен қатар жұмыспен қамтылуы бойынша орналасуы көрсетілген.

24 кесте – Қарағанды облысында қанайналым жүйесі аурулары салдарынан болған алғашқы реттік мүгедектердің саны және олардың жынысы мен еңбек етуі бойынша орналасуы

Жыл-дар	Аймақтар	Барлығы	Оның ішінде жұмыс істейтіндер	Алғаш рет анықталған мүгедектердің (%)	Ерлер		Әйелдер	
					абс.	%	абс.	%
2007	ҚР	7747	3020	38,9	5414	69,9	2333	30,1
	Қарағанды облысы	994	507	51,0	681	68,5	313	31,5
2008	ҚР	8757	3419	39,0	6334	72,3	2423	27,7
	Қарағанды облысы	960	497	51,8	667	69,5	293	30,5
2009	ҚР	9422	3646	38,7	6900	73,2	2522	26,8
	Қарағанды облысы	999	492	49,2	698	69,9	301	30,1
2010	ҚР	9289	3559	38,3	6826	73,5	2463	26,5
	Қарағанды облысы	981	489	49,8	686	69,9	274	30,1
2011	ҚР	9577	3700	38,6	7034	73,4	2543	26,6
	Қарағанды облысы	1044	546	52,3	747	71,5	297	28,5
2012	ҚР	9479	3507	37,0	6914	72,9	2565	27,1
	Қарағанды облысы	974	506	51,9	710	72,9	264	27,1

ҚР-да қанайналым жүйесі аурулары салдарынан болған алғашқы реттік мүгедектердің (24 кесте) жалпы саны 2009 жылы 7747 адамнан 2011 жылы 9577 адамға дейін өскен, сонымен қатар 2012 жылы 9479 адамға дейін біршама төмендеген. 2007-2012 жж. аралығында Қарағанды облысында қанайналым жүйесі аурулары (ҚЖА) салдарынан болған алғашқы реттік мүгедек болып табылғандар (АМТ) санының өзгеруі 2007 жылы 994 адамнан 2012 жылы 474 адамға дейін төмендеу тенденциясына ие болса, ал 2011 жылы біршама 1044 адамға дейін көбейгенін көрсетті. Жалпы 6 жыл ішінде Қарағанды облысында қанайналым жүйесі аурулары салдарынан болған мүгедектікті ретроспективті бақылауға 5952 адам алынды, жылына бұл сан орташа – 992 адамды құрайды. Жұмыс істеушілердің саны Қарағанды облысында қанайналым жүйесі аурулары салдарынан болған алғашқы реттік мүгедектіктің ішінде республикалық көрсеткіштен жоғары болды және бұл көрсеткіш 2007 жылы 51,0% -дан 2012 жылы 51,9% аралығында пайыздық қатынаста ауытқып отыр. Талдау жасалған кезең ішінде Қарағанды облысында зерттелетін мүгедектік контингентінің жынысы құрылымында әйелдердің үлес салмағы ер адамдарға қарағанда біршама төмен болды және 2007 жылы 30,1%, 2008 ж. – 30,5%, 2009 ж. – 30,1%, 2010 ж. – 30,1%, 2011 ж. – 28,5%, 2012 ж. – 27,1% құрады. 25 кестеде мүгедектік топ бойынша қанайналым жүйесі аурулары салдарынан болған алғашқы реттік мүгедек болып табылғандардың таралуы берілген.

25 кесте - Мүгедектік топ бойынша қанайналым жүйесі аурулары салдарынан болған алғашқы реттік мүгедектердің таралуы

Мүгедек-тік топ	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
1 топ	133	13,4	129	13,4	137	13,7	130	13,2	151	14,5	173	17,8
2 топ	641	64,5	592	61,7	627	62,8	607	61,9	624	59,8	558	57,3
3 топ	220	22,1	239	24,9	235	23,5	244	24,9	269	25,7	243	24,9
Барлығы	994		960		999		981		1044		974	

Қарағанды облысында (АМТ) мүгедектіктің ауырлығына байланысты алғашқы реттік мүгедектің таралу сараптамасы (25 кесте) I және II топтағы мүгедектер (2007ж. - 77,9%, 2008 ж. - 75,1%, 2009 ж. - 76,5%, 2010 ж. - 75,1%, 2011 ж. - 74,3%, 2012 ж. - 75,1%) басым болғанын көрсетті. Сонымен қатар, соңғы 2 жылда I топтағы мүгедектер санының 2011 жылы 1,3% және 2012 жылы 3,3% көбеюі байқалуда.

Зерттелетін контингентте III топтағы мүгедектер орташа 24,3% құрайды, ол мүгедектік патологиясының ауырлығымен, қосымша басқа да аурулармен және соның салдары ретінде тіршілік ету деңгейінің шектеулілігімен түсіндіріледі. Қанайналым жүйесі аурулары салдарынан болған жас ерекшелік топтағы алғашқы реттік мүгедектік 26 кестеде берілген.

26 кесте - Қанайналым жүйесі аурулары салдарынан болған жас ерекшелік топтағы алғашқы реттік мүгедектік

Жыл	Барлығы	16-39 жас		40 жастан зейнеткерлік жасқа дейін		Зейнеткерлік жас	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
2007	994	29	2,9	895	84,0	70	7,1
2008	960	24	2,5	870	90,6	66	6,9
2009	999	30	3,0	895	89,6	74	7,4
2010	981	33	3,4	883	90,0	65	6,6
2011	1044	31	3,0	945	90,5	68	6,5
2012	974	63	6,5	807	82,6	104	10,8

26 кестеде берілгендей, облыстағы орта жастағы мүгедектердің (40 жастан зейнеткерлік жасқа дейін) үлес салмағы аса жоғары, сонымен қатар, бұл көрсеткіш тұрақты 80% (сараптама уақыты кезеңінде орташа – 87,9%) құрайды. Жас ерекшелік топта 18-жастан 39 жасқа дейін 2007 жылы 2,9%, 2012 жылы 6,5%-ға дейін өсу тенденциясы байқалған, мұндай көрсеткіштер 2007 жылы 7,1%, 2012 жылы 10,8% зейнеткерлік жас арасында да байқалған.

Сонымен, Қарағанды облысында қанайналым жүйесі аурулары салдарынан болған алғашқы реттік мүгедектің деңгейі 2007 жылы 10 мың халыққа 10,3-тен 2010 жылы 11,8, және 2012 жылы 9,8 аралығында ауытқып отырған. Ауыр мүгедектікке алып келетін, жүрек – қантамыр жүйесі аурулары арасында алдыңғы орында цереброваскулярлы аурулары алады, орташа жылдық деңгейі – 48,5%, екінші орында – 34,3% орташа жылдық көрсеткішпен жүректің ишемиялық ауруы (ЖИА) үшінші орында – жүрек - қантамыр жүйесінің басқа аурулары 11,5% алады. Жұмысшылардың саны Қарағанды облысында қанайналым жүйесі аурулары салдарынан болған алғашқы реттік мүгедектіктің ішінде республикалық көрсеткіштен жоғары болды, әйелдердің үлес салмағы ер адамдардың үлес салмағына қарағанда біршама төмен болды. Зерттелетін контингентте мүгедектіктің ауыр тобы басым болды, сонымен қатар соңғы 2 жыл ішінде 1 топ мүгедектердің 2011 жылы 3%-ға және 2012 жылы 3,3%-ға өсуі байқалуда.

2009-2013 жж. аралығында біз Қарағанды облысы бойынша 18 – жасқа дейінгі балалар арасында алғашқы реттік мүгедектікке сараптама жасадық (27 кесте).

27 кесте – Қарағанды облысы бойынша 18 – жасқа дейінгі балалар арасындағы алғашқы реттік мүгедектік

Жасы	Жылдар				
	2009 ж.	2010 ж.	2011 ж.	2012 ж.	2013 ж.
18 жасқа дейін	2362	2382	2256	2127	2080
16 жасқа дейін	507	549	551	572	588
16 жастан 18 жасқа дейін	47	31	43	32	36

27 кестеде берілгендей, мүгедек – балалардың көбісі 16 жасқа дейінгі жас ерекшелік топта басым екенін дәлелдейді. Қарағанды облысы бойынша жасөспірімдердің алғашқы реттік мүгедектіктің көрсеткіші (16-18 жас) 28 кестеде берілген.

28 кесте – 2009-2013 жж аралығында (10 000 балаға шаққанда) Қарағанды облысы бойынша жас өспірімдердің алғашқы реттік мүгедектің көрсеткіші

Жылдар	Алғашқы реттік мүгедектіктің көрсеткіші
2009	10,3
2010	4,7
2011	10,3
2012	5,2
2013	9,6

28 кестеде көрсетілгендей, алғашқы реттік мүгедектік көрсеткішінің азаюы байқалған, 10 000 балаға шаққанда 2009 жылы – 10,3, ағымдағы жылдың 10000 тұрғынына шаққанда 9,6 құрады. Жыныстық ерекшелік бойынша жасөспірімдер арасында алғашқы реттік мүгедектің таралуы 29 кестеде берілген.

29 кесте – 2009-2013 жж. аралығында Қарағанды облысы бойынша жасөспірімдер мүгедектігінің құрылымы (%)

Жылдар	Жынысы	
	ұлдар	қыздар
2009	55,3	44,7
2010	51,6	48,4
2011	50,4	49,6
2012	53,6	46,4
2013	52,8	47,2

29 кестеден көріп отырғандай, 16-18 жас аралығындағы мүгедек - жасөспірімдер арасындағы алғашқы реттік мүгедектік ер балалар арасында басым екенін көрсетті, оның орташа көрсеткіші - 52,7%, қыздар үшін - 47,3%.

Қазақстан Республикасының мүгедектерді әлеуметтік қорғау Заңында балаларда мүгедектік топ 16 жастан бастап анықталатыны айтылған. 2009-2013жж. аралығында Қарағанды облысы бойынша қала және ауыл халқы арасында алғашқы реттік мүгедектің ауырлық құрылымы 30 кестеде берілген.

30 кесте - 209-2013 жж. аралығында Қарағанды облысы бойынша мүгедектің ауырлығы бойынша бірінші реттік мүгедектің құрылымы

Жыл	Анықталғаны		Оның ішінде анықталғаны					
			1 топтағы мүгедек - бала		2 топтағы мүгедек - бала		3 топтағы мүгедек - бала	
	Қала	Ауыл	Қала	Ауыл	Қала	Ауыл	Қала	Ауыл
2009	47	17	-	9	18	3	29	5
2010	31	29	-	8	13	4	18	17
2011	43	30	-	5	16	9	27	16
2012	32	31	1	2	13	7	18	22
2013	36	14	1	2	14	4	21	8

30 кестеден көріп отырғандай, мүгедек–балалардың көп үлесі үшінші топтағы мүгедек-балаларға сәйкес келеді. 2009 жылдан 2012 жылдар аралығында мүгедек–балалардың саны ұлғайып келеді. Қала және ауыл тұрғындары арасындағы мүгедек–балалардың көбісі үшінші топқа сәйкес келеді.

2009-2013 жж. аралығында Бұқар-Жырау ауданында басқа аудандарға қарағанда мүгедек–балалар көп анықталды. 2009-2013 жж. аралығында Қарағанды облысы аудандары бойынша мүгедек-балалардың жыныс ерекшелігі бойынша таралуы, Бұқар-Жырау ауданында мүгедек-жасөспірімдер арасында ер баланың басым екенін көрсетті.

Мүгедектің құрылым бойынша ауылды елді мекендерде тұратын жасөспірімдер ауруларының арасында бірінші орынды жүйке жүйесі аурулары алады.

3.3 2011-2014 жылдары облыстың ауыл тұрғындарын жылжымалы медициналық кешенмен алдын алу зерттеулерінің нәтижелері

Зерттелетін аудан тұрғындары арасында әлеуметтік маңызды аурулардың таралу деңгейінің жоғары болуына байланысты тереңдетілген, мақсатқа бағытталған алдын алу тексерулері жүргізілді.

2011 жылда жылжымалы медициналық кешенмен жүргізілген алдын алу тексерулерінің қорытынды сараптамасы келесіні көрсетті:

ҚР ДСМ 11 наурыз 2011 жылдың «Жылжымалы медициналық кешендердің қызметін ұйымдастырудың нұсқамасын бекіту туралы» №128 бұйрығына сәйкес Қарағанды облысының жеке аудандарына халыққа медициналық тексерулер мен емдеу - кеңес беру көмегін іске асыру үшін 4 жылжымалы медициналық кешен сатып алынды (ЖМК). 2011-2013 жж. елді мекендерде алдын алудың медициналық тексеру ЖМК жүргізілді. Жалпы Қарағанды облысы бойынша 33213 адам (181,8%) медициналық тексерумен қамтамасыз етілді. Аудандар бойынша 28980 адам, қала бойынша 4233 адам қамтылды. 2011 жылда Қарағанды облысы халқын ЖМК медициналық тексерумен облыс бойынша 17588

адам, ал аудандар бойынша 17283 адам және қала бойынша 305 адам қамтылды (31 кесте).

31 кесте – 2011 жылда Қарағанды облысы аудандары бойынша халықтың ЖМК медициналық тексерумен қамтылу саны

Аудандар	Медициналық ЖМК қамтамасыз етілген халық саны		
	барлығы	скрининг	кеңес беру
Ақтоғай	3451	2471	980
Бұқар -Жырау	4032	1118	2914
Жаңа-Арқа	3907	2502	1405
Қарқаралы	3474	1974	1500
Нұра	3689	2337	1352
Осакаровка	1108	645	463
Ұлытау	3485	3485	-
Шет	5834	2751	3083
Облыс бойынша	28980	17283	11697

Қарқаралы ауданында скринингтік тексерулерге жататын медициналық тексерумен 159,7%, оның ішінде скринингтік тексерумен 90,8 % қамтылды. Шет ауданында 197,6 % адам қаралды. Оның ішінде халықтың 93,2% скринингтік тексерумен қамтылды. Бұл елді мекендерде 9618 адам мекен етеді. Жаңа-Арқа ауданында халықтың 40,6% медициналық тексерумен қамтылды, скринингтік тексерумен 100% қамтылды. Ақтоғай ауданында 128,7% адам қамтылып, скринингтік тексеру 92,1%. Бұқар - Жырау ауданында скринингтік тексеру 97,0% адамды қамтыды. Нұра ауданында жалпы 157,3% қаралды, оның ішінде скринингтік тексерумен - 99,5% қамтылды. Осакаровка ауданында халықтың 166,6% қаралып, оның ішінде скринингтік тексерумен 97% қамтылды. Ұлытау ауданында халықтың 100% қаралды.

Облыс бойынша мамандармен кеңес беру – 49461, диагностикалық зерттеулер – 37373, лабораториялық зерттеулер – 24360; аудандар бойынша кеңес беру – 45037, диагностикалық зерттеулер – 34674, лабораториялық зерттеулер – 20118; қала бойынша мамандармен кеңес беру – 4424, диагностикалық зерттеулер – 2699, лабораториялық зерттеулер – 4242.

32 кестеде жылжымалы медициналық кешенде бейінді мамандардың диагностикалық, кеңес беруі, лабораториялық зерттеулері көрсетілген.

32 кесте – 2011 жылда Қарағанды облысы аудандары бойынша жүргізілген ЖМК скринингтік зерттеулердің саны

Аудан аты	ЖМК де жүргізілді		
	диагностикалық зерттеулер	лабораториялық зерттеулер	бейінді мамандардың кеңес беруі
Ақтоғай	5965	3751	6668
Бұқар - Жырау	3416	2491	4297
Жаңа-Арқа	5540	3046	5120
Қарқаралы	5096	4023	6319
Нұра	4832	1644	9061
Осакаровка	337	440	1279
Ұлытау	2927	1181	4804
Шет	6561	3542	7489
Облыс бойынша	34674	20118	45037

Емхалар мен стационарлық жағдайда ауруларды анықтау және сауықтыру бойынша ЖМК жүргізілген медициналық тексерулердің қорытындысы 33 кестеде берілген.

33 кесте – 2011 жылы Қарағанды облысы бойынша ЖМК-де анықталған және сауықтырылған халық саны

Ауданның аты	Жалпы скринингтік зерттеулерге жатағындар	Анықталғаны						Анықталғандардың ішінде					
		барлығы		диагнозбен алғаш анықталған		"Д" аурулар, "Д" есепке тіркелгендер		барлығы		амбулаториялық		стационарлы емдеу	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ақтоғай	2682	683	19,8	325	9,4	358	10,4	182	26,6	167	24,4	15	2,2
Бұқар – Жырау	1160	753	18,7	535	13,3	217	5,4	191	25,4	179	23,8	12	1,6
Жаңа-Арқа	2500	619	15,8	391	10	228	5,8	135	21,8	82	13,3	53	8,5
Қарқаралы	2174	587	16,9	236	6,8	351	10,1	70	11,9	40	6,8	30	5,1
Нұра	2350	938	25,4	758	20,5	180	4,9	51	5,4	35	3,7	16	1,7
Осакаровка	665	195	17,6	106	9,6	89	8	44	22,5	15	7,7	29	14,8
Ұлытау	3485	444	12,7	201	5,8	243	7	49	11	-	-	49	11
Шет	2951	1030	17,7	318	5,5	712	12,2	268	26	232	22,5	36	3,5
Облыс бойынша	17967	5249	16,0	2870	8,9	2378	7,01	990	16,7	750	11,3	240	5,4

33 кестенің мәліметі бойынша Қарқаралы ауданында алғаш рет аурудың 16,9% анықталды, Шет ауданында аурудың 17,7% анықталды, оның ішінде 5,5% алғаш рет анықталған науқастар. Жаңа-Арқа ауданында – 15,8%, оның ішінде 10%. Ақтоғай ауданында – 19,8%, «Д» есепке тіркелгендер – 10,4%. Бұқар-Жырау ауданында - 18,6%, оның ішінде 13,3% алғаш рет анықталған науқастар, 5,4% диспансерлік есепте тұратындар. Нұра ауданында аурулар – 25,4%, оның ішінде 20,5% алғаш рет анықталған науқастар, 4,9% есепте тіркелгендер. Осакаровка ауданында – 17,6%, оның ішінде 9,6% алғаш рет анықталған науқастар, 8,0% «Д» есепте тіркелгендер.

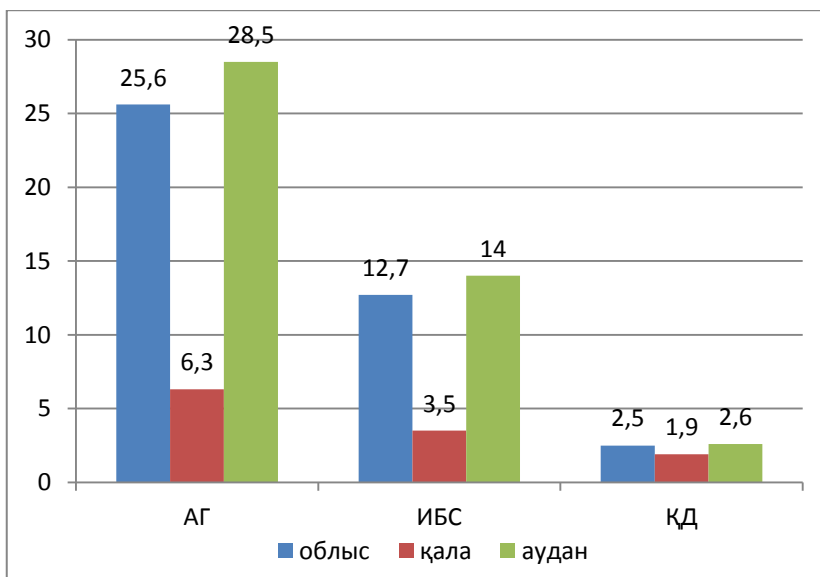
2011 жылда ЖМК қорытындылары бойынша диспансерлік есепке алынған адамдардың саны 34 кестеде берілген.

34 кесте – 2011 жылы ЖМК қорытындылары бойынша диспансерлік есепке алынған адамдардың саны

Ауданның аты	Жалпы қаралуға жататындар, скрининг	Диспансерлік есепке алынуға жататындар	
		абс.	%
Ақтоғай	2682	87	12,7
Бұқар-Жырау	1160	120	15,9
Жаңа-Арқа	2500	195	31,5
Қарқаралы	2174	46	7,8
Нұра	2350	149	15,8
Осакаровка	665	84	43,0
Ұлытау	3485	70	15,7
Шет	2951	164	15,9
Облыс бойынша	17967	915	19,7

34 кестеде берілгендей, ЖМК қорытындылары бойынша Ақтау кентінде есепке 24,9% қойылды, Жаңа-Арқа ауданында 31,5% адам, Осакаровка ауданында – 43,0%.

Әлеуметтік – маңызды ауруларды (АГ, ЖИА, ҚД) анықтауда скринингтік тексерудің қорытындылары 16 суретте берілген.



16 сурет – 2011 жылы Қарағанды облысы бойынша АГ, ЖИА, қант диабетімен ауыратын аурулардың саны

16 суретте берілгендей анықталғандардың ішінде ең көп пайыздық көрсеткіш қалалық жерлерде, ауылды жерлерде де АГ ауруына сәйкес келеді. Аудандар бойынша АГ ауруымен алғаш рет анықталғандар саны - 28,5%, жүректің ишемиялық ауруы – 14,0%.

Аудандар бойынша науқастарды анықтауда ЖМК нәтижелері 35 кестеде берілген.

35 кесте – 2011 жылы Қарағанды облысының аудандары бойынша АГ, ЖИА, ҚД, ОИМ анықталған науқастардың саны

Аймақтар	Алғаш анықталғандар							
	АГ		ОИМ		ЖИА		Қант диабеті	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ақтоғай	106	32,6	1	0,2	99	30,6	1	0,3
Бұқар - Жырау	135	25,1	-	-	84	15,7	10	1,8
Жаңа-Арқа	107	27,4	-	-	56	14,3	4	1
Қарқаралы	190	80,5	-	-	10	4,2	3	1,3
Нұра	165	21,8	2	0,3	89	11,7	12	1,6
Осакаровка	15	14,2	-	-	10	9,4	-	-
Ұлытау	81	40,3	-	-	17	8,5	4	2
Шет	20	6,3	-	-	38	11,9	41	12,9
Облыс бойынша	81,9	31,0	3	0,6	403	13,2	75	2,6

35 кестеде АГ ауруының көп анықталуы байқалған, Қарқаралы ауданында - 80,5%, ЖИА Ақтоғай ауданында - 30,6%.

2012 жылы жылжымалы медициналық кешенмен жүргізілген алдын алу медициналық тексерулердің қорытындылары келесідей болған.

2012 жылы ЖМК скринингтік тексеруге алыс орналасқан елді мекендердегі ересек адамдармен қоса балаларда тексерілген. 2011 жылы денсаулық сақтау жүйесіне ЖМК кезеңмен енді ғана еңгізуді бастағанда, 2012 жылы халықты тексеру үшін Қарағанды облысында бар 4 ЖМК іске асырылып, қосылды. Халықты тексеру сәуір айында басталып, 2012 жылдың желтоқсан айының ортасына дейін жалғасты. Жоспарлы скринингтік тексеруден басқа, ЖМК бригадасы халыққа диагностикалық – кеңес беру көмегін көрсетті.

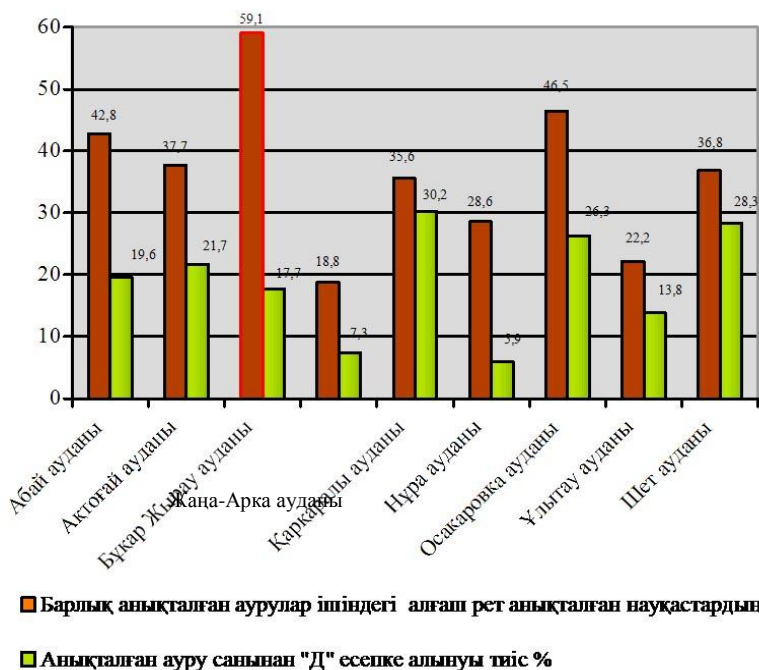
2012 жылы жоспарға сәйкес, ЖМК-мен Қарағанды облысының 9 ауданы, алыс орналасқан 200 елді мекендер, Балқаш қаласы, Қаражал қаласы, Жәйрем кенті, Ақтау кенті, Приозерск қаласының 85 540 тұрғыны медициналық тексеруден өтуі тиіс. 4 ЖМК іске қосылған. Шынында 2012 жылы облысымыздың 9 ауданынан, 200 елді мекеннен, Қаражал, Балқаш, Приозерск қалаларынан, Жәйрем, Ақтау кентінен 92 093 адам (жоспардан 107,6 %) қаралды.

Аудандардың географиялық орналасуын, елді мекендердің «шашыраңқы» орналасуын ескере отырып, Нұра, Ақтоғай, Осакаровка аудандарында, сонымен қатар Бұқар-Жырау ауданында мақсатты топтың көп болу санына байланысты медициналық тексеру екі – үш кезеңнен жүргізілді. Скринингтік медициналық тексеруден 32 540 ересек адам және 22030 бала өтті. 20 8550 адамға диагностикалық зерттеулер (оның ішінде аудандар бойынша 190 723) жүргізілді. 198795 адамға (оның ішінде аудандар бойынша 180290 адамға) медициналық қызмет көрсетілді.

Жүргізілетін зерттеулер 1 адамға скринингтік тексеру бойынша – 2,3 құрайды; арнайы жеке мамандармен тексеру – 2,1. Скринингтік тексеру жүргізудің нәтижесінде 31 773 адам (34,5%) науқас анықталған, анықталған науқастардың ішінде 4865 адам – 15,3% сауықтырылған. 6471 адам (20,4%) «Д» есепке тіркелуі тиіс. 918 адамға (2,9%) стационарлық ем қабылдауы ұсынылған.

Қарағанды облысы аудандары бойынша 2012 жылы анықталған науқастардың ЖМК алдын алу тексеруінің қорытындысы 36 кестеде берілген.

17 суретте Қарағанды облысы аудандары бойынша алғаш рет анықталған науқастардың саны көрсетілген



17 – Қарағанды облысы аудандары бойынша анықталған науқастардың саны

36 кесте – Қарағанды облысы аудандары бойынша 2012 жылы анықталған науқастардың ЖМК алдын алу тексеруінің қорытындысы

Аймақтың атауы	Алдын алу тексеруге жатқызылғандар (ересек және балалар)	Анықталған науқастар					
		барлығы (ересек және балалар)		оның ішінде			
				алғаш анықталған диагнозбен		"Д" науқастар, "Д" есепке тіркелгендер	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Абай ауданы	6881	3064	44,5	1066	34,8	1472	48,0
Ақтоғай ауданы	10237	3778	36,9	1231	32,6	1799	47,6
Бұқар -Жырау	10951	7287	66,5	3420	46,9	2362	32,4
Жаңа-Арқа	14196	2524	17,8	498	19,7	1413	56,0
Қарқаралы	8812	4021	45,6	1541	38,3	1768	44,0
Нұра ауданы	4101	2113	51,5	846	40,0	658	31,1
Осакаровка	5801	2741	47,3	951	34,7	958	35,0
Ұлытау ауданы	5753	1211	21,0	197	16,3	844	69,7
Шет ауданы	7134	2857	40,0	1819	63,7	890	31,2
Облыс бойынша	73866	2959	41,2	11569	36,3	12164	43,8

36 кестеден көріп отырғанымыздай облыс бойынша 85540 адам тексерілуі тиіс еді, анықталған науқастар саны 37,1%, алғаш рет 37,8%, "Д" есепте тұрғандар 41,4%.

Қарағанды облысы бойынша халықтың ЖМК қаралып, тексерілуі жоспарлағаннан әлде қайда көп болды (37 кесте).

37 кесте – Қарағанды облысы бойынша ЖМК мен тексерілген халықтың 2012 жылғы нәтижелері

Аймақтың атауы	Қаралуға тиістісі	Қаралды	Оның ішіндеарнайы мамандармен %	Лабораториялық - құралдармен тексеруді жүргізу (1 адамға)
Қалалар	11674	11372	1,6	1,6
Аудандар	73866	80721	2,2	2,4
Қарағанды облысы	85540	95093	2,2	2,3

Қарағанды облысының халқы арнайы мамандармен қаралды. Аудандар мен облыс бойынша халықтың 2,2%, қалалар бойынша 1,6% тексерілді. 37 кестеде берілгендей аудандар мен облыс бойынша 1 адамға жүргізілген есеппен зертханалық-құралмен зерттеудің ЖМК нәтижелері сәйкесінше 2,4% және 2,3%. Облыс қалалары бойынша – 1,6%.

38 кесте - 2012 жылы Қарағанды облысы бойынша ЖМК жүргізілген медициналық тексерудің қорытындысы берілген

Аймақтың атауы	Алдын алу тексеруден өтуі тиіс (ересек адам және балалар)	Анықталған науқастар барлығы (ересек адам және балалар)		"Д"есепке алынуы тиіс	
		абс.	%		
		абс.	%	абс.	%
Абай ауданы	6881	3064	42,8	600	19,6
Ақтоғай ауданы	10237	3778	37,7	820	21,7
Бұқар -Жырау ауданы	10951	7287	59,1	1289	17,7
Жаңа-Арқа ауданы	14196	2524	18,8	183	7,3
Қарқаралы ауданы	8812	4021	35,6	1214	30,2
Нұра ауданы	4101	2113	28,6	125	5,9
Осакаровка ауданы	5801	2741	46,5	720	26,3
Ұлытау ауданы	5753	1211	22,2	167	13,8
Шет ауданы	7134	2857	36,8	808	28,3
Облыс бойынша	73866	29596	36,4	5926	18,9

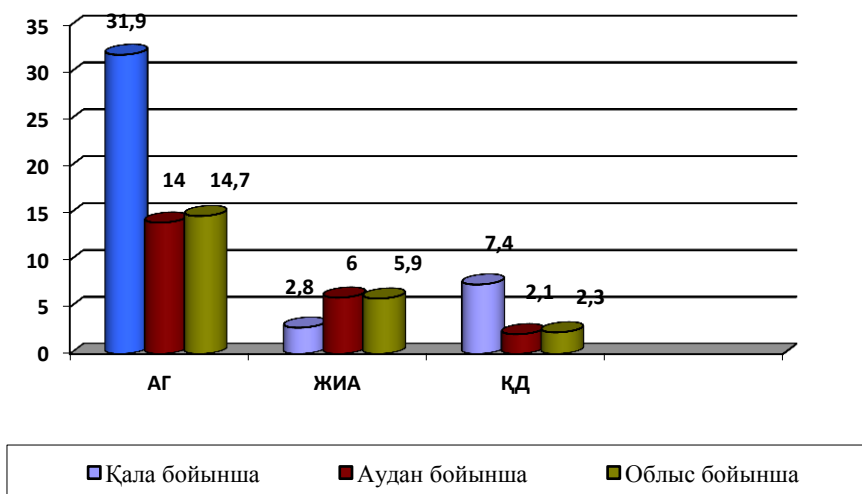
38 кестеде берілген медициналық тексерудің қорытындысы бойынша анықталған 37,1% науқастардың ішінде 20,4% диспансерлік бақылауға алынуы тиіс.

Қарағанды облысы аудандары ішінде 2012 жылы алғаш рет анықталған АГ, ЖИА, қант диабеті ауруларын ЖМК алдын алу тексерудің қорытындысы 39 кестеде берілген.

39 кесте – Қарағанды облысы аудандары ішінде 2012 жылы алғаш рет анықталған АГ, ЖИА, қант диабеті ауруларын ЖМК алдын алу тексерудің қорытындысы

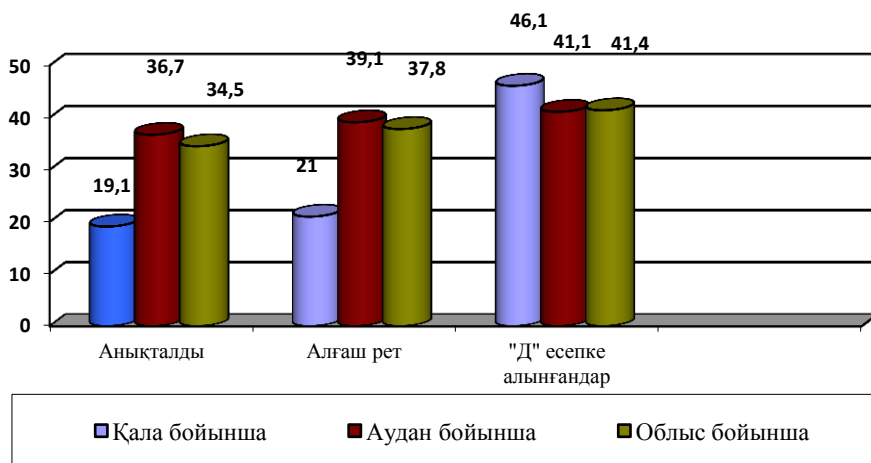
Аймақтың атауы	Барлығы	АГ		ЖИА		Қан диабеті	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Абай ауданы	1066		22,0	144	13,5	45	4,2
Ақтоғай ауданы	1231	145	11,8	39	3,2	38	3,1
Бұқар -Жырау ауданы	3420	165	4,8	199	5,8	24	0,7
Жаңа-Арқа ауданы	498	187	37,6	34	6,8	16	3,2
Қарқаралы ауданы	1541	222	14,4	70	4,5	18	1,2
Нұра ауданы	846	207	24,5	45	5,3	10	1,2
Осакаровка ауданы	951	214	22,5	101	10,6	19	2,0
Ұлытау ауданы	197	49	24,9	21	10,7	18	9,1
Шет ауданы	1819	192	10,6	39	2,1	53	2,9
Облыс бойынша	11569	1616	19,2	692	6,9	241	3,06

Алғаш рет анықталған АГ ауыратын науқастар Ақтауда 58,4%, Жаңа-Арқа ауданында 37,4%, Жәйрем кентінде 29,3% біршама көп. Жүректің ишемиялық ауруымен ауыратын науқастар көбінесе Абай ауданында 13,5% анықталған. Қант диабетімен ауыратын науқастар 17,4% Балқаш қаласында көп.



18 сурет – Қарағанды облысы аудандары ішінде 2012 жылы алғаш рет анықталған АГ, ЖИА, қант диабеті ауруларын ЖМК алдын алу тексеру қорытындысының саны

18 суретте көрсетілгендей қалалар бойынша алғаш рет анықталған АГ бар науқастар 31,9% құрайды. Аудандар бойынша ең көп ЖИА саны 6,0%. Қарағанды облысы қалаларында 7,4% қант диабетімен ауыратын науқастар анықталған. ЖМК анықталған науқастар 36,7%, алғаш рет анықталғандар 39,1% көбінесе Қарағанды облысы аудандарында байқалады. Қалалық мекемелерде диспансерлік тіркеуде тұрған науқастардың арасында 46,1% анықталды (19 сурет).



19 сурет – 2012 жылы Қарағанды облысы бойынша ЖМК анықталған науқастардың саны

Сонымен, 2011ж. Қарағанды облысының 112 елді мекендері (27,3%) бойынша 33213 адам (181,8%) қаралды. Аудандар бойынша 28980 адам, қала бойынша 4233 адам қамтылды.

2012 жылы облыста жылжымалы медициналық кешенмен жоспарға қарағанда көбісі тексерілген. Облыс бойынша 85540 адам тексерілуі тиіс еді, оның ішінде алғаш рет 37,8% диспансерлік науқастарды құрады, "Д" есепте тіркеуде тұрғандар - 41,4%. 2012 жылы ЖМК қорытындысы бойынша АГ - 31,9%, ЖИА-6,0%, ҚД-7,4% науқас анықталды. Аудандарда АГ ауыратын науқастар Ақтауда - 58,4%, Балқашта ҚД-17,4% анықталған.

2013 жылы жылжымалы медициналық кешенмен жүргізілген алдын алу тексерудің қорытындысы келесідей болды.

2013 жылы жылжымалы медициналық кешенмен жүргізілген медициналық тексерудің бекітілген жоспары бойынша Қарағанды облысының 9 ауданында шалғай орналасқан 138 елді мекеннің 69 263 тұрғыны қаралуы тиіс еді.

Ауа райы және климаттық жағдайды ескере отырып және ЖМК ұзақ уақыт бойы төмен температурада қызмет атқаратының біле отыра, облыста тексеру 2013 жылдың 2-ші кварталынан (сәуір, мамыр, маусым) басталды. Аудандардың географиялық орналасуын ескере отыра, Ақтоғай, Бұқар-Жырау аудандарында елді мекендердің «шашыраңқы»

орналасуы, сонымен қатар мақсатты топтың көп болуына байланысты медициналық тексеру екі кезеңде өтті.

2013 жылдың 12 ай ішінде жоспарланған 138 елді мекеннің 138 (100%) тексерілуден өтті. Оның ішінде аудандардың (Абай, Ақтоғай, Бұқар-Жырау, Жаңа-Арка, Қарқаралы, Нұра, Осакаровка, Ұлытау, Шет аудандары) 133 елді мекенінде.

40 кесте – 2013 жылда медициналық алдын алудың жылжымалы медициналық кешенмен тексерудің нәтижелері

№	Елді мекеннің атауы	Жоспар бойынша	Барлық қаралғандар
1	Абай ауданы	3789	4042
2	Ақтоғай ауданы	7616	7138
3	Бұқар-Жырау ауданы	8162	8303
4	Жаңа-Арка ауданы	7059	7348
5	Қарқаралы ауданы	6550	7734
6	Нұра ауданы	4524	4907
7	Осакаровка ауданы	4228	4615
8	Ұлытау ауданы	7909	7690
9	Шет ауданы	5053	6518
	Облыс бойынша	54890	58295

Бекітілген жоспарға сәйкес 2013 жылы ЖМК 69 263 тұрғын медициналық тексерілуі тиіс. (71785 адам қаралды). Оның ішінде 21 448 ересек адам скринингтік тексеруден өтуі тиіс (22 175 адам қаралды, ол жылдық жоспардың (103,4%) құрайды), оның ішінде фертильді (бала тууға болатын жас) жастағы тексерілген әйелдер саны 8055 адам, ол тексерілгендердің (11,2%) құрайды. 0 мен 17 жас аралығында скринингтік тексерістен 24 323 адам өтуі тиіс (23 952 адам қаралды, ол тексерілгендердің (33,4%) құрайды), оның ішінде 1 жасқа дейін 1890 бала болды, тексерілгендердің (2,6%) құрайды.

2013 жылдың есеп беру кезеңінде жүргізілген зерттеулер саны 179 082 болды, оның ішінде диагностикалық зерттеулер 87681 (скрининг бойынша 43642) және лабораториялық зерттеулер 91401 (скрининг бойынша 34520). Тексерілгендердің ішінде 1 адамға жүргізілген зерттеулер саны 2,5 %, Сонымен жүргізілген 179 082 зерттеулердің ішінде: флюорография 2589 (1,7%), ФГДС 2352 (1,3%), рентгенография 9550 (5,3%), УДЗ 18183 (10,2%), кольпоскопия 1736 (1,0%), ректороманоскопия 495 (0,3%), ЭКГ 29795 (16,6%), жанасусыз тонометрия 22981 (12,8%), қанның анализаторда гематологиялық зерттелуі 23271 (13,0%), зәрдің анализаторда зерттелуі 9154 (5,1%), қанның анализаторда биохимиялық зерттелуі 57572 (32,1%), цитологиялық зерттеулер 1017 (0,6%), нәжістің жасырын қанға зерттелуі 387 (0,2%). 163 890 білікті мамандармен кеңес беру жұмысы жүргізілді (оның ішінде 138 556 аудандар бойынша). Тексерілгендердің арасында арнайы мамандардың 1 адамға жүргізілген зерттеулер саны 2,3%, оның

ішінде халықтың ең көп қаралған маманы ол терапевт 32 749 (20%), 0-ден 17 жасқа дейінгі балалардың педиатр маманына қаралу саны 23 952 (15%), кардиологқа 14416 (9,0%), эндокринологқа 2258 (1,0%), фтизиатрға 5299 (3,0%).

Хирург, отоларинголог, офтальмолог сияқты арнайы мамандардың кеңес беру қызметі жүргізілді, 57255 (421 емханалық (0,7%) ота жасалды, невропатолог 3996 (2,0%), гинеколог 1 3183 (оның ішінде шұғыл ота жасау 352 (2,5%), стоматолог 10220 (1380 (14,0%) санация жүргізілді/балалар.

Скринингтік тексеру жүргізудің нәтижесінде 14 793 (20,6%) ауру анықталды, алғаш рет қойылған диагнозбен 7413 адам (50,1%) анықталды. Анықталғандардың ішінде 2558 (17,3%) адам сауықтырылды. Ауруханада 2223 (86,9%) адам, күндізгі стационарда 26 (1,0%) адам. 336 (2,3%) адамға ары қарай стационарлық ем қабылдау ұсынылған. 2369 (16,0%) адам «Д» есепке алынуы тиіс. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және насихаттау бойынша жүргізілген іс шаралардың (дәрістер, әңгімелесу және т.б.) саны -5118.

Аудандар бойынша жүргізілген ЖМК қызметінің сараптамасы келесі мәліметтерді анықтады:

Абай ауданы. ЖМК бойынша қамтамасыз етілген халық саны небәрі 4042 адамды құрады, сонымен қатар тексерілген балалар мен ересек адамдар ішінде 239 фертильді (бала тууға болатын жас) жастағы әйелдер, оның ішінде скринингтік тексеруден 2189 адам ересек адамдар, 900 адам 0-17 жасқа дейінгі (22,3%) балалар, қаралғандардың ішінде 1 жасқа дейінгі балалар саны 98 (2,4%), КДҚ 953 адам.

7 634 диагностикалық зерттеулер жүргізілді, оның ішінде 4 288 скрининг бойынша, 8 188 лабораториялық зерттеулер, оның ішінде 4 234 скрининг бойынша және 10 850 арнайы мамандардың кеңес беруі, оның ішінде 7 822 скрининг бойынша. Жүргізілген зерттеулердің саны 15 882 (қаралғандардың санынан 1 адамға шаққанда 3,9 %). Сонымен, 15 882 жүргізілген зерттеулерден: рентгенография 1412 (8,9%), УЗИ 1595 (10,1%), кольпоскопия 280 (1,8%), жанасусыз тонометрия 1905 (12,0%), ЭКГ 2442 (25,4%), анализатормен қанның гематологиялық зерттелуі - 2728 (17,2%), анализаторда несептің зерттелуі 353(2,2%), қанның анализаторда биохимиялық зерттелуі 5107 (32,3%).

Арнайы мамандармен қаралғандардың саны 10850 (қаралғандардың санынан 1 адамға шаққанда 2,7%). Оның ішінде халықтың ең көп қамтылғаны кардиологтың үлесіне тиісілі 2260 (20,8%), эндокринолог 2258 (20,8%), терапевт 819 (7,55%), педиатр 900 (8,3%), отоларинголог 914, офтальмолог 2097, гинеколог 675 (оның ішінде 17 шұғыл ота жасалған (2,5%), стоматолог 927 (жүргізілген санация/балалар 32 (3,5%)). Сонымен қатар тексерілгендердің ішінен 1626 (40,2%) науқас анықталды, анықталғандардың ішінде алғаш рет пайда болған диагнозбен 1146 адам (ересек және балалар) (70,5%) анықталды. Анықталғандардың ішінде 1293 адам (79,5%) сауықтырылды, сонымен қатар сауықтырылғандардың

ішінде емханада 1278 адам (98,8%). Анықталғандардың ішінде 15 (0,9%) адамға стационарлық емдеу ұсынылған.

«Д» есепке барлығы 480 адам (ересек және балалар) тіркеуге алынған. Анықталғандардың ішінде 344 адам (21,2%) «Д» есепке алынуы тиіс.

Актоғай ауданы. Медициналық тексерумен қамтамасыз етілген адам саны небәрі 7138, сонымен қатар тексерілген балалар мен ересек адамдар ішінде 465 фертильді жастағы әйелдер (6,5%) қаралды, оның ішінде скринингтік тексеруден 1403 ересек жастағылар, 2234 адам 0-17 жасқа дейінгі (31,3%) балалар, қаралғандардың ішінде 1 (2,4 %) жасқа дейінгі балалар саны 115, ҚДҚ 3501 адам.

9575 диагностикалық зерттеулер жүргізілді, оның ішінде 2927 скрининг бойынша, 9808 лабораториялық зерттеулер, оның ішінде 2806 скрининг бойынша және 18173 арнайы мамандардың кеңес беруі, оның ішінде 6126 скрининг бойынша. Жүргізілген зерттеулердің саны 19383 (тексеруден өткендердің 1 адамға шаққанда 2,72,7%). Сонымен, 19 383 жүргізілген зерттеулерден: флюорография 864 (4,5%), УДЗ 1355 (7,0%), кольпоскопия 280 (1,8%), контактісіз тонометрия 2452 (12,7%), ЭКГ 4904 (25,3%), қанның анализаторда биохимиялық зерттелуі 9808 (50,6%).

Арнайы мамандармен қаралғандардың саны 18173 (тексеруден өткендердің 1 адамға шаққанда 2,5%). Оның ішінде халықтың ең көп қамтылғаны терапевтің үлесіне тиісілі 4904 (26,99%), педиатр 2234 (12,3%), хирург 3470, (амбулаториялық 22 отажасалды (0,63%), отоларинголог 1866 (3 ота жасалды (0,16%), офтальмолог 3541 (32 ота жасалды (0,9%), гинеколог 1596 (оның ішінде 75 шұғыл ота жасалды (4,7%).

Сонымен қатар, тексерілгендердің ішінен 598 (8,42%) науқас анықталды, анықталғандардың ішінде алғаш рет пайда болған диагнозбен 351 адам (ересек және балалар) (58,7%) анықталды. Анықталғандардың ішінде 142 адам (23,7%) сауықтырылды, сонымен қатар сауықтырылғандардың ішінде емханада 110 адам (77,5%), күндізгі стационарда 10 (7,0%). Анықталғандардың ішінде 22 (3,7%) адамға стационарлық емдеу ұсынылған.

«Д» есепке барлығы 247 (41,3%) адам (ересек және балалар) тіркеуге алынған. Анықталғандардың ішінде 43 адам (7,2%) «Д» есепке алынуы тиіс.

Бұқар-Жырау ауданы. ЖМК бойынша қамтамасыз етілген халық саны не бәрі 8303 адамды құрады, сонымен қатар тексерілген балалар мен ересек адамдар ішінде 1438 фертильді жастағы әйелдер (17,3%), оның ішінде скринингтік тексеруден 2760 адам ересек жастағылар, 0-17 жасқа дейінгі (47,7%) балалар, қаралғандардың ішінде 1 жасқа дейінгі балалар саны 290 (3,5 %), ҚДҚ 1583 адам.

9 298 диагностикалық зерттеулер жүргізілді, оның ішінде 5 905 скрининг бойынша, 14 286 лабораториялық зерттеулер, оның ішінде 4 240 скрининг бойынша және 18 784 арнайы мамандардың кеңес беруі, оның ішінде 9 443 скрининг бойынша. Жүргізілген зерттеулердің саны 23 584

(тексеруден өткендердің 1 адамға шаққанда 2,8 %). Сонымен, 23 584 жүргізілген зерттеулерден: рентгенография 1285 (5,4%), УДЗ 1767 (7,5%), кольпоскопия 280 (1,8%), жанасусыз тонометрия 2642 (11,2%), ЭКГ 3604 (15,3%), анализатормен қанның гематологиялық зерттелуі - 3705 (15,7%), анализаторда несептің зерттелуі 3647 (15,5%), қанның анализаторда биохимиялық зерттелуі 6934 (29,4%).

Арнайы мамандармен қаралғандардың саны 18784 (тексеруден өткендердің 1 адамға шаққанда 2,3%). Оның ішінде халықтың ең көп қамтылғаны терапевтің үлесіне тиісілі 3847 (20,48%), педиатр 3960 (21,1%), отоларинголог 1041 (32 амбулаториялық ота жасалды (3,07%)), офтальмолог 2533 (0,039%) амбулаториялық ота жасалды), гинеколог 1160 (0,1%) шұғыл ота жасалды, стоматолог 4126 (санация жүргізілді/балалар 647 (15,7%).

Сонымен қатар тексерілгендердің ішінде (36,6%) ЗОЮ науқас анықталды, анықталғандардың ішінде алғаш рет пайда болған диагнозбен 1175 адам (ересек және балалар) (39,0%) анықталды. Анықталғандардың ішінде 64 адам (2,1%) сауықтырылды, сонымен қатар сауықтырылғандардың ішінде емханада 30 адам (46,9%). Анықталғандардың ішінде 34 (1,1%) адамға стационарлық емдеу ұсынылған.

«Д» есепте барлығы 1835 адам (61,0%) (ересек және балалар) тіркеуге алынған. Анықталғандардың ішінде 487 адам (16,2%) «Д» есепке алынуы тиіс.

Жаңа-Арқа ауданы. ЖМК бойынша қамтамасыз етілген халық саны не бәрі 7348 адамды құрады, сонымен қатар тексерілген балалар мен ересек жастағы адамдар ішінде 897 (12,2%) фертильді жастағы әйелдер, оның ішінде скринингтік тексеруден 1981 адам ересек жастағылар, 900 адам 0-17 жасқа дейінгі (22,3%) балалар, қаралғандардың ішінде 1 жасқа дейінгі балалар саны 117 (1,6%), ҚДҚ 4336 адам.

8662 диагностикалық зерттеулер жүргізілді, оның ішінде 4880 скрининг бойынша, 8087 лабораториялық зерттеулер, оның ішінде 3773 скрининг бойынша және 11 663 арнайы мамандардың кеңес беруі, оның ішінде 6995 скрининг бойынша.

Жүргізілген зерттеулердің саны 16749 (тексеруден өткендердің 1 адамға шаққанда 2,3%). Сонымен, 16749 жүргізілген зерттеулерден: рентгенография 2369 (14,1%), УДЗ 1433 (8,6%), кольпоскопия 631 (3,7%) жанасусыз тонометрия 1852 (11,1%), ЭКГ 2395 (14,3%), қанның анализаторда зерттелуі 2504 (15,0%), несептің анализаторда зерттелуі 981 (5,9%), анализаторда қанның биохимиялық зерттелуі 4602 (27,5%).

Арнайы мамандармен қаралғандардың саны 11825 (тексеруден өткендердің 1 адамға шаққанда 1,6%). Оның ішінде халықтың ең көп қамтылғаны терапевтің үлесіне тиісілі 2525 (21,4%), кардиолог 2377 (20,1%), педиатр 1031(8,7%). Хирург, отоларинголог, офтальмолог 2256, гинеколог 1893 сияқты арнайы мамандармен кеңес берілді (оның ішінде 52 (2,7%) шұғыл ота жасалды), стоматолог 1743, (санация жүргізілді/балалар 45 (2,6%).

Сонымен қатар 829 науқас анықталды, анықталғандардың ішінде алғаш рет пайда болған диагнозбен 459 адам (ересек және балалар) (55,4%) анықталды. Анықталғандардың ішінде 150 адам (18,1%) сауықтырылды, сонымен қатар сауықтырылғандардың ішінде емханада 145 адам (96,7%). Анықталғандардың ішінде 5 (0,6%) адамға стационарлық емдеу ұсынылған.

«Д» есепке барлығы 370 адам (44,6%) (ересек және балалар) тіркеуге алынған. Анықталғандардың ішінде 148 адам (17,9%) «Д» есепке алынуы тиіс.

Қарқаралы ауданы. ЖМК 15 елді мекен тексерілді (100%). ЖМК бойынша қамтамасыз етілген халық саны не бәрі 7737 адамды құрады, сонымен қатар тексерілген балалар мен ересек адамдар ішінде 1325 (17,1%) фертильді жастағы әйелдер, оның ішінде скринингтік тексеруден 3363 адам ересек жастағылар, 2354 адам 0-17 жасқа дейінгі (30,4%) балалар, қаралғандардың ішінде 1 жасқа дейінгі балалар саны 183 (2,4%), КДҚ 2017 адам.

13207 диагностикалық зерттеулер жүргізілді, оның ішінде 9501 скрининг бойынша, 13165 лабораториялық зерттеулер, оның ішінде 70354 скрининг бойынша және 22530 арнайы мамандардың кеңес беруі, оның ішінде 13993 скрининг бойынша. Жүргізілген зерттеулердің саны 26 372 (тексеруден өткендердің 1 адамға шаққанда 3,4 %). Сонымен, 26 372 жүргізілген зерттеулерден: рентгенография 2098 (8,0%), УДЗ 2424 (9,2%), кольпоскопия -765 (2,9%), ректороманоскопия- 495 (1,9%), жанасусызтонометрия - 3366 (12,8%), ЭКГ 4059 (15,4%), анализаторда қанның гематологиялық зерттелуі 4183 (15,9%), несептің анализаторда зерттелуі 614 (2,3%), қанның анализаторда биохимиялық зерттелуі 7688 (29,2%), цитологиялық зерттеу 680 (2,6%).

Арнайы мамандармен қаралғандардың саны 22 530 тексеруден өткендердің 1 адамға шаққанда 2,9%). Оның ішінде халықтың ең көп қамтылғаны терапевтің үлесіне тиісілі 4384 (19,46%), кардиолог 3958 (17,6%), педиатра 2354 (10,4%), хирург 2263 (142 (6,27% амбулаториялық ота жасалды), отоларинголог 1903, офтальмолог 3717(12 (0,32% амбулаториялық ота жасалды), гинеколог 2161 (116 шұғыл ота жасалды (5,4%), стоматолог 1790 (санация жүргізілді /балалар 75 (4,2%).

Сонымен қатар 2184 науқас анықталды (28,2%), анықталғандардың ішінде алғаш рет пайда болған диагнозбен 1322 адам (ересек және балалар) (60,5%) анықталды. Анықталғандардың ішінде 228 адам (10,4%) сауықтырылды, сонымен қатар 215 адам (94,3%) емханада сауықтырылған. Анықталғандардың ішінде 13 (0,6%) адамға стационарлық емдеу ұсынылған.

«Д» есепке барлығы 862 адам (39,5%) (егде және балалар) тіркеуге алынған. Анықталғандардың ішінде 381 адам (17,4%) «Д» есепке алынуы тиіс.

Нұра ауданы. ЖМК 11 елді мекен тексерілді (100%). ЖМК бойынша қамтамасыз етілген халық саны не бәрі 4907 адамды құрады, сонымен қатар тексерілген балалар мен ересек адамдар ішінде

1201(24,5%) фертильді жастағы әйелдер, оның ішінде скринингтік тексеруден 1166 адам ересек жастағылар, 1776 адам 0-17 жасқа дейінгі (36,2%) балалар, қаралғандардың ішінде 1 жасқа дейінгі балалар саны 116 (2,4%), ҚДҚ 1731 адам. Жылдық жоспардың орындалу пайызы 108,5.

4782 диагностикалық зерттеулер жүргізілді, оның ішінде 2238 скрининг бойынша, 5919 лабораториялық зерттеулер, оның ішінде 71190 скрининг бойынша және 21395 арнайы мамандардың кеңес беруі, оның ішінде 6687 скрининг бойынша. Жүргізілген зерттеулердің саны 10701 (қаралғандардың санынан 1 адамға шаққанда 2,2%). Сонымен, 10 701 жүргізілген зерттеулерден: флюорография 785 (7,3%), рентгенография 81(0,8%), УДЗ 1084 (10,1%), жанасусыз тонометрия 1605 (15,0%), ЭКГ 1227 (11,5%), қанның анализаторда гематологиялық зерттелуі 2144 (20,0%), несептің анализаторда зерттелуі 961(9,0%), қанның анализаторда биохимиялық зерттелуі 2616 (24,4%), нәжісті жасырын қанға тексеру 198 (1,9%). Жүргізілген зерттеулердің саны 10701 (тексеруден өткендердің 1 адамға шаққанда 2,2%).

Арнайы мамандармен қаралғандардың саны 21395 тексеруден өткендердің 1 адамға шаққанда 4,4%). Оның ішінде халықтың ең көп қамтылғаны терапевтің үлесіне тиісілі 3404 (15,9%), кардиолог 1278 (6,0%), педиатра 1776 (8,3%). Келесі арнайы мамандардың хирург, отоларинголог, офтальмолог 7443 (оның ішінде 70 амбулаториялық ота жасалды (0,9%), гинеколог 1449. (оның ішінде 42 шұғыл ота жасалды (2,9%), стоматолог 910 (санация жүргізілді/ балалар 417 (45,8%) кеңесі берілді. Сонымен қатар 1176 науқас анықталды (24,0%), анықталғандардың ішінде алғаш рет пайда болған диагнозбен 858 адам (ересек және балалар) (73,0%) анықталды. Анықталғандардың ішінде 48 адам (4,1%) сауықтырылды, сонымен қатар 32 адам (66,7%) емханада сауықтырылған. Анықталғандардың ішінде 16 (1,4%) адамға стационарлық емдеу ұсынылған. «Д» есепте барлығы 318 адам (ересек және балалар) тіркеуге алынған. Анықталғандардың ішінде 272 адам (23,1%) «Д» есепке алынуы тиіс.

Осакаровка ауданы. Медициналық тексерумен қамтамасыз етілген адам саны не бәрі 4615, сонымен қатар тексерілген балалар мен ересек адамдар ішінде 603 фертильді жастағы әйелдер (13,1%) қаралды, оның ішінде скринингтік тексеруден 1166 ересектер, 1725 адам 0-17 жасқа дейінгі (37,4%) балалар, қаралғандардың ішінде 1 жасқа дейінгі балалар саны 94 (2,0%), ҚДҚ 1724 адам.

4890 диагностикалық зерттеулер жүргізілді, оның ішінде 2339 скрининг бойынша, 5933 лабораториялық зерттеулер, оның ішінде 1245 скрининг бойынша және 13828 арнайы мамандардың кеңес беруі, оның ішінде 5263 скрининг бойынша.

Жүргізілген зерттеулердің саны 10 823 (тексеруден өткендердің 1 адамға шаққанда 2,3%). Сонымен, жүргізілген 10 823 зерттеулерден: флюорография 940 (8,7%), рентгенография 59 (0,5%), УЗИ 1065 (9,8%), жанасусыз тонометрия - 1480 (13,7%), ЭКГ 1346(12,4%), анализаторда қанның гематологиялық зерттелуі 2040 (18,8%), несептің анализаторда

зерттелуі 738 (6,8%), қанның анализаторда биохимиялық зерттелуі 2966 (27,4%), нәжісті жасырын қанға тексеру 189 (1,7%).

Арнайы мамандармен қаралғандардың саны 13828 тексеруден өткендердің 1 адамға шаққанда 3,0%. Оның ішінде халықтың ең көп қамтылғаны терапевтің үлесіне тиісілі 1672 (12,09%, кардиолог 1429 (10,3%), педиатр 1725 (12,5%), фтизиатр 1239 (9,0%), невропатолог 1122 (8,1%), отоларинголог 1639, офтальмолог 1566, гинеколог 760 (оның ішінде 14шұғыл ота жасалды (1,8%), хирург 1997 (3 амбулаториялық ота жүргізілді (0,2%), стоматолог 679 (санация жүргізілді балалар 164 (24,2%). Сонымен қатар 1489 науқас анықталды (32,3%), анықталғандардың ішінде алғаш рет пайда болған диагнозбен 683 адам (ересек және балалар) (45,9%) анықталды.

Анықталғандардың ішінде 49 адам (3,3%) сауықтырылды, емделгеннің ішінде 13 адам (26,5%) емханада сауықтырылған. Анықталғандардың ішінде 36 (2,4%) адамға стационарлық емдеу ұсынылған. «Д» есепте барлығы 806 адам (ересек және балалар) тіркеуге алынған. Анықталғандардың ішінде 196 адам (13,2%) «Д» есепке алынуы тиіс.

Ұлытау ауданы. Медициналық тексерумен қамтамасыз етілген адам саны небәрі 7690, сонымен қатар тексерілген балалар мен ересек адамдар ішінде 638 фертильді жастағы әйелдер (8,4%) қаралды, оның ішінде скринингтік тексеруден 2692 ересек жастағылар, 3470 адам 0-17 жасқа дейінгі (45,6%) балалар, қаралғандардың ішінде 1 жасқа дейінгі балалар саны 187 (2,5 %), КДҚ 1448 адам.

7538 диагностикалық зерттеулер жүргізілді, оның ішінде 1226 скрининг бойынша, 2728 лабораториялық зерттеулер, оның ішінде 560 скрининг бойынша және 9568 арнайы мамандардың кеңес беруі, оның ішінде 2502 скрининг бойынша. Жүргізілген зерттеулердің саны 10 266 (тексеруден өткендердің 1 адамға шаққанда 1,3%). Сонымен, жүргізілген 10 266 зерттеулерден: УЗИ 2553 (24,9%), жаңасусыз тонометрия 1441 (14,0%), ЭКГ 1839 (17,9%), анализаторда қанның гематологиялық зерттелуі 621 (6,0%), несептің анализаторда зерттелуі 42 (4,2%), қанның анализаторда биохимиялық зерттелуі 1678 (16,3%). Арнайы мамандармен қаралғандардың саны 9568 тексеруден өткендердің 1 адамға шаққанда 1,3%). Оның ішінде халықтың ең көп қамтылғаны терапевтің үлесіне тиісілі 2468 (29,2%), педиатр 3470 (36,3%). Келесідей арнайы мамандардың қызметі ұсынылды хирург, отоларинголог, офтальмолог 3238, гинеколог 392. Сонымен қатар 914 науқас анықталды (12,0%), анықталғандардың ішінде алғаш рет пайда болған диагнозбен 96 адам (ересек және балалар) (10,5%) анықталды.

Анықталғандардың ішінде 239 адам (26,1%) сауықтырылды, емделгеннің ішінде 97 адам (40,6%) емханада сауықтырылған. Анықталғандардың ішінде 142 (15,5%) адамға стационарлық емдеу ұсынылған. «Д» есепте барлығы 818 адам (ересек және балалар) тіркеуге алынған. Анықталғандардың ішінде 97 адам (10,6%) «Д» есепке алынуы тиіс.

Шет ауданы. Медициналық тексерумен қамтамасыз етілген адам

саны не бәрі 6518, сонымен қатар тексерілген балалар мен ересек адамдар ішінде 232 фертильді жастағы әйелдер (3,6%) қаралды, оның ішінде скринингтік тексеруден 2339 ересек жастағылар, 859 адам 0-17 жасқа дейінгі (13,2%) балалар, қаралғандардың ішінде 1 жасқа дейінгі балалар саны 194 (3,0%), ҚДҚ 3320 адам.

7923 диагностикалық зерттеулер жүргізілді, оның ішінде 5603 скрининг бойынша, 8824 лабораториялық зерттеулер, оның ішінде 4425 скрининг бойынша және 11631 арнайы мамандардың кеңес беруі, оның ішінде 8316 скрининг бойынша. Жүргізілген зерттеулердің саны 16 747 (тексеруден өткендердің 1 адамға шаққанда 2,6%). Сонымен, жүргізілген 16 747 зерттеулерден: рентгенография 1349(8,1%), УДЗ 1622 (9,7%), кольпоскопия 78 (0,5%), жанасусыз тонометрия- 2023 (12,1%), ЭКГ 2851 (17,0%), анализаторда қанның гематологиялық зерттелуі 2821 (16,8%), несептің анализаторда зерттелуі 113 (0,7%), қанның анализаторда биохимиялық зерттелуі 5553 (33,2%), цитологиялық зерттелу 337 (2,0%).

Арнайы мамандармен қаралғандардың саны 11 631 тексеруден өткендердің 1 адамға шаққанда 1,8%). Оның ішінде халықтың ең көп қамтылғаны терапевтің үлесіне тиісілі 2708 (23,3%), кардиолог 2522 (21,7%), 859 баланы қарағанда педиатрға 859 (7,4%) тиісілі, офтальмолог 2508, (21,5%), гинеколог 1370, хирург 1636 (11 амбулаториялық ота жасалды (0,7%). Сонымен қатар 613 науқас анықталды (9,4%), анықталғандардың ішінде алғаш рет пайда болған диагнозбен 342 адам (ересек және балалар) (55,8%) анықталды. Анықталғандардың ішінде 227 адам (37,0%) сауықтырылды, емделгеннің ішінде 224 адам (98,7%) емханада сауықтырылған. Күндізгі стационарда 2 (0,9%) сауықтырылды. Анықталғандардың ішінде 1 (0,2%) адамға стационарлық емдеу ұсынылған. «Д» есепте барлығы 271 адам (ересек және балалар) тіркеуге алынған. Анықталғандардың ішінде 47 адам (7,7%) «Д» есепке алынуы тиіс.

2014 жылы жылжымалы медициналық кешенмен алдын алуды тексерудің қорытындысы 41 кестеде берілген (Бұқар-Жырау ауданы).

2014 жылы жылжымалы медициналық кешенмен алдын алуды тексеру бірнеше кезеңнен тұрды. 1-ші кезеңде ЖМК Бұқар-Жырау ауданының 5 елді мекені қамтылды. ЖМК тексерудің нәтижесінде келесідей қорытындылар алынды.

41 кестеде берілгендей медициналық тексеруден 5342 адам өткен, нақты 5382 адам қаралды. Бәрінен ең көбі Дубовка ауылы - 2075 мен Доскей ауылы – 1808 медициналық тексерумен қамтылды.

2014 жылы Бұқар-Жырау ауданының халқы скрининг ЖМК мәліметі бойынша 5382 адам (101%) медициналық тексерумен қамтылды, оның ішінде Темиряева ауылы - 762, Доскей - 1808, Белағаш – 343, Шешенқара – 394. Жоспарға сәйкес қанайналым жүйесі және қант диабеті скринингі бойынша Темиряева ауылында - 155, Дубовка ауылында - 587, Доскей ауылында- 414, Белағаш ауылында- 95, Шешенқара ауылында - 75 адам қамтылды. Халықты колоректальды ісік скринингі бойынша медициналық тексерумен қамту жоспарлағаннан да көп болды.

Мысалы: Темирязева ауылында - нақты 102 (жоспар бойынша - 87), Дубовка ауылында - 239 (жоспар бойынша - 232), Доскей ауылында - 175 (жоспар бойынша - 165), Белағаш ауылында - 72 (жоспар бойынша - 68), Шешенқара ауылында - 33 (жоспар бойынша - 30).

41 кесте – Бұқар-Жырау ауданы бойынша ЖМК қорытындысы (2014 ж.)

Аудан елді мекендер атауы	Медициналық қаралуға тиістісі	Оның ішінде тиістісі			Барлық қаралғандар (скрининг, ҚДУ, бала)	Оның ішінде			
		Скринингтік қаралу	ҚДУ	Бала		Скринингтік қаралу	Көрсетілді ҚДУ	Балалар / оның ішінде 1 жасқа дейін	Фертильді жастағы әйелдер
Темирязева	753	192	161	400	762	193	162	407/35	85
Дубовка	2064	652	414	998	2075	655	415	1005/64	236
Доскей	1802	475	352	975	1808	477	351	980/85	223
Белағаш	336	104	77	155	343	107	79	157/10	57
Шешенқара	387	81	89	217	394	85	89	220/25	39

42 кесте – Бұқар-Жырау ауданы бойынша ЖМК нәтижелері (скрининг)

Елді мекеннің атауы	Қанайналу жүйесі аурулары		Қант диабеті		Глаукома		Колоректалді ісік		Скрининг бойынша жүргізілген тексерулер		Скрининг бойынша тексерілген барлық адам (ерде адам)		Барлық көрсетілгенде РҚДҮ (адам)		0-ден 18 жасқа дейін Скрининг		Барлық қарағандар (скрининг, ҚДҮ, бағалар)		101%
	жоспар	ақиқат	жоспар	ақиқат	жоспар	ақиқат	жоспар	ақиқат	жоспар	ақиқат	жоспар	ақиқат	жоспар	ақиқат	жоспар	ақиқат	жоспар	ақиқат	%
Темиряева ауылы	155	155	155	155	137	137	87	102	576	649	192	193	161	172	400	407	753	762	102
Дубовка ауылы	580	587	580	587	381	404	232	239	1912	2134	652	655	414	415	998	1005	2064	2075	100
Доскей ауылы	404	414	404	414	243	250	165	175	131	216	475	477	352	351	975	980	180	180	100
Белағаш ауылы	90	95	90	95	79	79	68	72	358	578	104	107	77	79	155	157	336	343	102
Шешенқара ауылы	70	75	70	75	46	46	30	33	236	469	81	85	89	89	217	220	387	394	101
Барлығы:	1299	1326	1299	1326	886	916	582	621	4394	5997	1504	1517	1093	1106	2745	2769	5342	5382	101%

43 кесте – Бұқар-Жырау ауданы бойынша алғаш рет анықталған науқастар (скрининг)

Елді мекендер	Алғаш рет анықталған науқастар										Барлығы
	ҚАЖ,ЖТЖ	Тыныс алу мүшелері аурулары	АІЖ аурулары	Сүйек – бұлшықет жүйесі аурулары	Зәр бөлу – жыныстық жүйесі аурулары (терапевт және гинеколог)	Эндокринді аурулар	Хирургиялық аурулар	ОЖЖ аурулары	Көру мүшелерінің аурулары	Басқа аурулар (лор-дәрігер)	
Тимирязева	24	1	20	0	17	1	16	8	7	7	101
Дубовка	164	1	17	5	89	19	41	16	15	12	379
Доскей	168	3	78	5	67	7	28	12	7	14	389
Шешенқара	38	0	6	2	11	0	4	1	1	5	68
Белағаш	46	0	8	2	11	1	11	0	2	2	83
Барлығы	440	6	129	14	195	28	100	37	32	40	1020

43 кестенің мәліметі бойынша, Темирязева ауылында алғаш рет анықталған қанайналым жүйесі диагнозымен - 24 және асқазан - ішек жолдары ауруымен - 20, Дубовка ауылында қанайналым жүйесі ауруларымен -164 және зәр бөлу- жыныстық жүйесі ауруларымен - 89, Доскей ауылында қанайналым жүйесі ауруларымен - 168 және асқазан - ішек жолдары ауруымен - 78, Шешенқара ауылында қанайналым жүйесі ауруларымен - 38 және зәр бөлу- жыныстық жүйесі ауруларымен - 11, Белағаш ауылында қанайналым жүйесі ауруларымен - 46, зәр бөлу - жыныстық жүйесі ауруларымен - 11, хирургиялық аурулар - 11 науқастар біршама көп.

Сонымен, Бұқар-Жырау ауданында 1 кезеңдегі ЖМК жұмысының нәтижесі мына ауруларды ЖТЖ – 440 және зәр бөлу – жыныстық жүйесі ауруларын – 195 анықтауға мүмкіндік берді. Ауылды жерлерде ЖМК жұмысы алдын алу жұмысының тиімділігін арттыруға мүмкіндік береді.

Осыған байланысты:

1. ЖМК қызметінің ақпараттандыруын арттыру мақсатында аудандық ауруханаға қаралған халықтың орталықтандырылған мәлімет базасын беруге және оларды толтыруға және өңдеуге кеткен уақытты қысқарту үшін электронды статкорт формасын енгізу қажет.

2. ЖМК қызметінің тиімділігін арттыру мақсатында ЖМК бригадасымен тексерілу үшін топтың дұрыс жоспарланғанын қамтамасыз ету керек.

3. Әрбір ЖМК орталықпен аса керек болған жағдайларда (қиын жағдайда, ақпарат беруде, ақау немесе кемшіліктерді хабарлаған кезде) хабарласу үшін радиотелефонмен қамтамасыз етілуі керек.

4. Ересек жастағы халық үшін скринингтік картаны (№025 – 08 у формасы) толықтай меңгеру қажет.

4 АУЫЛ ТҰРҒЫНДАРЫ АРАСЫНДА СОЗЫЛМАЛЫ ӘЛЕУ- МЕТТІК МАҢЫЗДЫ АУРУЛАРДЫҢ ҚАУІПТІ ФАКТОРЛАРЫНЫҢ ТАРАЛУЫН ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Қойылған міндеттерге сәйкес біз ауыл халқы арасында терапиялық профильдің әлеуметтік маңызды аурулардың таралуын оқу бойынша әлеуметтік зерттеулер жүргізілді. Зерттеулер бірнеше кезеңде жүргізілді. 1 кезең – терапиялық профильдің негізгі әлеуметтік маңызды аурулардың таралуын оқу. 2 кезең – популяциялық деңгейде ауыл халқы арасында әлеуметтік маңызды аурулардың қауіп факторларының таралуын зерттеу. Зерттеулер қауіп факторын анықтау бойынша скринингтік тест жүйесін және өңделген сауалнаманың (ВОЗ, 2011, Steps) қолдану арқылы жүргізілді.

4.1 Терапия саласының әлеуметтік маңызды аурулары бойынша зерттелетін ересек ауыл тұрғындарына сауалнама жүргізудің нәтижелері

ІА ҒЗИ сауалнамасы 1 ден 9-ға дейінгі сұрақты қамтиды (І бөлім) құжаттық бөлім бойынша, 11-ден 14-ке дейін жағымсыз іс-әрекеттер бойынша (ІІ бөлім). ІІІ бөлім мынадай факторларды анықтауға арналған, яғни тұзды тағамдарды қолдану. ІV бөлім антрометриялық нәтижелердің қорытындысын көрсетеді (бой, салмақ, Кетле индексі, сан, бел көлемі, ОБ/ОТ). V бөлім АГ, ЖИА, диабет бойынша тұқым қуалай-тын ауырлықты көрсетеді. VI бөлім асқазан-ішек жолдарының ісігі бойынша қауіп факторларын көрсетеді. VII бөлім артериалды гипертензияға арналған, VIII бөлім – ЖИА, IX бөлім – жүрек жетіспеушілігі, X бөлім – қант диабеті, XI – аллергиялық аурулар, оның ішінде бронх демікпесі, XII – ревматология және XIII – медициналық көмек көрсетудің жалпы сұрақтары.

Алынған сауалнама бірінші бөлім бойынша анықталған көрсеткіштер, тұрғындар арасында еркектер 507 (42%) адам, ал әйелдер – 700 (58%). Бұқар-Жырау ауданы респонденттерін зерттеу ұлттық ерекшеліктерге байланысты, яғни ауыл халқының негізгі контингенті жергілікті тұрғындар екенін көрсетті. Ауылда негізінен қазақ ұлты тұрады - 825 (68,4%) адам. Орыс ұлтының саны 264 (21,8%) адамды, ал басқа ұлттар - 118 (9,8%) құрайды.

Жас ерекшелік аспектісінде көрсеткендей, ауыл тұрғындарының құжаттық бөлігін зерттеу кезінде, ауыл тұрғындарының ересек құрамы 15-тен 60-қа және одан жоғары жасқа дейін тұрақсыз болды. Зерттелген тұрғындар арасында негізінен 20-29 жастағы тұлғалар болды, сонымен қатар белсенді еңбекке қабілетті жастағылар. Яғни, тұрғындардың 15 жастан 18 жасқа дейінгілері 29 (2,4%) адамды, 18 жастан 19 жасқа дейін – 48 (3,9%), 20 дан 29 жасқа дейін – 272 (22,5%), 30 дан 39 жасқа дейін – 229 (18,9%), 40 тан 49 жасқа дейін – 260 (21,5%), 50 ден 59 жасқа дейін –

224 (18,5%), 60 жастан және одан жоғары жаста - 112 (12,3%)-ге сәйкес келеді.

Отбасылық жағдайға сәйкес, ауыл тұрғындарын бөлу, яғни зерттегендердің басым көпшілігі отбасылы – 775 (64,2%); ешқашан тұрмыста болмаған/үйленбеген– 234 (19,3%), ажырасқандар – 80 (6,6%) және жесірлер – 118 (9,7%). Әлеуметтік статустың бір көрсеткішінде байқалғандай, тұрғындардың білімділік деңгейі де зерттелген. Яғни, біздің зерттелген контингентте жоғары білімі барлар - 263 (21,7%), жоғары білімдерін аяқтамағандар – 48 (3,9%), орташа маманданған - 375 (31,07%), орта білім –445 (36,8%), бастауыш білім – 76 (6,3%). Әлеуметтік жағдай бойынша қызмет ететіндер саны 330 (27,3%) болды, жұмыскерлер – 493 (40,8%), колхозшылар – 21 (1,7%), кәсіпкерлер– 25 (2,0%), зейнеткерлер – 338 (28%). Мамандықты оқу кезінде, яғни ақыл-оймен еңбек ететіндер саны 238 (19,7%) адам, физикалық түрде еңбектенетіндер– 418 (34,6%), 551 (45,7%) – еңбек етудің түрін көрсетпегендер. Тұрғындардың сауалнамаға жауап беруі көрсеткішінде, яғни негізі тұрғылықты жердің жағдайдың жақсы екендігін көрсетті. Яғни, тұрғындар көрсеткендей, 608 (50,3%) адамда тұрғылықты жердің жағдайы жақсы болса, 567 (46,9%) қанағаттанарлық, 32 (2,6%) нашар.

«Жағымсыз әрекеттердің» II бөлім бойынша мыналар анықталды, яғни барлық зерттелгендердің ішінде зерттеу жүргізер алдында бар болған 351 адам темекі шеккен, жағдайдың басым көпшілігі темекі шегуде 6 жыл және одан көп. Тұлғалардың басым көпшілігі 6 жыл және одан көп жыл темекі шегетіндер–32,19. Сауалнама толтыру кезінде темекші шеккендеріне қанша уақыт болғанын белгілей алмаған тұрғындарда бар. «Күніне қанша темекі шегесіз?» деген сұрақтың туындауы кезінде, тек 5,7% күніне 1-2 темекі шегетіндерін, 16,24% –3-5 темекі, 32,19 –5 және жоғары, ал 33,3% – берілген сұраққа жауап бере алған жоқ (44 кесте).

44 кесте – Күніне шегілген темекі саны

Жас	Барлығы	0		1		3		5 және одан көп	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Мәлімет жоқ	4	4	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
15-18 жас	2	2	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
18-19 жас	9	3	33,33	1	11,11	4	44,44	1	11,11
20-29 жас	65	24	36,92	5	7,69	11	16,92	25	38,46
30-39 жас	92	39	42,39	3	3,26	15	16,30	35	38,04
40-49 жас	74	20	27,03	4	5,41	10	13,51	40	54,05
50-59 жас	86	17	19,77	5	5,81	15	17,44	8	9,30
60 және одан жоғары	19	8	42,11	2	10,53	2	10,53	4	21,05
Барлығы	351	117	33,33	20	5,70	57	16,24	113	32,19

Тұрғындардың көпшілігі мүлдем ішімдік ішпейді – 751 (62,2%) және салауатты өмір салтын жақсы сақтаған. Ал, ішімдік ішетіндер арасында, жиі ішімдікке әуесқойлар: соңғы 3 жылда 56 (4,6%) адам, айына 2 рет ішетіндер – 228 (18,9%), 3-4 рет және айына бір рет шамасында – 60 (5,0%).

«Тұзды тағамдарды қолданасызба?» деген III бөлім бойынша анықталған: яғни, тұрғындар арасында 942 (78%) адам тұзды заттарды мүлдем қолданбайды. Ал қалған бөлігі, тұзды мөлшерден тыс қолдануда ағзаға зиян екендігін біле тұра тұзды тағамдарды қолданады.

Сауалнаманың «Антропометриялық зерттеу» IV бөлімі бойынша, зерттелгендердің барлығында бой, салмақ, Кетле индексі, бөксе көлемі (44,45 кестелер) зерттелген. Сараптама нәтижесі бойынша тұрғындар арасында 161-170 см тұлғалардың саны – 451 (37,4%). Тұрғындар арасында 60-69 кг салмағы бар тұлғалар – 303 (25,1%). Тұрғындардың кейбіреулері өздерінің салмақтарын білген жоқ – 170 (14%).

45 кесте – Кетле индексі

Жас	Барлығы	18,5 дейін		18,5-24,9		25-29,9		30-39,9		40 және жоғары	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Мәлімет жоқ	26	2	7,69	13	50,00	10	38,46	1	3,85	0	0,00
15-18 жас	29	5	17,24	17	58,62	7	24,14	0	0,00	0	0,00
18-19 жас	34	12	35,29	23	67,65	14	41,18	3	8,82	2	5,88
20-29 жас	324	61	18,83	192	59,26	52	16,05	18	5,56	1	0,31
30-39 жас	344	56	16,28	159	46,22	99	28,78	27	7,85	3	0,87
40-49 жас	335	45	13,43	118	35,22	111	33,13	57	17,01	4	1,19
50-59 жас	350	45	12,86	105	30,00	120	34,29	69	19,71	11	3,14
60 және одан жоғары	163	22	13,50	41	25,15	49	30,06	43	26,38	8	4,91
Барлығы	1625	248	15,26	668	41,11	462	28,43	218	13,42	29	1,78

45 кестеде көрсетілгендей, ересек жастағы тұрғындар арасында Кетле Индексі 18,5-ке дейін, 18-19 жаста анықталған – 35,29, 18,5-24,9 дейін - 18-19 жаста – 67,65. Кетле индексі 40 және одан жоғары жаста анықталған – 5,88.

46 кесте – Бел/жанбас көлемінің байланысы

Жас	Бар-лығы	0		1		2		3		4	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Мәлімет жоқ	26	5	19,23	1	3,85	0	0,00	0	0,00	10	38,46
15-18 жас	29	2	6,90	3	10,34	1	3,45	0	0,00	23	79,31
18-19 жас	34	19	55,88	4	11,76	0	0,00	0	0,00	31	91,18
20-29 жас	324	96	29,63	31	9,57	4	1,23	2	0,62	191	58,95
30-39 жас	344	160	46,51	19	5,52	3	0,87	0	0,00	163	47,38
40-49 жас	335	134	40,00	30	8,96	9	2,69	2	0,60	162	48,36
50-59 жас	350	158	45,14	19	5,43	2	0,57	2	0,57	171	48,86
60 және одан жоғары	163	65	39,88	5	3,07	6	3,68	1	0,61	86	52,76
Барлығы	1625	639	39,32	112	6,89	25	1,54	7	0,43	847	52,12

46 кестеде көрсетілгендей, бел/жанбас көлемі 4 балл бойынша 18-19 жас аралығында– 91,18 анықталған.

«Туа пайда болған ауыртпалық» V бөлімі бойынша қауіп факторы - 370 (30,6%) зерттелгендердің ішінен өздерінің туыстарынан артериалды гипертензияның бар екендігін көрсеткен, 168 (13,9%) адамда – жүректің ишемиялық аурулары бар және 153 (12,6%) – қант диабеті бар.

VI бөлімі – қауіп факторы бойынша гастроэнтерологиялық аурулардың дамуы сары ауру анамнезінің болуына орай баса назар аударылған. 1099 (91%) адамда сары ауру анамнезі болмағандығын көрсетеді, ал 108 (9%) – сары ауру бар. Асқазан-ішек жолынан қан кету эпизоды 22 (1,8%) адамда кездеседі, 24 (1,9%) сұхбат берген адамдарға гемотрансфузия жасалды. Жедел араласу 153 (12,6%) науқасқа жүргізілді, татуировка – 23 (1,9%) науқасқа. Анамнезде ісік ауруларының болуы кезінде, яғни әкесінің жолы бойынша 121 (10%) адамда бауырдың ісік аурулары болады, анасының жолы бойынша– 74 (6,1%), екі ата-анада – 27 (2,2%), аға және әпкеде – 2 (0,1). Асқорыту, асқазан, ішек жолдарында ісік ауруларының болуы, әке жолымен 95 (7,8%) адамда, ана жолымен – 80 (6,6%), екі ата-анада – 45 (3,7%), аға және әпкеде – 7 (0,58%). Берілген мәліметке сай, яғни зерттелген тұрғындардың 10% дерлік ісік аурулары бойынша қолайсыз анамнез бар.

«Артериалды гипертензия» VII бөліміне сәйкес 311 (25,7%) зерттелгендерде артериалды қысымның жоғары екендігі нақты анықталды. Олардың ішінде «Шамамен қай уақыт аралығында АҚ жоғарлауы байқалды» деген сұраққа 110 (35,7%) науқас «жылға дейін» деп белгілесе, 89 (28,6%) – 1-5 жас, 42 (13,5%) – 5 жас және одан жоғары жас, ал 70 (22,5%) – АҚ ұзақ жоғарлауын түсінбейді. ОНМК 17 (1,4%) адамда анықталған. Оның ішінде ОНМК бір жыл бұрын 3 (17,6%), 5 жылға дейін – 9 (53%), шамамен 5 жылдан кейін – 5 (29,4%).

Артериалды қысымның жоғарлау деңгейін есепке ала отырып, ОНМК сияқты асқынуларына әкеліп соғуы мүмкін, гипертониялық криз систоликалық және диастоликалық қысым деңгейінде зерттелді. Систоликалық АҚ деңгейінің жоғарылауы 32 (2,6%) адамда 140-159 мм.сын.бағ. болды, 160-169 мм.сын.бағ – 4 (0,3%) адамда, 170 және одан жоғары - 11 (0,9%). Өзінің АҚ деңгейін білмеген адамдар саны - 884 (73,2%). Диастоликалық АҚ деңгейінің жоғарылауы 12 (1%) адамда 95-100 мм.рт.ст. 100-105 мм.сын.бағ. – 12 (1%) адамда, 105-110 мм.сын.бағ. - 2 (0,1%) адамда, 120 мм.сын.бағ. жоғары – 6 (0,5%) адамда. Өзінің АҚ деңгейін білмеген адамдар саны - 912 (75,5%). Сонымен қатар біздің тарапымыздан тұрғындардың қысымы зерттелді. Тұрғындардың көпшілігінде қысым 1 минутқа 143 (12%) адамда шамамен 66-75 көрсетті. Аздаған тұрғындарда ғана 3 (0,2%), тыныштық жағдайында болғанда 1 минутта шамамен 86-95 көрсетті.

Сонымен қатар біздің тұрғындарда АҚ максималды саны зерттелді. 114 (9,4%) науқас, олардың қысымының максималды деңгейі 110/80 – 120/80 мм.рт.ст. деп санаса, 56 (4,6%) адам олардың қысымының максималды деңгейі 140/90 – 159/99 мм.рт.ст., 40 (3,3%) – 160/100 – 179/109 мм.рт.ст., 38 (3,1%) - 180 және одан жоғары. Ал 842 (69,8%) өздерінің АҚ деңгейін білмейді. Сонымен қатар АҚ жұмыс деңгейі зерттелді. 250 (20,7%) адам, олардың күнделікті қысым деңгейі 120/80 – 129/85 мм.рт.ст. деп ойлайды, 16 (1,4%) адам олардың күнделікті қысымы 140/90 – 159/99 мм.рт.ст., санайды, 10 (0,8%) – 180 және одан жоғары. 744 (61,6%) адам өзінің артериалды қысымын білмейді.

Зерттеудің нәтижесіне сүйенсек, яғни 144 (11,9%) адам артериалды қысымды төмендететін дәрі қабылдаған. Дәрі-дәрмектерді жиі уақытында қолданған 43 (3,5%) адам, уақытында қолданбаған – 97 (8%) адам, қалғандары АҚ жоғарлаған кезде ғана қолданған. Гипертониялық криздің жиілігі жылына 1 рет 38 (3,1%) адамда анықталған, жылына 2 рет – 65 (5,4%), айына 1 рет – 50 (4,1%) адамда анықталған.

Жүректің ишемиялық ауруларының жиі таралғандығын ескере отырып тұрғындар арасында патологияның бар болуы анықталды. VIII «Жүректің ишемиялық аурулары» бөлімі бойынша алынған анкета біздің зерттеген 136 (11,2%) адамдар ауырсынудың, кеуде клеткасындағы жағымсыз сезімі байқалды. Олар тауға шыққан кезде 30 (2,4%) науқаста, 53 (4,4%) науқаста баспалдақпен жоғары көтерілгенде, 42 (3,4%) науқаста тез жүрген кезде, 7 (0,5%) - тыныштықта, 50 (4,1%) эмоционалды күш кезінде байқалды.

113 (9,4%) науқас, соңғы уақыттарда жүрек ауруының жиілеуін байқады. Бұндай жағдай пайда болған кезде 92 (7,6%) науқастарда тоқтатылады немесе баяу жүреді, 102 (8,4%) нитроглицерин қабылдайды, 25 (2%) ырғақты төмендетпей, жүруді жалғастырады. 19 (1,5%) науқас бетта-адреноблокаторды қабылдайды, 18 (1,4%) нитраттарды, 29 (2,4%) антиагреганттарды, 25 (2%) холестерин деңгейін төмендететін дәрі-дәрмектерді қабылдайды. 65 (5,4%) адам өзінің холестерин деңгейін біледі. 62 (5,1%) адам терапевте (кардиологта) диспансерлік есепте тұр.

Зерттелгендердің ішінде 9 (0,7%) адам миокарда инфарктісімен ауырған. 64 (5,3%) науқастарда жүрек жұмысының нашарлауы мазалаған, 81 (6,7%) – жүрек соғысын сезіну, 44 (3,6%) – аз соғыс мазалаған, 54 (4,4%) – кенеттен бастың айналуы немесе жүрек жұмысының нашарлауы кезінде естен тану, жүрек соғысының азаюы.

Жүрек жетіспеушілігі себептерінің анықталуы кезінде ІХ «Жүрек жетіспеушілігі» бөлімі бойынша анық болған, яғни зерттелген контингент арасында демікпе 109 (9%) науқаста байқалған жоқ, 29 (2,4%) науқаста күш жұмсау кезінде демікпе белгілі болған және 39 (3,2%). Соңғы аптада салмақтың артуы 27 (2,2%) адамда белгілі болған, ал 68 (5,6%) адам жүрек жұмысында ақау бар екендігі туралы шағым айтқан. 46 (3,8%) науқас көлденең қалыпта жатқан, 7 (0,5%) – басы көтерілген күйде жатқан, 14 (1,1%) дем жетпегендіктен оянған, 102 (8,4%) - отыру жағдайында болған.

Мойын тамырының ісуін тексеру кезінде жатқан адамдар саны 13 (1,08%), тұрғаны – 11 (0,9%) науқас. Сырыл аускультациясы кезінде тыңдалмаған 6 (0,5%), төменгі бөліктің сырылы - 4 (0,3%), аяққа дейін – 6 (0,5%), өкпенің барлық жағында – 40 (3,3%). 15 (1,2%) науқаста галоп ырғағы анықталған. Пальпация жасау кезінде бауыр 10 (0,8%) адамда ұлғаймаған, 5 см дейін - 7 (0,5%) адамда ұлғайған, шамамен 5 – 56 (4,6%). Домбыққандық 17 (1,4%) науқаста анықталған, ісік – 30 (2,4%), анасарка – 2 (0,1%). Систоликалық қысымның деңгейі 120 мм.рт.ст жоғары - 424 (35,1%) адамда болды, 88 (7,2%) адамда -100-120 мм.рт.ст., тең болды 174 (14,4%) адамда - 100 мм.рт.ст. аз болды.

Х «Эндокринология – қант диабеті» бөлімі бойынша зерттеу жүргізу көрсеткендей, яғни 148 (12,2%) адам отбасында қант диабетмен ауыратын науқастың бар екендігін көрсеткен. Зерттелген контингент арасында 274 (22,7%) қанда қант деңгейінің қаншалықты екендігін біледі. 31 (2,5%) адам, өздерінде қант диабетнің бар екендігін біледі. 3 (1,9%) науқас қант диабеті бойынша тегін дәрі-дәрмек алады, 7 (0,5%) науқас инсулин алады. 8 (0,6%) ем алушы инсулин алу кезінде аздаған мәселе бар екендігін көрсетті, 86 (7,1%) - қант диабетінің асқынғандығы туралы біледі, 18 (1,4%) –диабет Мектебінен тексерістен өткен. 29 (2,4%) адам қатаң диета ұстанады, 159 (13,1%) адам темекі шегеді, 28 (2,3%) – табаны ауырады.

ХІ «Аллергология» бөлімі бойынша аллергологиялық жағдайдың болуын зерттеу кезінде анықталған, яғни 22 (1,8%) адам бронх демікпесімен ауырады, 45 (3,7%) – созылмалы бронхитпен, 21 (1,7%) - созылмалы ринитпен. Олардың ішінде бар болғаны 37 (3%) адам аллергологтың (пульмонологтың) кеңесіне жүгінген, 11 (0,9%) науқас отаны мұрын жолына ауыстырған. 39 (3,2%) науқастың жақын туыстары арасында да бронх демікпесі болған. Темекі шегетін адам - 159 (13,1%) адам, 4 (0,3%) науқас бронх демікпесі бойынша мүгедек болып табылады. Тек 10 (0,8%) науқас тегін дәрі-дәрмек алған.

Түнгі уақытта талып қалу, ауаның жетіспеуі немесе тыныс ала алмау, апта ішінде қатты жөтелудің болуына анық зерттеу жүргізген.

Аптасына 1 рет 3 (0,2%) адамда талма болған, аптасына 2 рет– 25 (2%), күнделікті – 1 (0,08%). Өкпе жағынан объективті кескінді бағалау кезінде өзгеріс тек 11 (0,1%) науқаста болған. Демнің жиілігін зерттеу кезінде, ДЖЗ ең жоғарғы көрсеткіші 2 (0,2%) науқаста – ДЖЗ 30 жоғары. 7 (0,6%) – ДЖЗ 20-дан жоғары болған. Дем шығарудың жылдамдығын бағалау кезінде 5 (0,4%) науқас ПДШЖ - <80%, 5 (0,4%) көрсеткішін көрсетті, науқас - 80-90. Сонымен қатар, соңғы 5 жылда стационарда ем алу жиілігі зерттелді (65 кесте). Берілген кестеге сәйкес, соңғы 5 жылда стационарда ем алу жиілігінің сараптамасы кезінде тек (3,9%) науқас 2 рет қайта емдеуден өткен, 25 (0,1%) –5 жылда 1 рет.

XII «Ревматология» бөлімі бойынша – қоғам назарын өзіне аударудың бірден-бір құралы ретінде объективті ақпараттың таралуы болып табылады, Бұқар-Жырау ауданының тұрғындарына сүйек патологиясында қауіп факторының дамуын анықтау бойынша, ревматологиялық аурулардың ерте диагностикасын жасау қажет. Зерттеудің нәтижесі көрсеткендей, яғни соңғы ай көлемінде 149 (12,3%) науқас өзгенің көмегінен шұлықты кие алмағандығын көрсеткен, 242 (20%) – орындыққа отыру кезінде ешқандай жайлылықты сезінбегендіктерін көрсеткен, 157 (13%) – жоғарда орнатылған сөреге қолдарын соза алмағандықтарын көрсеткен, 177 (14,6%) – шынтақтың көмегінен орындықтан тұра алмаған, 166 (13,7%) – бөгде адамның көмегінен жатқан орындарынан тұра алмағандығын көрсеткен, 177 (14,6%) – 30 минут шамасында қосымша көмексіз немесе біреудің қолдауынсыз тұра алмағандығын көрсеткен, 187 (15,4%) –жақтауға сүйенбей 15-30 баспалдаққа көтеріле алмаған, 175 (14,5%) – басын қозғала алмаған және иықты қозғалтпай артына қарай алмаған, 242 (20%) – физикалық белсенділікке күш сала алмағандықтарын көрсеткен, 570 (47,2%) –бұлшық еттерінен ауыртпалықты байқаған.

DAS 28 аурудың белсенді индексі зерттелген. Көптеген тұрғындар 2 бұлшық еті бойынша – 99 (8,2%) асқыну болған. 30 (2,7%) науқаста шамамен 6 бұлшық еттің асқыну жағдайы бар екендігі көрсетілген. Науқастың денсаулық жағдайын жалпы бағалау кезінде 100-миллиметрлік аналогтық шкала бойынша миллиметрда анықталған, яғни 18 (1,5%) науқаста денсаулық жағдайының төмен екендігі анықталған, ал 206 (17,1%) – орташа, 340 (28,1%) – жоғары.

Және соңғы XIII бөлім бойынша медециналық көмек көрсету кезінде анықталған, яғни берілген аймақта мынадай жолмен медициналық көмекке жүгінеді: 363 (30,1%) науқасқа медициналық көмекті үйде жасайды, 667 (55,2%) – тұрғылықты жері бойынша, 482 (39,9%) – аудандық ауруханаларда, 267 (22,1%) – облыстық ауруханаларда, 165 (13,6%) –қалалық ауруханаларда. Барлығы 565 (46,8%) науқас осы жылда алдын алу тексерістен өткен.

Осыдан кейін, сауалнама алу кезінде алынған нәтижеде Бұқар-Жырау ауданының аймақтық ерекшеліктерін анықтауға үлкен септігін тигізді. Бұл байланыста әлеуметтік маңызды аурулардың қауіп факторын зерттеуде тұрғындарға технологиялық мониторингі, динамикалық

бақылауды және заманауи диспансеризацияны, сонымен қатар АМСК деңгейінде алдын алу шаралардың нәтижесін енгізуді талап ету болды.

4.2 АМСКК деңгейінде скринингтік тест жүйелерін қолдану нәтижелері

500 респонденттен скринингтік зерттеу жүргізу жедел жүйені және CardioChek (КардиоЧек) қанының биохимиялық жедел-анализаторы қолданылды, В вирустық гепатитінде антигеннің болуында жедел диагностика үшін тест-жүйесі қолданылды (СТК Biotech, Inc., San Diego, CA 92121, USA), С вирустық гепатитінде антигенінің болуында жедел диагностика үшін тест-жолағы (СТК Biotech, Inc., San Diego, CA 92121, USA), Д вирустық гепатитінде антигенінің болуында диагностика үшін жедел панелдер (СТК Biotech, Inc., San Diego, CA 92121, USA), Helicobacter pylori болғандықтан диагностика үшін жедел панелдер (СТК Biotech, Inc., San Diego, CA 92121, USA), ревматоидты факторларды анықтау үшін жедел панелдер (СТК Biotech, Inc., San Diego, CA 92121, USA); қандағы сарысуды зерттеу үшін келесі көрсеткіштерге жедел панелдер: вирустық гепатиттер (ВГВ, ВГС, ВГД), иммуноглобулин Е, ревматоидты фактор (РФ), С-реактивті ақуыз (СРБ), Helicobacter Pylori, бауырды биохимиялық зерттеу (AFP). Сонымен қатар биохимиялық жедел анализатор липидты кешенді жағдайды анықтау үшін жалпы капиллярлы қан (“Cardiocheck”) болып табылады (төмен және жоғары липидтер - ЛПНП, ЛПВП, триглицеридтер, жалпы холестерин) және капиллярлы қандағы глюкозалар.

Тексеру келесі көрсеткіштер бойынша жүзеге асырылды:

1. Липидті кешен (ЛПНП, ЛПВП, триглицеридтер, жалпы холестерин).
2. Вирусты гепатиттер (HBV, HCV, HDV).
3. Асқыну маркерлері (иммуноглобулин Е, С-реактивті ақуыз).
4. Хеликобактерпилори.
5. АФП.
6. Ревматоидты фактор (РФ).

Берілген тест-жүйесі бойынша алынған нәтижені келесідегідей жолмен анықтаған:

- CardioChek (КардиоЧек) қанның биохимиялық жедел-анализаторы тест-жолағымен рефлектометриялық мәліметпен, қанның оған үлгісін жаққаннан кейін. Анализдің уақыты бір-екі минутты құрайды.

- В вирустық гепатитінде антигендердің болуында жедел диагностика үшін тестік жүйе (СТК Biotech, Inc., San Diego, CA 92121, USA): берілген тесті өткізу үшін биоматериал қолданылады-плазма немесе қанның сарысуы.

Ашқаннан кейін, әрбір терезеге (Терідегі тыртықты ашқаннан кейін (S әріпімен белгіленген), 60-90 микролитр биоматериалды қосқан жөн. Экспозиция жасау – 15 минут. Жағымды нәтиже (HBeAg, HBeAb,

HBsAg ұяшығында екі жолақтың болуы) бір минут өткен соң ережеге сай анықталады. Экспозиция дұрыс нәтиже алу үшін, сенімді болу қажет.

Нәтижені оқу аса қиындық туғызбайды – қорытынды ұяшықта, экспозиция бойынша, С және Т әріптерімен белгіленген жолақ көрінеді (47 кесте):

47 кесте – Тест нәтижесі

Тестің жағымсыз нәтижесі			Тестің жағымды нәтижесі		
антиген жолағы	С жолағы	Т жолағы	антиген жолағы	С жолағы	Т жолағы
HBcAb	+	+	HBcAb	+	-
HBеAb	+	+	HBеAb	+	-
HBеAg	+	-	HBеAg	+	+
HBsAb	+	-	HBsAb	+	+
HBsAg	+	-	HBsAg	+	+

- С вирустық гепатитінде антигенінің болуында жедел диагностика үшін тест-жолағы (СТК Biotech, Inc., SanDiego, CA 92121, USA). Зерттеу үшін материал – алдыңғы нұсқадағыдай – сарысу немесе плазма. Анықталғаннан кейін, жолақты тез арада қолдану керек. Жолақты сарысуға салған жеткілікті (белгіленген жеріне дейін), одан кейін нәтижені оқу үшін 5 минут жеткілікті. Қорытынды жолақта, жағымсыз нәтижеге сәйкес келетін сызық пайда болады, екі сызық пайда болған жағдайда – нәтиже жағымды болып табылады.

- Д вирустық гепатитінде антигенінің болуында диагностика үшін жедел панелдер (СТК Biotech, Inc., SanDiego, CA 92121, USA). Берілген тест сарысу/плазма анықтау үшін арналған. Зерттеу үшін ұяшыққа (S әріпімен белгіленген) 1 тамшы буферлі сұйықтықты қосқан жөн (тест панелімен бірге қойылады, одан кейін 60-90 микролитр сарысулар/плазмалар. Нәтижені оқу – 8 минуттан кейін сарысу/плазма қосылғаннан кейін оқылады. Алдындағы жағдайдағыдай – бір жолақ бақылау жолағында – нәтиже жағымсыз, екі жолақ – жағымды.

- Helicobacterpylori болғандықтан диагностика үшін жедел панелдер (СТК Biotech, Inc., SanDiego, CA 92121, USA). Берілген тест сарысу/плазмалда Helicobacterpylori болуына орай арналған. Зерттеу үшін ұяшыққа 60-90 микролитр сарысу/плазма (S әріпімен белгіленген) қосқан жөн. Нәтижені оқу – 8 минуттан кейін сарысу/плазма қосылғаннан кейін оқылады. Алдындағы жағдайдағыдай – бір жолақ бақылау жолағында – нәтиже жағымсыз, екі жолақ – жағымды.

- Ревматоидты факторларды анықтау үшін жедел панелдер (СТК Biotech, Inc., SanDiego, CA 92121, USA). Бест панелі қандағы сарысуда РФ деңгейін зерттеу үшін арналған. Зерттеу үшін ұяшыққа 60-90 микролитр сарысу/плазма (S әріпімен белгіленген) қосқан жөн. Нәтижені оқу – 10 минуттан кейін сарысу/плазма қосылғаннан кейін оқылады. Алдындағы жағдайдағыдай – бір жолақ бақылау жолағында – нәтиже жағымсыз, екі жолақ – жағымды.

•Алынған мәліметтер MSehel қолданумен статистикалық қайта өңдеумен жүзеге асырылды 2007 (2010).

Жүргізілген зерттеу нәтижесінде әлеуметтік маңызды аурулардың қауіпі бар тұлғаларда, тереңдетілген тексеріс жалғасын тауып отырады.

48 кесте – Бұқар-Жырау ауданы бойынша тексерістен өткен тұрғындардың ұлты және жынысы бойынша бөлінуі

Аймақ	Барлығы	Ұлт			Жыныс	
		қазақтар	орыстар	басқалар	ерлер	әйелдер
Көкпекті	155	105	30	20	43	112
Қушоқы	161	74	51	36	34	127
Ботақара кенті	184	100	74	10	89	95
Барлығы	500	279	155	66	166	334

49 кесте – Бұқар-Жырау ауданы бойынша тексерістен өткен тұрғындардың жас бойынша бөлінуі

Аймақ	Барлығы	Жас						
		15-18	18-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 және жоғары
Көкпекті	155	6	4	35	23	40	35	12
Қушоқы	161	4	1	18	26	38	42	32
Ботақара кенті	184	7	1	2	24	47	68	35
Барлығы	500	17	6	55	73	125	145	79

48-49 кестелерде көрсетілгендей, яғни тексерістен өткен тұрғындар «Көкпекті» ауылы мынаны құрады: қазақтар - 67,7%, орыстар - 19,4% жәнебасқа ұлттар 12,9%, МСЧ Қушоқы ауылында - қазақтар – 50%, орыстар – 31,7%, басқалары – 22,3%. «Көкпекті» ауылы бойынша жас ерекшелік категориясы бойынша 40-49 жас -25,8%, Қушоқы бойынша 50-59 жас – 26,1%. Ботақара кенті бойынша қазақтар 54,3%, орыстар – 40,2% құрады. Екі ауылда да жыныс бойынша көрсеткіш әйелдер 72,3%, 78,6% және 51,6% сәйкес келді. Барлық аймақтарда тұрғындардың басым көпшілігін 20 дан 59 жасқа дейін –79,6% еңбекке қабілетті адамдар құрады.

50 кесте –Тұрғындардың зерттеу тобында толық қандағы капиллярда глюкоза деңгейі және липидті кешенінің көрсеткіші

Көрсеткіштер	Тексерістен өткен контингент					
	Көкпекті (155)		Қушоқы (161)		Ботақара кенті (184)	
	Шамадан тыс шектен шығу (адам)	% жалпы санға	Шамадан тыс шектен шығу (адам)	% жалпы санға	Шамадан тыс шектен шығу (адам)	% жалпы санға
ЛПВП	38	24,5	70	43,5	56	30,4
Триглицеридтер	102	65,8	91	56,5	62	33,7
Глюкоза	13	8,4	40	24,8	49	26,6

50 кестеге сәйкес, Көкпекті ауылында триглицерид деңгейі шамадан тыс 65,8% жағдай анықталған, оның ішінде деңгейдің жоғарлауы 18 адамда, 84 адамда төмендеген. Аналогиялық жағдай Қушоқы ауылында және Ботақара кентінде 56,5 % және 33,7% сәйкестендірілген.

Кестеде көрсетілгендей, барлық аймақтың тұрғындарында НР анықтау кезінде жағымды нәтиже анықталған, Көкпектіде – 45,8%, Қушоқы ауылында – 50,3%, Ботақара кентінде – 42,4 % жағдай. Екінші орында С-реактивті ақуызының жағымды нәтижесі Көкпектіде – 37,4%, Қушоқы ауылында – 24,2%, Ботақара кентінде – 34,2 % жағдай.

51 кесте - Ревматоидты фактор (РФ) және С-реактивті белгі (СРБ), иммуноглобулин Е және Хеликобактер Пилори (НР) антиденелерінің асқыну көрсеткішін зерттеу

Көрсеткіштер	Тексерістен өткен контингент					
	Көкпекті (155)		Қушоқы (161)		Ботақара кенті(184)	
	Жағымды нәтиже	% жалпы санға	Жағымды нәтиже	% жалпы санға	Жағымды нәтиже	% жалпы санға
РФ	4	2,6	0	0	9	409
СРБ	58	37,4	39	24,2	63	34,2
АФП	1	0,6	0	0	1	0,5
Имуноглобулин Е	7	4,5	26	16,1	9	4,9
НР	71	45,8	81	50,3	78	42,4

51 кестеге сәйкес, зерттелген тұрғындардың аймақтарында В гепатитінің жағымды маркері 76,1%, 60,8% және 48,4% жағдайға сәйкес анықталған. С гепатитінің жағымды нәтижесі Қушоқы тұрғындарының 1 (0,6%) анықталған.

52 кесте –В және С вирусты гепатитінің зертханалық маркері

В және С вирусты гепатитінің жағымды маркері			
Көрсеткіштер	Көкпекті (155)	Қушоқы (161)	Ботақара кенті (184)
Гепатит В: HBsAb, HBcAb, HBeAg, HBsAg, HBeAb,	118 (76,1%)	98 (60,8%)	89 (48,4%)
Гепатит С: HCV	-	1 (0,6%)	-

Осыған орай, скрининг жүргізуде, жедел тест жүйесін қолдану триглицерид деңгейінің жоғарлауын анықтау 51% респондентте анықтауға мүмкіндік берді; 32% СРБ тиімді нәтижесі анықталды; 46% - НР реакциясына жағымды нәтиже; 61% - В вирусты гепатитінің жағымды маркері. Берілген нәтиже зерттелген контингент респонденттерінде тереңдетілген тексеріс жүргізуге негізделген. Атап өтетін жайт, яғни жедел тест жүйесі тез қолдануға болады, нәтижесін аз уақыт ішінде алуға

болады және аурудың жасырын түрін анықтауға мүмкіндік туғызады. Бұл тесттер АМСК мамандарының жұмысына қосылуы керек.

4.3 Терапия саласының әлеуметтік маңызды ауруларының қауіпті факторларын зерттеу бойынша сауалнама жүргізу нәтижелері

СЖЕА түрлерінің таралуында қауіп акторының негізін зерттеу үшін «СЖЕА қауіп факторын анықтау бойынша сауалнама» STEPS бойынша адаптация жүргізу (ДДСҰ,2011). Бұқар-Жырау ауданында тұратын ауыл тұрғындарының 2000 адамда (когортада 1600) популяциялық зерттеу жүргізілген. Қауіп факторы арысында коррелятивті байланысты және нозологиялық формамен зерттеу.

53 кесте – Әйел жынысты тұлғалардың зерттелген параметрлері және қауіп факторлары арасындағы корреляциялық байланыстың деңгейі

Жыныс - әйел	Бауырдың ісік ауруы	Асқазан, асқорту, ішек жолдарының ісік аурулары	Сізде АҚ жоғарлады ма?	Гипергониялық кризистің жиілігі	Сізге кеуде клеткасында жағымсыз әсерлер, ауырлық сезім бола ма?	Соңғы уақытта жүрек аумағында ауру жиіледі ма?	Демікпе	Жүрек жұмысы кезіндегі шағымдар	Қант диабеті мен ауырсыз ба?	Бронх демікпесі мен ауырсыз ба?
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Қазіргі уақытта темекі шегесіз ба?	-0,01	-0,00	-0,03	0,04	-0,04	0,02	0,03	0,01	0,01	0,03
Темекі шегу кезеңі	-0,00	-0,00	0,04	-0,02	0,00	-0,08	-0,02	0,05	-0,01	-0,12
Күніне неше темекі шегесіз?	-0,04	-0,03	0,03	-0,04	0,04	-0,02	0,02	0,05	0,01	-0,12
Алкоголь шырынын қолданасыз ба?	-0,01	-0,03	-0,02	-0,02	-0,03	0,03	0,01	-0,04	0,00	-0,03
Тұзды тағамдар қолданасыз ба?	-0,07	-0,08	0,08	0,05	0,01	0,04	-0,01	0,03	-0,06	0,01
Бой	0,03	0,05	0,02	-0,03	0,03	0,01	-0,04	0,01	-0,00	0,01
Салмақ	0,03	0,03	-0,21	0,12	-0,09	-0,10	0,08	0,13	-0,05	0,01
Кетле индексі	0,06	0,06	-0,20	0,19	-0,12	-0,15	0,14	0,13	-0,06	-0,02
Бел көлемі	-0,05	-0,06	-0,07	0,04	0,00	-0,02	0,02	0,02	-0,03	0,08
Сан көлемі	-0,00	0,01	-0,14	0,11	-0,04	-0,09	0,03	0,07	-0,05	-0,07
Бауырдың ісік аурулары	1,00	0,77	-0,03	0,20	-0,05	0,02	0,02	-0,04	-0,03	-0,04
Асқазан, асқорту, ішек жолдарының ісік аурулары	0,77	1,00	-0,06	0,18	-0,06	-0,03	0,05	-0,01	-0,04	-0,04
Сізге АҚ жоғарлады ма?	-0,03	-0,06	1,00	-0,33	0,25	0,22	-0,21	-0,18	0,12	0,07
Гипергониялық кризистің жиілігі	0,20	0,18	-0,33	1,00	-0,24	-0,19	0,18	0,15	-0,14	-0,03

Сізде кеуде клеткасында жағымсыз әсерлер, ауырлық сезім бола ма?	-0,05	-0,06	0,25	-0,24	1,00	0,33	-0,30	-0,31	0,14	0,04
Соңғы уақытта жүрек аумағында ауру жиіледі ма?	0,02	-0,03	0,22	-0,19	0,33	1,00	-0,27	-0,29	0,22	0,03
Демікте	0,02	0,05	-0,21	0,18	-0,30	-0,27	1,00	0,52	-0,17	-0,04
Жүрек жұмысы кезіндегі шағымдар	-0,04	-0,01	-0,18	0,15	-0,31	-0,29	0,52	1,00	-0,07	-0,02
Қант диабетімен ауырасыз ба?	-0,03	-0,04	0,12	-0,14	0,14	0,22	-0,17	-0,07	1,00	0,07
Бронх демікпесімен ауырасыз ба?	-0,04	-0,04	0,07	-0,03	0,04	0,03	-0,04	-0,02	0,07	1,00

54 кесте – Еркек жынысты тұлғалардың зерттелген параметрлері және қауіп факторлары арасындағы корреляциялық байланыстың деңгейі

Жыныс - ЕРКЕК	Бауырдың ісік ауруы	Асказан,асқорту, ішек жолдарының ісік аурулары	Сізде АҚ жоғарлады ма?	Гипертониялық кризистің жиілігі	Сізде кеуде клеткасында жағымсыз әсерлер, ауырлық сезім бола ма?	Соңғы уақытта жүрек аумағында ауру жиіледі ма?	Демікте	Жүрек жұмысы кезіндегі шағымдар	Қант диабетімен ауырсыз ба?	Бронх демікпесімен ауырсыз ба?
Қазіргі уақытта темекі шегесіз ба?	-0,07	-0,10	0,03	-0,02	0,02	-0,04	0,01	0,02	-0,09	-0,01
Темекі шегу кезеңі	-0,02	-0,01	0,00	-0,01	-0,02	0,08	0,01	-0,02	0,05	0,01
Күніне неше темекі шегесіз?	-0,01	0,00	0,02	-0,02	-0,01	0,11	-0,04	-0,06	0,06	0,03
Алкоголь шырынын қолданасыз ба?	-0,03	-0,05	-0,05	0,04	0,01	0,00	0,06	-0,06	-0,10	-0,06
Тұзды тағамдар қолданасыз ба?	0,03	0,02	0,03	0,17	-0,04	-0,05	-0,01	0,00	-0,12	-0,03
Бой	-0,03	-0,03	0,01	-0,03	-0,04	-0,05	-0,00	-0,02	0,00	0,04
Салмақ	-0,11	-0,10	-0,14	-0,06	-0,09	-0,08	0,02	-0,01	-0,04	0,03
Кетле индексі	-0,02	-0,02	-0,15	-0,01	-0,14	-0,08	0,04	0,08	-0,10	0,03
Бел көлемі	-0,01	-0,01	-0,10	-0,01	-0,06	-0,05	0,02	-0,03	-0,10	0,03
Сан көлемі	-0,07	-0,05	-0,09	-0,04	-0,02	-0,04	0,10	0,08	-0,07	0,02
Бауырдың ісік аурулары	1,00	0,86	-0,05	0,29	-0,00	-0,03	-0,03	-0,01	0,04	-0,03
Асказан,асқорту,ішек жолдарының ісік аурулары	0,86	1,00	-0,08	0,30	0,00	-0,05	-0,04	-0,00	0,04	0,03
Сізде АҚ жоғарлады ма?	-0,05	-0,08	1,00	-0,23	0,18	0,14	-0,18	-0,07	0,09	0,06
Гипертониялық кризистің жиілігі	0,29	0,30	-0,23	1,00	-0,20	-0,18	0,07	0,09	-0,04	-0,18
Сізде кеуде клеткасында жағымсыз әсерлер, ауырлық сезім бола ма?	-0,00	0,00	0,18	-0,20	1,00	0,38	-0,25	-0,19	0,17	0,04
Соңғы уақытта жүрек аумағында ауру жиіледі ма?	-0,03	-0,05	0,14	-0,18	0,38	1,00	-0,27	-0,25	0,20	0,07
Демікте	-0,03	-0,04	-0,18	0,07	-0,25	-0,27	1,00	0,54	-0,08	-0,12
Жүрек жұмысы кезіндегі шағымдар	-0,01	-0,00	-0,07	0,09	-0,19	-0,25	0,54	1,00	-0,04	-0,06
Қант диабетімен ауырсыз ба?	0,04	0,04	0,09	-0,04	0,17	0,20	-0,08	-0,04	1,00	0,12
Бронх демікпесімен ауырсыз ба?	-0,03	0,03	0,06	-0,18	0,04	0,07	-0,12	-0,06	0,12	1,00

53,54 кестеде көрсетілгендей $r < 0,01$ коррелятивті байланысының әлсіз деңгейін көрсетеді.

Осыған орай, сауалнама алу кезінде мәліметтің сараптамасы, Бұқар-Жырау ауданы сияқты респонденттің аудандық ерекшеліктерін көрсетуге мүмкіндік береді. Көптеген қауіп факторларының әлеуметтік маңызды аурулар үшін жалпылық болып саналады. Бұл олардың профилактикасы үшін интегривті қажеттілік туралы сипатқа ие болады. Тұрғындардың басым бөлігі қауіп факторының бір уақытта бірнеше қызметте болады. Фактордың өзара қарым-қатынасы кезінде бір-бірінен тәуелсіз, суммация тиімділігі немесе әлсіздік байқалады. Негізгі әлеуметтік маңызды аурулар кезінде факторлардың өзара қарым-қатынасы толықтай зерттелмеген. Тұрғындар арасында қауіп факторының таралуын анықтау зерттелген аймақтарда профилактика стратегиясын шығару үшін маңызды болып табылады. Бұл мониторинг технологиясын енгізу, динамикалық бақылау және заманауи диспансеризация енгізуді талап етеді, сонымен қатар АМСКК деңгейінде алдын алу шаралардың нәтижесін бағалау критеріі болып саналады.

5 АУЫЛ АЙМАҚТАРЫНДА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫ БАҒАЛАУ (БҰҚАР-ЖЫРАУ АУДАНЫ МЫСАЛЫНДА)

Ауылдарда медициналық көмекті ұйымдастырудың негізі болып оның кезеңдері табылады, біздің зерттеген Бұқар-Жырау ауданына медициналық көмекті ұйымдастыру кезеңінде тұрғандығын есепке алған жөн. Салыстырмалы түрде ауыл-аймақтарында, басқа аудандарда медициналық көмекті ұйымдастыру сұрағы зерттелген болатын (Нұра, Абай, Осакаровка, Жана-арқа). Дегенмен зерттелген аймақтарда ауылдың ем-профилактикалық мекемелерінде қызмет болды, бірақ қызметтің негізгі бағыты АМСКК деңгейінде бірдей болды (20 сурет).

Бұқар-Жырау ауданы ауыл-аймақтың үлкен бір ауданы болып табылады. Бұқар-Жырау ауданы Қазақстан Республикасы Президентінің 1997 жылдың 23 мамырындағы №3528 «Алматы, Шығыс-Қазақстан, Қарағанды, Солтүстік-Қазақстан облыстарының әкімшілік-территориялық өзгерісі туралы» Бұйрығымен құрылған. Ең алғаш 1938 жылы Ворошиловский ауданы болып құрылды. 1961 жылы Ульяновка ауданы деген атпен өзгертілді (аудан орталығы Колхозное пгт Ульяновка болып аты өзгертілді). 1997 жылы аудан Бұқар-Жырау ауданы болып өзгертілді (аудан орталығы Ботақара болып ауысты).

Ауданның территориясы шамамен 14 мың 576 квадрат километр. Аудан орталығы-Ботақара кенті (Ульяновский), облыс орталығынан солтүстік-шығысқа 32 км орналасқан. Аудан территориясы бойынша Нұра, Шерубай-Нұра, Соқыр, Ащысу, Байбура, Көкпекті және 30 дан астам өзен ағып жатыр және жаз уақытында ағатын уақытша сарқырама. Аудан территориясында мынадай аңдар бар: қасқыр, елік, суыр, түлкі, қарсақ, сасықкүзен, қоян, сұр шіл, ақ шіл, ақ тышқыр, аққұлақ, арқар, безгелдек. Орман тоғай алып жатқан жер аумағы 10,6 тыс.га. құрайды.

Ауданда 60 мыңнан асатын түрлі ұлт өкілдері тұратын 30 ауыл, кенттер және ауыл-аймақтар бар. Аудан экономикасы ауылшаруашылық, оннан асатын азық-түлік түрлері шығарылады, кішігірім жеке меншік орталығы дамыған, индустриалды-инновациялық бағдарлама бойынша «Казтерм» заводы дамыған. Ауданның 68 аймағы автомобиль жол жүйесімен, телефон жүйесімен байланыста. 50 адамнан асатын тұрғындары бар әрбір ауылда мектеп, мәдениет мекемесі және медициналық қызмет көрсететін мекеме бар. 2010 жылы тұрғындар саны 59 577 адамды құрады.

Бұқар-Жырау ауданы



-) Аудандық орталық аурухана (АОА)
- + Бөлімшелік аурухана (БА)
- ▲ Дәрігерлік амбулатория (ДА)
- Фельдшерлік-акушерлік бекет (ФАБ)
- ◆ Медициналық бекет (МБ)

20 сурет – Қарағанды облысы Бұқар-Жырау ауданының сызбасы

Соңғы жылдарда Бұқар-Жырау ауданындағы өндіріс орталықтары алдыңғы жылмен салыстырғанда 5,2 есе өскен және 12140,3 млн.теңгені құраған, физикалық көлемнің индексі 112% құрады, жалпы алғанда ауданның өндірістік мекемелердің жалпылық салмағы 1,3% құрады.

Өндірістің базалық кешені тау-кен қазушы және өңделіп шығатын тұқымдар болып табылады. Өнімдердің салыстырмалы салмағы өнеркәсіптің жалпы өндірісі 2,8% және 97,2 % сәйкес болжамды құрайды. Кәсіпорынның инновациялық белсенділігі 2009 жылы 6,2% құрады. Инновациялық қызметтің негізгі түрі, аяқталған инновация, жаңа технологияларды, құрылғыларды енгізу болып табылады.

Ауыл шаруашылығының негізгі шамасын аудандардағы азық-түлік қауіпсіздігімен қамтамасыз ету және облыстың талабын орындау құрайды. Ауданда экологиялық таза өнімдерді сыртқы сатылымға шығарумен қамтамасыз ететін жобалар өңделіп жатыр. Ауыл шаруашылықта ұсақ тауарлы және жердің аз үлесі үлкен масштабтағы селекциялық-асыл тұқымды мал шаруашылығы жұмысын жүргізуге жол бермейді және ауыспалы егіс ғылыми-құндылықтарын сақтау, заманауи технологияларды, механизацияларды және өндіріс процесінде автомат-

тандыруды кеңінен қолдану болып табылады. Су жіберетін жүйелердің техникалық жағдайларының нашарлауы суармалы егістікті тиімді пайдаланбағандықтан және ауыл шаруашылығында астық өнімділігінің төмен болуы. Ауыл шаруашылық техникасының шығын деңгейі 80% құрайды, яғни өндірістік еңбектің төмендеуіне, өнімнің жоғарлауына және бәсекеге қабілетті деңгейдің төмендеуіне алып келеді.

Инновациялық өндірістік қызметтің негізгі түрі, аяқталған инновация болып табылады: жаңа технологияларды, құралдарды, материалдарды–63%, ғылыми-зерттеу қызметтері–12%, жоба-конструкторлық қызметін енгізу және ғылыми-техникалық бағдарламаларға – 4% болып табылады.

Бұқар-Жырау ауданы кіші және орта өндірістің дамуымен сипатталады, кіші және орта бизнестің белсенді өндіріс саны 1768 бірлікті құрады, яғни алдағы жылға 4,7% деңгейі (1688 ед.) оның ішінде заңды тұлға 84 бірлік, (тіркелгендердің жалпы санынан 2,1%), жеке кәсіпорындар 1684бірлік (теркелгендердің жалпы санынан 95,2 %).

«Бизнестің жол картасы 2020» бағдарламасының даму шегінде ауданда кіші және орта бизнестің өкілдерімен жұмыс жүргізілді. ЖО «Алимов» - күніне мың кірпіш дайындайтын күші бар өндіріс орнынымен кірпіш дайындау бойынша цех. ЖО «Дусупова»- түрлі қосалқы бөлшектер саудасымен, доңғалақ жөндеу, көлік жуу орталықтары. СПК «Мадина» - модульды мал соятын орны құрылысы, жалпы соммасы 55 млн.теңге.

Кіші және орта бизнеспен айналысатындардың жалпы саны 3519 адамды құрады.

2010 жылы кәсіпкерлер Ассоциациясы құрылды. Сарапшы кеңесі құрылды, оның құрамына берілген Ассоциацияның сенімді өкілі кіреді. Ауданның өнеркәсібі тау кен қазушы және өндіруші құрылыммен ұсынылады. Үлкен және орта өнеркәсіптік кәсіпорынның құрамына «ГРК Камбар»ДБҰ, «ГРК Sat Komir»ДБҰ, «Максам Казахстан» ДБҰ, «Зерновая компания Сункар и К»ДБҰ кіреді.

Аудан көмірмен, барит концентратымен, мыс рудасымен қамтылған. Осыған байланысты ауданда өндірістік кәсіпорын қызметінде недрөқолданушылар «Арселор Миталл» ЖШС (пайда және құм-қиыршық тас қоспасын реализациялау), «Бахыт и К» (құм карьер) ЖШС, «Нурхан» (құм карьер) ЖШС, «Казахмыс» ЖШС («Нурказган» туған жері), «Централ Азия Цемент» АҚ (балшық карьерасы), «Горнорудная компания Кар Руда» ЖШС (ұсақтас карьерасы), «Дорстройматериалы» АҚ (камен-ный карьер), «Караганды жолдары» ЖШС (ұсақтас пайдасы),«Монолит» ЖШС (құм пайдасы), «Аргос» ЖШС (Аман ұсақтас карьерасы), Актаское (кірпіш құмының туған жері), «Импульс» ЖШС (әктас реализациясы және өндірісі), КХ «Нур Адил», «Березняки» АҚ, (құмды пайдалану және реализациялау) сияқты руда емес материалдарды шығарумен айналысады.

Жоғарыда көрсетілген карьерлерді өңдеудің артықшылығы, тау

кен өндіру көлемін арттыруға мүмкіндік берді және жалпы алғанда өндірістің даму динамикасына оң әсерін тигізді. 2009 жылы 3 жаңа өндіріс қызметі енгізілді: құрылыс заттарын шығару бойынша цех КХ «Нектар» базасында, сұйық май шығару бойынша цех КХ «Жас Улан» базасында, сүт және сүт өнімдерін шығару бойынша цех базе КХ «Шугыла» базасында жүзеге асырылады.

Тау кен өндіру негізгі екі күрделі көмір өндіретін «ГРК Камбар»ЖШС, «ГРК Sat Komir» ЖШС ашық түрде 3 БВ маркалы көмірді өндіретін және реализациялайтын кәсіпорындар болып табылады.

01.2012 жылға Бұқар-Жырау ауданының тұрғындарының саны 63226 адамды құрады. Тұрғындардың саны және жиілігі бойынша аудан Қарағанды облысындағы аудандары арасында бірінші орын алады. 2005-2012 жылдар ағымында аудан тұрғындарының саны 63224-дан 59 577-ға дейін төмендеді 2010ж. содан кейін 01.01.2012ж. 63 226-ға дейін немесе % өсті.

55 кесте - 2012 жылға Бұқар-Жырау ауданы тұрғындарының жас ерекшелік құрылымы

Аймақ	0-14 жастан		15-17 жас		18-34		35-48		49-59		60-69		70 жастан жоғары		Барлығы	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
Бұқар-Жырау ауданы	6651	6093	1370	1452	8943	8624	5699	5962	4685	4560	2660	2837	1534	1991	36904	31519
Боғақара кенті	714	635	133	151	611	535	412	723	306	394	112	153	36	37	2324	2628
Мұстафин кенті	548	546	97	102	793	745	495	523	320	370	165	241	133	256	2551	2783
Керней ауылы	357	378	119	110	528	469	336	278	227	220	112	111	70	115	1749	1681
Ақтөбе ауылы	126	103	24	23	174	132	115	101	131	135	130	103	37	38	787	635
Баймұрза ауылы	287	211	65	62	337	283	207	200	151	166	100	99	56	70	1203	1091
Гагарин ауылы	318	284	49	50	315	335	242	262	137	183	136	148	69	75	1266	1337
Доскей ауылы	505	516	122	116	662	599	458	461	429	405	200	207	151	169	2527	2473
Дубовка ауылы	397	398	79	110	552	638	366	349	355	386	208	196	76	121	2033	2198
Қаражар ауылы	247	237	44	55	312	292	155	152	130	119	36	53	34	52	958	960
Көкпекті ауылы	458	424	97	92	499	515	397	374	287	299	210	225	122	145	2079	1892
Қушоқы кенті	404	399	40	74	446	469	504	544	418	204	169	213	74	121	2060	2024
Жаңаузенко ауылы	178	168	31	31	325	306	155	155	160	153	68	83	90	128	1007	1024
Петровка ауылы	459	504	87	98	451	528	282	271	264	250	259	272	230	206	2014	2129
Ростовка ауылы	594	544	84	95	723	645	344	361	310	320	122	139	52	85	2229	2189
Самарқанд ауылы	126	103	53	45	394	384	217	217	160	162	142	136	45	41	1137	1088
Тоғызқұдық ауылы	219	201	23	43	218	181	113	97	69	69	92	52	35	41	769	684
Үміткер ауылы	198	159	37	38	192	226	109	86	80	69	36	47	40	29	692	654
Үштөбе ауылы	185	181	118	101	978	1010	526	558	382	403	178	224	127	166	2494	2643
Центральный ауылы	126	103	24	23	174	132	115	101	131	135	130	103	37	38	737	635
Шешенқара ауылы	208	180	44	33	259	200	146	149	119	118	55	32	19	58	850	770

Бұқар-Жырау ауданында денсаулық сақтау жүйесін ұйымдастыру құрылымы 38 МП, 6 ФАП, 16 ВА, 2 СУБ, 1 ЦРБ түрінде ұсынылған (ОАА құрамына емхана және стационар кіреді). ФАП СВА ға біріктірілген, ал СВА СУБ-ға біріктірілген (Керней, Мустафин ауылдары). Фельдшер-акушерлік бекеттің кадрлық құрамы біліктіліктері артқан медициналық қызметкерлердің жетіспеушілігімен сәйкес келеді. Фельдшермен жинақталған – 28.

56 кесте – Бұқар-Жырау ауданы бойынша кадрлардың жинақтылығы (2012 жыл)

Атауы	Штаттық бірлік	Бос емес бірліктер	Физикалық тұлғалар	%
Дәрігерлер	89,5	89,5	67	74,9
Орта медициналық қызметкерлер	245,00	245,00	231	94,3
Барлығы	334,5	334,5	298	89,0

Жас ерекшелік құрамның анализіне сүйенсек ФАП 54 кестеде көрсетілгендей кадрлардың тапшылығы белгіленген, фельдшер-акушерлік пункт медициналық қызметкерлерін қамтамасыз ету қызметі төмен, жас ерекшелік тобы 35 жасқа дейін – 3 адам, 36-45 жас – 4, 46-55 – 15 адам, 55 жастан жоғары- 6. ФАП медициналық қызметкерлерінің жас ерекшелік құрамы 57 кестеде көрсетілген.

57 кесте - ФАП медициналық қызметкерлерінің жас ерекшелік құрамы

ФАП медқызметкерлерінің категориялары	Жас	35 жасқа дейін	36-45 жас	46-55 жас	55 жастан жоғары	Барлығы
Фельдшерлер	абс.	1	-	1	1	3
	%	2,27	-	,27	2,27	6,8
Мейірбикелер	абс.	3	11	21	6	41
	%	6,8	25,0	7,7	13,6	93,2
Акушерлер	абс.	-	-	-	-	-
	%	-	-	-	-	-
Барлығы	абс.	4	11	22	7	44
	%	9,0	25,0	50,0	15,9	100

ФАП есепке ала отырып тұрғындарға дәрігерге дейін біріншілік медициналық көмек көрсету ФАП қызметінің сапалы көрсеткіші ретінде танылды. 6 ФАП 5390 тұрғын бекітілді. 17403 амбулаторлы қызмет көрсетуде ФАП келеді, оның ішінде үйге – 10518. Берілген сәйкестік ФАП маңыздылығын ауыл тұрғындарына біріншілік медико-санитарлық көмек көрсету жүйесін көрсетеді. ФАП қатысу құрылымында емдік-кеңестік мақсаттық сұранысы бойынша 86% құрайды, соның ішінде 72% жедел жағдайлар бойынша және созылмалы аурулардың асқынуы бойынша; 12% - алдын алу мақсатта, демек АҚ деңгейін өлшеу, алдын алу егулерді жүргізу және тек 2% ғана - диспансерлік бақылау мақсатында.

ФАП бойынша қатысу құрылымында бір тұрғынға ФАП-та әр түрлі. Бұл ФАП статистикалық тіркеуде тұрмағандықты, қызметкерде мотивацияның болмауын байқатады. Бас дәрігердің бекітілуімен ФАП оталық процедуралардың стандарты бар, шұғыл көмек көрсету алгоритомы бар. 52,7% жағдай шұғыл көмек көрсету бойынша қиындықтар болды. 37% жағдай науқастарды енгізу сапасы бойынша сарапшы бағасын тексеру нәтижесі ФАП болмаған.

Осыған орай, жүргізілген сараптама нәтижесі бойынша медициналық ұйымның дамуы туралы сипатқа ие, алғашқы медико-санитарлық көмек көрсетудің жүйесіндегі мағызын есепке ала отырып ФАП көмек көрсету. Дәрігерлік амбулатория қызметкерлерінің жас ерекшелік құрамы 58 кестеде көрсетілген.

58 кесте – Дәрігерлік амбулатория медициналық қызметкерлерінің жас ерекшелік құрамы

Медқызметкер категориясы	Жас	35 жасқа дейін	36-45 жас	46-55 жас	55 жастан жоғары	Барлығы
Дәрігерлер	абс.	5	3	5	9	22
	%	5,5	3,3	5,5	10	24,4
Фельдшерлер	абс.	2	2	2	1	7
	%	2,2	2,2	2,2	1,1	7,7
Мейірбикелер	абс.	1	16	27	9	53
	%	1,1	17,7	90	10	58,9
Акушерлер	абс.	3	1	2	2	8
	%	3,3	1,1	2,2	2,2	8,8
Барлығы	абс.	6	19	31	12	90
	%	6,6	21,1	34,4	13,3	100

59 кесте – Кезекші ауруханалардың медициналық қызметкерлерінің жас ерекшелік құрамы

Медқызметкер категориясы	Жас	35 жасқа дейін	36-45 жас	46-55 жас	55 жастан жоғары	Барлығы
Дәрігерлер	абс.	1	-	2	6	9
	%	3,3	-	6,6	20	30
Фельдшерлер	абс.	-	1	9	-	10
	%	-	3,3	30	-	33,3
Мейірбикелер	абс.	-	2	12	6	20
	%	-	6,6	40	20	66,6
Акушерлер	абс.	-	-	1	-	1
	%	-	-	3,3	-	3,3
Барлығы	абс.	1	3	24	12	30
	%	3,3	10	80	40	100

60 кесте – КММ ОАА Бұқар-Жырау ауданындағы кадрлардың құрамы

Атауы	Штаттық бірлік		Бос емес бірлік		Физикалық тұлғалар		%	
	Стац	Ем-хана	Стац	Ем-хана	Стац	Ем-хана	Стац	Ем-хана
Дәрігерлер	13,0	30,75		30,75	10	26	76	85
Орта медицина қызметкер	36,75	50,25	36,75	50,25	25	51	68	101
Кіші медицина қызметкер	36,25	8,0	36,25	8,0	24	10	66	100
Басқалары	24,25	34,75	24,25	34,75	18	34	100	100
Барлығы	110,25	123,75	110,25	123,75	77	121	70	98

61 кесте – Стационардағы медицина қызметкерлерінің жас ерекшелік құрамы

Медқызметкер категориясы	Жас	35 жасқа дейін	36-45 жас	46-55 жас	55 жастан жоғары	Барлығы
Дәрігерлер	абс.	2	4	2	2	10
	%	6,6	13,3	6,6	6,6	33,3
Фельдшерлер	абс.	-	-	-	-	-
	%	-	-	-	-	-
Мейірбикелер	абс.	5	2	9	2	18
	%	16,6	6,6	30	6,6	60
Акушерлер	абс.	1	1	-	-	2
	%	3,3	3,3	-	-	6,6
Барлығы	абс.	8	7	11	4	30
	%	26,6	23,3	36,6	13,3	100

62кесте –Емханадағы медицина қызметкерлерінің жас ерекшелік құрамы

Медқызметкер категориясы	Жас	35 жасқа дейін	36-45 жас	46-55 жас	55 жастан жоғары	Барлығы
Дәрігерлер	абс.	8	6	6	6	26
	%	8,8	6,6	6,6	6,6	28,5
Фельдшерлер	абс.	-	1	3	4	8
	%	-	1,09	3,29	4,34	8,79
Мейірбикелер	абс.	11	5	27	5	48
	%	12,08	5,49	29,6	5,49	52,7
Акушерлер	абс.	-	1	1	-	2
	%	-	1,09	1,09	-	2,19
Лаборант	абс.	3	3	1	-	7
	%	3,29	3,29	1,09	-	7,69
Барлығы	абс.	22	16	38	15	91
	%	24,17	17,58	41,7	16,48	100

63 кесте –2013 жылға мамандық разрезінде дәрігер кадрлардың жұмыс өтілі туралы ақпарат

Мамандық	Бар-лы-ғы	6 жасқа дейін		6-10 жас		11-15 жас		16-20 жас		21-25 жас		26-30 жас		30 жаста настам	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Акушер және гинекология	5	1	20,0	2	40,0	1	20,0	-	-	-	-	-	-	1	20,0
Анастезиология және реанимация	3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	33,3	-	-	2	66,7
Зертханалық жұмыс	1	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Дерматовенерология	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0
Кардиология	1	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Неврология	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0
Онкология	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-
Офтальмология	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-
Педиатрия	9	3	33,3	1	11,1	1	11,1	-	-	2	22,2	-	-	2	22,2
Психиатрия	1	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-
Рентгенология	1	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Денсаулық сақтауды ұйымдастыру	4	-	-	-	-	-	-	1	25,0	-	-	-	-	3	75,0
Стоматология	6	-	-	1	16,7	-	-	1	16,7	1	16,7	3	50,0	-	-
Терапия	6	-	-	1	16,7	-	-	-	-	-	-	1	16,7	4	66,7
Фтизиатрия	2	-	-	-	-	-	-	1	50,0	-	-	-	-	1	50,0
Хирургия	3	1	33,3	-	-	1	33,3	-	-	-	-	1	33,3	-	-
Балалар неврологиясы	1	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Балалар оториноларингологиясы	1	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Эпидемиология	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0
Жалпы дәрігерлік тәжірибе	17	4	23,5	1	5,9	1	5,9	1	5,9	1	5,9	1	5,9	8	47,1
Сәулелі диагностика	1	1	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Наркология	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-
Барлығы	68	12	17,65	7	10,3	6	8,8	5	7,3	5	7,3	9	13,4	24	35,3

64 кесте – 2013 жылға мамандардағы СМР қызмет өтілі туралы ақпарат

Мамандық	Барлығы	6 жылға дейін		6-10 жыл		11-15 жыл		16-20 жыл		21-25 жыл		26-30 жыл		30 жылдан астам	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Фельдшер	11	2	18,2	-	-	-	-	-	-	1	9,1	3	27,3	5	45,4
Акушер	6	-	-	1	16,7	-	-	1	16,7	3	50,0	1	16,7	-	-
Тіс технигі	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100,0
Фармацевт (ассистент фарм.)	2	1	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50,0
Мейірбике/аға	167	15	9,0	5	3,0	8	4,8	11	6,6	22	13,2	49	29,3	57	34,1
Зертханашы	23	1	4,3	6	26,1	-	-	4	17,4	2	8,7	5	21,7	5	21,7
Жалпы тәжірибе фельдшері	5	1	20,0	-	-	-	-	-	-	1	20,0	-	-	3	60,0
Жалпы тәжірибе акушері	14	1	7,1	2	14,3	-	-	1	7,1	-	-	3	21,4	7	50,0
Санитар дәрігер/фельдшер	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-
Мед.статистик (М/С /фельдшер)	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0
Барлығы	232	21	9,05	14	6,0	8	3,4	17	7,3	30	12,9	61	26,3	81	34,9

65 кесте – Бұқар-Жырау ауданындағы медициналық мекемелерді медициналық құралдармен қамтамасыз ету.

Денсаулық сақтау мекемесі (бөлу құрылымы)	кешен саны	Медициналық құрал		физио-терапиялық кабинеттерді жабдықтау	стоматологиялық кабинеттерді жабдықтау
		қамтамасыз ету % табелден	пайыз		
Емхана және ОАА	1	100%	40%	1	1
Кезекші аурухана (КА)	2	50%	50%	2	2
Дәрігерлік амбулатория (ДА)	17	52%	50%	17	3
Фельдшер-акушерлік бекет (ФАБ)	6	36%	50%	-	-
Медициналық бекет (МБ)	39	21%	50%	-	-

66 кесте – Бұқар-Жырау ауданында медициналық мекемелердің ақпараттық өзара қатынасының және байланыс құралдарымен қамтамасыз ету

Денсаулық сақтау мекемесі (бөлу структурасы)	барлық кешен	Телефон байланысы			электронды почтаның болуы	компьютер техникасы мен қамтамасыз ету
		телефон байланысымен қамтамасыз ету	жеке телефон желісі	бірлескен телефон желісі		
Емхана	1	1	1	-	1	100%
Кезекші аурухана (КА)	2	2	2	-	-	100%
Дәрігерлік амбулатория (ДА)	17	17	17	-	-	50%
Фельдшер-акушерлік пункт (ФАП)	6	6	6	-	-	-
Медициналық пункт (МП)	39	20	20	-	-	-

67 кесте – Ботақара кенті емханасына дәрігерлік амбулаторлы-поликлиникалық қызмет көрсету талдауы

Амбулаторлы-поликлиникалық қабылдау кешені	Жылына келу саны																	
	2006ж.		2007ж.		2008ж.		2009ж.		2010ж.		2011ж.		2012ж.					
	Жалпы саны	1 тұрғынға	Жалпы саны	1 тұрғынға	Жалпы саны	1 тұрғынға	Жалпы саны	1 тұрғынға	Жалпы саны	1 тұрғынға	Жалпы саны	1 тұрғынға	Жалпы саны	1 тұрғынға				
Терапевтикалық	7383	12,0	6798	11,0	7539	12,0	8885	15,0	10393	17,0	6703	11,0	5345	8,0				
Педиатриялық*	9047	15,0	11881	20,0	11415	18,0	11832	20,0	10440	17,0	8385	13,0	8923	14,0				
Хирургиялық	7484	12,0	5723	9,0	7874	12,0	11494	19,0	14346	24,0	9711	15,0	9689	15,0				
Акушер- гинекологиялық**	4916	8,0	3814	6,0	3172	5,0	2602	4,0	3425	6,0	3108	5,0	4663	7,0				
Неврологиялық	4993	8,0	6397	10,0	3953	6,0	10498	18,0	13818	23,0	13708	22,0	13102	21,0				
Офтальмологиялық	6140	10,0	6310	10,0	9092	14,0	11117	19,0	14398	24,0	11329	18,0	13375	21,0				
Отоларингологиялық	-	-	-	-	4321	7,0	7140	12,0	13542	23,0	9900	16,0	10318	16,0				
Эндокринологиялық	3417	6,0	979	2,0	-	-	3083	5,0	6691	11,0	5092	8,0	5082	8,0				
Инфекциялық	4537	7,0	3884	6,0	3987	6,0	3725	6,0	6113	10,0	3730	6,0	-	-				
Урологиялық	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Стоматологиялық	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Травматологиялық	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3198	5,0				
Кардиологиялық	-	-	-	-	1620	3,0	4883	8,0	3505	6,0	6024	9,0	5444	9,0				
Физиотерапевтикалық	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Жалпы тәжірибе дәрігері	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				

Ескерту: * 1 балаға келу саны

** 1 әйелге келу саны

Ботақара кентіндегі дәрігерлік амбулаторлы-поликлиникалық қатынасудың анализі (67 кестеде) көрсетілген, яғни емхананың профильді мамандарының жоғарлағандығын байқатады. Мысалға, офтальмолог және оториноларинголог дәрігерге бару 2005 жылдан 2012 жылға дейін 2 есеге өсті, ал невропатолог дәрігерге 3 есе. Инфекционист дәрігерге соңғы 2 жылда маманның жоқ болуына байланысты ешкім қаралмаған.

СВА-ға 2013 жылы 106819 адам барған, оның ішінде аурушандық бойынша – 55414 (жасөспірімдер – 4216, ересектер - 32736). Скринингті қосқанда профтексеріс – 52812, оның ішінде жасөспірімдер – 29016, ересектер – 119386. Үйге келу – 20256, оның ішінде аурушандық – 534.

68 кесте–Тәуліктік стационардағы төсек қорының динамикасы

ЛПУ атауы	Жылдар							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ОАА	70	70	80	80	70	80	75	75
АКА Мұстафин	15	15	15	15	10	10	10	10
АКА Керней	10	10	10	10	5	5	5	5

Тәуліктік стационардағы төсек қорының динамикасы (68 кестеде) ауылдың кезекші ауруханасында (АКА) Мұстафин кентіндегі және Керней ауылында 2009 жылы әрбір АКА 5 төсекке азайды. Орталық аудандық ауруханада (ОАА) 2010 жылмен салыстырғанда 2011 жылы 5 төсекке қысқарды. 105 төсектің максималды саны 2007-2008 ж.ж. байқалды, минималды саны 2009 жылы 85 төсекті құрады. 2011-2012 ж.ж. Бұқар-Жырау ауданы бойынша төсектің жалпы саны 90 төсекті құрады. Бұқар - Жырау ауданының Ботақара кентіндегі орталық кезекші ауруханасының жеке профильды құрамына терапиялық бөлімнің 36 төсегі, педиатриялық бөлімде 10 төсек, хирургиялық бөлімде 19 төсек, травматологиялық кешен бөлімінде 5 төсек және гинекологиялық кешенде 8 төсек, босану бөлмесінде 5 төсек, реабилитация бөлімінде – 5 төсекпен қамтамасыз етілген. Мұстафин кентінің ауылдық кезекші ауруханасында тек терапиялық кешендегі 10 төсек және Керней ауылында 5 төсек.

69 кесте – Бұқар-Жырау ауданындағы жеке кезекші ауруханалардың кешендік құрылымы

Бөлімдердің кешендері	Кезекші аурухана							
	Аудан бойынша		Ботақара кентінің ОАА		Мұстафин кентінің КА		Керней ауылының КА	
	Жалпы саны	%	Жалпы саны	%	Жалпы саны	%	Жалпы саны	%
Терапиялық	3	100	1	33,3	1	33,3	1	33,3
Педиатриялық	1	100	1	100	-	-	-	-
Хирургиялық	1	100	1	100	-	-	-	-
Гинекологиялық	1	100	1	100	-	-	-	-
Босану бөлмесі	1	100	1	100	-	-	-	-
Травматологиялық	1	100	1	100	-	-	-	-
Реанимациялық	1	100	1	100	-	-	-	-
Реабилитация	1	100	1	100	-	-	-	-

Бұқар-Жырау ауданының тұрғындары хирургиялық кешендегі бөлімге жатқызу деңгейі және емделіп шыққан науқастардың құрамында (70 кесте) 2010 жылы емделіп шыққан науқастар саны гинекологиялық науқастар есебінен 996 адамды құрады, яғни 1000 тұрғын 4,6 ауруханаға жатқызу деңгейімен 276 адамды құрады. Травматологиялық кешендегі ауруларды салыстырмалы түрде алып қарағанда 2009 жылы 1000 тұрғынға 3,1 ауруханаға жатқызу деңгейімен 182 адамды құрады.

70 кесте – Бұқар-Жырау ауданы тұрғындарының жеке хирургиялық кешенде госпитализациялау деңгейінің және емделген науқастардың құрылымдық сараптамасы

Мамандандырылған бөлім кешені	Жылына емделген науқастар саны					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Хирургиялық	512	499	538	542	530	605
1000 тұрғынға госпитализациялау деңгейі	8,4	7,7	8,9	9,1	8,4	9,5
Гинекологиялық	106	137	181	276	182	208
1000 тұрғынға госпитализациялау деңгейі	1,7	2,1	3,1	4,6	2,8	3,3
Травматологиялық	169	167	182	178	170	141
1000 тұрғынға госпитализациялау деңгейі	2,7	2,6	3,1	2,9	2,6	2,3
Барлығы	787	803	901	996	882	954

71 кесте - Бұқар-Жырау ауданы тұрғындарының жеке терапиялық кешенде госпитализациялау деңгейінің және емделген науқастардың құрылымдық сараптамасы

Мамандандырылған бөлім кешені	Жылына емделген науқастар саны					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Терапиялық	1407	1277	1292	1231	1127	1063
1000 тұрғынға госпитализациялау деңгейі	23,1	19,6	21,6	20,6	17,7	16,8

Науқастардың емделіп шығу құрылымының сараптамасы және терапиялық бөлімде тұрғындарды госпитализациялау деңгейі (71 кесте), яғни жыл сайынғы науқастарды госпитализациялау саны 2007 жылы 1000 тұрғынға 23,1 госпитализациялау деңгейінде 1407 төмендеген, 2012 жылы 1000 тұрғынға 16,8 госпитализациялау деңгейінде 1063 дейін төмендеген.

72 кесте - Бұқар-Жырау ауданы тұрғындарының жеке педиатриялық кешенде госпитализациялау деңгейінің және емделген науқастардың құрылымдық сараптамасы.

Мамандандырылған бөлім кешені	Жылына емделген науқастар саны					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Педиатриялық	280	188	208	235	251	216
1000 тұрғынға госпитализациялау деңгейі	4,6	2,8	3,5	3,9	3,9	3,4

Науқастардың емделіп шығу құрылымының сараптамасы және педиатриялық бөлімде тұрғындарды госпитализациялау деңгейі (72 кестеде) көрсетілгендей, яғни 2007 жылы 1000 тұрғынға 4,6 госпитализациялау деңгейімен 280 баланы құрады және салыстырмалы түрде жоғары екендігін көрсетті, ал 2012 жылы жылына 1000 тұрғынға 3,4 госпитализациялау деңгейімен 216-ға төмендеді.

73 кесте–Бұқар-Жырау ауданының медициналық ұйым жұмысының тиімділік құрылымының динамикалық көрсеткіші

Көрсеткіштер	Жылдар							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Тәуліктік стационардағы төсек саны	90	90	105	105	80	95	90	90
1000 тұрғынға тәуліктік стационарда төсекпен қамтамасыз ету	1,4	1,5	1,6	1,7	1,3	1,6	1,4	1,4
Тәуліктік стационарда орташа ұзақтықта болу (күніне)	10,56	9,8	10,8	11,4	9,2	9,5	9,1	8,5
Тәуліктік стационарда емделген науқастар саны	2342	2256	2583	2387	2525	2929	2842	2625
Күндізгі стационардағы төсек саны	-	-	-	-	-	30	30	60
1000 тұрғынға күндізгі стационарда төсекпен қамтамасыз ету						0,5	0,47	0,95
Күндізгі стационарда орташа ұзақтықта болу (күніне)	-	-	-	-	-	9,8	9,2	7,5
Күндізгі стационарда емделген науқастар саны	-	-	-	-	-	940	1155	1222

Стационар жұмысының тиімділік құрылымының динамикалық көрсеткіші (73 кестеде) көрсетілгендей яғни 1,7-мен 1000 тұрғынға тәуліктік стационарда төсекпен қамтамасыз ету 2008 жылы 1,4-ке дейін төмендеді, ал тәуліктік стационарға күніне келудің орташа ұзақтығы 2008 жылы 11,4-тен, 2012 жылы 8,5-ке дейін төмендеді, бұл хаттамалардың өзгеруіне және науқастардың тәуліктік стационарға келу ұзақтығына байланысты болды. Ботақара кентіндегі ОАА базасындағы күндізгі стационар тек 2010 жылы терапиялық кешендегі 30 төсек санында ашылды, ал 2012 жылы 60 төсекке өсті, 1000 тұрғынға күндізгі стационарды төсекпен қамтамасыз ету 2010 жылы 0,5, 2011 жылы – 0,47, ал 2012 жылы 0,95-ке дейін өсті. Күндізгі стационарға келу ұзақтығы күн сайын азайып отырды 2010 жылы 9,8-ден 2012 жылы 7,5-ке дейін төмендеді, осыған орай емделген науқастардың саны 2010

жылы 940-тан 2012 жылы 1222-ге дейін артты, себебі төсек айналымының болуы.

74 кесте – Бұқар-Жырау ауданында тұратын тұрғындардың жедел медициналық көмекке жүгіну санының динамикасы (2005-2012 жж.) (мың)

Көрсеткіштер	Жылдар							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Келу саны	10,6	10,3	10,4	10,1	10,1	10,0	9,6	9,7
Амбулаторияға келу саны	0,522	0,419	0,171	0,141	0,145	0,138	0,125	0,110
Апару мақсатында шығу саны	0,788	0,611	0,728	0,763	0,923	0,738	0,582	0,506

Жедел медициналық көмекке жүгіну санының динамикасы (74 кестеде) көрсеткендей, яғни жедел көмек көрсету 2005 жылы 10 600-ге дейін, 2012 жылы 9700-ге дейін төмендегенін көруге болады, оның ішінде 110 адамға үйде көмек көрсетілген және 506 стационарға жатқызылған.

75 кесте – Ботақара кентінің СиНМП аппараттық жүйесімен жабдықтау

Аудан (тұрғындар саны)	Бригада құрамы	Аппараттың болуы	% жабдықтау	% тозушылық
Бұқар-Жырау 2 бөлім 44954 адам	2 фельдшерлік	ЭКГ-2 (2010)	100	20
		РДА-3 (2005)	100	50
		Глюкометр-2 (2010)	100	20
		Дефибрилятор-1 (2004)	100	60
		Электроотсос-1 (2005)	100	50

76 кесте – Бұқар-Жырау ауданы СиНМП медицина қызметкерлерінің санаттылығы

Жылдар	Жоғары			I санат			II санат			Санатсыз		
	дәрігер	фельдшер	диспетчер	дәрігер	фельдшер	диспетчер	дәрігер	фельдшер	диспетчер	дәрігер	фельдшер	диспетчер
2005	-	7	-	-	1	-	-	3	-	-	-	-
2006	-	7	-	-	1	-	-	3	-	-	-	-
2007	-	7	-	-	1	-	-	3	-	-	-	-
2008	-	9,5	1	-	-	1	-	-	1	-	2	1
2009	-	8	1	-	-	1	-	-	1	-	1	1
2010	-	8	1	-	-	1	-	-	1	-	1	1
2011	-	6	1	-	1	1	-	1	1	-	3	1
2012	-	6	1	-	1	1	-	1	1	-	3	1

77 кесте - Бұқар-Жырау ауданы СНМП қызметі жұмысының негізгі көрсеткіштері

Негізгі көрсеткіштер	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Барлық келу саны	10607	10324	10471	10176	10101	10003	9685	9799
Орындалған шақырту, оның ішінде:	10085	10274	10270	10176	10094	9993	9683	9788
- сәтсіз оқиға	1046	799	689	666	590	583	529	636
-кенеттен ауыру	8050	8725	8718	8583	8340	8450	8399	8433
- босану және патология	161	158	135	164	241	222	173	213
- тасымалдау	798	592	728	763	923	738	582	506
Амбулаторияда қаралған	522	122	171	-	7	10	2	0
Нәтижесіз шақыртулар саны	30	2	-	-	-	-	2	25
Жедел шақыртуға 4 минут кеш шыққан шақырту саны (бөгелу)	52	50	14	20	1	-	28	39
15 жасқа дейінгі балаларға шақыртудың орындалуы	731	836	1106	742	873	1034	915	1133
Оның ішінде 1 жасқа дейінгі бала	314	363	359	458	640	518	490	481
Оның ішінде госпитализацияланған	30	63	54	55	72	116	99	16
15 -18 жаста балаларға шақыртудың орындалуы	236	165	154	128	182	153	135	118
ЛПУ жеткізілді	564	529	438	387	493	432	424	515
Оның ішінде госпитализацияланған	429	469	390	345	386	368	318	331
Қаза болған балалар	-	-	1	-	-	-	-	-
Стационардағы тәулікке дейінгі	1	1	1	-	4	4	1	
Диагноз айырмашылығының прценті	3	-	-	1	4	11	2	1
Қаза болған ересектер	56	53	6	37	31	45	28	29
Оның ішінде жедел көмек көрсету қызметкерлерінің кезінде	-	2	-	-	2	5	2	-
Мед.қызметкердің кінәсінен қайта шақырту	16	3	26	64	58	74	59	40
Емхана жұмыс уақытындағы шақыру саны	643	472	822	425	401	613	1261	1093

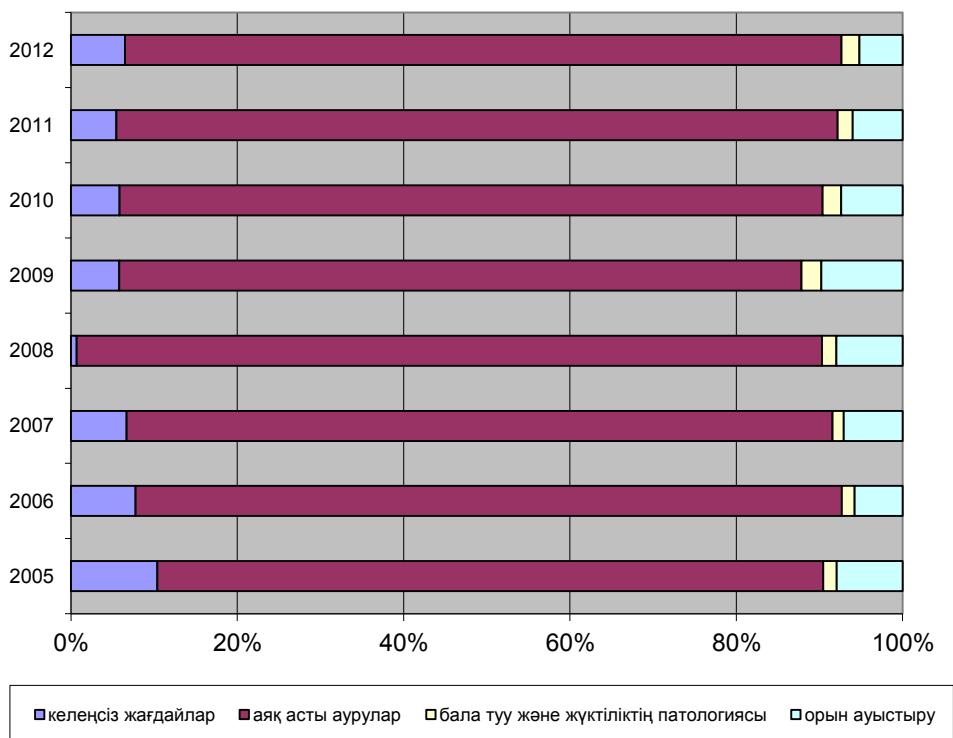
Бұқар-Жырау ауданы СММП қызметі жұмысының негізгі көрсеткіштеріне сәйкес, жедел медициналық көмекке жүгіну санын саралай отырып, жыл сайынғы тенденция 2005-2012 жж. берілген көрсеткіш - 7,6% құрады.

Сол уақыттарда, жыл сайын 2005-2012 жж кезеңде емхана жұмыс уақытында шақырту санының артқаны байқалды, яғни 41,2% құрады. Бұндай тенденция алғашқы медико-санитарлық көмек көрсету қызметінің жақсарғандығын, сонымен қатар СММП және амбулаторлы-поликлиникалық кешеннің, дегенмен әлі де жеткіліксіздігі байқалады (21 сурет).



21 сурет - 2005-2012 жж. Бұқар-Жырау ауданы бойынша емхана жұмыс уақытында шақырту және СММП қатынасу санының тәуелділігі

Орындалған шақыртулардың бірліктік құрылымы бойынша берілген есепке сай келесі мәліметтен көруге болады: орындалған шақыртудың құрылымының үлкен пайызы «кенеттен ауыру», екінші орында – «сәтсіз оқиға», «тасымалдау» және «босану және жүктілік патологиясы» аз шақырту сапасын көрсетеді; сәтсіз жағдай саны жыл сайын өсу тенденциясына ие, бірақ өткен жылмен салыстырғанда 2012 жылда берілген көрсеткіштің 20%-ға өскендігін байқауға болады: 2005 жылмен салыстырған 2006 жылы 8%-ға жоғарылады, 2006 жылмен салыстырған 2007 жылы 0,1% азайды; 2007 жылмен салыстырған 2008 жылы 1,5% азайды; дәл осындай жағдай 2008 жылмен салыстырғанда 2009 жылы 2,8%; 2010 ж. шақырту саны 2009 жылға қарағанда 1,3% жоғарлады; 2010 жылға қарағанда 2012 жылы - 0,6% азайды, 2011 жылмен салыстырғанда 2012 жылы 0,6% төмендеді; бұндай құрылымдық бірліктер, яғни «босану және жүктілік патологиясы», «тасымалдау» - сондай-ақ жыл сайынғы қалыпты көрсеткіш (22 сурет).



22 сурет- 2005-2012 жж. Бұқар-Жырау ауданы бойынша орындалған шақырулардың құрылымы

Динамикалық көрсеткішке сараптама жүргізу кезінде, СНМП қызметінің жұмыс сапасы, жеке алғанда «медициналық қызметкердің кінәсінен қайта шақыру», 2006 жылы қайта шақыртудың төмендеуін және жылдарға сәйкес 9,5 және 8 «жоғары категориясы» бойынша жоғарғы көрсеткішке қарамастан 2008 жылы және 2010 жылы қайта шақыртудың кенеттен өскенін байқауға болады. Соңғы есептік 2 жылда берілген көрсеткіш санының төмен тенденциясы байқалады, дегенмен 2011-2012 жылдары категория жоғары квалификациялы категория бойынша 6 дейін төмендегенін көре аламыз. Берілген көрсеткіш медицина қызметкерін кәсіби дайындаумен ғана шектелмейді деуге болады, бірақ госпитальға дейінгі кезеңдегі қиындықтар, АМСК басқа қызметтеріне ауыспалылықтың жетіспеуі және тұрғындардың сауатсыздығы сияқты басқада факторлар. Жоғарыда көрсетілген 2005-2012 жж. көрсеткіштер 23 суретте ұсынылған.



23 сурет – 2005-2012 ж.ж. Бұқар-Жырау ауданы бойынша медициналық қызметкерлердің кінәсінен қайта шақырту көрсеткішінің динамикасы

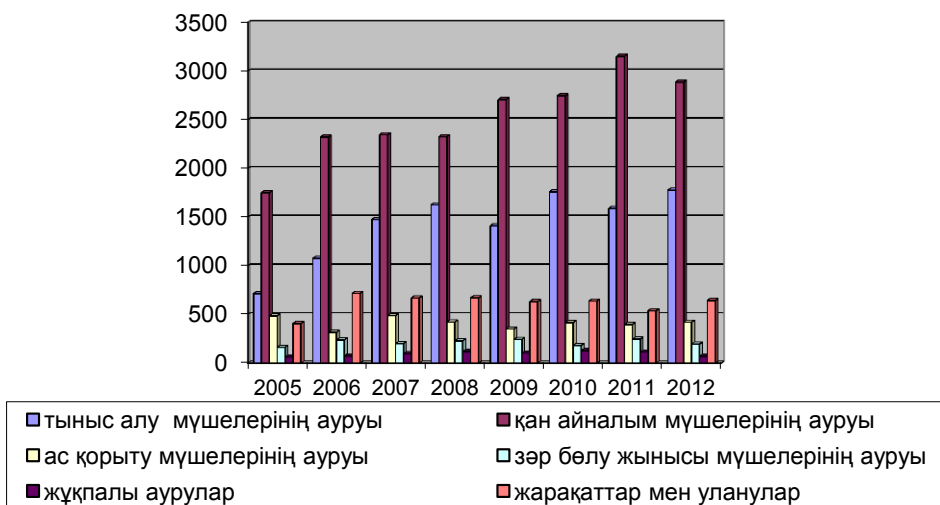
78 кесте – Нозология бойынша шақыру құрылымы

Нозологиялық бірліктер	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Тыныс алу жолдарының аурулары барлығы, оның ішінде:	715	1076	1477	1627	1411	1761	1589	1777
ОРВИ	423	726	959	1229	987	1296	1163	1257
Тұмау	107	-	31	-	-	-	-	-
Пневмония	36	55	65	70	64	58	35	73
Бронхит	86	128	255	158	181	180	93	159
Бронх демікпесі	65	162	149	102	127	184	248	259
Тыныс алу жолдарының басқа аурулары	28	5	-	27	52	43	50	39
Қанайналым жүйесі аурулары, оның ішінде:	1752	2324	2348	2327	2707	2748	3153	2888
Өткір миокарда инфаркті	10	9	10	8	10	5	8	5
ОИМК	14	23	34	37	21	38	32	34
Артериалды гипертензия	1094	1154	1203	1165	1545	1574	1943	1660
Қанайналым жүйесінің басқа аурулары	1811	1138	1096	1117	1121	1131	1170	1169
Ас қорыту жүйесі аурулары	487	318	490	423	352	412	398	422
Асқазан жарасы және 12 – ішектің тесілуі және (немесе) қан кету	27	15	21	28	16	39	20	26
Өткір холецистит/ панкреатит	310	132	140	116	82	126	117	109
Өткір соқырішек	51	53	58	57	59	58	45	53
Грыжа	5	1	15	11	4	18	2	-
Ішектің түйілуі	2	2	-	1	1	-	1	-
Асқорыту мүшелерінің басқада аурулары	246	115	252	210	155	178	213	192
Зәр шығару жүйесі аурулары	164	239	202	230	245	183	248	196
Инфекциялық аурулар	65	74	97	120	105	130	115	71
Жарақат және ұшыну	408	718	670	671	632	639	539	644
Басқада аурулар	5965	5525	5118	4556	4642	4120	3643	3801
Барлығы	9555	10274	10402	10176	10094	9993	9685	9799

Нозология бойынша берілген құрылымды сараптай отырып, қанайналым мүшесінде аздаған ауруды байқауға болады, яғни күнделікті өсу тенденциясына, 2011 ж. максималды санына алып келетін.

Шақырту саны бойынша екінші орында – тыныс алу жолдарының аурулары, сонымен қатар 2012 жылда көрсетілген жыл сайын өсіп жатқан «қарбалас».

«Жарақаттар және ұшыну» мәселесі бойынша: қан айналым жүйесі аурулары және тыныс алу. Басқада қаралған құрылымдық бірліктердің шақырту саны, оның ішінде «жарақат және ұшынудың» өзіндік сипаты бар. Нозология бойынша көрнекі құралы 24 суретте көрсетілген



24 сурет - 2005-2012 жылдардағы Бұқар-Жырау ауданы бойынша аурулар динамикасы

Біздің жүргізген сараптамамыздың нәтижесінің сипаты, яғни Бұхар-Жырау ауданы тұрғындарына медициналық көмек көрсету орталығы МП, ФАК, ВА, СУБ, ОАА деңгейінде жүзеге асырылады. Ол медициналық кадрлардың жетіспеуімен, яғни дәрігер ретінде және орта медицина қызметкері, оған қоса фельдшерлердің жетіспеуімен сипатталады. Осыдан кадрлармен қамтамасыз етілмегендіктен дәрігерлік көмектің төмендігін, оның ішінде ауылдық жерлерде көмектің аздығын байқауға болады. Алдын алу қызмет көрсету деңгейінің жетіспеуі, медициналық маманданған көмекке қол жетушіліктің төмендігі болып табылады. Осыған орай медициналық көмек көрсетудің сұрағын шешу сектораралық мекемеаралық деңгейде медициналық көмек көрсетудің мәселесін шешуде комплексті амалды талап етеді, сонымен қатар дәрігерлік амбулатория деңгейінде ауыл тұрғындарына алғашқы медициналық көмек көрсетудің жаңа ұйымдастырылған технологиясын енгізу, ауданда отбасылық денсаулық орталығын үйлестіруді ұйымдастыру болуы мүмкін. Тұрғындардың өсіп келе жатқан құрылымын есепке ала отырып ауылда ересектер және еңбекке қабілетті тұлғалар арасында алдын алу жұмысты

жандандыру керек. Картаң және қария жасындағы тұлғалардың контингентін есепке ала отырып, сонымен қатар мүмкіндігі шектеулі тұлғаларға арналған мейірбикелік көмегі бар ауруханалар құрған жөн.

6 АУЫЛ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАСҚАРУ ТЕХНОЛОГИЯСЫ

6.1 Жүрек-қантамыр аурулары бар ауыл тұрғындарына медициналық көмек көрсету жетілдіру

Ауыл тұрғындарының медициналық қызмет көрсету жүйесінің ұйымдастырудың басты және айрықша ерекшелігі болып, ауыл тұрғындарына емдік-профилактикалық көмек медициналық мекемелердің кешені (медициналық пункт) (МП)→фельдшерлік-акушериялық пункт (ФАП)→отбасылық әрігерлік амбулатория (ОДА) →орталық аудандық аурухана (ОАА) арқылы жүргізілетін кезіндегі оның кезеңі болып табылады.

Кезеңділік принципінің маңыздылығы, алдыңғы кезеңде көрсетілмейтін әр кезеңде медициналық көмектің көрсетілетіні болып табылады. Осыған байланысты түрлі қызмет атқаратын әр кезеңнің өз құрамында емдік-профилактикалық мекемелері бар, сонымен қатар медициналық көмек көрсетуде мамандардың нақты алгоритм қызметі маңызды.

Сонымен қатар, ауыл аймақтарда ЖҚА мен ауратын науқастарға медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру және сапасын жақсарту бойынша бар мүмкіндіктер толық мөлшерде қолданылмайды. Бұл салада АМСКК дәрігерлердің біліктілік деңгейі заманауи талаптарға сәйкес келмейді

Осыған байланысты біз ауру, өлім, артериялық гипертензия бойынша мүгедектік көрсеткіштері арқылы эпидемиологиялық сараптама жүргіздік. Эпидемиологиялық зерттеулер бойынша артериялық гипертензия мөлшері ерте мүгедектікті тудыратын 100 000 тұрғындардан 986,2 құрды. Бұл жағдайлар АМСКК деңгейде артериялық гипертензия бойынша профилактикалық, диагностикалық және реабилитациялық жетілу бойынша ғылыми-негізделген ұсыныстарды өңдеуді талап етеді. Осыған байланысты біз, АМСК мамандарының білімі және қолданылатын стандарттардың, хаттамалардың, артериялық гипертензия бойынша ұсыныстарды, ВНОК (2011) ұсыныстарының деңгей сәйкестігінің сараптамасын жүргіздік.

50 дәрігерлерге, 60 медбикелерге және 300 ауыл тұрғындарына сауалнама жүргізілді. Осыған негізделе біз ауыл жағдайында медициналық көмекті көрсетудің кезеңдерінде артериялық гипертензияның диагностикасының алгоритмін әзірледік. Бұл әдіс артериалды гипертензияның диагностикалық процессінің оптимизациялық жүйесінде қабылданған. Бұл ауыл тұрғындарына қатысты медициналық көмекті сапалы түрде көрсету мақсатында АМСКК мамандарына ұсынылған әдістемелік материалдарды рационалды қолдануға мүмкіндік берді.

Артериалды гипертензия және ми инсультының асқынған формасын анықтау бойынша жүргізілген сараптама нәтижесі келесіні көрсетті. Гиподинамия, 1 күнде жаяу жүру және жұмыс уақытында «отырып» уақыт өткізу сауалнама нәтижесі бойынша қауіп факторы ретінде бағаланды. Зерттелген 33,2%-ы күніне шамамен 5 км жүріп өткен, 50,5% зерттелгендер шамамен 75% жұмыс уақытын отырып өткізген, яғни бұл гиподинамия көрсеткішін жоққа шығармайды.

Келесі артериалды гипертензияның асқынған формасының және ми инсультының қауіп факторы артық салмақ және дұрыс тамақтанбау, тағам мөлшерінде майды көп қолдану болып табылады. Анкета алу кезінде анықталған, яғни зерттелгендердің 18,9%-ы тамаққа майдың шамамен 10% қолданады, шамамен 30% май тағам мөлшерінде 31,7% адам қолданады, ал артық салмақпен - 24,5% азап шегуде.

Тек 5,85% қант диабетінен жапа шегуші респонденттерді қант диабеті деп атады, яғни инсульттің дамуы қауіп факторы. Себебі, қант диабеті ми инсультының қауіп факторы болып табылады және профилактикада популяциялық стратегияны талап етеді. Бұндай аурумен ауыратын науқастарда липидты алмасудың бұзылуы, артериалды гипертензия және түрлі атеросклероздың пайда болуы байқалады.

Артериалды гипертензия және БМҚЖБ тағы бір қауіп факторының асқынған түрі темекі шегу болып табылады. Темекі шегетіндердің ішінен тек 24,27% респондент темекі шегуді қауіп факторы екендігін айтты. Темекі шегу инсульттің дамуына екі есе қауіпті, ұйқы атеросклерозының және коронарлы артерияның дамуын жылдамдатады, темекі шегу инсульт қауіпінің төмендеуіне 2-4 жылдан кейін басылады. БМҚЖБ дамуында басқа қауіп факторы болып ішімдік ішу екендігін 33,33% адам айтқан.

Анкета алу кезінде 23,86% респондентте жүрек-тамыр аурулары болған, яғни жүрек - қантамыр аурулары ми инсультының маңызды предикторы болып табылады. 65 жастан асқан тұлғаларда ишемиялық инсульттің даму қауіпі 3-4 есеге ұлғаяды. Бас ауруы 51,8% адамда белгіленген және бас айналуына сәйкес - 31,5% адам. Бас ауруы, сонымен қатар бас айналу инсульт алдындағы жағдайдың белгілері болуы мүмкін, ал нақты транзиторлы ишемиялық шабуылы, яғни өз кезегінде ерте немесе кеш, профилактикалық шараның болмауы кезінде, ми инсультының дамуына әкеліп соғады.

Тек 37,34% артериалды гипертензиямен ауыратын респондент, артериалды қысымның жоғарлауы инсульттің даму факторы екендігін айтты. Артериалды гипертензия АҚ көрсеткіші кезінде шамамен 160/95 мм.рт.ст. қалыпты қысымы бар, ал АҚ кезінде шамамен 200/115 мм.рт.ст –10 рет, тұлғалармен салыстыру бойынша инсульттің даму қауіпін жоғарылатады.

Сауалнама нәтижесінде анықталған, яғни күйзелісті жағдайлар 48,4% адамда белгілі болған, ұйқының бұзылуы 31,6% адамда; ылғи болатын шиеленіс жағдайлары - 32,16%, көңіл-күйдің түсуі 38,1% адамда, мазасыз жағдай 28,68% анықталған.

Осыған орай, анкета жүргізу кезінде алынған нәтижелер, тұрғындардың көпшілігінің артериалды гипертензия және инсульттың асқынуы қауіп факторының түрі екендігінен дұрыс ақпараттанбағанына сәйкес келеді. Яғни, 31,1% шамамен 8 балл жинаған респондент, инсульттың бірде бір қауіп факторын белгілей алмаған. 57,7% респондент 8 ден 25 баллға дейін жинаған. Бұл зерттеулердің нәтижесі бойынша олар қауіп аймағына болған. 11,2% респондентте инсульттың дамуы анық байқалған (мидағы қан айналымның бұзылуы). Бұл респонденттер 26-дан 46 баллға дейін жинаған. 23% респондент артық салмақты, «Семіздікке қарсы күрес мектебінде» оқуды қажет етеді, 6,2% - «Қант диабеті мектебінде», 37,6% - «Артериалды гипертензия мектебінде», 24,2% - «Темекі шегумен күрес мектебінде».

6.2 Артериалды гипертензияның асқынған түрлері бар науқастарға медициналық көмек көрсету технологиясы

АГ жоғары деңгейде асқыну формасын есепке ала отырып, біздің тарапымыздан науқастың барлық кезеңдеріне тактикалық алгоритм ойлап шығарылды. Берілген алгоритмдер ауылдық жерлерде АМСКК деңгейінде АГ асқынған формалары кезінде шұғыл көмек көрсету сапасын оптимизациялау үшін арналған.

Медициналық пункт (МП) жағдайында ГК, БМҚЖБ кезіндегі қызмет алгоритмі

АГ диагнозымен алғаш медициналық көмекке жүгіну кезінде берілген ақпаратқа кем дегенде АҚ 2 офистік өлшеуі, 1-2 апта интервалымен шамамен 2 мәрте келу, не болмаса АҚ жоғарлағанын анықтау кезінде үй жағдайында АҚ өлшеу 7 күн ішінде таңертең және кешке өзі бақылау әдісі.

1. Анамнез жинау, науқасты қарау

2. АҚ өлшеу:

- АҚ >130/85 мм рт. ст. және <140/90 мм рт. ст. төмен



- қауіп факторынан шектеу бойынша ұсынымдармен науқасты бақылау.

- 7 күн шамасында күніне 2-3 рет АҚ 140/90–159/99 мм рт. ст.



- науқасты дәргерден кеңес алуға жіберу

- АҚ 160/100 мм рт. ст. және бірінші келу кезінде жоғары



- науқасты дәрігерден кеңес алуға жіберу, гипертониялық криздің клиникалық белгісінің болуы кезінде науқасты кеңес алуға жіберу, мидың қан айналымының өткір бұзылуы.

1. Мониторлеу және өмірлік маңызды функциялардың стабилизациясы.

2. ҚР емдеу және диагностиканың хаттамасына сәйкес шұғыл медициналық көмек көрсету (бар мүмкіндікті есепке ала отырып).

Фельдшерлік-акушерлік пункт (ФАП) жағдайында ГК, БМҚЖБ кезіндегі қызмет алгоритмі

ГК медициналық көмек көрсету және диагностиканың алгоритмі:

1. Сол + АҚ тәуліктік мониторинг

2. ҚР ДСӘДМ емдеу және диагностиканың хаттамасына сәйкес шұғыл медициналық көмек көрсету (бар мүмкіндікті есепке ала отырып).

БМҚЖБ кезінде медициналық көмек көрсету және диагностиканың алгоритмі:

1. өмірлік маңызды функцияларды монитормен бақылау

- Неврологиялық статустың мониторингі (NIHSS және Глазго шкаласы бойынша бағалаумен) алғашқы 72 сағат шамасында әрбір 4 сағат.

- ЖЖЖ және АҚ мониторингі шамамен 24-72 сағат.

2. ҚР ДСМ Сарапшы Кеңесі хаттамасына сәйкес шұғыл медициналық көмек көрсету.

Ауылдық дәрігерлік амбулатория (АДА) жағдайында ГК, БМҚЖБ кезіндегі қызмет алгоритмі

Медикаментозды емдеуді бастау туралы шешім ҚР ДСӘДМ Сарапшы Кеңесі диагностика және емдеу хаттамасына сәйкес шұғыл медициналық көмек көрсету.



Нысана мүшесін анықтау үшін тексеруді орындау және ассоциирленген клиникалық жағдай



1. Жалпы жағдайды бағалау және өмірлік маңызды функция

2. Визуалды бағалау

3. Тамырдың соғуын зерттеу, ЖЖЖ өлшеу

4. Әрбір 15-30 минут сайын екі қолдан АҚ өлшеу.

5. Перкуссия: сол жақ жүрек дөкірлігіне қатысты аумақтың кеңеюі.

6. Пальпация: жұлқымалы бет жағын бағалау, оны локализациялау.

7. Жүрек аускультациясы: тонды бағалау, шудың болуы, акценттің және аортада II тонның ажырауы.

8. Аорта аускультациясы және бүйрек артериясы.

9. Өкпе аускультациясы: екі жақтада түрлі калиберлі дымқыл сырлыдың болуы.

10. Көру, құсу, қалшылдау, стенокардия, демікпенің нашарлауының болуын анықтау; диурезді бағалау.

11. Неврологиялық статусты зерттеу: ес деңгейінің төмендеуі (NIHSS және Глазго шкаласы бойынша бағалаумен), көру дефектісі, дисфагия, саусақта қозғалыс функциясының бұзылуы, тең қалыптың және жүрістің бұзылуы, зәрді ұстай алмау.



ҚР ДСМ Тәуелсіз Сарапшы хаттамасына сәйкес жүрек-қан тамыр ауруының жалпы асқыну қауіпін бағалау



1. 12 өлімде ЭКГ тіркеу.
 2. Экспресс - анализ қандағы глюкоза деңгейінде
 3. Артериалды қысымның тәуліктік мониторингі (көрсеткіш бойынша).
 4. Шамамен 24-72 сағатта кислород жағдайының мониторингі.
 5. Шамамен 24-72 сағат электролитті баланстың және сұйықтықтың мониторингі (тәуліктік диурезді, қандағы электролитті бақылау).
- Зертханалық көрсеткіштерді бақылау (қолда бар мүмкіндіктерді есепке ала отырып).

Орталық аудандық аурухана жағдайында ГК, БМҚЖБ кезіндегі қызмет алгоритмі

Екіншілік гипертензияны шығару



Жалпы жүрек-қан тамыр қауіпін бағалау (қауіп факторы анализі негізінде, нысана-мишенінің зақымдануында және ассоциирленген клиникалық жағдайдың анықталуы).



ҚР ДСӘДМ емдеу және диагностика хаттамасына сәйкес науқасты енгізу, «БМҚЖБ емдеу және диагностикасының клиникалық хаттамасы және алгоритмі»,

17.04.2012ж., 08.01.2013ж. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау Министрлігінің Сарапшы Кеңесінің бекітілген хаттамасымен:

Диагностика алгоритмі және ГК медициналық көмек көрсету:

1. Сол
2. ҚР емдеу және диагностика хаттамасына сәйкес, шұғыл медициналық көмек көрсету (қолда бар мүмкіндікті ескере отырып).

БМҚЖБ кезінде медициналық көмек көрсету және диагностикалау алгоритмі:

1. Өмірлік маңызды қызметтерді монитормен
- Неврологиялық статустың мониторингі (NIHSS және Глазго шкаласы бойынша бағалаумен) алғашқы 72 сағат шамасында әрбір 4 сағат.
- Шамамен 24-72 сағат ЖЖЖ және АҚ мониторингі
 - Шамамен 24-72 сағат кислородпен сатурациялау мониторингі
 - Шамамен 24-72 сағат электролитті және сұйықтық балансының мониторингі (тәуліктік диурезді, қанның электролитін бақылау).
 - 10 ммоль/л жоғары гликемия деңгейіндегі глюкоза деңгейінің мониторингі.

- Мониторинг шамамен 72 сағат көрсеткішке байланысты жүргізіледі (жүрек алды фибрилляциясы, естің қысымы, неврологиялық дефициттің жоғарлауы, анамнезде кардиоресператорлы аурулар).

2. Зертханалық көрсеткіштерді бақылау және инструменталды зерттеу

- Тромбоциттер санымен қанның жалпы анализі
- Зәрдің жалпы анализі
- КФК
- МНО, АЧТВ, фибриноген
- Қандағы холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицеридтер
- Қанның электролиттері
- АлаТ, АсаТ, жалпы, тікелейбилирубин
- Несеп-нәр, креатинин
- Жалпы ақуыз және ақуызды фракция
- Қан тобын және резус факторын анықтау
- ЭКГ
- Көрсеткіш бойынша ЭКГ холтеровтымониторингі
- ТИА науқастарға, аз инсультқа және белгінің спонтанды регрессына тез арада қан тамырға ультрадыбыстық зерттеу.
- Дірілдеу синдромы кезіндегі ЭЭГ
- Жүрек УДЗ науқастарға жүргізіледі:
 - Анамнезде кардиологиялық патология болған кезде, объективті зерттеу кезінде анықталған немесе ЭКГ мәлідемесі бойынша
 - Парадоксальды эмболияға күдік тудырумен;
 - Инсульттың себебі анықталмаған кезде;
 - Кардиалды эмболияның шығуына күдіктенген кезде (түрлі діріл бассейнінде церебралды инфаркт кезінде);
 - Аорта патологиясына күдік болған кезде;
 - Көрсеткіш бойынша өкпенің рентгенографиясы Геморрагиялық инсульт кезінде және кеңейтілген инфаркта нейрохирургтың кеңесі
- Көрсеткіш бойынша кардиолог, эндокринолог, гематологтың кеңесі.

3. Адекватты оксигенациямен қамтамасыз ету

- Қажет болған жағдайда ауа өткізгішті орнату, тыныс жолын тазарту, ИВЛ

SaO₂ кезінде шамамен 95% оксигенотерапия өткізу керек (кислород берудің бастапқы жылдамдығы 2-4 л\мин.)

4. АҚ деңгейін адекватты ұстап тұру.

- АҚ қысымды қатты кезеңде төмендетпеген жөн, егер ол ишемиялық инсульт кезінде 220/110 мм рт. ст. жоғарласа және 180/105 мм рт.ст. геморрагиялық инсульт кезінде науқаста АГ фонында және перузия деңгейін айтарлықтай сақтап тұру үшін анамнезде АГ-сыз 160/105.

-Қысымды төмендету қажет болған жағдайда шығыс кеңдігінен 15-20% - ға (алғашқы 4 сағат 5-10 мм рт.ст., содан кейін әрбір 4 сағат 5-10 мм рт.ст. – науқас үшін өткір миокарда инфарктімен, жүректің

жетіспеушілігі, өткір бүйректің жетіспеушілігі, гипертониялық энцефалопатия немесе аорта дисекциясы.

2. «БМҚЖБ емдеу және диагностикасының алгоритмдері және клиникалық хаттамасына» сәйкес шұғыл медициналық көмек көрсету, 17.04.2012ж., 08.01.2013ж. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау Министрлігі Сарапшы Кеңесінің бекітілген хаттамасы.

ГК және БМҚЖБ кезінде алгоритмдердің тактикалық қызметін реализациялау және шығару мүмкіндігі:

- Ауылдық денсаулық сақтау жағдайында амбулаторлы-поликлиникалық кезеңде емдеу-диагностикалық процессін оптимизациялау

- Медициналық көмек көрсету кезеңінде емдеу-диагностикалық тактикасын жүйелеу.

1. Ауылдық амбулаторлық-поликлиникалық звено жағдайында заманауи медициналық көмек көрсету және сапа жолын жоғарлатуда летальды төмендету.

- Шұғыл көмек көрсету кезінде медициналық ресурстарды қолданудың тиімділігін арттыру.

- Медицина қызметкерінің квалификациялық деңгейін жоғарылату.

- Ауылдық денсаулық сақтау амбулаторлы-поликлиникалық звеноның барлық кезеңінде емдеу-диагностикалық процессіне сараптамалық бағалау жүргізу тиімді және тез.

Шұғыл көмек көрсету кезеңінде алгоритімді енгізу летеальды төмендетуге мүмкіндік берді, шұғыл медициналық көмек көрсетуде медициналық ресурстарды тиімді қолдануды жоғарлатты және АМСК мамандарының (дәрігер, мейірбике) квалификациялық деңгейін жоғарлатуға, емдеу-диагностикалық процесстің барлық кезеңінде сараптамалық бағалауды тиімді жүргізуге мүмкіндік берді.

Диагноз қою кезеңінде ауылдық жерлердегі диагностикалық процессін алгоритімдеуде АМСКК тәжірибесіне енгізу, артериалды гипертензияның верификациясы, асқынған артериалды гипертензияның даму қауіпін стратификациялау, мамандарды оқытуды ұйымдастыруда артериалды гипертензиямен ауыратын науқастарға медициналық көмек көрсетуін дамытуға септігін тигізеді.

6.1.2 Артериалды гипертензия фонында мүгедектерде ми инсультын анықтау реабилитациясының технологиясы

АГ фонында ми инсультінің ауыр түрімен ауырған мүгедек ауыр динамикалық медициналық жүйеден, психологиялық және әлеуметтік шаралардан өтеді, яғни науқастың әлеуметтік статусын және тұлғаны қайта толықтай өңдеу мүмкіндігіне бағытталған, инсульт ауруымен ауырған, және РЖБ негізінде жүзеге асырылады, сонымен қатар п.17,пп.2 «Қазақстан Республикасында мүгедектерді әлеуметтік қорғау» заңына сәйкес (2005) ұсынылады.

Реабилитациялық-сарапшылық диагностиканың принциптері және реабилитацияның технологиясы 2003 жылы «Мүгедектердің әлеуметтік

және арнайы реабилитация, медициналық жүйенің әдістерін анықтауға арналған жоба» атты ғылыми-зерттеу жұмысы шығарылған болатын.

АГ анықталған мүгедектерде және науқастардың реабилитациясына, ми инсультамен ауырғандарға бірдей амал жасау үшін, біздің тарапымыздан реабилитациялық процесстің технологиясы қолданылды, оны келесі кезеңдерден көруге болады:

1) сарапшы-реабилитациялық диагностика;
2) реабилитациялық потенциалды анықтау (реабилитация болжамы);

- 3) клиникалық-реабилитациялық топты анықтау;
- 4) медико-әлеуметтік сараптама жүргізу;
- 5) реабилитацияға жеке бағдарлама құру;
- 6) реабилитацияға жеке бағдарлама жүргізу;
- 7) реабилитациялық шараның тиімділігін бағалау.

Бірінші кезең - сарапшы-реабилитациялық диагностика.

Сарапшы-реабилитациялық және функционалдық диагностика жүргізу, өмірлік қызметтің негізгі категориясын арнайы әдіспен жүзеге асырады, яғни сарапшылық тәжірибеде қолданылатын, ағзадағы қызметтің бұзылуын анықтау жолымен жүргізіледі.

Екінші кезең – реабилитациялық потенциалды анықтау

Мүгедектің РП – бұл көрсеткіш, медициналық, психологиялық және әлеуметтік факторлардың комплекстік негізінде бағаланады, сондай-ақ бұзылған функцияларды қайта өңдеу және ағзаның қызметін, оның ішінде еңбек қызметіне араласа алатындығының көрсеткіші болып табылады.

РП бағалау кезінде функционалдық бұзылулардың және (немесе) мүмкіндіктің қайтымдылығы есепке алынады, мүгедектің реабилитацияға психологиялық дайындығы, ауру деңгейіне сәкес келетін аурудың болуы және техникалық құралдардың көмегі кезінде тіршілік әрекетінің шектеу компенсациясына мүмкіндік және прогрессирленген процесс кезінде патология деңгейі бар мүмкіндіктерді сақтау болып табылады.

АГ мүгедектіктің қатысы, ми инсультамен ауырған, РП қарсы және ФК бойынша өмірлік қызметті сандық түрде бағалауды келесі жолдардан көре аласыздар:

- АГ ауыратын доғары РП бар науқастар, ми инсультамен ауырған, функционалдық бұзылудың төмен классы бар – ФК-1 (25% дейін), МЭС бөлімінде куәландыру кезінде мүгедектік бекітілмейді;

- орташа РП ФК-2 (26-50%) сәйкес келеді, яғни, ағзадағы қызметтердің бұзылуы болған кезде. АГ ауыратын науқасты куәландыру кезінде, инсультамен ауыратын, көп жағдайда мүгедектіктің III тобы берілуі мүмкін;

- төменгі РП тіршілік әрекетінің маңыздылығына сәйкес келеді, яғни, мүгедектіктің II тобы орнатылған кездегі ФК-3 (51-75%);

- РП болмауы тез анықталған тіршілік әрекеті кезінде орын алады, өзіндік қызмет көрсету мүмкіндігі болмаумен, қозғалыста болумен

сәйкестендіріледі және т.б., яғни ФК-3-4 (76-100%) сәйкес келеді. Бұндай жағдайда мүгедектіктің I тобы беріледі.

Клиникалық-реабилитациялық топты анықтау

Реабилитацияның объектісі түрлі ауру мерзімінде түрлі реабилитанциондық потенциалы бар мүгедек болып табылады. Сондықтан АГ ауыратын, ми инсультімен ауырған науқастардың мақсаттары және реабилитацияның міндеттері өзгеше болып келеді. Реабилитацияның нақты міндетін анықтау мақсатында, науқастың біртекті категориясын белгілеу, сонымен қатар клиникалық-реабилитациялық тобын (КРТ), біріккен бағдарламада бір уақытта жүргізілетін реабилитация және біртекті нәтижеге қол жеткізуге бағытталған.

АГ ауыратын, ми инсультімен ауырған науқастарды бөлу үшін, түрлі реабилитациялық материалмен үш негізгі реабилитантты түрге бөліп қарастырады: КРТ-1, КРТ-2, КРТ-3:

- КРТ-1 - ерте реабилитация тобы;
- КРТ-2 - науқастың реабилитациялық тобы;
- КРТ-3 - мүгедектердің реабилитация тобы;

Әрбір топ өз кезегінде қосымша топтарға бөлініп қарастырылады.

Ерте реабилитация тобына КРТ-1 науқастағы аурудың өткір инвалидизацияланған түрі жатады (КРТ-1.1 қосымша тобы), яғни ми инсультінің алғаш дамуымен. Бұндай науқастар стационар жағдайында емдік және реабилитациялық шара өткізуге жатады, ал кей жағдайда реанимациялық бөлімде. Олардың реабилитациясы емдеудің өткір жағдайына біріктірілуі қажет. Қосымша КРТ-1.2 тобына – созылмалы аурулардың бастапқы себептері анықталған науқастар жатады (инсульт кезінде болмайды).

КРТ-2 –көп уақытқа созылған немесе церебралды инсульт салдары бар реабилитантер тобы. КРТ-2,2 қосымша топқа бөлінген: КРТ-2.1 – қосымша тобы науқастарда өкпенің және қызметтің бұзылуы түрінде орташа анықталған салдарымен, яғни әсер етпейтін немесе тіршілік әрекетін аздап шектейтін, РП жоғары науқастар; КРТ-2.2 – қосымша тобы функционалдық қызметінің бұзылуы анықталған науқастар, яғни өмірлік қызметті шынайы шектейді және мүгедектіктің қаупін туғызады, олардың РП орташа немесе төмен.

Инсультқа сәйкес мынадай топтастыру қатары ұсынылады:

- біріншіден, ол барлық науқас реабилитанттарға (КРТ-1 және КРТ- 2) және мүгедектерге бөлінеді (КРТ-3);

- екіншіден, ол инсульт кезеңінде және реабилитация фазасында байқалады (науқастың реабилитациялық фазасы және мүгедектің реабилитациялық фазасы).

Егер тіршілік әрекеті шектеудің алдын алу мүмкін болмаса, МЭС бөлімі науқасты мүгедек деп санайды, мүгедектің реабилитациясына жеке бағдарлама құрады, және ол КРТ-3 тобына ауысады. РЖБ орындалу кезіндегі бақылау МСЭ қызметімен жүзеге асырылады.

Қазақстанда мүгедектік тобы бойынша градация бар екендігін ескере отырып, біздің тарапымыздан ұсынылған ФК анықтауға арналған әдіс мүгедектік тобына сәйкес келуі керек (24 сурет).

ФК анықтау әдісінің артықшылығы жан-жақтылық болып табылады, сандық көріністердің мүмкіндігі және сап түзеу әдісіне сәйкес айырмашылықтағы ықшамдылық, яғни біз оны әзірше күнделікті сараптамалық тәжірибеде қолданамыз.



25 сурет–Мүгедектік тобы класстарының функционалды сәйкестігі

Реабилитацияның жеке бағдарламасын (РЖБ) құру.

Ми инсультімен ауыратын АГ фонындағы мүгедектерге реабилитациялық жеке бағдарлама құру кезінде, дәрігер науқастың клиникалық-функционалды мәліметіне, тіршілік әрекетінің шектелу деңгейіне, реабилитациондық потенциалына және реабилитациондық болжамына, реабилитацияның әр түрлілігіне мүгедектің қалауына, медико-әлеуметтік сараптама нәтижесіне негізделуі керек.

РЖБ реабилитациялық шаралардың кешенің анықтайды, оған қоса ағзаның қайта өңделуге және (немесе) шығындалған қызметтің және бұзылған компенсациясына бағытталған медициналық, әлеуметтік, кәсіби реабилитациялық шараларды анықтайды. Мүгедектерге реабилитациялық жеке бағдарлама құру бойынша біздің тарапымыздан әдістемелік ұсынымдар шығарылған болатын (2004 ж.).

РП барлық қосылған факторларының маңыздылығы кезінде, бастапқы орында инсульттің ауыр түрі тұр, ошақтың зақымдануы және локализацияға

байланысты, көрсетілген, анықталған, қызметтік ақау қайтымдылығы және таралуы, яғни тіршілік әрекеті жағдайына байланысты және еңбекке қайта оралуына мүмкіндігі бар және әлеуметтік интеграция болып табылады [8, 9, 10, 11].

Инсульт анықтаулы кезінде науқастың медициналық реабилитациясы мүгедектік тобы анықталғанға дейін басталады [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19] және екі негізгі кезеңге бөлінеді:

1. Стационардағы кезең.

2. Реабилитацияның поликлиникалық кезеңі 4 негізгі кезеңге бөлінеді:

- бірінші—ауыспалы, стационардағы немесе санаториядағы кезеңі біткеннен еңбек қызметі қайта басталғанға дейін;

- екінші кезең - өндірту, ол алғашқы қызметіне қайта оралу жағдайы кезінде 2-4 аптаға созылады;

- үшінші кезең еңбек күшінен жайлап шеттетілу, 5-6 апта жалғасады;

- төртінші кезең жұмысқа қабілеттілік 5-6 айдан кейін еңбекке деген белсенділік басталады.

Медициналық реабилитацияның міндеттері болып:

• емдеуді жалғастыру және МЭС өткеннен кейін амбулаторлық жағдайда қайта өңделген шаралар;

• еңбекке қабілеттілікті қайта өңдеу деңгейін анықтау;

• реабилитацияның жеке бағдарламасын құру;

• ЕУЖ аяқталуы;

• қызметтік күш көлемін анықтау және рационалды еңбекке қабілеттіліктің қажеттілігі;

• диспансерлік бақылауды ұсыну және реабилитация (невролог) бөлмесінде немесе кезекші дәрігерге кезекті көрінуді бастау.

Поликлиникалық бақылаудың қысқа және ұзақ бақылауын келесі факторлар арқылы анықталады;

- инсультқа дейінгі кезеңдегі науқастың жүрек-қан тамыр жүйесінің бастапқы функционалық фоны (АГ, ЖИА, қан тамыр атеросклерозы және басқалары);

- аурудың өткір кезеңіндегі клинико-анатомиялық ерекшеліктері;

- реабилитацияның поликлиникалық кезеңіне түсер алдындағы науқаста орнатылған функционалды класс деңгейі.

РЖБ МЭС бөлімінде реабилитациондық МЭС шара жоспарының негізінде территориялды түрде құрылады (п. 12), 088/у (МЭ бағытталған) формасында қарастырылған, 31.03.2004 ж. № 308 ҚР денсаулық сақтау Министрлігінің бұйрығымен бекітілген, және көлемді, түрлерін және реабилитациондық шараларды өткізу мерзімін анықтауы керек. РЖБ басшылыққа емдеуші дәрігер үшін және науқасты енгізу сұрақтарының тактикасына қызмет етеді.

РЖБ медициналық бөлімі, мүгедектің ТАЖ туралы ақпарат, туған күні және мекен-жайы, тобы туралы және мүгедектіктің себебі, клинико-

сараптамалық диагнозын, реабилитациялық шаралар тізімін, ұзақтығы және емдеу курсының шегі, орындалу мерзімі туралы ақпаратты құрайды. РЖБ мүгедектік мерзімінде орындалады – 6 ай 1, 2 жыл немесе шектеусіз. Медициналық РЖБ үлгісі төменде көрсетілген:

Реабилитацияның медициналық бөлімі
№ «183» медико-әлеуметтік сараптама актісіне № 196 30.01.2012
жылдан

1. ТАЖ (мүгедектің) П.
2. Туған жылы 23.05.1965
3. Реабилитацияның медициналық бөлімін шығару күні 30.01.2012
4. Мекен-жайы Қарағанды қ.
5. Мүгедектік тобы бірінші топ
6. Форма бойынша мүгедектіктің себебі – 7 жалпы ауру
7. Клинико-сараптамалық диагноз: (негізгі, сәйкес келетін) 3 кезеңдегі 4 қауіпті артериалды гипертензи шебіндегі орта сол жақ ми артериясындағы (09-2010) өткізген ми инфарктісі. Қол пелегиясымен оң жақтағы терең гемипарез Моторлы афазия. Зәрді ұстай алмау типі бойынша нейрогенді дисфункция.

79 кесте – Науқастарға медициналық реабилитация

Реабилитациялық іс шаралар	Аумақтық бөлімшеге нұсқаулар		Орындалуы		Орыналатын жері (емхана, үйде, стационар, реабилитациялық орталық, санаторий)	Орындалмады, себебі
	Курстың ұзақтығымен қысқалығы	Орындалу мерзімі	Курстың ұзақтығымен қысқалығы	Толтырылған күні		
	(Аумақтық бөлімшенің маманы толтырады)		(РЖБ іске асуына жауапты маман)			
Стационарлық емдеу						
Медициналық көрсеткіштер бойынша	Емдеу протоколдарына сәйкес	30.01.2014				
Басқалар						
Гипотензивті, қан тамырлы, ноотропты препараттар, антиоксиданттар, жалпы қалыпқа келтіруші витаминотерапия, ЛФК, массаж, ИРТ	Курстың ұзақтығы, қысқалығы: жылына 2 рет	30.01.2014				

8. Реабилитацияның медициналық бөлімі бойынша іске асыру нәтижесінің бағасы (астын сызу): қызмет бұзылыстарын қалпына келтіру (толық немесе жеке), бұзылған қызметтерге компенсация (толық немесе жеке), оң нәтиженің болмауы (РЖБ іске асыруына жауапты маман толтырады)

9. Реабилитацияның медициналық бөлімін іске асыру мерзімі
30.01.2014

Кешендік қалпына келу терапияның негізгі міндеттері БМҚЖБ мен бірге науқастарға реабилитацияның мақсаты неврологиялық өзгерістердің тұрақты базисі ретінде қызмет атқаратын патологиялық жүйе белсенділігін азайту және ликвидациялау, сонымен қатар антижүйені активизациялау. Маңызды терапиялық көрсеткіштер патологиялық жүйенің дестабилизациясының кез келген әдісіне ие. Кез келген жағдайда патологиялық жүйені өзінің эндогенді саногенетикалық механизмдері алып тастайды, ал емдік әсерлер бұл механизмдерді іске асуына ықпал етеді. Физикалық реабилитация медициналық, әлеуметтік және кәсіби реабилитацияның құрамдас бөлігі болып келеді және физикалық мүмкіндіктердің қалпына келу немесе жоюға бағытталған іс шаралар жүйесін, ағзаның қызметтік жағдайының жоғарлауын, физикалық сапаның жақсаруын, психоэмоционалды тұрақтылығымен және ағзаның бейімделу резервін көрсетеді. Физикалық реабилитация кең арсеналды құралдарға ие, оларды былай бөлуге болады:

1) белсенді: кинезотерапияның барлық формасы: әртүрлі физикалық жаттығулар, дене шынықтыру элементтері және дене шынықтыру дайындығы (жүру, жүгіру және басқалар), тренажерда жұмыс жасау: (механотерапия), гидрокинезотерапия;

2) пассивті: массаж, мануальді терапия, рефлексотерапия, физиотерапия, жүйке - бұлшық ет электростимуляциямен бірге табиғи және формаланған табиғи факторлар;

3) психореттеушілер: аутогендіжаттығу, бұлшықет релаксациясы, кері байланыстың биологиялық басшылығы және т.б.

Инсультан кейінгі науқастар реабилитациясының үш деңгейін ажыратады: [21].

- қалпына келтіру деңгейі, ол инсультан кейінгі ерте мерзімі (алғашқы жарты жылда);

- Оларды орындау барысында бұрын қатыспаған ми жүйесімен бірге компенсация деңгейінің қызметтері;

- Реадаптация деңгейі, егер кемістік жойылмаса оған бейімделу. Медициналық реабилитация бағдарламасы аурухана, санаторий, емхана жағдайында жүргізілуі тиіс.

ЕДШ жүргізуге қарсы көрсетілімдер (кинезотерапия), әдеттегідей, уақытша – бұл жұқпалы аурулар, науқастың естен тануымен, гипертермия, айқын ауырсыну синдромы, көп көлемде қан кетудің қауіпі бар жалпы ауыр жағдайы. Біршама ұзақ шектеулерге когнитивті бұзылыстарды, жиі цереброваскулярлы патологиямен бірге болатын және науқастың тіл табысуын шектейтін афатиялық күйзелістерді жатқызуға болады.

80 кесте - ми қанайналым бұзылыстары бар науқастар үшін реабилитациялық іс шаралардың орындалуы

Реабилитациялық іс шараның түрі	Реабилитациялық іс шаралардың негізгі құралдарының тізімі
1	2
Физиотерапия	Ликвородинамиканы және (ПМП, лазеротерапияны) қалпына келтіру үшін ісікке қарсы әдістер Қанның реологиялық (төмен жиілікті магнитотерапия, хлоридті натрилы, йодобромды ванналар, инфракызыл лазеротерапия, ЛОК) қасиетін жақсарту үшін гипоксоагулируюлаушы әдістер. Жүйке тіннің (инфракызыл лазеротерапия, трансцеребралды УВЧ-терапия,) метаболизмін жақсарту үшін энзимстимулириялайтын әдістер Бас мидың биоэлектро – генезді (ДДТ, СМТ, электростимуляция, жергілікті дарсонвализация) жақсарту үшін трофостимулириялаушы әдістер. Қозғалыс бұзылыстарының (нейроэлектростимуляция, ДДТ - токтар ДВ, КП және ДП, амплипульсотерапия - токтар ПП, ПЧП және ПМ) прогрессін ескерту үшін нейростимулириялайтын әдістер.
Массаж	<ul style="list-style-type: none"> • Классикалық емдеу, мануальды терапия элементтерімен • Нүктелік массаж • Таңдаулы паретикалық массаж • Пневмо-компрессорлық массаж • Жанасусыз гидромассаж • Вибромассаж • «Хивамат» жүйесі
Емдік дене шыңықтыру (кинезиотерапия)	<ul style="list-style-type: none"> • Емдік гимнастика (белсенді-пассивті, тыныс алу жаттығулары) • Пассивті әзірлеме • Жағдаймен емдеу • Оқыту және жүріс кезіндегі жаттығу • Гидрокинезиотерапия • Биологиялық кері байланыспен симметриялық бақылау жүйесі орнатылған әртүрлі бағыттағы тренажерларда жаттығу (циклдік, күшті, инерционды, ротационды және т.б.) • Білезіктің ұсақ моторлы жаттығуы • Шектеулі -қоздырушы айналмалы реабилитация • Айна көмегімен терапия • Бобат (Bobath) әдісі бойынша постуральды жаттығу. • «Слинг-жүйе». «Эрриго-жүйе» Стабилотерапия • Бұлшықет күшін ұлғайтуға арналған жаттығулар • Координацияға жаттығу • Кондуктивті педагогика әдісі (Андраш Петью)
	<ul style="list-style-type: none"> • Фенделькрайдің әдісі • Войта, Кастильо-Моралема, PNF жүйелері бойынша

	рефлекторлық жаттығудың белсенді - пассивті техникалары. Роботталған механотерапия (жүрісті қалпына келтіру)
Сөйлеуді қалпына келтіру	Логопедпен бірге жеке жаттығулар Логопедтік картада қалпына келу динамикасын тіркеу, логопедпен бірге топтық жаттығулар
Психотүзету және психотерапия	Жеке жаттығулар Топтық жаттығулар
Әлеуметтік реабилитация	
Тұрмыстық - әлеуметтік адаптация	<ul style="list-style-type: none"> • Науқастың және оның отбасы мүшелеріне тұрмыстық - әлеуметтік сұрақтар бойынша ақпарат және кеңес беру. • Өз өзіне қызмет етуге науқасты үйрету. • Науқастың отбасын бейімделуге үйрету. • Науқас пен мүгедекті реабилитацияның техникалық құралдарын пайдалануға үйрету. Науқастың өмірін тұрмыста ұйымдастыру (тұрмыс жай орындарының мүгедек пен науқастың қажеттіліктеріне бейімделуі). • Реабилитацияны техникалық құралдармен қамтамасыз ету (бағдарламада науқастың тұрмыстық тәуелсіз жағдайын қалыптастыру үшін керекті іс шаралар көрсетіледі). • Сурдотехника. • Тифлотехника. • Реабилитацияның техникалық құралдары.
Әлеуметтік - орта реабилитациясы	<ul style="list-style-type: none"> • Әлеуметтік –психологиялық және психологиялық реабилитация (психотерапия, психотүзету, психологиялық кеңес беру). • Отбасыға психологиялық көмек беруді іске асыру (өмірлік дағдыларға үйрету, жеке қауіпсіздік, әлеуметтік қарым қатынас, әлеуметтік тәуелсіздік). • Жеке мәселелерді шешуге қатыстыру. • Құқықтық сұрақтар бойынша кеңес беру. • Бос уақыт пен демалыс уақыттарын өткізу дағдыларына үйрету.
Кәсіби реабилитация	<ul style="list-style-type: none"> • Профорентация (профакпараттандыру, профкеңес беру). • Психологиялық түзету. • Оқыту (қайта оқыту). • Мүгедектің арнайы жұмыс орнын жасау. • Кәсіби – өндірістік бейімделу.

81 кесте – Инсульт алған уақытқа және ауру ағымына байланысты емдеу гимнастиканы тағайындаудың болжамды сызбасы

Аурудың ағымы	Емдеу гимнастиканы тағайындау мерзімі	Инсульттан кейінгі мерзімін	Емдеу гимнастиканың процедура саны	Бастапқы жағдайға келу
Жеңіл (жеңіл гемипарез)	8-10-шы күн, яғни 2-ші аптаның басы	15-17-ші күн 22-26-шы күн 36-40-шы күн	Жаттығудың 1 аптасы, яғни 7 процедура ЛГ Жаттығудың 2 аптасы, яғни 14 процедура ЛГ Жаттығудың 3-4 аптасы, яғни 28 процедура ЛГ	Жатып, қырына бұрылжатып, отырып жатып, отырып, тұрып, жүру
Болжаммен инсульт алғаннан кейін 5 апта ішіндеауру ағымының жеңіл түрімен науқасқа емдеу курсы шамамен 30 ЛГ процедураны құрайды, егер оны 8-10 күннен бастаса. Осындай емдеу- қалпына келтіру іс шаралардан кейін науқастар біреудің көмегінсіз жүреді, дефектісі болмайды және толық өз өзініне қызмет ете алады.				
Орташа ауырлық (қолдың плегиясы жәнеаяқтың парезі)	12-16-шы күн, яғни 2-ші аптаның аяғы 3-ші аптаның басы	22-26-шы күн, 36-40-шы күн, 5 3-5 7-ші күн	Жаттығудың 1,5 аптасы, яғни 10 процедура ЛГ Жаттығудың 3,5 аптасы, яғни 24 процедура ЛГ Жаттығудың 5,5-6 аптасыяғни 38-42 процедура ЛГ	Жатып, қырына бұрылу жатып, отырып, жатып, отырып, тұрып, жүру
Болжаммен инсульт алғаннан кейін 7-8 апта ішінде аурудың орташа ағымы түрімен емдеу курсы шамамен 40 ЛГ процедураны құрайды, егер оны 12-16 күннен бастаса. Мұндай емдеу – қалпына келу іс шаралардан кейін науқастар таяқпен (немесе таяқсыз) жүреді. Өзіне қызмет ету дағдылары қиындайды, кейде перез салдарынан болады, бірақ ауырмайтын қолмен компенсацияланады, сонымен қатар, паретичті қолдың иық және білек тамырларының қозғалуымен ескеріледі. Келесі кезеңдерде емдік жаттығуларды міндетті түрде жалғастыру керек.				
Ауыр (жүрек – қантамыр, тыныс алу және басқа жүйелердің кейбір асқынулары мен гемиплегия)	17-21-ші күн, яғни 3-ші аптаның соңы	27-31-ші күн 41-45-ші күн 66-70-ші күн	Жаттығудың 1,5 аптасы, яғни 10 процедура ЛГ Жаттығудың3,5 аптасы, яғни 24 процедура ЛГ Жаттығудың 7 аптасы, яғни 50 процедура ЛГ	Жатып, қырына бұрылу Жатып, отырып Жатып, отырып, тұрып,жүру
Инсульт алған кезден бастап шамамен 9-10 апта ішінде науқасқа аурудың ауыр асқынуы мүмкін ағынымен 17-21-ші күннен бастаса емдеу курсы шамамен 50 ЛГ процедураны құрайды. Осындай емдеу – қалпына келтіру іс шаралардан кейін науқастар таяқ пен балдақтың көмегімен немесе тек қана таяқтың көмегімен қозғалады, бірақ өз өзіне қол көмегімен қызмет ету дағдылары болмайды. Алдағы жылдары ішінде ЛГ жаттығуларын міндетті түрде емханаларда немесе үй жағдайында жалғастыруды қажет етеді (кеш сауығу кезеңінің бірінші жартысында).				

Реабилитациялық емдеу үрдісі кезіндегі физикалық реабилитация (ФР) құралы– қалпына келтіруші, алдын алушы және қолдаушы деген үш бағытта қолданылады. Терапияны қолдайтын әдіс ретінде физикалық реабилитация (ФР) қалпына келу емдеуінде жоғары шегіне сәтті жеткен кезде қолданылады, ал патологиялық өзгерістер салыстырмалы түрде тұрақтылыққа ие. ФР, терапияның алдын алу әдісі асқыну белгісін арнайы емес ескерту ретінде, аз қозғалу және тез қозғалу режимінің шектеулігі, сонымен қатар ағза жүйесінде болуы мүмкін дамудың шектеулігін қарастырылады.

Дәлелдеу кезеңінде реабилитациялық іс шаралар АМСКК деңгейінде емдеуші дәрігерлермен іске асырылуы тиіс. МЭС бөлімінің кезекті қайта куәландіруге жолдауында, емдеуші дәрігер РЖБ жоспарланған реабилитациялық іс шаралардың орындалуы немесе орындалмауы туралы белгілер қоюы тиіс. Әлеуметтік реабилитацияны алдыңғы кезеңдерде жүргізілген реабилитацияда керек нәтижеге қолжеткізе алмаған мүгедектер қажет етеді, сондай-ақ медициналық реабилитация шараларының тиімділігі аз және ағза қызметінің толық қалыптаспауына байланысты тіршілік етудің әртүрлі шектеулілігі сақталған.

Әлеуметтік бөлім РЖБ88/у ф. ВКК негізінде – мерзімсіз мүгедектікке ие мүгедектерге сонымен қатар реабилитациялық жоспардың негізінде МСЭ бөлімінің мамандарымен де жасалады. Әлеуметтік РЖБ мүгедекке ОНМК салдарынан АГ негізінде тіршілік ету қызметінің шектеулігін жеңу үшін реабилитацияның техникалық құралдарын (РТК) көрсетеді.

Инсульт алған мүгедекті негізгі әлеуметтік дағдыларға үйрету – бұл қалпына келтіру, дамыту және мүгедекте күнделікті өзін - өзі күту дағдыларын қалыптастыру, қозғалу, қызметтің бұзылуы нәтижесінде бұзылған немесе қиындатылған қызметтердің жаңа стереотипті қалыптастыру жолымен олардың орындалуы, басқа да сақталған қызметтер есебінен жаттығулар негізінде басқа да үйретуші құралдар мен технологияларды пайдалану.

Сауықтырудың әлеуметтік бөлімі

№ 183 медико-әлеуметтік сараптама актісіне № 196

30.01.2012 № 196 жылдан

1. ТАЖ (мүгедектің) П.
2. Туған жылы 23.05.1965
3. Реабилитацияның әлеуметтік бөлімін шығару күні 30.01.2012
4. Мекен-жайы Қарағанды қ.
5. Мүгедектік тобы бірінші топ
6. Форма бойынша мүгедектіктің себебі – 7 жалпы ауру
7. Клинико-сараптамалық диагноз: (негізгі, қосалқы). 3 кезеңдегі 4 қауіпті артериалды гипертензия шебіндегі орта сол жақ ми артериясындағы (09-2010) өткізген ми инфарктісі. Қол пелегиясымен оң жақтағы терең гемипарез Моторлы афазия. Зәрді ұстай алмау типі бойынша нейрогенді дисфункция.

82 кесте – Науқастардың әлеуметтік реабилитациясы

Реабилитациялық іс шаралар	Аумақтық бөлімшеге нұсқаулар	Орын-даушы	Орындау мерзімі	Орындалмады, себебі
	Орындау мерзімі			
	(аумақтық бөлімшенің маманы толтырады)	(РЖБ іске асыруға жауапты маман толтырады)		
Балдақтар, таяқшалар, жүріс арбасы;				
Сүйенетін таяқ, жүріс арбасы	30.01.2014			
Жүргекшелер;				
Жүргекшелер (салмағы 85 кг, жамбастың көлемі 100 см)	30.01.2014			

8. Реабилитацияның әлеуметтік бөлімі бойынша іске асыру нәтижелерінің бағасы (астын сызу): толық немесе өзіне қызмет көрсету дағдаларының біртіндеп қалпына келуі, өзінің жеке өмір сүруі, орын ауыстыруы, ориентациясы, әлеуметтік – психологиялық статусы, оң нәтиженің болмауы (РЖБ іске асыруға жауапты маман толтырады)

9. Реабилитацияның әлеуметтік бөлімін іске асыру мерзімі 30.01.2014

РЖБ әлеуметтік бөлімі мүгедекпен немесе оның заңды өкілімен әлеуметтік қамтамасыз ету органдарына беріледі, онда мүгедек мемлекеттік бюджет есебінен ТСР тегін қамтамасыз етіледі.

РЖБ кәсіби бөліміде мүгедектің немесе оның заңды өкілінің өтініші негізінде және емдеу мекемелерінің ВКК қорытындысы аумақтық МСЭ бөлімшелерінде жасалады, науқасты рационалды еңбекпен қамту үшін және оның денсаулық жағдайына зардабын тигізбейтін мамандығы көрсетілуі тиіс. «Мүгедекті әлеуметтік қорғау туралы Заңына» сәйкес №39 - III ЗРК 2005 жылдың 13 сәуірінен, 12 баб: «Қазақстан Республикасының басқа заңды актілері құқығына кәсіби дайындық, еңбекке жарамдылығын қалпына келтіру және еңбекпен қамту, Қазақстан Республикасында мүгедектер Қазақстан Республикасы Конституциясымен бекітілген барлық әлеуметтік – экономикалық және жеке құқықтарға және бостандыққа ие».

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау Министрлігінің 2009 жылдың 16 қараша № 709 бұйрығына сәйкес «Өндірістік зиян факторларының тізімін, міндетті түрде жүргізілетін медициналық тексерулер кезіндегі мамандықтардың, міндетті медициналық тексерулерді дұрыс жүргізу ережелерін бекіту туралы» өндіріс орындарында немесе ұйымдарда мүгедектің жұмыс атқаруы үшін белгілі бір кәсіп немесе мамандығының жарамдылығы туралы қорытындысы, ол емдеуші

дәрігерлер және алдын ала және үнемі медициналық тексеруді өткізетін ВКК емдеу мекемесін анықтайды. РЖБ кәсіби бөліміне мысал келтіреміз:

Реабилитацияның кәсіби бөлімі

№ 183 медико-әлеуметтік сараптама актісіне № 196

30.01.2012 № 196 жылдан

1. ТАЖ (мүгедектің) П.

2. Туған жылы 23.05.1965

3. Реабилитацияның кәсіби бөлімін шығару күні 30.01.2012

4. Мекен-жайы Қарағанды қ.

5. Мүгедектік тобы бірінші топ

6. Форма бойынша мүгедектіктің себебі – 7 жалпы ауру

7. Клинико-сараптамалық диагноз: (негізгі, қосалқы). 3 кезеңдегі 4 қауіпті артериалды гипертензия шебіндегі орта сол жақ ми артериясындағы (09-2010) өткізген ми инфарктісі. Қол пелегиясымен оң жақтағы терең гемипарез Моторлы афазия. Зәрді ұстай алмау типі бойынша нейрогенді дисфункция.

83 кесте – Науқастардың кәсіби реабилитациясы

Реабилитациялық іс шаралар	Аумақтық бөлімшеге нұсқаулар	Орындаушы	Орындау мерзімі	Орындалмады, себебі
	Орындау мерзімі			
	(аумақтық бөлімшенің маманы толтырады)			
Кәсіби жоғары білім алу үшін				
Халықты әлеуметтік қорғау органдары жүйесі арқылы білім алу үшін				
Жұмыспен қамту	Үйдегі еңбек			

8. Реабилитацияның кәсіби бөлімі бойынша іске асыру нәтижесінің бағасы бойынша (астын сызу): оқытылды, қайта оқытылды, алынған мамандық, жұмыс орны жасалды, жұмысқа орналастырылды, оң нәтиженің болмауы (РЖБ іске асырушы жауапты маман толтырады)

Реабилитацияның кәсіби бөлімін іске асыратын мерзім 30.01.2014

10. Реабилитацияның кәсіби бөлімін іске асыратын күн (аумақтық бөлімшенің маманы толтырады) (РЖБ іске асуына жауапты маман толтырады)

Мүгедек еңбегін ұйымдастырудың негізгі түрлеріне кәдімгі өндірістік жағдайлар, арнайы жасалынған жағдайлар, арнайы жұмыс орындары жатады.

- Кәдімгі өндірістік жағдайлар негізінен III топ мүгедектеріне арналған.

Кәдімгі өндірістік жағдайында мүгедектің жұмысқа орналасуы еңбек қызметінің шектеулі сипатына байланысты іске асуы мүмкін:

- Мүгедек үшін жаңа кәсіпте жұмысты толық көлемде орындау мүмкіндігі (кәсіби дағдаларды қолданып немесе қолданбай);

- Бұрынғы жұмыста жұмыс көлемінің аз болуы (толық емес жұмыс уақытына ауысу), (толық емес жұмыс күні немесе толық емес жұмыс аптасы 0,5-0,75 ставкаға, жауапты және қызметтік міндеттердің қысқаруы, жоспарлы және өндірістік тапсырмалар, өндеу нормаларының азаюы, түнгі және кешкі ауысымдардан босатылуы, жұмыстың тиімді графигін алу, физикалық және жүйке - эмоционалдық ауыртпалықтан шектеу, еңбектің ұйымдастырылуы топтық түрден жеке түріне ауысуы және т.б.);

- Бұрынғы жұмыста біліктіліктің төмендеуімен (бас есепші жұмысынан бағалы материалдық есепке тіркеу және т.с.с.)

Арнайы жасалынған жағдайлар I және II топ мүгедектерін жұмысқа орналастыру үшін арналған. Әлеуметтік көрсеткіштердің жағдайынан басқа, кәдімгі өндірістік жағдайында жұмысқа орналасу нұсқауымен бірге, қоғамдық жұмыстардың ұйымдастырылуы, мүгедекті жұмысқа орналастыру қажеттілігімен олар үшін қажет жағдайларынан басқа;

- Мүгедектерді жұмысқа орналастыру үшін арнайы жұмыс орындарын құру;

- Мүгедектердің кәсіби оқуын ұйымдастыру;

- Мүгедектерді арнайы жасақталған жұмысқа орналастыру іске асады:

- арнайы жұмыс орындарында;

- үй жағдайында.

Реабилитацияның қорытынды нәтижелері реабилитацияға дейін және реабилитациядан кейін клиникалық дәреженің айқын көрінісін және тіршілік ету қызметінің бұзылу дәрежесін ескеруі қажеті. Сонымен қатар функционалдық кластарда градациядағы әрбір өлшемнің қалыпты жағдайынан толық бұзылуға дейінгі жағдайын бағалауға мүмкіндік беретін аса рационалды бағалаумен көрінеді.

Қолжеткізген нәтижені дұрыс бағалау үшін алдымен науқастың реабилитацияға дейінгі жағдайын дұрыс бағалау керек екенін естен шығармау керек, оның іске асыру үшін реабилитациялық технологияның алғашқы екі: сараптамалық – реабилитациялық диагностика және реабилитациялық потенциалды анықтау сатысы мүмкіндік береді.

Айтылғандардың ішінде нақты бұзылған қызметтердің дәрежесін бағалау көзқарасы бойынша, сонымен қатар жүргізілген реабилитацияның сапасын бағалау үшін функционалдық кластарда реабилитацияның тиімділігінің аса рационалды бағасы болып табылады. Функционалды кластар градациядағы әрбір өлшемнің қалыпты жағдайынан толық бұзылуға дейінгі жағдайын бағалауға мүмкіндік береді.

АГ кезіндегі жүргізілген реабилитацияның сапасы реабилитациялық іс шаралардың орындалған көлемімен анықталады (оның РП сәйкесінше жартылай немесе толық)

Реабилитацияның тиімділігін бағалау келесі критериялар бойынша жүргізіледі:

1. Клиникалық критерилер:

- сауығу;
- біршама жақсару- 2 ФК жақсару және одан да көп;
- жақсару - 1 ФК жақсару;
- мардымсыз жақсару- ФК ішінде жақсару;
- нашарлау –ФК көңіл күйдің ФК ауырлығы.

2. Әлеуметтік критерилер:

- уақытша еңбек ете алмаудың көрсеткіштері;
- мүгедектіктің көрсеткіші
- еңбек ету қабілеті жағдайының көрсеткіштері.

Сонымен қатар ФК динамикасы бойынша ТЕШ және ағза қызметінің негізгі бұзылыстарын бағалау әдісін қолданумен модификация шкаласы ұсынылды. 81 кестеде АГ кезіндегі БМҚЖЖ салдарынан ТЕШ негізделген өлшемдер берілген.

84 кесте – науқастарда АГ кезінде ми инсульта салдарынан ОЖД деңгейлері бойынша ФК сипаттамасы

ОЖД деңгейлерінің сипаттамасы	Бағалау
<p><u>Козғалуға қабілеттілігі</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - козғалуға қабілеті жоқ, мүгедек арбасы көмегімен козғала алады; - пәтерде біреудің көмегімен жүреді, науқас көшеде жүрмейді немесе біреудің көмегімен өте сирек жүреді; - қосымша құралдарды пайдалып жүре алады, мысал үшін таяқ; - көмекті қажет етпейді, баяу жүріс темпімен өзі жүре алады 	<p>ФК 4 ФК 3 ФК2 ФК 1 ФК 0</p>
<p><u>Өз өзіне қызмет ету қабілеттілігі</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - өз өзіне қызмет ете алмайды (қоршаған ортаға толықтай тәуелді); - өзін күте алмайды, үнемі біреудің көмегін қажет етеді (біршама тәуелді), - қоршаған ортаға біршама тәуелді, басқа адамдардың үнемі көмегін қажет етеді; - көмекті қажет етпейді (бірақ өзіне қызмет көрсетуде кейбір кедергілер бар); - тәуелсіз 	<p>ФК 4 ФК 3 ФК2 ФК 1 ФК 0</p>
<p><u>Еңбек ету қызметіне қабілеттілігі</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - өндірістік дағдының толықтай жоғалуы, күнделікті өмірде қоршаған ортаға толықтай тәуелділік; - инсультқа дейін жұмыс істегендердің жұмысқа қайта келмеуі, инсультқа дейін үй шаруашылығымен айналысқандарда - бұрынғы үй шаруашылық міндеттерін орындауда айтарлықтай шектеулілік немесе оны орындауға толық жарамсыздық. Айтарлықтай тәуелділік; - инсультқа дейін жұмыс істегендердің жұмысқа қайта келмеуі, инсультқа дейін үй шаруашылығымен айналысқандарда – бұрынғы үй шаруашылық міндеттерді орындауда орташа шектеулілік. Жартылай тәуелділік; - кедергілермен немесе қызметтің төмендеуімен бұрынғы жұмыс орнына келу немесе инсультқа дейін біршама білікті жұмысқа орын ауыстыру (немесе көрсетілген өзгерістері бар жұмысқа қайта келу), инсультқа дейін үй шаруашылығымен айналысқандар үшін – бұрынғы үй шаруашылық міндеттерді орындауда шектеулілік. Тәуелсіздік. 	<p>ФК 4 ФК 3 ФК 2 ФК 1</p>
<p>Негізгі жаттығуларды толық көлемде орындау. Бұрынғы жұмысқа қайта оралу, толықтай тәуелсіздік.</p>	<p>ФК 0</p>

Сонымен, реабилитация технологиясы тоқтаусыз үрдісті көрсетеді және қоғамда мүгедектердің максимальды интеграциясын, мүгедектерге ауру салдарын тоқтатуға немесе азайтуға бағытталған кешендік өзара байланысты қызметтердің бірыңғай реабилитациялық үрдістің кезеңдерін қамтиды.

Эпидемиологиялық талдау көрсеткіштері нақты заңдылықты және ҚАЖ бойынша облыс халқының патология сипатының аймақтық ерекшеліктерін анықтауға мүмкіндік берді. Бірақ бұл көрсеткіштер көптеген (медициналық көмектің қолжетімділік деңгейіне, ақпараттанудың жоқтығына, қаралмауына және т.б.) факторлардың қатарына байланысты.

Аурушаңдықтың шынайы деңгейін және созылмалы патологияның көлемін бекіту үшін бірқатар сұрақтардың (медициналық көмектің оның қызмет көрсету деңгейлерінде ұйымдастырылуын, жаб-дықталу деңгейін, мамандардың біліктілігін және т.б.) нақтылауын қажет етеді.

Аурушаңдықтың эпидемиологиялық көрсеткіштерін: өлімнің, таралудың, ҚАЖ салдарынан болған мүгедектікті зерттеумен бірге, осы көрсеткіштердің талдауы халықты ҚАЖ ауруы және оның даму факторлары туралы ақпараттандыруды қажет етеді.

ҚОРЫТЫНДЫ

Ауылдық денсаулық сақтау мәселесі ҚР халқының шамамен үштен бір бөлігіне тиісілі. ҚР ДСӘДМ «2013 жылы Қазақстан Республикасы халқының денсаулығы және денсаулық сақтау ұйымының қызметі» (Астана, 2013) жыл сайынғы статистикалық жинақтың мәліметі бойынша республикада ауыл тұрғындарының үлес салмағы 10 мың халыққы шаққанда 7672,4 құрайды. Ауыл аудандарының емдеу-алдын алу ұйымдары жеке бөлмесіз, 177 ОАА, 145 СУБ, 1470 ДА және ОДА, 4275 ФАП, ФП және МП, 128 МП құрайды. 2013 жылы бұл мекемелерді жергілікті ауыл тұрғындарының барып қаралуы 27493,4 мың адамды құрады.

Ауыл халқына сапалы медициналық көмек көрсетудің мәселелері ауыл тұрғындарының біркелкі орналаспауымен; медициналық қызмет көрсету радиусының аса үлкен болуымен; ауылда ауыл шаруашылығының еңбегі мен тұрмысы және т.б. жағдайларымен сипатталады. Мұндай фактор орналасу сипаты ретінде (тығыздықтың аздығы, елді мекендердің шашыраңқылығы және олардың бір бірінен алшақ орналасуы), ауылдық денсаулық сақтау мекемелерінде маңызды жүйе қалыптастыруына және медициналық көмектің қолжетімділігіне әсер етеді (Тотанов Ж.С., 2008; Шарманов Т.Ш., 2008; Рахыпбеков Т.К., 2009; Халимов Н.Ж., 2010; Садықов Т.У., 2012).

Ауылдық аудандарда аз қуатты мекемелер басым, олар бір бірінен алыс орналасқан. Ауылдық аудандарда аз қуатты мекемелер басым, олар бір-бірінен алыс орналасқан. Санитарлық көліктің жетіспеушілігі, көліктің коммуникациялық жағдайының қанағатсызданарлығы және елді мекендерге қызмет етудің үлкен радиусы медицина қызметкерлерінің науқастарды үйге барып қарауын шектейді, көптеген мекемелер телефонмен қамтамасыз етілмеген. Осы себептерге байланысты амбулаториялық және стационарлық кезеңдердің қамтылуында үлкен қиындықтар туындайды.

Ауылдық мекемелерде маман - дәрігерлердің аз болуынан бірінші звенодағы дәрігерлердің жетіспеушілігі байқалуда, сонымен қатар мақсатты алдын алуды жүргізуге дайындалған орта медицина қызметкер дәрігерлері де жетіспейді.

Ауылдық мекемелерде маман - дәрігерлердің аз болуынан бірінші звенодағы дәрігерлердің жетіспеушілігі байқалуда, сонымен қатар жоспарлы алдын алу тексеру жүргізуге дайындалған орта медицина қызметкерлері және дәрігерлер жетіспейді. Жұмыс істейтін медициналық кадрлардың кәсіби квалификациясы жиі жеткіліксіз, науқастарды емдеу және диагностика деңгейі төмен болып келеді. Ауылда халықты алдын алу тексерулермен қамту 35-40% аспайды. Жоғарыда айтылған факторлар ауыл тұрғындарына медициналық көмек сапасына және көлеміне, сипатына белгілі бір із қалдыруда және де денсаулық сақтау басқармасынан ерекше ұйымдастыру түрін және жұмыс әдісін, әсіресе алдын алу, реабилитациялық және медико - әлеуметтік технологияларды

енгізуді талап етеді.

Мұның барлығы аудандық деңгейде ауыл халқына сапалы медициналық көмек көрсетуді, сонымен қатар алдын алу тексерулер бойынша аурушандықты анықтауды қиындатады. (Биртанов Е.А., 2008; Балгимбеков Ш.А., 2008; Suhrcke M., 2008; Каусова Г.К., Хайдарова Т.С., Акимбаева А.А., 2010; Кульжанов М.К., 2013).

«Денсаулық сақтау жүйесі және халықтың денсаулығы туралы» (Астана, 2009) кодексін қабылдаудан бастап, Қазақстан Республикасының 2011 – 2015 жылдарына арналған «Саламатты Қазақстан» денсаулық сақтаудың Мемлекеттік даму бағдарламасы ұлттық бірыңғай денсаулық сақтау жүйесін енгізумен бірге басты стратегиялық бағытты және оны іске асыру механизмін анықтаған. Ауылдық денсаулық сақтау саласының әлсіздігіне алып келетін алғашқы медико - санитарлық көмек ұйымының жеткіліксіз қаржыландыру жағдайында, осының салдары ретінде, мұның барлығы халыққа амбулаториялық көмек көрсетудің төмен деңгейіне алып келеді (Жүзжанов О.Т., 2001, Аканов А.А., 2005).

Қазақстанда әлеуметтік – маңызды аурулар бойынша аурушандықпен өлім көрсеткіштері өсіп келеді, мысалы қан айналым жүйесі аурулары бойынша 100 мың халыққа шаққандағы өлім, оның ішінде цереброваскулярлы ауруларынан (ЦВБ), 1999 жылы 100 мың халыққа шаққанда 482, 2000 жылы – 502, 2001 жылы – 495 құрады, 2002 жылы – 511 және 2003 жылы – 539,0 құрады. ЦВБ аурушандығы 2001 жылы - 210,3 құрады (100 мың халыққа шаққандағы аурушандықтың саны), 2002 жылы - 249,6; 2003 жылы - 196,8 болды. Қанайналым жүйесі ауруларының өсуі ҚР халқы өлімінің себебі арасында бұрынғыша бірінші орынды алады – 50,3.

Қарағанды облысы бойынша қанайналым жүйесі аурулары салдарынан аурушандықтың 100 000 халыққа шаққанда 1672,1 ден 2281,8-ге дейін ұлғаюы анықталды. Ауыл аудандары арасында 2005 жылы аурушандық деңгейі бойынша Қарқаралы ауданы – 2540,4, ал 2013 жылы жоғары аурушандық Жаңа-Арқа ауданында – 4181,3 анықталған.

Клиникалық-эпидемиологиялық зерттеулер санының жеткіліксіздігі ауыл халқына сапалы медициналық көмекті ұйымдастыру мәселелері, ауылдық аудандардың өзгерген әлеуметтік - экономикалық инфраструктура жағдайында, сонымен қатар денсаулық сақтау жүйесі қызметін регламенттейтін нормативті – құқықтық қоры осы зерттеудің практикалық маңызын және ғылыми, өзектілігін айқындады.

Барлық осы факторларды ескере отырып, сонымен қатар медико – әлеуметтік аспект сұрағын адекватты бағалай отырып, емдеудің жаңа әдістерін, алдын алуды, диагностиканы, реабилитацияны іздеу, ғылыми - медициналық сұрақтың өзектілігі ғана емес, сонымен қатар әлеуметтік - маңызды мәселе болып отыр.

Ауыл халқы арасында әлеуметтік маңызды аурулар дамуының қауіп факторларын зерттеу алдын алу стратегиясын: популяциялық деңгейде, екінші және үшінші қауіп стратегиясын ұсынуға мүмкіндік берді. Осы бағдарламаны іске асыру мақсатында біз мамандарға АМСКК

(дәрігерлер мен медбикелер) деңгейінде оқыту жүргіздік, артериалды гипертензияның асқынған түрі бар науқастарға медициналық көмек көрсету технологиясы жасалды және енгізілді, АГ кезіндегі ми инсульты салдарынан мүгедектерге реабилитация технологиясы

Зерттеулердің қорытынды нәтижелері ауыл тұрғындарына медициналық көмекті ұйымдастыру жүйесінде бар, өзінің шешімін талап ететін бірқатар сұрақтарды анықтауға мүмкіндік берді. Бұл – ФАП қызметтерін күшейту; амбулаториялық деңгейде – жалпы тәжірибе бойынша координациялық орталық құруды қажет етеді. Үлкен және қарт жастағы адам санының жоғары пайызын ескере отыра, сонымен қатар мүмкіндігі шектеулі жандарға аурухана ұйымдарында медбикелік күтімді қарастыру қажет. АМСКК мамандарын үздіксіз оқытуды қамтамасыз ету керек.

Сектораралық және ведомствоаралық деңгейлерде аудан халқының денсаулығын нығайту бағдарламасы бойынша ауыл әкімдерінің деңгейінде мониторинг жүргізілуі қажет. Аудан әкімдері АМСКК мамандарының еңбек мотивациясы жағдайын жасауы керек.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. -16 с.
2. Матвеев Э.Н., Максимова Т.М. Здоровье населения и социально-экономические проблемы общества // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины.- 2003.- № 1.- С. 3-7.
3. Москвичева М.Г., Розенфельд Л.Г. Особенности медицинского обеспечения сельского населения // Уральский медицинский журнал. - 2008. - №4. - С. 126-133.
4. Евсюков А.А. Методические подходы к оценке интегрированных показателей общественного здоровья // Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: материалы Всерос. научно-практ. конф. посвящ. 145-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2008). - Иркутск, 2008.- С. 140-145.
5. Послание Президента Республики Казахстан - Лидера нации Нурсултана Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства. - 14.12.2012г., Астана.
6. Иксанова Г.И. Сфера особого значения. Медицина - сельская, а проблема – государственная/ Астана, 2013. www.liter.kz
7. Доклад о состоянии здоровья в Европе 2012: курс на благополучие/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013. – 168 с.
8. Есдаулетов Т.Т. Организация сельского здравоохранения с применением стационарозамещающих технологий (на примере аккайынской ЦРБ акимата СКО)- kaznmu.kz/press/2013/05/23/
9. Мейрманов Ж. Для будущих поколений // Казахстанская правда - 2002.
10. Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы. Астана, 2004.
11. Алиев М.А. Проблемы сельского здравоохранения и возможные пути их решения // Здравоохранение Казахстана. - 1999. - № 5-6. С. 12-15.
12. Каусова Г.К., Одаманов М.А.. Особенности организационных форм медико-санитарного обслуживания сельского населения. Здоровье и болезнь, 2013.- № 2 (110).- С.37-42
13. Приказ и.о. Министра здравоохранения РК №796 от 26.11.2009 года "Об утверждении видов и объемов медицинской помощи". www.inform.kz.
14. Закон Республики Казахстан от 13 февраля 1991 года О приоритетности развития аула (села) и агропромышленного комплекса в Республике Казахстан (с изменениями и дополнениями по состоянию на 20.12.2004 г.)/www.zakon.kz
15. «Здоровый образ жизни – залог будущего Казахстана», Пресс-центр Национального центра проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения Республики Казахстан /Медицина и здоровье. - №1. - 2013. - С.3 -6.

16. Об утверждении программы «Здоровый образ жизни» на 2008 – 2016 годы / Постановление Правительства РК от 21.12.2007 №1260. www.zakon.kz
17. Указ Президента Республики Казахстан от 10 июля 2003 года № 1149 «О Государственной программе развития сельских территорий Республики Казахстан на 2004-2010 годы»/ www.zakon.kz
18. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 октября 2008 года № 547 О внедрении проекта «Развитие телемедицины и мобильной медицины в здравоохранении аульской (сельской) местности» в Актюбинской, Мангистауской и Жамбылской областях Республики Казахстан»/ www.zakon.kz.
19. В Казахстане ежегодно проводятся более 10 тысяч телемедицинских консультаций/[www.CA-NEWS \(KZ\)](http://www.CA-NEWS(KZ)), 21.10.2011
20. Садыков Т.У., Мырзахмет М.К. Вопросы реализации государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Салауатты Қазақстан» на 2011-2015 годы»/ Журнал «Теоретическая экономика» №3, 2012. - С. 35-46.
21. Указ Президента Республики Казахстан от 21 июля 2011 года № 118 «Об утверждении Прогнозной схемы территориально-пространственного развития страны до 2020 года» /<http://normativ.kz/view/35174/>
22. В Казахстане проводится работа по равномерному распределению врачебных кадров по регионам, 26.11.2011 Официальный веб-сайт Премьер-Министра РК/ [www. http://i-news.kz/news/](http://www.http://i-news.kz/news/).
23. Скаков А.Б., Абишев Т.Г., Султанбеков А.Г., Байходжаев М.Д., Дуйсенгожаева Б.Д. Показатель обеспеченности врачей-рентгенологов в Республике Казахстан/http://www.rusnauka.com/13_EISN_2012/Medecine/16_109285.doc.htm
24. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 03.07.2014 г.) /http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30479065
25. Постановление Правительства Республики Казахстан от 19 февраля 2014 года № 114 «Об утверждении государственного норматива сети организаций здравоохранения Республики Казахстан» / <http://pravo.zakon.kz/4608332-utverzhdn-gosudarstvennyj-normativ.html>.
26. Камалиев М.А., Ракишева А.С. Медико-социальная оценка основных классов болезней населения/http://www.rusnauka.com/24_NTP_2009/Medecine/50090.doc.htm
27. Под редакцией Р.С.Досмагамбетовой, К.А.Алихановой Профилактика хронических неинфекционных заболеваний на уровне ПМСП/Монография для врачей ПМСП, Караганда, 2012, 480 стр.
28. Алиханова К.А., Жакипбекова В.А., Галаева А.И., Рождественский А.В. Анализ заболеваемости, распространенности, смертности, от болезней системы кровообращения, в том числе от артериальной гипертензии и цереброваскулярных заболеваний по Карагандинской области»/ Сборник материалов Респуб.научно-практич. конф. с междунар. уч. «Актуальные

- вопросы сельского здравоохранения», Караганда, 4 – 5 апреля 2013г. - С.15-18.
29. Алиханова К.А. и соавт. Изучение распространенности социально-значимых заболеваний у сельского населения Карагандинской области/ Сборник материалов Конгресса «Человек и лекарство», Москва, 2013, С.399.
30. Омаркулов Б.К., Абугалиева Т.О., Жакипбекова В.А., Серикова М.С., Галаева А.И. Результаты социологического опроса взрослого сельского населения Карагандинской области по изучению распространенности социально-значимых заболеваний терапевтического профиля / Материалы Республ.науч.-практ.конф. «Актуальные вопросы сельского здравоохранения»; Караганда, КГМУ, 2013 г.-176-180 с.
31. Аканов А.А., Камалиев М. Система здравоохранения Республики Казахстан: современное состояние, проблемы, перспективы/ Социальные аспекты здоровья населения. - №3. - 2010.
32. Аканов А.А. Политика охраны здоровья населения в Казахстане: Опыт разработки, реализации национальных программ здравоохранения и перспективы на 2010-2015 г. Астана, 2006. - 243 с
33. Каирбекова С.З. Итоги деятельности МЗ РК за 2013 год и задачи на 2014 год / <http://www.rcrz.kz/news>.
34. Проект «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторездравоохранения Республики Казахстан» Отчет о реализации Проекта за 2011 год/ <http://healthproject.kz/sites/default/files/PIST%20REPORT%20Annual%202011%20Ru.pdf>.
35. Оспанова Ж.О., Гиззатова У.С., Кенжекулова Р.Н., Оспанова Ж.С., Горчинская Л.И. «Вопросы реструктуризации и автономии больничного сектора (международный опыт)» - Методические рекомендации. - Астана. - 2011. - 24 с.
36. Сводная информация о выполнении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы за 2012 год./ <http://mz.gov.kz/>
37. Досмагамбетова Р.С., Алиханова К.А., Бидайбаева Г.Б., Абугалиева Т.О., В.А.Жакипбекова, Омаркулов Б.К., Григолашвили М.А. Алгоритмы действия врача по выявлению пациентов с заболеваниями системы кровообращения/ Методические рекомендации для врачей ПМСП, Караганда, 2012,121 стр.
38. Под ред. Досмагамбетовой Р.С., Алихановой К.А. и соавт. Артериальная гипертензия как фактор риска инсульта/ Монография для врачей ПМСП, Караганда, 2012, 412 стр.
39. The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. (Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2002. Снижение риска, укрепление здорового образа жизни). ВОЗ.-Женева, 2002.- 248 с.
40. Постановление Правительства РК «О создании кардиологической службы» №102 от 13 февраля 2007 года «Об утверждении Программы

развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007-2009 годы»/ www.zakon.kz.

41. Величковский, Б.Т. Реформы и здоровье населения: пути преодоления не-гативных последствий / Б.Т. Величковский.-М., 2001 - 56 с.

42. Bhargava, A. Modeling the effects of health on economic growth / A. Bhargava, D.T. Jamison, C. Murray // J. health Economics.- 2001. - Vol.20. - P.423-440.

43. Suhrcke, M. Экономические последствия неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации / M. Suhrcke, L. Rocco, M. McKee et al.; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. - Copenhagen, 2008. -83 с.

44. Щепин, О.П. Проблемы демографического развития России / О.П. Щепин, Е.А. Тишук // Экономика здравоохранения - 2005 - №3- С. 5-8.

45 Щепин, В.О. Структурно-функциональные преобразования государственной системы здравоохранения России / В.О. Щепин, Е.С. Пояркова // Экономика здравоохранения - 2008 - №8 - С. 14-17.

46. Матвеев, Э.Н. Приоритетные направления кадровой политики на селе / Э.Н. Матвеев, А.А. Калининская, С.А. Твердохлеб и др. // Главврач.- 2002.- №5.- С. 8.

47. Щепин, В.О. Структурно-функциональные преобразования- системы лечебно-профилактической помощи населению Российской Федерации в последнее десятилетие / В.О. Щепин // Пробл. социал гигиены, здравоохранения и истории медицины.- 2003- №1- С. 34-38.

48. Рогожников В.А. Проблемы охраны здоровья сельского населения / В.А. Рогожников, В.И. Стародубов, Г. Г. Орлова; под ред. В.И. Стародубова. - М: ГЭОТАР-МЕД, 2004.-448 с.

49. Казакова, О.С. Работа выездной поликлиники в сельских территориях / О.С. Казакова, М.И. Ликстанов, Е.В. Лаптев //Заместитель главного врача. - 2008.-№11 (30). -С.16-21.

50. Кучеренко, В.З. Методология измерения и оценки качества медицинской помощи: международный опыт / В.З. Кучеренко, С.А. Мартынчик, В.Г. Запорожченко // Экономика здравоохранения. - 2005. - №10. -С. 5-18.

51. Лакунин, К.Ю. Мнение сельского населения о состоянии здоровья и системе оказания медицинской помощи / Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения: материалы VI науч.- практ. конф., 24-25 апреля 2001.-М., 2001.-Ч.II.-С. 154-158.

52. Рогожников, В.А. Социально-демографические и методические основы организации медицинской помощи сельскому населению в современных экономических условиях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.А. Рогожников - М., 2003.-47 с.

53. Филатов, В.Б. Актуальные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению / В.Б. Филатов, Р.В. Коротких, В.Б. Расстегаев // Пробл. социал. гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. -2006 - №4.- С.40-45.

54. Каширин, А.К. Организация медицинской помощи населению в сельском районе: современные аспекты / А.К. Каширин //Здравоохранение. - 2008 - № 3. -С.36-41.
55. Забин, Ю.Л. Проблемы медицинского обеспечения сельских жителей / Ю.Л. Забин // Экономика здравоохранения. - 2001.- № 11-12 - С. 25-26.
56. Оспанова К.Б., Абугалиева Т.О., Жакипбекова В.А., Омаркулов Б.К. Результаты социологического опроса населения Карагандинской области о факторах риска развития мозгового инсульта // Материалы «Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы медицинской экспертизы и реабилитации», Минск, 2013. – с. 64-67.
57. Алиханова К.А., Оспанова К.Б., Абугалиева Т.О., Омаркулов Б.К., Жакипбекова В.А., Серикова М.С. Выявление факторов риска развития инсульта на уровне первичного звена как ранняя профилактика cerebro-vascularных заболеваний звена// Сборник материалов Конгресса «Человек и лекарство», 2013, с. -281-282.
58. Приказ и.о. Министра здравоохранения РК №796 от 26.11.2009 года "Об утверждении видов и объемов медицинской помощи"
59. Каирбекова С.З. «О ходе реализации Государственной программы «Саламатты Қазақстан»/ Пресс служба МЗ РК 18.02.2014. www. <http://i-news.kz/news/>.
60. Указ Президента Республики Казахстан от 17 мая 2003 года N 1096 «О Стратегии индустриально-инновационного развития Республики Казахстан на 2003-2015 годы»/ www.zakon.kz.
61. Биртанов Е.А.Организационно-методические и финансово-экономические основы инновационно-инвестиционной стратегии развития системы здравоохранения Республики Казахстан/ автореферат дисс. на соискание уч.ст.д.м.н., Алматы, 2010.
62. В.В. Уйба, В.М. Чернышев, О.В. Пушкарев, О.В. Стрельченко, А.И. Клевасов Экономические методы управления в здравоохранении/ Новосибирск - ООО «Альфа-Ресурс» 2012. -314 с.
63. Оценка медицинских технологий и формирование политики здравоохранения в странах Европы/ Всемирная организация здравоохранения 2010 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. – 216 с.
64. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы. Астана, 2004/www.liter.kz, 07/04/2011
65. Кумар А.Б. Оценка практики госпитализаций больных и уровня внедрения принципов доказательной медицины в Республике Казахстан // Диссертация на соискание академической степени PhD. 6D110200 - общественное здравоохранение. Алматы, 2013.
- 66 Иванов, А.В. Особенности медико-демографической ситуации на территории нефтедобывающих районов республики Татарстан / А.В. Иванов, Е.А. Тафеева // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории мед.-2008.-№ 5- С. 11-14.

67. Колесников, Б.Л. Научное обоснование системы мероприятий, направленных на улучшение демографической ситуации в субъекте Российской Федерации: автореф. дис.... д-ра мед. наук./ Б.Л. Колесников. - М., 2007. -48 с.
68. Максимова, Т.М. Динамика смертности населения трудоспособного возраста в странах СНГ / Т.М. Максимова, // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и история медицины - 2006-№ 3- С. 3-7.
69. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2013 год/ Москва, 2013. - 129 с.
70. Lock, K. The health impact of the international Development Targets on life expectancy in the Russian Federation / K. Lock // J. health Policy and Planning. - 2002.-№ 17(3).-P. 257-263.
71. Артемов, В.А. Село 90-х годов: тенденции повседневной деятельности сельского населения / В.А. Артемов // Социологические исследования - 2002. - №2.- С. 61-70.
72. Евсюков, А.А. Предотвратимые причины смерти населения и их медико-социальные аспекты / А.А. Евсюков, Н.С. Зиязетдинов, Р.М. Мустафин // Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: материалы Всерос. науч.-практ. конф. посвящ. 145-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2008).- Ир-кутск, 2008.-С. 145- 149.
73. Хальфин Р.А. Медико-демографический анализ смертности населения и его использование для определения приоритетов развития здравоохранения ре-гиона: дис. ... канд. мед. наук /Р.А. Хальфин-М., 1995.-179 с.
74. Есаулков, А.А. Особенности демографического развития и анализа депопуляции в регионах России: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.А. Есаулков- М.: ГАГС, 2002.- 23 с.
75. Девиченская М.Н. Проблемы смертности сельского населения России: возрастные, нозологические, региональные зоны риска и приоритетные пути его снижения: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Н. Девиченская. - М., 2002 - 23 с.
76. Кладов С.Ю. Демографическая ситуация на среднеурбанизированной территории западной Сибири / С.Ю. Кладов, В.П. Новоселов, // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2008 - № 4.- С. 12-15.
77. Максимова Т.М. Динамика смертности населения трудоспособного возраста в странах СНГ / Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и история медицины -2006-№ 3. -С. 3-7.
78. Прохоров, Б.Б. Общественное здоровье и экономика - М.: МАКС Пресс, 2007.- 292 с.
79. Н.Х. Шарифутдинова, К.С. Яппаров, М.В. Борисова Смертность сельского населения Республики Башкортостан от злокачественных новообразований // Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: материалы Всерос.

- науч.-практ. конф. посвящ. 145-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2008).- Иркутск, 2008.- С. 250-253.
80. Л.Г. Розенфельд, А.В. Важенин, М.Г. Москвичева Новые организационные технологии управления онколого-гической ситуацией в сельских районах Челябинской области // Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: материалы Всерос. науч.-практ. конф. посвящ. 145-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2008).-Иркутск, 2008.- С. 331-335.
81. Жилинский Е.В. Медико-социальные приоритеты демографической политики России// Главврач - 2008.- № 11 .-С. 104-112.
82. Руководство по заполнению вопросника. Инструмент STEPS (основной и расширенный модули)// Департамент хронических болезней и укрепления здоровья, ВОЗ. -20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
83. Абдукаримов Б.У. Научные основы изучения эпидемиологии и профилактики основных сердечно-сосудистых заболеваний в гидрологических нообиоценозах.: Автореф.. докт. мед. наук: 14.00.06. -Алматы, 2000. -50 с.
84. Абдукаримов Б.У., Ошакбаев К.П., Рысмендиев А.Ж. Специализированная кардиологическая помощь населению Казахстана. -Алматы, 2004. - 120 с.
85. Джусипов А.К., Ошакбаев К.П., Аманов Т.Н. и др. Состояние кардиологической службы в РК. Стратегия ее совершенствования //Терапевтический вестник- 2005- №3 (07).- С. 4-7.
86. Ким Л.Н. Анализ состояния системы здравоохранения в Казахстане//www. be5.biz/ekonomika
87. Регионы Казахстана. Агентство Республики Казахстан по статистике. Астана, 2009.
88. Тотанов Ж.С. Актуальные гигиенические проблемы водообеспечения и охраны здоровья сельского населения Республики Казахстан и пути их решения// Автореф. дисс. на соиск. уч.степени докт.мед.наук. - Алматы, 2010
89. Щепин, О.П. Здоровье населения Российской Федерации и его прогноз до 2005 года // Вестн. РАМН.- 2001.- №8.- С. 10-13.
90. А.В. Калиниченко, В.А. Борцов Результаты социологического исследования основных причин социальной дезадаптации населения // Бюл. НИИ общественного здоровья. - М., 2005 - Вып. 4. - С.93-94.
91. Трешутин В.А. Региональная система мониторинга здоровья населения и эффективность здравоохранения / В.А. Трешутин, В.О. Щепин; под ред. О.П. Щепина - М.: Троянт, 2001.-256 с.
92. О.П. Щепин, В.А. Медик Комплексное изучение здоровья населения Новгородской области: методология, основные результаты и перспективы // Пробл. социал гигиены, здравоохранения и истории медицины - 2007— №4.-С. 3-7.
93. В.Б. Филатов, Р.В. Коротких, В.Б. Расстегаев Актуальные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению // Пробл. социал

- гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. -2006 — №4.- С.40-45.
94. Розенфельд Л.Г Характеристика демографических процессов среди сельского населения Челябинской области / Л.Г. Розенфельд, М.Ф. Москвичева // Актуальные вопросы практической и теоретической медицины: сб. науч.-практ. работ / под ред. С.Л. Кремлева - Челябинск, 2007 - С. 106-109.
95. М.Я. Подлужная С.А. Рыжаков, С.Л. Шилова Организационные подходы по совершенствованию медико-санитарной помощи сельскому населению в Пермском крае // Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: материалы Всерос. науч.-практ. конф. посвящ. 145-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2008).- Иркутск, 2008 - С. 63-68.
96. С.А. Молодцов, И.А. Камаев, М.Г. Сорокина О некоторых особенностях стиля и уклада жизни медицинских работников» села // Здравоохранение РФ.- 2005.-№6.-С.49-50.
97. Евсюков А.А. Методические подходы к оценке интегрированных показателей общественного здоровья // Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: материалы Всерос. науч.-практ. конф. посвящ. 145-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2008).- Иркутск, 2008.- С. 140-145.
98. Ziglio E. Системы здравоохранения против бедности / Ziglio E. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003 -130 с.
99. Gelders S. Availability and affordability: an international comparison of chronic disease medicines / S. Gelders et al. - Geneva, World Health Organization and Health Action International, 2006. - 49 p.
100. Bloom, D. Longevity and life cycle savings / D. Bloom, D. Canning, B. Graham // Scandinavian J. Economics. -2003.-№ 105.-P. 319-338.
101. Рисалиев Д.Д. Анализ структуры расходов населения на медицинские услуги в сельской местности /Д.Д. Рисалиев, М.М. Каратаев // Экономика здравоохранения- 2005- №4.- С.20-23.
102. WHO. European Health for All Database, January 2013 version. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2013.
103. Knai C. Evidence base on how to improve health in low-resource settings with special attention to ECA: CVD prevention, management, rehabilitation. / C. Knai, M. McKee, M. Bobak. -Venice, WHO Regional office for Europe (Mimeo), 2005.
104. Bozicevic I. The evidence base on interventions to reduce the burden of disease due to injuries in low and middle-income, with special consideration of the ECA countries. / Bozicevic I. Venice, WHO Regional Office for Europe (Mimeo), 2005.
105. McKee M. Monitoring health in central and eastern Europe and the former Soviet Union / M. McKee // Soz. Praventivmed.- 2005. - № 50.-P. 341-343.

106. Whitehead, M. Equity and health sector reform: can low-income countries escape the medical poverty trap/ M. Whitehead, G. Dahlgren, T. Evans // *Lancet*- 2001.-№ 358 (9284).-P.833-836.
107. McKee, M. Access to water in the countries of the former Soviet Union / M. McKee // *Public health*.- 2006.-№ 120.- P. 364-372.
108. McKee, M. Alcohol in Russia / M. McKee // *Alcohol and Alcoholism*-1999- № 34.-P 824-829.
109. Отчет по Среднесрочному обзору Национальной программы реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» 7 мая 2008
г./file:///C:/Users/User/Downloads/MTR%20Report_May%2012_Russian_final%20(1).pdf
110. Харисова И.М., Гизатуллин Н.Ф. Обращаемость населения за медико-профилактической и специализированной медицинской помощью в сельских районах // *Здравоохранение РФ*. - 2004.-№4- С. 20-24.
111. Marmot M. The status syndrome: how social standing affects our health and longevity./ M. Marmot/- London, Bloomsbuty Publishing Pic., 2004
112. Pomerleau J. Food security in the Baltic republics / J. Pomerleau, M. McKee. A. Robertson et al. // *Public Health Nutrition*.- 2002.- № 5.- P.397-404.
113. Bosma J.H.A. A cross-cultural comparison of the psychological factors in the etiology of coronary heart disease / J.H.A. Bosma. - Maastricht: Universitaire Pers Maastricht (Follow-up to the Kaunas-Rotterdam Intervention Study (KRIS), 1994.
114. Трифонова Н.Ю. Медико-социальная профилактика распространения табакокурения среди женщин / Н.Ю. Трифонова // *Пробл. Управления здраво-охранением*. - 2008. - №3(40).- С. 86-89.
115. Максимова, Т.М. Социальный градиент в формировании здоровья населения / Т.М. Максимова.- М., 2005 - 238 с.
116. Полозова, О.В. К вопросу о заинтересованности населения в своем здоровье / О.В. Полозова // *Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины*.- 2008 - № 5 - С.5 - 6.
117. Величковский Б.Т. Реформы и здоровье населения / Б.Т. Величковский // *Экономика здравоохранения*. - 2001-№6. -С.22-27.
118. Лисицын Ю.П. «Модус» здоровья россиян // *Экономика здравоохранения*.- 2001.-№2.- С.32-37.
119. Сорокун В.И. Научное обоснование здоровье формирующих технологий в здравоохранении: автореф. дис.... д-ра мед. наук / В.И. Сорокун. - М., 2004. - 48с.
120. Кумар А.И. Оценка практики госпитализаций больных и уровня внедрения принципов доказательной медицины в Республике Казахстан // *Диссертация на соискание академической степени PhD*.- Алмата 2013
121. www.enbek.gov.kz
122. Назарова И.Б. Реформы здравоохранения: за и против / И.Б. Назарова // *Здравоохранение*.- 2000.- № 5 - С.29-36.

123. Ползик Б.В. К проблеме оценки влияния здравоохранения на состояние общественного здоровья/ Е.В. Ползик, С.А. Никифоров // Пробл. управления здравоохранением - 2007.-№4(35).- С.44-16.
124. Rechel; B. Development Goals for health in Europe and Central Asia / Saltman, R.B. Planned Markets and Public Competition. Strategic Reform in Northern European Health System / R.B. Saltman, C. von Otter. -Buckingham: Open University Press, 1992.- 164 с.
125. Berkman, L.F. Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman, L.F., Kawachi I., eds. - Social epidemiology . New York, Oxford University press, 2000.- P. 137-173.
126. Европейская министерская конференция ВОЗ по системе здравоохранения: Системы здравоохранения – здоровье и благосостояние / Отчет, Эстония, 25-26 июня, 2008г.
127. Здоровье 2020 Основы европейской политики и стратегия для XXI века Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро UNCity, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen 0, Denmark /www.euro.who.int
128. Степанов, В.В. Научное обоснование основных направлений развития сельского здравоохранения субъекта Российской Федерации (на примере Новосибирской области): автореф; дис.... д-ра.мед. наук / В.В 1 Степанов. -М., 2006.-48 с.
129. Калининская, А.А. Медицинская помощь сельскому населению / А.А. Калининская, С.И. Шляфер, А.Н. Дзугаев и др. // Главврач.- 2006 - №9- С. 19-24.
130. Лакунин, К.Ю. Мнение сельского населения о состоянии здоровья и системе оказания медицинской помощи // Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения: материалы VI науч.- практ. конф., 24- 25 апреля 2001.-М., 2001.-Ч.П.-С. 154-158.
131. Забин Ю.Л. Проблемы медицинского обеспечения сельских жителей // Экономика здравоохранения. - 2001.- № 11-12 - С. 25-26.
132. Шамсудинов, Р.С. Региональные особенности здоровья и медицинской помощи сельскому населению / Р.С. Шамсудинов //Бюл. НИИ СГЭУЗ им. Н.А. Семашко РАМН,-2000.-Вып. 1.-С. 100-109.
133. Суслин С.А. Организация медицинской помощи сельскому населению (обзор литературы) / С.А. Суслин, Р.А. Галкин // Здравоохранение РФ.-2006- №1.-С. 14-18.
134. Карташов В.Т. Механизм перераспределения ресурсов с госпитального звена на амбулаторное / В.Т. Карташов, В.А. Жуков // Экономика здравоохранения. -2000.-№12-С. 25-29.
135. Стародубов В.И. и соавт. Первичная медицинская; помощь: состояние и перспективы развития/ М.: Медицина, 2007 - 264 с.
136. Кучеренко В.З., Вялков, А.И. Управление качеством медицинской помощи // Главврач. - 2007. - №10. - С. 23-39.

137. Rechel B, Roberts B, Richardson E, Shishkin S, Shkolnikov V, Leon D, et al Health and health systems in the countries of the former Soviet Union. *The Lancet* 2013, v.381(9872), p.1145-1155.
138. Mikkola T, Gissler M, Merikukka M, Tuomikoski P, Ylikorkala O. Sex differences in age-related cardiovascular mortality. *PLoS One*. 2013;8 (5)
139. Бухтиярова Э.В. Особенности обращаемости сельских жителей за скорой медицинской помощью // Бюл. Национального НИИ общественного здоровья: материалы науч.-практ. конф. "Роль здравоохранения в охране общественного здоровья". - 2005. - Вып. 4 —22-26.
140. под ред. В.И. Стародубова Проблемы сельского здравоохранения / - М.: ЦНИОИЗ, 2002.- 87 с.
141. Т.Г. Светличная, О.В. Ковалев Качество медицинской помощи в больницах села // Пробл. социал. гигиены и история; медицины - 1999;- №4- С. 14-17.
142. Н.В. Юргель, М.Ю. Хубиев Вопросы повышения качества и доступности медицинской помощи сельскому населению // Здравоохранение — 2008 - № 12.- С. 15-20.
143. Р.А. Галкин, С.А. Суслин, А.К. Каширин Организация медицинской помощи населению в сельских районах пригородного типа / Самара: Перспектива, 2005 - 217 с.
144. Л.Г. Розенфельд, А.В. Важенин, М.Г. Москвичева Новые организационные технологии управления онкологической ситуацией в сельских районах Челябинской области / // Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: материалы Всерос. науч.-практ. конф. посвящ. 145-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2008).-Иркутск, 2008.- С. 331-335.
145. Паскаль А.В. Научное обоснование организационных форм и пути повышения эффективности и качества внебольничной помощи сельскому населению района (на примере Саратовской области): автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Паскаль - СПб., 2002 - 24с
146. Суслин С.А. Организация медицинской помощи сельскому населению (обзор литературы) / С.А. Суслин, Р.А. Галкин // Здравоохранение РФ.-2006- №1.-С. 14-18.
147. Лаврищева Г.А., Чуднов В.П. Планирование и управление процессом реформирования первичной медико-санитарной помощи на муниципальном уровне //Гл.врач.- 2007.- №12. – С.7-16.
148. В.И.Стародубов, В.И.Гройсман Опыт внедрения экономических и информационных методов управления в лечебно-профилактические учреждения муниципального уровня// Вестн. ОМС.- 2007,- №4.-С. 19-22.
149. А.А. Калининская, В.И. Стародубов, А.Н. Злобин и др. Оценка эффективности использования коечного фонда центральной районной больницы // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины — 2007.-№ 5.- С.34-36.

150. Н.В. Комаров, А.С. Маслагин, В.А. Кислицын и др. О путях совершенствования хирургической помощи сельскому населению // *Здравоохранение*. - 2005.- №1.- С.25-27.
151. Кадыров, Ф.Н. Экономические механизмы снижения уровня госпитализации // *Пробл. социал. гигиены и история медицины*. -1997 — №2.-С. 28-31.
152. Юй Н.Д. Медико-экономическое обоснование реализации системы обязательного медицинского страхования населения в сельской местности: автореф. дис.... канд. мед. наук. -М., 1996 -26 с.
153. Г.С. Шестаков, Е.С. Швец Некоторые особенности комплектования медицинскими кадрами учреждений здравоохранения в сельской местности // *Пробл. управления здравоохранением* - 2008 - №4 (41). -С. 42-44.
154. Быстрицкая О.А., Походенько А.В. Жукова Е.А. Менеджер здравоохранения на селе: социально-психологический портрет // *Здравоохранение РФ* - 2007.-№1- С. 17-19.
155. В.И. Стародубов, В.Л.Гончаренко, Ф:Н. Кадыров и др. О разумном сочетании административных и экономических методов управления здравоохранением // *Здравоохранение* - 2000.-№2.- С. 9-21.
156. В.И. Стародубов, Н.П. Соболева Стратегия профилактики заболеваний в условиях реформирования здравоохранения // *Экономика здравоохранения* - 2002.- №1.- С.5-10.
157. Стрючков В.В. Модель функциональной организационной структуры сельского здравоохранения (на примере Пензенской области) // *Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: материалы Всерос. науч.-практ. конф. посвящ. 145-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2008)*.-Иркутск, 2008.-С. 317-321.
158. FountoulakisKN, GrammatikopoulosIA, KoupidisSA, SiamouliM, TheodorakisPN. Health and the financial crisis in Greece. *Lancet* 2012, v. 379, p. 1001.
159. Lim S et alA comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012. v. 380(9859):2224-60
160. Лаврищева Г.А.Реформирование первичной медико-санитарной помощи в Ступинском районе / Г.А. Лаврищева // *Пробл. управления здравоохранением*. - 2008.-№4 (41).- С. 55-59.
161. Гусарова Г.И. Развитие общеврачебной практики в сельских районах Самарской области / Г.И. Гусарова, И.В. Новикова, М.П. Чуприлин и др. // *Здравоохранение*. - 2007 - №5. - С.55- 58.
162. Суслин С.А. Экспертная работа и деятельность КЭК в сельском районе с децентрализованной системой организации медицинской помощи / С.А. Суслин // *Зам. главного врача*. - 2007. - №6. - С. 34-46.
163. Галкин Р.А. Модель организации работы сестринского персонала общеврачебной практики / Р.А. Галкин, С.Х. Садреева, Л.С. Федосеева // *Мед. сестра*.-2001.-№2.-С. 38-40.

164. Бурсикова, Д.В. Научное обоснование оптимизации управления доврачебной помощью сельскому населению: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д.В. Бурсикова - Иваново, 2002.-23 с.
165. Головской Б.В. Семейная практика - путь решения некоторых проблем сельского здравоохранения / Б.В. Головской, Л.И. Котлова, С.А. Артамонова и др. // Здравоохранение - 2005.- № 1.- С. 39-41.
166. А.Г. Сапрыкина, В.В. Стрючков, Н.Н. Ашанина Опыт долгосрочного планирования подготовки медицинских кадров и их закрепления в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения// Вопр. экономики и управления для руководителей здравоохранения. - 2008. - №4(79). -С. 67-69.
167. Лудупова Е.Ю. Организационно-экономическое обоснование использования стационарзамещающих технологий в сельской местности: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.Ю. Лудупова.- М., 2002- 23 с.
168. Головской Б.В., Котлова Л.И., Артамонова С.А. и др. Семейная практика - путь решения некоторых проблем сельского здравоохранения // Здравоохранение - 2005.- № 1.- С. 39-41.
169. Кучерявая Д.А. Анализ развития службы врачей общей практики в Российской Федерации // Здравоохранение сегодня. - 2007. -№12. -С. 17-26.
170. Чертухина О.Б. Новая организационная модель в муниципальной системе здравоохранения - модель врача общей практики // Экономика здравоохранения. - 2003. - №9. - С. 9-13.
171. В.С. Нечаев, К.Б. Кошман Медико-социологические характеристики, работы, врача общей практики // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории-медицины. - 2008- №6. - С. 27-29
172. Денисов И.Н. Развитие семейной медицины - основа реорганизации первичной медико-санитарной помощи населению Российской Федерации / И.Н. Денисов // Главврач - 2007. - №5- С. 11-18.
173. Елманова Т.В. Роль врачей первичного звена в реализации приоритетного Национального проекта в сфере здравоохранения / Т.В. Елманова // Главврач.- 2006-№ 4_ 16-22.
174. Калининская А.А., Сон И.М., Гусева С.Л. и др. Модель реформирования первичной медицинской помощи // Здравоохранение РФ.- 2008.- №5.-С. 6-10.
175. Капилевич Л.В. Модель управления качеством медицинских услуг в сельском здравоохранении на основе информационных технологий // Здравоохранение. - 2006. - №6. - С. 49-55.
176. Корецкий В.Л., Орлова Н.М., Пётрищенко А.И. Принципы развития медицинской; помощи территорий в современных условиях // Бюл. НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко РАМН: М., 1999.- Вып.4.-С. 114-116.
177. Стрючков В.В., Сапрыкина А.Ф. Повышение доступности медицинской помощи сельским жителям // Здравоохранение-2008- №6 - С. 47-50.

178. Зыятдинов К.Ш. Здоровье населения и оптимизация управления системой здравоохранения в крупном промышленно-сельскохозяйственном регионе (на материалах республики Татарстан): автореф. дис. ... д-ра мед наук / К.Ш. Зыятдинов.-М., 2000.-48 с.
179. Рожавский Л.А., Окунев А.Ю, Пуринь В.И. Плановая выездная работа областного учреждения здравоохранения.// Здравоохранение РФ.-2008.-№ 2.-С. 10-16.
180. Стрючков В.В: О реализации комплекса мер по улучшению медицинского обслуживания жителей сельской местности Пензенской области / Пробл. управления здравоохранением.-2008 - №5(42).- С. 52-56.
181. Степанов В.В. Научное обоснование основных направлений развития сельского здравоохранения субъекта Российской Федерации (на примере Ново-сибирской области): автореф; дис.... д-ра.мед. наук / В.В. Степанов.-М.,- 2006.-48 с.
- 182.Павлов В.В., Суслин С.А., Каширин А.К. Современные подходы к организации медицинской помощи населению в сельской местности / //Здравоохранение РФ. - 2008.-№3.- С.16-18.
183. Калининская А.А., Шляфер С.И., Дзугаев А.Н. и др.. Медицинская помощь сельскому населению // Главврач.- 2006 - №9- С. 19-24.
184. Серегина И.Ф. Информационные методы и средства повышения доступности качества медицинской помощи// Пробл. управления здравоохранением. - 2007. - №6(37). - С. 65-69.
185. Юргель Н.В. Хубиев М.Ю. Вопросы повышения качества и доступности медицинской помощи сельскому населению // Здравоохранение — 2008 - № 12.- С. 15-20.
186. Мартыненко В.Ф., Полесский В.А. Законодательное обеспечение информационной деятельности в здравоохранении / //Главврач. - 2008.-№ П.-С. 6-13.
187. Сердюков А.Г., Винникова Ю.Г., Кульков В.Н. Медико-социальная характеристика образа жизни лиц, умерших в трудоспособном возрасте /Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.- 2008- № 3.- С. 25-27
188. Денисов, И.Н., Кучеренко В.З., Шамшурина Н.Г. Экономическое обоснование развития общей врачебной практики и семейной медицины //Экономика здравоохранения-2002 -№ 5-6.-С. 21-24.
189. Суслин С.А. Корпоративный территориальный медицинский центр - перспективная форма повышения эффективности управления медицинской помощью // Зам. главного врача - 2008 - №10 (29).- С. 20-24.
190. Реструктуризация системы здравоохранения: проблемы и пути их решения // Вопр. экономики и управления для руководителей здравоохранения - 2007. - №5 (68).-С. 11-14.
191. Волобуев О.А. Роль областной консультативной поликлиники, в организации медицинской помощи населению сельского муниципального образования / О.А. Волобуев // Вопр. экономики и управления для руководителей здравоохранения. - 2004.- №2 (38).- С.69-71.

192. Мыльникова Л.А. Развитие скорой медицинской помощи сельскому населению в Российской Федерации // *Здравоохранение* -2001 - № 12.- С.22-24.
193. Финченко Е.А., Цыборина И.А., Основные тенденции ресурсного обеспечения здравоохранения Новосибирской област. // *Экономика здравоохранения* - 2008 - №8.- С. 23-28.
194. Степанов В.В. Основные направления развития здравоохранения в сельских районах субъекта Российской; Федерации // Новосибирск: ООО «Риц», 2006.- 204 с.
195. Подлужная М.Я., Рыжаков С.А., Шилова С.Л. Организационные подходы по совершенствованию медико-санитарной помощи сельскому населению в Пермском крае // *Актуальные проблемы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: материалы Всерос. науч.-практ. конф. посвящ. 145-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2008).*- Иркутск, 2008 - С. 63-68.
196. Tarimo, E. Towards a Healthy District: Organizing and Managing District Health Systems Based on Primary Health Care / E. Tarimo. - Geneva, 1991.
- 197 Morgan, C. Total Quality Management in the Public Sector / C. Morgan, S. Murgatroyd - Buckingham, 1994.- Ch. 1,3.
198. Стратегия развития Республики Казахстан до 2030 года // *Послание Президента Республики Казахстан народу страны «Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев»,* октябрь.-1997.
199. Приказ МЗ РК № 534 от 12 августа 2011 года «Концепция развития медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан на 2011-2015 годы»
200. Долгосрочная программа развития здравоохранения Республики Казахстан до 2020 года. - Астана, 2008. – 158.с.
201. Биртанов Е.А., Иванченко Н.Н., Ахметов В.И. Абдрахманова С.А., Калмаханов С.Б. Методические подходы к оценке удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в Республике Казахстан: Методические рекомендации.- Алматы, 2008.- 29 с.
202. Рахыпбеков Т.К., Кабулов К.С. Роль финансового управления здравоохранением. Принципы и перспективы // *Наука и здравоохранение.* – 2009. - №3. - С.5-7.
203. Балгимбеков Ш.А., Биртанов Е.А., Сыбанбаева Л.С. Руководство по внедрению современных принципов управления качеством медицинских услуг на уровне медицинских организаций: Методические рекомендации.- Алматы, 2008.- 44 с.
204. Биртанов Е.А. Стратегия управления ресурсами здравоохранения путем совершенствования инновационно-инвестиционной политики / *Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік медицина академиясы хабаршы.*- 2009. -№ 4(45).- С. 3-5.

205. Биртанов Е. А. Инновационно-инвестиционная стратегия развития здра-воохранения Республики Казахстан /Медицина и экология.– 2010.– № 1.- С. 92-94.
206. Джеймисон Д.Т., Бримэн Д.Д., Мишэм Э.Р. и др. Приоритеты в области здравоохранения / – Всемирный Банк, Вашингтон, 2006. - 213 с.
207. Аканов А.А., Биртанов Е.А., Камалиев М.А. Шаги к формированию стратегии инновационно-инвестиционного развития здравоохранения Республики Казахстан / http://journal.ksph.kz/contents/v9n2_2010.pdf
208. Татарников М.А. Основные подходы к реформированию здравоохранения// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2003. - № 1. - С. 7-11.
209. Нурбакыт А.Н. Оценка населением санитарного состояния стационаров Республики Казахстан / http://journal.ksph.kz/contents/v9n2_2010.pdf
- 210.Щепин О.П., Трегубов Ю.Г., Асланян Э.А. Актуальные вопросы развития муниципального здравоохранения //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2003. - № 4. - С. 25-27.
211. Аканов А.А., Девятко В.Н., Кульжанов М.К. Общественное здравоохранение вКазахстане: концепции, проблемы и перспективы. – Алматы, 2001. - 101 с.
212. Шарманов Т.Ш. Алматинский рубеж мирового здравоохранения (от Алматы к новому тысячелетию человеческого развития). Алматы-Вашингтон-Женева, 2008. 184 с.
213. Аканов А.А. Политика охраны здоровья населения в Казахстане: опыт разработки, реализации национальных программ здравоохранения и перспективы на 2010-2015 годы. - Астана, 2006. - 243 с.
214. Вялков А.И., Райзберг Б.А., Шиленко Ю.В. Управление и экономика здравоохранения. – М.: Издательский Дом «ГЭОТАР-МЕД», 2002. - 328 с.
- 215.Аkanov А.А., Kamaliev М.А. System of public health services of Republic of Kazakhstan: a current condition, problems, prospects /S.D. Asfendijarov Kazakh National Medical University, Almaty city, Republic of Kazakhstan
216. Кульжанов М.К. и соавт. Методические основы формирования здорового образа жизни // Методические рекомендации / Астана, 2003. 40с.
217. Аканов А.А., Куракбаев К.К., Чен А.Н., Ахметов У.И. Организация здравоохранения Казахстана. - Астана. Алматы, 2006. - 232 с.
218. Москвичева Н.Г. Интегральная оценка здоровья сельского населения и совершенствование системы организации медицинской помощи в сельской местности/ автореф.на соискание ученой степени докт.мед.наук, Москва, 2009г. - 48 с.
219. Шипачев К.В. Роль инновационных технологий организации медицинской помощи в повышении эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений / автореф.на соискание ученой степени докт.мед.наук, Москва, 2009 - 48 с.
220. Кульжанов М.К. Здоровье нации – основа успешного будущего / Казахстанская правда. - 2013. - №232

221. Девятко В.Н., Куралбаев Б.С., Захаров И.С., Исаев Д.С., Чен А.Н. Ключевые аспекты развития региональных программ общественного здравоохранения. - Алматы, 2004. - 342 с.
222. Сагиндыкова А.Н. Конституционно-правовые проблемы охраны здоровья граждан в Республике Казахстан. - Алматы, 1997. - 167 с.
223. Сакбаев О.С., Вагнер А.В. Совершенствование методологии изучения и оценки здоровья населения. - Алматы, 1995. - 364 с.
224. Ошибаева А.Е., Сакенов А.К. Анализ информированности различных групп населения г.Алматы в вопросах о собственном здоровье и системе здравоохранения.
225. Доскалиев Ж.А., Диканбаева С.А., Аканов А.А. Управление организацией и проведением мероприятий по профилактике наиболее значимых заболеваний. - Алматы, 2004. - 47 с.
226. Аязбаева А.Г. Медико-социальные аспекты формирования приоритетных классов заболеваний в Республике Казахстан: Учебно-метод. пособие. - Алматы, 2005. - 55 с.
227. Сейдуманов С.Т. Научно-обоснованные подходы к стратегии развития здравоохранения Казахстана / автореф.на соиск.уч.ст.д.м.н., 2009
228. Тайжанов А.Т., Кумыспаев С.С. Социальные аспекты реформирования системы здравоохранения Республики Казахстан // Медицинский журнал Западного Казахстана, 2006. - №4(12). - С.64-66.
229. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению: уч.пособие / Под ред. В.З.Кучеренко. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008. - 560 с.
230. Даирбеков О.Д., Калкабаева С.А. Роль структурного реформирования здравоохранения в совершенствовании ПМСП населению: материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. - Астана, 2007. - С. 150-151.
231. Дарменов О.К., Базарбекова Ш.К. Инновации в организации экстренной медицинской помощи на амбулаторном этапе: материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. - Астана, 2007. - С. 151-157.
232. Дерновой А.Г. Здравоохранение Казахстана – вчера, сегодня, завтра: материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. Астана, 2007. - С. 3-9.
233. Диканбаева А.В., Назирова Н.И., Сулейменова Б.А. Состояние и проблемы службы скорой медицинской помощи в Республике Казахстан. Материалы научно-практической конференции 16-17 сентября 2004 года «Совершенствование службы скорой и неотложной медицинской помощи в Республике Казахстан». - Астана. - 2004. - стр. 3-4.
234. Bouma G., Muizelaar J. Cerebral bloods flow in severe clinical head. – Oxford, 1995.
235. McSwain NE Jr, Frame S., Solomon J., et al. Prehospital Trauma Life Support: Basic and Advanced, 4th Edition, St Louis, Mosby, 2003.
236. Стоцин Вочислав. Мобильное укрепление здоровья.// Международная конференция посвященная 35-й годовщине Алма-Атинской Декларации

- ции по Первичной медико-санитарной помощи. Сборник тезисов. - Алматы, ноябрь, 2013.-с. 31-32
237. Рогожников В.А. и др. Методологические аспекты макроанализа состояния здоровья в современных социально-экономических условиях села// Экономика здравоохранения. - 2003. -N1. - С. 19-24.
238. Калининская А.А. и др. Реформы здравоохранения села // Главврач.– 2010.- №8.-С.10-12.
239. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг.– Руководство М.: Медицина.- 2003.- 833 стр.
240. Джайнакбаев Н., Маншарипова А.Т. Разработка медико-социальных технологий для организаций ПМСП// Международная конференция посвященная 35-й годовщине Алма-Атинской Декларации по Первичной медико-санитарной помощи. Сборник тезисов. - Алматы, ноябрь, 2013.-с.17-18
241. Почему мужчины живут меньше, чем женщины, выяснили генетики// www.novoteka.ru

СЖЕА қауіп факторларын анықтау бойынша сауалнама
 Қатысушының идентификационды номері №__
 Жалпы мәлімет

№	Орны, күні, келісім алуы, қосымша мәлімет	Жауаптар	Код
1	Ауданның коды	Октябрь Бұқар-Жырау Осакаровка Басқа аудан	1 2 3 4
2	Орталықтың/елді мекеннің атауы		
3	Сұраушының идентификационды номері		
4	Сауалнаманы толтырған күні	Күн, ай, жыл	
5	Қатысушы келісім мәтінімен танысты	Ия Жоқ (егер жоқ болса, мәтінді оқу)	1 2
6	Науқастан сауалнаманы жүргізуге келісімі алынды (ауызша және жазбаша)	Иә Жоқ (егер жоқ болса, сауалнаманы тоқтату)	1 2
7	Сауалнаманы жүргізу тілі	Орыс тілі Қазақ тілі Басқа	1 2 3
8	Сауалнаманы жүргізу уақыты	Сағат, минут	
9	Фамилиясы		
10	Аты		
11	Телефон номері		
12	Қандай телефон номері көрсетілген	Жұмыстың Үйдің Көршінің Басқа	1 2 3 4

ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ АҚПАРАТ
 НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ АҚПАРАТ

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
13	Жынысы	Еркек Әйел	1 2
14	Туған жылы	Күні, айы, жылы	
15	Жасыңыз нешеде?	Жасы ____	

КЕҢЕЙТІЛГЕН МОДУЛЬ: ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ АҚПАРАТ

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
16	Сіздің ұлтыңыз	Қазақ Орыс Басқа	1 2 3
17	Сіздің біліміңіз?	Орта білім жоқ Аяқталмаған бастауыш Аяқталған бастауыш Аяқталған орта Аяқталған арнайы орта Аяқталған жоғары Аспирантура, докторантура Жауап беруге бас тартты	1 2 3 4 5 6 7 8
18	Толық жасыңыз нешеде Сіз мектепте немесе басқа толық күн режимі бар оқу мекемесінде оқыдыңыз (мектепке дейінгі білімнен басқа) ба?	Жылдар ____	
19	Соңғы 12 ай ішінде айтылғандардың ішінде Сіздің негізгі жұмысыңызға біршама сәйкес келеді.	Мемлекеттік қызметкер Жеке меншік сектордың жұмыскері Кәсіпкер Өтемақы төленбейтін еңбек Оқушылар Үй жұмыскері Зейнеткер Жұмыссыз (жұмыс істей алады) Жұмыссызжұмыс істей алмайды) Жауап беруге бас тартты	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20	Отбасылық жағдайы	Үйленген /күйеуде Үйленбеген/күйеуге шықпаған Ажырасқан Әйелі өлген/жеріс	1 2 3 4

**1 КЕЗЕҢ. МІНЕЗ КӨРСЕТКІШТЕРІ
НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: ШЫЛЫМДЫ ҚОЛДАНУ**

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
21	Қазіргі уақытта Сіз қандай да бір шылым түрлерін қолданасыз ба? (шылым, трубка)	Иә Жоқ (егер жоқ болса, ішімдікті қолдану бөліміне ауысу)	1 2
22	Егер иә болса, күнделікті қолданасыз ба?	Иә Жоқ (егер жоқ болса, ішімдікті қолдану бөліміне ауысу)	1 2
23	Қандай жаста күнделікті шылым тарта бастадыңыз?	Жасы (жылдары) _____ Есімде жоқ немесе неше жыл бұрын ____	
24	Қаншалықты бұрын болғаны есіңізде ме? (1 нұсқаны	Жасы ____ Айы _____	1 2

	көрсетіңіз)	Апта _____	3
25	Күніне орта есеппен неше шылым шегесіз?	1-ден 5 дана 6-дан 10 дана Күніне 1 қорап Күніне 2 қорап	1 2 3 4

КЕҢЕЙТІЛГЕН МОДУЛЬ: ШЫЛЫМДЫ ҚОЛДАНУ

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
26	Сіз бұрын шылымды күнделікті қолдандыңыз ба?	Иә Жоқ (егер жоқ болса, ішімдікті қолдану бөліміне ауысу)	1 2
27	Егер иә болса, Сіз қандай жасыңызда күнделікті шылым шегуді тоқтаттыңыз?	Жасы (жылдар) _____ Есімде жоқ немесе неше жыл бұрын __	
28	Қаншалықты бұрын күнделікті шылым шегуді тастадыңыз? (1 нұсқаны таңдаңыз)	___ жыл бұрын ___ ай бұрын ___ апта бұрын	1 2 3
29	Сіз қазіргі уақытта қандайда бір шайнайтын табак, иіскейтін, бетель сияқты түтінсіз табактарды қолданасыз ба?	Иә Жоқ (егер жоқ болса, ішімдікті қолдану бөліміне ауысу)	1 2
30	Егер иә болса, қазіргі уақытта Сіз түтінсіз табакты күнделікті пайдаланасыз ба?	Иә Жоқ	1 2
31	Сіз күніне орташа неше рет қолданасыз?	1-ден 3 рет 4 -тен 7 рет	1 2
32	Сіз қазіргі уақытта қандайда бір шайнайтын табак, иіскейтін, бетель сияқты түтінсіз табактарды бұрынғы кезде күнделікті қолдандыңыз ба?	Иә Жоқ	1 2

НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: ІШІМДІКТІ ҚОЛДАНУ

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
33	Соңғы 12 ай ішінде ішімдікті қолдандыңыз ба? (мысалы, сырашарап, ащы ішімдіктер, құрамында алкоголь бар кез келген ішімдіктерді)	Иә Жоқ (егер жоқ болса, рационды тамақтану бөліміне ауысу)	1 2
34	Қаншалықты жиі соңғы 12 ай ішінде Сіз азда болса шамамен алкоголь пайдаландыңыз?	Күнделікті Аптасын 5-6 күн Аптасына 1-4 күн Айына 1-3 күн Айына 1-ден аз	1 2 3 4 5
35	Сіз бір күнде орташа қанша алкоголь мөлшерін ішесіз?	100-200 грамм 500 грамм	1 2

		1 литр	3
		Білмеймін	4
36	Сіз соңғы 30 күн ішінде қандай да бір ішімдіктер (мысалы шарап, сыра, ащы ішімдіктер, құрамында басқа да алкогольі бар ішімдіктер) іштіңіз бе?	Иә Жоқ	1 2

НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: РАЦИОНДЫ ТАМАҚТАНУ
(тағамдық әдеттер)

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
37	Жеміс – жидектермен тамақтанасыз ба?	Иә Жоқ	1 2
38	Аптасына неше күн бойы жеміс – жидектерді пайдаланасыз?	Күнде Бір күн сайын Қолданбаймын	1 2 3
39	Аптасына неше күн бойы жемістермен тамақтанасыз?	Күнде Бір күн сайын Қолданбаймын	1 2 3

КЕҢЕЙТІЛГЕН МОДУЛЬ: РАЦИОНДЫ ТАМАҚТАНУ
(тағамдық әдеттер)

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
40	Сіздің отбасыңызда тамақ дайындау үшін өсімдік майларының немесе мал майларының қандай түрін жиі пайдаланады?	Сұйық май Шошқа майы немесе сало Май Маргарин Басқа Нақты ешқандай Ешқандай Білмеймін	1 2 3 4 5 6 7 8
41	Дайындалған тамаққа тағы да тұз саласыз ба?	Жоқ, тұз салмаймын Иә, алдын ала көріп тұз саламын Иә, дәмін көрмей	1 2 3
42	Сіз күніне алты немесе одан да көп (шай қасық) қант, варенье, бал және басқа да тәттілерді қолданасыз ба?	Иә Жоқ	1 2

НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: ФИЗИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІЛІК

Жұмыстағы белсенділік

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
43	Сіздің жұмысыңыз жоғары белсенділік қызметті қажет етеді ме, оның ішінде үздіксіз 10 минут бойы тыныс алу немесе пульстің (мысал үшін ауыр зат көтеру, жер немесе құрылыстық жұмыстар) жиілейтіні байқалама?	Иә	1
		Жоқ	2
44	Сіз жұмыста аптасына неше күн бойы жоғары белсенді қызметпен айналысасыз?	1-3 күн	1
		3-5 күн	2
		5-7 күн	3
		Күнде	4
45	Сіз жұмыста күніне неше сағат бойы жоғары белсенді қызметпен айналысасыз?	10 минут – 2 сағат	1
		2-4 сағат	2
		4-сағаттан артық	3
46	Қозғалыс құралы ретінде 10 минут бойы үздіксіз велосипедпен немесе жаяу жүресіз бе?	Иә	1
		Жоқ	2
47	Аптасына неше күн бойы Сіз үздіксіз 10 минут бойы жаяу немесе велосипедпен жүресіз?	1-3 күн	1
		3-5 күн	2
		5-7 күн	3
		Күнде	4
48	Сіз 10 минут бойы немесе одан да көп велосипедпен немесе жаяу жүруге күніне неше сағат көңіл бөлесіз?	10 минут – 2 сағат	1
		2-4 сағат	2
		4-сағаттан артық	3
49	Сіздің айналасатын жұмысыңыз үздіксіз 10 минут бойы тыныс алу немесе пульс соғуы жиілейтін спортпен немесе жоғары белсенділік қызметті қажет етеді ме? (мысалы, жүгіру немесе футбол)	Иә	1
		Жоқ	2
50	Аптасына неше күн бойы Сіз спортпен, физикалық жаттығулармен немесе жоғары белсенділікпен сипатталатын қызметпен айналысасыз?	1-3 күн	1
		3-5 күн	2
		5-7 күн	3
		Күнде	4
51	Күніне неше сағат бойы Сіз спортпен, физикалық жаттығулармен немесе жоғары белсенділікпен сипатталатын қызметпен айналысасыз?	10 минут – 2 сағат	1
		2-4 сағат	2
		4-сағаттан артық	3
52	Күніне Сіз қанша уақыт бойы жартылай жатып немесе отыру күйінде уақыт өткізесіз? (<i>ұйықтайтын уақытты көрсетпеңіз</i>).	10 минут – 2 сағат	1
		2-4 сағат	2
		4-сағаттан артық	3

КЕҢЕЙТІЛГЕН МОДУЛЬ: ЖОҒАРЫ ҚАН ҚЫСЫМЫ

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
53	Соңғы рет Сіздің қан қысымыңыз медицина қызметкерімен қашан өлшенді?	Соңғы 12 ай ішінде	1
		1-5 жылбұрын	2
		Соңғы 5 жылда өлшеген жоқпын	3
54	Соңғы 12 ай ішінде Сізге дәрігер немесе басқа медицина қызметкері Сізде жоғары қан қысымы немесе гипертония екенін айтты ма?	Иә	1
		Жоқ	2
55	Сіз қазіргі уақытта төменде келтірілген қандай да бір емдеу түрлерін қабылдайсыз ба?/дәрігердің немесе медициналық қызметтің жоғары қан қысымы бойынша нұсқауы?		
	Соңғы 2 апта ішінде дәрілер қабылдау (медициналық препараттар)	Иә	1
		Жоқ	2
	Арнайы жасалған диета	Иә	1
		Жоқ	2
	Салмақ азайту үшін нұсқаулар немесе емдік процедуралар	Иә	1
Жоқ		2	
Шылымнан бас тарту үшін нұсқаулар немесе емдік процедуралар	Иә	1	
	Жоқ	2	
Салмақты көбейту немесе физикалық жаттығулармен айналысу нұсқаулары	Иә	1	
	Жоқ	2	
56	Гипертония немесе АҚ жоғарлауы бойынша соңғы 12 ай ішінде Сіз халық емшісіне бардыңыз ба?	Иә	1
		Жоқ	2
57	АҚ төмендету мақсатында Сіз қазіргі уақытта қандай да бір дәрілік шөптерді ішесіз бе?	Иә	1
		Жоқ	2

КЕҢЕЙТІЛГЕН МОДУЛЬ: ДИАБЕТ

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
58	Соңғы 12 ай ішінде Сіз қандағы қанттың мөлшерін өлшедіңіз бе?	Иә	1
		Жоқ	2
59	Соңғы 12 ай ішінде Сізге дәрігер немесе басқа медицина қызметкері Сіз диабетпен ауыратыңызды айтты ма?	Иә	1
		Жоқ	2
60	Сіз қазіргі уақытта төменде келтірілген қандай да бір емдеу түрлерін қабылдайсыз ба? / дәрігердің немесе медициналық қызметтің диабет бойынша нұсқауы?		
61	Инсулин	Иә	1
		Жоқ	2
62	Соңғы 2 апта ішінде пероральды дәрілер қабылдау	Иә	1
		Жоқ	2

63	Арнайы жасалған диета	Иә	1
		Жоқ	2
64	Салмақ азайту үшін нұсқаулар немесе емдік процедуралар	Иә	1
		Жоқ	2
65	Шылымнан бас тарту үшін нұсқаулар немесе емдік процедуралар	Иә	1
		Жоқ	2
66	Салмақты көбейту немесе физикалық жаттығулармен айналысу нұсқаулары	Иә	1
		Жоқ	2
67	Соңғы 12 ай ішінде Сіз диабет бойынша халық емшілеріне жүгіндіңіз бе?	Иә	1
		Жоқ	2
68	Диабетті емдеу мақсатында Сіз қазіргі уақытта қандай да бір дәрілік шөптерді ішесіз бе?	Иә	1
		Жоқ	2

**2 КЕЗЕҢ – ФИЗИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІСТІҢ МӘЛІМЕТТЕРІ
НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: БОЙЫ ЖӘНЕ САЛМАҒЫ**

№	Сұрақтар	Жауаптар
69	Бойы	сантиметр
70	Салмағы	кг

НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: БЕЛ

№	Сұрақтар	Жауаптар
71	Белінің көлемі	сантиметр

НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: ҚАН ҚЫСЫМЫ

№	Сұрақтар	Жауаптар
72	Тонометр манжетінің көлемі	Кішкентай Орташа Үлкен
73	1 Көрсеткіш	Систоликалық АҚ мм.сын.бағ. _____ Диастоликалық АҚ мм.сын.бағ
74	2 Көрсеткіш	Систоликалық АҚ мм.сын.бағ. _____ Диастоликалық АҚ мм.сын.бағ
75	3 Көрсеткіш	Систоликалық АҚ мм.сын.бағ. _____ Диастоликалық АҚ мм.сын.бағ
76	Соңғы 2 апта ішінде АҚ төмендету үшін дәрігердің немесе басқа да медицина қызметкерінің нұсқауы бойынша дәрілер іштіңіз бе	Иә Жоқ

**НЕГІЗГІ МОДУЛЬ:
ЖАМБАС АЙНАЛАСЫ ЖӘНЕ ПУЛЬСТІҢ ЖИЛІГІ**

№	Сұрақтар	Жауаптар	
77	Санның бетінің көлемі	_____ сантиметр	
78	Пульстің жиілігі (егер АҚ өлшеу үшін автоматты құрылғы қолданылса, онда оны көрсетіңіз)		
	1 Көрсеткіш	ЧСС саны___	
	1 Көрсеткіш	ЧСС саны ___	
	1 Көрсеткіш	ЧСС саны___	

**3 КЕЗЕҢ – БИОХИМИЯЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕР
НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: ҚАНДАҒЫ ГЛЮКОЗАНЫҢ ДЕҢГЕЙІ**

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
79	Сіз соңғы 12 сағат ішінде судан басқа қандай да бір тағам немесе сұйықтық іштіңіз бе?	Иә	1
		Жоқ	2
80	Қай уақытта анализ алынды (24-сағаттық шкала бойынша)	сағат, минуттар__	
81	Аш қарын кезіндегі қандағы глюкозаның деңгейі	Ммоль/л _____	

НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: ҚАНДАҒЫ ЛИПИДТЕР

№	Сұрақтар	Жауаптар
82	Жалпы холестерин	Ммоль/л _____

**НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: ТРИГЛИЦЕРИДТЕР ЖӘНЕЖОҒАРЫ
ТЫҒЫЗДЫҚТЫ ЛИПОПРОТЕИДТЕРДІҢ ХОЛЕСТЕРИНІ**

№	Сұрақтар	Жауаптар
83	Триглицеридтер	Ммоль/л _____
84	Холестерин ЛПВП	Ммоль/л _____

НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: ҚОСАЛҚЫ АУРУЛАР

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
85	Сізде созылмалы бронхит бар ма?	Иә	1
		Жоқ	2
		Білмеймін	3
86	Сізде бронх демікпесі бар ма?	Иә	1
		Жоқ	2
		Білмеймін	3
87	Сізде инсульт болды ма?	Иә	1
		Жоқ	2
		Білмеймін	3
88	Сізде инфаркт миокард бар ма?	Иә	1

		Жоқ	2
		Білмеймін	3
89	Сізде жүректің ишемиялық ауруы бар ма? (стенокардия)	Иә	1
		Жоқ	2
		Білмеймін	3
90	Сізде онкологиялық ауру бар ма?	Иә	1
		Жоқ	2
		Білмеймін	3
91	Сізде қант диабеті бар ма?	Иә	1
		Жоқ	2
		Білмеймін	3

НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: ДӘРІГЕРГЕ ҚАРАЛУ

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
92	Сіз соңғы 12 айда дәрігерге жүгіндіңіз бе?	Иә	1
		Жоқ	2
93	Сіз соңғы 12 ай ішінде дәрігерге неше рет жүгіндіңіз	Күнде	1
		Әр апта	2
		Ай сайын	3
		Жарты жылда бір рет	4
		Ешқашан	5
94	Сіз соңғы 12 ай ішінде еңбекке жарамсыз қағазын алдыңыз ба?	Иә	1
		Жоқ	2
95	Еңбекке жарамсыз қағаздың ұзақтығы қанша?	10 күн	1
		20 күн	2
		1-4 ай	3
		4 айдан астам	4
96	Соңғы 12 ай ішінде Сіз ауруханаға жаттыңыз ба?	Иә	1
		Жоқ	2
97	Соңғы 12 ай ішінде Сіз жедел жәрдемді шақырдыңыз ба?	Иә	1
		Жоқ	2
98	Жедел жәрдемді шақыртудың себебі	Ауыр жағдай	1
		Созылмалы аурудың асқынуы (қайсысы екенін көрсету)	2
		Жарақат	3
		Басқа	4

САУАЛНАМА

Ауылда жұмыс істейтін жалпы тәжірибе дәрігерлерінің сауалнамасы Денсаулық сақтау және денсаулық жағдайы туралы халықтан әлеуметтік сауалнама жүргізіледі. Сізді осы сауалнаманың сұрақтарына жауап беруіңізді сұраймыз. Әрбір сұрақта Сіздің пікіріңізге біршама сәйкес келетін нұсқаны белгілеңіз.

Елді мекен _____

ЕПМ _____

	Сауалнама алушының номері	
1	ЖТД жасы: 1) 30 жасқа дейін; 2) 30-39 жас; 3) 40-49 жас; 4) 50-59 жас; 5) 60-69 жас	1 2 3 4 5
	ЖТД жұмысында тартымды факторлар:	
2	Медициналық қызметтердің кең көлемді спектрында көрсетудің мүмкіндігі: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
3	Науқастың денсаулығына жауапкершілік: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
4	Еңбек ақы: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
5	Тұрғын үймен қамтамасыз ету: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
6	Кәсіби дағдылардың кең аспектісі: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
	ЖТД жұмысын қиындататын факторлар	

7	Жазу жұмысының көп болуы: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
8	Жұмыс уақыты кезіндегі емес үйге шақыртулар: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
9	Түнгі уақыттағы үйге шақыртулар: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
10	Науқастың денсаулығына жауапкершіліктің жоғарлауы: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
11	Толықтай демалыс мүмкіндігінің болмауы: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
12	Төмен жалақы: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
	ЖТ медициналық медбикелері орындауы тиіс ЖТД жұмысының бөлімдері	
13	Денсаулық Мектебінде алдын алуға бағытталған оқуларды енгізу: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
14	Созылмалы науқастардың патронажы: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4

15	Амбулаторияда алғашқы дәрігерге дейінгі қабылдау (АҚ өлшеу, ЧСС, антропометрикалық мәліметтер, ЭКГ түсу): 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
16	Мектепте алдын алу тексерістерін өткізу: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
17	Дәрігермен бірге стационарды үйде жүргізу: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
18	Амбулаториялық картада құжаттық бөлімді толтыру: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
19	Диспансерлік науқастың картасын толтыру: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
20	Курорттық – санаторий картаны толтыру: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
	Түнгі уақытта және жұмыс уақыты емес кезіндегі ЖТД айғақсыз шақыртулардың себептері:	
21	Созылмалы аурулар мәселелері бойынша қарт адамдарға шақыртулар: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
22	Әлеуметтік мәселелер бойынша қарт адамдарға шақырту 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4

23	Алкогольды мас болу: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
24	Айғақсыз тұрмыстық ұрыстар, төбелестер: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
25	Айғақсыз шақыруларды төмендету бойынша ұсыныстар: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
26	Қарт адамдарға медико- санитарлық көмекті активизациялау (үйде интернаттар, медбикелік қызмет ауруханада): 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
27	Халықпен санитарлық-ағарту жұмыстарын жүргізу (оның ішінде алкогольға қарсы насихат): 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
28	Профилактикалық жұмысты активизациялау: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
29	Мүгедектер мен қарт адамдар үшін стационарды үйде ұйымдастыру: 1) Жиі 2) Кейде 3) Мүлдем ешқашан 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4

САУАЛНАМА

Ауылда жұмыс істейтін жалпы тәжірибе медбикелерінің сауалнамасы Денсаулық сақтау және денсаулық жағдайы туралы халықтан әлеуметтік сауалнама жүргізіледі. Сізді осы сауалнаманың сұрақтарына жауап беруіңізді сұраймыз. Әрбір сұрақта Сіздің пікіріңізге біршама сәйкес келетін нұсқаны белгілеңіз.

Елді мекен _____

ЕПМ _____

	Сауалнама алушының номері	
1	МСОП жасы: 1) 30 жасқа дейін; 2) 30-39 жас; 3) 40-49 жас; 4) 50-59 жас; 5) 60-69 жас.	1 2 3 4 5
	МСОП жұмысында ынталандырушы факторлар:	
2	Кәсіби қызметтердің кеңеюі: 1) Иә 2) Кейде 3) Жоқ 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
3	Жұмыстың өзіндік фронты бар: 1) Иә 2) Кейде 3) Жоқ 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
4	Жұмыс үрдісі кезіндегі дәрігермен сенімді қатынас: 1) Иә 2) Кейде 3) Жоқ 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
5	Еңбек ақы: 1) Иә 2) Кейде 3) Жоқ 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
6	Тұрғын үймен қамтамасыз ету: 1) Иә 2) Кейде 3) Жоқ 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
	2. МСОП жұмысын қиындататын факторлар:	

7	Нормаланбаған жұмыс күні: 1) Иә 2) Кейде 3) Жоқ 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
8	Қағаз жұмысының көп болуы: 1) Иә 2) Кейде 3) Жоқ 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
9	Жұмыс уақыты емес кезіндегі үйге шақыртулар: 1) Иә 2) Кейде 3) Жоқ 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
10	Түнгі уақытта үйге шақыртулар: 1) Иә 2) Кейде 3) Жоқ 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
11	Наукастың денсаулығына деген жауапкершіліктің жоғары болуы: 1) Иә 2) Кейде 3) Жоқ 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
12	Толық демалу мүмкіндігінің бомауы: 1) Иә 2) Кейде 3) Жоқ 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
13	Төмен еңбек ақы: 1) Иә 2) Кейде 3) Жоқ 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
	ЖТ медбикелері орындауы тиіс ЖТД жұмысының бөлімдері	
14	Денсаулық Мектебінде алдын алуға бағытталған оқуларды жүргізу: 1) Иә 2) Кейде 3) Жоқ 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4

15	Созылмалы науқастардың патронажы: 1) Иә 2) Кейде 3) Жоқ 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
16	Амбулаторияда алғашқы дәрігерге дейінгі қабылдау (АҚ өлшеу, ЧСС, антропометрикалық мәліметтер, ЭКГ түсіру): 1) Иә 2) Кейде 3) Жоқ 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
17	Мектепте профилактикалық тексерістерді жүргізу: 1) Иә 2) Кейде 3) Жоқ 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
18	Дәрігермен бірге стационарды үйде жүргізу: 1) Иә 2) Кейде 3) Жоқ 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
19	Амбулаториялық картада құжаттық бөлімді толтыру: 1) Иә 2) Кейде 3) Жоқ 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
20	Науқастың диспансерлік картасын толтыру: 1) Иә 2) Кейде 3) Жоқ 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4
21	Курорттық - санаторий картасын толтыру: 1) Иә 2) Кейде 3) Жоқ 4) Жауап беруге қиналамын	1 2 3 4

САУАЛНАМА

Ауыл тұрғындары үшін сауалнама

Денсаулық сақтау және денсаулық жағдайы туралы халықтан әлеуметтік сауалнама жүргізіледі. Сізді осы сауалнаманың сұрақтарына жауап беруіңізді сұраймыз. Әрбір сұрақта Сіздің пікіріңізге біршама сәйкес келетін нұсқаны белгілеңіз.

Елді мекен _____

	Сауалнама алушының номері	
1	Жынысы 1) ер 2) әйел	1 2
2	Жасы: 1) 30 жасқа дейін; 2) 30-39 жас; 3) 40-49 жас; 4) 50-59 жас; 5) 60-69 жас;	1 2 3 4 5
3	Өзіңіздің денсаулығыңыз бойынша қандай да бір мазалаушылықты сезесіз бе? 1) Иә, мұндай мазалаушылық үнемі болады 2) Иә, мұндай мазалаушылық жиі болады 3) Иә, болады, бірақ кейде 4) Жоқ, мазалаушылық жоқ	1 2 3 4
4	Сіз өз денсаулығыңызды жалпы қалай бағалайсыз? 1) Өте жақсы 2) Жақсы 3) Қанағаттанарлықтай 4) Жаман 5) Өте жаман 6) Айтуға қиын	1 2 3 4 5 6
5	Ауырған кезде әрдайым медициналық қызметтің көмегіне жүгінесіз бе? 1) Иә 2) Тек қана ауыр жағдайда ғана 3) Мүлдем бармаймын	1 2 3
6	Сіздің ауыратын жеріңіз бар ма? 1) Иә 2) Жоқ	1 2
7	Егер иә болса, онда қандай түрі (<i>Сізге қойылған барлық диагнозды жазыңыз немесе қандай дене мүшелеріне тиісілі екенін көрсетіңіз</i>) 1) жүрек – қантамыр аурулары	1

	2) тыныс алу мүшелерінің аурулары 3) сүйек –бұлшық ет жүйесі аурулары 4) эндокринді жүйе аурулары 5) қан аурулары 6) зәр бөлу жүйесі аурулары 7) жүйке жүйесі аурулары 8) басқа аурулар	2 3 4 5 6 7 8
8	Сізде созылмалы ауру бар ма? 1) Иә 2) Жоқ	1 2
9	Аурушандық бойынша диспансерлік есепте тіркелгенсіз бе? 1) Иә 2) Жоқ 3) Жауап беруге қиналамын	1 2 3
10	Сізде мүгедектік бар ма 1) Иә 2) Жоқ	1 2
11	Сізге ЖТД, бөлімше мамандарының қабылдауына түсу оңай ма? 1) Иә, жеңіл 2) Кейде қиын 3) Үнемі қиын 4) Білмеймін	1 2 3 4
12	Сіз соңғы жылдары және неше рет денсаулық сақтаудың қандай мекемелеріне тексерілуге бардыңыз? 1) Ай сайын, квартал сайын орталық аудандық ауруханаға 2) Ай сайын, квартал сайын отбасылық дәрігерлік амбулаторияға 3) Ай сайын, квартал сайын ФАП 4) Ай сайын, квартал сайын аудандық емханаға 5) Ай сайын, квартал сайын бөлімшелік ауруханаға 6) Ай сайын, квартал сайын медициналық пункке 7) Барған емеспін	1 2 3 4 5 6 7
13	Ауырған кезде Сіз қандай денсаулық сақтау мекемесіне жүгінесіз? 1) ЦРБ 2) СВА 3) ФАП 4) аудандық емханаға 5) СУБ	1 2 3 4 5
14	Пофилактикалық тексеріс бойынша Сіз қандай денсаулық сақтау мекемесіне барасыз? 1) ЦРБ 2) СВА	1 2

	3) ФАП 4) аудандық емханаға 5) СУБ	3 4 5
15	Диспансеризация бойынша Сіз қандай денсаулық сақтау мекемесіне қараласыз? 1) ЦРБ 2) СВА 3) ФАП 4) аудандық емханаға 5) СУБ	1 2 3 4 5
16	Дәрілік препараттарды алу үшін Сіз қандай денсаулық сақтау мекемесіне жүгінесіз? 1) ЦРБ 2) СВА 3) ФАП 4) аудандық емханаға 5) СУБ	1 2 3 4 5
17	Сіз медициналық құжаттарды толтыру кезінде қандай денсаулық сақтау мекемесіне жүгінесіз? 1) ЦРБ 2) СВА 3) ФАП 4) аудандық емханаға 5) СУБ	1 2 3 4 5
18	Сізді медицина қызметкерлері шақырады ма: 1) профилактикалық тексеріске 2) диспансеризацияға 3) күндізгі стационарда емделу 4) стационарлық емдеуді үйде емдеу 5) Дені сау мектебке	1 2 3 4 5
19	Сіз өзіңіздің профилактикалық тексерістің қорытындысын білесіз бе? 1) Иә 2) Жоқ 3) Жауап беруге киналамын	1 2 3
20	Сізге профилактикалық тексерістің қорытындысы бойынша нұсқаулар берілді ме? 1) Дәрілік терапия ұсынылды 2) Дені сау 3) Тексерілуге жолдау берілді 4) Госпитализацияға жолдау берілді	1 2 3 4
21	Сіз медициналық қызметкердің нұсқауын орындайсыз ба? 1) Орындаймын 2) Дәрілердің қымбат болуына байланысты орындамаймын	1 2

	3) Дәріханаларда дәрілердің болмауына байланысты орындамаймын	3
	4) Өзім емделемін, орындамаймын	4
22	Сізге жедел медициналық көмек қызметі қолжетімді ма? 1) Иә 2) Жоқ	1 2
23	Сіз жедел медициналық көмек көрсетудің қызметіне қанағаттанасыз ба? 1) Иә 2) Жоқ 3) Ұзақ күту 4) Бригадаларда дәрілердің болмауы 5) Медициналық көмек көрсету сапасының төмендігі	1 2 3 4 5
24	Жергілікті денсаулық сақтау жүйесінің жұмысы Сізді қанағаттандырады ма? 1) Иә, толықтай 2) Иә, мүмкін 3) Айтуға қиын 4) Жоқ шығар 5) Мүлдем қанағаттандырмайды	1 2 3 4 5

Формат 60x84 ¹/₁₆. Объем 12,3 печ. л.
Тираж 500. Заказ № 1383.

«Гласир» баспаханасында басылып шықты.
Қарағанды қ., Ермеков к., 112/5, тел. 8 (7212) 43-38-57,
e-mail: glasirkg@mail.ru,
Астана қ., Әуезов к., 46/1, офис 104, тел.: 8 (7172) 45-65-61,
e-mail: glasir.astana@mail.ru,
www.glasir.kz