

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
МЕДИЦИНА БІЛІМІ МЕН ҒЫЛЫМЫНЫҢ ИННОВАЦИЯЛЫҚ
ТЕХНОЛОГИЯЛАР РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ**

**ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ
АКАДЕМИЯСЫ**

Булешов Мырзатай Абілдаұлы

Қоғамдық денсаулық және денсаулықты сақтау

Оқулық

Шымкент 2012 жыл

УДК 614.1.(075.8)
ББК 51.1 (2) я 73
ГОО 23

Реценденттер:

- | | |
|--------------------|--|
| Бектурғанов Р.С. | Х.А. Ясауи атындағы Халықаралық
Қазақ – Түрік Университеті оқу-клиникалық
орталығының директоры, медицина
ғылымдарының докторы, профессор. |
| Жақсыбергенов А.М. | Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік Фармацевтикалық
Академиясы № 2 Қоғамдық денсаулық сақтау
кафедрасының меңгерушісі, медицина
ғылымдарының докторы, профессор міндетін
атқарушы. |
| Керімбаева З.А. | Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік Фармацевтикалық
Академиясы дәлелді медицина орталығының
жетекшісі, медицина ғылымдарының докторы
№ 1 Қоғамдық денсаулық сақтау кафедрасының
профессор міндетін атқарушы |

ГОО Булешов М.Ә. Қоғамдық денсаулық және денсаулық сақтау. Оқулық. Шымкент қ.
2012. ISBN 0000-00.00

Аннотация

Оқулықта тұрғындардың денсаулығы мен оның өзгерістері, құрамы және даму бағыты, медициналық көмекті ұйымдастыру мәселелері туралы деректер бар. Денсаулық сақтау жүйесін жаңа саяси-экономикалық жағдайға сай қайта құру, қаржыландыру, экономикасын қалыптастыру, биомедициналық этика, медициналық көмек сапасы, денсаулық сақтау мекемелері мен денсаулық көрсеткіштерінің статистикасы, шет елдердегі қалыптасқан денсаулық сақтау жүйелері туралы мәліметтер келтірілген.

Оқулық 051102 – қоғамдық денсаулық мамандығы бойынша, 2006 жылғы Қазақстан Республикасы Мемлекеттік жалпыға білім беру стандартына және Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы 17 қыркүйектегі № 731 бұйрығымен бекітілген типтік оқу бағдарламасына сәйкес әзірленген.

УДК 614.1 (075.8)
ББК 51.1 (2) я 73

Медицина білімі мен ғылымының инновациялық технологиялар Республикалық орталығы жұмыс комиссия мүшелерінің шешімімен бекітіліп, баспаға ұсынылған.

2012 жылғы № хаттамаға сәйкес оқулық ретінде бекітілді және басылымға рұқсат берілді.

Булешов М.А.

2012 жыл

Алғы сөз	6
----------------	---

I бөлім

1 тарау. Қоғамдық денсаулық және денсаулықты сақтау	
1.1. Қоғамдық денсаулық және денсаулықты сақтау ғылым және оқу пәні ретінде	8
1.2. Қоғамдық денсаулық пен денсаулық сақтаудың теориялық негізі. Жүйелі жағдай. Қазақстан Республикасы тұрғындарының денсаулығын қорғау саласындағы саясат.....	14
1.3. Демографияның медициналық-әлеуметтік қырлары.....	22
1.4. Қазақстан Республикасындағы демографиялық жағдай.....	23
1.5. Тұрғындар сырқаттылығы. Қалыптасу ерекшеліктері мен даму бағыты.....	44

II бөлім.

Медициналық (биологиялық) статистика және денсаулықты бағалаудағы оның атқаратын ролі.

2 тарау. Медициналық статистика негіздері.....	51
2.1. Статистиканың анықтамасы мен теориялық негізі. Медициналық-биологиялық және медициналық-әлеуметтік зерттеулерде статистиканы қолдану.....	53
2.2. Статистикалық зерттеуді ұйымдастыру және зерттеу кезеңдері. Статистикалық бақылау әдістері және түрлері. Статистикалық жинақ және статистикалық кестелер. Статистикалық зерттеу нәтижелерін сараптау және дайындау.....	61

3 тарау. Маңызды жұқпалы және жұқпалы емес сырқаттылықтардың эпидемиологиясы.

3.1. Тұрғындар денсаулығын нығайту. Қазіргі кезеңдегі аурудың алдын алу мәселелері. Қазақстан Республикасында туберкулез маңызды медициналық-әлеуметтік мәселе ретінде.....	89
3.2. Қазақстан Республикасы мен шет елдерде қан айналу жүйесі ауруларының медициналық-әлеуметтік мәселесі.....	95
3.3. Қатерлі ісік аурулары және оның медициналық-әлеуметтік мәселелері.....	100
3.4. Қазақстан Республикасында жарақаттар медициналық-әлеуметтік мәселе ретінде. Жарақаттылықтың түрлері, алдын алу шаралары.....	103
3.5. Жүйке-психикалық сырқаттылық, жыныстық қатынастар арқылы таралатын аурулардың медициналық-әлеуметтік мәселелері.....	106

4 тарау. Денсаулық сақтауды ұйымдастыру.

4.1. Тұрғындарға медициналық көмекті ұйымдастыру.....	121
4.2. Әйелдер мен балаларға амбулаторлық және стационарлық көмекті	

ұйымдастыру.....	138
4.3. Ауыл тұрғындарына медициналық көмекті ұйымдастыру, мақсаттары, құрлымы, ерекшеліктері.....	145
4.4. Өндірістік мекеме жұмысшыларына медициналық-санитарлық көмекті ұйымдастыру.....	155
4.5. Денсаулық сақтаудың халықаралық жүйесі.....	161

5 тарау. Денсаулық сақтау жүйесінің экономикасы. Жоспарлау және қаржыландыру.

5.1. Экономика. Мазмұны мен түсінігі. Макро және микроэкономика. Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау жүйесіндегі экономикалық қатынастар.....	172
5.2. Жүйе және шаруашылыққа жүйелік жағдай жасау. Қазақстан Республикасының бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесі және экономикалық қатынастарды қалыптастыру.....	174
5.3. Денсаулық сақтау ісін жоспарлау. Жоспарлаудың негізгі түрлері. Оны қалыптастыру жағдайы және әдістері. Жоспарлаудың маңызы.....	178
5.4. Денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыру.....	184
5.5. Медициналық сақтандыру және сақтандыру медицинасы.....	191

6 тарау. Денсаулық сақтаудағы менеджмент және маркетинг. Басқару.

6.1. Денсаулық сақтау қызметі мен жүйесін басқару негізі. Басқарудың теориялық негізі. Басқару теориясы.....	194
6.2. Денсаулық сақтау мекемелері мен тәжірибелік қызметін басқаруда менеджмент ғылымын бір саласы ретінде қолдану.....	199
6.3. Денсаулық сақтау жүйесіндегі менеджмент. Денсаулық сақтау ісін ұйымдастырудағы басқару әдістері мен дағдылары.....	201
6.4. Басқару психологиясы және қарым-қатынас.....	204
6.5. Маркетинг – денсаулық сақтауды басқарудағы маңызды элемент.....	205

7 тарау. Денсаулық сақтау мен медицинаның теориялық және құқықтық негіздері.

7.1. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау туралы негізгі заңдылықтары.....	209
7.2. Республикадағы денсаулық сақтау туралы заңдардың орындалу барысы.....	212
7.3. Тұрғындардың денсаулығын қорғаудағы негізгі құқықтық шарттар.....	213
7.4. Медициналық және фармацевтикалық қызметті ұйымдастырудың құқықтық мүмкіндігі.....	216

8 тарау. Алдын алудың қазіргі мәселелері.

8.1. Салауатты өмір салтының (СӨС) теориялық негізі. СӨС-тың қалыптастыру шарттары мен жағдайы.....	220
8.2. Алдын алу – тұрғындар денсаулығын қорғаудағы негізгі бағыт. Алдын алудың стратегиясы. Тұрғындардың денсаулығын қорғаудағы және	

алдын алу жүйесіндегі санитарлық-эпидемиологиялық қызмет.....	223
8.3. Мемлекеттік санитарлық – эпидемиологиялық қадағалаудың ұйымдастырылу құрылымы, қызметі мен міндеттері. Санитарлық – эпидемиологиялық қызметтің негізгі даму бағыттары мен жүзеге асыру жолдары.....	225
8.4. Салауатты өмір денсаулықтың қалыптасуына әсер ететін негізгі себеп ретінде. Денсаулықтың биологиялық - әлеуметтік және психологиялық себептері.....	231
8.5. Салауатты өмір сүру салтын қалыптастыру бағдарламалары. Салауатты өмір сүру салты дәрігерлер абройын қалыптастырудағы ұйымдастырушылық шара ретінде.....	234
Ұсынылған әдебиеттер тізімі.....	237

Қысқартулар тізімі

АБЖ – автоматтандырылған басқару жүйелері.
МӘСБ – медициналық-әлеуметтік сараптау бюросы.
ДА – дәрігерлік амбулатория.
ДЕСК – дәрігерлік-еңбектік сараптау комиссиясы.
КШТ – клиникалық шығынды топтар.
ҰЖА – ұзақ және жиі ауыратындар.
ҰЕЖТА – уақытша еңбекке жарамсыздық тудыратын аурушаңдық.
БӘС – бірегей әлеуметтік салық.
МЖРБ – мүгедектің жекелей реабилитациялық бағдарламасы.
ДБТ – диагностикалық байланысты топтар.
ӨСС - өмір сүру сапасы.
КСК – клиникалық сараптау комиссиясы.
ЕПМ – емдеу профилактика мекемесі.
СА – сирек ауыратындар.
ХҚТБ – халықаралық қоғамдық гигиена бюросы.
ХАК – халықаралық аурулар классификациясы.
СӨ - сәбилер өлімі.
СӨС - салауатты өмір салты
АӨ - аналар өлімі.
МСБ – медициналық-санитарлық бөлім.
МӘС – медициналық-әлеуметтік сараптау.
МӘСК - медициналық-әлеуметтік сараптау комиссиясы.
МЭС – медициналық-экономикалық стандарттар.
ЖШМ – жаңа шаруашылық механизмі.
ӨСҚ - өмір сүруді қамтамасыздандыру.
БАҚ – балалық шақ пен ананы қорғау.
АМӘК- алғашқы медициналық-әлеуметтік көмек.
ДТ – денсаулық топтары.
БӨОҰ – болашақ өмірдің орташа ұзақтығы.
МБ – медициналық бекеті.
ЖА – жиі ауыратындар.
ЭА – эпизодты ауыратындар
ҒББҰҰ – ғылым мен білім бойынша біріккен ұлттар ұйымы.
БҰҰБҚ – біріккен ұлттар ұйымының балалар қоры.
(ЮНИСЕФ)

Алғы сөз

Соңғы 20 жылда Қазақстан республикасы өз тәуелсіздігін экономикалық, саяси, әлеуметтік тұрғыда барынша нығайтып, іргелі елдердің қатарына қосылуға нық қадам жасап үлгерді. Осындай оңды өзгерістер денсаулық сақтау саласында да орын алып отыр. Еліміздің тұрғындары жарқын болашақтың негізін қалап, мемлекеттік тіліміздің мәртебесін жоғарлатып, оның қолданыс аясын кеңейтуге күш салуда. Медициналық жоғары оқу орны студенттері өзінің төл тілінде білім ала бастады. Алайда осы бағыттағы іс-шараларды жүзеге асыруға қазақ тіліндегі оқу құралдарының жоқтығы айтарлықтай кедергі болып отыр.

«Қоғамдық денсаулық және денсаулықты сақтау» жеке медициналық ғылыми бағыт және оқу пәні ретінде тұрғындардың жалпы және бірыңғай топтық (жастық-жыныстық, әлеуметтік, кәсіби-өндірістік ж.т.б.) негізгі денсаулық көрсеткіштерін, тұрғындардың денсаулығын қалыптастыратын жағдайлары мен қатерлі себептерін зерттеп, оларға медициналық көмекті ұйымдастырудың, денсаулық сақтау мекемелерінің жұмыс атқару шарттарын жасау, медицина саласының мамандарын даярлау және олардың біліктілігін арттыру мәселелерін шешу жолдарын қарастырады. Бұл ғылыми бағыт пен оқу пәнінің қалыптасқанына аса үлкен уақыт өте қойған жоқ. Соңғы жүз жылда пәннің аты көптеген өзгерістерге ұшырады. Оның ішінде «Әлеуметтік гигиена және денсаулық сақтау ісін ұйымдастыру», «Әлеуметтік медицина», «Әлеуметтік медицина, қоғамдық денсаулық» деген атаулары бар. Осы уақытқа дейін бұл бағыттың «Қоғамдық денсаулық және денсаулықты сақтау» деген дефинициясы ешқандай да күмән тудырған емес.

Сондықтан білім мен ғылым саласындағы аттестацияны қадағалау комитетінің дәрігерлер мамандығы бойынша тізбесінде осы атау тіркелген.

«Қоғамдық денсаулық және денсаулықты сақтау» пәні мен ғылыми бағыты популяциялық деңгейде денсаулықты зерттейді. Оның құрамында кешенді денсаулық көрсеткіштерін сараптау жұмысы бар. Әсіресе аурушаңдық, мүгедектік, туылу, өлім көрсеткіштерінің деңгейін, құрамын, динамикалық өзгерістерін өмір сүру ортасының денсаулыққа әсерін тигізетін себептерімен байланыстыра отырып сараптау ерекше орын алады. Осының арқасында тұрғындар денсаулығындағы өзгерістерін, әрбір аумақтағы тұрғындардың денсаулық жағдайын, оған жергілікті экологиялық, гигиеналық, әлеуметтік, экономикалық, өмір сүру салты себептерінің тигізетін әсерін жан-жақты ашып көрсетуге мүмкіндік туады.

Бұл пәннің екі үлкен бөлімі бар. Оның бірінші бөлімі негізінен денсаулықты сақтау және жақсарту мәселелеріне арналса, екінші бөлімі – денсаулық сақтау жүйесін жетілдіру мәселелерін қамтиды.

Осы пәнді оқу барысында алған білім, дәрігерлердің өз мамандығы саласында тиімді еңбек етуінің кепілі болып табылады. Себебі олар өз мамандығының аясында пациенттердің денсаулығын бағалау, медициналық көмекті ұйымдастыру, жаңа профилактикалық әдістер мен технологияларды жұмысына енгізу, емдеу-профилактикалық шараларды жүзеге асыру,

диспансеризацияны сапалы іске асыру, көрсетілген медициналық көмектің сапасын анықтау, еңбекке жарамдылықты сараптау жұмыстарын жете меңгеруі тиіс.

Оқулықта жоғарыда аталған мәселелердің қазіргі жағдайы және оны тиімді шешу жолдары баяндалған. Тұрғындардың денсаулығын қорғаудың құқықтық негіздері, денсаулық көрсеткіштеріне әлеуметтік-гигиеналық және өмір сүру салты себептерінің әсері, өмір сүру сапасын бағалаудың жолдары, жаңа экономикалық қатынастарды денсаулық сақтау жүйесін қайта құру барысында ұтымды қолдану, менеджмент пен маркетингті медицина мекемелерінің қарқынды дамуында пайдалану, әртүрлі медициналық жағдайда қалыптасатын этика мәселелері кешенді және тереңдете ашып көрсетілген.

Пәннің құрамы отандық және шет елдердегі осы саладағы жетістіктерге сай түзелген. Кітаптың негізгі тарауларында оқу пәнінің тарихы, денсаулық сақтау жүйесінің дамуы, еліміздегі және шетелдердегі денсаулық сақтау жүйесі мен медицинаның негізгі теориялық мәселелері, халықтың денсаулық жағдайы мен оны зерттеу әдістері, салауатты өмір салтын қалыптастыру жолдары, медициналық статистика әдістерін қолдану, ұйымдастыру және басқару мәселелері, тұрғындардың әртүрлі топтарына медициналық көмекті беру, денсаулық сақтау жүйесін жетілдірудің өзекті мәселелерін ашып көрсету жолдары баяндалған.

Оқулық медициналық оқу орны студенттеріне, «Қоғамдық денсаулықты сақтау» мамандығы бойынша магистратурада, PhD докторантурасында оқып жатқан, біліктілікті арттыру факультеттерінде білімін арттырып жүрген курсанттарға арналған.

Оқулықтың құрамы және мағынасы жөніндегі ой-пікірлеріңізді Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясының «№1 Қоғамдық денсаулықты сақтау» кафедрасына жіберуіңізді сұраймын.

**Сіздерді құрметтеуші,
кафедра меңгерушісі, м.ғ.д.,
профессор М.Ә. Бөлешов.**

I тарау. Қоғамдық денсаулық және денсаулықты сақтау.

1.1. Қоғамдық денсаулық және денсаулықты сақтау ғылым және оқу пәні ретінде.

Қоғамдық денсаулық және денсаулықты сақтау жеке медициналық ғылыми бағыт және оқу пәні ретінде ХІХ ғасырдың соңында пайда болды. Бұл ғылым адамдардың ұжымдық, әлеуметтік-кәсіби және жастық-жыныстық топтарының денсаулығын, өмір сүру жағдайы мен қоршаған орта себептеріне байланысты қалыптасу заңдылықтарын зерттейді.

Қоғамдық денсаулық және денсаулықты сақтау пәні қоғам мен мемлекеттің әлеуметтік саясат саласындағы бағдарламаларының дамуына жауап беруі тиіс. Бұл ғылым денсаулық сақтаудың тактикасы мен стратегиясын анықтайды. Дәлелді зерттеу нәтижелерін пайдалана отырып қоғамдық денсаулықтың деңгейін көтеруге бағытталған ұйымдастырушылық, медициналық-әлеуметтік ұсыныстарды жасайды.

Қоғамның жоспарлы және тиімді дамуын қамтамасыз ету үшін мемлекетке тұрғын халықтық даму заңдылықтары, еліміздегі демографиялық үрдіс, жалпы тұрғындардың және жеке топтарының негізгі аурулары туралы деректі мәліметтері қажет. Сонымен қатар, денсаулықтың бұзылыстарына алып келетін себептерді нақты көрсетіп, оны жақсартудың әдістерін жасау, тиімді медициналық көмекті ұйымдастырудың мүмкіндігін анықтап, денсаулық жағдайы мен денсаулық сақтау мекемесінің жұмысын бағалау әдістерін жетілдіру керек.

Осыған қарағанда қоғамдық денсаулықты сақтау атты ғылым үнемі әлеуметтік мәселелермен және үдерістермен астасып жатады, медицина мен қоғамдық пәндер арасындағы көпір болып табылады. Бұл бағыттың негізгі мақсаты медицинаның әлеуметтік мәселелерін шешу деп қарастырған жөн. Академик Юрий Павлович Лисицын біздің ғылыми бағыттың негізгі міндеті әлеуметтік ортаның адамдар денсаулығына тигізетін әсерін тереңдете зерттеп, өмір сүру ортасының зиянды әсерін жоюға бағытталған тиімді профилактикалық шараларды құрастыру деп есептейді. Әсіресе денсаулыққа жайлы әсер ететін себептерді, қоғамның мүмкіндіктері мен қорларын тиімді пайдаланып тұрғындардың денсаулығын барынша жақсарту қоғамдық денсаулықтың алдына қойған маңызды міндеттерінің бірі болып табылады.

«Қоғамдық денсаулық және денсаулықты сақтау» атты ғылыми бағыт пен оқу пәннің туындауына алып келген себептерге төмендегілер жатады.

1. Тұрғындардың денсаулық көрсеткіштерінің қалыптасуына мемлекет пен қоғамның әртүрлі институттары нақты әсерін тигізе бастады;
2. Тек қана жеке адамның денсаулығы мен ауруының сипатын емес, сонымен қатар бірінғай қоғамдық топтардың және жалпы халықтың денсаулығы мен ауруының сипатын және табиғатын ғылыми тұрғыда түсіндіру қажеттігі туындады;

3. Профилактика негіздерін меңгерген медицина мамандарын даярлау үшін медициналық білім жүйесіне қоғамдық денсаулық сұрақтарын, оның ішінде әлеуметтік патология сұрақтарын енгізу қажет болды. Аты аталған шараларды жүзеге асырудың маңызды шарты, тұрғындардың ортасында кеңінен таралған аурулардың табиғатын және адамдар денсаулығының әлеуметтік, қоғамдық мәнін ғылыми тұрғыда дәлелдеу болып табылады.

XIX ғасырдың басына дейін жер бетінде кеңінен таралған ауруларға инфекциялық және паразитарлық патологиялар жатты. Жеке даму үстіндегі және дамымай қалған мемлекеттердің тұрғындары арасында осы аурулар қазіргі күнге дейін басым рөлге ие болып отыр деуге болады. Сондықтан олар мемлекет басшылары мен үкіметтің, қоғамдық күштердің тұрғындар денсаулығын қорғауға және алдын алуға бағытталған шараларын ұйымдастыру барысында бірінші кезекте есте ұстайтын аурулары болып келді. Осы ауруларға қарсы күрес мемлекеттің әлеуметтік саладағы ең маңызды саясатын құрайды. Құлдық заманнан бері қалыптасқан медицина тарихы дәрігерлердің тоқтаусыз ізденістері инфекциялық және паразитарлық аурулардың профилактикасын жетілдіруге, оның ішінде аса қауіпті эпидемиялық ауруларды ауыздықтауға бағытталғандығын көрсетеді. Бірақта осы аурулардың нақты себептерін анықтамай, оларға қарсы күресте жеңіске жету мүмкін емес еді. Сол заманда инфекциялық және паразитарлық аурулардың шығуы туралы теориялар, оның ішінде «миазмалар», «монадтар» және «контагиялар» туралы түсініктер эпидемиялардың одан ары өршуіне ешқандай да тоқтау сала алмады. Тек XIX ғасырда микроорганизмдер мен вирустарды анықтап, олардың инфекциялық аурулардың туындауындағы атқаратын ролі толық ашылғаннан кейін иммунитет туралы ғылыми бағыттың негізі қаланып, тұрғындардың денсаулығын қорғауға бағытталған шаралар белсенді түрде жүзеге асырыла басталды. Алайда инфекциялық ауруларды жеңу үшін мемлекеттік шараларды қолға алу қажет болды. Бактериология және вирусология саласындағы ғылыми жетістіктерді инфекциялық ауруларды тоқтатуға бағыттау тек қана мемлекеттік құрылымдардың қолынан келетін жұмыс болып шықты. Осы шараларды жүзеге асыратын медицина мамандарын даярлау, арнайы эпидемияға қарсы шараларды жасау және оны жүзеге асыру, профилактиканың ғылыми негізін қалап, тұрғындар арасында кеңінен таралған ауруларды қатаң бақылауға алу үшін көп қаржы мен осы үрдістерге бақылау жүргізетін мемлекеттік құрылымдар қажет еді. Жоғарыда аты аталған жағдайлар мен себептер қоғамдық денсаулық туралы ғылым мен пәннің қажеттілігін туындатты. Қоғамдық денсаулықтың ғылыми бағыт ретінде қалыптасуына социология, экономика, психология және статистика ғалымдары ерекше үлес қосты. Әсіресе статистика ғылымы тұрғындардың денсаулығын бағалауда, оның себептік байланыстарын сандық және сапалық тұрғыда анықтауда, медицина мекемелерінің қызметін сараптауда басты роль атқарады.

Қоғамдық денсаулық туралы түсінікке Л. Пастер, Р.Кох және И.И Мечниковтың еңбектері ерекше үлес қосты. Олардың аса қатерлі жұқпалы инфекциялық ауруларға арналған еңбектері иммунологияның дамуына негіз

қалады. Демографиялық және социологиялық ғылымның жетілуіне Т. Мальтустың, А.Ж. Гобино мен Ф. Гальтонның халықтардың даму заңдылықтары туралы туындылары жайлы жағдай қалыптастырды. Ал, санитарлық статистиканың ғылыми тұрғыда негізделуіне Д. Граунттың, В. Петидің, Я. Бернуллидің және П. Лапласстың қосқан үлестері өте үлкен. Ж. Бартильон аурулардың классификациясы мен номенклатурасын жасап, денсаулық көрсеткіштерін жүйелі зерттеудің негізін қалады.

Капиталистік қоғамның ең маңызды әлеуметтік жетістігі ретінде жұмысшылар арасында ірі топтардың пайда болып, өз мүдделерін қорғауға белсене кірісуі деп қарау қажет. Жұмысшылардың әлеуметтік салада қойған талаптарының ең маңыздысы денсаулықты қорғау және әлеуметтік сақтандыру мәселелері болып табылады. Сондықтан өкімет орындары әлеуметтік саясатқа барынша көңіл бөліп, медициналық көмекті ұйымдастырудың тиімді жолдарын қарастыра бастады. Жеке қоғамдық топтардың денсаулығына экономды және жайлы әсер ету әдістерін іздестірді. Алайда капиталистік мемлекеттердегі тұрғындардың денсаулығын қорғау және медициналық көмекті ұйымдастыру шаралары жұмысшылардың талабын қанағатандыра қойған жоқ. Сондықтан 1830 және 1848 жылдары Еуропа мемлекеттерінде жұмысшылардың жаппай наразылығы орын алды. Жұмысшылар қозғалысының қоғамдық және әлеуметтік сипатын Англиядағы чартистік қозғалыстан айқын байқауға болады. Еңбекшілер қозғалысының пәрменділігіне байланысты жеке Еуропа мемлекеттерінде жұмысшыларға әлеуметтік көмек көрсету, сақтандыру және денсаулығын қорғау туралы заңдар қабылданды. Ал, Россияда фабрика-заводтық медицина жүйесі құрылды.

Әлеуметтік-экономикалық өзгерістер мен ғылыми-техникалық даму ғылыми бағыттардың жіктелуіне және олардың нақты қалыптасуына алып келеді. Осыдан, XIX ғасырдың екінші жартысында жаңа ғылыми пәндер пайда болды. Медицина саласында неврология, офтальмология, педиатрия, оториноларингология, патологиялық физиология, гистология, адам эмбриологиясы атты ғылыми бағыттар пайда болып, тез дами бастады. Осы кезеңде жүйке қызметінің физиологиясы айтарлықтай жеңіске жетті. Жоғары жүйке қызметінің физиологиясы, нервизм, организмнің тіршілік қызметтерін басқару туралы ғылыми қағидалардың пайда болуы осы жетістіктердің жоғары шыңы деп қарастыруға болады.

Жаңа ғылыми бағыттардың қатарында эксперименталдық гигиена да бар еді. Оның міндеттеріне организмге қоршаған ортаның физикалық, химиялық, биологиялық себептерінің әсерін зерттеу жатқызылды. Алайда, осы бағытта ғылыми-зерттеу жұмыстарын жүргізген жеке ғалымдар адамды биологиялық түр ретінде қарастырып қоймай, сонымен қатар оның әлеуметтік және қоғамдық ерекшеліктеріне де көңіл бөлу керектігін анықтады.

Сондықтан адамдардың әлеуметтік жағдайын, олардың арасында ауру тудыратын әлеуметтік себептерін зерттеуге деген қызығушылық туындады. Осылайша гигиена ғылымының әлеуметтік, қоғамдық бағыттарының

калыптасуына және зерттеу жұмыстарының басталуына негіз қаланды. Бұл жаңа ғылыми бағыт қоғамдық денсаулық және денсаулықты сақтау деген атқа ие болды.

Бұл бағыттың қарқынды дамуы қоғамдық денсаулықтың оқу пәні және ғылыми бағыт ретінде айқындалуына себеп болды. Осы ғылыми бағыт өзінің зерттеу нысаны ретінде тұрғындардың денсаулығын және оның қалыптасуына алып келетін әлеуметтік-гигиеналық себептерді, медициналық көмекті ұйымдастыру және денсаулықты басқару мәселелерін қарастырды. Ғылыми бағыттың дамуының негізі етіп социологиялық, статистикалық, демографиялық, экономикалық, философиялық ғылымдардың жетістіктері пайдаланылды. Ал өзінің негізгі міндеті етіп тұрғындардың денсаулығын қорғау және медициналық көмекті ұйымдастыру саласында әлеуметтік саясатты жүзеге асырудың ғылыми тұрғыда негізделген ұсыныстарын жасау деп алды.

Озық ойлы ғалымдар мен педагогтар, медицина саласының оқытушылары денсаулықтың қалыптасуында қоғамдық себептердің алатын орнын дұрыс бағалай білді. Сондықтан медицина саласындағы керіағар топтардың кедергісін бұзып, қоғамдық гигиена, профилактикалық медицина, қоғамдық денсаулық көрсеткіштері негіздерін оқытатын оқу бағдарламаларын жасап, лабораториялар ашып, курстар ұйымдастырды. Медициналық статистиканы қоғамдық денсаулықты бағалау үшін қолдана бастады. XIX ғасырдың 60 жылдары Қазан университетінің профессоры А.В. Петров қоғамдық денсаулық және қоғамдық гигиена пәндерінен лекциялар оқыды, ал 70 жылдары осы жоғары оқу орны студенттері арасында медициналық география және медициналық статистика курстарын ұйымдастырды. Алайда бұл курстар тұрақты бола қойған жоқ. Олар басқа пәндердің құрамдық бөлігі ретінде қарастырылды.

Москва, Петербург, Киев, Харьков қалаларында орналасқан жоғары оқу орындарында бұл курстар кеңінен енгізіле бастады. Қоғамдық денсаулық пәні мен ғылымының одан ары дамуына профессорлар А.И. Шингарев, А.В. Корчаг-Чепурковский, С.Н. Игумнов, Л.А. Тарасевич, З.З. Френкель, П.Н. Диатроптов және басқалар үлкен үлестерін қосты. Алайда бұл еңбектер жаңа оқу мамандығы мен ғылыми пәнінің алғашқы қалыптасу нышандары еді.

XIX ғасырдың екінші жартысында жүрген қоғамдық қозғалыстардың, фабрика-заводтың қайта құрылыстарының және өзге де әлеуметтік себептердің әсерінен Россия империясында алғаш рет қоғамдық гигиенаның негізі туындады. Ол қоғамдық денсаулық туралы деректерді зерттеді және оқытты, демография және жеке аурулардың таралуы туралы алғашқы дәрістер өткізді. XX ғасырдың басында Германияда әлеуметтік медицина деген атаумен алғашқы оқу пәні дүниеге келді. 1903 жылы жас дәрігер Альфред Гротьян әлеуметтік медицина атты арнайы журнал шығарып, 1905 жылы Берлинде әлеуметтік гигиена мен медициналық статистикадан ғылыми қоғам ұйымдастырды. 1912 жылы осы мамандық бойынша доцентураның ашылуына қол жеткізді, ал 1920 жылы Берлин университетінде әлеуметтік гигиена кафедрасын ашты. Осы кезеңнен бастап әлеуметтік гигиена

кафедралары Германияның өзге қалаларында, Еуропа мемлекеттерінің университеттерінде ашыла бастады. Олардың меңгерушілері А. Фишер, С. Неиман, Ф.Принцинг, Э.Ресле, Дж.Граупт, У. Фарр, Дж. Прингль, А.Телески, Б.Хайес қоғамдық денсаулықтың одан ары тереңдеуіне айтарлықтай үлес қосты. Олар тұрғындар денсаулығына әсерін тигізетін әлеуметтік және гигиеналық себептерді кешенді түрде зерттей бастады. Әлеуметтік топтардың денсаулығын мемлекеттік тұрғыда қорғауға бағытталған ұсыныстар мен талаптарды құрастырумен айналысты. Заводтар мен фабрикаларда, шахталарда еңбек етушілердің өмірі мен денсаулығын сақтандыру, медициналық көмек беру, санитарлық заңдар құрастыру әлеуметтік қамтамасыздандыру жұмыстары қоғамдық денсаулық ғылымының өзекті мәселелерінің қатарына жатқызылды.

Сонымен озық ойлы ғалымдар қоғамдық денсаулықты қорғау жұмысын жеке адамның денсаулығын қорғаудан өзгеше етіп ұйымдастыру қажет екендігін дәлелдеп, осы істі жүзеге асырудың әдістемелерін айқындап берді. Қоғамдық денсаулықты түзейтін негізгі әлеуметтік гигиеналық себептердің қатарын анықтап, олардың тигізетін кері әсерін сандық және сапалық тұрғыда бағалау жолдарын әдістемелік тұрғыда негіздеді. Бұл пәннің және ғылыми бағыттың одан ары дамуына Батыс Еуропаның жаңа буынды ғалымдары да айтарлықтай үлесін қосуда. Олардың қатарында Р. Дюбо, К. Эванг, П. Делор, Х. Дон, Т. Персон, Э. Френдсон, Л. Бернар, М. Кандау, Х. Маллер сияқты жаңа әлеуметтік гигиена, қоғамдық денсаулық мектептерінің ізбасарлары бар. Аты аталған ғалымдар қоғамдық денсаулықтың әлеуметтік қырларын жете зерттеп, медициналық көмек сапасын жақсартуға бағытталған реформаларды жүзеге асыруға өз үлестерін қосуда. Олардың ғылыми еңбектерінде маңызды және көңіл бөлерлік бақылаулар мен қортындылар, ғылыми қағидалар мен тұжырымдар бар. Себебі қол жеткізген ғылыми нәтижелер тиімді социологиялық, психологиялық, экономикалық және статистикалық әдістерді қолдана отырып алынды. Қоғамдық денсаулықты және медицинаны одан ары жетілдіру мақсатында жасалған тәжірибелік ұсыныстар, нарықтық экономикаға бейімделген әлеуметтік жүйелердің қоғамдық бағытта дамуына ықпал етті. Капиталистік қоғамға тән көптеген әлеуметтік және медициналық шиеленістердің түйінін шешуге көмектесті. Осы саланың озық ойлы ғалымдарының еңбегінде келтірілген әлеуметтік экология, әлеуметтік бейімделгіштіктің бұзылуы, психоаналитикалық психосоматика сияқты қағидалар капиталистік мемлекеттерде жиі орын алатын әлеуметтік шиеленістердің алдын алуға бағытталған «Әлеуметтік терапиясын» жасауға бағытталған.

Сондықтан да ағылшын тілінде сөйлейтін мемлекеттерде бұл ғылыми бағыт көбнесе превентивті (алдын алу) медицина деп аталса, французша сөйлейтін елдерде медициналық социология немесе әлеуметтік медицина деген атпен белгілі. Америка құрама штаттарында біздің пәнді медицина социологиясы немесе денсаулық сақтау социологиясы деп атау орныққан.

Кеңестер Одағында бұл пәнді әр кезеңде әртүрлі аттармен атады. Бастапқыда біздегі бағыт «денсаулық сақтау ісін ұйымдастыру», «денсаулық

сақтау теориясы мен ұйымдастыру», «әлеуметтік гигиена», «әлеуметтік гигиена мен денсаулық сақтауды ұйымдастыру» деген атаулармен анықталса, қазіргі таңда «Медициналық социология», және «Әлеуметтік медицина» деген атаулар жиі қолданылуда. Қоғамдық денсаулықтың теориясы мен әдістерінің дамуына Чехославакия ғалымдары З. Штих, А. Буреш, Болгария ғалымдары Н. Гогов, Е.Апостолов, П. Коларов, Польша ғалымдары Е. Штахельский, М. Сокольска айтарлықтай үлестерін қосты.

Қоғамдық денсаулықты тексеруге арналған ең ірі ғылыми орталық Лондондағы тропикалық медицина институтында ашылған. Оның негізгі ғылыми зерттеу жұмыстары беиэпидемиялық аурулардың таралуы, медицина тарихы және денсаулық сақтау ісін ұйымдастыру, жалпы гигиена мен медициналық-санитарлық көмектің сапасын арттыру мәселелеріне арналған. Біздің ғылыми мәселелерімізбен айналысатын арнайы ғылыми зерттеу институттары Прага мен Будапеште ұйымдастырылған. Олар денсаулық сақтау институттары деп аталды. София мен Бухаресте ашылған гигиена мен денсаулық сақтау институты, Франциядағы эпидемиологиялық зерттеу институты, Америка құрама штаттарындағы ұлттық статистика орталығы да қоғамдық денсаулық саласында зерттеу жұмыстарын атқаруда. Қоғамдық денсаулық мәселелеріне арналған ғылыми еңбектердің нәтижелері Бухаресте шығатын «Денсаулық сақтау», Америка құрама штаттарында және Англияда жарық көретін «Денсаулық сақтау», «Госпиталь», «Ланцет», Францияда шығатын «Қоғамдық денсаулықтың жаңалықтары» атты журналдарда жариялануда. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының «Дүниежүзі денсаулығы», «Халықаралық денсаулық сақтау форумы», «Дүниежүзілік денсаулық сақтау бюллетені» атты журналдарында да қоғамдық денсаулық сақтау мәселелеріне жиі көңіл бөлінеді. Біздің салада еңбек етіп жатқан мамандарды біріктіретін ұлттық және халықаралық ғылыми қоғамдар да аз емес. Олар медициналық демография, денсаулық сақтау статистикасы мен ақпараттары, әкімшілік, денсаулық сақтау экономикасы мен жоспарлау, госпитальдық іс және басқа өзге мәселелерді қарастырады.

Қоғамдық денсаулық және әлеуметтік медицина пәні дүниежүзілік медициналық жоғары оқу орындарының барлығында оқытылды. Алайда бұл пәнді өзге пәндермен қоса қарастыратын оқу орындары да аз емес. Оның ішінде қоғамдық денсаулық пен гигиена, эпидемиология, еңбек медицинасы, социология, статистика мен ақпараттық технология пәндерімен бірге өткізу оқиғалары жиі кездеседі. Алайда осы пәндер бойынша жасалған оқу бағдарламаларында міндетті түрде социология, денсаулық сақтау статистикасы, эпидемиология, және беиэпидемиологиялық аурулар, информатика мен электронды есептеуші машиналар, медицина мекемелерінің жұмысын ұйымдастыру, басқару (менеджмент), денсаулықты сақтандыру сияқты қоғамдық денсаулықтың маңызды тақырыптары қарастырылған. Сонымен қатар қоғамдық денсаулық пәні бойынша оқулықтар және әдістемелік нұсқаулар, көмекші құралдар жарық көруде. Америка құрама Штаттарында, Польша мен Румынияда, Франция мен Германияда қоғамдық денсаулық мәселелеріне арналған оқулықтар

«Әлеуметтік медицина», «Медициналық социология», «Медицина социологиясы» деген атаулармен жарық көрген. Сондықтан қоғамдық денсаулық атты пән мен ғылыми бағыт медицина ғылымының аса маңызды бағыттарының бірі болып қалыптасып келе жатыр деуге толық болады.

1.2 Қоғамдық денсаулық пен денсаулық сақтаудың теориялық негізі. Жүйелі жағдай. Қазақстан Республикасы тұрғындарының денсаулығын қорғау саласындағы саясат.

Медицина ғылымының пайда болуынан бастап оның негізі ретінде мыңдаған қағидалар мен теоретикалық топтамалар қолданылып келеді. Оның үлкен бөлігі медицина мен қоғамдық денсаулық мәселелеріне арналған. Оның ішінде, этиология, патогенез, диагностика шарттары, емдеу, профилактика мен реабилитация, медицина демографиясы, медициналық көмекті ұйымдастыру, денсаулық сақтау ісін басқару мәселелері бар. Бұл сұрақтардың көпшілігі медицина саласы мен пәннің қарастыратын мәселелеріне жатады.

Қоғамдық денсаулық сақтау саласының үлесіне денсаулық пен аурулар, олардың жалпы қалыптасу заңдылықтары, ауруларды жеңу мен денсаулықты күшейту, қалыпқа келтіру сияқты категориялардың маңызын түсіндіретін жалпы теориялар жатады. Басқаша айтқанда бұл бағытты патология мен санология немесе денсаулық пен аурушандық туралы ғылым деп те қарастыруға болады.

Осы тұрғыдан алғанда медицина мен денсаулық сақтаудың жалпы теорияларын бірнеше топқа жіктеу қажет.

Қазіргі таңда денсаулықтың тәуелділік теориясы немесе санология, медициналық-биологиялық табиғаттылықтар теориясы, патология мен медицинаның қызметтілік теориясы, тұрғын халықтар мен денсаулық сақтаудың табиғаттылық теориясы, синтетикалық, әмбебап теориялар қоғамдық денсаулық саласында жиі қолданылады. Алайда бұл теориялар денсаулықтың, аурулар мен медициналық, әлеуметтік-гигиеналық көріністердің барлық қырларын ашып көрсете алды деу дұрыс емес. Аталған жалпы теориялар адамзат тарихында және медицина саласында ертеден қалыптасқан гуморализм мен солидаризмге және табиғи философиялық түсініктерге негізделген ғылыми концепциялар болып табылады. Олар жаңа медицинаның теоретикалық базисін қалыптастыруда да қолданысқа ие болып отыр.

Денсаулықтың тәуелділік теориясы денсаулық жағдайы мен денсаулық сақтау саласының дамуында әлеуметтік, экономикалық, биологиялық, медициналық, тұрғындардың өмір сүру салты себептерінің атқаратын ерекше ролін мойындауға негізделген. Сонымен қатар осы себептердің барлығы денсаулыққа бір-бірімен тығыз байланыста және әртүрлі бағытта әсер ететіндігін есепке алу қажеттілігін көрсетеді.

Әлеуметтік-экономикалық, психологиялық және саяси себептердің денсаулыққа тигізетін керіағар әсерінің нақты көрінісі ретінде кедейшілік

пен жоқшылықты қарастыруға болады. Осы теорияны ұстанушылар аурулар мен мүгедектік өз кезегінде кедейлену мен жоқшылық оқиғаларын арттырады деп түсіндіреді. Шындығында бұл теорияның дұрыстығына ешкім де шек келтіре қоймайды. Алайда, денсаулықтың және аурулардың қалыптасуында әртүрлі әлеуметтік-экономикалық себептердің атқаратын ролін көрсету аздық етеді. Бұл жерде қоғамдық жүйенің денсаулыққа әсер ететін негізгі себептерін нақты көрсету қажет. Тек осы жағдайда денсаулық сақтау жүйесі тиімді әлеуметтік-медициналық шараларды жүзеге асыруға мүмкіндік алады. Диалектикалық сараптамасыз қолданылған «Себептер» теориясы, әдістемелік тұрғыда жарамсыз болып қала береді.

Денсаулықтың тәуелділігі туралы теория өмір сүру салтына жататын зиянды себептердің сырқаттылықтың қалыптасуында атқаратын ролін бағалауда да өз дәлелін табуда.

Қазіргі таңдағы өкпе рагының қалыптасуына темекі шегудің қосатын үлесі 80% асатындығы, өмір сүру салты себептерінің денсаулыққа нақты әсер ететіндігі туралы теорияны бұлжытпай дәлелдейді.

Дамыған елдерде қолға алынып отырған салауатты өмір сүру салтын қалыптастыру шаралары, оның ішінде «Салауатты Университеттер», «Салауатты қалалар», «Салауатты ауылдар», «Денсаулықты күшейтуге ықпал ететін мектептер» атты бағдарламалар әртүрлі әлеуметтік топтардың арасында наркотиктерді қолдану, темекі тарту, алкогольдік ішімдіктерге салыну оқиғаларын барынша азайтып, тұрғындардың денсаулық көрсеткіштерін жақсартуға нақты ықпалын тигізуде. Осы жағдай салауатты өмір сүру салтын қалыптастыру теориясының дұрыстығы мен денсаулықты сақтаудағы маңыздылығын көрсетіп берді. Жер беті тұрғындарының әлеуметтік-экономикалық топтарға жіктелуі олардың арасында бірыңғай патологиялардың қалыптасуына алып келуде. Осы мәселелерді кешенді түрде зерттеуге, денсаулық пен патологиялардың жалпы бірыңғай түрлерінің қалыптасу теориясының туындауына алып келеді.

«Цивилизацияның аурулары» мен әлеуметтік дезадаптация теориясы медицинаның және денсаулық сақтаудың ең кеңінен таралған теориясы болып табылады. Бұл теория қоғамдық денсаулықтың күрт өзгерісін, жаппай кездесетін аурулардың пайда болуын түсіндіруге бағытталған. Осы сұрақтарға аталған теорияның беретін жауабы-қазіргі цивилизацияның қарқынды дамуы және оның қатерлі көріністерінің тұрғындар денсаулығына тигізетін кері әсері деп есептейді. Оның ішінде, урбанизация, индустриализация, технизация, психоэмоционалдық қысым, қоршаған өмір сүру ортасының химиялық поллютанттармен жоғары дәрежеде ластануы адам организміне қуатты кері әсерін тигізе отырып, олардың өмір сүру салтын және жағдайын күрт өзгеріске ұшыратты. Адамның қоршаған өмір сүру ортасының өзгерісіне тез арада бейімделуі көбнесе организмнің жеке қызметтерінің шамадан тыс жұмыс істеуі және олардың қалыпты шамадан ауытқуы арқылы жүзеге асады. Организмнің бейімделгіштік қасиеті шексіз емес және белгілі бір деңгейдегі қысымда дезадаптациялық жағдай көрініс береді. Осыдан тұрғындардың арасында әлеуметтік дезадаптация

туындайды, денсаулықтың қуаты азаяды, жаппай невротизация үрдісі қалыптасады.

Француз ғалымдары Э.Гюан мен А.Дюссердің 20 ғасырдың 50 жылдары жарық көрген «Біздің қоғамның аурулары» атты кітабында цивилизацияның адамдарды үйреншікті табиғи ортасынан жаңа антропотехногендік өмір сүру салтына қарай бейімдейтіндігін нақты дәлелдермен көрсеткен. Адамдардың табиғи өмір сүру ритмі дисгармонияға ұшырап, дезадаптациялық немесе әлеуметтік инадаптациялық жағдай қалыптасады.

Дезадаптацияға табиғи тұрғыда қуатты тұлғалар ғана қарсы тұра алады. Ал осындай тұлғаларды тәрбиелеу үшін ғылыми тұрғыда негізделген арнайы профилактикалық бағдарламаларды құрастырып, олардың тиімділігін іс жүзінде дәлелдеу және кеңінен қолданысқа енгізу керек деп есептейді Америка Құрама Штаттарының ғалымдары Р.Дюбо мен О.Тоффлер.

Денсаулық сақтаудың және медицинаның әлеуметтік мәселелерін биологиялық концепциялардың көмегімен дәлелдеу, әсіресе дарвинизмнің көмегіне жүгіне отырып түсіндіру талпыныстары ХІХ ғасырдан басталады. Осы бағытты ұстанған ағылшын ғалымы, философ және социолог Г.Спенсер әлеуметтік үрдістер мен көріністердің физиологиялық және морфологиялық түсініктемесін берді. Жануарлар организмнің құрлымы мен қызметіндегі ерекшеліктерге сүйене отырып, қоғамдағы әлеуметтік топтар мен класстардың қажеттілігі мен қызметтерін жіктеді. Қоғамның бетке ұстар, басқарушы тобын адамның миына теңеп, олар қоғамды басқаруы тиіс деп есептейді.

Жұмысшылар мен шаруаларды бұлшық еттер сияқты физикалық жұмыспен айналысуы тиіс деп есептесе, банкирлерді қан-тамырын қозғайтын нервтерге, байларды май тініне теңеп, оларды қоғамның ең пайдалы органы деп қарастырды.

Осы теория бойынша туылу биологиялық үрдіске жатқызылды және адамзаттың сақталуының негізі деп қарастырылды. Неғұрлым туылу көрсеткіші жоғарылаған сайын, оның генетикалық қасиеті төмендейді деп есептелді. Ал, туылу үрдісі төмендеген сайын генетикалық материалдардың сапасы арта түседі деген концепция алға тартылды. Осыдан адамның жекелей қасиеттері жоғарылайды, тұрғындардың денсаулығы жақсарады, өлім азайып, тұрғындардың орташа өмір сүру ұзақтығы жоғарылайды деген қағида дүниеге келді.

Г.Спенсердің осы теориясы әлеуметтік үрдісті биологиялық қасиеттермен ауыстыра отырып, қоғамдық өзгерістерге түсініктеме жасауға талпынады. Алайда бұл теория қоғамдық өзгерістердің дәлелі бола алмайтындығы айдан анық.

Қазіргі таңда осы теорияны одан ары тереңдетуге және жаңаша түсініктеме беруге бағытталған талпыныстар аз емес. Олардың қатарына америка энтомологы Э.О.Уильсонның «Әлеуметтік биология: жаңа синтез» (1975 жыл), «Адам табиғаты туралы» (1978 жыл) және К.Ламзденмен бірге жазған «Гендер, сана және мәдениет, Козволюция үрдісі» (1981 жыл),

«Прометей оты. Саналы өмірдің пайда болуы туралы ойлар» (1983 жыл) атты еңбектері жатады.

«Гендік-мәдени коэволюция» деген атпен аталатын жаңа концепцияда биологиялық үрдістерді негіз ете отырып генотиптің, қоршаған өмір сүру ортасы мен цивилизацияның бір-біріне әсер етуі механизмін, қоғамның және жаңа цивилизацияның қоятын талаптарына адаптациясын түсіндіруге күш салады.

Натуралистік медициналық-биологиялық теориялардың қатарына жататын этологиялық концепция жануарлардың инстинктивтік әдеттеріндегі заңдылықтарды негіз ете адамның әдеттері мен денсаулығының қалыптасуын түсіндіруге күш салған. Оның нақты көрінісі ретінде К.Лоренц, Н.Тинберген және К.Фриш атты зоологтардың бал араларының, құстардың және жануарлардың инстинктивтік әдеттерін зерттеуге арналған еңбектерін алуға болады. Осы зерттеулердің нәтижесінде «Деадаптация мен аурудың профилактикасы ретінде адамның биологиялық қасиетін бейімдеу мүмкіндіктері» атты ұсыныстар дүниеге келді. Бұл ғылыми жетістік еңбектің авторларын 1973 жылы медицина мен физиология саласы бойынша Нобель сыйлығының лауреаты атағына иегер етті. Этологиялық концепция бойынша адамға әсерін тигізетін қоздырғыштардан организмнің арнайы моторлы реакцияларының кешендері немесе сигналды, кілтті реакциялары автоматты түрде қозғалысқа келеді. Этологиялық концепцияның жақтастары, дамуы барысында адам организмі жануарлардан берілетін инстинктивтік әдеттердің жеке қасиеттерін сақтап қалған – деп есептейді. Осы қасиеттерді анықтап, олардың адамның өмір сүру салтында және әдеттерінде атқаратын ролін бағалаудың денсаулықты қорғаудағы маңызы өте үлкен деп есептейді.

Этологтар мен Френдтік көзқарасты қолдаушылар қоршаған ортаның агрессивті қоздырғыштары адамның инстинктивтік қасиеттерін басып тастайды, осыдан организмнің қызметтік жүйелері істен шығып, ауру туындайды деп тұжырымдайды. Этологиялық концепцияның маңызды бағыттарының бірі адамның агрессивтік инстинктеріне арналған. Агрессия адамның ең қауіпті инстинктерінің қатарына жатады. Осыдан жер бетінде әртүрлі қақтығыстар мен соғыс қимылдары адамдардың қырылуына, ал болашақта жер бетінен мүлдем жойылуына алып келуі мүмкін. Осындай қағиданы ұстанушы жеке этологиялық бағыттағы ғалымдар жер бетіндегі қуатты мемлекеттердің соғыс қимылдарын ақтайды. Адамдар (әлеуметтік) экологиясы атты теория натуралистік медициналық-биологиялық теориялардың қатарына жатады. Бұл концепция бойынша қоғам суперорганизм деп есептеледі. Ол белгілі бір тұрғын аумақта және белгілі уақыт аралығында өмір сүреді. Ал суперорганизм қоғамдық категория болғандықтан, оның адамдармен қарым-қатынасы бәсекелестік заңдылықтарымен реттеледі және қатынасы биотикалық және мәдени деңгейде жүзеге асырылады. Бәсекелестік арақатынас мызғымас тепе-теңдікке және гармонияға негізделген. Осы заңдылықтардың бұзылуы міндетті түрде саяси, әлеуметтік, экономикалық қақтығыстарға алып келеді және адамдардың денсаулығына кері әсерін тигізеді.

Г.Сельенің стресс және жалпы адаптациялық синдром атты теориясы жер беті тұрғындарының денсаулық жағдайының күрт өзгеруі, «созылмалы аурулардың» артуы, олардың бейэпидемиялық патология түрінде қалыптасуы тек жеке патогендік себептің кері әсерінен емес, патогендік ахуалдың немесе патогендік себептердің кешенді әсерінен туындап отыр деп түсіндіреді.

Бұл теория денсаулық жағдайы көптеген және әртүрлі қоздырғыштардың әсерінен туындаған дей келе, оларды стрессорлар деген атпен айқындаған. Стрессорлар организмдегі барлық жүйелердің қызметін қауырт жұмыс істеуге мәжбүрлейді. Стресс қалыпты жағдайда адамның жақсы денсаулығын («Эустресс») қамтамасыз етсе, өмір сүруге қолайсыз жағдайда патологиялық реакция туындатады («Дистресс»). Патологиялық үрдіс (дистресс) бірнеше кезеңдерден тұрады. Оның ішінде алаңдаушылық, резистенттік, қуатсыздану кезеңдері бар. Сондықтан стресс дегеніміз тек ауыру емес, ол сонымен қатар организмнің патологияға қарсы күресі, дистресстік жағдайды жеңу және эустресстің қалыптасуы деп қарастыру қажет. Бұл теорияның ажырамас бөлігіне жалпы адаптациялық синдром атты концепция жатады. Бұл концепция стресстің жүзеге асу механизмiне жауап береді. Сальенің концепциясы бойынша стресстік реакцияның жүзеге асуын «адаптивтік гармондар» қамтамасыз етеді. Адаптивтік гормондар бүйрек үсті безінің, гипофиздің алдыңғы бөлігінің және тимустың қатысуынан тұратын күрделі эндокриндік басқару және реттеу жүйесі. Адаптивті гормондардың жұмысы жүйке жүйесінен түсетін импульстің көмегімен реттеліп отырады. Сондықтан, қоршаған өмір сүру ортасының стрессогендік әсеріне бейімделу нервтік және гуморалдық жолдармен реттеледі деп айтуға болады. Фрейдизм Неофрейдизм және психосоматикалық психоаналитика теориясы натуралистік медициналық-биологиялық теориялар ішінде ерекше орын алады. Осы теорияның көмегімен Зигмунд Фрейд адам әдеттерінің психологиялық механизмі мен қозғаушы күштерін түсіндіруге күш салды. Оны үш деңгейге жіктеді. Бірінші деңгейді немесе ең басты қабатты – ессіз сфера немесе өмірдің түбірі (өмір фундусы) деп атады және оны «ОНО» деген грек терминологиясымен белгіледі. Екінші деңгейді адамның естілік немесе интеллектуалдық қызмет сферасы деп атады және оған «ЭГО» - «Мен» деген терминологиялық атау берді. Үшінші деңгейді психологиялық, эмотивтік және ессіз қимылдарды бақылау сферасы деп атады. Оған «СуперЭрго» деген терминологиялық атау берді.

Осы бағыттағы теориялардың қатарына неогиппократизм мен биотипология теориясы жатады. Бұл бағыттың туындауына медицинаның дегуманизациясы мен дәрігердің аурулардан алшақтауы себеп болды. Дәрігердің тәжірибесін лабораторлық зерттеудің, техникалық-диагностикалық және емдеу әдістерінің енуі оны пациенттен аластатты. Адам организмін бірегей психосоматикалық жүйе ретінде қарастырылуына, қоршаған ортамен байланысы мен өмір сүру салтын және өмір сүру жағдайын есепке алу қажеттігі нұқсан келтірді. Дәрігер жеке органды немесе организмнің бір бөлігін емдейтін техникке айналды. Медицина саласында

калыптасқан дегуманизация үрдісін тоқтату үшін бұл саланың классикалық шарттарын қайта қалпына келтіру қажет деген қозғалыс пайда болды. XX ғасырда бұл мәселеге арналған көптеген ғылыми мақалалар жарық көрді. Олардың қатарында орыстың белгілі хирургы С.П. Федоровтың «Хирургиядағы жолдан адасу» атты еңбегі де бар. Ежелгі классикалық медицина шарттарын қайта қалпына келтіруге бағытталған қозғалыстарды Италиялық медицина тарихшысы А. Кастильони «Неогиппократизм» деп атады. «Шынайы медицина адам организмінің барлық көріністері мен байланыстарын қамтыған, оның психоорганикалық көріністері мен қоршаған өмір сүру ортасын бірге қарастыратын адам организмінің медицинасы» – деп атаған П. Делор медициналық тәжірибеде бірегейлік шартты және әрбір адамның ерекшелігін есепке алу қажеттігін айқындап берді. Жаңа гиппократистік медицинаның I халықаралық конгресінде шамадан тыс мамандандырылуды дұрыс деп таппай, оған жалпы тәжірибелік-отбасылық дәрігердің еңбегін қарсы қойды. Конгреске қатысушылар: «Жалпы тәжірибелік дәрігер әрбір аурудың ерекшеліктерін есепке ала отырып, білікті медициналық көмекті береді, оның барысында аса қымбат ауруханалық емді, дәрі-дәрмектерді, лабораторлық-диагностикалық әдістерді мейлінше аз қолданады, аурудың өмір сүру салты мен әлеуметтік жағдайын жақсы біледі және оны науқасты емдеу барысында барынша тиімді пайдаланады» - деп көрсетті.

Неогиппократизм бағытын ұстағандардың көзқарастары соңғы кезде пайда болған **холистикалық медицина** жақтастарының ұстанымдарына сәйкес келеді. Олар әрбір ауруға жеке көзқараспен қарауды ұсынады және олардың психосоматикалық бірегейлігін мойындау қажеттігін талап етеді.

Неогиппократизмнің жаңа бағыты биотипология деп аталады. Бұл концепцияның жақтаушылары, оның ішінде Н.Пенде өзінің «Биотипологиялық медицина туралы трактатында» ауруды өзгелерден ерекше, психосоматикалық тұрғыда бірегей тұлға ретінде қарастыруды ұсынады. Әрбір жеке тұлғаның морфологиялық, физиологиялық және психологиялық ерекшелігі бар деп есептейді. Бұл бағытты қолдаушылар, адамдардың морфологиялық, эндокриндік, эмбриогенездік ерекшеліктерін есепке ала отырып адамдардың бірнеше биотипологиялық классификацияларын ұсынды. Мысалы, организмнің морфологиялық құрлысын гипостеникалық (дененің қысқа өлшемдерден тұруы), гиперстеникалық (дененің ұзарған өлшемдерден тұруы), нормастеникалық (қалыпты өлшемдерден тұруы) биотиптерге жіктеу орын алды. Эмбриогенез кезеңдерінде (М. Мартини) 4 негізгі биотиптер анықталды. Олардың қатарында энтобластикалық, мезобластикалық, эктобластикалық және хордобластикалық биотиптер бар. Ал эндокриндік бездердің қызметтік белсенділігін есепке ала отырып «Каноникалық» немесе «Стеникалық», (Эндокриндік бездер жұмысының толық тепе-теңдігі), «Фтизикус» (гипогонадизм белгілері бар) және «Апполектикус» (ас қортушы түрі) биотиптер анықталды. Осы классификациялар биотиптердің организмнің жеке жүйелері мен органдарына бейімделе жасалғандығын көрсетеді.

Сондықтан адам организмiнiң бiрегейлiгiн толық көрсете алмайды. Алайда, биотипология теориясы адам организмiнiң типологиясы туралы ғылым. Оның тәжiрибелiк маңызы, диагностиканы және емдеу шараларын әрбiр жеке тұлғаның биологиялық типтiк ерекшелiгiне қарай ұйымдастыру керектiгiн дәлелдеуiнде жатыр. Сонымен қатар әртүрлi биотипке жататындар арасында таралған патологиялар қатары да ерекше екендiгiн көрсеткен. Қызметтiк патология мен медицина теорияларының қатарына целлюлярлық патология теориясы мен оның жаңа варианттары жатады. Бұл бағыт Р. Вирховтың классикалық целлюлярлық теориясынан бастау алады (1858 жыл). Бұл теория бойынша кез келген ауру клеткалардағы өзгерiстерден туындайды. Алайда бұл концепция өзiнiң дәлелiн таба алмай отыр. Қазiргi таңда медицинада анатомиялық-морфологиялық теория қолданысқа енiп отыр. Себебi көптеген нозологиялардың нақты туындау механизмi толыққанды анықтала қойған жоқ. Г. Сельенiң көқарасы Р. Вирховтың клеткалық теориясына жақын келедi. Бұл жерде Г. Селье клеткаларды реактондармен ауыстырып, оларды өмiр сүрудiң алғашқы бiрлiгi деп белгiлеген. Реактондарды өте майда тiршiлiк көздерi және оларда минималды энергия бар деп есептейдi. Молекулярлық биологияның жетiстiктерi организмдегi патологиялар клеткалардағы элементарлық өзгерiстерден басталатындығын көрсетiп отыр. Бастапқыда клетканың микроқұрлымдары бұзылады, интоксикация және клетка iшiнiң ластану оқиғалары орын алады. Осыдан клеткада өз қызметiн атқара алмайтын жағдай қалыптасады. Дәл осы механизм генетикалық аурулардың туындауына алып келедi.

Қызметтiк патологиялар мен медицина теорияларының қатарында нервизм теориясы да бар. И.П. Павловтың И.М. Сеченовтың, С.П. Боткиннiң, Н.Е. Введенскийдiң, В.М. Бехтеревтiң А.А. Ухтомскийдiң және де өзге озық ойлы физиологтар мен клиницистердiң ғылыми-зерттеу жұмыстары нерв жүйесiнiң организмдегi атқаратын басқарушылық ролiн жан-жақты дәлелдеп бердi. Нерв жүйесi әсiресе организм мен қоршаған өмiр сүру ортасы арасындағы байланысты реттеуде ерекше үлес қосатындығы анықталды. Адам организмiнiң бiрегей жүйе ретiнде қызмет атқаруын, қоршаған орта өзгерiстерiне тез бейiмделуiн, ауыр патологиялық өзгерiстерден кейiн органдар мен жүйелердiң қайта қалыпқа келуiн реттеушi орталық нерв жүйесi екендiгi бүгiнгi таңда ешқандай күмән тудырмайды. Сондықтан «Стресс» туралы концепцияның одан ары дамуына нерв жүйесiнiң ерекше ролiн есепке алу дұрыс ықпалын тигiздi деп есептеуге болады.

Тұрғын халықтар мен денсаулық сақтаудың натуралистiк теориялары кейiнгi жылдары кеңiнен танымал бола бастады. Олардың қатарына Мальтустiң теориясын да жатқызуға болады. Жер бетi тұрғындары арасында қалыптасқан демографиялық заңдылықтарды түсiндiруге бағытталған бұл теория Т. Мальтустың «Тұрғын халықтардың даму заңдылықтары туралы тәжiрибе» (1798) атты еңбегiнде жан-жақты талқыланған. Оның бұл теориясы XX ғасырдың екiншi жартысында өз дәлелдерiн таба бастады. Осы кезеңде жер бетi тұрғындарының саны жылдам ұлғайып, 20-25 жылда екi есеге арта бастады. Сондықтан жер бетiндегi ашаршылық, жұмыссыздық,

аурулардың кеңінен таралуы материалдық байлықтың кедейлер мен байлар арасында дұрыс бөлінбеуінен емес, халықтың тез көбеюінен туындап отыр деп көрсетеді. Мальтуистік теорияның жақтастары жер бетінде артық дүниеге келген адамдар өздерін қажетті тұрмыстық заттармен және азық-түлікпен қамтамасыз ете алмайды деп есептейді. Ал, дүниеге келген артық тұрғындардың денсаулығы үшін күресу, әлеуметтік тұрғыда қорғау табиғаттың заңдылықтарына қайшы келеді. Ол аморальдық сипаттағы қимылдар және адамзаттың дамуын тежейді деп көрсетеді.

Адамзаттың даму тарихы, тұрғындардың құрамы мен санының табиғаттың заңдылықтарына сай түзелмейтіндігін көрсетіп отыр. Демографиялық үрдістің бағыты бірінші кезекте әрбір елде қалыптасқан әлеуметтік-экономикалық, саяси, экологиялық және медициналық ақуалдарға байланысты. Осы үрдістерді дұрыс қалыптастыра отырып демографияға әсер етуге болады. Оның мысалы ретінде Франциядағы соңғы 20-30 жылда қалыптасқан демографиялық ақуалды алуға болады. Дұрыс және белсенді ұйымдастырылған демографиялық саясаттың арқасында, Франция мемлекетінің тұрғындары 50 миллионнан асып отыр. Ал, Жапонияда қолға алынған осындай саясат тұрғындардың жылдам өсуін тоқтатты. Бұл шаралардың барлығы дерлік Мальтуистік заңдарды дәлелдемейді, керісінше дұрыс ұйымдастырылған әлеуметтік-экономикалық саясаттың нәтижелері болып табылады.

Жаңа Мальтуистік теориялар да демографиялық үрдістің түбірінде табиғи заңдылықтар жатыр деп есептейді. Жер бетіндегі демографиялық ақуалды дұрыс қалыптастыру үшін өлім оқиғаларын тежемей, туылу оқиғаларын азайту қажет. Керекті жағдайда, адам санын төмендету үшін соғыс қимылдарын пайдалану керек деп түйіндейді. Бұл бағыттың ең белсенді қолдаушысы У.С. Томсон «Популяция және даму» атты еңбегінде: «Тұрғындардың тоқтаусыз өсімінен туындайтын қысымды азайту үшін туылу үрдісін қатаң бақылауға алу керек. Осындай бақылаудың тиімді жолы ретінде ашаршылықтан және аурулардан адамдардың өлімін жоғарылату. Ал осы шаралардың тиімсіз тұстарында соғыс қимылдарын қолдануды қажет» деп жазады. Жаңа Мальтуистердің бірі В. Фогт: «Соғыс және экономикалық тоқырау-демографиялық үрдісті реттейтін ең тиімді құрал» - деп атап өтеді. Осы бағыттың жеке мүшелері «Тұрғындардың оптималдық саны» деген концепцияны ұсынады. Олардың есебінше жер беті тұрғындарының оптималды саны 1 миллиард адамнан аспауы тиіс және әрбір тұрғын өз еңбегіне сай қажетті тауарлармен және азық-түлікпен қамтамасыз етілуі қажет. Алайда осындай оптимумды қамтамасыз ету үшін олар контрацептивтерді кеңінен қолдану, туылу оқиғаларын барынша азайту, соғыс қимылдарын қолданып, өлім деңгейін арттыру сияқты антигумандық әдістерді ұсынады. Соңғы кездерде синтетикалық немесе әмбебап теориялар қоғамдық денсаулық саласында жиі қолданыс таба бастады. Олардың қатарына қоғамдық жүйелер мен денсаулық сақтаудың конвергенциялық теориясы жатады. Бұл теория әлеуметтік жүйеде жоспарлау, мемлекеттік реттеу, бағдарламалау, маркетинг, менеджмент, заманауи индустриалдық

технология, саяси технология сияқты қоғамдық механизмдерді пайдалану қажеттігін ұсынады. Бұл механизмдер қоғамда әлеуметтік гармония қалыптастырып, ғылыми-техникалық дамуды жылдамдатады деп есептейді. Басқаша айтқанда, денсаулық сақтау саласында тұрғындардың сұранысы мен мемлекеттің экономикалық шамасына тура келетін медицина жүйесін қалыптастыру қажеттігін дәлелдейді.

Осы бағыттағы екінші концепция «Адамдар капиталы» деп аталады. Бұл теорияны ұстанушылар, оның ішінде дүниежүзілік денсаулық сақтау Ұйымы (ДДСҰ) адам денсаулығына және медицина саласына қаржыны аяуға болмайды деп есептейді. Денсаулыққа кеткен қаржылай шығын үлкен экономикалық тиімділікпен қайтады. Қоғамның одан ары дамуына алып келеді. Керісінше, алды алынбаған аурушандық, мүгедектік және ерте жастан өлім оқиғалары мемлекетке орасан зор шығын келтіреді.

Медицинаның детерминациялық теориясы патологиялық үрдістердің дамуына алып келетін механизмдерді, денсаулықты сақтауға және қалыптастыруға байланысты заңдылықтарды біріктіре қарайтын бағыт болып табылады. Бұл теория бойынша барлық стрессорлар бір-бірімен тығыз байланыста және реактивті детерминация заңы бойынша әсер етеді деп түсіндіреді. Детерминацияның негізгі әсер ету бағытына қарай гомеостатикалық, эволюциялық, экологиялық, психосоматикалық, реактивтік детерминизм деп жіктеледі. Аты аталған теориялар денсаулық сақтау саласындағы барлық теорияларды қамти қоймайды. Олар тек ең жиі қолданылатын теориялар болып табылады.

1.3. Демографияның медициналық-әлеуметтік қырлары.

Тұрғындардың бір аумақтан екінші аумаққа немесе елден сырт жерлерге қоныс аударуын механикалық қозғалыс немесе миграция деп атайды. Миграция деген сөз латын тілінен туындаған, қоныс аударам немесе өтемін деген мағынаны береді. Миграцияның жиілігі әлеуметтік-экономикалық және саяси жағдайларға тікелей байланысты. Мысалы XX ғасырдың соңында бұрынғы Кеңестер Одағында орын алған миграциялық үдеріс империяның ыдырап, көптеген тәуелсіз мемлекеттердің пайда болуына және осы елдерде әлеуметтік-экономикалық тоқыраудың өте терең болып қалыптасуына байланысты болды.

Миграцияның бірнеше түрлері бар, оның ішінде:

- Қайтарымсыз немесе түпкілікті (қоныс аударуға байланысты тұрғын аумағын түпкілікті өзгерту);
- Уақытша (ұзақ мерзімге, бірақ шектеулі уақытқа қоныс аудару);
- Мезгілді (жылдың белгілі бір кезеңіне қоныс аудару);
- Тербелісті (тұрғын аумағының шекарасынан тыс жерде орналасқан жұмысына немесе оқуына тұрақты қатынау);
- Қайтарымды миграция;
- Амалсыз (қашқындар немесе жер аударылғандар)

Сонымен қатар сырттай (өз елінен тыс) және іштей (ел аумағында) миграциялар бар. Сырттай миграция эмиграция және иммиграция деп жіктеледі. Эмиграция дегеніміз азаматтардың өз елінен өзге елге тұрақты қоныс аударуын немесе ұзақ мерзімге қоныс аударуын айтады. Иммиграция- азаматтардың өзге елден осы елге қоныс аударуы болып табылады.

Іштей миграция бір ауданнан екінші ауданға немесе ауылды жерден қалаға қоныс аудару болып табылады. Қалаларға бағытталған миграцияға байланысты урбанизация деген ұғым пайда болды. Ауылдың немесе кішігірім қалалардың тұрғындары ірі қалаларға жиі қоныс аударады. Оның негізгі себептеріне ауылды жердегі жұмыссыздық, әлеуметтік-экономикалық және тұрмыстық жағдайдың ауырлығы жатады.

Тұрғындардың миграциясы туралы деректерді ішкі істер органдарының келу және кету оқиғаларын есепке алу құжаттарындағы мәліметтерді сараптау арқылы жинақтайды.

Миграциялық үдерісті бағалау үшін арнайы көрсеткіштерді қолданады. Олардың ішінде ең жиі пайдаланатындары:

- әрбір 1000 тұрғынға балап есептегендегі көшіп келгендер саны;
- әрбір 1000 тұрғынға балап есептегендегі көшіп кеткендер саны;
- миграциялық өсім;
- миграция коэффициенті.

Жоғарыдағы көрсеткіштерді есептеу үшін мынадай формулалар қолданылады:

- Көшіп келгендерді 1000 тұрғынға балап есептегендегі көрсеткіші:
әкімшілік аумаққа көшіп келгендер x 1000;

тұрғындардың орташа жылдық саны

- Көшіп кеткендерді 1000 тұрғынға балап есептегендегі көрсеткіші:
әкімшілік аумақтан көшіп кеткендер x 1000;

тұрғындардың орташа жылдық саны

- Миграция коэффициенті = $\frac{(\text{көшіп келгендер} + \text{көшіп кеткендер})}{\text{стационарлық тұрғындар санын, 100\% деп есептегенде.}}$

Миграциялық өсім көрсеткішін абсолюттік немесе салыстырмалы шамалар арқылы есептеуге болады. Миграциялық үрдістің күшеюі барлық елдерде байқалады.

1.4. Қазақстан Республикасындағы демографиялық жағдай.

XX ғасырдың 60-шы жылдарынан бастап Қазақстан халқы миграциялық қозғалыстардың әсерінен күрделі құрамдық және сапалық өзгерістерге ұшырауда. 1968 жылға дейін Республикаға келуші мигранттардың саны, шет елдерге кетуші эмигранттар санынан бірнеше есе артық болып қалыптасты. Мысалы, 1950-1959 және 1960-1969 жылдардағы Республика халқының мигранттар санымен толығыуы 1000 тұрғынға балап есептегенде 12 және 4,9 адамға дейін жетті.

1970-1979 және 1980-1989 жылдары миграциялық қозғалыс Республикадан тыс бағытта өрби бастады. Осыдан Қазақстан халқы санынан азаюы 100 тұрғынға балап есептегенде 5-7 адамды құрады. Миграция салдарынан XX ғасырдың 70 жылдары Қазақстандағы табиғи өсім деңгейі 28% төмендеді, ал 80 жылдары 38% азайды. Осы 20 жыл ішінде халықтың табиғи өсімінің кемуінен Республика 5 миллион адамнан айрылды. 1990 жылдары басталған саяси-экономикалық өзгерістерге байланысты Кеңестер Одағындағы миграциялық үрдіс жаңа қуат алды. Қазақстан республикасына 1940-1945 жылдары депортацияға ұшырап қоныс тепкен және 1954-1975 жылдары тың өлкені игеру деген мақсатпен қоныс аударып келген өзге ұлт өкілдері елдеріне жаппай қайта бастады. Егер 1987 жылы Қазақстаннан 7,1 мың адам эмиграция жасаса, 1988 жылы-23,6 мың, 1989 жылы-53 мың адам қоныс аударды. Бұл кеңестер Одағындағы эмиграцияның жартысынан астамы (108,2 мың адам) болатұғын.

1991 жылғы статистикаға қарағанда Республикадан тыс елдерге қоныс аударғандардың 77,9 мыңы Германияға (92,6%), қалғандары Греция, Израиль және Ресей мемлекеттеріне бет бұрды. Мемлекетіміздің тәуелсіздік алуы эмиграциялық қозғалысты одан ары өршітті. Осының салдарынан Республика тұрғындарының табиғи өсімі 1990-шы жылы 55,8%-ға, 1991 жылы-22,2%-ға 1992 жылы-89,3%-ға төмендеді.

1993 және 1994 жылдардағы шетелдерге бағытталған миграциялық қозғалыстар табиғи өсімнен 1,4 және 2,8 есе жоғары болып шықты.

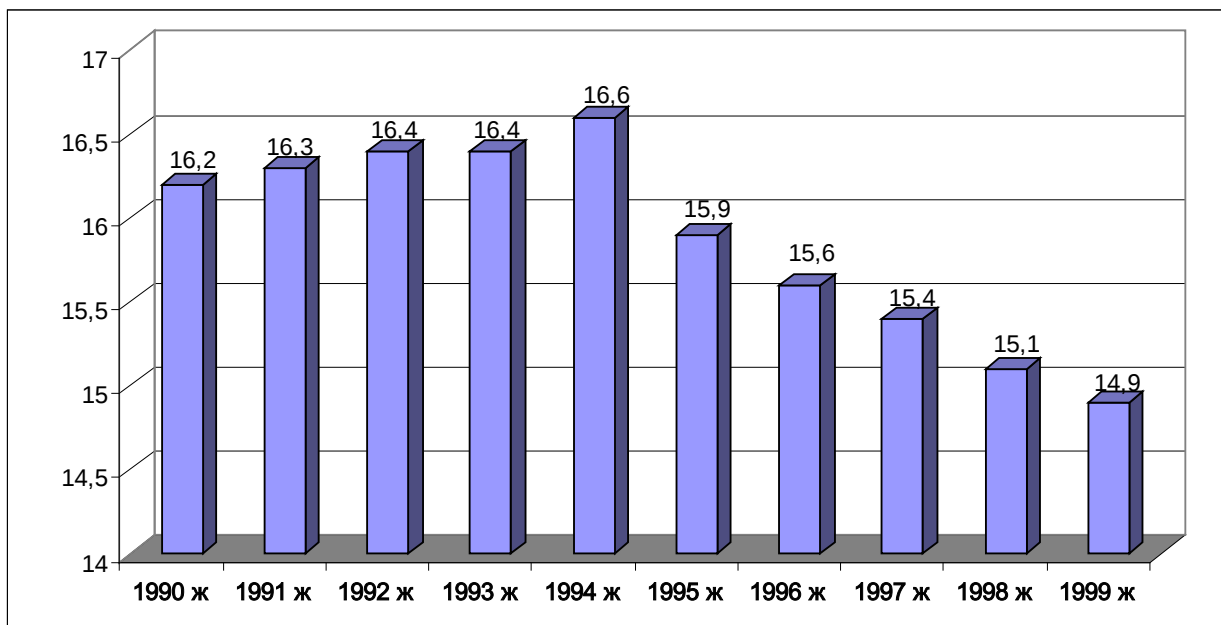
1992-2000 жылдар арасындағы мемлекеттер арасындағы миграциялық алмасуға 111 мың қатысты. 1996 жылғы деректерге қарағанда біздің еліміздің аумағынан 54 мың, ал 1997 жылы-38 мың адам өзге елдерге қоныс аударды. XX ғасырдың 90 жылдарының соңында Республикадан қоныс аудару үрдісі саябырсып, 1999 және 2000 жылдары 37,1 мыңнан 33,6 мың адамға дейін төмендеді. Осы кезеңнен бастап біздің елімізге бағытталған миграция ұлғая бастады. Сондықтан осы кезеңге дейінгі миграциялық теріс сальдо бірте-бірте жойылып оңды сальдоға қарай бет бұрды.

Осылайша 2000 жылы 1994 жылға қарағанда эмигранттар саны 3 есе төмендеді, ал миграциялық теріс сальдо болса 3,3 есеге азайды.

1999 және 2000 жылдары біздің Республикадан өзге елдерге қоныс аударушылар саны 65588 және 69365 адамды құрады 2001 жылдың 1 жарты жылдығында теріс сальдо 46126 адамды құраса, 2002 жылы 41724 адам болып шықты. Осы кезеңде біздің Республикаға өзге елдерден қоныс аударушылар саны өсе бастады. Оның ішіндегі этникалық қазақтардың үлес салмағы басым бола түсті. 1989 бен 2000 жылдар арасындағы статистикалық деректерге қарағанда, біздің Республикадан өзге елдерге қоныс аударған эмигранттардың саны 3,5 млн-ға жетті. Осы уақыттағы теріс миграциялық сальдо 2,1 млн адамды құрады. 9 жылдың ішінде Республика тұрғындарының саны 16452 миллион адамнан 14821 миллионға дейін кеміп кетті.

(1 сурет) Жергілікті ұлт өкілдері мен Азиялық ұлт арасындағы туылу көрсеткішінің жоғары болуына қарамай Республика тұрғындарының саны 1989 жылдан 2000 жылға дейінгі аралықта 10% төмендеді.

1990 жылдардағы миграция үрдісінің сипаты мүлдем өзгеше бағытта өрбіді. Осы кезеңдегі миграция Қазақстан мен бұрынғы Одақтас республикалар арасында қалыптасып, оның ішінде Ресей, Украина, 1 сурет. 1 сурет. Қазақстан Республикасы тұрғындарының 1990-1999 жылдардағы (млн. адам) саны



Беларусия және Балтық жағалауы елдері арасында орын алды. Ал, Қазақстан Республикасына бағытталған миграциялық қозғалыс Өзбекстан, Түркіменстан, Тәжікстан және Қырғыз Республикаларынан, сонымен қатар, Ауғаныстан мен Монғолиядан Қазақстанға қоныс аударған этникалық қазақ диаспораларынан түзілді.

Эмиграциялық топтардың ұлттық құрамы 1990 жылдан бері аса үлкен өзгеріске ұшырай қойған жоқ. 1994 жылғы Республика аумағынан қоныс аударғандардың 58,5%-орыстар, 8,0%-украиндар 19,0%-немістер, 3,0%-қазақтар болса, Республикаға қоныс тепкендердің 44,0%-орыстар 28,0%-қазақтар 7,0%-украиндар 4,0%-немістер болып шықты.

2000 жылғы эмигранттардың этникалық құрамы мынадай болып шықты: Орыстардың үлес салмағы 58,4%, немістердің-18,6%, украиндардың-8,8%, қазақтардың үлес салмағы-4,6%. Осы жылғы Қазақстанға қоныс тепкендер арасындағы орыстардың үлес салмағы 41,4%, қазақтардың үлес салмағы-33%, украиндардың 6%, немістердің үлес салмағы-3,6% болып шықты. Біздің Республиканың демографиялық шығыны барлық ұлттардан тұрғанымен,оның 60% орыстардың эмиграциясынан туындап отыр.

Немістердің эмиграциядағы үлес салмағы да айтарлықтай және олардың миграциялану үрдісі 2 рангалық орынды алған болып шықты. Біздің республикада 1989 жылғы халық санағы бойынша тіркелген 1 миллионнан астам немістердің 80%-нан артығы Германияға қоныс аударды.

Оңды миграциялық сальдо тек шет елдерден қайтатын этникалық қазақтар үшін қалыптасты. Осының барлығы шет елдерге XIX және XX

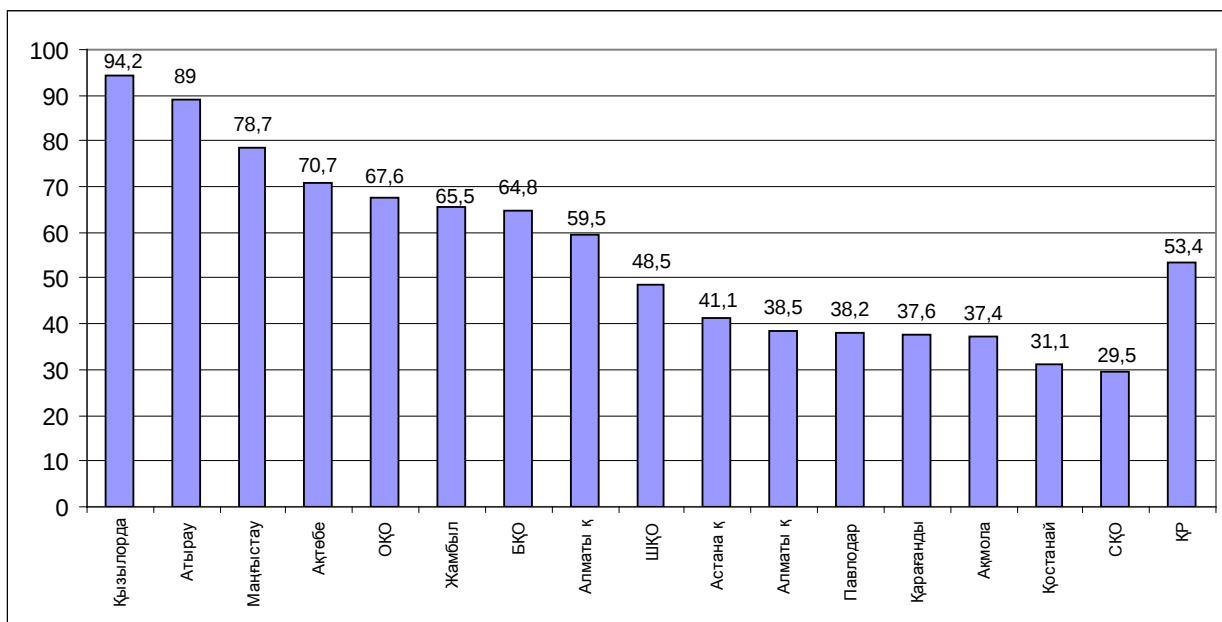
ғасырлардағы қуғынға байланысты қоныс аударған қазақтарды елге қайтару жөніндегі мемлекеттік саясаттың арқасында туындаған жағдай деп есептеуге болады.

1991 жылдан 2000 жылға дейінгі аралықта Республикаға 42,3 мың отбасы оралды, ал келген оралмандардың жалпы саны 183,6 мың адамға жетті. 2000 жылғы миграциялық агенттіктердің мәліметтеріне қарағанда Республикаға 20,7 мың қазақ-репатрианттар отбасылары оралды. Олардың 2/3 бөлігі бұрынғы Одақтас Республикалардан, ал қалғандары алыс шет елдерден оралғандар.

1999 жылғы алғашқы республикалық ұлттық санақ бойынша анықталған тұрғындардың 53,4% қазақтар болып шықты, ал 1989 жылғы санақ бойынша республикадағы этникалық қазақтар саны бар болғаны 40% құрған еді. 2007 жылғы статистикалық деректерге сүйенсек, Республика тұрғындарының құрамындағы этникалық қазақтардың үлес салмағы 59,4% құрады (2 сурет).

Сонымен, миграциялық үрдістің этникалық және әлеуметтік-кәсіби сипаттамасы соңғы он жыл ішінде күрделі өзгеріске ұшырады. Республикада қазіргі қалыптасқан этнодемографиялық жағдай еліміздің одан ары тұрақтануына, қазақ этносының өз отанында жеткілікті артықшылықтарға ие болып, егемендіктің нығая түсуіне себеп болуда. Осыған Қазақстан республикасының 1992 жылы қабылдаған «Иммиграция туралы Заңы» және қазақтарды отанына қайтару саясаты ерекше үлес қосып отыр.

2 сурет. Қазақ халқының Республика және облыс тұрғындары санындағы үлес салмағы (%)



Қазақстанға қоныс аударуға деген этникалық қазақтардың көңіл-күйіне әлеуметтік-экономикалық жағдайдың әсері күшті. Кеңестер Одағының ыдырауы Республикада терең экономикалық тоқырауға алып келді. Көптеген зауыттар мен фабрикалар жабылды, тұрғындар арасында жаппай жұмыссыздық орын алды. Осының барлығы тұрғындардың өмір сүру жағдайын нашарлатып, миграциялық үрдістің экономикасы дамыған, әлеуметтік-экономикалық жағдайы жоғары елдерге қарай бағытталуын қамтамасыз етті. Біздің Республикадағы 1994 жылғы қалыптасқан анық еңбек ақы көлемі орта есеппен Америка Құрама Штаттарының валютасымен есептегенде 24 долларға тең болып шықты. Еңбек ақының көлемі Қазақстан Республикасының әртүрлі аумақтарында әртүрлі болып қалыптасты. Республикадағы экономикалық жағдай 1996 жылдан бастап бірте-бірте өсті. 1996 жылы еңбек ақының орта деңгейі 8770,1 теңгеге теңеліп, АҚШ валютасымен есептегенде 121 долларға жетті. Бірақ, бұл деңгей жұмыс қолын сақтап қалуға жағдай туғыза алмады.

Мемлекеттік статистика жөніндегі комитеттің деректеріне қарағанда Республика еңбеккерлерінің 1995 жылғы табысы 1989 жылғы көрсеткішпен салыстырғанда 26% төмен болып шықты. Тұрғындардың табыс көзінің төмендігі олардың тағамдық заттарға сұранысын азайтты, азық-түлік сапасына деген талғамын нашарлатты. 1989 жылғы тұрғындар табысының 39% тамаққа жұмсалса, 1995 жылы табыстың 45%-нан 70%-ға дейін шығындалды. 1993 жылы ұлттық валютаны енгізгеннен соң тұтыну бағалары жылдам өсіп, 3 жылдан кейін оның деңгейі 35 есеге жоғарылады.

Республикадағы өмір сүру минимумынан төмен орташа табыс табатын тұрғындар саны жылдам өсті. 1992 жылы осындай тұрғындардың үлес салмағы 11,9%-ға болса, 1993 жылы-18,2%, 1994 жылы – 32%-ға, 1995 жылы - 35% дейін жетті. Басқаша айтқанда, Республика тұрғындарының 3/1-нен астамы кедейлер қатарына жатты. Ұлттық статистика жөніндегі Агенттіктің деректеріне қарағанда, тұрғындардың кедейлену деңгейі 1996 жылдан 1998 жылға дейін 34,6%-дан 43,4% дейін артты.

Тұрғындардың табысы мен әлеуметтік жағдайының нашарлауына жұмысшылар еңбек ақысын дер кезінде төлемеу себеп болды. 1997 жылғы өндіріс орындарының еңбек ақыны өтемеу шамасы 47,9 миллиард теңгені құрады немесе 660 млн.долларға тең болды. Олардың еңбек ақыны төлемеу мерзімі 3 айдан асты. Осындай өндіріс орындарының саны 75% құрады. Сараптама бағалау көрсеткендей еліміздегі жұмыссыздардың саны 10% жетті де, 1995 жылдан 1999 жылға дейін осы деңгейден түскен жоқ.

Миграциялық үрдістің жеделдеуіне бұрынғы Одақтас Республикалар арақатынастың нашарлауы, әлеуметтік көмектің төмендеуі және коммуналдық көмектің мүлдем бұзылуы ерекше әсерін тигізді. Әртүрлі Республикаларда тұратын ағайындардың қатынасы үзілді. Ал, Одақтас Республикалар арасында автомобиль, темір жол және авиация қатынасының нашарлауы, жол ақысының қымбаттауы миграцияға өз ықпалын тигізбей қоймады. Кейінгі жылдардағы нарықтық қатынастың тереңдеуі, экономикалық оңтайлаулар өндірістің дамуына жағдай туғызды.

Өнеркәсіптің қаржылай көрсеткіштері жалпы экономиканың дамуы дұрыс бағытта өрбіп жатқандығын байқатты. Сонымен 1999 жылдың аяғы мен 2000 жылдың басынан бастап Қазақстан Республикасында экономиканың дамуы үдей түсті.

Экономиканың қайта көтерілуі демографиялық үрдісті дұрыс бағытта өрбітуді қажет етіп отыр. Сондықтан миграциялық қозғалысты реттеу бүгінгі таңның аса маңызды саяси, экономикалық, демографиялық мәселесіне айналып отыр.

Миграцияның болашағы әртүрлі себептерге байланысты. Оның ішінде ішкі саяси жағдайға, экономиканың дамуына және әлеуметтік-экономикалық жағдайға тікелей байланысты. Сырттан Республикаға бағытталған миграцияның болашағы жеке Республикалардағы этникалық-саяси шиеленістерге байланысты. Сонымен қатар, миграцияның жүруіне әсерін тигізетін тағы бір себеп-экологиялық-географиялық жағдай болып табылады. Аймақтағы жер сілкіністі экологиялық жайсыздықтар адамдардың шығыны мен олардың жедел миграцияға ұшырауына алып келеді. Республикаға келген мигранттардың қатары Монғолиядан, Қытайдан, Ираннан және өзге елдерде тұратын қазақтардан түзілген. Олар этникалық қазақтарды отанына қайтару туралы еліміздің ұстанып отырған мемлекеттік саясатына сәйкес ұйымдасқан түрде елге оралуда. Оралған қазақтарға үй-жай беру әлеуметтік тұрғыда қамсыздандыру, жұмыспен қамту және бизнеспен айналысуға жағдай жасау мәселелерімен мемлекеттік органдар жоспарлы түрде, белгілі бір бағдарлама бойынша жүзеге асырады.

Россия мемлекетінде өмір сүріп жатқан қазақ диаспорасы 1,5 миллионды құрайды. Олардың басым бөлігі Қазақстанмен шекаралас облыстардың аумағында қоныстанған. Олардың елге қоныс аударуына кез келген жайсыз жағдай себеп болуы мүмкін. Шет елдерде өмір сүріп жатқан қазақтар тұрғылықты жерін тастап кетуге құқылы емес. Олардың орнынан үдере қозғалуына тек экономикалық, әлеуметтік және экологиялық қиыншылықтар себеп болуы мүмкін. Мемлекетіміздің оралмандар миграциясы саласындағы ұстанып отырған саясаты – бұрынғы Одақтас Республикалардан, Балтық жағалауы елдерінен және алыс шет елдерден этникалық қазақтарды отанына қайтару болып табылады. Оның құқықтық негізін «тұрғындардың миграциясы туралы» заң қамтамасыз етеді. Ал этникалық қазақтарды елге қайтару туралы шешімінің іске аспауына елімізде жүрген ұзақ мерзнді демографиялық империалистік саясат себеп болды. XX ғасырдың 60 жылынан бастап біздің Республикада этникалық немесе аборигендік қазақтар өз елінде азшылыққа ұшырап, тепкі көре басталды. Ал 1970 жылдан 1989 жылға дейін орыстардың саны үнемі және жасанды түрде қазақтардың санынан артық етіп қалыптастырылды. Осылайша орыстар өздерінің басқаншылық, отаршылдық саясатын жүзеге асырып отырды. Еліміздің тәуелсіздік алуы Республикада тек экономикалық, әлеуметтік және саяси тоқырау туғызып қалған жоқ, сонымен қатар демографиялық ақуалға күшті ықпалын тигізді. Өзге этностардың өз елдеріне жаппай эмиграция жасауы, әсіресе неміс, орыс және украин халықтарының тарихи отандарына

карай үдере және жаппай көшуі Республикадағы тұрғындар санын кемітіп қана қоймады. Оның оңды ықпалы Республика тұрғындары ішіндегі қазақ халқының үлес салмағын күрт арттырып, өз елінің иегері болуына жол ашқандығы деп есептеуіміз қажет. Осының арқасында Қазақстанда қазақ тілінің, қазақ халқының өсіп өркендеуіне, тәуелсіздіктің нығаюына, кезінде Отанынан үдере көшіп кеткен отандастарымызды елге қайта көшіріп алып келуге бағытталған саясатты белсенді қолға алуға жағдай туғызды.

Ал, этникалық қазақтардың шет елдерден Отанымызға оралуы Республикадағы ұлттық саясаттың одан-ары күшейе түсуіне ықпал ететіндігі сөзсіз. Әсіресе, орыстар қалың орналасқан Қостанай, Ақмола, Солтүстік Қазақстан, шығыс Қазақстан облыстарында қазақ халқының үлес салмағының артуына жағдай туғызды. Мемлекеттік миграциялық саясатты жүргізу тәуелсіздік жылдарында тарихи отанына 1 миллионнан астам қазақтардың қайта оралуына алып келді. Оның 60%-дан астамы бұрынғы Одақтас Республикалардан және Ресей республикаласынан қайта оралғандар болып шықты. Оралмандардың алыс шет елдерден келгендері Туркия, Монголия, Қытай, Иран, Ауғанстан, Пәкістан, Сауд Аравиясы және өзге елдерден оралғандар. Демографтардың деректеріне қарағанда, қазіргі таңда 5 миллионнан астам қазақтар өз Отанынан алыста өмір сүреді. Олардың 1,5 миллионы Қытайда, 2 миллионы Өзбекстанда және 1,5 миллионы Ресейде тұрып жатыр.

Миграциялық үрдіс Республикада көптеген әлеуметтік-экономикалық, медициналық-демографиялық мәселелердің туындауына алып келуде. Оның ішінде мигрант оралмандардың жаңа экологиялық, экономикалық, тұрмыстық, әлеуметтік жағдайларға бейімделуі. Жергілікті халықтың генофонына өзгерістер әкелуі, оралмандар мен жергілікті тұрғындардың ара қатынасын реттеу, мигранттар алып келген инфекциялардың кеңінен таралу мәселелері мемлекеттік органдарға жіті жұмыс атқарып, профилактикалық шараларды дер кезінде жүзеге асыруды талап етеді.

Жаңа орында қоныстану жаңа экологиялық-географиялық жағдайға бейімделуді қажет етеді. Бұл адаптацияның биологиялық және әлеуметтік-медициналық қырлары бар екендігін есепке алмаса болмайды.

Организмнің биологиялық адаптациясы-жаңа табиғи, климаттық жағдайларға, судың құрамына, жергілікті тағамдық заттарға, қоршаған орта нысандарының өндірістік қалдықтармен ластануына бейімделу үрдісі болып табылады.

Жоғарыда аталған биологиялық адаптация, әлеуметтік адаптация үрдісімен қатар жүзеге асады. Басқаша айтқанда, жергілікті тұрғындар арасына, экологиялық және мәдени ортаға, еңбек ету және демалысты ұйымдастыру дәстүрлеріне бейімделу мәселесі туындайды.

Осы жағдайдағы қорқыныш пен күмәндану, өмір сүрудің қаталдығы, тұрмыстық қиыншылықтар адам психикасына қатты қысым түсіріп, стресске, неврозға, психикалық ауытқуларға, қан айналу жүйесі патологияларының туындауына алып келеді.

Көптеген авторлардың деректеріне қарағанда, миграциялық стресс невротикалық және психикалық ауытқулардың туындауына, апатикалық депрессиялық реакцияның пайда болуына, гипертония және жүрек ишемиясы ауруларының дамуына алып келеді. Асқазан мен ұлтабар жарасының, холецистит, колит, бронх демікпесі ауруларының қозуына себеп болады. Әйелдердің репродуктивтік қызметінің бұзылуы жиілейді. Әйелдер арасында жыныс органдарының инфекциялық қабыну аурулары жиі кездеседі. Осыдан әйелдердің репродуктивтік қызметі бұзылады. Оралман әйелдердің арасында аборигендік әйелдерге қарағанда балаларды шала босану, нәрестелердің өте төмен салмақта туылуы, перинаталдық өлімнің жоғары болуы, сәбилер арасындағы шетінеу оқиғалары жиі кездеседі. Осы тұлғалар арасында экстрагенителдық аурулар кеңінен таралған, оның ішінде созылмалы бронхиттер, анемия, пиелонефрит, туберкулез, В-гепатиті және өзге аурулар бар.

Аридты аумақтағы қатаң табиғи себептер мигранттар организміне жоғары талаптар қояды. Жоғары температураның әсерінен жеке рефлекторлық реакциялар арасындағы қатынас бұзылады, ішкі ағзалардың қызметі нашарлайды. Жалпы организмнің осындай жағдайға бағытталған жауабы көп бағытты болады. Осыдан организмнің жеке жүйелеріндегі өзгерістер күрделі болып қалыптасады. Сондықтан мигрант-оралмандар организмнің адаптациясын медициналық-биологиялық тұрғыда зерттеу, жаңа әдістемелік жолдарды қарастыруды қажет етеді.

Ғалымдардың кешенді зерттеу жұмыстары, жаңа геомагниттік және күн радиациясының толқыныстарынан адам организмі жауаптары ішкі ағза қызметінің жағдайына байланыстылығын көрсетеді. Осы жағдайда ауру және сау организмдердің бейімделу үрдісі мүлдем өзгеше болып келеді. Аборигендік және жаңадан қоныс аударған адамдар организмдері табиғат құбылыстарына әртүрлі жауап береді. Бұл жағдайда организмнің қызметін қамтамасыз ету үшін шамадан артық энергияны пайдалану қажеттілігі туындайды. Себебі, клетка және клеткааралық мембраналарды қорғау үшін жаңа пластикалық, энергетикалық материалдар қажет. Қатаң геомагниттік толқулар туралы организмге жаңа хабар түсе салысымен, организм өзінің ішкі қорларын жұмысқа тартады. Жаңадан қоныстанған мигранттар организміне жергілікті жердегі судың және атмосфералық ауа құрамының тигізетін әсері жеке авторлардың еңбектерінде жан-жақты талқыланды.

Мысалы, Ж.Қ.Ержанованың диссертациялық еңбегінде мигрант балалар организмнің иммундық және кардиореспираторлық жүйесінің Оңтүстік Қазақстан облысының, оның ішінде Шымкент қаласының өмір сүру ортасы жағдайына бейімделу механизмдерді жан-жақты талқыланды. Осы жерде мигрант балалардың организмі тек климаттық-географиялық ортаға емес, сонымен қатар қатаң экологиялық-гигиеналық жағдайға да бейімделетіндігі баса көрсетілген. Оңтүстік аумақтағы климаттық-географиялық және экологиялық-гигиеналық жағдайға Солтүстік аумақтардан келген мигранттар организмнің адаптациясы өте көп патологиялық және физиологиялық өзгерістердің туындауы арқылы жүреді.

Кардиореспираторлық жүйе кез келген адаптациялық өзгерістерге тез арада қызметтік өзгерістермен жауап береді. Ол өзгерістер көбінесе тамыр соғу жиілігінің артуы, тыныс алудың жылдамдауы, қан қысымының жоғарылауы арқылы көрініс береді. Алайда, адаптациялық қуаты төмен адамдарда нейроциркуляторлық дистония, гипертония сияқты патологиялық ауытқулар да клиникалық көрініс беруі ықтимал. Қызметтік ауытқуларды анықтау мақсатында физикалық жүктемелерді қолдану өте тиімді болып шықты. Физиологиялық және патологиялық ауытқулары бар тұлғалардың организміне жаңа экологиялық-гигиеналық, климаттық-географиялық жағдайда физикалық жүктеме беру, қызметтік көрсеткіштің барынша жоғары деңгейде ауытқуымен көрініс береді. Осы ауытқулар нәтижесінің статистикалық нақтылығы мигрант-оралмандар организмінің адаптациясы өте күрделі физиологиялық қызметтік ауытқулардың туындауы арқылы жүретіндігін байқатты.

Оралман-мигранттардың организмінде сыртқы климаттық-географиялық және экологиялық-гигиеналық себептерден туындайтын өзгерістері бірінші кезекте иммундық жүйе қызметінде көрініс береді. Соңғы автордың зерттеулерінде анықталған ғылыми нәтижелер мигранттардың иммундық жүйедегі өзгерістері Т-лимфопения, иммуноглобулиндер деңгейінің артуы, лейкопения мен лимфопения және айналымдағы иммундық кешендердің мөлшерінің артуы арқылы жүретіндігін көрсетті. Мигранттардың иммундық жүйе қызметінің үлкен қысымда болуына байланысты, олардың адаптациясын қалыптастыруда арнайы медициналық-профилактикалық шараларды қолдану қажеттілігін көрсетті.

Физикалық жүктемеден кейін оралман балаларда лейкоцитарлық клеткалар санының артып, лимфоцитарлық клеткалардың жоғарылауы байқалады. Осыған қарағанда, мигранттардың иммундық жүйе қызметінің адаптациялық қуаты аса жоғары еместігі көрініп тұр. Ал аборигендік топтағы лейкоцитоз бен лимфоцитоз деңгейі мигранттар көрсеткішінен 21,0% бен 8,2% төмен болып шықты. Физикалық жүктеме әдісімен жүргізілген салыстырмалы зерттеу жұмысы экологиялық-гигиеналық тұрғыда лас аумақта қоныстанған мигрант-оралмандардың адаптациясы барынша қиындықта жүретіндігін байқатып отыр. Дәл осындай көріністер кардиореспираторлық жүйе қызметінің адаптациясына да тән болып шықты.

Жеке авторлардың зерттеулері ересек әйелдермен еркектердің миграциялық үрдістерге байланысты дене салмақтары және нерв-психикалық көрсеткіштері өзгеріп, анемия, қалқанша безінің патологиялары мен жүрек, өкпе, ас қорыту ағзаларының аурулары туындайтындығын көрсетті. Қоныс аударған адамдарға арналған лагерде 5 жыл өмір сүрген әйелдердің денсаулығын сараптау, олардың арасында бірінші кезекте нерв-психика жүйесінің бұзылыстары туындайтындығын анықтады. Бұл сөз жоқ миграцияға байланысты туындайтын стресстің әсері деп бағалануы тиіс. Себебі дәл осындай психоневрологиялық ауытқулар зерттелген әйелдердің барлығында туындаған болып шықты.

Миграцияның алғашқы жылында дезадаптациялық үрдіс, жаңа қоныс орнының жайсыз болуы, болашақтағы өмірге сенімсіздік стресстік жағдайды одан ары ушықтырып жібереді.

Стресстен туындаған нерв-психика жүйесінің бұзылыстары үнемі бас ауруымен, ұйқының бұзылуымен, эмоционалдық ауытқулармен және ашуланшықтықпен жиі көрініс берген.

Осы жағдайдың барлығы Шешенстандағы соғыс барысында Россияға қоныс аударған шешен мигранттарда анықталды. Сұрақнама барысында үнемі басы ауыратын әйелдердің саны 45%-ға жеткен. Олардың миграцияға дейін де басы ауырғандары 3,2% ды құрады. Ашуланшақтық оқиғалары мигрант әйелдердің 32,6% кездессе, миграцияға дейін 0,1% болып шықты. Ұйқының бұзылысындағы арасалмақ 19,6%:1,4% болып отыр.

Миграцияның екінші және үшінші жылында аты аталған нерв-психикалық ауытқулар ұлғайып, миграцияның төртінші жылы бірте-бірте саябырсыған.

Мигрант-әйелдер арасындағы екінші рангалық орын алған патологияларға гинекологиялық аурулар жатады. Олардың жалпы аурушандық көрсеткішінің ішінде алатын үлес салмағы 44,9% дейін жетті. Олардың ішінде жыныс ағзаларының қабынуы (26,1%) ең жиі ұшырасатын патологиялардың бірі болып шықты. Ал етеккірдің бұзылыстары да кеңінен таралып, миграцияның алғашқы жылы 12,9% құраса, төртінші жылы 16,7% дейін артқан. Миграция кезеңіндегі менструалдық желінің бұзылыстары, жыныс ағзаларының қабыну деңгейі миграцияға дейінгі кезеңнен 2,5-3,0 есеге жоғары болып шықты.

Таралу жиілігі бойынша үшінші рангалық орындарда зәр шығару және жыныс органдарының аурулары алады (2,8%). Олардың арасында пиелонефрит пен циститтің үлес салмағы жоғары (15,3 және 12,1%).

Төртінші рангалық орында ас қорыту жүйесі патологиялары орналасқан (26,4%). Олардың арасында асқазан мен ішектің (16,5%) аурулары алғашқы қатардан орын алса, өт қабы мен өт шығару жолдарының аурулары да айтарлықтай жиі (9,9%) кездеседі. Оның себептеріне сапасыз тамақтану және ас құрамында көмірсуларының шамадан тыс көп болуы жатады.

Бесінші рангалық орынды тыныс жүйесі аурулары қамтиды (25,2%). Олардың деңгейі миграцияға дейінгі кезеңнен екі есеге артты (12,6%).

Жалпы аурушандықтың ішінде жедел респираторлық патологиялардың үлес салмағы 17,6%-ға дейін жетеді. Ал жоғарғы тыныс жолдарының аурулары 7,6% құрады. Олардың ішінде тонзиллит, аденоид және гайморит ауруларын жиі кездестіруге болады.

Алтыншы орында анемия ауруы орналасқан. Оның алиментарлық себептерден туындағандығы күмән туғызбайды. Миграцияға дейін оның деңгейі 10,5% жетсе, миграциялық кезеңнің бесінші жылына қарағанда оның деңгейі бастапқы көрсеткіштен 2,3 есеге артты. Аяйды жағдайдағы аса жоғары температура әсеріне бейімделу кардиореспираторлық жүйе қызметінің қауырт жұмыс істеуі арқылы жүзеге асады. Бұл жердегі

адаптацияның жүру тереңдігі мигранттың бұрынғы өмір сүрген географиялық және климаттық аумағына тікелей байланысты. Осыған экологиялық өмір сүру ортасының жайсыз әсерін қоса есептесек, онда адаптациялық үрдістің көптеген ауыртпалықтарға ұшырайтындығын байқаймыз. Бұл жерде акклиматизация үрдісінің Өзбекстан, Тәжікстан, Түркменстан Республикаларынан келген мигранттарда анағұрлым жеңіл өтетіндігін байқауға болады. Орталық Азия тұрғындарының термодинамикалық механизмі аса жетік екендігін атап өту қажет. Алайда газ алмасу, тыныс алуды және қан айналымын реттеу механизмдерінің тиімділігі, солтүстік аймақтан келген мигранттар арасындағы осы механизмдер тиімділігімен бірдей деп айтуға болады.

Халықтың денсаулығына тұрғындардың табиғи қозғалысы ерекше әсер етеді. Табиғи қозғалыс деп – халық санының туылу және өлім оқиғаларының ара қатынасына байланысты өзгерісін айтады. Табиғи қозғалыс статистикасы елімізде міндетті түрде есепке алынатын балалардың туылуы, тұрғындардың өлімі, үйленуі мен ажырасуы туралы деректерге негізделген. Кеңестер Одағында азаматтардың туылу оқиғаларын тіркеу 1917 жылдан, ал өлім оқиғаларын тіркеу 1925 жылдан бері қолға алынды. Елімізде қалыптасқан заңдарға сәйкес азаматтардың туылуынан бастап 1 айға дейінгі мерзімде ата-анасының қоныстанған аумағында немесе баланың туылған жерінде тіркелуі тиіс. Сәбидің туылуын тіркеу «Туылу туралы медициналық куәлік» (ф.103/у-84) негізінде жүзеге асырылады. Туылу туралы куәлік бала тірі туылып, медицина мекемесінен аман-есен шығарылған жағдайда беріледі. Егер бала үйде дүниеге келсе, онда «туылуы туралы медициналық куәлік» баланы қабылдаған медицина қызметкері жұмыс атқаратын мекемеде толтырылады. Егер сәби медицина мекемесінен тыс жерде дүниеге келсе, онда оның туылуы туралы екі адам куаландыруы қажет. Екі немесе одан артық дәрігер жұмыс атқаратын елді мекендерде және медицина мекемелерінде «Туылу туралы медициналық куәлікті» міндетті түрде дәрігер толтырады. Орта буынды медицина қызметкері жұмыс атқаратын денсаулық сақтау мекемесінде «Туылу туралы медициналық куәлікті» босануға көмектескен акушерка немесе фельдшер толтыруы қажет.

«Туылу туралы медициналық куәлік», оны толтырған адамның қолымен ата-анаға тапсырылады. Ата-ана куәліктің медицина мекемесінде қалатын бөлігіне қол қояды. Егер босанған ана перзентханадан шыққанға дейін туылған нәресте шетінеп кетсе, онда «Туылу туралы медициналық куәлікпен» қатар «Перинаталдық өлім туралы куәлік» те толтырылады. Бұл екі құжат та азаматтың халдік актісін жазу (АХАЖ) бөліміне баланың туылуын және өлімін тіркеу үшін тапсырылуы тиіс.

«Туылу туралы медициналық куәліктің» бланкасы мен куәлік түбіртегі кітапшаға қоса тігіліп, олардың дер кезінде және дұрыс толтырылуын қадағалайтын бас дәрігерде немесе оның орынбасарында сақталады. Кітапша тігіледі, ал куәлік пен түбіртекке номер беріледі. Бастапқыда медицина мекемесінің номері, ал бөлшекті сызықтың астына куәліктің қатар саны қойылады. Куәліктің түбіртегі ағымдағы жылдың соңына дейін сақталады да,

жылдың аяғында ережеге сай жойылуы тиіс. «Туылу туралы медициналық куәлік» анық етіп қолмен толтырылады. Құжатта медицина мекемесінің аты, мекен жайы, пошталық индексі, құжатты толтырған медицина қызметкерінің (дәрігер, акушерка, фельдшер) ата-тегі, аты жөні жазылады. «Туылу туралы медициналық куәлікті» толтырушы баланың тірі туғандығын кепілдендіреді, туылған жерін (медицина мекемесінде, үйде немесе жолай ж.т.б) туған күні, айы, жылы, жынысы, анасының ата тегі, аты-жөні, және тұратын мекен жайының орнын көрсетеді. Түбіртекте «Туылу туралы медициналық куәліктегі» деректер толық қайталанып жазылады және куәліктің берілген күні белгіленеді.

Медициналық куәліктің берілгендігі туралы «нәрестенің даму тарихында» (ф.097 у) көрсетілуі қажет, ал нәресте өлсе, онда «туылу тарихында»(ф.096у) белгі қалдырылады.

Елімізде қабылданған заңнамаға сәйкес өлім оқиғалары да міндетті түрде жергілікті АХАЖ да 3 тәуліктің ішінде медицина мекемесінің берген куәлігін негіз ете отырып тіркеуге алынады.

Өлім оқиғаларын тіркеуге алу үшін «Өлім туралы дәрігерлік куәлік» (ф.106/у-084) және «Өлім туралы фельдшердің анықтамасы» (ф.106-1/у -084) беріледі.

«Өлім туралы дәрігерлік куәлікті» 2 немесе одан артық дәрігерлер қызмет атқаратын барлық денсаулық сақтау мекемелері бере алады. Бір дәрігер ғана қызмет атқаратын ауылды жердегі медицина мекемесінде немесе дәрігері жоқ, тек фельдшер қызмет атқаратын медицина мекемесінде «Өлім туралы фельдшердің анықтамасы» толтырылады. Фельдшерге «Өлім туралы дәрігердің анықтамасын» беруге тыйым салынады. Бұл құжаттарды медицина мекемесінде сақталатын құжаттың түбіртегіне қол қойғызып барып беріледі. Өлген адамның мәйітін «Өлім туралы дәрігер мен фельдшердің анықтамасынсыз» қолға беруге рұхсат етілмейді.

Егер өлген адамның мәйітін медицина мекемесі жерлесе, онда осы мекемеде «Өлім туралы дәрігердің куәлігі » толтырылады және 3 күннің ішінде АХАЖ-ға тіркеуге жеткізеді. «Өлім туралы дәрігердің куәлігін» ауруды бақылаған дәрігер медициналық құжаттар мен «аурудың тарихындағы» мәліметтердің негізінде немесе патологоанатом аурудың медициналық құжаттары мен мәйітті ашып тексеру нәтижелеріне сүйене отырып толтырады. Патологоанатомиялық зерттеуге ауруханалық мекемеде шетінегендердің барлық денелері тартылады. Тек аурахананың бас дәрігерінің мәйітті ашпау туралы шешім қабылдауға құқығы бар. Бұл жағдайда бас дәрігер мәйітті ашпаудың себептерін стационарлық аурудың картасында көрсетіп, жазбаша түрде нұсқау береді. Алайда, мәйітті ашпау туралы шешім инфекциялық аурумен стационарда 1 тәуліктен кем емделген, тірі кезінде диагнозы анықталмаған жағдайда, диагностикалық зерттеу немесе емдеу шараларын өткізу барысында қайтыс болуға байланысты берілмейді.

«Өлім туралы фельдшердің анықтамасы» аурудың өліміне дейін бақылау нәтижелері көрсетілген медициналық құжаттардың деректері

негізінде және фельдшер өлімге алып келген диагнозды нақты көрсете алған жағдайда ғана толтырылады.

Егер өлімнің туындауына алып келген зорлық-зомбылық, механикалық аксификсия, аса жоғары және төмен температура, электр тогының жоғары қысымы, медицина мекемесінен тыс жерде жасалған жасанды түсік тастау, медициналық бақылауда болмаған балалардың кенеттен өлімі, аты-жөні анықталмаған мәйіттердің өлімі туралы дәрігердің куәлігін тек қана патологоанатомиялық зерттеуден кейін сот медициналық сараптау саласының маман дәрігері бере алады. Жоғарыда келтірілген себептерге байланысты туындаған өлім туралы фельдшердің анықтамасын беруге тиым салынады. Егер кенеттен туындаған өлімнің себебі түсініксіз болса, онда фельдшердің өлім туралы анықтамасы толтырылмайды.

Өлімнің туындауын көзбен көрмей және көз жеткізбей «өлім туралы дәрігерлік куәлікті» немесе фельдшердің анықтамасын беруге тиым салынады. Өлім оқиғасын АХАЖ-да тіркеуді және мәйітті көмуді кешіктірмеу мақсатында «Өлім туралы куәлік» «түпкілікті», «алдын-ала» немесе «алдын-ала берудің орнына» деген белгілермен толтырылады.

«Өлім туралы дәрігерлік куәлікте» «алдын-ала» деген белгіні өлімнің туындау себебін анықтау немесе толықтау үшін қосымша зерттеу жұмыстарын атқару қажет болған жағдайда қояды. Сонымен қатар куәлікті беру мезетінде өлімнің түрі (өндірісте немесе өндірістен тыс кездейсоқ жағдайда туындаған қайғылы оқиға, өзіне қол салу, өзгенің қолынан өлу) анықталмаған, алайда болашақта анықталу мүмкіндігі бар жағдайда осындай белгі қойылады.

Өлімнің түрі мен себебі анықталғаннан кейін «алдын -ала» берілген куәліктің орнына жаңа куәлік толтырылып, статистикалық басқармаға 1 айдың ішінде жеткізіледі. «Өлім туралы дәрігерлік куәліктің » дұрыс толтырылуын, нақтылығын және өлген адамның туыстарына дер кезінде тапсырылуын денсаулық мекемесінің бас дәрігері қадағалауға алып, толық қамтамасыз етуі тиіс.

«Өлім туралы дәрігерлік куәлік» пен «фельдшердің өлім туралы анықтамасы» статистикалық есепті құрастыру үшін қолданылады.

«Өлім туралы дәрігерлік куәлік» пен «фельдшердің өлім туралы анықтамасы» қаламшамен анық етіп толтырылып, барлық қажетті деректер жазылады. Егер жеке деректер жоқ болса, онда құжатта «белгісіз» деген белгі қойылады.

«Өлім туралы дәрігерлік куәліктің» 7 пунктінде өлген адамның түпкілікті мекен-жайы көрсетіледі, ал 9 пунктінде өлімнің негізгі себебі немесе өлімнің туындауына алып келген оқиға жазылады. Егер өлімнің себебін анықтау мүмкіндігі жоқ болса, онда «өлімнің түрі анықталмады» деген белгі қойылады. Куәліктің 11 пунктінде оны толтырған дәрігер өзінің аты-жөнін, атқаратын қызметін, өлімнің туындауына алып келген патологиялық өзгерістердің кезеңдерін және негізгі себебін көрсетеді. Өлімнің негізгі себебін анықтаудың маңызы аса зор. «Өлім туралы дәрігерлік куәлік» пен «фельдшердің өлім туралы анықтамасы» тек қана

өлімді куәландыратын құжат емес, сонымен қатар ол өлім оқиғаларын есепке алатын мемлекеттік статистиканың негізі болып табылады.

Егер өлімге алып келген бір ғана себеп болса, онда құжаттарды толтыруда ешқандай қиындық туындамайды. Егер өлімге алып келген негізгі себептер бірнеше болса, онда оның бірін тандап алып, оны «өлімнің алғашқы себебі» деген терминмен белгілейді. Ол ауру мен жарақаттан патологиялық өзгерістердің сатылап туындап, өлімге алып келу үрдісі болып табылады.

Өлімнің себептерін тәртіппен жазу дәрігерге өлімнің негізгі себебін анықтап көрсетуге көмектеседі. Ал негізгі ауру деп тек белгілі бір назологиялық бірлікті айтуға болады.

Өлімнің себебін «Өлім туралы дәрігерлік куәліктің» 11 пунктінде екі бөліп жазады. Оның бірінші бөлігінде этиологиялық-патогенетикалық байланыстағы аурулар келтіріледі.

«а» қатарында, дәрігер өлімнің негізгі себептерін (негізгі аурудың асқынулары), «б» қатарында, дәрігер өлімге алып келген негізгі ауруды көрсетуі тиіс.

11 пунктін екінші бөлімінде өлген адамда анықталған, өлімнің негізгі себебі болған патологияның жүруін одан ары қиындатқан өзге аурулар келтіреді.

Тірі туылған деп есептеу үшін анасынан бөлініп шыққан, жатырдан шығарылып алынған нәресте тыныс алуы немесе тіршіліктің өзге белгілерін байқатуы тиіс. Оның ішінде жүректің соғысы немесе бұлшық еттерінің қозғалысы анықталуы қажет.

Өлі туылған деп есептеу үшін шарана туылу барысында немесе бөлініп алған кезінде шетінеген болуы тиіс. Шарананың өлі туылғандығына тыныс алудың жоқтығы немесе тіршіліктің өзге белгілерінің болмауы нұсқай алады.

Өлі және тірі туылу статистикасының өзіндік ерекшеліктері бар. Денсаулық сақтау мекемесінің медициналық құжаттарында салмағы 500 грамм және одан жоғары болып тірі немесе өлі туылған барлық нәрестелер тіркеледі.

Азаматтық халдің актісін жазу бөлімінде тірі туған нәресте ретінде тіркеуге алынатындар қатарына жататындар:

- 1) Салмағы 1000 грамм және одан артық немесе туылғаннан кейінгі салмағы белгісіз, бойының ұзындығы 35 см немесе одан артық, немесе жүктілік мерзімі 28 апта және одан артық, сонымен қатар 1000 граммнан төмен салмақтағы егіз туылғандар;
- 2) Тірі туылып, 168 сағаттан артық өмір сүгендер;
- 3) Дене салмағы 500 ден 999 граммға дейінгі барлық нәрестелер жатады.

Туылу – жаңа ұрпақтың жалғасуын қамтамасыз ететін, түбінде биологиялық себептері бар үрдіс болып табылады.

Туылу үрдісіне сонымен қатар әлеуметтік-экономикалық, психологиялық, өмір сүру салты мен себептері, дәстүр және діни әдептер,

балалардың туылу үдерісін реттейтін саясат әсер етеді. Оны демографиялық саясат деп атайды.

Туылу дегейі жоғары елдерде оны төмендетуге, ал төмен елдерде оны жоғарылатуға бағытталған саясат жүзеге асырылады.

Бұл үрдістің қауырттылығын сараптау және бағалау мақсатында арнайы көрсеткіштер жүйесі қолданылады.

Туылудың жалпы коэффициенті немесе 1 жыл ішінде 1000 тұрғынға балап есептегенде тірі туылғандар саны деген көрсеткіш бар.

Туылудың жалпы коэффициенті бұл үдерістің қауырттылығын көрсете алмайды. Тек қана осы көріністі жалпылама сипаттау үшін қажет. Ал туылудың нақты бағасын беру үшін арнайы көрсеткіштер қолданылады. Олардың қатарында жалпы және некелілер тұқымдылық коэффициенттері бар.

Жалпы тұқымдылық коэффициенті (ЖТК) =

$$= \frac{\text{жыл бойы тірі туылғандар саны}}{\text{бала қзтеруге жарамды жйелдердіс орташа жылдық саны}} \times 1000;$$

Некелілердің тұқымдылық коэффициенті (НТК) =

$$\frac{\text{жыл бойы тірі туылғандар саны}}{\text{Бала қзтеруге жарамды 15–49 жастағы некеде тұрған жйелдердіс орташа жылдық саны}} \times 1000;$$

Бұл коэффициенттер 15-49 жастағы фертильдік немесе тұқым көтеру жасындағы 1000 әйелге балап есептелінеді. Осы жастық интервалдан төмен және жоғары жастағы әйелдердің бала көтеру және босану оқиғалары болмашы. Бала босану көрсеткішінің жастық шамалар бойынша таралуына ерекше көңіл бөлінеді. Бұл жағдайда төмендегідей жастық интервалдар есепке алынады. Оның ішінде: 15-19; 20-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-44; 45-49 жыл деген топтар бар.

Әйелдердің жастық топтарына қарай бала туу коэффициенті =

$$\frac{\text{Белгілі жастық топтағы жйелдерден 1 жыл ішінде тірі туылғандар саны}}{\text{Белгілі жастық топтағы жйелдердіс орташа жылдық саны}} \times 1000;$$

Туылу үрдісіне мінездеме беруде туылудың жиынтық коэффициентінің атқаратын ролі өте үлкен. Бұл коэффициент туылу көрсеткішінің деңгейі әрбір жастық топқа өзгеріссіз сақталған жағдайда 1 әйелдің өмірінде орта есеппен дүниеге әкелетін ұрпағының санын көрсетеді.

Бұл көрсеткіш тұрғындардың жастық топтарға бөлінуіне тәуелді емес, тек қана осы күнтізбелік жылдағы туылу көрсеткішінің орташа деңгейін анықтайды.

Туылудың жиынтық коэффициенті жастық туылу коэффициенттерінің қосындысы ретінде, бір жылдық жастық топтар бойынша есептеледі.

Тұрғындардың санын бір деңгейде өзгеріссіз сақтап қалу үшін бұл көрсеткіш 2,0 коэффициентінен артық болуы қажет, (мысалы 2,15-2,20),

Себебі кейбір некедегі әйелдер мүлдем бала көтермейді. Туылу көрсеткішінің орташа деңгейі 15-25% болуы тиіс. Ал туылудың 15 % төмен болуы көрсеткіштің төмен, ал 25% жоғары болуы бұл көрсеткіштің жоғары екендігін байқатады.

Туылу көрсеткішін бағалау үшін оның бірнеше жылдық деңгейін есепке алады. Алынған мәліметті өзге аймақтарда қалыптасқан деңгейімен салыстырады. Сонымен қатар осы аймақта қалыптасқан өлім көрсеткішінің деңгейі мен динамикасымен салыстрады. Туылу үрдісіне әсерін тигізетін негізгі себептерді есепке ала отырып қана бұл көрсеткішті жақсартуға бағытталған профилактикалық бағдарламаларды жасауға және тәжірибеде тиімді іске асыруға болады. Біздің Республикада қалыптасқан туылу көрсеткішінің динамикасы тұрғындар санының жылдам өсуін қамтамасыз етіп отырғандығын көрсетеді. Егер 1900 жылы туылу көрсеткішінің деңгейі 49,5% құраса, 1940 жылы оның деңгейі 39,4% дейін төмендеді. Бұл көрсеткіштің айтарлықтай төмендеуі 1970 жылдан бастап көрініс бере бастады. Оның осы кезеңдегі деңгейі 35,7% құрады. XX ғасырдың 90 жылдары Кеңестер Одағының ыдырап, ауыр әлеуметтік-экономикалық тоқыраудың әсерінен демографиялық үрдістің күрт төмендеуі байқалды. Осы жылдары, әсіресе 1994-1999 жылдары туылу көрсеткішінің деңгейі 15,0-16,0% дейін төмендеді. Республиканың Солтүстік аймақтарында туылу көрсеткішінің деңгейі өлім көрсеткішінің деңгейінен төмен болып кетті. Тек қана Республиканың әлеуметтік-экономикалық тоқыраудан шығуы, халықтық әлеуметтік жағдайының жақсаруы туылу көрсеткішінің жоғарылауына алып келеді. 2005-2010 жылдары туылу көрсеткішінің динамикалық жоғарылауы байқалады. Әсіресе қазақ халқының демографиялық тірегі болып келген Оңтүстік Қазақстан облысындағы туылу көрсеткішінің динамикасы арта түсіп, 26,0% дейін жетіп отыр.

Кез келген аймақтағы әлеуметтік, демографиялық және медициналық бақуаттылықты бағалау үшін туылу көрсеткішімен қатар өлім көрсеткішін де есепке алу керек. Туылу және өлім көрсеткішінің арақатынасы тұрғындардың тоқтаусыз өсімін немесе жаңаша құрамының қалыптасу үдерісін анықтайды. Туылу көрсеткіші деңгейінің өлім көрсеткішінен арту деңгейі тұрғындардың табиғи өсімін көрсетеді. Өлім көрсеткішінің жалпы деңгейі деп белгілі бір аумақтағы 1000 тұрғынға балап есептегендегі 1 жыл ішінде өлгендердің санын айтады. Бұл көрсеткішті төмендегідей формуламен есептейді.

$$\text{Жалпы өлім көрсеткіші} = \frac{1 \text{ жылда жалпы злгендер саны}}{\text{тұрғындардың орташа жылдық саны}} \times 1000;$$

Кеңестер Одағы кезеңінде жылдық саны жалпы өлім көрсеткіші бірте-бірте төмендеді. Егер XX ғасырдың басында бұл көрсеткіштің деңгейі 50% дейін жетсе, 1940 жылы 18,2% дейін, ал 1969 жылы 6,9% дейін төмендеді. 1970 жылдан 1989 жылға дейін бұл көрсеткіш қайта көтеріліп, 14,7% жетті. Кеңестер Одағы ыдырағаннан кейін Қазақстан Республикасында жалпы өлім көрсеткіші бірден төмендей қойған жоқ. 1999 жылы оның деңгейі 15,7%

дейін көтерілді. Бұл көрсеткіштің деңгейіне көптеген себептер жайсыз әсерін тигізді. Оның қатарында соғыс қимылдары, терроризм, ауыр әлеуметтік-экономикалық ахуал, аурулардың эпидемиясы, жайсыз экологиялық жағдай ж.т.б. Экономикасы дамыған Европа елдерінде бұл көрсеткіштің деңгейі аса жоғары емес. Батыс Европада 8-9‰ дейін жетсе, Шығыс Европа мемлекеттерінде 5-6‰ арасында қалыптасқан. Европадағы жалпы өлім көрсеткішінің деңгейіне әсер ететін негізгі себеп, тұрғындардың құрамында қартайған адамдардың үлес салмағының жылдам ұлғаюы болып табылады. Осыдан соңғы он жылда (2000-2010) Японияда жалпы өлім көрсеткішінің деңгейі 7,0‰ ден 7,4 ‰ дейін, Голландияда 8,7 ‰ ден 9,1 ‰ дейін, Америка Құрама Штаттарында 8,7 ‰ ден 8,9 ‰ дейін, Швецияда 10,3 ден 10,5 ‰ дейін, Францияда 9,2 ‰ ден 9,4 ‰ дейін артқан. Өзге дамыған Европа елдерінде өлімнің жалпы көрсеткіші 9,0 ‰ төмендей қойған жоқ.

Тұрғындар арасындағы кездесетін жастық-жыныстық топтарда қалыптасқан өлім көрсеткішін төмендегі формуланың көмегімен есептеуге болады.

$$\text{Берілген жастық-жыныстық топтағы өлім көрсеткіші} = \frac{\text{Берілген жыныстағылардың белгілі жастағы 1 жыл ішіндегі злімі}}{\text{Тұрғындардың орташа жылдық саны}} \times 1000;$$

Жастық топтардағы тұрғындардың арасындағы өлім көрсеткіштерінің қалыптасуында жалпы заңдылықтармен қатар, өзіндік ерекшеліктері де бар. Мысалы, нәрестелер мен сәбилер арасында туылғаннан кейінгі бірінші минутта, сағатта, күнде, аптада, айда өлім оқиғаларының туындау мүмкіндігі аса жоғары болады. Сондықтан осы топтағы өлім көрсеткішінің деңгейін, динамикасын мониторинг ерекше әлеуметтік-гигиеналық және медициналық маңызға ие болып отыр. XX ғасырдың соңына дейін 1 жастағы балалардың арасында қалыптасқан өлімді «балалар өлімі» деген терминмен сипаттап келді. Ал, шындығына келсек балалар өлімі дегеніміз – 15 жасқа дейінгі балалардың өлімі болып табылады, ал 1 жастағы балалардың өлімі сәбилер өлімі деген атпен белгіленеді. Бұл топтағы өлімнің демографиялық жағдайды және тұрғындардың денсаулығын бағалаудағы алатын орны ерекше. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы бұл көрсеткішті орташа өмір сүру ұзақтығы мен туылған нәрестенің дене салмағымен қатар денсаулықтың интегралды көрсеткішіне жатқызады.

Балар арасындағы әр кезеңде қалыптасатын өлім көрсеткішін есептеуде төмендегідей формулалар қолданылады:

$$\text{Балалар өлімінің жылдық көрсеткіші} = \frac{\text{Ағымдағы жылда 15 жасқа дейінгі злген балалардың саны}}{\text{Ағымдағы жылы 1 жасқа дейінгі злген балалардың саны}} \times 1000;$$

Сәбилер өлімінің жылдық көрсеткіші

$$= \frac{\text{Ағымдағы жылы тірі туылғандардың } \frac{2}{3} \text{ бөлігі}}{\text{Заткен жылы тірі туылғандардың } \frac{1}{3} \text{ бөлігі}}$$

Ерте неонатальдық өлім (баланың 1 аптадағы өмірі)

$$= \frac{0-7}{\text{Тірі туыл ууыл ды саны}};$$

$$\text{Неонатальдық өлім} = \frac{4 \text{ апталық жаста злгендер саны (28 кжн)} \times 1000}{\text{Тірі туылғандар саны}};$$

$$\text{Поснатальдық өлім} = \frac{1 \text{ айдан астам жастағы злген балалардың саны} \times 1000}{\text{Осы кезеңде тірі туылғандар саны}};$$

Перинатальдық өлім көрсеткіші

$$= \frac{\text{Злі туылған балалар саны} + 0-7 \text{ кжндік жаста злгендер саны} \times 1000}{\text{Барлық туылғандар саны (злі және тірі)}};$$

Денсаулық көрсеткіштері әдепкіде 1000 тұрғынға балап есептеледі. Сондықтан нәрестелер мен сәбилер өлімі оқиғалары да 1000 тірі туылған балаға балап есептелінеді. 1 жасқа дейін шетінегендердің үштен бір бөлігі алдыңғы жылы туылғандар болғандықтан, осы жас аралығында өлгендерді есептегенде ағымдағы күнтізбелік жылда өмірге келгендердің үштен екі бөлігін және өтіп кеткен жылғы тірі туылғандардың үштен бір бөлігін алады.

Сәбилердің өлім көрсеткішінің құрамына ерте неонатальдық өлім (1 аптадағы немесе 168 сағат ішіндегі өлім), неонатальдық өлім (алғашқы 4 апта ішіндегі өлім) және постнеонатальдық (29 күннен 1 жылдың аяғына дейінгі) өлім кіреді.

Балаларға көрсетілетін медициналық көмектің сапасын бағалауда перинатальдық өлім көрсеткішін зерттеудің маңызы өте үлкен. Бұл көрсеткіштің құрамына өлі туылу және ерте неонатальдық өлім оқиғалары кіреді. Қазіргі таңда перинатология мәселелерін кешенді түрде зерттейтін және оның алдын алуға арналған профилактикалық бағдарламалардың ғылыми негізін жасап, тәжірибеде жүзеге асыратын зерттеу институттары мен емдеу мекемелері ашылған.

Балалардың жасы ұлғайған сайын олардың арасындағы өлім көрсеткіштері төмендей түседі. Балалар арасындағы өлім көрсеткішінің ең төменгі деңгейі 5-9 және 10-14 жас аралығында қалыптасқан. 15 жастан бастап өлім көрсеткіші бірте-бірте арта түседі. Ал оның алғаш рет күрт ұлғаюы 50 жастан асқанда байқалады. Және бірден 1,4 есеге жоғарылайды. Бұл көрсеткіштің екінші рет күрт ұлғаюы 80 жастан асқанда көрініс береді және оның деңгейі 1,6 есеге артады. Өлім көрсеткішінің үшінші рет күрт

жоғарылауы 85 жастан кейін байқалады және алдыңғы жылдардағы деңгейден 1,75 есеге көтеріледі.

Сәбилердің өліміне алып келетін себептердің ішінде бастапқы орында перинатальдық кезеңдегі жағдай орналасқан және олардың үлес салмағы 46% жетеді. Екінші орында туа біткен аномалиялар (22%), үшінші орында тыныс органдары аурулары (14%) орналасқан. Инфекциялардың үлесіне (7 %) 4 орын тисе, бесінші орында жарақаттар мен уланулар (5-6%) орналасқан.

Өлі туылудың негізгі себебі (73-75%) жатыр ішіндегі асфиксия болса, ерте неонатальды кезеңдегі өлімге туылу барысындағы жарақаттар, жатыр ішіндегі инфекциялар алып келеді.

Неонатальдық кезеңдегі өлімге алып келетін себептердің арасында тыныс органдары мен ас қорыту – ішек жолы аурулары басым рольге ие. Постнеонатальдық кезеңде жоғарыда аталған себептердің өлімнің туындауындағы орны одан ары күшее түседі.

Сәбилердің өлімі дамыған Европа елдерінде 5-8‰ аспайды. Біздің Республикадағы сәбилер өлімінің деңгейі 18-20 ‰ төмендемей отыр. Оның себептері Европа елдеріндегі сәбилер өліміне алып келетін себептердің құрамымен бірдей. Сондықтан бұл жағдайды түзеуге болады деп ойлауға мүмкіндік бар.

Осы жағдайды жақсарту үшін сәбилер өліміне алып келетін себептердің алдын алу шараларын барынша жетілдіру және белсенді түрде іске асыру қажет.

Өлім көрсеткішінің құрамында ересек адамдардың арасында қалыптасқан өлім оқиғаларының үлес салмағы айтарлықтай жоғары. Орта есеппен ересек адамдардың өлімі 12,9-13,9 ‰ дейін жетеді. Барлық жастағы топтар арасында ер кісілердің өлім көрсеткіші әйелдердің көрсеткіштерінен 1,3-1,5 есе жоғары болып қалыптасқан. Ер кісілер мен әйелдер арасындағы өлім көрсеткішінің айырмашылығы әсіресе 20 мен 34 жаста аса жоғары және 4,0-4,5 есеге дейін жетеді. Жастары одан ары ұлғайған сайын ер кісілер мен әйелдердің өлім көрсеткіштеріндегі айырмашылық бірте-бірте төмендей түседі. Алайда 80 жастан асқанша ер кісілердің өлім көрсеткіші әйелдердің көрсеткішінен артық күйінде қала береді. Әйелдер арасында қалыптасқан өлім көрсеткішінің ең жоғары деңгейі 85 жастан басталса, ең төменгі деңгейі 10-14 жас аралығында кездеседі.

Өлімге алып келетін себептердің құрамын зерттеу тұрғындардың денсаулығын жан-жақты сипаттауға көмегін тигізеді және мемлекет тұрғындар денсаулығын қамтамасыз етудегі сауықтыру шараларын ұйымдастыру тиімділігін көрсетеді. Денсаулық сақтау жүйесінің және медицина мекемелерінің жұмыс істеу сапасын, дәрігерлердің біліктілігін анықтайды. Егер XX ғасырдың басында тұрғындардың өліміне алып келетін себеп ретінде инфекциялық ауру ерекше роль атқарса, қазіргі кезеңде өлімнің негізгі себептері ретінде жүрек-қан тамыры аурулары, қатерлі ісіктер, жарақаттар мен уланулар және созылмалы бейэпидемиялық аурулар басым роль атқара бастады. Қазақстан республикасында тұрғындардың өліміне

алып келетін аурулардың арасында жүрек-қан тамыры ауруларының үлес салмағы 56 %, қатерлі ісіктердің үлес салмағы 17 %, жарақаттар мен уланулардың үлес салмағы 15 %, тыныс органдары ауруларының үлес салмағы 6 %, ас қорыту органдары ауруларының үлес салмағы 3 % болып отыр. Соңғы 15 жылда өлімге алып келетін себептер ретінде жүрек-қан айналу жүйесі ауруларымен қатар, жарақаттар мен уланулардың ролі жылдам артуда. Тұрғындар арасында қатерлі ісіктердің таралуы мен өлімге алып келуі де арта түсуде. Сонымен тұрғындардың арасында қалыптасқан өлім көрсеткішінің артуына барлық қатерлі себептердің қосатын үлесі жылдан-жылға ұлғаюы үстінде деп айтуға болады. Сондықтан өлім туғызатын қатерлі себептерге қарсы профилактикалық шаралардың ғылыми негізін жасап, оны тәжірибеде белсенді жүзеге асыру бүгінгі таңдағы ең маңызды әлеуметтік-медициналық мәселе болып отыр.

Өлім көрсеткішінің деңгейін төмендетуге бағытталған профилактикалық шараларды жүзеге асыру үшін еңбек ету жасындағы әйелдер мен ер кісілер арасындағы өлім көрсеткіштерінің деңгейін, динамикасын салыстырудың маңызы үлкен.

Еңбек ету жасындағы ер кісілер арасындағы өлім көрсеткішінің деңгейі орта есеппен 465 ‰ құраса, әйелдер арасында 115 ‰ түзейді. Өлімге алып келетін негізгі патологиялардың жыныстық ерекшеліктер бойынша қалыптасу заңдылықтарын зерттеу, барлық қауіпті аурулардың деңгейі ер кісілерде әйелдерге қарағанда бірнеше есе жоғары екендігін көрсетті. Ер кісілер арасында өлімге себеп болатын жарақаттар мен уланулардың таралу деңгейі (186,0‰) әйелдердің арасындағы көрсеткіштен (36‰) 5 есе жоғары, тыныс органдары ауруларының таралуы ерлерде (21,3‰) әйелдерге қарағанда (3,8 ‰) 6 есе, жүрек-қан айналу жүйесі ауруларының таралуы ерлерде (132 ‰) әйелдерге қарағанда (29‰) 4,5 есе, ас қорыту органдарының таралуы ерлерде (19,4‰) әйелдерге қарағанда (5,7‰) 3,5 есе жоғары екендігі анықталды.

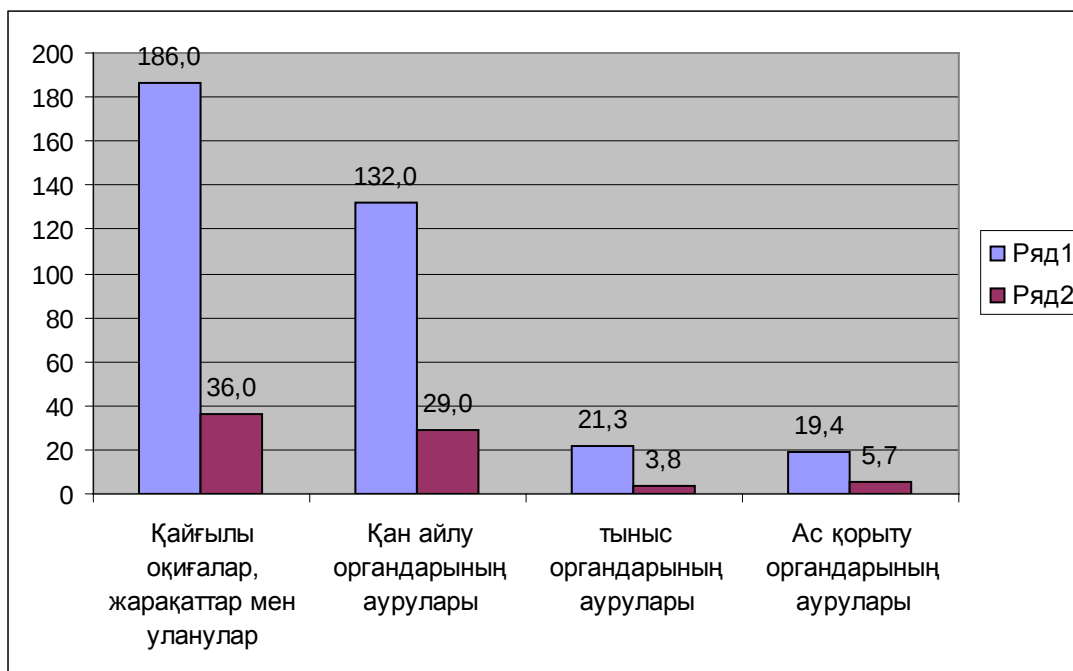
(3 сурет). Негізгі өлімге алып келетін аурулардан адамдардың орташа өлімге ұшырау жасы аса өзгеріске ұшырай қойған жоқ. Жүрек-қан қан айналу жүйесі ауруларынан туындаған өлімге ұшыраудың орташа жасы 72 жылды құраса, инфекциялық және паразитарлық аурулардан өлгендердің орташа жасы 44 жылды құрады.

Біздің елімізде жүрек-қан тамыры ауруларынан туындаған өлім көрсеткіші АҚШ, Германия және Франция тұрғындарының осы патологиядан туындаған өлім көрсеткішінің деңгейінен 3-5 есеге жоғары, қатерлі ісіктерден туындаған өлім көрсеткішінің деңгейі 2,0 есеге артық.

Өлім оқиғаларын талқылау барысында абортқа немесе түсік тастауға байланысты туылмаған балалардың өлімін айтпай кетуге болмайды. Біздің елімізде әйелдер арасында түсік тастау оқиғалары кеңінен етек алған.

Алғаш рет жүкті болған әйелдер арасында түсік тастау оқиғаларының үлес салмағы 9-10 % жетеді. Оның 1,5-2,0 % 18 жасқа дейінгі қыздардың үлесіне тиеді.

3 сурет. Еңбек ету жасындағы ер кісілер мен әйелдердің өліміне алып келетін негізгі себептердің таралуы (100 000 адамға балап есептегенде).



Өздігінен туындайтын аборттардың саны жылдан жылға өсуде және олардың жалпы аборттардың ішіндегі үлес салмағы 10 % асады.

Аборт денсаулыққа өте қауіпті. Аналар өлімінің 30 % аборттың зиянды асқынуларынан туындайды. Аборт жасағандар арасында бала көтермеушілердің қатар саны да жоғары.

Отбасының тұрақсыздығы, материалдық жағдайдың төмендегі, үй-жайдың жоқтығы, тұрмыстық жағдайдың төмендігі, отбасында өзге де балалардың болуы әйелдердің аборт жасауына алып келеді. Аты аталған себептер тікелей аборт жасауға алып келмейді. Осы жайсыз себептер отбасындағы ұрыс-таласқа және стресстік жағдайдың туындауына жол ашады. Осының соңы аборт жасауға себеп болады.

Демографиялық жағдайға айтарлықтай әсер ететін себептердің бірі аналардың өлімі болып табылады.

Аналардың өлімі деп – жүктілікке байланысты, жүктіліктің барысында немесе босанғаннан кейінгі 42 күн (6 апта) ішінде туындаған өлім оқиғасын айтады.

Аналар өліміне акушерлік себептер алып келеді. Олардың қатарында жүктіліктің, босанудың акушерлік асқынулары, босанудан кейінгі кезеңдегі жүктілік және босану барысындағы емдеуде жіберілген қателіктер, жүктілік барысында созылмалы аурулардың асқынуы бар. Аналардың өлімі әрбір 100 000 тірі туылғандарға балап есептегенде 40-50 оқиғаны құрайды. Алайда аналардың өлімі аса қайғылы оқиғалардың қатарына жатқызылады және акушерлік қызметтің жіберген қателіктерінен туындаған деп есептелінеді.

Европа елдерінде аналардың өлімі өте сирек кездеседі және әрбір 100 000 тірі туылған балаларға балап есептегенде 2-4 оқиғаны құрайды. Оның негізгі себебі ретінде бірінші орында криминалдық аборт орналасса, одан кейінгі орындарда жүктілік, жүктілік токсикозы, босану барысындағы сепсис орналасқан. Ал бұл қатардың ең соңғы орнында медициналық аборт жайғасқан.

Болашақтағы өмірдің орташа ұзақтығы (БӨӨҰ) Дүниежүзілік денсаулық сақтау Ұйымының тұрғындардың өмір сүру сапасын бағалау үшін ұсынған интегралды көрсеткіштерінің бірі болып табылады. Бұл көрсеткіш жастық өлім коэффициентінің тұрақтылығы жағдайында бір уақытта туылған ұрпақтардың гипотетикалық (теоретикалық) өмір сүру ұзақтығының жылдар саны.

Болашақ өмірдің орташа ұзақтығы өлім көрсеткішінің жастық коэффициенті негізінде, өлім көрсеткіші кестесін құру арқылы есептейді. Оны есептеу әдісі XVIII ғасырдан белгілі. Таблицадағы сандар бір уақытта туылған гипотетикалық жиынтықтың кезектесе алу мүмкіндігін көрсетеді.

Өлім көрсеткішінің таблицасын толтыру үшін халық санағының деректері, тұрғындардың жастық-жыныстық топтарының саны және өлгендердің жастық ерекшеліктері бойынша таралуы туралы деректер қажет.

Болашақ өмірдің орташа ұзақтығы Жапония, Франция және Швеция елдерінде өте жоғары болып қалыптасқан. Францияда ер кісілердің болашақ өмірінің ұзақтығы 74,0 жас, әйелдердің болашақ өмірінің ұзақтығы 81,9 жас, Швецияда ер кісілердің көрсеткіші 76,5 жас, әйелдердің көрсеткіші 81,5 жас, ал Жапонияда ер кісілердің аталған көрсеткіші 77,0 жас болса, әйелдердің көрсеткіші 83,6 жас болып шықты. Қазақстан Республикасындағы тұрғындардың орташа өмір сүру ұзақтығы өте төмен. Бұл көрсеткіш әйелдер үшін 68 жасты құраса, ер кісілер үшін бар болғаны 63 жасты құрап отыр.

Бұл көрсеткішті барлық тұрғындарға арнап есептеудің маңызы өте үлкен емес. Алайда өлген тұрғындардың орташа жасы жеке аурудан немесе аурулар топтарынан өлген жасын анықтауда ерекше роль атқарады.

Жоғарыда келтірілген демографиялық көрсеткіштерді сараптау біздің Республикамызда тұрғындар санының жылдан-жылға артуы тек қана туылу көрсеткішінің жоғары болуымен қамтамасыз етіліп отырғандылығын көрсетеді. Демографиялық ахуалдың сапасын арттыру үшін тұрғындардың денсаулығын жақсартуға бағытталған шараларды белсенді және сапалы ұйымдастырып, болашақтағы өмір сүру ұзақтығының берік медициналық-әлеуметтік, экологиялық, экономикалық және саяси тұрақтылығын қамтамасыз ету қажет.

1.5. Тұрғындар сырқаттылығы. Қалыптасу ерекшеліктері мен даму бағыты.

Сырқаттылық көрсеткіші тұрғындар денсаулығын айқындайтын маңызды индикаторлардың бірі болып табылады. Сондықтан бұл көрсеткішті зерттеуге және оның деңгейін, құрамын және даму бағытын анықтауға

ерекше көңіл бөлінеді. Ғылымның дамуы сырқаттылық деңгейінің одан ара артуына себеп болады. Жаңа зерттеу технологиялары ауруларды бастапқы кезеңінен анықтауға, олардың нозологияға, клиникаға дейінгі түрлерін диагностика жасауға жағдай туғызады. Жаңа аурулардың диагнозын қоюға жол ашады.

Сырқаттардың сипаты, құрамы, этиологиясы мен патогенезі олардың классификациясын көрсетеді. Дүниежүзілік денсаулық сақтау қоғамы аурулардың халықаралық классификациясын (АХК) 10 жылда бір рет қайта қарайды және қол жеткізген ғылыми жетістіктерге сәйкестендіріп отырады.

1985 жылы аурулардың халықаралық классификациясы оныншы рет қайта қаралды. Алайда денсаулық сақтау тәжірибесінде әлі күнге АХК-ның 9 рет қайта қаралған түп нұсқасы жиі қолданылады. Осы классификация бойынша кеселдердің 17 классы және 999 рубрикасы бар. Осы мәліметтер 2 томдық кітапта жинақталған. Оның бірінші томында кеселдердің классификациясы, екінші томында – кеселдердің алфавиттік реті келтірілген.

Кеселдердің халқаралық классификациясын құрастыру барысында төмендегідей шарттар қолданылады.

Алғашқысы этиологиялық шарт. Бұл шарт бойынша кеселдердің 1 классы мен 17 классы құрастырылған. Екіншісі патогенездік шарт. Бұл шарттың негізінде кеселдердің 2-ші классы құрастырылған. Үшіншісі орналасу шарты. Бұл шарт бойынша кеселдердің қалған класстары жасалған. Ал төртіншісі – ерекше жағдайлардың біріңғайлығы. Бұл шартқа кеселдердің 11 классы негізделген.

Сонымен кеселдердің, жарақаттар мен өлім себептерінің IX классификациясы төмендегідей болып түзілген:

- 1 класс- инфекциялық және паразитарлық аурулар.
- 2 класс- қатерлі ісіктер.
- 3 класс- эндокриндік жүйе аурулары, қоректену мен зат алмасудың бұзылыстары.
- 4 класс- қан мен қан жасау органдары аурулары.
- 5 класс- психикалық ауытқулар.
- 6 класс- жүйке жүйесі мен сезім органдарының аурулары.
- 7 класс- қан айналу органдары аурулары.
- 8 класс- тыныс органдары аурулары.
- 9 класс- ас қорыту органдары аурулары.
- 10 класс- зәр шығару-жыныс органдарының аурулары.
- 11 класс- жүктіліктің, босану және босанудан кейінгі кезеңнің асқынулары.
- 12 класс- тері мен тері асты шелінің аурулары.
- 13 класс- сүйек-ет жүйесі мен дәнекер тканының аурулары.
- 14 класс- туа біткен аномалиялар, даму кемістіктері.
- 15 класс- перинаталдық аурулар мен өлімнің кейбір себептері, перинатальдық кезеңде туындайтын жеке жағдайлар.
- 16 класс- симптомдар, белгілер және нақты көрсетілмеген жағдайлар.
- 17 класс- қайғылы оқиғалар, уланулар мен жарақаттар.

Кеселдердің халықаралық X классификациясы 1993 жылдың 1 қаңтарынан бастап күшіне енді. Оның құрамында аурулардың 21 классы бар және төмендегідей болып аталады:

I класс – кейбір инфекциялық және паразитарлық аурулар.

II класс – қатерлі ісіктер.

III класс – қан, қан жасау органдары аурулары, иммундық механизмді қоса қамтитын жеке бұзылыстар.

IV класс – эндокриндік жүйе аурулары, қоректенудің ауытқулары мен зат алмасудың бұзылыстары.

V класс – психикалық ауытқулар мен мінез-құлықтың өзгерістері.

VI класс – жүйке жүйесі аурулары.

VII класс – көз бен оның қосымша аппараттарының аурулары.

VIII класс – құлақ және оның бағыныңқы қойындары.

IX класс- қан айналу жүйесі аурулары.

X класс – тыныс органдары аурулары.

XII класс – тері және тері асты шелінің аурулары.

XIII класс – сүйек-ет жүйесі мен дәнекер тканінің аурулары.

XIV класс - зәр шығару-жыныс жүйесі аурулары.

XV класс - жүктілік, босану және босанудан кейінгі кезең.

XVI класс – перинатальдық кезеңде туындайтын жеке жағдайлар.

XVII класс – туа біткен аномалиялар (даму кемістіктері), деформациялар мен хромосомның бұзылыстары.

XVIII класс- клиникалық және лабораториялық зерттеу барысында анықталған өзге рубрикаларда классификацияланбаған симптомдар, белгілер және қалыптасқан ауытқулар.

XIX класс – жарақаттар, уланулар және сыртқы әсерден туындаған жеке өзгерістер.

XX класс – кеселділік пен өлімнің сырттай себептері.

XXI класс – тұрғындардың денсаулығына әсер ететін және денсаулық сақтау мекемелеріне қаралуға алып келетін себептер.

Аурулардың Халықаралық X классификациясында ежелден қалыптасқан құрам сақталған. Алайда санды кодтау жүйесі алфавитті-сандық кодтау жүйесіне ауыстырған. «Қан және қан жасау органдары аурулары» атты классқа иммундық механизмнің жеке ауытқулары қосылған. Көз аурулары мен оның қосымша аппараттары және құлақ аурулары үшін жаңа класстар түзелген. Тұрғындардың денсаулығына әсер ететін және денсаулық сақтау мекемелеріне қаралуға алып келетін себептер деген жаңа аурулар классы қосылған.

Аурулардың Халықаралық X классификациясы көптеген елдердің ғалымдарының бірлесе атқарған еңбегінің жемісі деп қарастыру қажет.

Кеселділік көрсеткішінің 3 негізгі түрі анықталады; бірінші кеселділік, бірінші жалпы кеселділік, жалпы кеселділік немесе кеселділік оқиғаларының таралуы атты көрсеткіштер бар.

Бірінші кеселділік дегеніміз – тұрғындар арасында ағымдағы жылы алғаш рет анықталған, алдыңғы жылдары еш жерде тіркелмеген жаңа

аурулардың жиынтығы. Бұл кеселдерді статистикалық есептеу талондарында «+» деген белгімен айқындайды.

Бірінші жалпы кеселділік дегеніміз – бұл бірінші кеселділікке қосымша ағымдағы жылы алғаш рет амбулаторлық мекемеге ертеде анықталған кесел бойынша қаралу оқиғаларының жиынтығы.

Жалпы кеселділік немесе аурулардың таралуы дегеніміз – бұл тұрғындардың арасында таралған, ағымдағы жылы және өткен жылдары анықталған аурулардың жиынтығы.

Аурулардың таралу деңгейін толыққанды анықтау өте қиын. Оны жүзеге асыру үшін соңғы үш жылда анықталған жалпы бірінші кеселдік көрсеткішін талдау қажет немесе бірінші жалпы кеселдік көрсеткішіне кешенді медициналық тексеру нәтижелерінде алынған кеселдік деректерін қоса есептеу керек. Кеселділікті бағалауда және анықтауда есте ұстайтын мәселе мынада: Оның құрамына жедел аурулар бойынша барлық емханаға қаралу оқиғалары және алғаш рет ағымдағы жылы созылмалы аурудың қозуына немесе асқынуына байланысты қаралу оқиғасы кіреді.

Жалпы кеселділікті зерттеудің жалпы және таңдамалы әдістері бар. Жалпы әдіс емдеу мекемелерінің ағымдағы есепті деректерінде келтірілген барлық оқиғаларды жинақтай отырып сараптауға негізделген. Таңдамалы әдіспен маңызды әлеуметтік топтарда жыныстық, жастық, өндірістік, экологиялық, өмір сүру салты, ұлты және т.б. ерекшеліктері бойынша аурушандық оқиғаларының деңгейі, құрамы, даму бағыты анықталады.

Аса маңызды топтар ретінде балалар, жасөспірімдер, студенттер, мектеп жасындағылар, жұмысшылар мен қызметкерлер, әлеуметтік жағдайы нашалар немесе бақуаттылар, жеке әлеуметтік маңызы үлкен патологиялары бар аурулар қарастырылады.

Кеселділікті анықтау және бағалау үшін белгілі ақпараттық көздер қолданылады. Олардың қатар саны аса көп емес: екі негізгі және екі қосымша ақпараттық көздер бар.

Негізгі ақпараттық көздерге медицина мекемелеріне қаралу және кешенді медициналық тексеру мәліметтері жатады.

Кеселділіктің қосымша мәліметтер көзіне өлім себептері мен кешенді әлеуметтік-гигиеналық және клиникалық-әлеуметтік зерттеу барысында алынған деректі ақпараттар жатады.

Тұрғындардың емдеу – профилактика мекемелеріне медициналық көмек алу мақсатында қаралуы, кеселділік туралы деректі ақпараттың толыққанды көзі деуге болады. Емдеу-профилактикалық мекемелерінің жеткілікті және қаралуға қолайлы болуы кеселділік оқиғаларының деректерін барынша толығынан жинауға жағдай туғызады. Алайда созылмалы аурулардың жеке оқиғалары көбінесе тіркеусіз қалады.

Қаралу деп – аурулардың әрбір дәрігерге қаралуға баруын немесе дәрігердің ауруға келуін айтады. Науқастың дәрігердің қабылдауына келуі дәрігердің қабылдауына берілетін талонда, ал дәрігердің ауруға баруы емханада жүгізілетін дәрігерді үйге шақыру журналында тіркеледі.

Әрбір қала тұрғынына балап есептегенде жылына емханаға қаралудың 9 оқиғасы тіркеледі. Емханада қабылдауда болу – медициналық көмектің көлемін анықтайтын көрсеткіш.

Қабылдану деп – ауруға байланысты алғаш рет дәрігердің қабылдауында болу. Әрбір қаралу оқиғасы нақтыланған диагнозды тіркеудің статистикалық талонында тіркеледі.

Егер наукастың диагнозы алғаш рет анықталса, онда статистикалық талондағы диагноз «+» деген белгімен тіркеледі, ал наукас ертеде анықталған диагнозбен қайта қаралған болса, онда статистикалық талонда ешқандай да белгі қойылмайды. Мысалы алғаш рет дәрігерді грипп деген аурумен үйге шақырған және осы аурудың барысында дәрігердің қабылдауында тағы екі рет болған аурудың диагнозы бір рет қана «+» деген белгімен тіркеледі. Себебі, гриппен ауырған ауру дәрігерге бір рет қаралды, бірақ үш рет қабылдауда болды.

Егер наукас жүрек ишемиясы деген диагнозбен дәрігердің қабылдауында 5 рет болса, онда оның дәрігерге бірінші рет келуі барысында нақты диагнозы қойылған статистикалық талон толтырылады және оған ешқандай белгі қойылмайды. Себебі наукас аты аталған диагноз бойынша бір рет қаралды да, аурудың қозу барысында емдік – профилактикалық шараларды алу және барысын тексерту үшін тағы 4 рет дәрігердің қабылдауында болды.

Кеселдік бойынша дәрігерге қаралудың бірнеше түрі бар:

- 1) Жалпы қаралу амбулаторлы-емханалық мекемеге алғаш рет келудің барлық оқиғалары болып табылады. Оны есепке алу үшін нақты қойылған диагнозды тіркейтін статистикалық талон қолданылады.
- 2) Өткір инфекциялық аурумен кеселділік. Оны инфекциялық ауру туралы жедел қабарлау атты есепке алу формасында тіркейді.
- 3) Маңызды бейэпидемиялық аурулармен кеселділік: туберкулез, қатерлі ісіктер, венерологиялық аурулар туралы арнайы хабарлама деген есептеу формаларында тіркелді.
- 4) Госпиталдандырылған кеселділік стационардан шыққандарды тіркеу картасы деген есептеу формасында жазылады.
- 5) Уақытша еңбекке жарамсыздық туғызатын кеселділік. Бұл оқиғалар кеселдену парағында тіркеледі. Кеселдену бойынша қаралудың көрсеткіштерін 1000 адамға балап есептейді. Ал кеселдену оқиғаларының саны өте аз болуына байланысты көрсеткіштерді 10000 немесе 100 000 адамға да балап есептеу жиі қолданылады. Алайда уақытша еңбекке жарамсыздық тудыратын кеселділікті 100 адамға балап есептеу әдісі қабылданған.

Әдепкіде кеселділіктің 4 түрлі көрсеткіші қолданылады. Олардың қатарында.

1. 1000 адамға балап есептегендегі алғашқы (бірінші) кеселділіктің деңгейі. Оны статистикалық есепке алу талонына «+» деген белгімен көрсетеді. 1000 адамға балап есептегенде бірінші жалпы аурушандықтың деңгейі (барлық статистикалық талондар).

2. Кеселділіктің құрамы;

3. Кеселдердің қайталау жиілігі – 1 адамға балап есептегендегі аурулардың жиілігі.

Ғылыми зерттеу жұмыстарының деректі мәліметтеріне қарағанда бірінші жалпы кеселділік (аурушандық) әрбір 1000 Республика тұрғынына балап есептегенде орта есеппен 1000 – 1250 оқиғаны құрайды. Қала тұрғындары арасында бұл көрсеткіштің деңгейі 1200 – 1400‰ дейін жетсе, ауыл тұрғындары арасында 800 – 1000‰ құрайды. Аурулардың таралу деңгейіне экологияның жайсыз болуы, еңбек ету ортасының гигиеналық талаптарға сай келмеуі, отбасының әлеуметтік-экономикалық және тұрмыстық жағдайының нашарлығы, салауатсыз өмір сүру салты, нашар және сапасыз тамақтану, өз денсаулығына қамқорлықтың жоқтығы және медициналық көмек сапасының төмендігі күшті әсерін тигізеді.

Кеселділіктің нақты деңгейі немесе барлық әдістердің көмегімен анықталған аурушандықтың деңгейі орта есеппен 3200-3600 ‰ құрайды. Алайда бұл көрсеткіштің қалыптасуында жыныстық және жастық ерекшеліктердің де әсері аз емес.

Мысалы, әйелдер арасындағы кеселдіктің нақты, барынша анықталған деңгейі 3450-3650 ‰, ал ер кісілерде – 3050-3250 ‰ болып қалыптасқан. Басқаша айтқанда Республиканың әрбір тұрғынына балап есептегенде орта есеппен жылына 3,2-3,4 ауру тура келеді.

Қаралу бойынша анықталған кеселділіктің ең жоғары деңгейі балаларда (1400 ‰), орташа деңгейі (1200‰) жасөспірімдерде, ал төменгі деңгейі (1000‰) ересек адамдарда қалыптасқан. Әртүрлі жастық және жыныстық топтарда қалыптасқан кеселділік көрсеткіштерінің деңгейі де бірегей емес. Бұл көрсеткіш 1 жасқа дейінгі ұл балаларда - 1900‰ ден жоғары болса, қыздарда - 1700 ‰ ден астам деңгейде қалыптасқан. Кеселділік көрсеткіші 2,3,4 жастағы ұлдарда және қыздарда одан ары жоғарылай түседі. Алайда осы жастық топтардың арасында қалыптасқан кеселділік көрсеткіші 3 жастағыларда ең жоғары (3000‰) деңгейге көтеріледі. Оның негізгі себебі, 3 жастағылар бала бақшаға барады және олардың денсаулық қауіпсіздігіне қамқорлық төмендейді. Ірі балалар ұжымында инфекциялардың таралуы да жоғары болып келеді.

Балалардың арасындағы кеселділіктің ең төменгі деңгейі 10-14 жас аралығында кездеседі. Адамдардың жасы 50-ге толғанда кеселдіктің деңгейі қайта көтеріліп, 55 жастан кейін төмендейді.

Емханаға қаралу бойынша анықталған бірінші кеселділіктің құрамына тұрғындардың жастық ерекшеліктері де қуатты әсерін тигізеді. Бірінші кеселділіктің деңгейі ересек тұрғындардың арасында 500-600‰ құрайды. Оның құрамында тыныс органдары аурулары бірінші, қан айналу жүйесі аурулары екінші жүйке жүйесі аурулары үшінші, ас қорыту органдарының аурулары төртінші, жарақаттар мен уланулар бесінші, сүйек-ет жүйесі аурулары алтыншы рангалық орында орналасқан.

Жасөспірімдердің арасында бірінші кеселділіктің деңгейі 800-900 ‰ жетеді. Олардың құрамында бірінші рангалық орында тыныс органдары

аурулары, екінші рангалық орында жүйке жүйесі патологиялары, үшінші рангалық орында ас қорыту органдарының аурулары, төртінші рангалық орында жарақаттар мен уланулар, бесінші рангалық орында тері және тері асты шелінің аурулары және ең соңғы алтыншы рангалық орында инфекциялық аурулар орналасқан.

Балалардың бірінші сырқаттылығының орташа деңгейі 1300-1400 ‰ –ге жетеді. Бұл топтағы бірінші сырқаттылық көрсеткішінің құрамдық ерекшеліктеріне жататындар мыналар: біріншіден, үшінші рангалық орында инфекциялық және паразитарлық аурулар орналасқан. Ересектер арасында бұл аурулар алдыңғы алты рангада мүлде аталмаса, жасөспірімдерде соңғы алтыншы рангалық орында орналасқан. Екіншіден, балалар арасында ас қорыту органдарының аурулары төртінші рангалық орында болып шықты.

Ал жасөспірімдер арасында бұл патологиялар үшінші рангалық орынды қамтыса, ересектерде төртінші рангалық орында тұр.

Жарақаттар мен уланулар балалар арасында алтыншы рангалық орында тұрса, жасөспірімдерде – төртінші, ал ересектерде бесінші рангалық орында орналасып тұр.

Сонымен, тұрғындардың жастық ерекшеліктері бірінші кеселділіктің құрамына айтарлықтай ықпалын тигізетін болып шықты.

Сырқаттылықтың қалыптасуына әлеуметтік-гигиеналық себептердің қосатын үлесі де жоғары.

Әлеуметтік жағдайы төмен отбасының мүшелерінде аурулардың деңгейі мен құрамы әлеуметтік жағдайы жақсы отбасы мүшелерінің кеселділік көрсеткіштерінен айтарлықтай өзгеше болады. Олардың арасында туберкулез, қан айналу жүйесі мен ас қорыту органдарының патологиялары, туа пайда болатын даму кемістіктері, жүйке жүйесі мен психологиялық аурулар жиі ұшырасады.

Осы жерде, салауатсыз өмір салты себептерінің кеселділік көрсеткіштерінің қалыптасуына тигізетін әсерін де айта кету қажет. Мысалы, алкогольдік ішімдікке салынған адамдардың алғашқы кеселділік көрсеткіші салауатты өмір сүретіндер тобының көрсеткіштерінен 2,5-3,0 есе жоғары.

Темекі шегетіндер арасында өкпе рагі ауруының, өкпенің бейспецификалық патологияларының деңгейі темекі шекпейтіндерге қарағанда 3-4 есеге артық екендігі анықталып отыр.

Сондықтан кеселділік көрсеткіштерінің қалыптасу заңдылықтарын, құрамы мен даму бағытын зерттеу барысында міндетті түрде әлеуметтік-гигиеналық себептердің қатерлі әсерін кешенді түрде анықтаудың маңызы өте үлкен.

II Бөлім.

Медициналық (биологиялық) статистика және денсаулықты бағалаудағы оның атқаратын ролі.

Статистиканың ең маңызды бір тармағы медициналық статистика болып табылады. Ол медицинадағы көптеп кездесетін көріністер мен үрдістерді зерттейді. Медициналық статистиканың құрамында санитарлық статистика деген саласы бар. Бұл сала қоғамдық денсаулық пен денсаулықты сақтау туралы ғылымның құрамдық бөлімі. Денсаулық статистикасы жалпы қоғамның оның жеке топтарының денсаулығын зерттейді және денсаулықтың әлеуметтік орта себептерімен байланысын анықтайды. Денсаулық сақтау статистикасы медициналық және санитарлық мекемелердің таралуы, қызметі мен мамандары туралы деректерді талдайды. Аурулардың профилактикасы мен емдеу шараларын ұйымдастыру тиімділігін бағалайды. Статистика мен статистикалық әдістер медицина ғылымында және денсаулық сақтау тәжірибесінде кеңінен қолданылады.

2. ТАРАУ. МЕДИЦИНАЛЫҚ СТАТИСТИКАНЫҢ НЕГІЗДЕРІ.

Денсаулықты сақтауды ұйымдастыру жұмысы ерте заманда, алғашқы қауымның мүшелері бір-бірінің денсаулығына жауапты қарай бастағанда пайда болды. Содан бері үкімет пен медицина қызметкерлерінің ең негізгі міндеті денсаулыққа әсер ететін инфекциялық және эпидемиялық аурулардың, ал кейінгі кезде созылмалы беиэпидемиялық аурулардың алдын-алу, санитарлық жағдайды бақылау болып келеді.

Кеңестер Одағында қоғамдық бұрмалау, жоғарыдан түскен бұйрыққа сүйеніп басқару, жеке адамдарды қудалау, мемлекеттік меншікке негізделген және әлеуметтік бағыттан аластаған, қажетті көлемде қаржыландырылмайтын денсаулықты сақтау жүйесін құруға алып келеді.

Қазіргі кезеңде бар күшті денсаулықты сақтау жұмысын жетілдіруге бағыттап, қоғамдық денсаулықты күшейту, медициналық көмекті арттыру және мемлекеттік жүйеден-денсаулықты сақтаудың қоғамдық жүйесіне көшуге жұмылдыру керек. Осындай келелі мәселелерді шешу үшін әлеуметтік медицина мен денсаулықты сақтау жұмысы статистикалық әдісті қолданады. Оның көмегімен өзгерістердің саны мен сапасын зерттеп заңдылықтарын анықтайды. Қазіргі кезде медициналық статистиканы қолданбайтын бірде-бір медицинаның саласы жоқ. Статистиканың әдістерін білу және оны қолданып, медицинаның мәселелерін шешу бүгінгі күннің талабы. Сондықтан медициналық оқу орыны студенттері, ғылыми қызметкерлер, дәрігерлер, емхана мен ауруханалардың басшылары статистиканың негіздерін терең білу керек. Статистиканы үйрену және қолдана білу студенттердің ойлау қасиетін арттырады және барлық өзгерістерге сын көзімен қарауға, ал болашақта өз қызметін дұрыс ұйымдастыруға көмектеседі.

Статистикалық көрсеткіштерді түсіне білу диагностикалық, емдік және болжамдық шешімдерді қабылдауға, лабораториялық және медициналық аспаптармен зерттеудің қортындысын шығаруға, оған клиникалық баға беруге көмектеседі.

Статистиканың негізін білу жоспарлауға, өзгерістерді сараптауға және бағалауға арналған зерттеулерді жүргізуге, тұрғындардың денсаулығындағы және денсаулықты сақтау жұмысындағы өзгерістердің бағытын анықтауға, ғылыми зерттеулерді жүргізуге қажет.

Көптеген биологиялық және медициналық зерттеулерде статистикалық әдістер дұрыс қолданылмайды. Сондықтан зерттеу нәтижелері зерттелген мәселелер бойынша дұрыс қортынды жасауға және тәжірибелік ұсыныстардың тиімділігін қамтамасыз етуге кері әсерін тигізеді. Көптеген қателіктер Стьюдент көрсеткішін шамадан тыс қолданудан және өзге статистикалық әдістердің бар екендігін білмеуден туындайды. Себебі барлық медициналық және биологиялық статистикаға арналған оқу кітаптарының алғашқы бөлімі көбінесе Стьюдент көрсеткішіне арналған. Керсінше, дисперсиялық сараптау әдісі оқулықтың соңғы бөлімінде келтірілген және оны дұрыс түсінуге студенттердің уақыты жетіспейді.

Сонымен қатар, медициналық еңбектерде бірнеше әлеуметтік топтарды зерттеу барысында алынған нәтижелерді салыстыру дұрыс жүзеге асырылмайды.

Жоғары оқу орындарындағы көп жылдық тәжірибеге қарағанда, студенттер математикалық статистика курсың тыңдағаннан кейін статистикалық әдістер мен медициналық міндеттер арасындағы байланысты ажырата алмайды. Сондықтан кез келген медициналық статистикаға арналған оқу құралында гипотезаны дәлелдеуге және емдеу тиімділігін бағалауға баса көңіл бөлуі қажет.

Ғылыми еңбектерді жарыққа шығаратын журналдарда статистикалық қателіктері көп жұмыстар жиі жарияланады. Оның негізгі себебі, ғылыми еңбектің авторлары мен журналдардың редакторларының статистика туралы түсінігі аса жоғары емес. Сонымен қатар, журналдарды шығаруға бөлінетін қаржы жетіспейді. Сондықтан, қаржылық мәселелерді шешудің бір жолы ретінде журналға жіберілген мақалаларды жариялау және осыған арналып аударылған қаржыны пайдалану болып табылады.

Медицина ғылымы мен тәжірибесі жаңа ХХІ ғасырға аяқ басты. Жаңа дәрілер мен медициналық диагностикалық технологиялар ауруды емдеу технологиясын мүлдем өзгертті. Ертеде емделмейді деген ауруларды жазып, адамдардың еңбекке жарамдылығын қалпына келтіру оқиғалары күнделікті көрініске айналды. Осының барлығы ғылымның күдіретті күшін айқындайтын дәлел ретінде қарастырылуына және зерттеу жұмыстарын одан ары кеңейтуге жол ашты. Қазақстан Республикасында ғылыми бағдарламаларды қаржыландыруға миллиардтаған ақша бағытталуда. Соңғы кезеңде дәрігер-зерттеушілер өз қолына ешқандай мақсаты жоқ қорларды жинақтады. Ал ауруларға сапалы медициналық көмек беру денсаулық сақтау жүйесінің негізгі қызметтік көрсеткішіне айнала қойған жоқ. Сондықтан да

еліміздің әрбір облысынан денсаулық сақтау жүйесі мекемелері мен дәрігерлерінің сапасыз және тұрғындардың денсаулығына зиянды жұмыстары туралы деректер ақпараттық құралдар арқылы жиі таратылып отырады. Сонымен қатар, емдеудің ең озық және тиімді әдістері туралы нақты бағалау деректері жоқ. Қазіргі медицина саласында ауруларға өте күшті дәрілерді қолдану және негізгі хирургиялық операцияларды жасау, аурулардың денсаулығына өте үлкен қауіп тудырып, кеселдерінің одан ары асқынуына алып келуде. Алайда медицина саласына бағытталатын есепсіз қаржы көздері белгілі бір кезеңде тоқтайтыны анық. Сол кезде медицина қызметкерлерінен қызмет сапасын арттыруға жұмсалған қыруар қаржының тиімділігі мен нақты нәтижелері туралы сұрақ сұралатындығы белгілі. Медициналық диагностика мен емдеу тиімділігі туралы қатаң дәлелдер қажет болды. Осы жерде емдеу шарасы тиімді ме, ол емделген аурулардың қаншасына және қандай дәрежеде көмектесті деген сұраққа жауап беруді талап етеді. Ал бұл сұрақтарға медициналық статистикасыз жауап берудің ешқандай да мүмкіндігі жоқ. Табиғи биологиялық өзгергіш психотерапевтік тиімділік, бағалаудың субъективтігі емдеу шараларының тікелей және нақты тиімділігі туралы сөз қозғауға мұрша бермейді.

Сонымен клиникалық сынақты сандық бағаға аудару қазіргі таңдағы медициналық статистиканың негізгі міндеті болып табылады. Статистикалық сараптауға тек жаңа емдеу әдісі ғана ұшырамайды, сонымен бірге дәрігер жұмысының тиімділігі де алынады.

Жаңа диагностикалық әдістер мен емдеу тәсілдерінің көптігі, олардың ішінен нақты ауруға арналғанын таңдап алуды қажет етеді. Осы жерде стандарттау әдісін қолдана отырып, ұсынылған әдістердің ең тиімдісін таңдап алуға негіз бар. Ал бұл әдісті қолдану медициналық статистика әдістерінің негізін жақсы меңгеруді қажет етеді. Осы күнге дейін медицина қызметкерлері статистикалық сұрақтарды талдауға аса белсенді араласа қойған жоқ. Алайда берілген қорларды пайдалануға қойылатын талаптардың қаталдануына байланысты, дәрігерлердің өздері қолданып жүрген әдістерінің тиімділігін дәлелдеу үшін және қорлардың дұрыс бөлінуін талап ету мақсатында статистикалық әдістерді меңгеріп және оның көмегімен сұраныстарының дұрыстығын негіздеуді үйренуі қажет.

2.1 Статистиканың анықтамасы мен теориялық негіздері.

Медициналық биологиялық және медициналық әлеуметтік зерттеулерде статистиканы қолдану.

Зерттеу жұмысын орындаудың маңызды бір элементі статистикалық әдістерді қолдану негізінде алынған нәтижелерді сараптау болып табылады. Соның арқасында қол жеткізген нәтижелердің нақтылығын бағалап, ғылыми тұрғыда негізделген қортындылар шығаруға жол ашылды. Әлеуметтік-гигиеналық және клиникалық зерттеу жұмыстарының нәтижелерін сараптау, бағалау, денсаулық көрсеткіштерінің даму бағытын болжамдау және әртүрлі өмір сүру салты себептерімен, қоршаған ортаның экологиялық-гигиеналық

жағдайымен, емдеу-профилактика мекемелерінің қызметтік көрсеткіштерімен байланыстыру үшін статистикалық әдістердің көмегіне жүгінеді. Сараптау барысында абсолютті шамалар, орта және салыстырмалы шамалардың көрсеткіштері, корреляция коэффициенттері мен стандартизациялау көрсеткіштері қолданылады.

Статистикалық деректерге көптеп кездесетін көріністерді, үдерістерді және жағдайларды сипаттайтын сандар жүйесі жатады. Жеке көріністер мен белгілірдің бір рет жүргізілген өлшемі статистикаға жатпайды. Статистикада бір адамның белгілі бір көрсеткішін немесе көптеген адамдардың көрсеткіштерін белгіленген уақыт аралығында көп қайтара өлшеп, алынған нәтижені жалпылама түрде береді.

Статистика ғылыми бағыт ретінде статистиканың жалпы теориясын, экономикалық статистиканы және әртүрлі сала статистикаларын қамтиды. Жалпы статистика бұл ғылыми саланың шарттары мен әдістерін көрсетеді. Салалық статистика халық шаруашылығының әртүрлі салаларындағы көріністерді статистика әдістерімен зерттейді.

Статистикалық әдістер білімінің әртүрлі саласында қолданылады. Оның ішінде математика, физика, биология, медицина, астрономия, география, космонавтика және тағы басқа білімнің салалары бар. Алайда статистика ғылыми бағыт ретінде өзінің зерттейтін нысандары мен әдістерін қалыптастырған. Олар қоғамдық көріністердің өлшемдері мен сапалық арақатынасын көрсететін көрсеткіштер жүйесін жасауға жағдай туғызады.

Статистика ғылымы математиканың негізінде пайда болды. Алайда математика қоршаған ортадағы денелер мен көріністердің сандық жағын зерттейді. Бірақ алынған нәтижелер бұл денелердің сапасымен байланыссыз, абстракты түрде қарастырылады. Көптеген ғалымдар статистика мен математика ғылымдары арасында айырмашылық жоқ деп есептейді.

Статистиканың негізгі міндеті зерттелетін көріністердің заңдылықтарын анықтау. Ал оны анықтау үшін зерттелетін көріністердің бақылау саны жеткілікті және көп санды болуы тиіс.

Бақылау саны Бернуллидің ашқан үлкен сандар заңдылықтарына сай келуі қажет. Үлкен сандар заңдылығын негіз ете отырып П. Лаплас мүмкіндік теориясын құрастырды. Бұл теория көріністердің, оқиғаның немесе белгінің пайда болу жиілігі мен мүмкіндігінің өлшемін қарастырады. Бір оқиғаның пайда болу мүмкіндігі – пайда болған оқиғалар санының барлық туындауы мүмкін оқиғалар санының арақатынасына тең. Белгілі бір оқиғаның туындамау мүмкіндігі – туындамаған оқиғалар санының барлық туындамауы мүмкін оқиғалар санының арақатынасына тең. Оқиғалардың туындау және туындамау мүмкіндіктерінің қосындысы бірге тең келеді. Оқиғаның туындау мүмкіндігі нольге жақындаған сайын, оның мүмкіндігі төмендей береді.

Үлкен сандар заңдылығы мен мүмкіндік теориясы статистиканың ғылыми негізін құрайды.

Табиғи ортада және қоғамда статистиканың анықтайтын сандық өзгерістері мен көріністері, заңдылықтары бірден қалыптаспайды. Белгілі бір

мезетте, қажетті деңгейге жеткенде осы сандық өзгерістер көріністердің, үдерістердің, заттың жаңа жағдайын туындатады. Қол жеткізген тәжірибелер, бір аурулардан (мысалы, инфекциялық аурулардан) туындайтын өлім саны азайғанда, екінші бір аурудан (жүрек-қан айналу жүйесі ауруларынан) туындайтын өлім саны ұлғаяды. Осылайша ерлер мен әйелдердің өлім себептерінің құрамында жүрек-қан тамырлары аурулары бірінші рангалық орынға шықты.

Статистиканың міндеті – зерттелген көріністердің өзгерістеріне алып келетін себептерді анықтау.

Қоғамдағы себептік байланыстар көпсалалы. Олар уақытша, корреляциялық, кеңістіктік және басқа болуы мүмкін. Осы арақатынасты зерттейтін статистика болып табылады. Үлкен санды зерттеу барысында көріністер арасында тұрақты қайталанатын байланыстар белгілі бір заңдылықтарды көрсетеді. Статистикалық заңдылықтарда себептер мен оның барысы арасындағы байланыстар тұрақты емес, басқаша айтқанда ол әртүрлі дәрежеде туындауы мүмкін. Мысалы, денсаулық сақтау мекемесінің жұмыс тәжірибесіне ендірілген сауықтыру шаралары аурушандықты төмендетуі тиіс. Алайда, аурушандықтың төмендеу деңгейі сауықтыру шараларының басқаруға икемдігіне тікелей байланысты. Статистика мен статистикалық әдістерді тұрғындардың денсаулық жағдайын бағалауда, оның бір себепке байланыстылығын анықтауда, медицина мекемесінің қызметін сараптауда қолдану медициналық статистиканың немесе салалық статистиканың қызметі болып табылады.

Статистика деген латынша «Стато», ал қазақша «Жағдай» деген мағынаны көрсетеді. Қазіргі кезеңде ғалымдардың көбісі статистикаға мынандай түсінік береді. «Статистика жеке қоғамдық ғылыми бағыт. Ол қоғамдағы белгілі бір мезгілде және кеңістікте жүретін жалпы өзгерістердің сандық және сапалық жағын зерттейді». Осыған қарағанда статистика жалпы көріністерді тұжырымдау үшін қажет екен. Оны жеке көріністерді зерттеуге қолдануға болмайды. Сондықтан оны басқаша «Статистика деген-жалпы көріністердің топтық қасиеттерін математикалық жолмен түсіндіру» деуге болады.

Жалпы статистикада математикалық әдістерді қолдану өмір талабынан туып отыр. Сонымен қатар математика мен статистика арасында өзіндік айырмашылықтары бар. Егер статистика белгілі бір объективтік көріністермен айналысса, математика абстракциялық сандық арақатынастарды зерттейді. Статистика болса өмірде болып жатқан өзгерістердің сандық және сапалық жағын зерттеп баға береді. Бұл зерттеулерде статистика диалектикалық материализм категорияларының тығыз байланыстылық заңдылықтарына сүйенеді.

Қоғамдық көріністер бір-біріне сандық және сапалық жағынан тәуелді. Бірақ, оларды біріктіре қарауға да болмайды. Себебі әрбір қоғамдық көріністе сандық та, сапалық та қасиеттер бар. Осыған қарағанда статистика қоғамдық көріністердің өзгеруін зерттейді. Өзгеріссіз көріністерді статистика ғылымы зерттемейді. Сондықтан «Үлкен сандар» заңдылығын білудің

маңызы өте үлкен. Оның көмегімен статистикалық көрсеткіштерді кездейсоқ жағдайлардан арылтуға болады. Осындай заңдылықтар демография ғылымында да байқалады. Мысалы, жыл сайын туылған 100 қыз балаға 104-106 ер бала тура келеді. Бірақ осындай заңдылықты тек қана көптеген байқаулар арқылы анықтауға болады. Аз көрсеткіштердің ішінен қыздар мен ер балалардың осындай ара-қатынасы көрінбейді немесе аса байқала қоймайды.

Зерттелетін көріністердің мөлшерінің жеткіліктілігін және алынған көрсеткіштің дұрыстығын анықтау үшін математикалық статистика әдістерін қолдана білу қажет. Басқаша айтқанда, жиналған медициналық деректерді статистикалық өңдеу және сараптау жұмыстарын арнайы математикалық әдістердің көмегімен жүргізіп, көрсеткіштің аз, бірақ жеткілікті мөлшері арқылы жалпы статистикалық көрініске баға беруге болады.

Медициналық статистикада статистиканың өзге салаларына қарағанда «Үлкен сандар» заңдылығы жиі қолданылады. Ол мынандай жағдайларда кездеседі:

1. Аз көлемдегі бақылауды жүргізгенде.
 2. Орта көрсеткіштерді сараптап, олардың арақатынасын анықтауда.
 3. Зерттеулер өте аз бақылауға сүйене отырып жүргізілген жағдайда.
- Осы жағдайларда «Үлкен сандар» заңдылығын қолданбаса зерттеудің жоспарын, бағдарламасын дұрыс жасау және алынған көрсеткіштердің оңдылығы мен бағалылығын анықтау мүмкін емес. Статистикалық әдістермен анықталған қоғамның объективтік заңдылықтарының маңызы үлкен.

Ал, медициналық статистиканың деректеріне сүйенбеген әлеуметтік медицина мен денсаулықты сақтауды ұйымдастыру жұмысы бос сөзге айналады. Ойдан шығарылған жағдайларды шындыққа айландыру үшін, қолдан жсалған, жағдайдың дұрыстығын дәлелдейтін тұжырымдарды пайдалануға алып келеді. Сонымен, медициналық статистика жалпы статистика ғылымының негіздеріне жүгінеді. Ол үш бөлімнен тұрады:

1. Денсаулық статистикасы.
2. Денсаулықты сақтауды басқару статистикасы.
3. Клиникалық және экспериментальдық зерттеулер статистикасы.

Денсаулық статистикасының негізгі тармақтарына:

- Демография статистикасы;
- Аурушандық және мүгедектіктің статистикасы;
- Өсу және даму статистикасы жатады.

Тұрғындардың денсаулығын анықтау барысында олардың саны мен құрамы, өсімі мен өмірінің ұзақтығы, жеке аурулардың таралуы, мүгедектің деңгейі және жеке адамдардың физикалық дамуы туралы деректерді жинап, зерттеу жүргізеді. Оның барысында денсаулыққа қоршаған орта зиянды заттарының тигізетін әсерін анықтайды. Осы корреляциялық байланыстарды

нақты білу денсаулықты күшейтуге бағытталған шараларды жетілдірілуге көмектеседі.

Денсаулықты сақтау статистикасы бірнеше тармақтарға бөлінеді. Оған:

- Емдеу-алдын алу мекемелерінің статистикасы;
- Санитарлық және эпидемияға қарсы күресетін мекемелер статистикасы;
- Әйелдердің босануына көмектесетін және денсаулығын қорғайтын мекемелердің статистикасы;
- Балалар мен жасөспірімдердің денсаулығын қорғайтын мекемелер статистикасы;
- Медицина қызметкерлерінің статистикасы жатады.

Статистикалық әдістерді клиникалық, лабораториялық және экспериментальдық зерттеулерде қолдану көптеген сұрақтарды шешуге көмектеседі. Оның ішінде жоспарлау, клиникалық және лабораториялық зерттеулерді ұйымдастыру, алынған көрсеткіштердің статистикалық тұрғыдан дұрыстығын және зерттелген қоғамдық жайлардың объективтік заңдылықтарын анықтау, қолданылған алдын-алу және емдеу шараларының медициналық тиімділігін бағалау жұмыстары да бар. Бұл жерде медициналық статистика өзінің қоғамдық қасиетін жоғалтпайды. Себебі, адам организміндегі биологиялық үдерістер мен оның өзгерістері қоршаған орта себептерінің әсерінен және онымен диалектикалық байланыста жүреді. Статистикалық зерттеулер белгілі бір ғылыми түрде тұжырымдалған ережелерді және әдістерді қолданып жүзеге асырылады. Осының бәрін бір сөзбен статистикалық әдістеме деуге болады.

Статистикалық зерттеулер тек қана ғылыми жұмыста емес, сонымен қатар денсаулық сақтау мекемелерінің күнделікті қызметінде де қолданылады. Денсаулықты сақтау жұмысында және арнайы медициналық зерттеулерде статистикалық әдістеме бірінен соң бірі орындалатын төрт кезеңнен тұрады. Ол кезеңдердің әрқайсысы көптеген статистикалық қимылдардан құралады. Оған:

- Зерттеулердің жоспары мен бағдарламасын жасау;
- Статистикалық бақылау мен есепке алуды ұйымдастыру;
- Статистикалық топтау, өңдеу, жинақтау және материалдарды есептеп, ыңғайлау;
- Талдау, тұжырым шығару, жұмысты жақсартуға ақыл қосу және алынған зерттеудің нәтижелерін күнделікті жұмысқа енгізу жатады.

Статистикалық бақылаудың жүргізу мезгілі мен уақытысына қарай күнделікті және белгілі бір мерзімде жүргізілетін түрлері бар. Оның көлемімен, зерттелетін белгінің бақылауға алу мөлшеріне қарай жалпы және жекелей статистикалық бақылау, есепке алу әдістері қолданылады. Статистикалық бақылау барысында көптеген жағдайлардың, белгілердің және деректердің жиынтығымен айналысуға тура келеді. Оны статистикалық жиынтық дейді.

Статистикалық жиынтық дегеніміз-сапасы жағынан бірінғай деректердің, жағдайлардың және жаңалықтардың белгілі бір бағыттағы жиынтығы. Статистикалық жиынтықтың жеке деректерін, көріністерін-бақылау көрсеткіші деп, ал бақылау көрсеткіштерінің деректерін – есепке алынатын белгілер деп атайды.

Статистикалық жиынтықтың толық және таңдамалы түрлері бар. Бірақ статистикалық жиынтықтың таңдамалы түрі зерттелетін жиынтықты толық бағалауға жеткілікті немесе репрезентативті болуы тиіс. Жиналған статистикалық деректерді (аурудың тарихы, статистикалық талондар, арнайы карталар) топтамай жайша есептеу, оны терең талдауға жағдай туғызбайды. Сондықтан деректі құжаттарды топтастыру статистикалық зерттеудің ең маңызды кезеңі болып есептеледі. Жиналған деректерді топтастыру дегеніміз – оны жекелей белгілеріне қарай біріктіру болып табылады. Деректердің топтары сандық және сапалық жағынан анықталады. Сапалық немесе антрибутивтік белгілер жазбаша түрде белгіленеді. Оған адамның жынысы, қызметі, жұмыс істеу ұзақтығы, аурудың аты мен белгілері т.б. жатады. Сандық белгілерді цифрлармен көрсетеді. Оған адамның бойының ұзындығы – см, жасы-жылмен, емделу мерзімі-күнімен есептеу және т.б. жатады. Осыдан түрлік және вариациялық топтастыру пайда болады.

Жинақтау дегеніміз – жай арифметикалық қосу емес, ол ғылыми түрде тұжырымдау. Оның барысында негізгі белгілер алдыға шығып, керексіз белгілер шетте қалады. Есептеудің соңында кесте құрастыру керек. Ол статистикалық жиынтықтың жүйеленген белгілерін сандық көрсеткіштермен әсерлеп көрсету болып табылады. Соның арқасында статистикалық деректерді талдау және әдеби түрде жазып көрсету жеңіл жүреді. Статистикалық кесте көріністердің, деректердің сандық жиынтығының цифрлық көрсеткіштері. Оның үш түрі бар:

1. Жайша
2. Топтық
3. Аралас

Статистикалық есептеу – қортындылау және оны кесте түрінде көрсетумен аяқталады. Ол абсолюттік сандардан тұрады. Материалдарды талдау барысында абсолюттік сандардан-жалпылама көрсеткіштер жүйесі жасалады. Оған статистикалық коэффициенттер мен орта сандар жатады. Статистикалық коэффициенттер мен көрсеткіштердің мынандай түрлері бар:

1. Экстенсивтік көрсеткіштер – жиынтықтың құрамын, бөлшектенуін, таралуын көрсетеді.
2. Интенсивтік көрсеткіштер – көрсеткіштің қайталану жиілігін көрсетеді.
3. Арақатынас көрсеткіштері.
4. Көрнекті көрсеткіштер.

Көріністер мен жағдайлардың белгілі бір мерзімдегі өзгерістерін зерттеу және талдау үшін статистикада динамикалық қатарлар әдісі

қолданылады. Олардың ішінен абсолюттік даму, даму мен өсім жылдамдығы немесе кему жылдамдығы және бір процентке өсудің абсолюттік бағасы деген көрсеткіштер алынады. Сонымен қатар статистикада орта сандар өте жиі қолданылады. Орта сандар маңыздылығы жағынан топтастырумен қатар келеді. Орта сандар статистикалық жиынтықтың өзгеретін сандық белгісіне жалпы баға беретін көрсеткіштер. Орта сандардың негізгі қасиеті мен маңыздылығы оның кез келген жағдайда қолдануға болатындығында. Олар көріністер мен өзгерістердің бағытын тез көрсетеді және оларға жалпы баға бере алады.

Медициналық статистикада орта сандардың, орта арифметикалық шама, мода, медиана, орта прогрессивтік және орта квадраттық ауытқу, орта көрсеткіштің орташа қатесі деген түрлері қолданылады.

Орта сандарды қолданғанда вариациялық қатарлармен жұмыс істеуге тура келеді. Олар варианттар (V) мен жиілік (P) көрсеткіштерінен тұрады. Статистикалық теория мен тәжірибе жұмысында орта және балама көрсеткіштердің, бір-бірімен салыстырылатын көрсеткіштердің айырмасының дұрыстығын бағалайтын әдістер бар. Көптеген әлеуметтік және гигиеналық зерттеулерде, клиникалық жұмыстарда көрсеткіштерді салыстыру үшін бірыңғай топтарды алу мүмкіндігі мүлдем жоқ. Ол әсіресе аурушандықтың, мүгедектіктің, өлім мен туудың аймақтық, қалалық, аудандық және ауылдық жерлердегі көрсеткіштерін зерттегенде, олардағы тұрғындардың жастық және жыныстық жағынан әртүрлі болуына байланысты туындайды.

Статистиканың ең бір маңызды міндетіне көріністер мен өзгерістердің өзара байланысын анықтау жатады. Олардың байланысының екі түрі белгілі – қызметі жағынан және корреляциялық. Қызметі жағынан байланыста көріністердің белгілі бір көрсеткішіне, алдын ала белгілі екінші өзгергіш көрсеткіші сәйкес келеді. Корреляциялық байланыста –бір белгінің көрсеткішіне, басқа бір белгінің бірнеше көрсеткіші тура келуі ықтимал. Оларға дәрежелі корреляция және квадраттау әдісімен корреляциялау жатады. Статистикада регрессия коэффициенті деген көрсеткіш бар. Ол бір көріністің көрсеткіші бір рет өзгергенде, екіншісінің қалай өзгеретінін көрсетеді. Алынған көрсеткіштерді талдау және әсерлеп көрсету мақсатында статистикада графикалық бейнелер қолданылады. Олар диаграмма, картограмма түрінде түсіріледі. Диаграммалардың сызықша, радиалды, көлемді, мүсінді және бағаналы түрлері бар.

Медициналық статистиканың емдеу, алдын алу және санитарлық-эпидемиологиялық мекемелердің қызметі, мамандары, саны мен жұмыс сапасы жөніндегі статистикалық деректерді жинау, өңдеу және талдау жұмысымен айналысатын бөлімін – денсаулықты сақтау статистикасы деп атайды. Барлық бірыңғай емдеу және аурудың алдын алу мекемелерінде бірдей есептеу құжаттары қолданылады. Осылайша жүргізілген есептеу, деректі материалдарды өңдеуді жеңілдетеді және оны механикалық жолмен жинақтауға көмектеседі.

Денсаулықты сақтау жүйесіндегі ақпарат жұмысын жетілдіру, жаңа деректердің көлемі мен сапасына қойылатын талаптарды күшейту, есеп-қисап жүйесін, оның анықтығы мен дұрыстығын қамтамасыз етіп, пайдалану үшін білікті мамандар керек және олардың білімін үнемі жетілдіріп отыру қажет. Қазіргі кезеңде, денсаулық сақтау саласында басқарудың автоматты жүйелері енгізілуде. Бірақ үйреншікті есептеу және есеп беру жүйесі өз мағынасын болашақта да жоғалтпайды деп ойлаймыз. Барлық емдеу және аурудың алдын алу жұмысын қамтамасыз ететін мекемелер жыл сайын емхана мамандары мен аурухананың қызмет барысы туралы есеп беретіні белгілі. Осы деректердің негізін емдеу мекемелерінің күнделікті жүргізетін оперативтік есептеу құжаттары құрайды. Жыл сайынғы есеп беру медицина қызметінің жеткен көрсеткіштер сапасын бағалау үшін жүргізіледі.

Емдеу мекемесінің әрбір бөлімшесі өз жұмыстарын талдап, жұмысты алға бастырған және кейін тартқан себептерді анықтайды. Есеп беру барысында алынған деректер денсаулықты сақтау жұмысының күнделікті және алдын ала жасалынатын жоспарын жасауда қолданылады. Жылдық есеп берудің статистикалық көсеткіштерін анықтау олардың мағынасы бойынша жүргізіледі. Статистикалық есеп беру көрсеткіштері аудандық, қалалық, облыстық, республикалық көрсеткіштермен салыстырылып, оған керекті бағасы беріледі. Ал, талданған көрсеткіштер бірнеше жылдағы өзгерістермен салыстыра қарастырылады. Оның барысында маңызды статистикалық деректер алынады. Олар медицина қызметінің жеткен жетістіктерін көрсетеді.

Сонымен, медициналық статистика дегеніміз – қоғамдық тәжірибе саласы және жекеше оқылатын маңызды пән. Ол жалпы статистиканың бір тармағы. Басқаша айтқанда, медициналық статистика қоғамдық медициналық ғылым. Ол денсаулықты және денсаулықты сақтау жұмысын сандық және сапалық жағынан зерттейді. Сонымен қатар, статистиканың әдістері мен әдістемелері арнайы медициналық мәселелерді де шешуге қолданылады. Кез-келген саладағы дәрігерлер мен денсаулықты сақтауды ұйымдастырушылар үшін медициналық статистика денсаулыққа, санитарлық және өндірістік тіршіліктік жағдайға сандық және сапалық баға беруге қолданылатын негізгі құрал болып табылады.

Медициналық статистика денсаулықты сақтау мекемелері мен басқару орындарының жинаған материалдарына жүгінеді. Осы деректі материалдарды зерттеп сараптағанда, медицина органдары мен мекемелерінің жұмысындағы жеткіліксіз жақтары анықталып, оны түзетуге және жақсартуға арналған жоспарлар құруға, бөлінген қаржыны дұрыс бағытта қолдануға жағдай туады. Соның арқасында тұрғындарға көрсетілетін медициналық көмек жақсарады.

Кез-келген салада қолданылатын статистика, оның ішінде медициналық статистика әдістемелік және материалдық бөлімнен тұрады. Әдістемелік бөлім зерттеулерді жүргізетін әдістердің жиынтығын құрайды. Өртүрлі салада қолданылатын статистикалық әдістердің жалпы бірінғайлығымен қатар өзіндік ерекшелігі де болады.

Статистиканың материалдық бөлімі деректі сандардың жиынтығынан тұрады. Ал медициналық статистиканың материалдық бөлімі тұрғындардың денсаулығы туралы деректі цифрлар жиынтығынан құралады. Медициналық статистика тек қана ғылыми немесе пәндік бағыт емес, сонымен қатар қоғамдық тәжірибе. Оның көмегімен медицина мекемелері есепке алу және есеп беру жұмыстарын атқарады. Есепке алудың терең мағынасы бар. Ол есепке алудың жоспарлаумен тығыз байланысты біріңғай жүйесі.

Есепке алудың 3 түрі бар: оперативтік, бухгалтерлік және статистикалық. Оны жайша айтқанда, күнделікті жүретін жеке деректер мен белгілерді жүйелі түрде анықтап, есепке алу деп түсінуге болады. Есеп беру дегеніміз белгілі бір кезеңде жүйелі түрде, бекітілген бағдарламалардың тұрақты сұрақтары бойынша деректердің қортындысын шығарып, жұмыстың барысын бағалау. Ол аурудың, мүгедектіктің, өлімнің себептерін анықтап, оларға қарсы арнайы алдын-алу, бақылау және емдеу шараларын жасауға, оның тиімділігін анықтауға көмектеседі. Статистикалық әдіс қоғамдық ғылыми салада ғана қолданылып қоймайды, сонымен қатар биологиялық, клиникалық, лабораториялық зерттеулерде физикалық және химиялық өзгерістерді анықтауға пайдаланылады. Әрбір көрініс санының артуы, сапалық өзгерістер туғызатыны белгілі. Бірақ, зерттелетін көрсеткіштерді қасиеттеріне қарай дұрыс топтастырудың маңызы үлкен. Сондықтан зерттеумен айналысатын адамның статистика заңдылықтарымен толық таныс болуы және қолдана білуі қажет.

Статистиканың сүйенетін теориялық негізіне математика мен экономика заңдылықтары да жатады. Медициналық деректерді әлеуметтік, жыныстық қасиетіне және қызметіне қарай топтастыру үшін экономикалық заңдылықтарды білу керек. Ал аурушандықтардың деректерін аурудың түріне және тобына қарай топтастыру үшін дәрігердің білімі жоғары болуы тиіс. Осылайша денсаулықтың әлеуметтік және гигиеналық жағдайға корреляциялық байланысын және тәуелділігін анықтау үшін, адам организмінің қалыпты физиологиясын және патологияның даму механизмін дұрыс бағалап, ауру туғызатын қоздырғыштарды белгілейді. Содан кейін ғана алынған көрсеткіштердің құндылығы мен дұрыстығын анықтайды және зерттелген көрсеткіштердің арақатынасын өлшейді.

2.2. Статистикалық зерттеуді ұйымдастыру және зерттеу кезеңдері. Статистикалық бақылау әдістері және түрлері. Статистикалық жинақ және статистикалық кестелер. Статистикалық зерттеу нәтижелерін сараптау және дайындау.

Дәрігердің күнделікті жұмысына медициналық көмекті жақсартуға бағытталған шараларды жасау үшін статистикалық зерттеулер жүргізіп, керекті деректер жинау қажет. Мысалы, ауруханадағы жататын төсек орынының тиімділігін арттыру үшін, аурулардың жынысына, жасына, ауруына, жату мерзіміне қарай ауруханада емделу ұзақтығын зерттеу қажет.

Тағы да бір мысал, балаларды егу бөлмесінің жұмысын арттыру шараларын жасау үшін жұқпалы ауруларға қарсы егілетін балалардың жасына, физикалық дамуына және басқа жағдайларына қарай не себепті уақтылы вакцинация мен ревакцинацияға келмегендігін зерттеу керек. Аты аталған және басқа сұрақтар статистикалық зерттеулердің кезеңдерін, мағынасын білуді, зерттеудің міндеті мен мақсатын анықтауды, бақылаудың бірлігін дұрыс белгілеуді, статистикалық зерттеудің таблицаларын жасай алуды, бақыланатын көріністің керекті санын белгілей білуді, таңбалауды, топтауды, жинақтауды және сараптауды қажет етеді.

Статистикалық зерттеудің 5 кезеңі бар:

I – кезең – зерттеудің жоспары мен бағдарламасын жасау.

II – кезең – статистикалық есепке алу (материалдарды жинау).

III – кезең – материалды талдау және жинақтау.

IV – кезең – алынған деректерді сараптау.

V – кезең – зерттеу қортындысын тәжірибелік жұмысқа енгізу.

Жоспар мен бағдарламаны жасау зерттеудің гипотезасын құрастырудан немесе зерттеудің негізгі идеялық жобасын анықтаудан басталады. Ол зерттелу барысында қандай мәселені дәлелдеу немесе жоққа шығару керектігін көрсетеді. Жұмыс гипотезасы зерттеудің мақсаты мен міндеттерін анықтауға көмектеседі. Зерттеудің мақсаты мынандай сұраққа жауап беруі керек: бұл зерттеу не үшін өткізілмекші? Зерттеудің мақсатын көрсету барысында зерттеуші мақсатқа жету үшін қандай кезекті қимылдар жасау керектігін белгілейді. Зерттелетін орта бас немесе таңдаулы статистикалық жиынтық болуы мүмкін. Зерттелетін орта ретінде таңдамалы статистикалық жиынтықты алғанда, оның репрезентативті (бас жиынтықтың қасиеттерін толық ашатын көлемде) болуын қамтамасыз ету керек.

Таңдамалы статистикалық жиынтықтың репрезентативті болуын қамтамасыз ету үшін алдын ала таңдалатын жиынтықтың көлемін есептейді және бақыланатын бірлікті (белгіні) таңдап алуға арнайы әдістемелер қолданылады. Егер зерттеудің соңғы қортындысында деректер орта шамамен көрсетілуі керек болса, онда таңдамалы жиынтықтың көлемі мынандай формуламен анықталады:
$$n = \frac{t^2 d^2}{D_2}$$

Бұл жерде n – бақылау саны; t – сенімділік коэффициенті. Ол қатесіз болжам (P) жасаудың 95% мүмкіндігінде 2-ге, ал $p=99\%$ болғанда 3-ке тең келеді; d – орта квадраттық ауытқу. Ол осындай зерттеулердің қортындысы шығарылған деректерден алынады немесе аз санды бақылауды жүргізу барысында есептеп шығарады.

D -ең жоғары дәрежеде жіберілетін қателік. Ол зерттеушінің алдына қойған мақсаты мен міндетіне және өлшенетін белгінің ерекшелігіне байланысты алынады. Егер зерттеудің қортындысын көрсеткіштермен беру керек болса (мысалы, процентпен), онда таңдамалы жиынтықтың көлемі мына формуламен есептеледі.

$$n = \frac{t^2 q}{D}$$

Бұл жерде n – бақылау саны; t - сенімділік коэффициенті. Ол қатесіз болжам жасаудың (P) 95% мүмкіндігінде 2-ге, ал $p=99\%$ мүмкіндігінде 3-ке тең.

P -процентпен берілген көрсеткіштер. Олар алдыңғы осылайша жүргізілетін зерттеулердің жарық көрген деректерінен алынады немесе P мен q көбейтіндісі барынша көп болуы үшін есептелініп алынады. Ондай жағдай $Pq=50\%$ және $q=100\%- P\%$ болғанда шығады.

D – ең жоғары дәрежеде жіберілетін қателік. Ол зерттелетін көріністің ерекшелігіне, зерттеудің мақсаты мен міндетіне қарай беріледі. Көбінесе (D) көлемі 15% аспайды.

Таңдамалы статистикалық жиынтықты құрастыру үшін бас жиынтықтың құрамынан бақыланатын бірлікті (белгіні) әртүрлі әдістермен таңдап алу арқылы жүргізіледі.

Бағдарламаны жасау барысында талқыланатын сұрақтарды анықтап, оны сұрыптау және сараптау бағытын белгілеу керек. Бағдарламаның мәліметтерді жинау бағдарламасы, мәліметтерді өңдеу бағдарламасы және алынған деректерді сараптау бағдарламасы деген түрлері бар.

Мәліметтерді жинау бағдарламасы дегеніміз –зерттеу барысында есепке алынатын (сұрақтардың) белгілерінің тізбесі. Ол карта, перфокарта, кесте, журнал немесе бланк түрінде болуы мүмкін. Есепке алыну бланкісінің мысалы ретінде мемлекеттік статистикалық құжаттарды қарастыруға болады (еңбекке жарамсыздық туралы қағаз, анықталған диагноздарды есепке алу статистикалық талоны). Бұл құжаттар тұрғындардың аурушандығы туралы мәліметтерді жинаудың ресми бағдарламасы болып табылады.

Клиникалық-статистикалық зерттеулерде мәліметтерді жинау бағдарламасы арнайы карта түрінде жасалады. Ол медицина мекемелерінің жұмыс құжаттарынан алынатын мәліметтерді жинауға бейімделген болуы тиіс.

Әлеуметтік-гигиеналық зерттеулерде есепке алу құжаттар ретінде анкеталар, сұрақ-жауап анкеталары, отбасын зерттеу картасы, медициналық құжаттардан мәліметтерді жинауға арналған арнайы карталар қолданылады. Есепке алу құжатын (есепке алу бланкасы) құрастырғанда мынадай ережелерді қатаң сақтау қажет:

1. Құжаттың анық атауы болып, онда бақылау бірлігі көрсетілуі керек.
2. Сұрақтары (есепке алынатын белгілері) қысқа, анық болып, зерттеудің мақсаттары мен міндеттеріне сай болуы тиіс.
3. Әрбір сұраққа зерттелетін белгілердің топтарына сай жауаптарын құрастыру керек.

Есепке алынатын құжаттарды құрастыру барысында және оны электронды есептеу машинасында өңдеуде математик-бағдарламашының кеңесіне жүгіну қажет. Ол есептеу құжатындағы деректерге арнайы таңбалар қоюға септігін тигізеді. Егер деректерді өңдеуде перфокарталар қолданса,

онда есептеу құжатындағы деректерді өңдеу бағдарламасы дегеніміз – статистикалық кестелердің жинағы болып табылады.

Статистикалық кестелер мынадай негізгі бөлшектерден тұрады:

1. Кестенің атауы болуы тиіс. Ол кестенің мағынасын толық көрсетуі керек. (Оның құрамына кіретін белгілерді ретімен көрсетіп, деректердің көлемін абсолюттік сандар, процент және т.б. түрде анықтайды).
2. Статистикалық бастауыш – кестеде сарапталатын негізгі есептеу белгісі. Белгінің анықтамасы бірінші графаның жоғары жолында, ал оның топтастырылуы – сол графаның келесі жолдарында көрсетіледі.
3. Статистикалық баяндауыш (бір немесе бірнеше) – бастауышты толықтыратын және ашатын есептеу белгісі. Ол зерттелетін жиынтықты толық және терең сипаттауға көмектеседі. Баяндауышты топтастыру және айқындау графаның бірінші қатарында жүзеге асырылады.
4. Кестенің негізгі бөлімі қорытындысы болып табылады. Ол кестенің дұрыс толтырылуын қажет етеді және көрсеткіштерді есептеу үшін қажет.

Статистикалық кестенің үш түрі бар:

1. Жай статистикалық кесте – бір статистикалық бастауыштан тұрады. Ол мәліметтерді бір белгі бойынша қорытындылауға көмектеседі. Мысалы: А ауруханасында холециститтен емделген аурулардың емделу қорытындысы бойынша бөлінуі (абсолюттік саны). (1 кесте)

1 кесте. А ауруханасындағы холециститпен ауырғаан адамдардың абсолюттік саны

Аурудың емделуден кейінгі жағдайы	Аурулардың саны
кетті	42
жақсарды	61
өзгеріссіз қалды	12
нашарлады	4
өлді	2
Барлығы:	121

2. Топтастырылған статистикалық кесте бір статистикалық бастауыштан және бірнеше бір-бірімен байланыссыз баяндауыштан құралады. Мысалы: А ауруханасында холециститтен емделген аурулардың емделу қорытындысы, жасы мен жынысы бойынша бөлінуі (абсолюттік саны). (2 кесте)

Деректерді сараптау бағдарламасы статистикалық әдістемелердің қатарынан құралады. Ол зерттелген көріністің заңдылықтарын анықтауға көмектеседі.

2 кесте. А ауруханасында емделген аурулардың жасы мен жынысы бойынша абсолюттік саны

Аурудың емделуден кейінгі жағдайы	жасы жылымен есептегенде			жынысы		қорытындысы
	30-ға дейін	31-59	60-тан жоғары	ерлер	әйелдер	
жазылып кетті	10	22	10	12	30	42
жақсарды	12	28	21	28	33	61
өзгеріссіз қалды	3	4	5	5	7	12
нашарлады	-	1	3	2	2	4
өлді			2	1	1	2
Барлығы:	25	55	41	48	73	121

3. Құрастырмалы статистикалық кесте – бір немесе бірнеше бір-біріне байланысты бастауыштан және бірнеше бір-біріне байланысты баяндауыштан тұрады. Мысалы: А ауруханасында холециститтен емделген аурулардың емделу қорытындысы, жасы, жынысы бойынша бөлінуі.(3 кесте)
3 кесте. А ауруханасында емделгендердің жағдайы, жасы мен жынысы бойынша абсолюттік саны.

Аурудың емделуден кейінгі жағдайы	жасы жылымен есептегенде						қорытын дысы
	30-ға дейін		31-59		60-тан жоғары		
	ер	Әйел	ер	әйел	ер	әйел	
жазылып кетті	2	8	10	12	5	5	42
жақсарды	5	7	12	16	9	12	61
өзгеріссіз қалды	1	2	1	3	2	3	12
нашарлады	-	-		1	1	2	4
өлді					1	1	2
Барлығы:	8	17	23	32	18	23	121

Зертеудің жоспары мен бағдарламасын жасағанда бақылаудың түрін (жалпы немесе таңдамалы, бір кезеңде немесе ұзақ), деректерді алу әдістерін (анамнестикалық әдіс, сұрақ-жауап, анкеталық сұрау, құжаттарды көшіру, күнделікті бақылау), көрсету керек. Сонымен қатар әр кезеңнің орындалу мерзімі мен жолын, жұмысты орындауға керекті күш пен қаражат көзін анықтау қажет.

Статистикалық есепке алу – (мәліметтерді жинау, II кезең) дегеніміз керекті мәліметтерді алу және есепке алу құжаттарын толтыру.

Деректерді өңдеу және жинақтау (III кезең). Мынадай қимылдардан тұрады:

1. Есепке алынған құжаттардың сапасын бақылауға алу.

2. Таңбалау (кодын қою)
3. Мәліметтерді топтастыру (бақылау бірліктерін бірыңғай топтарға бөліп, есептеуге ыңғайлау).
4. Жинақтау (статистикалық кестені толтыру).
5. Статистикалық көрсеткіштерді есептеу.
6. Көрсеткіштерді графикалық түрде бейнелеу.
- 7.

Статистикалық мәліметтерді сараптау (IV кезең).

Оны өткізуге керекті жағдайларға мыналар жатады:

1. Зерттеуші зерттелетін көріністі жете білуі қажет.
2. Статистикалық зерттеу әдістерімен жете тыныс болуы керек.
3. Алдыңғы үш кезең дұрыс орындалуы тиіс.

Статистикалық сараптауға абсолюттік, салыстырмалы, орта шамалар және графикалық бейнелер және әртүрлі коэффициенттер алынады. Статистикалық сараптау әдістемесінің құрамына мыналар кіреді:

1. Алынған статистикалық көрсеткіштер мен графикалық бейнелерді қалыпты көрсеткіштер мен осындай көрсеткіштердің орта деңгейімен, өзге медицина мекемелерінің және аймақтардың көрсеткіштерімен, әдеби деректермен салыстыра отырып, динамикасын анықтап, сараптау.
2. Жұмысты әдеби түрде орындау.
3. Талдау.
4. Тәжірибеге енгізу үшін ұсыныстар жасау.

Статистикалық сараптауды жүргізгенде қателіктер жіберілуі ықтимал. Ол қате талдауға алып келеді. Статистикалық талдаудың бірыңғай қателіктеріне мыналар жатады:

1. Әдістемелерді дұрыс орындамаудан туатын қателіктер (бақылау бірлігін дұрыс анықтамау, бақылау санының жеткіліксіздігі, өте күрделі кестелерді қолдану, топтастыру қателіктері).
2. Статистикалық көрсеткіштерді дұрыс бағаламау (өсімділік туралы экстенсивті көрсеткіштерге сүйене отырып қорытынды шығару, орта шамалар мен таңдамалы көрсеткіштерге репрезентативтік қасиеттерін анықтамай баға беру, әртүрлі құрамдағы жиынтықтардан алынған көрсеткіштердің айырмашылығын стандартизация әдісін қолданбай талдау).
3. Атүсті талдаудың логикалық қателіктері.

«СТАТИСТИКАЛЫҚ ЖИНАҚ».

Кез-келген статистикалық зерттеудің негізгі қарастыратыны – статистикалық жинақ болып табылады.

Статистикалық жинақ – шамамен көрсетілген көріністер немесе уақытпен және кеңістікпен шектелген көптеген бірыңғай белгілері мен айырмашылықтары бар шамалар. Бірыңғай белгілер көрсеткіштерді жиынтықтауды, ал айырмашылықтар (есепке алынатын белгілер) – оларды өзгеше сараптауды қажет етеді.

Есепке алынатын белгілер мазмұнына қарай сапалық (атрибутивтік) және сандық түрлерге бөлінеді. Оған адамның жынысы, кәсібі және т.б. жатады. Сандық белгілер цифрлармен белгіленеді. Атқаратын қызметіне қарай есепке алынатын белгілер – себепті және қортынды белгілерге жіктеледі. Себепті белгілер өзіне тәуелді белгілерді өзгерте алады, ал қортынды белгілер себепті белгілерге байланысты өзгереді.

Статистикалық жинақтың екі түрі бар: олар басты және таңдамалы жиынтықтар. Басты статистикалық жиынтық – барлық бақылауға алынған бірліктерден тұрады, ал таңдамалы статистикалық жиынтық – басты жиынтық ішінен арнайы таңдау әдісі арқылы құрастырылады.

Кез-келген статистикалық жинақты зерттеудегі мақсат, олардың жалпылама қасиеттерін, заңдылықтарын анықтау болып табылады. Себебі өте аз мөлшердегі көріністерді зерттегенде бұл заңдылықтар мен қасиеттерді анықтау мүмкін емес. Статистикалық жинақты құрайтын көріністерді бағалау үшін статистикалық шамалар қолданылады. Оның ішіне абсолюттік, салыстырмалы және орташа сандар кіреді.

Салыстырмалы шамаларды статистикалық жинақтың ішінде белгілердің таралуын белгілеу және әртүрлі статистикалық жиынтықтарды салыстыру үшін қолданады. Көбінесе мынадай салыстырмалы шамалар (көрсеткіштер) қолданылады.

$$1. \quad \text{Интенсивтік көрсеткіш} = \frac{\text{кзріністердің абсолюттік мзшері} \times 100}{\text{ортаныс абсолюттік мзшері}}$$

(осы көріністерді туғызатын орта)

$$2. \quad \text{Экстенсивтік көрсеткіш} = \frac{\text{кзріністердің бір бзлігінің абсолюттік мзшері} \times 100}{\text{кзріністер шамасының жалпы абсолюттік мзшері}}$$

$$3. \quad \text{Арақатынас көрсеткіші} = \frac{\text{кзріністің абсолюттік мзшері} \times 100(1000, 10000)}{\text{ортаныс абсолюттік мзшері (бұл кзріністі туғызбайтын)}}$$

$$4. \quad \text{Көрнекті көрсеткіш} = \frac{\text{кзрініс} \times 100}{\text{мағынасына қарай салыстыру кшін алынған осындай бір кзрініс (1 немесе 100 шамасында)}}$$

Экстенсивті көрсеткіштер – көріністің құрамын көрсетеді. Мысалға: аурушандық, өлім, мүгедектік құрамы. Интенсивтік көрсеткіштер - ортадағы көріністің жиілігін көрсетеді. Мысалға: туылу, өлім, аурушандық көрсеткіштері. Арақатынас көсеткіші-өзге ортадағы белгілі бір көрсеткіштің жиілігі. Мысалға: тұрғындарды ауруханада жататын орынмен және дәрігерлермен қамтамасыз ету дәрежесі.

Динамикалық қатар және оның көрсеткіштері.

Динамикалық қатар деп статистикалық бірыңғай шамалардың қатарын айтады. Ол қандай да бір көріністің уақыт ағымына қарай өзгерісін көрсетеді. Динамикалық қатарды құрайтын сандар қатардың деңгейі болып табылады. Олар абсолюттік, салыстырмалы, немесе орташа шамалардан тұруы мүмкін.

Динамикалық қатарды анықтайтын негізгі көрсеткіштерге жататындар

- Абсолюттік өсу (кері кету) – соңғы жылдың және алдыңғы жылдың көрсеткіштер айырмасы.
- Өсу жылдамдығы – абсолюттік өсудің алдыңғы жылдағы көрсеткішке проценттік қатынасы.
- 1%-тік өсімнің (кемудің) құндылығы абсолюттік өсудің өсім жылдамдығына қатынасы.
- Даму жылдамдығы – кейінгі және алдыңғы деңгейдің проценттік арақатынасы.

Графикалық бейнелеу – бұл статистикалық шамаларды көрнекті етіп көрсетуге қолданылады. Графикалық бейне абсолюттік немесе салыстырмалы шамалар бойынша құрылуы мүмкін. Графикалық бейненің мынадай түрлері бар:

- Диаграммалар (сызықша, радиалды, бағаналы, бағана ішіндегі, мүсінді, көлемді, секторлы).
- Картограммалар.
- Картодиаграммалар.

Кез-келген графикалық бейнені құрастырғанда мынадай ережелерді сақтау қажет:

- әрбір графикалық бейненің өзіндік аты болуы тиіс. Онда бейненің мағынасы, уақыты және орны көрсетіледі;
- ол белгілі бір өлшемде құрылуы керек;
- әрбір графикалық бейнеге қолданылған бояуға және қосымшаға түсініктеме беру керек.
- графикалық бейне статистикалық көрсеткіштің мағынасына сай келуі тиіс.

Сызықты диаграмма – көріністің даму бағытын көрсетеді. Оның көмегімен тұрғындардың табиғи өсімін, балалар өлімінің барысын көрсетуге болады. Егер бір диаграмма бірнеше көріністі бейнелесе, оларды әртүрлі сызықтармен сызады. Бірақ диаграммада төрт сызықшадан артық қолдануға болмайды.

Радиалды диаграмма – шеңберлі координат жүйесінде құрылады. Ол көріністің даму барысын белгілі бір уақыт айналымында бейнелеу үшін қолданылады.

Жазық диаграммалар немесе бағаналы диаграммалар көріністің өзгерісін немесе статистикасын бейнелеуге қолданылады. Мысалы: аурухананың жататын орнының бірнеше жылдық өсімін әртүрлі биіктікте

төртбұрыштармен бейнелеу. Тікбұрыштардың көмегімен көріністің құрамын да көрсетуге болады.

Секторлы диаграмманың – көмегімен көріністің құрамын бейнелейді. Мысалы: аурушандық пен тұрғындардың өлім себептерінің құрамы өзіндік көлеміне қарай шеңбердің белгілі бір бөлігін алып жатады.

Мүсінді немесе көлемді диаграмма. Бұл жағдайда статистикалық шамалар әртүрлі мүсіндермен бейнеленеді. Мысалы: ауруханадағы жату орындарының динамикасы төсек-орнының бейнесімен, ал тұрғындардың табиғи өсімі адамдардың бейнесімен суреттеледі.

Картодиаграмма – бұл статистикалық шамаларды географиялық карталарда бейнелеу болып табылады. Онда абсолюттік деректер мен әртүрлі көрсеткіштер бейнеленуі мүмкін. Картада бейнелеу үшін әртүрлі бояулар қолданылады. Көріністің жиілігін көрсету үшін бояудың қоюлылығы да әртүрлі болады. Картодиаграмма – географиялық картадағы әртүрлі диаграммалардың бейнесі.

Экстенсивтік көрсеткіштер – статистикалық жиынтықтың ішіндегі белгілі бір көріністің алатын орнын көрсетеді. Бұл көрсеткіштер әрбір көріністің құрамын анықтайды. Мысалы: Кентау қаласының бас педиатры қала емханаларында істейтін медицина қызметкерлеріне мынадай тапсырма берді:

1. 0-4 жасқа дейінгі балалардың инфекциялық ауруларының ішінде қызылша ауруының алатын орнын анықтау (%);
2. 0-4 жасқа дейінгі балалардың қызылшамен ауыру деңгейін анықтау;
3. Әрбір 10 000 балаға шаққанда қалада қанша медбикенің жұмыс істейтінін анықтау;
4. қаланың қай ауданында 0-4 жасқа дейінгі балалардың қызылшамен ауыруы мен ауыру деңгейі қандай екендігін анықтау қажет.

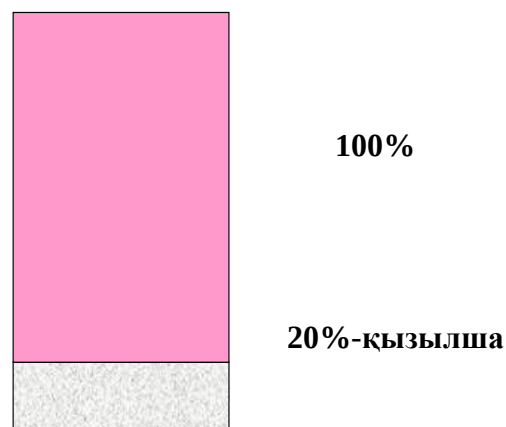
Бұл тапсырманы орындау үшін 1994 жылы Кентау қаласында мынадай деректер жиналды: Кентау қаласындағы 0-4 жасқа дейінгі балалар саны 8000. Анықталған инфекциялық аурулардың барлығы – 1600, оның ішінде қызылша ауруы – 320. Қаладағы емханалар – 150 медбике жұмыс істейді. Ал 0-14 жасқа дейінгі балалар саны – 25000.

1 сұрақ. 0-4 жасқа дейінгі балалардың инфекциялық ауруларының құрамындағы қызылша ауруының салмағын есептеу үшін төмендегідей мәліметтер алынады():

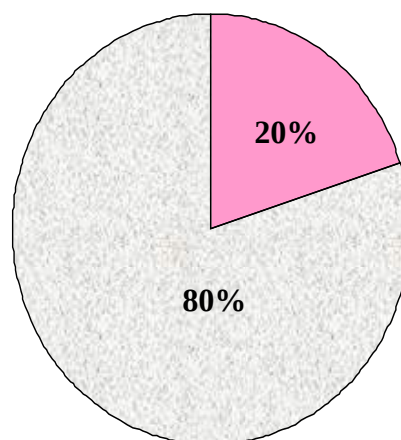
$$\frac{\text{кзріністің бзлігі} \times 100}{\text{жалпы кзрініс}} = \frac{\text{қызылша ауруының саны} \times 100}{\text{жалпы инфекцияның саны}} = \frac{320}{1600} \times 100 = 20 \%$$

4 сурет. Жалпы инфекциялық аурулардың ішінде қызылша ауруының үлес салмағы % есептегенде.

Бағыналы диаграмма



Секторлы диаграмма



Интенсивтік көрсеткіш – көріністің оған байланысты ортасында таралу жиілігін көрсетеді.

2. сұрақ. 0-4 жасқа дейінгі балалардың қызылша ауыруы мен ауыру деңгейін (жиілігін) анықтау үшін мынадай есептеулер қажет:

$$\frac{\text{кзріністі}}{\text{ортаға}} \times 100 = \frac{0-4 \text{ жас баланың қызылшамен ауыру саны}}{0-4 \text{ жастағы балалардың жалпы саны}} \times 1000 = \frac{320 \times 1000}{8000} = 40 \%$$

Арақатынас көрсеткіші – бір-біріне тәуелсіз екі жиынтықтардың қатынасын көрсетеді.

3.сұрақ. Әрбір 10 000 балаға шаққанда Кентау қаласында қанша медбике жұмыс істейді. Оны анықтау үшін:

$$\frac{A \text{ жиынтығы}}{B \text{ жиынтығы}} \times 10000 = \frac{\text{медбикенің жалпы саны}}{\text{балалардың жалпы саны}} \times 10000 = \frac{150 \times 10000}{25000} = 60 \text{ ‰}$$

Көрнекті көрсеткіштер – бірнеше салыстырмалы бірыңғай шамалардың оның ішінде 100% деп алынған бір шамаға қатынасы.

4 кесте. Әр аудандағы 0-4 жасқа дейінгі балалардың қызылшамен ауыру деңгейінің Абай ауданында қалыптасқан (100 % деп алынғанда) аурушандықпен арақатынасы:

Көрсеткіштер	аудандар			
	Абай	Жамбыл	Уалихан	Гагарин
Абсолюттік көрсеткіш	120	80	60	60
Абай ауданының көрсеткішімен салыстырғанда	100%	66,6%	50%	50%

Вариациялық қатар белгілердің көріністердің статистикалық жиынтық құрамында орналасу түріне жатады. Вариациялық қатар – белгілі бір

көріністің сандық мағынасын көрсететін қатар. Олар бір-бірінен өзінің шамасы жағынан өзгеше болып, дәрежесіне қарай орналасады.

Вариациялық қатардың мінездемесіне жататындар:

- (V) – вариант –зерттелетін белгінің (көріністің) сандық мағынасы.
- (P) – жиілік белгісі - әрбір варианттың қайталану жиілігі.
- (Σ) – жалпы бақылау саны ($n=\Sigma p$), Σ – қосылу белгісі.

Вариациялық қатардағы варианттар жеке көрсетілсе оны жайша қатар дейді. Ал варианттар топтастырылып көрсетілсе, оны топтастырылған қатар деп атайды. Бұл жағдайда варианттардың қайталану жиілігі көрсетіледі. Жай вариациялық қатар бақылау санының аз болуына байланысты ал топтастырылған вариациялық қатар бақылау санының өте көп болуына байланысты құралады.

Топтастырылған вариациялық қатарларды құрастырғанда мынандай шарттарды есепке алу керек:

1. Топтардың қатардағы санын арнайы бағана бойынша анықтау керек. Арнайы бағана деп қатардағы топтардың санын варианттардың санына қарай анықтау (5 кесте) кестесін айтады.

5 кесте. Топтастырылған вариациялық қатарларды құрастыру кестесі.

Варианттар саны	31-45	46-100	101-200	201-500
Топтар саны	6-7	8-10	11-12	13-17

2. Топтардың ауытқу интервалын, көлемін арнайы формуламен анықтау (i) $i = \frac{V_{\max} - V_{\min}}{n}$

n – топтар саны

3. Топтардың ортасы мен шегін анықтау.
4. Зерттелетін жиынтықты топтарға бөлу.
5. Вариациялық қатарды графикалық түрде бейнелеу.

Вариациялық қатарды құрғаннан кейін белгілердің (көріністің) орта деңгейін немесе орта шаманы анықтайды.

Орта шама – статистикалық жиынтықтың ішіндегі белгілердің жалпылама мінездемесі. Жиынтық құрамында ең жиі кездесетін белгінің орта шамасы – Мода (M_o) деп аталады.

Медиана – вариациялық қатардың ортасында орналасқан белгінің шамасы қарапайым арифметикалық орта шама жиынтық құрамындағы варианттары бірдей жиілікте қайталанғанда есептеледі. Салмақты арифметикалық орта шама (M) жиынтықтың құрамындағы варианттар әртүрлі жиілікте қайталанған жағдайда анықталады.

Салмақты арифметикалық орта шаманы анықтау үшін мынандай формуланы қолданады. $M = \frac{\Sigma V \cdot P}{n}$

M – салмақты арифметикалық орта шама;

Σ – сандар жиынтығы;

V – варианттар;

P – варианттардың қайталану жиілігі;

n – бақылаудың жалпы саны.

Егер варианттар үлкен сандардан құралса және бақылау саны жүздеген немесе мыңдаған ретпен анықталса, онда салмақты арифметикалық орта шама мезеттер әдісімен және арнайы формуланың көмегімен есептеледі.

$$M = \frac{A + \sum ap \cdot i}{n}$$

Мұнда:

A- орта шама деп қабылданған сан, көбінесе орта шама деп (M_o) – мода алынады;

i-интервал (ауытқу);

a- әрбір топтың орта шамадан ауытқуы;

ар – ауытқудың (a) жиілікке көбейтіндісі;

$\frac{\sum ap \cdot i}{n}$ - барлық варианттардың орта шамадан орташа ауытқуы;

Орташа шаманың мынадай қасиеттері бар:

1. Орталық жағдайда орналасады.
2. Абстракты мінездемесі бар.
3. барлық варианттардың жиынтығының орта шамадан ауытқуы нольге тең.

Жай вариациялық қатарды құрастырып, қарапайым арифметикалық орта шаманы анықтау үшін төмендегідей тәртіп орындалады.

Берілген деректердің негізінде жай вариациялық қатар құрастырылады және қарапайым (M) арифметикалық орта шама есептеледі.

Мысалы, 9 адамның тамыр соғысының жиілігін есептегенде мынадай нәтижелер алынды: 64,69,63,74,66,62,65,73,67.

Тапсырманы орындау тәртібі:

Бұл жағдайда зерттеудің бақылау саны ($n < 30$) 30 – дан кем, ал әрбір вариант бір реттен ғана кездесуіне байланысты жай вариациялық қатар жасалады. Варианттарды дәрежесіне (кему немесе ұлғаю санына) қарай орналастырғанда оның құрлымы мынадай болады.

62	63	64
65	66	67
69	73	74

Жалпы	варианттардың	қосындысы
$\sum V = 62 + 63 + 64 + 65 + 66 + 67 + 69 + 73 + 74 = 603$	тең болып шықты	

Бұл жағдайда қарапайым арифметикалық орта шаманы мынадай формуламен анықтайды:

$M = \frac{\sum v}{n} = \frac{603}{9} =$ зерттелген адамдардың қан тамыры орта есеппен минутына 67 рет соғады.

Мұнда:

M – қарапайым арифметикалық орта шама;

V – варианттар;
n – бақылау реті.

Жай вариациялық қатарды құрастырып, салмақты арифметикалық орта шаманы анықтау үшін төмендегі тәртіп сақталады.

Берілген деректердің негізінде жай вариациялық қатар құрастырады. Вариациялық қатардағы деректерді мода мен медиананы пайдаланып анықтайды және салмақты арифметикалық орта шаманы есептеп шығарады.

Мысалы, емханада баспа ауруынан емделген 45 аурудың емделу ұзақтығы жөнінде мынадай деректер алынды:

20,18,19,16,17,16,14,13,15,14,13,12,13,3,4,12,11,12,11,10,12,11,10,11,8,7,11,11, 10,10,10,9,8,9,4,5,6,9,5,9,6,7,7,15.

Тапсырманы орындау тәртібі:

1.Варианттардың өсу ретіне қарай жай вариациялық қатар құрастырып, олардың жиілігін белгілейміз(6 кесте).

6 кесте. Берілген деректер бойынша құрастырылған жай вариациялық қатар (абсолюттік сандар).

емделу ұзақтығы (V)	аурулар саны (P)	емделу ұзақтығы (V)	аурулар саны (P)
3	1	12	4
4	2	13	3
5	2	14	2
6	2	15	2
7	3	16	2
8	3	17	1
9	4	18	1
10	5	19	1
11	6 (Mo)	20	1
			----- n=45

2.Моданы (Mo) табамыз. Ол ең жиі кездесетін вариантпен анықталады. Біздің тапсырмамызда 11 күн емделу болып отыр. Оның жиілігі 6 рет.

3. Медиананы (Me) = $\frac{n+1}{2}$ формуласымен анықтайды.

Біздің тапсырмамызда n=45 тең. Олай болса $\frac{45+1}{2} = \frac{46}{2} = 23$

Сондықтан 23 қатарда орналасқан вариант саны (11 күн) медианаға тең екен.

1. Сонымен Mo=Me=11 күнге тең.

Топтастырылған вариациялық қатарларды құрастыру және арифметикалық орта шаманы мезеттер әдісімен шығару төмендегідей тәртіп бойынша жүзеге асырылады.

Мысалы, емханада емделген 45 аурудың баспадан емделу ұзақтығы (күнмен есептегенде):

20,18,19,16,17,16,14,13,15,14,13,12,13,3,4,12,11,12,11,10,12,11,10,11,8,7,11,11,10,10,10,9,8,8,9,4,5,6,9,5,9,6,7,7,15 – күн болып шықты. Берілген деректерге сай:

1.Топтастырылған вариациялық қатар құраймыз.

а) топтардың санын анықтаймыз, $n=45$ болғандықтан, топтың санын 6-ға тең деп аламыз.

7 кесте. Арифметикалық орта шаманы мезеттер әдісімен есептеу кестесі (абсолюттік сандар).

Емдеу ұзақтығы күндермен	Вариациялық топтың ортасы	Аурулардың саны (p)	Интервалдағы шартты ауытқу	(a) ар
3-5	4	5	-2	-10
6-8	7	8	-1	-8
9-11	10	15	0	0
12-14	13	9	+1	9
15-17	16	5	+2	10
18-20	19	3	+3	9
		$n=45$		+10

б) формула бойынша i –интервалды анықтаймыз:

$$i = \frac{V_{\max} - V_{\min}}{\text{топтың саны}} = \frac{20 - 3}{6} = \frac{17}{6} = 3$$

в) әр топтың шекарасы мен ортасын анықтаймыз:

Мысалы. Бірінші топтағы вариантың (3-5 күн) ортасы 4 күнге, келесі варианттың (6-8 күн) ортасы 7 күнге тең болады. Осылайша барлық вариациялық топтардың ортасы анықталады.

г) зерттелетін жиынтықты топтарға бөлеміз де, олардың жиілігін көрсетеміз.

2.Орта арифметикалық шаманы мезеттер әдісімен есептейміз:

$$M = A + \sum \frac{ap}{n} \cdot i$$

бұл жерде A немесе (M_0) вариациялық қатардың шартты ортасы.

- a – әрбір варианттың шартты ортадан ауытқуы;
- $ар$ - шартты ортадан ауытқуды жиіліктің көрсеткішіне көбейту.

Сонымен $M = 10 + \frac{10}{45} = 10 + 0,7 = 10,7$ немесе емханада 45 аурудың баспамен

ауыру ұзақтығы орта есеппен 10,7 күнге тең болып шықты.

Аз санды бақылауға байланысты орта квадратты ауытқуды анықтау.

Жай вариациялық қатар бойынша орта квадраттық ауытқуды анықтау керек. Бақылау саны $n \leq 30$ болғанда оны мына формуламен анықтайды:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum d^2}{n-1}}$$

Мұнда: $d = V - M$

Мысалы: Тамырдың соғысын тексеруде мынадай көрсеткіштер алынады: 64, 69, 63, 67, 74, 76, 62, 65, 73. Вариациялық қатар құрып σ анықтау (8 кесте).

8 кесте. Аз санды бақылауға байланысты σ анықтау кестесі (абсолюттік сандар).

V	d	d ²	V	d	d ²
62	-5	25	67	0	0
63	-4	16	69	+2	4
64	-3	9	73	+6	36
65	-2	4	74	+7	49
66	-1	1			

Бұл жерде $M = 67$ тең, олай болса, онда $\sigma = \sqrt{\frac{144}{8}} = \frac{144}{8} = 4,2$

Топталған вариациялық қатарды есептеу барысында орта квадраттық (σ) ауытқуды анықтау қажет. Ол үшін мына мысалға жүгінеміз.

Емханада баспа ауруынан емделген 45 аурудың емделу ұзақтығы мынандай болып шықты:

20, 18, 19, 16, 17, 16, 14, 13, 15, 14, 15, 13, 12, 13, 13, 4, 12, 11, 12, 11, 10, 12, 11, 10, 11, 8, 7, 11, 11, 10, 10, 9, 8, 8, 9, 4, 5, 6, 9, 5, 9, 6, 7, 7,

Осы берілген көрсеткіштер бойынша топтастырылған вариациялық қатар құрастырамыз (9 кесте).

9 кесте. Топтастырылған вариациялық қатар құрап, кезеңдер әдісімен σ – анықтау.

Емделу ұзақтығы (күндермен) есептегенде	Топтық ортасы	Жиілігі (P)	Интервалдағы шартты ауытқу (a)	шартты ауытқудың жиілікке көбейтіндісі (ap)	a ² p
3-5	4	5	-2	-10	20
6-8	7	8	-1	-8	8
9-11	10	15	0	0	0
12-14	13	9	+1	9	9
15-17	16	5	+2	10	20
18-20	19	3	+3	9	27
		n=45		$\sum dp = 10$	$\sum d^2$ p=84

Орта квадраттық ауытқуды (σ) кезеңдер әдісімен мына формуланы қолдана отырып анықтаймыз:

$$\sigma = \sqrt{\frac{(\sum d^2 p) \cdot i^2}{n} - \frac{(\sum dp \cdot i)^2}{n}}$$

бірінші кезеңде $\frac{(\sum d \cdot i)^2}{n}$ анықтайды.

$$\text{Ол } \frac{(10 \cdot 3)^2}{45} = \frac{(30)^2}{45} = (0.7)^2 = 0.49 \text{ (0.5)}$$

Орта квадраттық ауытқуды анықтаудың екінші кезеңінде $a^2 p$ қатарын толтыру керек. Оның қортындысы 84-ке тең екен. Осыдан кейін $(\sum d^2 p) \cdot i^2$ анықтаймыз.

$$\frac{(\sum d^2 p) \cdot i^2}{n} = \frac{84 \cdot 9}{45} = \frac{756}{45} = 16.7 \quad \sigma = \sqrt{16.7} - 0.5 = 4.02 \text{ күн болып шықты.}$$

ЗЕРТТЕУ ҚОРТЫНДЫСЫНЫҢ ШЫНАЙЫЛЫҒЫН БАҒАЛАУ.

Зерттеу қортындысының шынайылығын бағалау дегеніміз – таңдамалы жиынтықты зерттеу барысында алынған қортындының басты жиынтықтың қасиеттерін толық қамтиды деген қатесіз болжам жасау мүмкіндігін анықтау. Орташа (немесе салыстырмалы) шамалардың шынайылық өлшеміне орташа арифметикалық шаманың орташа қателігі (m_m) немесе салыстырмалы шаманың орташа қателігі ($m\%$) жатады. Зерттелетін жиынтық белгілерінің түрлілік дәрежесін (σ) білгеннен кейін, орташа арифметикалық орташа қателігін (m_m) мына формуламен анықтауға болады.

$$n \leq 30 \quad m_m = \frac{\sigma}{\sqrt{n-1}}$$

Салыстырмалы шаманың орташа қателігін ($m\%$) $n \leq 30$ болған жағдайда анықтау үшін мына формуланы $m\% = \sqrt{\frac{\rho q}{n}}$ қолданылады. Бұл жерде p белгісі - $m\%$ анықтау үшін қолданылатын көрсеткіштің шамасы, ал $q = 100 - P$ тең. $n > 30$ болғанда m_m және $m\%$ көрсеткіштері мына формуламен анықталады.

$$m_m = \frac{\sigma}{\sqrt{n}}; \quad m\% = \sqrt{\frac{\rho q}{n}}$$

Бұл жерде P – салыстырмалы шама, $q = 100 - P$ тең, егер көрсеткіш процентпен берілсе.

Шамалардың қателіктерінің көмегімен орташа шамалар мен көрсеткіштердің сенімділік шегін анықтауға болады. Басты жиынтықтың құрамындағы орташа және салыстырмалы шамалардың сенімділік шегін анықтау үшін мына формула қолданылады.

1. Орташа шама үшін $M_{\text{басты}} = M_{\text{таңд.}} \pm t m_m$ бұл жерде $M_{\text{(басты)}}$ – басты жиынтық құрамындағы белгінің орташа шамасы; $M_{\text{таңд.}}$ – таңдамалы жиынтықты зерттеу барысында алынған орташа шама; m_m – орташа қателік; t – сенімділік коэффициенті- бұл көрсеткішті (m) көбейту арқылы, белгілі мүмкіндікте

катесіз болжаммен (P.) орташа шаманың басты жиынтықтың құрамындағы ауытқу шегін анықтауға болады; tm_m – сенімділік интервалы (немесе ең жоғарғы қателік) басқаша Δ - белгісімен көрсетіледі.

2. Салыстырмалы шамалар үшін $P_{(басты)}\% = P_{(таңд.)} \% \pm tm$, бұл жерде $P_{(басты)}$ – басты жиынтықтағы көрсеткіш, $P_{(таңд.)}$ – таңдамалы жиынтықты зерттегенде алынған көрсеткіш, t - сенімділік коэффициенті, $m\%$ - орташа қателік, tm_m – сенімділік интервалы. «Қатесіз болжау мүмкіндігі» деген түсінік басты жиынтық құрамындағы $M_{(басты)}$ шамасы $M_{(таңд.)} \pm tm_m$ (немесе $P_{(басты)}$ шамасы $P_{(таңд.)} \pm tm\%$) шегінде болуы мүмкін деген болжамды көрсетеді.

Егер $n \leq 30$; $P=95\%$ t – белгісі Стьюденттің таблицасы $P=99\%$ бойынша анықталады.

Егер $n > 30$; $P=95\%$ онда $t=2$ $P=99\%$ $t=3$

Барлық дерлік медициналық зерттеулерде қатесіз болжау (P.) мүмкіндігінің дәрежесі 95% кем болуы мүмкін.

Екі орташа шаманың (M_1 мен M_2) немесе екі көрсеткіштің (салыстырмалы шамалар P_1 мен P_2) айырмашылық шынайылығы мына формуламен анықталады.

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} \quad \text{және} \quad t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}$$

t – шамасы 2 тең немесе артық болуы керек. Тек осы жағдайда 95% тең қатесіз болжам жасау арқылы екі орта және салыстырмалы шамалардың үлкен айырмашылығы бар деп тұжырымдауға болады.

Орташа шаманың орташа қателігін (m_m) анықтау, аз санды зерттеуге байланысты орта шаманың сенімділік шегін (tm_m) анықтау және жай вариациялық қатардың орта шамасын (M), орта квадраттық ауытқуды (σ) қолданып, орташа қатені (m_m) $P=95\%$ пен $P=99\%$ болған жағдайда орташа шаманың (M) сенімділік шегін есептеп (tm_m) шығару жолдары төмендегідей әдістермен жүзеге асырылады (10 кесте).

Мысалы, 9 адамның тамырының соғу жиілігін есептегенде мынандай көрсеткіштер алынды: 64,69,63,67,74,66,62,62,65,73.

Тамырдың соғу жиілігі.

Сонымен $M=67$, бақылау жиілігі (n) 9 тең.

Орта квадраттық ауытқу $\sigma = \sqrt{\frac{\sum d^2}{n-1}}$; мұнда $d=V-M$

10 кесте. Аз санды вариациялық қатардың көмегімен орта шаманың сенімділік интервалын анықтау кестесі.

V	d	d ²	V	d	d ²
62	-5	25	67	0	0
63	-4	16	69	+2	4
64	-3	9	73	+6	36
65	-2	4	74	+7	49
66	-1	1			

$$\sigma = \sqrt{\frac{144}{8}} = \frac{144}{8} = 4,2$$

Бұл жерде $n < 30$ болғандықтан, орта шаманың қателігі мына формуламен анықталады.

$$m_m = \frac{\delta}{\sqrt{n-1}} = \frac{4.3}{\sqrt{8}} = \frac{4.2}{2.8} = 1.5$$

Орта шаманың (М) сенімділік интервалын ($tm=\Delta$) Стъюденттің таблицасынан сенімділік коэффициентін (t) табу арқылы жүргіземіз.

1. егер $P=95\%$ және $n=9$ болса, $t=2,3$ болса $tm_m(\Delta) = 2,3 \cdot 1.5 = 3.45$ $M = 67 \pm 3.45$ басқаша айтқанда $P=99\%$ және $t=3,3$ болса $tm_m(\Delta) = 3,3 \cdot 1.5 = 4.9$ болады.

Осыдан тамырдың соғысы минутына $M = 67 \pm 4.9$ болады.

Сонымен басты жиынтықтың құрамындағы тамырдың орташа соғу шамасы $P=99\%$ болғанда 62,1-ден 71,9 дейін жетеді екен.

Қатені анықтау және көп санды зерттеуге байланысты орта көрсеткіштің сенімділік шегін анықтау.

Топтастырылған вариациялық қатардың орта (М) шамасын және орта квадраттық ауытқуды (σ) қолданып, қателікті (m_m) және орта көрсеткіштің сенімділік шегін $P=95\%$ және $P=99\%$ жағдайында анықтау (10 кесте)

Ол үшін мына бірыңғай тапсырманы орындаймыз.

Емханада баспа ауруынан емделген 45 аурудың емделу ұзақтығы мынандай болып шықты:

20,18,19,16,17,16,14,13,15,14,15,13,12,13,13,4,12,11,12,11,10,12,11,10,11,8,7,11,11,10,10,9,8,8,9,4,5,6,9,5,9,6,7,7,

Есепті шығару үшін топтастырылған вариациялық қатар құрап, орта арифметикалық көрсеткішті анықтаймыз (11 кесте).

11 кесте. Топтастырылған вариациялық қатар бойынша орта көрсеткіштің сенімділік шегін анықтау кестесі.

Емделу ұзақтығы (күндермен) есептегенде	Топтық ортасы	Жиілігі (Р)	Интервалдағы шартты ауытқу (d)	шартты ауытқудың жиілікке көбейтіндісі (ap)	d^2p
3-5	4	5	-2	-10	20
6-8	7	8	-1	-8	8
9-11	10	15	0	0	0
12-14	13	9	+1	+9	9
15-17	16	5	+2	10	20
18-20	19	3	+3	9	27
		$n=45$		$\sum dp = \pm 10$	$\sum d^2 p = 84$

Орта арифметикалық көрсеткішті (М) кезеңдер әдісімен есептейміз.

$$M = A + \frac{\sum ap \cdot i}{n}$$

A – шартты орташа шама ($M_0 = 10$) тең, ал i - интервалы = 3.

Олай болса:

$$M = 10 + \frac{10 \cdot 3}{45} = 10.7 \text{ күн болады.}$$

Орта квадраттық ауытқу мына формуламен анықталады:

$$\sigma = \sqrt{\frac{(\sum d^2 p) \cdot i}{n} - \frac{(\sum dp)^2}{n}}$$

оны екі кезеңде анықтағанда мынандай қортынды алынады.

$$1. \frac{(\sum ap)^2}{n} = \frac{(10)^2}{45} = \frac{(0.22)^2}{45} = 0.04$$

$$2. \frac{\sum a^2 p \cdot i^2}{n} = \frac{84 \cdot 9}{45} = \frac{756}{45} = 16.7 \text{ осыдан } \sigma = \sqrt{16.7 - 0.04} = \sqrt{16.6} = 4.07$$

1. Бұл жиынтықта $n > 30$ көп болғандықтан орта қателік мына формуламен анықталады.

$$m_m = \frac{\delta}{\sqrt{n}} = \frac{4.07}{\sqrt{45}} = \frac{4.07}{6.7} = 0.6 \text{ күн}$$

2. Сенімділік интервалын ($tm = \Delta$) былайша табамыз: $n > 30$ және $P = 95\%$ болғанда $t = 2$ ал, $n > 30$ және $P = 99\%$ болғанда $t = 3$. (12 кесте)

Олай болса $\Delta 2 \cdot 0.6 = 1.2$ күн және $3 \cdot 0.6 = 1.8$ күнге тең келеді. $P = 95\%$ болғанда $M = 10.7 \pm 1.2$. Бұл алынған көрсеткіштің мағынасы мынандай. Басты жиынтықтағы орташа емделу ұзақтығы 9.5 күн мен 11.9 күннің аралығында болады екен.

$P = 99\%$ болғанда $M = 10.7 \pm 1.8$ күн, немесе басты жиынтықтағы емделу ұзақтығының орта көрсеткіші 8.9 күн мен 12.5 күннің аралығында болады екен.

Орта және салыстырмалы шамалардың айырмашылықтарының шынайылығын (M_1, M_2), (P_1, P_2) бағалау төмендегі әдістеменің көмегімен жүзеге асырылады.

Мысалы: Студенттердің тамырының соғу жиілігінің емтиханнан кейінгі өзгеру шынайылығын анықтау керек. Егер тамырдың соғу жиілігінің орта көрсеткіші (M_1) емтиханға дейін минутына 98.8 рет (m_{M1} = минутына 4 рет), емтиханнан кейін минутына 84 рет (m_{M2} = минутына 5 рет), болса, онда тамыр соғу жиілігінің өзгеру шынайылығы қандай?. Бұл жерде орта шамалардың айырмашылығының шынайылығы мына формуламен анықталады.

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_{M1}^2 + m_{M2}^2}} = \frac{98.8 - 84}{\sqrt{4^2 + 5^2}} = \frac{14.8}{\sqrt{41}} = 2.3 \text{ рет}$$

бұл жерде $t > 2^2$ болғандықтан 95% қатесіз болжаммен (P) студенттердің тамыр соғысының жиілігі емтиханнан соң төмендеп, қалыпты көрсеткішке жақындады деп айтуға болады.

12 кесте. t-белгісінің мағынасын көсететін студенттің таблицасы

n-1	қатесіз болжам жасау мүмкіндігінің деңгейі процент бойынша		
	95	99	99.9
1	12.7	93.6	
2	4.3	9.9	31.6
3	3.1	5.8	12.9
4	2.7	4.6	8.6
5	2.5	4.0	6.8
6	2.4	3.7	5.9
7	2.3	3.5	5.4
8	2.3	3.3	5.1
9	2.3	3.2	4.7
10	2.2	3.1	4.6
11	2.2	3.1	4.4
12	2.2	3.0	4.3
13	2.1	3.0	4.2
14	2.1	2.9	4.1
15	2.1	2.9	4.0
16	2.1	2.9	4.0
17	2.1	2.8	3.9
18	2.1	2.8	3.9
19	2.0	2.8	3.8
20	2.0	2.8	3.8
21	2.0	2.8	3.8
22	2.0	2.8	3.7
23	2.0	2.8	3.7
24	2.0	2.7	3.7
25	2.0	2.7	3.7
26	2.0	2.7	3.7
27	2.0	2.7	3.6
28	2.0	2.7	3.6
29	2.0	2.7	3.6
30	2.0	2.7	3.6

КӨРІНІСТЕР МЕН БЕЛГІЛЕРДІҢ БІР-БІРІМЕН БАЙЛАНЫСЫН ӨЛШЕУ. КОРРЕЛЯЦИЯ.

Көріністер мен белгілердің арасында екі түрлі байланыс болады- қызметтік және корреляциялық.

Қызметтік байланыс белгілер мен көріністердің бір-бірімен қатаң тәуелділігін көрсетеді. Бұл байланыста бір көріністің жекелей өзгерісі екінші белгінің осындай дәрежеде өзгеруін туғызады.

Корреляциялық байланыс (корреляция) тек қана үлкен санды (жалпы) көріністерді салыстырғанда анықталды. Жеке көріністерді зерттегенде ол көрініс бермеуі мүмкін. Осындай байланыс әлеуметтік-гигиеналық жағдайларды, клиникалық медицинаны және биологиялық өзгерістерді зерттегенде кездеседі. Түр жағынан корреляциялық байланыс тіке және кері, ал мықтылығы жағынан – күшті, орта және нашар болуы мүмкін. Сонымен қатар, байланыстың болмауы немесе толық болуы мүмкін (5 сурет).

Байланыстың түрі және мықтылығы корреляциялық коэффициенттің көмегімен анықталады. Корреляция коэффициентін алу үшін ең жиі қолданылатын әдіс – квадраттау (Пирсон) әдісі болып табылады. Корреляция коэффициентінің формуласы:

$$r_{xy} = \frac{\Sigma(dx - dy)}{\sqrt{\Sigma dx^2 \cdot \Sigma dy^2}};$$

Бұл жерде x пен y екі бір-бірімен байланысты анықталатын белгілер: dx пен dy – x және y белгілерінің қатарында есептеліп алынған әрбір варианттың орта шамадан ауытқу шамасы.

Σ – қосындылау белгісі.

Корреляция коэффициентін алудың екінші әдісі – дәрежелі (Спирмен) әдісі болып табылады. Бұл әдістің қолданылатын жағдайларына жататындар мыналар: егер $n \leq 30$ және байланыстың түрі мен мықтылығын анықтауға шамамен белгілі көрсеткіштер алынғанда қолданылады. Бұл жағдайда корреляция коэффициентін табуға мына формула қолданылады.

$$r_{xy} = \frac{1 - 6 \Sigma d^2}{n(n-1)};$$

Бұл жерде x және y арасындағы байланысты анықтайтын белгілер: b - тұрақты коэффициент; d – дәреже айырмашылығы; n – бақылау саны.

Корреляция коэффициентінің шынайылығын анықтау үшін квадраттар мен дәрежелі әдістерін қолданады.

1. Оның қателігін есептеу үшін қолданылатын формулалар төмендегідей:

$$m_F = \sqrt{\frac{1 - F^2_{xy}}{n - 2}} \text{ квадраттар әдісімен есептеу үшін (1)}$$

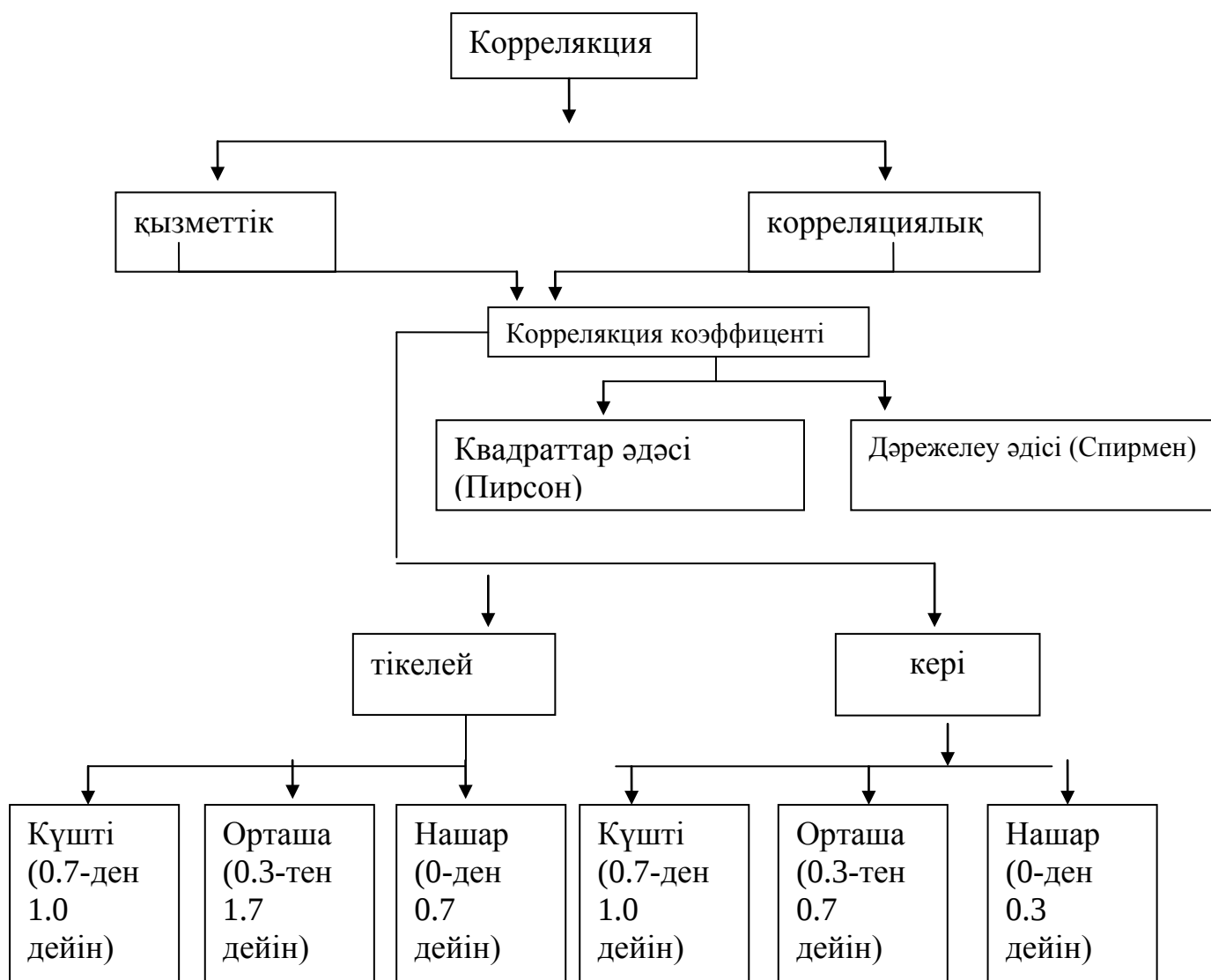
$$m_p = \sqrt{\frac{1 - P^2_{xy}}{n - 2}} \text{ дәрежелі корреляциялау үшін (2)}$$

2. Корреляция коэффициентінің шынайылығының анықтауды мына формуламен жүзеге асырады:

$$t = \frac{F_{xy}}{m_F} \text{ (I); } t = \frac{P_{xy}}{m_p} \text{ (II);}$$

t- белгісі 3 тең немесе артық болуы керек, сонда ол қатесіз болжамдау мүмкіндігіне тура келеді. ($P \geq 99\%$)

5 сурет. Корреляциялық байланысты анықтау және оның әсерін сипаттау



13 кесте. Корреляциялық коэффициентінің көмегімен корреляциялық байланыстың түрі мен мықтылығын бағалау.

Байланыстың түрі және мықтылығы	тікелей (+)	кері (-)
толық күшті орта нашар байланыс жоқ	+1 +1-ден +0.7 дейін 0.7-ден +0.3 дейін +0.3-тен 0 дейін 0	-1 -1-ден -0.7 дейін -0.7-ден -0.3 дейін -0.3-тен 0 дейін 0

Х және У қатарындағы көрсеткіштерінің орнын дәрежелермен (немесе сандық қатармен) белгілейміз (11 кесте). Осыдан кейін дәрежелердің айырмашылығын анықтап (d), оны квадраттаймыз (d²). Көрсеткіштердің орнын дәрежелермен белгілеуді қатардағы ең кіші немесе ең үлкен көрсеткіштен бастайды.

14 кесте. Емдеу факультетінің студенттерінің дене салмағын өлшегенде алынған көрсеткіштер және студенттердің жас шамалары (адсолюттік сандар).

Студенттердің орналасу тәртібі	жасы жылмен есептегенде (x)	дене салмағын кг есептегенде (y)
1	22	56
2	22	57
3	21	59
4	24	60
5	23	63
6	23	65
7	24	67
8	23	72
9	24	79
10	24	82

Егер қатардағы көрсеткіштер (22,23,24) бірнеше рет қайталанса, олардың дәрежелері былайша қойылады: 22 жас деген көрсеткіш екі рет қайталанып шамасына қарай 2 және 3 орында тұр. Сондықтан бұл көрсеткіштің қатарлық саны, олардың алған орындарының жартылай қосындысына тең $\frac{2+3}{2} = 2,5$ басқаша айтқанда әрбір 22 жастың көрсеткіштің

қарсысына 2.5 деген дәреже қойылады. 23 деген жас 3 рет қайталанады. Олардың қатардағы орналасу тәртібі 4,5,6, орындар. 23 жас үшін дәрежелер мынандай болады $\frac{4+5+6}{3} = 5$ басқаша айтқанда әрбір 23 жас көрсеткішінің қарсысына 5 деген дәреже қойылады (**15 кесте**).

15 кесте. Корреляция коэффициентін дәрежелер әдісімен есептеу.

жасы жылмен есептегенде	дене салмағын кг есептегенде	Дәрежесінің айырмашылығы (d)	Дәрежелер айырмашылығының квадраты
2.5	1	+1.5	2.25
2.5	2	+0.5	0.25
1	3	-2	4.0
7.5	4	+3.5	12.25
5	5	0	0
5	6	-1	1
7.5	7	+0.5	0.25
5	8	-3	9.0
7.5	9	-1.5	2.25
7.5	10	-2.5	6.25
			$\sum d^2 = 37.5$

1. Алынған деректерді дәрежелер корреляциясының коэффициентіне арналған формулаға салып есептейді:

$$r_{xy} = 1 - \frac{6 \cdot 37,5}{990} = 1 - 0,2 = +0,8;$$

2. +0.8 тең корреляция коэффициенті студенттердің жасы мен салмағының арасында күшті байланыстың барлығын көрсетеді.

3. Корреляция коэффициентінің шынайылығын анықтаймыз, ол үшін

оның қатесін есептейді: $m_p = \sqrt{\frac{1-0.64}{8}} = \sqrt{0.045} = 0.2;$

сенімділік коэффициентін (t) мен қатесіз болжамдау (P) мүмкіндігінің дәрежесін анықтайды:

$$t = \frac{0,8}{0,2} = 4; \quad t=4 \text{ болғанда } P > 99\%$$

КӨРСЕТКІШТЕРДІ СТАНДАРТТАУ (бірыңғай қалыпқа келтіру).

Дәрігерлер мен ғалымдарға сапасы жағынан әртүрлі топтардан алынған статистикалық көрсеткіштердің салыстыруға тура келетін жағдайлар жиі кездеседі. Бұл жағдайда стандарттау әдісін қолданып, топтардың айырмашылықтарын жояды. Стандартты көрсеткіштер жадағай көрсеткіштер

болып табылады. Сондықтан зерттелетін көріністің толық шамасын көрсете алмайды. Мысалы, 2 аймақтағы балалардың туылуы көрсеткіштерін салыстырғанда еске алатын нәрсе мыналар. Бір аймақтағы тұрғындардың құрамында ер кісілердің саны, ал екінші аймақтағы тұрғындардың құрамында әйелдердің саны артық болуы ықтимал, немесе бір аймақта жастардың, ал екінші аймақта қарт адамдардың саны артық болуы мүмкін. Ал, осы аталған жағдайларды туылу көрсеткішін анықтағанда есепке алмаса болмайды.

Өлім көсеткішін зерттегенде де осындай жағдайлар көптеп кездеседі. Мысалы, тұрғындардың құрамы әртүрлі болған жағдайда, өлім көрсеткіштері де бірдей болуы мүмкін емес. Тұрғындардың бірыңғай болмауы аурушандық, жарақат, өлім және т.б. көрсеткіштерді зерттегенде де өзіндік әсерін тигізуі мүмкін. Интенсивтік көрсеткіштерді салыстыру барысында құрамы әртүрлі жиынтықтардан есептеп шығарылған интенсивтік көрсеткіштерді бір-бірімен салыстырғанда, олардың құрамындағы айырмашылықтарды жою керек. Бұл мақсат стандарттау әдісінің көмегімен іске асырылады. Оның тікелей, жанама және кері түрлері бар. Оның ішінде ең жиі қолданылатыны тікелей стандарттау әдісі. Оның мағынасы, берілген деректер негізінде осы жиынтықтар құрамының бір деңгейде болғанда алынатын көрсеткіштерін есептеп шығару болып табылады. Стандартты көрсеткіштерді есептеу төмендегідей тәртіппен жүзеге асырылады.

Берілген тапсырма бойынша тікелей стандарттау әдісімен стандартты көрсеткіштерді есептейді, салыстырмалы – жалпы көрсеткіштерді, әрбір жеке көрсеткіштерді, стандартты және кәдімгі көрсеткіштерді анықтайды. Жай және стандартты көрсеткіштерді салыстыру қортындысын сараптайды.

Мысалы: Стандарт деп А мен Б ауруханасындағы бөлімше ауруларының жартылай санын алу керек. Оны есептеу үшін ауруханалардағы емделгендер мен өлгендердің абсолюттік саны қажет (**16 кесте**).

16 кесте. А мен Б ауруханаларының бөлімшелеріндегі аурулар мен өлгендердің абсолюттік саны және 100 адамға балап есептегендегі ауруханалардағы өлім көрсеткіштері.

Бөлімше	А ауруханасы		Б ауруханасы	
	Емделгендер саны	Өлгендер саны	Емделгендер саны	Өлгендер саны
Терапевттік	600	30	200	12
Хирургиялық	300	6	700	21
Инфекциялық	100	4	100	5
Барлығы:	1000	40	1000	38
100 адамға балап есептегенде	4.0		3.8	

Тапсырманы орындау кезеңдеріне тоқтала кетейік.

Бірінші кезеңде интенсивтік көрсеткіштерді анықтайды. Бұл жерде өлімнің жиілігі процент бойынша (100 адамға шаққанда) есептеледі(17 кесте)

17.кесте. А мен Б ауруханасындағы бөлімшелер ауруларының өлім жиілігі (интенсивтік көрсеткіш).

Бөлімшелер	А ауруханасы	Б ауруханасы
Терапевтік	5.0	6.0
Хирургиялық	2.0	3.0
Инфекциялық	4.0	5.0
Аурухана бойынша	4.0	3.8

Екінші кезеңде стандартты анықтайды. (15 кесте)

Осылайша, егер терапевтік бөлімшенің 600 аурунан 30 өлген болса, өлім көрсеткіші $(30 \times 100) : 600 = 5\%$ (басқа бөлімшелерде де осылай есептеледі). А мен Б ауруханасындағы жалпы өлім көрсеткіші 4.0 және 3.8 процентке тең екен.

Екінші кезеңде стандартты анықтау үшін 3 кестеде көрсетілгендей есептеулер жүргізіледі. Есептің шарты бойынша стандарт деп аурулардың екі ауруханадағы сан жиынтығының жартысы алынады. (18. кесте.)

18. кесте. Стандартты анықтау

Бөлімшелер	Стандарт (аурулардың жартылай саны)
Терапевттік	$00 \text{ А ауруханасының} + 200 \text{ Б ауруханасына: } 2=400$ $(300+700) : 2=500$ $(100+100) : 2=100$ $(1000+1000) : 2=1000 \text{ немесе } 400+500+100=1000$
Хирургиялық	
Инфекциялық	
Барлығы:	

Үшінші кезеңде стандарттық шама бойынша (19. кесте.) әрбір топтағы күтілетін шамаларды есептеу (бұл жағдайда өлген адамдар саны). Егер А ауруханасындағы терапевтік бөлімшедегі 600 аурудан 30 адам өлсе, онда 400 аурудан (стандарт) қанша ауру өлуі мүмкін. Оны есептеу үшін мынандай теңдеу жүргіземіз:

$$600-30$$

$$400-X$$

$$X=(400 \cdot 30) : 200=24$$

Егер, Б ауруханасындағы терапевтік бөлімшеде 200 аурудан 12 адам өлсе, онда 400 аурудан (стандарт) қанша ауру өлуі мүмкін. Оны есептеу үшін мынандай теңдеу жүргіземіз:

$$200-12$$

$$400-X$$

$$X=(400 \cdot 12) : 200=24$$

Осылайша барлық бөлімшелердің көрсеткіштерін анықтаймыз.

Төртінші кезеңде стандартталған көрсеткіштер анықталады. Егер әрбір ауруханада 1000 аурудан (стандарт) емделді деп алсақ, онда А

ауруханасында емделгендер ішінен өлгендер саны 34 болды

19. кесте. Әрбір топтағы стандарттың күтілген шамасын анықтау (А және Б ауруханасының бөлімшелерінде).

Бөлімшелер	Күтілген шама	
	А ауруханасы	Б ауруханасы
Терапевт	600-300	200-12
Хирургиялық	400-X X=20	400-X X=24
	300-6	700-21
Инфекциялық	500-X X=10	500-X X=15
	100-4	100-5
Стандартты көрсеткіш	100-X X=4	100-X X=5
	34	44

Ал, өлім көрсеткішін мынандай теңдеу арқылы есептейміз:

$$1000-34$$

$$100-X$$

$$X=3.4$$

Б ауруханасында емделгендер ішінен өлгендер саны 44 болды. Сондықтан стандартталған көрсеткіш мынандай болды:

$$1000-44$$

$$100-X$$

$$X=4.4$$

Осы 3.4 және 4.4 көрсеткіштері өлімнің стандартталған көрсеткіші болып табылады. Бұл көрсеткіштер А және Б ауруханаларындағы аурулардың құрамын (саны) бірдей деп есептегенде алынып отыр.

А және Б ауруханасындағы аурулардың өлім көрсеткішін сараптағанда анықталғаны:

- Өлімнің көрсеткіші А ауруханасында Б ауруханасына қарағанда жоғары болып шықты (А-4.0%, Б-3.8%,);
- Барлық бөлімшелерде өлім көрсеткіштері керісінше Б ауруханасында анағұрлым жоғары (терапевтік бөлімшелерде -6.0 яғни 5.0%, хирургиялық бөлімшеде -3.0 яғни 2.0%, инфекциялық бөлімшеде -5.0 яғни 4.0%).

А ауруханасында өлім көрсеткішінің жоғары болуы аурулардың құрамының әртүрлі болуына байланысты. Оның құрамында терапевтік аурулардың көп болуынан және олардың өлім көрсеткішінің жоғары болуынан туып отыр. Ал, Б ауруханасындағы өлім көрсеткішінің төмен болуы хирургиялық аурулардың көп болуынан және олардың өлім көрсеткішінің ең төмен деңгейде болуынан туындап отыр. Стандартталған өлім көрсеткіші Б ауруханасында жоғары болып тұр. Егер А және Б ауруханасындағы аурулар құрамы бірдей болса, онда өлім жиілігі Б ауруханасында жоғары болар еді.

3 тарау. Маңызды жұқпалы және жұқпалы емес сырқаттылықтардың эпидимнологиясы.

Қазақстан Республикасының әлеуметтік салада ұстанып отырған саясатының негізгі мақсаты тұрғындардың өмір сүру жағдайының деңгейі мен сапасын барынша жақсарту, әлеуметтік көмектің жалпыға бірдей қол жетімділігін арттыру, медициналық көмектің сапасын арттыру және тұрғындар арасындағы жұмыссыздықты жою болып табылады. Тұрғындардың денсаулығы еліміздің әлеуметтік, мәдени және экономикалық дамуының маңызды тетігі деуге болады. Қазіргі таңда тұрғындар денсаулығының ұлттық қауіпсіздік пен тұрақтылықты сақтаудағы атқаратын ролі дұрыс бағалана бастады. Оны еліміздің стратегиялық қуаты деп қарастыру жиі байқалады.

Кеңестер Одағының ыдырауынан кейін орын алған әлеуметтік-экономикалық тоқыраулар тұрғындар денсаулығына өте қуатты кері әсерін тигізді. Осы жағдайдың одан ары ушығуына тұрғындардың қартаюы, созылмалы аурулар мен мүгедектік оқиғалары деңгейінің артуы, емдеу және медициналық диагностика әдістері құнының барынша қымбаттауы да өзіндік әсерлерін тигізді. Алайда 2000-2010 жылдары Қазақстан Республикасында жүзеге асырылған әлеуметтік-экономикалық реформа осы қиындықтар мен әлеуметтік келеңсіздіктердің кері әсерін барынша төмендетуге алып келді. Алайда тұрғындар арасында қалыптасқан әлеуметтік маңызы үлкен аурулардың деңгейі мен даму бағыты айтарлықтай төмендей қойған жоқ.

«Әлеуметтік тұрғыда маңызды» деген түсініктің нақты белгісі ретінде осы күнге дейін кеселдердің тұрғындар арасында жаппай таралуы оқиғалары қарастырылады. Ал «эпидемия» деген термин жаппай таралған ауруларды сипаттау үшін, олардың тұрғындар арасында таралу пайызының және жыл сайынғы өсімінің артуын баса көрсету үшін қолданылады. Бірақ медициналық тиімділік жүйесін анықтайтын көрсеткіштердің міндеттерін шешуде әлеуметтік маңызды аурулардың негізгі белгісі дұрыс анықтала қоймаған. Әлеуметтік маңыздылықтың белгісі ретінде аурулардың таралуын алу, оның мынандай қырларына кері әсерін тигізеді.

1) Кеселі бар тұлғаның әлеуметтік ортадағы толыққанды қызметіне кедергі жасайды. Осы жерде айта кететін жағдай, Жапония мемлекетінде қант диабеті ауруының алғашқы профилактикасы, ерте диагностикасы, емдеу сапасы өте жоғары деңгейде болғандықтан осындай ауруы бар тұлғалардың орташа өмір сүру ұзақтығы мен еңбекке жарамдылығы жақсы сақталады. Сондықтан бұл ауру әлеуметтік маңызы үлкен кеселдердің қатарына жатқызылмайды.

2) Анықталмаған кеселі бар тұлғалар санының азаюы, әлеуметтік ортадағы осы аурулар санының төмендеуіне және әлеуметтік маңызының кемуіне нақты кепіл бола алады. Мысалы, диагностика сапасының артуы алғашқы жылдары осы аурулар санының көбеюіне алып келеді. Осы ауруларды дер кезінде және бастапқы кезеңінде сапалы емдеу, олардан туындайтын мүгедектік пен өлім оқиғаларының төмендеуіне себеп болады. Осылайша оның әлеуметтік маңыздылығы төмендейді. Сонымен,

«Әлеуметтік маңыздылық» түсініктемесі мынандай белгілерді нақтылауды қажет етеді.

1.Әрбір ауру үшін арнайы медициналық қамтамасыздандыру жүйесінің қызметтік тиімділік көрсеткішін анықтауға және осы көрсеткіштерді әртүрлі мемлекеттік профилактикалық бағдарламалардың тиімділігін бағалауда қолданылатын критерии ретінде қалыптастыруға жағдай туғызады.

2.Осы аурулардың әлеуметтік маңыздылығын төмендетуге бағытталған қимылдардың түрлерін анықтайды.Әлеуметтік маңызы жоғары аурулар тек қана дамушы елдердің үлесіне тимейді, сонымен қатар олар дамыған елдерде де жиі ұшырасады. Алайда, дамушы елдердегі санитарлық-эпидимеиологиялық және экологиялық-гигиеналық жағдайдың нашарлығы, профилактикалық шаралардың тиімсіздігі, өмір сүру салты мен сапасының төмендігі әлеуметтік маңызы үлкен патологиялардың таралу деңгейін барынша жоғары деңгейге көтереді. Осындай эпидимиялық жағдайдың одан ары ушығуына әлеуметтік жағдайы нашар тұрғындардың көбеюі де айтарлықтай үлесін қосады. Олардың қатарына мигранттар, үйсіз-күйсіз жандар, түрмеде отырғандар және соғыс қимылы жүріп жатқан елдерден қашқан адамдарды жатқызуға болады. Елімізде қалыптасқан заңдылықтарға сай әлеуметтік маңызы үлкен кеселдермен ауыратын тұрғындарға медициналық-әлеуметтік көмек беріледі және диспансерлік бақылау орнатылады. Медициналық-әлеуметтік көмекке қажетті қаржылай шығындарды мемлекет өз мойнына алған Осы ауруларға көрсетілетін дәрігерлік-профилактикалық көмек арнайы ұйымдастырылған диспансерлік медицина мекемелерінде жүзеге асырылады.

3.1.Тұрғындар денсаулығын нығайту. Қазіргі кезеңдегі аурудың алдын алу мәселелері. Қазақстан Республикасында туберкулез маңызды медициналық-әлеуметтік мәселе ретінде.

Қазіргі күнге дейін медицина аурулар және оны емдеу туралы ғылым болып келеді. Алайда медицинаның атқаратын негізгі міндеті аурулардың профилактикасы, тұрғындардың денсаулығын сақтау және күшейту болып табылады. Осы қағиданы медицина қызметкерлері мен ғалымдар ерте заманда-ақ айтып өткен. Бірақ тәжірибелік медицина профилактиканы, тұрғындар денсаулығын сақтау мен күшейту жұмыстарын кейінге ысырып тастап, тек ауруларды емдеумен айналысып келеді.

XX ғасырдың 70 жылдары әлемге әйгілі болған Кеңестер Одағының атақты ғалымы, профессор Юрий Павлович Лисицын «Саналогия» деген терминді ұсынды. Саналогия дені сау адамдардың денсаулығы, оны сақтау, күшейту және үнемі жоғары деңгейде ұстап отыру деген ұғымды береді. Саналогия деген ұғымға «валеология» деген термин де өте жақын орналасқан. Алайда «саналогия» қоғамдық денсаулықты қарастырса, «валеология» жеке тұлғалардың денсаулығын сақтау мәселелеріне көңіл бөледі. Басқаша айтқанда валеологияның негізгі мақсаты жеке тұлғалардың өмір сүру ортасының өзгерістеріне бейімделу мүмкіндіктерін арттыру,

денсаулық механизмдерін жетілдіру арқылы оның денсаулығын сақтау және күшейту болып табылады.

Валеологияның жоғарыда көрсетілген түсініктемесімен келісе отырып, саналогияны қоғамдық денсаулық және тұрғындардың денсаулығы туралы ғылым деп қарастыру керек деп есептейміз. Оның негізгі мақсаты ретінде – дені сау адамдардың денсаулығын сақтау және одан ары нығайту деп қарастыру қажет. Валеология мен саналогияны осылайша бөле қарастыру тек әдістемелік тұрғыда ғана дұрыс болады. Ал жалпы теоретикалық тұрғыда жеке адамның денсаулығын қоғамдық денсаулықтан бөле қарастыру дұрыс емес. Осы тұрғыдан алғанда саналогия – қоғамдық денсаулық туралы, жалпы дені сау адамдардың денсаулығы туралы, басқаша айтқанда қоғамның денсаулық қоры, оны сақтау және нығайту туралы ғылым болып табылады.

Осы күнге дейін қоғамның денсаулығын сақтау және нығайту мәселелері медицинаның негізгі міндеті болмай отыр. Сондықтан да қоғамдық және әлеуметтік маңызы үлкен аурулардың профилактикасы әр мемлекетте өзінің даму деңгейіне сай жасалған бағдарламалар негізінде жүзеге асырылады. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұсынған профилактикалық бағдарламалары тәжірибеде жоғары тиімділігін көрсете алмай отыр. Себебі, әр мемлекетте оның жүзеге асырылуы жергілікті тұрғындардың әлеуметтік, экономикалық, экологиялық-гигиеналық, тұрмыстық, білімділік, діни, кәсіби және мәдени ерекшеліктерін есепке ала отырып іске асырылу қажеттігі туындайды. Жеке мемлекеттерде тұрғындардың арасында туындайтын кеселдердің негізгі қатерлі себептері әртүрлі болып келеді. Керек десеңіз бір мемлекеттің аумағындағы әртүрлі аймақтардың тұрғындарының кеселдену деңгейі мен құрамы да өзгеше болып қалыптасады. Сондықтан аурулардың алдын алу бағдарламалары міндетті түрде жергілікті тұрғындардың арасында негізгі әлеуметтік маңызы үлкен ауруларды туындататын қатерлі себептердің таралу деңгейі мен құрамын есепке алуы қажет. Біздің Республикамызда медициналық-әлеуметтік маңызы үлкен аурулардың қатарына туберкулез ауруы да жатады. Туберкулез ауруы соңғы 40 жылда бақылауға ыңғайлы инфекциялардың қатарына жатқызылып келген. Алайда, қазіргі таңда ол жер беті тұрғындарына аса үлкен қауіп төндіріп отырған патологияның бірі болып отыр. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтеріне қарағанда 2010 жылы өмірінде алғаш рет туберкулезге шалдыққан наукастар саны 8,8 млн. адамға жетті. Қазақстан Республикасында туберкулез мәселелерінің Ұлттық орталығының мәліметі бойынша 2002 жылдан бастап туберкулез ауруымен наукастану деңгейі 165,1‰₀₀₀ –ден 2011 жылы 86,8‰₀₀₀ – дейін төмендеді. Бұл жағдай елімізде туберкулез ауруының осы жылдарда 47 %-ға төмендегендігін және елімізде жүзеге асырылып жатқан профилактикалық және емдеу шараларының барынша тиімді жүріп жатқандығын көрсетеді. Қазақстан Республикасында туберкулездің эпидемиологиясы аурушандық көрсеткішінің төмендеуіне қарамай қауырт болып тұр. Осы жағдайға туберкулез ауруын емдеу тиімділігінің төмендеп, дәрілерге резистентті микробтар санының ұлғаюы алып келіп отыр.

1991 жылдан бастап туберкулезге байланысты алғашқы аурушандық көрсеткіші бірте-бірте төмендеп 64,4 ‰ -ден 59,7‰ –ге дейін азайды. Алайда, 1995 жылдан бастап елімізде қалыптасқан ауыр әлеуметтік-экономикалық дағдарыс Республика тұрғындарының денсаулығын күрт нашарлатып жіберді. Сондықтан 1995 жылдан 2002 жылға дейінгі аралықта туберкулезбен алғаш рет ауру оқиғалары 100 000 адамға балап есептегенде 67,1 ‰ – ден 165,1 ‰ – ге дейін артып кетті. Осы кезеңде туберкулезге байланысты жалпы аурушандық (сырқаттылық) көрсеткіші де 3 есеге артты (137,3 ‰ – ден 414,5 ‰ дейін). 1991 жылдан бастап туберкулезден туындаған өлім оқиғалары да 10,6 ‰ - дан күрт жоғарылап, 1998 жылы 38,4 ‰ – ге дейін көтерілді. 1999 жылдан бастап өлім көрсеткіші 30,7 ‰- ден 2005 жылы 18,7 ‰ – ге деиін төмендегенмен, бұл аурудың дәрілерге тұрақты түрлерінің күрт артып кетуі байқалады. Осыдан науқастардың ауруханада емделуі ұзарып, мүгедектердің қатары жоғарылады. Жағдайдың осындай бағытта өрбуіне экологияның нашарлауы, тұрғындардың әлеуметтік жағдайының тұрақсыздығы, тағамдар сапасының төмендігі, жұмыссыздық оқиғаларының артуы, еңбек ету ортасының жоғары дәрежеде ластануы, салауатсыз өмір сүру, нашакорлыққа салыну себептері де өзінің кері әсерін тигізді(20 кесте).

Денсаулық сақтау саласындағы жаңашылдық өзгерістер, бөлінген қаржы көзінің артуы, әлеуметтік маңызы үлкен аурулардың профилактикасы мен емдеу сапасының жақсаруы туберкулез ауруының таралуы мен одан туатын асқыну оқиғаларының күрт төмендеуіне алып келеді. Осыдан 2006 жылдан 2011 жылға деиінгі аралықта жалпы туберкулезбен науқастану деңгейі 100 000 тұрғынға балап есептегенде 303,81 оқиғадан 192,5 оқиғаға дейін төмендеп, одан туындаған өлім оқиғаларының таралу деңгейі 18,7 ‰ –ден 8,1 ‰ –ге дейін кеміді.

Туберкулезбен ауырғандардың үлес салмағы Атырау, Қызылорда, Батыс Қазақстан облыстарында өте жоғары болса, Ақмола, Ақтөбе, Шығыс Қазақстан, Қарағанды, Қостанай, Маңғыстау, Павлодар облыстарында туберкулезбен ауру оқиғалары бірте-бірте жоғарылай бастады. Осы кезеңде туберкулезден туындаған өлім оқиғаларының саны да күрт өсті. Себебі тек туберкулезбен ауру артып қойған жоқ, сонымен бірге аурулардың арасында туберкулездің деструкциялық түрлері барынша жоғарылап, аурулардың жағдайы ауырлай түсті. 1994 жылы диспансерлік есепке алынған аурулардың 45,3 % туберкулездің деструктивтік түрлеріне шалдыққандар болса, олардың 3,0 % туберкулездың фиброзды – кавернозды түрімен ауырғандар екендігі анықталды (6 сурет).

Тек қана 2000 жылғы әлеуметтік – экономикалық жағдайдың тұрақталуы, денсаулық сақтау саласына бөлінетін қаржының ұлғаюы және туберкулез ауруына қарсы ұйымдастырылған профилактикалық – емдік шаралардың жақсаруы, өлім көрсеткішінің біршама төмендеуіне (20,4 ‰), ал одан кейінгі 10 жыл ішінде 8,1 ‰ дейін азаюына алып келді.

Туберкулез ауруының құрамы соңғы 20 жылда өзгеріске ұшырай қойған жоқ. Аурулардың 90 % астамы өкпе туберкулезіне шалдығады.

Аурулардың 3,2 % -ын балалар құрап отыр. Соңғы жылдары емделу тиімділігі одан ары нашарлады. Өкпеде пайда болған каверналардың бітелуі бар болғаны 69,5 % дейін жетті. Бұл көрсеткіш Семей, Жамбыл, Талдықорған облысы аурулары арасында 52 % -дан 58,9 % -ға дейін көтерілді..

Ауруларды III диспансерлік топқа өткізу деңгейі 18,7 % -ды ғана құрады. Осындай жағдайдың қалыптасуына тұрғындарды профилактикалық тексерумен қамтудың төмендеуі, соның салдарынан аурудың ерте кезеңінде анықталғандар санының азаюы себеп болды.

Туберкулез әлеуметтік маңызы үлкен аурулардың классикалық үлгісі болып табылады. Бұл ауру адам ағзасының кез келген жерінде туындауы мүмкін. Соңғы кезде негізгі алаңдатушылық тудырып отырған мәселе балалар арасында туберкулезге шалдығу оқиғаларының ұлғаюы. Олардың арасында қалыптасқан аурушандықтың деңгейі жалпы тұрғындар арасындағы аурушандықтың 5,18 % құрайды. Республикада 1999 жылдың қаңтар айынан бастап Дүниежүзілік Денсаулық Сақтау Ұйымының ұсынуымен DOTS (Directly Observed Treatment Short – Course) стратегиясы жүзеге асырыла бастады.

Бұл жоспарды енгізу және тиімді жүзеге асыру мақсатында 2011 жылы 25 сәуірінде Қазақстан Республикасы Денсаулық Сақтау Министрінің №218 «Туберкулезбен күрес жөніндегі кейбір мәселелер туралы» атты бұйрығы жарияланды. Осы бұйрықтың аясында туберкулезді емдеудің стандарттары іске қосылды. Соңғы жылдары туберкулез ауруының дәріге тұрақты түрлері жылдам өсуде. Бұл түрлер емдеуге аса көне бермейді және көп қаржылай шығынды қажет етеді. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының болжамына қарағанда 2020 жылы туберкулез ауруы жер беті тұрғындарының өлімін туғызатын негізгі 10 себептің біріне айналады.

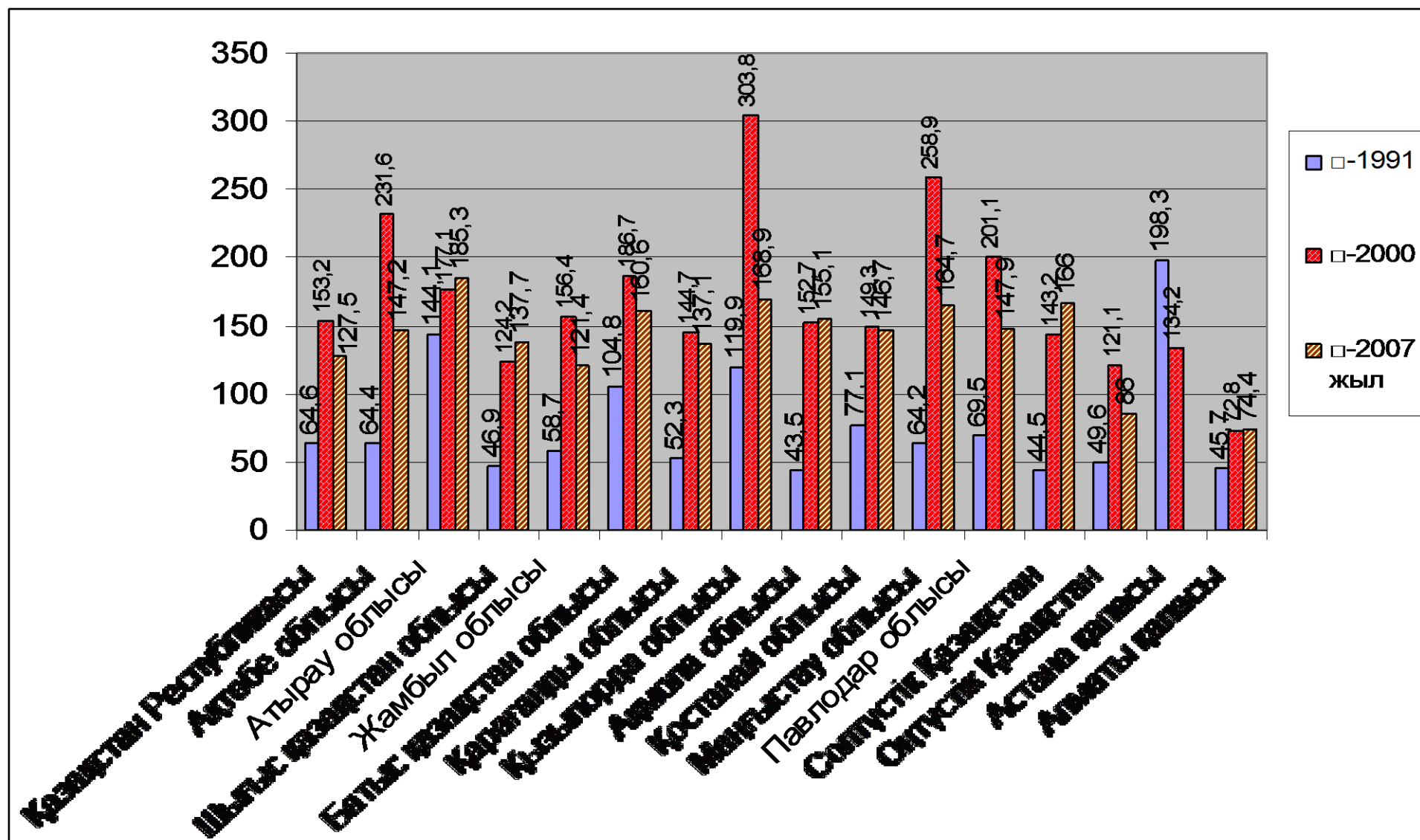
1991 жылдан 2011 жылға дейінгі аралықта туберкулез ауруының таралу заңдылықтарын сараптай және науқастарды DOTS әдісімен емдеу. 1991 жылдан 2011 жылға дейінгі аралықта туберкулез ауруының таралу заңдылықтарын сараптай және науқастарды DOTS әдісімен емдеу тиімділігін бағалай отырып, осы аурудың алдын алу және емдеу шараларының айтарлықтай жақсарғандығын айту қажет.

Алайда, полирезистенттік туберкулезі бар науқастар санының артуына байланысты бұл ауруды емдеу шараларын жеке оқиғалар мен аурудың иммундық қасиетін есепке ала отырып ұйымдастыру қажет деген тұжырым жасауға болады. Осыларды ескере келе туберкулезді емдеу стандарттарын жергілікті аумақтың әлеуметтік-экономикалық, экологиялық-гигиеналық, медициналық-санитарлық, тұрмыстық өмір сүру салты себептерін есепке ала отырып құрастырған жөн деп есептейміз.

**20 кесте. Қазақстан Республикасындағы туберкулез ауруының таралуы
(1 000 000 тұрғынға балап есептегенде)**

Жылдары	Алғашқы аурушаңдық (100000 тұрғынға балап есептегенде)	Жалпы туберкулезбен аурушаңдық ((1 00000 тұрғынға балап есептегенде))	Туберкулезден туындаған өлім (1 00000 тұрғынға балап есептегенде)
1991	64,4	178,2	10,6
1992	64,2	147,9	11,0
1993	61,7	141,9	14,0
1994	59,7	137,3	17,6
1995	67,1	154	26,4
1996	82,5	189,8	34,6
1997	91,3	209,9	37,7
1998	118,8	273,2	38,4
1999	141,0	323,0	30,7
2000	153,2	327,3	26,4
2001	155,7	358,1	25,9
2002	165,1	414,5	24,2
2003	160,4	438,2	22,3
2004	154,3	449,5	20,6
2005	147,3	444,5	19,8
2006	132,1	303,8	18,7
2007	127,3	293,3	18,5
2008	113,7	261,9	16,9
2009	106,9	245,9	12,5
2010	94,2	217,3	10,6
2011	86,8	192,5	8,1

6Сурет. Алғаш рет анықталған туберкулезбен ауыршандық деңгейі (100000 тұрғынға балап есептегенде)



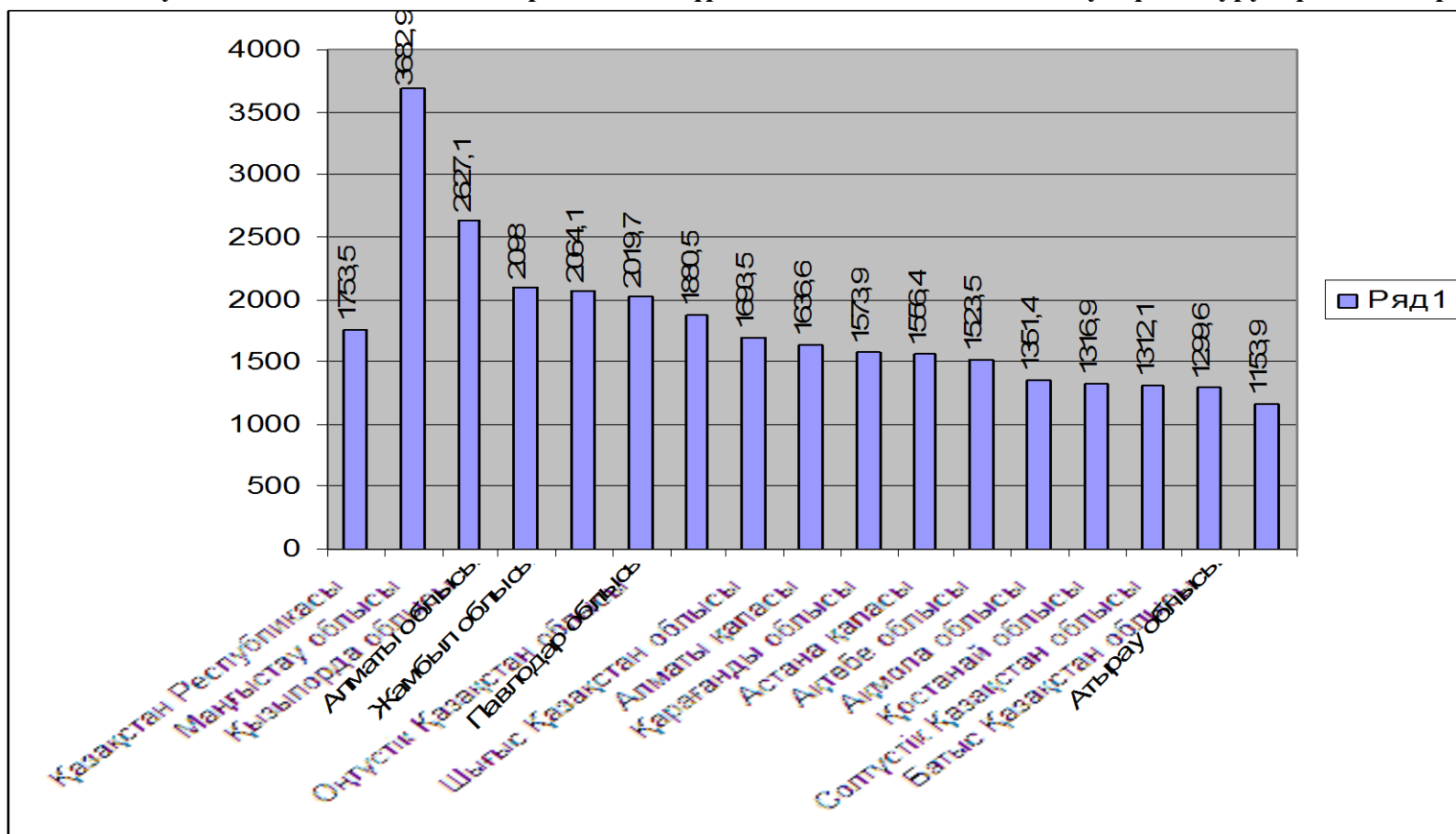
3.2. Қазақстан Республикасы мен шет елдерде қан айналу жүйесі аурулары медициналық-әлеуметтік мәселе ретінде.

XX ғасырдың 90 жылдарынан бастап қан айналу жүйесі аурулары ересек тұрғындардың өліміне алып келетін ең маңызды себептердің қатарына жатқызылуда. Экономикасы дамыған Батыс Европа елдерінде, Америка Құрама Штаттарында, Канада мен Австралияда, Ұлы Британияда өлім оқиғаларының 50 %-нан астамы қан айналу жүйесі ауруларының үлесіне тиеді. Бұл аурулардың әлеуметтік-гигиеналық өзектілігі олардың таралу ауқымының үлкендігінен емес, олардан туындайтын асқынулардың аса ауыр жүруіне байланысты. Қан айналу жүйесі аурулары өлім және мүгедекке ұшырау себептерінің ішінде бірінші рангалық орынды алады. Ал амбулаторлық-емханалық мекемелерде есепке алынатын аурулардың құрамында, басқаша айтқанда жалпы аурушандықтың құрамында жүрек-қан айналу жүйесі ауруларының үлес салмағы 14-16 % дейін жетсе, алғаш рет анықталған аурулардың құрамындағы үлес салмағы бар болғаны 2 % құрайды. Жүрек-қан айналу жүйесі аурулары еліміздің аймақтарында әртүрлі деңгейде таралған. Оның негізгі себептері аймақтардағы әлеуметтік-демографиялық айырмашылықтар мен ауруды тудыратын қатерлі себептердің таралу ерекшеліктері болып табылады. Арнайы жүргізілген эпидемиологиялық зерттеулер қалада тұратын 40-59 жастағы ер кісілердің арасында артериялды гипертониямен ауырғандардың 29 %-ы өздерінің осы патологияға шалдыққанын білмеген, ал жүрек ишемиясымен ауырғандар арасында бұл көрсеткіш 36 % -дан 61 % -ға дейін жеткен.

2007-2008 жылғы статистикалық мәліметке қарағанда жалпы қан айналу жүйесі ауруларының әрбір 100000 тұрғынға балап есептегендегі таралу деңгейі Қазақстан Республикасы аумағында 1753,5 оқиғаны құрады. (6 сурет). Бұл аурулардың ең жоғарғы таралу деңгейі Маңғыстау облысында тіркелді (3682,9‰). Қан айналу жүйесі ауруларының таралуы Республикалық көрсеткіштен жоғары болып қалыптасуы Қызылорда (2627,1‰), Алматы (2098,0‰), Жамбыл (2064,1‰), Оңтүстік Қазақстан (2019,7‰), Павлодар (1880,5‰) облыстарында байқалды. Аталған облыстарда қан айналу жүйесі ауруларының осылайша жоғары болуына экологиялық, әлеуметтік, тұрмыстық, өмір сүру салты себептерінің тигізетін әсері үлкен. Сондықтан, профилактикалық бағдарламаларды құрастыру және оны жүзеге асыру барысында әр облыста қан айналу жүйесінің деңгейін арттыратын қатерлі себептердің таралу жиілігіне баса көңіл бөлген жөн. Жүрек-қан айналу жүйесі ауруларымен кеселдену деңгейі адамның жасы ұлғайған сайын жылдам артады. Әйелдердің арасындағы осы патологиямен кеселдену деңгейі ер кісілерге қарағанда 1,4 есеге жоғары болып шықты (7 сурет).

Госпитализациялау бойынша анықталған аурушандықтың құрамында жүрек-қан айналу жүйесі патологияларының алатын үлесі де айтарлықтай

7 сурет. Қазақстан Республикасында және облыстарда 100000 тұрғынға балағанда қан айналу жүйесі ауруларының таралу деңгейі.



жоғары. Жеке ғылыми деректердің мәліметтеріне қарағанда оның деңгейі 12-14 % -ға дейін жетеді. Сонымен қатар бұл аурулардың стационарлық мекемелерде жату мерзімі ұзақ және қауырт емдеу шараларын жүргізуді талап етеді. Көптеген эпидемиологиялық зерттеулер жүрек-қан айналу жүйесі аурулары әртүрлі қатерлі себептердің әсерінен туындайтынын көрсетеді.

Олардың қатарында профилактикалық шаралардың әсерінен өзгермейтін себептер де аз емес. Мысалы, бұл ауруға шалдыққандардың тұқым қуалағыштық қасиеттері мен жасы ешқандай да шараларға оңды жауап бере қоймайды.

Осы аурулардың туындауына алып келетін адамның әдеттері мен өмір сүру салты себептеріне қарсы алдын алу шараларын тиімді жүзеге асыруға мүмкіндік мол. Қауіптілік дәрежесін өзгертуге қолайлы қатерлі себептердің қатарына темекі шегу, спирттік ішімдікке салыну, қан құрамындағы холестериннің жоғары деңгейі, гиподинамия да жатады. Қант диабеті, семіздік және стресс жүрек-қан айналу жүйесі ауруларын туындататын қауіп-қатерлердің әсерін одан ары күшейтетін себептер болып табылады.

30-59 жастағы 5000 тұлғаны 10 жыл бойы бақылау барысында жүрек ишемиясы ауруына шалдығу қауіптілігі қатерлі себептердің қатар саны артқан сайын жоғарылай түсетіндігін көрсетті. Әсіресе еңбек ету жасындағы немесе 30-59 жас аралығындағы тұрғындардың арасында осы патологиялардың асқынуынан туындайтын өлімнің 30 % -дан артуы ерекше алаңдаушылық туғызуда.

Экономикасы дамыған елдердегі 40-69 жас аралығындағы тұрғындардың 1968 жылдағы өлім көрсеткішінің төмендеуге бағытталған даму үрдісі қан айналу жүйесі ауруларынан туындаған өлім санының азаюынан екендігі анықталды. Ал Америка Құрама Штаттарындағы қан айналу жүйесі ауруларынан туындаған өлім деңгейінің төмендеуіне жүрек ишемиясы ауруынан туындаған өлім оқиғаларының азаюының қосқан үлесі 30 % -ға, миға қан кетуден туындаған өлім оқиғаларының азаюының қосқан үлесі 40 % -ға жетті. Алайда осы күнге дейін қан айналу жүйесі ауруларынан туындаған барлық өлім оқиғаларының 90 % -ы жүрек ишемиясы ауруының үлесінде қала беруде.

Соңғы 10 жылдағы статистикалық мәліметтерге қарағанда Россия Федерациясы мен Батыс Европа елдеріндегі еңбекке жарамды жастағы тұрғындардың өлімін туғызатын патологиялар арасында қан айналу жүйесі аурулары өзгеріссіз бірінші рангалық орында тұр. Айта кететін мәселе, XX ғасырдың 50 жылдары жүргізілген жаппай эпидемиологиялық зерттеулер Кеңестер Одағында таралған қан айналу жүйесі ауруларының деңгейі аса жоғары емес екендігін және 10-11 рангалық орынды ғана қамтитындығын көрсетті. Дәл осындай жағдай шет мемлекеттердегі аурушандықтың қалыптасу заңдылықтарында да байқалды. Қан айналу жүйесі ауруларымен кеселдену деңгейінің артуына жер беті тұрғындарының өмір сүру салтының өзгеруі, урбанизация мен индустрализация, осыдан туындайтын психо-

эмоционалдық стресстің артуы, экологиялық-гигиеналық жағдайдың нашарлауы, қабылдайтын тағамдық заттардың құрамының өзгеруі негізгі себептер болса, осы патологиялардың диагностикасының жақсаруы да аурушандық деңгейінің күрт жоғарылауына алып келді.

Қазіргі таңда қала тұрғындарының аурушандық көрсеткішінің құрамында қан айналу жүйесі аурулары екінші орын алса, ауыл тұрғындары арасында үшінші рангалық орынды қамтыған. Бұл аурулар барлық патологиялардың таралу құрамында 25 % -ға дейін жетеді. 1 000 тұрғынға балап есептегенде жүрек ишемиясы ауруының таралу деңгейі 140 оқиғаға дейін жетсе, жеке әлеуметтік топтарда 180-190 оқиғаны құрайды. Әсіресе әлеуметтік жағдайы нашар адамдарда, зиянды кәсіптерде еңбек ететін жұмысшыларда, гиподинамиясы жоғары қызметкерлерде, кант диабеті бар аурулар арасында бұл патологияның таралу деңгейі аса жоғары. Мысалы, қарт адамның қанында холестериннің мөлшері жоғары болуы жүрек-қан айналу жүйесі ауруын тудыра қоймайды, егер оның денесін май баспаса және темекі тартып, спирттік ішімдікке салынбаса. Егер қатерлі бір себеп болса, онда жүрек-қан айналу жүйесі ауруларының туындау мүмкіндігі екі есеге жоғарылайды, ал қатерлі себептердің саны үшке жеткенде аурудың туындау мүмкіндігі 10 есеге артады.

Қазіргі кезеңде Республика тұрғындары арасында жүрек-қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын өлім оқиғаларының стандартталған көрсеткіші ер кісілер арасында 795,0 ‰, ал әйелдер үшін 780 ‰ болып отыр. Бұл көрсеткіш Америка Құрама Штаттарында 307,2 ‰ болса, Ұлы Британияда 317,2 ‰ (1995 жыл) құрады.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының алдын ала жасаған болжамына қарағанда, жүрек-қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын өлім оқиғаларын екі есеге төмендетуге болады. Қан айналу жүйесі ауруларының профилактикасын екі бағытта жүргізу қажет. Оның бірінші бағыты жалпы тұрғындар арасында жүргізілетін профилактикалық бағдарламалар негізінде жүзеге асырылады. Екінші бағыт – қан айналу жүйесі ауруы туындау мүмкіндігі өте жоғары тұлғалар арасында клиникалық әдістерді қарастыратын профилактикалық бағдарламалар негізінде жүреді. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мамандары жүрек-қан тамыры ауруларының ең тиімді бағдарламасы ретінде салауатты өмір сүру салтын ұсынады. Қан айналу жүйесі ауруларының алдын алуда салауатты өмір салтын төмендегідей бағыттарда өрбіту өте тиімді деп есептеледі.

- Жүректің каронарлық ауруы – темекіні тастау, тағамның құрамындағы тұзды азайту, майсыз тағамдарды қабылдау, дене тәрбиесі, дене салмағын бақылау;
- Инсульт – темекіні тастау, тағамның құрамындағы тұзды азайту, дене салмағын бақылауға алу;
- Қанның жоғарғы қысымы – тағамның құрамындағы тұзды азайту, дене тәрбиесі, дене салмағын бақылауға алу, спирттік ішімдік қабылдауды барынша азайту.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының осындай ұсыныстарына көптеген елдерде аса үлкен көңіл бөледі және оларды күнделікті өмірде қолдануға ерекше құлшыныс танытады. Мысалы, Финляндияда 1994 жылдан бастап наубайханаларда нан өнімдерінің әрбір килограммына қосатын тұздың мөлшерін 1,2 граммнан 0,7 граммға дейін төмендетілді.

Осы шараның арқасында жыл сайын инсульттан өлетін адамдардың саны 2 000 , миокард инфарктысынан өлетін адамдар саны 1 600 дейін төмендетті. Осыдан ауруларды емдеуге жұмсалатын қаржы көлемін 100 000 000 долларға, ал дәрілерді сатып алуға кететін қаржы көлемі 40 000 000 долларға азайды.

Жүрек-қан тамыры аурулары бар адамдарға медициналық көмекті ұйымдастыруда емдік шаралар мен профилактикалық шараларды қоса жүргізу негізгі әдіс деп қарастырылған жөн. Осы талапты іске асыруда диспансерлік әдістің атқаратын ролі өте жоғары. 1977 жылы Кеңестер Одағы Министрлер кеңесінің шешімімен барлық облыс орталықтарында кардиологиялық диспансерлер ашыла бастады. Олардың ең басты міндеті кардиологиялық аурулар арасында диспансерлік жұмысты ұйымдастыру деп қарастырылған. Алайда Қазақстан Республикасының жеке облыстарында кардиологиялық диспансерлер ашылған жоқ. Сондықтан кардиологиялық ауруларға көрсетілетін емдеу және профилактикалық көмек емханалық мекемелерде ашылған кардиологиялық бөлмелерде жүзеге асырылды. Осы бөлмелерде қызмет атқаратын кардиолог дәрігерлердің міндеттеріне жататындар:

- 1.Емхананың учаскелік терапевтері мен отбасылық дәрігерлеріне жүрек қан тамыры аурулары бар науқастарды анықтау және емдеу мәселелері бойынша кеңес беру жұмысын жолға қою;
- 2.Аурулары күрделі науқастарды диспансерлік бақылауға алу ;
- 3.Жүрек-қан тамыры патологиясы бар науқастар арасында атқарылған жұмыстарды бақылау және сараптау болып табылады;

Кардиолог – дәрігерлердің ауруларды емдеу және бақылау жұмыстарын ұйымдастырудағы ролі жоғары болғанмен, кардиологиялық науқастармен тығыз байланыста жұмыс атқаратындар учаскелік терапевтер болып табылады. Мысалы, емхананың кардиологиялық бөлмесінің дәрігерлеріне жүрек ишемиясы бар науқастардың қаралуының 44 % -ы ғана, гипертониялық ауруы бар науқастардың қаралуының 5 % -ы тура келеді. Бұл науқастардың емханаға қаралуының өзге үлестері учаскелік терапевттерге тиесілі болып шықты.

Жалпы тәжірибелік және отбасылық дәрігерлер жүйесінің дамуына байланысты кардиологиялық аурулардың арасында емдеу және профилактика шараларының жүзеге асырылуы негізінен осы мамандарға жүктелетін болады. Кардиологиялық науқастарға көрсетілетін профилактикалық және емдеу жұмыстары отбасылық дәрігерлердің осы саладан білімі мен біліктілігінің жоғары болуын талап етеді. Сонымен қатар, отбасылық дәрігерлердің қабылдау бөлмесін (офисінде) арнайы техникалық

құралдармен жабдықтау қажеттігін туындатады. Оның бірі заманауи электрокардиографтар екендігі айтпаса да түсінікті.

Жүрек-қан тамыры жүйесінде ауруы бар науқастардың көбісі жағдайы өте ауыр халдегі адамдар. Сондықтан бұл ауруларға стационарлық көмекті дұрыс ұйымдастырудың маңызы өте үлкен. Кардиологиялық диспансерлерде арнайы бөлімшелер және арнайы өткір миокард инфарктісін емдеуге арналған бөлім ұйымдастырылған. Сонымен қатар реанимация мен қауырт терапия палаталары жұмыс атқарады. Көп жылдық тәжірибе қорытындысына қарағанда кардиологиялық бөлімшелерде емдеу тиімді болып шықты. Өлім себептерінің ішінде миокард инфарктісінің өткір түрінің ерекше ролін есепке ала отырып, осындай науқастарға көрсетілетін медициналық көмектің нақты кезеңдер жүйесі жасалған. Оның бірінші кезеңі – госпитальға деиінгі кезең деп аталады. Бұл кезеңде көрсетілетін көмек емхананың жедел жәрдем көрсететін дәрігерлерінің, учаскелік терапевттердің немесе отбасылық дәрігерлердің көмегі болуы мүмкін.

3.3. Қатерлі ісік аурулары және оның медициналық-әлеуметтік мәселелері.

Замануы медицинаның екінші аса өзекті мәселесі қатерлі ісіктер болып табылады. Бұл патологиялардың қауіптілік дәрежесін сипаттау үшін мамандар қатерлі ісіктерді, адамдарды өлімге ұшырататын «№ 2 жан алғыш» деп атайды. Осы арқылы және бұл патологиялардың алып келетін экономикалық шығындарын есепке ала отырып атаулы аурулардың әлеуметтік-медициналық маңыздылығын түсінуге болады. Сонымен қатар қатерлі ісіктердің басым бөлігі міндетті түрде науқастың өлімімен аяқталатынын да ескеру қажет. XX ғасырдың басында экономикасы өркендеген елдерде қалыптасқан өлім оқиғаларының 3-7% қатерлі ісіктердің үлесіне тиген болса, қазіргі кезеңде олардың үлесі 14-20 % -ға деиін жетіп отыр. Қатерлі ісіктерді емдеу және алдын алу шаралары айтарлықтай жетістіктерге жеткенмен, осы аурулардың таралуы жыл сайын жер бетінде арта түсуде. Жалпы алғанда жер бетінде жыл сайын орта есеппен 5 миллион адам қатерлі ісіктерге шалдығады. Осыған тек қана қатерлі ісіктерге генетикалық тұрғыда бейімділік, жүйесіз және сапасыз тамақтану, алкоголь, зиянды әдеттер, психоэмоционалдық стресс, дәрілік заттарды талғамсыз қабылдау, ащы тағамдарға құмарлық алып келмейді, сонымен бірге қоршаған өмір сүру ортасының зиянды химиялық заттармен шамадан тыс ластануы және көтеріңкі радиация да себеп болуда. Соңғы жылдары әрбір 100 000 ер кісіге балап есептегенде 295-315, әрбір 100 000 әйелге балап есептегенде 262-291 қатерлі ісікке шалдыққан науқас алғаш рет тіркеледі.

Ер кісілердің арасында қатерлі ісіктен туатын өлімнің құрамында өкпе рагы бірінші рангалық орында орналасса, екінші орында асқазанның рагі, үшінші орында өңеш рагы жайғасқан. Әйелдердің арасында туындайтын өлімнің құрамында асқазанның рагі бірінші, сүт безі рагі екінші, жатыр мойны рагы үшінші рангалық орынды қамтып отыр.

Қазақстан Республикасында 2005 жылы онкологиялық патологиялармен науқастану деңгейі 100 000 тұрғынға балап есептегенде 489,4 оқиғаны құраса, өлім көрсеткіші 122,6 ‰ болып шықты. Ер кісілердің арасында олардың жастарына қарай стандартталған өлім көрсеткіші 191,7 ‰ құраса, әйелдер арасындағы осындай көрсеткіш 87,2 ‰ түзеді. Тұрғындардың жасы ұлғайған сайын онкологиялық аурулардан туындаған өлім оқиғаларының саны сатылап өседі. Ер кісілердің арасында әйелдерге қарағанда онкологиялық патологиялармен науқастану және осы патологиялардың асқынуынан өлімге ұшырау оқиғалары айтарлықтай жоғары. Бұл жағдайға ер кісілердің арасында ерте диагностикасы қиын ішкі органдардың рак аурулары әйелдерге қарағанда 7-8 есе жоғары болуы, ал әйелдер арасында (сүт безі мен жыныс органдарының) ерте кезеңде анықтауға ыңғайлы орналасқан онкологиялық патологиялардың басым болуы алып келуде.

Қатерлі ісіктердің әлеуметтік-медициналық маңызын зерттеу барысында ғалымдардың көңілін алаңдататын мәселе осы патологияның жеке нозологияларының динамикасы болып отыр. Алайда онкологиялық аурулардың динамикасын зерттеу барысында міндетті түрде мынадай жағдайларды есепке алған жөн.

1. Соңғы 60-70 жыл ішінде жер бетінде рак ауруларының ерте кезеңдегі диагностикасының сапасы күрт жақсарды, онкология саласында білікті мамандардың саны артты, қатерлі ісіктерді гистологиялық, рентгенологиялық әдістермен зерттеу ауқымы жоғарылады.

2. Онкологиялық ауруларды ресми статистикалық есепке алу жұмысы жетілді.

3. Тұрғындардың жастық құрамы ересек және жасы ұлғайған адамдардың үлес салмағының артуымен ерекшеленуде. Зерттеу деректеріне қарағанда онкологиялық аурулардың деңгейі тұрғындардың жастық шамасы жоғарылаған сайын арта түсетіндігін көрсетті. Осылайша, 60-70 жастағы аналардың арасында 30 жасқа дейінгі әйелдерге қарағанда онкологиялық аурумен науқастану 50-60 есе жоғары болса, ер кісілерде 100-115 есе артық болып қалыптасқан.

Соңғы жылдары ер кісілер арасында онкологиялық аурулармен науқастану деңгейі бір қалыпта сақталуда. Алайда, өкпе рагымен науқастану динамикасы үнемі көрсеткіштің жоғарылауымен сипатталады. Бұл жағдайда ер кісілердің темекі шегуге ұмтылысының артуымен және қоршаған өмір сүру ортасы нысандарының (атмосфералық ауаның) аса улы химиялық заттармен жоғары деңгейде ластануымен түсіндіруге болады.

Онкологиялық аурулардың әлеуметтік-медициналық өзектілігін баяндауды осы патологиялардың асқынуынан туындайтын өлім оқиғаларынан бастауымыз екі себеппен байланысты:

- біріншіден – онкологиялық патологиялармен сырқаттану және өлім мәселелерінің аса өзектілігін көрсету үшін;
- екіншіден – науқастардың тірі кезіндегі диагностика сапасының артуына қарамай, осы патологиялардың асқынуынан туындаған өлім оқиғасы

мәліметтерінің барынша нақты екендігін айқындау үшін.

Қатерлі ісіктері бар науқастардың арасындағы профилактика, емдеу және реабилитация мәселелерін дұрыс шешу ауруды ерте кезеңнен анықтау (диагностика), науқастарға арналған медициналық көмек сапасын қамтамасыз ету және емдеу-профилактика шараларын дұрыс ұйымдастыру жұмыстарымен тікелей байланысты. Бұл жұмыстарды ұйымдастыру онкологиялық диспансерлерге жүктелген.

Республикамыздың барлық облыстарында онкологиялық аурулар арасындағы профилактикалық шаралар диспансерлік әдіспен жүзеге асырылады.

Онкологиялық диспансерлердің алдына мынандай міндеттер қойылған:

- Онкологиялық ауруларды ерте кезеңнен анықтау;
- Жоғары білікті және арнайы медициналық көмек беру;
- Диспансердің қызмет көрсету аумағында орналасқан барлық емдеу-профилактика мекемелерінде онкология саласы сұрақтары бойынша ұйымдастырушылық-әдістемелік жетекшілік жасау;
- Емдеу мекемелерінің тәжірибесіне рак ауруын диагностикалаудың және емдеудің ең тиімді әдістерін ендіру;
- Емдеу мекемелеріндегі онкологиялық науқастарға жүргізілген емдеу шараларының сапасын бақылау;
- Диагнозы анықталған ауруларды зерттеу және оның себептеріне баға беру.

Онкологиялық диспансерлер жетекші емдік-профилактикалық медицина мекемелері болғанмен, рак ауруының ерте кезеңіндегі диагностикасын ұйымдастыруда амбулаторлық-емханалық мекемелердің атқаратын ролі өте жоғары.

Онкологиялық ауруларды ерте кезеңнен анықтаудың екі жолы бар:

1. Онкологиялық аурулар туралы ерекше сақ болу тек дәрігерлер емес, сонымен қатар тұрғындардың да міндеті болып қалыптасуы қажет;
 2. Профилактикалық тексеру, оның ішінде онкологиялық ауруларды анықтауға бағытталған мақсатты тексеру барлық тұрғындарды қамтуы тиіс.
- Кез келген онкологиялық диспансердің жұмыс бағытының ең маңызды саласы рак ауруы диагнозының кеш қойылу оқиғаларын сараптау. Осындай оқиғалардың себептерін зерттеу, диагноздың өте кеш қойылуына науқастардың онкологиялық диспансерге тым кеш қаралуы (40-55%), аурудың симптомсыз жүруі (35-40%), дәрігердің дұрыс диагноз қоймауы (20%) алып келетіндігін көрсетті. Онкологиялық аурулардың арасында жүргізілген емдеу-профилактика шараларының сапасын анықтайтын көрсеткішке – онкологиялық аурулардың бір жыл ішіндегі өлімге ұшырау деңгейі жатады. Қазақстандағы бұл көрсеткіштің деңгейі 38-40 % -ға дейін жетеді. Осы көрсеткіштің қалыптасуына онкологиялық аурудың нозологиясы ерекше әсерін тигізеді. Есепке алынған алғашқы жылы өкпе рагымен ауырған науқастардың 59 %, сүт безі рагымен ауырған науқастардың 11,5 % қайтыс болады. Рак ауруы профилактикасының екі негізгі шарты бар:

1. Канцерогендік заттарды зерттеу және онымен адамның жанасуын тоқтату. Бұл жерде кәсіби канцерогендерді жою мәселесі қарастырылуы

кажет. Осындай еңбек ету ортасы канцерогендік заттармен жоғары дәрежеде ластанған өндірістерде қатаң санитарлық-гигиеналық бақылау орнатып, жұмысшылар денсаулығын қадағалау шараларын барынша сапалы ұйымдастыру жұмыстарын қолға алу керек.

2.Қатерлі ісік ауруына алып келетін патологияларды дер кезінде анықтап, оларды толыққанды емдеу қажет.

Осы шараларды жүзеге асыру үшін жалпыға бірдей профилактикалық тексерумен қатар, арнайы ұйымдастырылатын мақсатты медициналық тексеру шараларын да сапалы жүргізу керек. Тұрғындардың арасында онкологиялық патологияға қарсы бағытталған сақтық көзқарасты қалыптастыру үшін санитарлық-ағарту жұмысы барынша белсенді жолға қойылуы тиіс.

3.4. Қазақстан Республикасында жарақаттар медициналық-әлеуметтік мәселе ретінде. Жарақаттылық түрлері, алдын алу шаралары.

Сыртқы орта себептерінен туындайтын жарақаттар мен өлім бүкіл әлемде бетін қайтаруға болатын жағдайларға жатады. Алайда жарақаттану оқиғаларының жер бетінде кеңінен таралуына және одан туындайтын өлімнің жылдан жылға өсуіне байланысты денсаулық сақтау жүйесінің өзекті мәселесінің бірі болып қала беруде. Еуропа аумағында жылына 120 миллионнан астам жарақаттану және улану оқиғалары туындап, олардың 220 мыңы өліммен аяқталады. Қазақстан Республикасында жыл сайын 120-150 мыңнан астам жарақаттану оқиғалары тіркеледі. Күніне алған ауыр жарақаттан 7-10 адам өлімге ұшырайды. 80-90 адам ауруханаға түседі, оның ішінде 25-30 адам жан сақтау бөлімінде емделеді. Жарақаттанған адамдардың басым бөлігіне медициналық көмек емханалық мекемелерде көрсетіледі. Жалпы өлім оқиғаларына алып келетін себеп ретінде жарақаттар қан айналу жүйесі аурулары мен қатерлі ісіктерден кеіінгі үшінші орында орналасқан. Ал еңбек ету жасындағы тұрғындар арасында өлім себебі ретінде жарақаттар бірінші рангалық орында орналасқан. Ересектер мен жасөспірімдер арасында қалыптасқан жалпы аурушандық көрсеткішінің құрамында жарақаттар тыныс алу жүйесі ауруларынан кеіінгі екінші орынды қамтиды. Қоғамға тигізетін әлеуметтік-экономикалық шығыны, өлім оқиғаларынан жоғалған өмір сүру жылдарының ұзақтығы жағынан DALY бірлігі бойынша жарақаттар мен улануларға бірінші орын тиесілі.

Соңғы жылдары жүргізілген кешенді зерттеу жұмыстары жарақаттанудан туындайтын аурушандық және өлім көрсеткіштері кедей елдерде, даму жолындағы мемлекеттерде экономикасы дамыған елдерге қарағанда бірнеше есе жоғары екендігін көрсетті. Егер экономикасы дамыған елдерде жарақаттанудан туындаған аурушандық пен өлім оқиғалары жылдан жылға төмендесе, бұрынғы Кеңестер Одағының құрамына енген мемлекеттерде осы көрсеткіштер тоқтаусыз өсу үстінде. Орта есеппен алғанда тәуелсіз мемлекеттер достастығы аумағындағы ер кісілердің жарақаттанудан өлімге ұшырау мүмкіндігі Еуропа одағының ер кісілері

арасындағы осындай көрсеткішінен 4 есе жоғары. 2004 жылғы ресми статистикалық деректер бойынша Орталық Азия мемлекеттері мен Россия Федерациясындағы жарақаттанудан туындаған өлім көрсеткішінің деңгейі 100 000 тұрғынға балап есептегенде 272,7 оқиғаны құраса, Европа Одағында – 54,3‰ болып шықты. Экономикасы даму үстіндегі елдердегі жарақаттану оқиғалары мен одан туындайтын өлім көрсеткішінің тоқтаусыз жоғарылауына жол қозғалысы қауырттылығының артуы, алкогольдік ішімдіктің арзандығы және кез келген жастық топтарға қол жетімділігі (әсіресе жасөспірімдерге), заңдардың босандығы, әлеуметтік капиталдың азайып, жұмыссыздықтың ұлғаюы, байлықты иеленудегі теңсіздік алып келуде. Осыдан балалар мен қарт адамдардың жарақаттанып, өлімге ұшырау қаупі арта түсуде. Сонымен қатар жарақаттануға және өлімге ұшырауға беіім топтарға үйсіз-күйсіз адамдар, шеттен келген жалдамалы жұмысшылар, жер ауып қашып келгендер, мүгедектер мен жұмыссыздар да жатады. Жарақаттарға ұшырайтын негізгі қауіп топтарын нақты анықтау тұрғындар арасында осы патологияның профилактикалық бағдарламасын жасап, тиімді және белсенді ұйымдастыру үшін қажет. Қазақстан Республикасы тұрғындары арасында қалыптасқан жарақаттану мен одан туындайтын өлім оқиғаларын төмендетуге бағытталған бірінші кезектегі шараларды негіздеу үшін мынандай мәселелерге көңіл бөлу қажет:

- Жарақаттану оқиғаларына барлық тұрғындар бірдей ұшырай ма, әлде оған жиі ұшырайтын қауіп топтары бар ма?
- Жарақатқа жиі ұшырайтын кезең бар ма, әлде жылдың барлық маусымдарында жарақаттану оқиғалары бірдей туындай ма?

Жарақаттанудың медициналық-әлеуметтік қырларын талдау барысында осы патологиялардан қалыптасатын мүгедектік оқиғаларына тоқтамай кетуге болмайды. Жарақаттанудың ашық түрлері жалпы жарақаттардың 20 % құрайды. Оның барысында адам өлімі аса жоғары емес. Алайда, осы ауруларға қолданылатын консервативтік емдеу шараларының тиімділігі төмен болғандықтан, тұрғындар арасында мүгедектер саны арта түсуде. Сондықтан алғаш рет мүгедектікке ұшырағандар ішінде жарақаттанудан туындаған мүгедектік оқиғалары үшінші орын алады. Осы жағдайдың қалыптасуына ашық жарақат алғандардың басым бөлігінің травматологиялық бөлімшелерден тыс жерде емделуі және білікті медициналық көмекпен қамтамасыз етілмеуі алып келуде. Қазақстан Республикасында қалыптасқан әлеуметтік-экономикалық ахуалға байланысты жарақаттанған науқастардың жағдайына, жеке сұранысына сай тегін де сапалы медициналық көмекпен жаппай қамтамасыз ету мүмкіндігі жоқ, ал науқастардың емдік шараларды өз қалтасынан қаржыландыру мүмкіндіктері шектеулі. Жарақаттардың 62-63 % тұрмыстық, 20-22 % өндірістік, 17-18 % транспорттық, оның ішінде 13-15 % жол көліктері апаттарынан туындаған. Жарақаттардың басым бөлігі балалар мен жасөспірімдер арасында (1000 000 бала мен жасөспірімге 12 000 оқиға) қалыптасса, ересектер арасында оның жиілігі 9 000 ‰ жетеді.

3.5.Жүйке-психикалық сырқаттылық, жыныстық қатынастар арқылы таратылатын аурулардың медициналық-әлеуметтік мәселелері.

Ғылым мен техниканың жылдам дамып өркендеуі, әлеуметтік, биологиялық, антропогендік себептердің әсері және экономикалық қатынастардың өзгеруі адамның өмір сүруіне қоятын талаптарды тым қаталдандырып жібереді. Жеке тұлғалардың интеллектуалдық жұмыстарын арттыруды қажет етті.

Ал, аты аталған себептер адам организміне айтарлықтай қатер туғызады және психика жүйесіне түсетін қысымды ұлғайтады.

Психикалық денсаулық жалпы тұрғындар денсаулығына, мемлекеттің жұмыс қолына және экономикалық қуатына қуатты әсерін тигізетін себептің бірі болып есептеледі. Аты аталған мәселелер, психикалық денсаулыққа тек денсаулық сақтау жүйесі ғана емес, сонымен қатар, оған қоғам мен үкіметтің де айрықша көңіл бөлуі қажет екенін көрсетеді.

Бүгінгі қалыптасып жатқан жағдай психикалық денсаулықты тек медициналық емес, әлеуметтік өзекті мәселе деп қарастыруды талап етеді.

1991 жылдың желтоқсан айында Біріккен Ұлттар Ұйымының қабылдаған Қарарында психикалық патологиялары бар адамдарды қорғаудың және оларға медициналық көмекті ұйымдастыруды жітілдірудің 25 шарты қарастырылған. Осы шарттардың маңызы бүгінгі экономикалық, әлеуметтік және саяси жағдайда одан ары жоғарылап отыр. Қарардағы ең басты шарттардың бірі - әрбір адамның барынша жақсы психиатриялық көмек алуға құқығы бар екендігін көрсетеді. Осы жерде әрбір психикалық ауруы бар адамның қоғамда өзгелермен бірдей еңбек етуіне және өмір сүруіне жағдай туғызу қажеттігі айтылған.

Психикалық денсаулықты қамтамасыз ету және даму бағытын анықтау мәселелерімен Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДСҰ) айналысады.

Осы ұйымның психикалық денсаулық және токсикомания атты бөлімі жер беті тұрғындарының психикалық денсаулық көрсеткіштерін анықтаумен қатар психиатриялық қызметтің психикалық аурулар деңгейі мен құрамына сай ұйымдастырылуын бақылаудың маңыздылығын көрсетті.

Жер беті тұрғындарының көңілін осы мәселелерге аударып, психикалық аурулардан қоғамға әсер ететін зияндылықты азайтуға бағытталған жобалар мен бағдарламалар құрастырады. Әрбір бағдарламаны жеке мемлекеттерде қалыптасқан саяси-экономикалық жағдайға сай қалыптастырады және оның тиімділігін анықтайды.

Сондықтан, Біріккен Ұлттар Ұйымы (ББҰ) мен Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДСҰ) құжаттары, қарарлары мен шешімдері әрбір мемлекеттің психиатриялық қызметін ұйымдастыруда, психикалық аурулардың еңбек етуге және өмір сүруге арналған құқықтарын қамтамасыз етуде міндетті түрде қолданылуы тиіс.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының сарапшылары мен білікті мамандардың деректеріне қарағанда, жер беті тұрғындарының психикалық

және жүйке жүйесі патологияларымен ауыруы соңғы 20 жылда айтарлықтай жоғары деңгейге көтерілді. Әсіресе, Кеңестер Одағының ыдырауы мен осы кеңістіктегі саяси арпалыстың күшейуі, тұрғындар арасындағы жүйке-психикалық және психосоматикалық ауытқулардың артуына алып келді. Осы жерде айта кететін мәселе, психикалық аурулардың құрамы мен деңгейі мүлде өзгеріске ұшырады.

Ресей Федерациясында жарық көрген ғылыми материалдарға қарағанда, психоневрологиялық диспансерлерде бақылауда тұратын тұрғындардың саны жылдан-жылға ұлғаюда. Ал, 2002 жылы психикалық ауытқуы бар аурулар (алкогольдік психозы, алкоголизм, наркомания мен токсикоманиясы барлардан өзге) саны 100 000 адамға балап есептегенде 1338,9 оқиғаны құраған. Тек 2002 жылы диспансерлік бақылауға 120 966 ауру алынған. Осыдан алғаш рет психикалық патология деген диагноз қою деңгейі 100 000 адамға балап есептегенде 83,5 оқиғаны түзеді.

Статистикалық және ғылыми деректерге қарағанда, Қазақстан Республикасы тұрғындары арасындағы психикалық аурулардың таралу деңгейі 100 000 адамға балап есептегенде 1864,3 оқиғаны түзеді. Психикалық аурулар мен жүріп-тұру әдетінің өзгеру оқиғалары бойынша алғаш рет қойылған диагноз 100 000 адамға балап есептегенде 1996 жылы – 143,5 оқиғаны, 2006 жылы – 146,9 оқиғаны, 2008 жылы – 162,1 оқиғаны, 2009 жылы 167,2 оқиғаны, 2010 жылы - 183,9 оқиғаны түзеген. Басқаша айтқанда, есепке алынған жылдары психикалық аурулардың алғаш рет тіркелген диагноздар саны 26 % -ға өскен.

Наркотикалық және психиканы өзгертетін дәрілерді қабылдаудан алғаш рет психикалық ауруларға шалдығу 1999 жылы 380 913 оқиғадан (260,7‰) 2009 жылы 419 751 оқиғаға (294,7‰) жоғарылады, басқаша айтқанда, бұл патологиялар деңгейі 7,3 % өсті.

Көптеген ғалымдар мен мамандар қоғамның көңілін психикалық аурулардан туындайтын мүгедектік және өлім оқиғаларының артуына аудару керек деп есептейді. Осы қалаптасқан жағдайды экологиялық, әлеуметтік, экономикалық, тұрмыстық және биологиялық себептердің қатерлік қуатының артуымен байланыстырады.

Мысалы, қызметпен айналысатын адамдардың психикалық аурумен ауыру деңгейі жұмыссыздардың аурушандығынан төмен екендігі дәлелденді. Жұмыссыздардың 52,6 %-ының психиатрға көрінуді қажет ететін ауытқуы бар екендігі анықталды. Оларға профилактикалық немесе белсенді емдеу шараларын жүргізу қажет болған. Себебі, бұл қоғамдық топта дезадаптациялық және суицидальдық үрдіс белең алған болып шықты.

Ұлтаралық қақтығыстар мен қарулы соғыстар, табиғи апаттар мен экологиялық жайсыз жағдай тұрғындар арасындағы психикалық ауытқу оқиғаларын ұлғайтады. Ал, әлеуметтік-экономикалық, қаржылық жағдайдың күрт нашарлауы жанұяда, еңбек ұжымында, қоғамда психикалық денсаулықтың нашарлауына алып келеді. Адам денсаулығына, әсіресе психикалық денсаулығына әр тараптан шамадан тыс жайсыз, бұрмаланған

және агрессивті хабарлардың көптеп түсуі де зиянды әсерін тигізіп, патологиялардың туындауына алып келеді.

Ғылыми зерттеу жұмыстарының деректеріне қарағанда жайсыз хабарлардың тоқтаусыз легі тек психикалық ауруларға алып келмейді, сонымен қатар, жүрек-қан айналу, ас қорыту, иммундық жүйе ауруларына және онкологиялық патологиялардың өсуіне себеп болады.

60 жастан асқан тұрғындар арасында психикалық ауытқулардың деңгейі арту үстінде. Мысалы, Ресей Федерациясында олардың аурушандық көрсеткіші 1993-1998 жылдар арасында 9,8%-ға өскен. Болжамды деректерге қарағанда қартайған және кәрі адамдар арасында психикалық аурулар одан ары өсетіндігі анықталады.

Әлеуметтік жағдайдың ауырлығына бейімделе алмау психикалық ауру мен дені сау жағдайының арасында орналасқан адамдардың топтарын туындатты. Оларды айқын психикалық аурулар қатарына да, дені сау адамдар қатарына да қосуға болмайды. Осы адамдарды анықтау және дер кезінде емдік-профилактикалық шараларды ұйымдастыру медицина қызметкерлерінің маңызды міндетіне жатады.

Әдеби көздердің деректеріне қарағанда, психикалық аурулар құрамында психосоматикалық патологиялардың үлес салмағы арта түскендігі байқалады. Тұрғындардың арасындағы осы ауытқулардың таралуы 15%-дан 50%-ға, ал амбулаторлық аурулардың арасында 30%-дан 57%-ға дейін жетеді. Олардың таралу деңгейі көп салалы ауруханалар пациенттері арасында да өте жоғары.

Бұл патологиялар эндокринологиялық, тері-венерологиялық және бронх демікпесі бар ауруларда, жүрек қан айналу және ас қорыту жүйесінде патологиялары бар адамдарда, артриттері, остеохондрозы және басқа патологиялары бар тұрғындарда кездеседі.

Психосоматикалық ауытқулардың клиникалық көріністері көптеген түрлерден тұрады және олардың негізгі белгісі ретінде психикалық және соматикалық ауытқулар клиникасының өзгеруін алуға болады. Бұл мәселенің өзектілігі тек медициналық-психологиялық себептермен анықталмайды, сонымен бірге, қаржылық себептермен де айқындалады. Психикалық ауытқулардың соматикалық аурулар арасында жиі кездесуі психиатрлар мен учаскелік және стационарлық дәрігерлердің тығыз байланыста жұмыс атқаруларын талап етеді. Бұл жұмыстар жалпы медицина мекемелерінде немесе арнайы психосоматикалық клиникада жүруі тиіс. Бұл ауруларға диагноз қою үшін қыруар қаржы жұмсалады, көптеген қосымша лабораториялық сынақтар мен тексерулер жүргізіледі.

Осының барлығы қоғамның көп қаржы жұмсауына және экономикалық шығынына себеп болады. Ауруларды өз диагнозына сай емдемеу, емдеу-профилактикалық шараларының тиімсіздігіне алып келеді. Сондықтан, соматикалық түрде қалыптасқан психикалық ауытқулар кез келген қоғамның әлеуметтік-экономикалық мәселесі ретінде қарастырылады. Психиатриялық қызметтің көмегін қажет ететін аурулардың шынайы санын анықтау, осыған сай медициналық көмекті ұйымдастыруға жағдай туғызады. Психиатриялық

көмекті қажет ету ұзақтығы әрбір патологияның даму бағыты мен клиникалық ерекшеліктеріне және қайта қозу мүмкіндіктеріне байланысты. Осы қағидаға сай барлық психиатриялық аурулар үш топқа жіктеледі. Аурулардың бірінші тобын өмір бойы бақылауға алу қажет. Екінші топтағы психикалық ауруларды патологиялары белсенді қозған кезеңде, ал үшінші топтағы пациенттерді аурудың қауырт кезеңінде бақылайды. Осы қағиданы бетке ала отырып, Ресей Федерациясының медицина қызметкерлері тұрғындардың 21 миллионы психикалық аурулардың мәселелік тобына жататындығын анықтады. Басқаша айтқанда, Ресей Федерациясы тұрғындарының 14%-ы психиатриялық медицина мекемелерінің бақылауында болуы тиіс. Көптеген дамыған елдердің тәжірибесі қазіргі психиатриялық көмектің ауруларды және олардың ағайын-туысқандарын динамикалық бақылауға алу және гуманизациялану бағытында даму үстінде екендігін көрсетіп отыр. Психиатриялық көмекті ұйымдастыру саясаты жер бетіндегі барлық мемлекеттерде тез өзгеріске ұшырауда. Соңғы 20 жылда осы бағытта байқалған өзгерістердің ауқымы өте үлкен. Оның барысында психиатрлардың жалпы медициналық көмек беру мекемелерінің жұмысына тартылу мәселесі кеңінен талқылануда және осы бағытта тәжірибелер жүргізілуде. Біріншіден, бұл жағдай алғашқы медициналық көмекті ұйымдастыру мекемелеріне бөлінетін қаржы көлемінің ұлғаюымен тығыз байланысты. Екіншіден, психиатриялық ауруханалардағы төсек-орын санының қысқарып, жалпы медициналық ауруханалардың психиатриялық бөлімшелеріндегі төсек-орындар санының ұлғайтылуында жатыр.

90-жылдың басынан Германия Федерациялық Республикасында арнайы психиатриялық медицина мекемелерін қысқартып, көпсалалы стационарлық мекемелер құрамында психиатриялық бөлімшелер ашу үрдісі белең алды. Осылайша, 1991 жылы көпсалалы стационарларда 232 психиатриялық бөлімше ашылып, оларда 27 803 төсек-орын ұйымдастырылды, ал 1995 жылы бөлімшелер саны 492-ге, төсек-орындарының саны 68 %-ға артты.

Ұлыбританияда психиатриялық ауруханаларды жаңаша құру үрдісі соңғы 15 жылда кеңінен етек алды. Ірі ауруханалар жабылып, жалпы медициналық көмек беру мекемелерінде психиатриялық бөлімшелер саны мен төсек-орындар саны арта түсуде. Жалпы медициналық бөлімшелер құрамында балалар мен жасөспірімдерге тәулік бойы психиатриялық көмек көрсету жүйесі ұйымдастырылды. Бұл елде 1999 жылы “Тұрғындардың психикалық денсаулығын қорғау бағдарламасы” енгізілді. Қазақстан Республикасы Парламентінің шешіміне сай жергілікті медициналық және әлеуметтік қызмет көрсету мекемелері тұрғындарға алғашқы психиатриялық көмекті ұйымдастыруда мына шарттарды қатаң сақтауы тиіс. Кез келген ауру бірден психиатрия саласының маманына көрсетіліп, диагнозы толық анықталып, сапалы медициналық көмекпен және әлеуметтік қамсыздандырумен қамтамасыз етілуі керек.

Америка Құрама Штаттарында өкімет орындарының тікелей бақылауымен психиатриялық қызметтің жұмысы ұйымдастырылып, жеткілікті көлемде қаржы көзі жұмсалады. Бұл мемлекетте психиатриялық

және жалпы медициналық жүйелердің бірігуі жедел жүруде. 2008 жылы психиатриялық көмек жалпы медициналық көмек жүйесімен толық біріктірілді. 1960 жылы Францияда психиатрия саласы бойынша арнайы заң қабылданды. Осы кезеңге дейін бұл заң үнемі жетілдіру үстінде. Бұл мемлекетте де психиатрия мен жалпы медициналық жүйе біріктірілуде. Қайта құру жұмысының бағыты дәрігерлердің күшін біріктіріп, әрбір ауруға олардың психикалық статусына сай стационарлық жағдай қалыптастыруға алып келді. Сонымен қатар, психосоматикалық статусқа қарай өмір сүру ортасын да өзгеше ұйымдастыру жұмыстары қолға алынды.

Жалпы, психиатриялық көмектің сапасын арттыруға тек қайта құру жұмысы алып келген жоқ, сонымен қатар, бұл салаға бағытталған қаржының артуы да дұрыс ықпалын тигізуде.

1984 жылдан бастап Грецияда психиатриялық қызметті қайта құру жұмыстары жүргізіле бастады. Осы мақсатқа еуропалық қоғамның арнайы бағдарламасы мен қаржысы жұмсалды. Осы кезеңге дейін психикалық аурулары бар азаматтарға стационардан тыс көрсетілетін амбулаториялық-емханалық және әлеуметтік көмек сапасы күрт жақсарды.

Ірі психиатриялық диспансерлердің ауруларға көрсететін көмегі бірте-бірте азайып, жалпы медицина жүйесінің қызметімен біріге бастады. Олардың тұрғындар арасында жүргізілетін профилактикалық жұмысы жақсара түсуде. Психиатриялық стационарда көптеген жылдар бойы емделген аурулар емханалық көмекке шығарылуда.

Психиатриялық көмекті ұйымдастыруда жер беті мемлекеттері үкіметтерінің барлығы да өз рольдерін арттыруда. Жергілікті психиатриялық қызметті қаржыландыру жылдан-жылға арту үстінде. Осындай үрдіс Африка, Латын Америкасы, Еуропа, Азия мемлекеттерінде кеңінен етек алуда. Кеңестер Одағында психиатриялық көмектің үш кезеңдік жүйесі жұмыс істейді. Олар стационар, диспансер, жартылай стационар жүйесі деп аталды. Бұл жүйенің жұмысы көбінесе экстенсивті жолмен дамыды. Тұрғындарға психиатриялық көмек көрсету көлемі, дәрігер психиатрлармен және төсек-орынмен қамтамасыз ету деңгейі, аурулар санының өсуі үнемі динамикалық прогрессивтік қозғалыста болды.

XX ғасырдың 80 жылдары Кеңестер Одағындағы психиатриялық қызмет жер жүзіндегі ең дамыған медициналық қызмет болып қалыптасты. Тұрғындардың дәрігер-психиатрлармен қамтамасыз етілуі әрбір 10 000 адамға балап есептегенде 7,7‰, психиатриялық төсек-орынмен қамтамасыз етілуі 12,0‰ құрады. Орталық аудандық ауруханалардың құрамында арнайы психоневрологиялық кабинеттер жүйесі ұйымдастырылды. Осыған байланысты, тұрғындардың кез келгені өзінің психиатриялық статусына сай амбулаторлық-емханалық немесе стационарлық көмек ала алатын жағдайға келді. Қызметтің сапалық және сандық көрсеткіштері оның қаржыландыру, мамандармен және еңбек ақысымен қамтамасыз ету көлемімен анықталды. XX ғасырдың 90 жылдарында Кеңестер Одағында қалыптасқан әлеуметтік-экономикалық және саяси тоқырау барлық денсаулық сақтау жүйесін және психиатриялық қызметті өте ауыр жағдайға алып келді. Экономикалық және

қаржылық тоқырау, медициналық-әлеуметтік жүйеде де ауыр орта қалыптастырды. Сондықтан, психиатриялық жүйе жұмысын басқаша құру мәселесі күн тәртібінің маңызды сұрағына айналды.

Қайта құру барысында, ең бірінші кезекте психиатриялық қызметті қаржыландыру, материалдық қорларды жұмсау механизмін анықтау, қызметтің жұмысын бағалау мәселелерін шешуге баса көңіл бөлу керек болды. Қазіргі таңда бұл қызметтің даму бағытын анықтап, ұйымдастыру және басқару жүйелерін жетілдіру мәселелерін шешу күттірмейтін сұрақтар болып отыр.

Осы сала мамандарының пайымдауынша, психиатриялық қызмет пен жалпы медициналық жүйе мекемелері мамандарының жұмыстары бір-біріне етене тығыз байланыса береді. Олардың біріге отырып шешетін мәселелері профилактика, нозологияға дейінгі диагностика, сапалы емдеу, реабилитация сияқты маңызды жұмыстарды қамтиды. Осы жағдайда ғалымдар мен медицина тәжірибесіндегі мамандардың күші тек психикалық ауруларды емдеуге ғана бағытталмайды, олардың профилактикалық шаралары жалпы тұрғындардың психикалық денсаулығын қамтамасыз етуге арналады. Басқаша айтқанда, психиатрияның профилактикалық, әлеуметтік және ұйымдастырушылық салаларын дамыту бүгінгі күннің маңызды мәселесіне айналады.

Аты аталған бағытта Ресей Федерациясы үкіметінің және денсаулық сақтау жүйесінің атқарған жұмыстары өте үлкен. 1995 жылы жарық көрген Денсаулық сақтау министрлігінің «психиатриялық және психотерапевтік көмек» туралы № 294 Жарлығында бұл қызметтің жұмысын жалпы медициналық жүйе қызметі жұмысымен тығыз ұштастыру қажеттілігі баса көрсетілген. Психиатриялық көмек психотерапевтік көмекпен толықтырылған. Барлық жалпы медициналық стационарлар мен емханаларда психотерапевтік көмек кабинеттері мен бөлімшелері ашылды. Мысалы, 1997 жылы Мәскеу қалалық клиникалық ауруханасында ашылған психиатрия бөлімшесі мынандай міндеттерді шеше бастады:

- а) көпсалалы ауруханада жатқан соматикалық ауруларға арнайы психотерапиялық және психиатриялық кеңес беру, диагностика, профилактика және емдеу шараларын ұйымдастыру;
- б) этика мен деонтология мәселелерін шешу; оның ішінде (психологтармен бірге аурулар арасында, медицина қызметкерлері арасында, аурулар мен медицина қызметкерлері арасында туындаған келіспеушілік пен қақтығыстарды шешу;
- в) еңбек ұжымындағы психопрофилактикалық және психогигиеналық мәселелерді шешу. Кабинетті немесе бөлімшені психиатр басқарады. Бұл бөлімшенің жұмыс атқарған соңғы үш жылында 4528 ауруға кеңес берілді, ал 2915 ауруға психотерапевтік жәрдем көрсетілді.

Ресей Федерациясындағы психиатриялық қызметтің қайта құрылуы мамандарды даярлау, аурулар диагностикасы және емдеу стандарттарын жаңадан құрастырудан басталды. Жергілікті психиатриялық қызметтердің

шаруашылық және өзге жұмыстарын, ұйымдастырудың жаңа түрлері енгізілді.

Психиатриялық қызметті жетілдіру бағдарламасы жасалып, психикалық ауруларды қорғаудың қоғамдық жүйесі ұйымдастырылды. Алайда, мамандар бұл қызметті толығынан қайта құрудан сақтандырады. Керісінше, бұл қызметті ұйымдастырудың негізгі шарттары, оның ішінде барлық тұрғындарға бірдей емделуге жағдай жасалу, көмекті кезеңдете көрсету, әр ауруға жекелей және клиникалық көзқарас өзгеріссіз қалуы керек. Сонымен, Ресейдегі психиатриялық қызметті жаңаша ұйымдастыру ісі жалғасуда, бірақ психиатриялық ауруларды емдеу сапасының артуы байқалмайды.

Жеке авторлардың жазуына қарағанда, осы күнге дейін жетілмеген Азаматтық Кодекс, мемлекеттің психикалық ауруларды қорғауға бағытталған жеткіліксіз қимылдары, бұл саланың мамандарына әлеуметтік тұрғыдағы көмектің төмендігі қызмет сапасының және аурулар жағдайының жақсаруына алып келе қоймайды. Сондықтан, көптеген аурулар еңбек ету құқығынан айырылып, үйсіз-күйсіз қалып отыр. Қайта құрудың барысында Азаматтық соттар құрамына психиатрия саласынан білімі бар судьяларды енгізіп, психикалық аурулардың құқығын қорғау мәселесін шешуге бет бұрған ыңғайды ғана байқатып отыр.

Санкт-Петербургта қызмет атқаратын 645 психиатрдың арасында жүргізілген сұрақам қорытындысында, жаңа заңда психикалық аурулардың құқығы шамадан тыс кеңейтілген деп көрсеткен. Ал, психикалық аурулардың құқығы толық қорғалмаған деп респонденттердің 4%-ы ғана атап өткен. Дәрігерлердің 58,3%-ы психикалық аурулар арасында ақылы медициналық көмекті кеңейту керек деп көрсетсе, 30,9%-ы ақылы көмектің бұл салада болмауын қалаған. Олар психикалық аурулардың әлеуметтік тұрғыдан мүлдем қорғалмағандығын бетке ұстайды. Мамандардың 94,8%-ы ауруларға қажетті күндізгі стационарларды кеңінен ұйымдастыру қажет деп есептейді. Респонденттердің 74%-ы бұл ауруларға арналған жатақханалар ашу қажеттігін атап өткен.

Дәрігерлердің 80,2%-ы психотерапевтік кабинеттердің ашылуын құптайды және олардың жалпы медициналық емханалар мен стационарлар құрамында болғанын дұрыс деп есептейді. Сұрақнамаға тартылған мамандардың 57,5%-ы психиатриялық қызмет тәжірибесіне технологиялық стандарттарды енгізуге қарсы болды.

Біріккен Ұлттар Ұйымының Ресей Федерациясындағы арнайы өкілі жасаған 16.06.1999 жылғы “Психикалық аурулармен ауырған азаматтардың құқығын сақтау туралы” баяндамасында бұл саладағы қайта құру жұмыстарын белсенді және жылдам жүргізу қажеттігін атап көрсетті. Ол өз баяндамасында федералды басқару жүйесінің психиатриялық қызметтің жұмысын жөнді және керекті деңгейде бақыламай отырғандығын айтты. Сонымен қатар, психиатриялық қызмет сапасының айтарлықтай өзгермегендігін, ал психикалық аурулар құқығының қорғалу оқиғаларының мүлдем кездеспейтіндігін алға тартты. Арнайы өкілдің айтуынша, бұл

қиыншылықтан шығу үшін психиатриялық көмек сапасын арттыру және бұл саланы қаржыландыруды жолға қою қажет. Әсіресе, балалар мен жасөспірімдерге, қартайған азаматтарға көрсетілетін психиатриялық көмекті сапалық тұрғыдан қайта жақсарту, дәрігерлердің біліктілігін арттыру және осы мекемелерде қызмет атқаратын қосалқы қызметкерлерге қойылатын талаптарды қатандандыру қызметті жақсартуға өз үлесін қосады. Соттық-психиатриялық қызметті жетілдіруге де баса көңіл бөлу қажет. Ал, жергілікті жердегі әкімшіліктер аумақтық бағытты бағдарламалар жасап, оның құрамына әлеуметтік-психологиялық және суицидологиялық қызмет көрсету шараларын қосуы тиіс.

Жоғарыда аталған өзекті мәселелерге арналған ғылыми жұмыстар мен арнайы баяндамалар Ресей Федерациясымен қатар, бұрынғы Кеңестер Одағына кірген, қазіргі дербес мемлекеттерде де жиі жасалып жүр.

1995 жылы Қазақстан Республикасында “Қазақстан халқының психикалық денсаулығы туралы” Заңының жобасы ғылыми журналдарда жарық көрді. Оның авторы соматикалық, психикалық және әлеуметтік денсаулықтың тығыз байланыстылығын бетке ұстай отырып, оларды біріктіретін жалпы денсаулық деген категорияны алға тартады. Сондықтан, адам денсаулығын қамтамасыз ету үшін осы категориялардың барлығына дұрыс ықпал жасау қажет деп көрсетеді. Сонымен, психикалық денсаулық жалпы денсаулықты қалыптастыруға қуатты әсерін тигізетін негізгі категориялардың бірі болып табылады.

1997 жылдың 16 сәуірінде Қазақстан Республикасының “Психиатриялық жәрдем және оны алудағы азаматтардың құқығын қамтамасыз ету туралы” Заңы күшіне енді. Бұл заңда республикамыздың психикалық ауытқулары бар азаматтарға психиатриялық көмек беру саласындағы ұстаған саясаты мен негізгі шарттары айқындалған, олардың қатарында:

1. Зандық, адамгершілік және әрбір адамның құқығын сақтау;
2. Психикалық ауытқулары бар азаматтарды тегін және толыққанды медициналық көмекпен қамтамасыз ету;
3. Психиатриялық көмекті беруде азаматтардың әлеуметтік тұрғыдан қорғалуы.

Алайда, өткен кезеңдерде жеткен тәжірибе, бұл заңның психиатрия саласында қордаланған өзекті мәселелерді толық шеше алмағандығын көрсетті. Оның ішінде, өндіріс орындарында психикалық ауруларға арналған квота бөлінуі, психикалық ауруларға емдік-еңбек ету өндірістерінің ашылуы мен жұмыс істету мәселелері шешілмей отыр.

Қазіргі тұрмыстық, әлеуметтік-экономикалық жағдайдың психикалық денсаулыққа түсіретін зиянды әсеріне байланысты психосоматикалық аурулар мен ауытқулар санының артуы психиатриялық қызметтің сапасын жақсартуды талап етеді. Осы бағытта атқарылған өте маңызды жұмыстың бірі соматикалық медицина мен жеке жалпы дәрігерлік тәжірибеге психодиагностиканың ендірілуі болып табылады. Алайда, жалпы медицина

саласында қызмет атқаратын дәрігерлердің психодиагностикадан біліктіліктерінің төмендігі ауруларға көрсетілетін медициналық көмек сапасына дұрыс ықпал жасай алмауда. Дәрігерлік тәжірибені сараптау емханалық және стационарлық жүйедегі дәрігерлер аурулардың психосоматикалық статусына дұрыс баға бере алмайтындығын, осыған байланысты емдік шараларды сапалы өткізбейтіндігін анықтады. Ал, жалпы медициналық жүйедегі дәрігерлерге қаралатын аурулар өз организмінде психикалық ауытқулардың бар екендігіне көңіл аудармайды және сенбейді. Тұрғындар арасында күннен-күнге психиатрлар мен психотерапевтердің көмегін алуды қажет етуші адамдардың көбеюі байқалады. Санкт-Петербургтағы жеке бір емхананың аурулары арасында жүргізілген кешенді психиатриялық зерттеу, олардың 87,3%-ында психикалық ауытқудың белгілері барын, ал 12,7%-ында психикалық аурудың бар екендігін анықтады. Мәскеу қаласындағы ірі көпсалалы клиникасында емделудегі 1994 ауруға жүргізілген клиникалық тексеру, олардың 49,3%-ы психотропты дәрілермен емделуі қажет екендігін көрсетті. Олардың 19%-ы үнемі психиатрлардың қатысуы арқылы емделуі тиіс болып шықты. Аурулардың 5%-ы арнайы психосоматикалық бөлімге ауыстырылып, қатаң дәрігерлік бақылауға алынуын қажет етті.

1993-1996 жылдар арасында “Соколов - Сарбай тау-өндірісі” бірлестігінің жұмысшыларына қосымша медициналық - психотерапевтік көмек берілді. Дәрігерлердің бақылауына 129 адам алынды. Олардың арасында невротикалық ауытқу, психосоматикалық патология, эмоциялық ауытқу және жүріс-тұрысының өзгеру белгілері болды.

Жүргізілген емдік-профилактикалық шаралар жұмысшылардың психикалық денсаулығын айтарлықтай жоғарылатып, еңбек өнімділігін арттырды. Осындай емдік-профилактикалық шараларды еңбек ұжымдарында кеңінен қолға алу қажет екендігін дәлелдеді. Психикалық ауытқуларды дер кезінде анықтау немесе ерте басталу (клиникаға дейінгі кезеңде) алдында анықтау профилактикалық және емдік шараларды барынша тиімді ұйымдастыруға көмектеседі. Жұмысшылардың еңбекке жарамдылығын тез қалпына келтіреді. Осындай медициналық-психотерапиялық шараларды әлеуметтік-экономикалық жағдайы ушыққан ұжымдарда ұйымдастыру жаппай психоздар мен невроздардың дамуына арналған шаралардың негізін құрауы қажет. Осы жағдайда психиатрлар мен психиатриялық қызметте жұмыс атқаратын өзге қызметшілердің этика мен деонтология шарттарын қатаң сақтауы керек. Барлық психиатриялық тәжірибе аурулардың заңды құқықтарын сақтау арқылы жүзеге асырылса, ауруларды емдеуде және еңбекке жарамдылығын қалыптастыруда жақсы табысқа алып келеді. Бұл жерде дәрігерлердің осындай аурулармен жұмыс істеуге психологиялық даярлығы мен олардың организмiне түсетін ауыртпалықты есепке алмауға болмайды.

Қазіргі ғылыми басылымдарда балалар мен жасөспірімдерге және ересектерге арналған жедел психиатриялық жәрдемді ұйымдастыру мәселелерін талқылау оқиғалары жиі кездеседі. Оның ішінде жедел және

кеңес беруге арналған психиатриялық көмек айырмашылығы, балаларға көрсетілетін жедел психиатриялық және жалпы соматикалық көмектің бірігіп жұмыс атқару мәселесі, денсаулық сақтау мекемелерінің психиатриялық көмекті ұйымдастырудағы бірігіп атқаратын жұмысы талқыланды. Бұл жерде жедел психиатриялық жәрдемнің эвакуаторлық қызметі, сапалы дәрігерлік көмекке бет бұру мәселелері мен жолдары көрсетілген. Жедел психиатриялық көмекті ұйымдастырудағы жеке дерігерлердің аурулармен арақатынасын өзгеше, гуманитарлық және медициналық-реабилитациялық бағытта өрбуінің қамтамасыз етілуі бүгінгі күннің негізгі талабы екендігі дәлелденеді.

Соңғы 20 жылда бұрынғы Кеңестер Одағында және қазіргі Тәуелсіз мемлекеттер достастығы аумағында психиатриялық қызметті жаңаша құру үрдісі күшейе түсуде. Әсіресе, төтенше жағдайда көрсетілетін психиатриялық және психотерапевтік көмекті ұйымдастыру өзекті мәселелердің бірі болып отыр. Бұл жерде, психиатриялық көмек, клиникалық психиатрия саласында қолданылатын әдістерден өзгеше жолдармен жүзеге асырылуы тиіс. Оның өзіндік технологиясы мен құралы және ұйымдастыру әдістері бар. Осы жерде адамдардың жалпы психикалық денсаулығы, стрестер мәселесі, адаптация мен тіршілікті қамтамасыз ету жолдары жеке өзекті мәселеге айналады.

Психиатриялық көмекті жетілдірудің бір түрі диспансерлік-стационарлық бөлімдер жүйесін ұйымдастыру болып табылады. Ол кешенді құрылым ретінде психиатриялық стационардан, ауруларды амбулаторлық қабылдау бөлмесінен, күндізгі стационардан және емдеу-еңбек ету шеберханасынан тұратын мекеме. Диспансерлік-стационарлық бөлім учаскелік дәрігермен, қоғамдық ұйымдармен, еңбекке тарту мекемелерімен және юристермен тығыз байланыста жұмыс атқарады. Осының арқасында психикалық ауруларға медициналық әлеуметтік, құқықтық және тұрмыстық көмектерді түбегейлі қамтамасыз етуге жағдай туады. Осылайша, ұйымдастырылған учаскелік-психиатрдың жұмысы, олардың жұмысының сапасын арттырады.

Жеке авторлардың ғылыми зерттеулері көрсеткендей, қазіргі психиатриялық қызмет жүйелері, оның ішінде психиатриялық аурухана мен психоневрологиялық диспансерлер аурулардың толыққанды емделуіне және еңбекке қабілетінің қалыпқа келуіне жайлы жағдай туғыза қоймайды. Әсіресе, аурулары айқын емес немесе басқа аурулардың қалқасынан көрінбейтін белгілерден тұратын психикалық ауытқулары бар азаматтардың емделуі толық қамтамасыз етілмейді. Ал, жалпы соматикалық ауруханаларда емделетін пациенттердің көбісінде психикалық ауытқулардың өте жиі кездесетіндігі анықталып отыр. Сондықтан, осы ауруларға сапалы көмек көрсету жолдары анықталып, оларды қатарға қосудың, патологияларынан арылтудың және еңбекке жарамдылығын қалыпқа келтірудің тиімді жолдары жасалуы тиіс. Жалпы соматикалық жүйедегі ауруханалар мен психиатриялық қызмет мекемелері күштерін біріктіріп, осы өзекті мәселені шешудің бірінғай жүйесін немесе психиатриялық көмекті ұйымдастырудың жетік моделін

жасауы қажет. Амбулаторлық-емханалық жүйеде, психиатриялық көмекті ұйымдастыру психотерапевтік кабинеттер арқылы жүруі керек. Бұл кабинеттің мамандары ауруларға диагностикалық емдік және кеңес беру қызметтерін көрсетеді.

Көпсалалы жалпы медициналық ауруханаларда соматопсихиатриялық бөлімшелер ашылып, оларда ауыр халдегі психикалық және соматикалық патологиялары бар ауруларға арнайы медициналық көмек берілуі қажет. Бұл жердегі психоневрологиялық көмек санаторлық жағдайға бейімделген, көңіл-күйге жайлы, сонымен қатар, ауруларға этиопатогенетикалық көмекті қамтамасыз ететін түрде ұйымдастырылады. Бұл бөлімшеде невротикалық және шекаралық жағдайдағы психикалық ауытқулары бар аурулар емделеді. Соматопсихиатриялық бөлімшелер екі түрде ұйымдастырылуы мүмкін. Бірінші түрі, ірі көпсалалы аурухананың жеке құрылымдық бөлімшесі ретінде, екінші түрі, клиникааралық диагностикалық-емдеу бөлімшесі ретінде. Сонымен қатар, ірі көпсалалы ауруханада жедел арнайы психиатриялық жәрдем беретін қызмет ұйымдастырылуы бұл сала қызметінің жұмыс тиімділігі мен сапасын арттырады. Осы арнайы жедел қызметті қабылдау бөлімшесінің құрамына кезекші психиатрды енгізу арқылы жүзеге асырылуы тиіс. Аса ауыр соматикалық патологиялары бар науқастарды ауруханаларда емдеу, қалыпқа келтіру тәжірибесі жеке авторлардың еңбегінде келтірілген. Осындай бөлімшелер Мәскеу қаласында орналасқан ірі көпсалалы ауруханаларда ашылған.

Кәрі адамдарға психиатриялық көмекті ұйымдастырудың тиімді түрі күндізгі стационарлар болып табылады. Бұл стационарларда кешенді көмек беріледі және психотерапевтік дәрігерлік көмек пен жалпы соматикалық жәрдем бірге іске асырылады. Бұл ауруларға медициналық-биологиялық жәрдем, психотерапевтік және әлеуметтік қатарға қосу шараларымен бірге жүргізіледі. Олардың ішінде топтастыра өткізілетін психотерапия, еңбек терапиясы, мәдени шаралар бар. Осындай стационарда емделу тәулік бойы жәрдем беретін стационарда емделуден екі есе арзан.

Организмінде психикалық ауытқулары бар соматикалық ауруларға көрсетілетін көмекті ұйымдастыруды жетілдіру жолдары өзге де авторлардың еңбегінде жан-жақты көрсетілген.

Соңғы он жылда әлеуметтік психиатрия саласында психикалық аурулардың еңбек ету қабілетін қалыпқа келтіру (реабилитация) жеке бағыт ретінде қалыптаса бастады. Психиатрия саласындағы реабилитация алғаш рет маңызды ғылыми бағыт ретінде негізделіп, Америка Құрама Штаттарында, Канадада және Ұлыбританияда тәжірибеге ендірілді.

Психикалық аурулар арасында медициналық-әлеуметтік жәрдем мен әлеуметтік терапия жұмысын ұйымдастыру моделдері жасалды. Осының ішінде, жеке тұлғаларға арналған және тағамдық ұйымдардың көмегі аясында ұйымдастырылған психикалық-әлеуметтік реабилитациялық көмек осы аурулар мен қоғам мүшелерінің қолдауына кеңінен ие болып отыр. Қол жеткен тәжірибе, интеллектуалдық деңгейі жоғары ауруларға осы ұйымдастыру жүйесінің тиімділігін түсіндіру, олардың жекелей емделуге

деген белсенділігі мен құштарлығын арттырады. Олардың әлеуметтік-психиатриялық жәрдем беру қызметкерлеріне көрсететін сенімін барынша арттырады. Медициналық-әлеуметтік реабилитацияны психикалық аурулардың қоғамға қауіпті қимылдарының алдын алу шараларының негізгі бағыты деп қарау керек. Осындай жұмыстар Ресей Федерациясында да жүзеге асырылып, олардың қоғамдық тиімділігі анықталып отыр.

Экономикасы дамыған елдерде психикалық аурулардың кәсіби реабилитациясы өндіріс қожалықтарына жүктелетін арнайы квота арқылы реттеледі. Осы квотаның аумағында жеке кәсіпкерлер психикалық ауруы бар адамдарды денсаулығына сай жұмыспен қамтамасыз етуі қажет. Қазақстанда осындай квоталық тәртіп әлі күнге жүзеге асырылған жоқ. Ал, Кеңестер Одағы тұсында құрылған арнайы емдеу және еңбек ету шеберханалары жаңа экономикалық кезеңдегі бәсекелестікке төтеп бере алмай жабылып қалуда немесе өдірісті бәсеңдетіп, көптеген жұмыс орындарын қысқартуға мәжбүр болуда. Сондықтан, республикадағы психикалық аурулардың кәсіби реабилитациясы мемлекеттік тұрғыдан шешілуі тиіс. Оны шешуге қажетті қаржылық-ұйымдастырушылық механизмдерді жетілдіру және іске қосу кезек күттірмейтін мәселе болып отыр. Қоғамда еңбек етпейтін психикалық аурулардың күн санап артуы әлеуметтік және саяси жағдайды ушықтырып отыр. Психиатриялық стационарларды басқаруды жетілдіру, қаржыландырудың тиімді жүйесін жасау және медициналық көмектің сапасын дұрыс бағалау, жұмыстарын жолға қою клиникалық-статистикалық топтар жүйесін енгізу арқылы жүзеге асырған тиімді болады. Шет елдерде осындай топтар диагностикалық-байланыстырылған топтар деген атпен белгілі. Диагностикалық байланыстырылған топтарға ауруларды клиникалық сипаты жағынан бірыңғай, стационарда емдеу ұзақтығы, тексеру технологиясы, емдеу, реабилитация әдістері ұқсас, емделу ақысы бірдей пациенттер жинақталады.

Ресей Федерациясы Медицина Академиясына қарасты психикалық-денсаулық ғылыми орталығы мамандары клиникалық-статистикалық топтар жүйесін жасап шықты. Бұл жүйе психиатриялық стационарға жатқызу оқиғаларының барлығын қамтиды. Клиникалық-статистикалық топтар аурудың клиникалық сипаттары және аурудың жасы бойынша ерекшеленген. Клиникалық-статистикалық топтар жүйесі психиатриялық емдеу мекемелерінің қаржылық-экономикалық қызметін және арнайы жәрдем беру сапасын дұрыс бағалай алатындай етіп құрастырылған. Авторлардың ұсынысы бойынша психиатриялық мекемеде емделіп жатқан, әрбір ауруға бөлінетін қаржы клиникалық-статистикалық жүйе шарты бойынша жүзеге асырылуы қажет. Алайда, бұл жүйе ішіндегі қорларды экономдау көздері күндізгі стационарларды көбейту және бос төсек-орындарды қартайғандарға, мүгедектерге медициналық-әлеуметтік көмек беру мақсатында пайдалану болып табылады.

Психиатриялық көмектің төмен деңгейде дамуының ең маңызды себебі, медицина мекемелерінің материалдық-техникалық қорларының нашарлығы және ауруханадан тыс көрсетілетін медициналық көмектің

жеткіліксіз дамуы болып отыр. 1995-1997 жылдардан бастап Ресей Федерациясында “Психиатриялық көмекті жетілдірудің шұғыл шаралары” бағдарламасының аясында “психиатриялық стационарлық және ауруханалардан тыс көрсетілетін көмектің модульді жобалар” әдісі жасалды. Мемлекет шеңберінде осындай 34 модуль жасалынды. Оларда географиялық-климаттық, демографиялық жағдайлар, әрбір аймақтағы инфрақұрылымдардың жетілу дәрежесі есепке алынған. Сонымен қатар, арнайы қызметтің материалдық-техникалық қоры, даму болашағы, диагностикалық, емдеу әдістерінің жеткен және болашақтағы болжамды деңгейі де қарастырылды. Қызметтің аурулар денсаулығын қамтамасыз етуге және кәсіби реабилитация жасауға даярлығы да есепке алынды.

Қазіргі психиатрия саласының дамуына мамандар біліктілігін арттырудың маңыздылығын есепке алу қажет. Осыған байланысты жоғары білім беру мекемелерінде психиатриялық білім беру және мамандардың біліктілігін арттыру жұмыстарына баса көңіл бөлінуде. Осылайша, Женева университетінде психиатриялық білім берудің жаңа жобасы жасалды. Оны құрастыру барысында көптеген психикалық аурулардың психиатрға бармай жалпы медицина саласының дәрігерлеріне баратындығы есепке алынды. Психиатриялық білім беру жалпы медициналық білім берумен қатар жүреді және оған даярлық 4 жыл бойы жүзеге асырылады деп шешім қабылдады. Ал диплом алғаннан соң 1-2 жылдың ішінде психиатрияның жеке салалары бойынша білімін жетілдіріп, дәрігер “психиатр-психотерапевт” деген дипломға ие болады. Бұл жағдай дәрігерлердің тек психотерапиядан емес, сонымен бірге биология, нейроғылым және эпидемиология мен клиникалық ғылымдардан білімі мен біліктілігі бар деген мағынаны білдіреді. Білім берудің барлық кезеңдерінде мамандарды аурулармен тіл табысу әдістеріне, клиникалық диагноз қоюға және олармен психологиялық-әлеуметтік тұрғыдан жұмыс істеуге үйретеді.

Психиатриялық жәрдем сапасы көбінесе орта буынды медицина қызметкерлерінің жұмыс атқару сапасына да байланысты. Психиатриялық жәрдем саласының медицина бикелері тек сапалы теоретикалық және тәжірибелік білім алмауы керек, олар аурулармен жұмыс істей алуы қажет. Бөлімшеде жайлы микроклимат қалыптастыра алуы, отбасылық және әлеуметтік топтарда сенімге ие болуы тиіс.

Осы қызметтің жұмыс сапасын арттыруда жедел жәрдем беруге қатысатын санитарлық-теоретикалық және тәжірибелік дайындық үлкен маңызға ие. Жедел жәрдем бригадаларының қызметкерлерін үнемі ауыстырып отыру экономикалық және тәжірибелік тұрғыдан даярлауда жақсы тиімділігін көрсетеді. Бұл жағдай мамандардың біліктілігін тоқтаусыз арттыруға көмектеседі. Себебі, өзге бригадаға ауыстырылған маман жедел жәрдем берудің жаңа түрлерімен танысады, салыстырмалы түрде жақсы әдісті таңдауына жағдай туады. Өзі білетін тәжірибені жаңа әріптестеріне үйретуге және қолма-қол беруге алып келеді.

Амбулаториялық және стационарлық көмектің сапасын қамтамасыз етуге лицензия беруші органдардың ролі өте жоғары. Олар психиатриялық

қызметті аккредитациялап, лицензия шарттарын орындау дәрежесін бақылап отырады. Аккредитациялау үшін арнайы бағдарлама қолданылады. Оның негізгі бөлімдері материалдық-техникалық қорлар, медицина мамандары мен олардың біліктілігін қамтамасыз ету саясаты, басқару және ұйымдастыру деңгейі, көмек көрсету сапасы сияқты маңызды сұрақтардан тұрады.

“Медициналық талаптар” атты бөлімде медицина мекемесінің диагностикалық және емдеу жұмыстарын ұйымдастыруға даярлығы бағаланады. Бұл бөлімнің талаптары Денсаулық сақтау министрлігінің 1999 жылдың 6 тамызында жарық көрген “Психикалық және әдеттер ауытқуларының диагностикасы мен емдеу модельдері” атты №311 бұйрығы арқылы реттеледі.

Жоғарыда айтылған мәселелердің барлығын қорытындылай келе, психиатриялық қызметтің қазіргі ұйымдастырушылық, басқару, қаржыландыру және көмек сапасын арттыру жұмыстарында кездесіп отырған қиыншылықтары жалпы денсаулық сақтау саласында қалыптасқан қиыншылықтармен ұштасып жатыр. Осы өзекті мәселелерді шешу ғылыми және тәжірибелік тұрғыдан жан-жақты зерттеулер мен сынақтар жүргізу арқылы жүзеге асырылуы қажет.

Жыныс жолдарымен таралатын инфекциялардың әлеуметтік-медициналық мәселелері.

Жыныс жолдары арқылы таралатын инфекцияларды ерте кезеңнен әлеуметтік жағдайдан туындайтын аурулардың қатарына жатқызылып келеді. Олардың ішінде сифилис пен гонорея аурулары ерекше орын алады. Себебі бұл аурулар зәр және жыныс органдарында аса күрделі патологиялық өзгерістерге алып келеді және тұрғындардың арасында еңбекке жарамсыздық, репродуктивтік қасиетті жоғалту оқиғаларын барынша арттырады. Осы аурулардың әсерінен жүктіліктің түсік тастауымен аяқталуы немесе ана мен баланың өлімінің артуы жиі байқалады. Біздің республикамызда 1990 жылға дейін сифилиспен аурудың деңгейі 100 000 тұрғынға балап есептегенде 0,5 оқиғаны құраса, 1998 жылы 180 оқиғаға дейін жетті. Ал, жеке облыстарда (Павлодар, Шығыс Қазақстан, Солтүстік Қазақстан, Қостанай облыстары) және ірі қалаларда (Алматы, Астана, Петропавлоск, Павлодар, Қостанай) оның таралу деңгейі 250-260‰ дейін көтерілді. Осы аурумен қатар гонорея ауруының таралу ауқымы ұлғайды. 1990 жылы гонореямен аурушандық 100 000 тұрғынға балап есептегенде 0,24 оқиғаны құраса 1998 жылы 140-150 оқиғаны түзеді. 2004 жылғы статистикалық деректерге қарағанда сифилис пен гонорея таралу деңгейі 97-98 ‰ тұрақтады. Осыдан бастап бұл аурулардың бірте-бірте төмендеуі байқалады.

Соңғы 20 жыл арасында жыныстық қатынастар барысында таралатын аурулардың түрлері де көбейді. Оның ішінде трихомониаз, хламидоз, уреаплазмоз, урогениталдық кандидоз аурулары еселеп өсу үстінде.

Жыныстық қатынастар арқылы берілетін инфекциялардың осылайша жоғары деңгейде таралуына Республика тұрғындарының өмір сүру жағдайы мен салтының өзгеруі себеп болып отыр. Әсіресе жастардың жеңіл жүріске бой ұрып, кім көрінгенмен жыныстық қатынасқа баруы, гигиеналық ережелерді сақтамауы, олардың арасында наркомания мен алкоголизмнің белең алуы эпидемиологиялық жағдайдың ушығуының негізгі себептері болып отыр. Осы аурулардың кеңінен етек алуына дәрігерлер де кінәлі. Себебі жыныстық қатынастар арқылы берілетін аурулардың алдын алуға болады және осы аурулардан тез емделу мүмкіндігі бар деген деректерді дәрігерлердің өздері ақпараттық құралдарда, телевизиялық эфирлерде жиі айтып жүр. Шындығында бұл аурудың созылмалы түрлерін толық емдеп шығу өте қиын, жеке ауруларды тудыратын инфекциялар дәрілердің әсеріне тұрақты. Сондықтан жыныстық қатынастар арқылы тарайтын инфекциялардан туындаған аурулар репродуктивтік жастағы әйелдердің бала көтеру қасиетін жоғалтуға, ал ер кісілердің потенциясынан айрылуына алып келеді. Осындай жағдай Европа елдерінде және Америка Құрама Штаттарында кеңінен таралған. Сондықтан да олардың арасында бала асырап алу оқиғалары өсе түсуде. Өмір заңы бойынша адамның ең маңызды міндеті дүниеге бала алып келу және ұрпақтардың одан ары жалғасуын қамтамасын ету екендігін ұмытпауымыз керек. Егер тұрғындар арасында туылу көрсеткішінің төмендеуі одан ары жалғасса, жер бетінен көптеген ұлттар мен ұлыстардың жойылып кету қаупі бар. Ал саны аса жоғары емес қазақ ұлтының арасында жыныстық қатынастар арқылы берілетін аурулардың арта түсуі, еліміздің тәуелсіздігіне және егемендігіне тікелей төнген қауіп деп қарастыру қажет.

Шет елдік ақпараттық құралдарда жеке артистер мен мемлекет қайраткерлерін дәріптеу және олардың СПИД ауруынан, наркоманиядан және алкоголизмнен өліміне қайғыру оқиғалары жиі көрсетіледі. Осыдан жастардың санасында осы қайраткерлердің жоғары абыройға ие болу сезімі қалыптасуда. Оған мысал ретінде, балетмеистер Эдуард Нуриев пен артист Майкл Джексон сияқты тұлғалардың өмірін алуға болады. Алайда бұл атақтылардың бірі СПИД-тен, екіншісі наркоманиядан өлгендерін есепке алсақ, онда олардың өз істеріндегі жетістіктерінің түкке тұрмайтындығын байқауға болады. Қазіргі таңда Қазақстан Республикасында іске асырылып жатқан мемлекеттік профилактикалық шаралардың тиімділігі аса жоғары емес. Елімізде түнгі жезөкшелік белең алып, тұрақты коммерциялық сипатқа ие болып отыр. Оған жастар да, ересек адамдар да кенен тартылуда. Бұл үрдіске қарсы профилактикалық жұмыстарды қатаң заңды жолға қою қажет. Медицина қызметкерлерінің және құқық қорғау органдарының осы бағыттағы солқылдақ шаралары не әлеуметтік, не медициналық тиімділігін бермей отыр.

4-тарау. Денсаулық сақтауды ұйымдастыру.

Денсаулық сақтау жүйесі тұрғындарды әртүрлі медициналық көмекпен қамтамасыз етуге бағытталған шараларды жүзеге асыратын медицина мекемелерінің құқықтық базасы мен мамандармен қамтамасыз ету жұмыстарын қамтиды. Заңдық негіздерде емдеу-профилактикалық, алғашқы медициналық-санитарлық және арнайы медициналық көмек қарастырылған. Алайда медициналық-әлеуметтік көмекті жіктеудің өзге де түрлері бар. Емдеу-профилактикалық көмекті көбінесе ауруханадан тыс (амбулаторлық-емханалық), ауруханалық (немесе стационарлық), жедел және күттірмейтін, реабилитациялық және санаторлық-курорттық медициналық көмектерге жіктейді. Медициналық көмектің көрсетілу деңгейіне немесе біліктілігіне қарай дәрігерге дейінгі, дәрігерлік, білікті, арнайы (мамандандырылған) және аса мамандандырылған білікті көмек деп жіктейді. Алайда, емдеу-профилактика үрдісін, реабилитациялық және профилактикалық көмекті осылайша жіктеу оның мағанасын толық ашып көрсете алмайды. Себебі медициналық көмек - өте күрделі және көп деңгейлі механизм. Оның элементтері үнемі өзгеріске ұшырап отырады және бір-бірімен тығыз байланысты. Мысалы, емхананың құрамында стационарлар болуы мүмкін. Санаторлық-курорттық көмекті ұйымдастыруда амбулаторлық мекеменің жұмысы да қарастырылуы ықтимал. Ал диспансерлердің құрамында емхана мен стационарлық бөлімдер бар. Денсаулық сақтау жүйесі біздің елде салалық құрылымда ұйымдастырылған. Оның мынандай салалары бар:

- 1) емдеу-профилактикалық (амбулаторлық-емханалық, ауруханалар,

диспансерлер, ж.т.б.);

- 2) Ана мен балаларға арналған медициналық көмек;

- 3) Санитарлық-эпидемиологиялық қызмет;

- 4) Медициналық-фармацевтикалық өндіріс, дәріханалық мекемелер мен шаруашылықтар;

- 5) Медициналық білім мен ғылым – жоғарғы және орта медициналық оқу орындары, ғылыми-зерттеу институттары;

- 6) Санаторлық-курорттық мекемелер;

- 7) Патологоанатомиялық, сот-психологиялық сараптау қызметі;

Жоғарыда аталған ұйымдар (мекемелердің түрлері) медициналық көмек жүйесінің негізін құрайды және мемлекеттің қаржысына сүйенеді.

Емханадағы ауруларға көрсетілетін медициналық көмек терапевтік, педиатриялық және жеке дәрігерлік мамандықтар бойынша беріледі. Жеке мамандықтардың ішінде хирургиялық, акушерлік-гинекологиялық, кардиоревматологиялық көмек көрсетілуі мүмкін.

4.1.Тұрғындарға медициналық көмекті ұйымдастыру.

Емханалар бір-бірінен қызметті ұйымдастыру ерекшелігімен (стационармен біріктірілген, біріктірілмеген жеке), жергілікті белгілерімен (қалалық немесе ауылдық), көмек беретін тұрғындар топтарының

ерекшеліктерімен (ересектер, балалар, жасөспірімдер), мамандандырылу дәрежесі бойынша (стоматологиялық, физиотерапиялық, санаторлық, курорттық) өзгеше болуы ықтимал. Емханалардың жұмысы Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрінің 2004 жылы 15 желтоқсанда жарық көрген № 874 «Амбулаторлық-емханалық көмек беру ережелері» бұйрығы арқылы реттеледі.

Мекеменің қуаты жұмыс істейтін медицина қызметкерлерінің саны емханаға бекітіп берілген тұрғындар саны мен күтілетін тұрғындардың емханаға қаралуға келу саны бойынша анықталады. Бір ауысымдағы дәрігерлерге қаралу санына қарай емханалық мекемелерді 5 топқа жіктейді, мамандардың саны белгіленеді, ұйымдық құрылымы анықталады. Қаржы органдары емхананың жоспарлы жұмыс көлеміне бақылау орнатады. Қалалық емхананың негізгі құрылымдық бөлімдеріне жататындар:

- емхана әкімшілігі (бас дәрігер, оның орынбасарлары;
- тіркеу орны мен анықтама столы;
- емдеу-профилактикалық бөлімдері: терапевтік, цехтық терапевтік, хирургиялық, травматологиялық, стоматологиялық, тісті протездеу, офтальмологиялық, оториноларингологиялық, неврологиялық, физиотерапиялық бөлімдер (бөлмелер), реабилитация мен емдік физкультура бөлімі, кардиологиялық, эндокринологиялық бөлмелер, инфекциялық аурулар бөлмесі, әйелдерге кеңес беру бөлмесі, дәрігерлік және фельдшерлік денсаулық бекеттері, диспансерлік бөлім, жедел және күттірмейтін жәрдем бөлімі және тағы басқа бөлімдерден тұрады.

Көмекші-диагностикалық құрылымдарға рентгенологиялық бөлім, лаборатория, қызметтік диагностика, эндоскопиялық бөлме, есепке алу және медициналық статистика кабинеті, әкімшілік-шаруашылық бөлім және басқалар жатады;

Емхана әкімшілігінің шешімімен өзге де қосымша құрылымдар ұйымдастырылады. Мысалы, емхана құрамында қысқа мерзімді стационардың орнын басатын бөлімше, күндізгі стационарлар және денсаулық орталықтары жұмыс істеуі мүмкін.

Қалалық жерде ұйымдастырылған емханалар өзіне бекітіліп берілген аумақ тұрғындарына медициналық көмек көрсетеді. Оның жұмысы учаскелік шарт бойынша жүзеге асырылады. Бекітіліп берілген өндіріс, құрылыс ұйымдары мен өндірістері және автокөлік мекемелері жұмысшыларына цехтық шарт бойынша көмек көрсетіледі. Әрбір учаскеге дәрігер мен медицина бикесі бекітіледі. Терапевттер, педиатрлар, акушер-гинекологтар, фтизиатрлар учаскелік шарт бойынша жұмыс атқарады.

Амбулаторлық-емханалық көмектің кеңінен таралған түрінің бірі, терапевтік қызмет болып табылады. Терапевтік-дәрігерлік учаске медициналық көмек беру жүйесінің ең маңызды звеносы, ал терапевт дәрігерлік учаскедегі медициналық көмекті ұйымдастырушы негізгі маман. Терапевтік учаскедегі ересек тұрғындардың орташа саны 1900-2000 адам, цехтық дәрігерлік учаскедегі жұмысшылардың орта саны 1600 адам болуы тиіс. Алайда өндірістік ортаның еңбек ету жағдайының ауырлығына қарай

цехтың дәрігерлік учаскеде 1000 адамнан 2000 адамға дейін болуы мүмкін. Учаскелік терапевт тек қана дәрігер-клиницист емес, сонымен қатар алғашқы медициналық-санитарлық көмек жүйесіндегі денсаулық сақтау ісін ұйымдастырушы. Сондықтан да ол қоғамдық денсаулықты, осы саланың менеджментін, клиникалық медицина, социология мен психология саласын жете меңгеруі қажет. Учаскелік дәрігер тұрғындардың денсаулығын зерттеу және денсаулыққа қауіп туғызатын себептерді анықтау әдістерін жақсы білуі тиіс. Емдеудің, диагностиканың, еңбекті ғылыми тұрғыда ұйымдастырудың ең озық әдістерін тәжірибеде қолдана алуы керек. Сондықтан учаскелік дәрігерді жалпы тәжірибелік дәрігер деп айтуға да болады. Учаскелік дәрігер-терапевт төмендегідей жұмыстарды қамтамасыз етуі тиіс:

1. Учаске тұрғындарын емханада немесе үйінде дер кезінде білікті терапевтік көмекпен қамтамасыз етуі;
2. Қауырт жағдайға, жарақатқа, улануға байланысты емханаға қаралуға келген кез-келген ауыр халдегі ауруға, олардың тұрған жерін есепке алмай, жедел медициналық көмек беру;
3. Терапевтік аурулардың ауруханаға жоспарлы түрде жатқызылуының алдында міндетті түрде толыққанды тексеруден өткізу;
4. Қажетті жағдайда ауруларды терапевтік бөлім меңгерушісіне немесе өзге білікті мамандарға көрсетіп, кеңес алу;
5. Ауруларды емдеуге диагностиканың, профилактиканың, терапия мен реабилитацияның озық әдістерін қолдану;
6. Аурулардың уақытша еңбекке жарамсыздығын сапалы сараптау ;
7. Учаскедегі ересек тұрғындардың арасында диспансеризация жұмысын ұйымдастыру, кешенді емдеу-профилактика шараларын жүзеге асыру;
8. Учаске тұрғындарының арасында инфекцияларға қарсы егу, дегельминтация шараларын ұйымдастыру және жүзеге асыру;
9. Инфекциялық ауруларды ерте кезеңнен анықтау, диагнозын қойып емдеу. Әрбір инфекциялық ауру оқиғаларын немесе инфекциясы болуы мүмкін аурулар туралы деректерді терапевтік бөлім меңгерушісіне және инфекциялық аурулар бөлмесінің дәрігеріне хабарлау.
Санитарлық-эпидемиологиялық станцияның эпидемиологиялық бөліміне учаскеде анықталған инфекциялық ауру туралы жедел хабарнама жіберу;
10. Өзінің дәрігерлік білімі мен біліктілігін және учаскелік медицина бикесінің білім деңгейін жүйелі түрде арттыру;
11. Учаске тұрғындарының арасында жүйелі және белсенді медициналық-ағарту жұмыстарын жүргізу, зиянды әдеттерге қарсы күресті ұйымдастыру және салауатты өмір сүру салтын насихаттау.

Учаскелік терапевтің жұмыс кестесін терапевтік бөлім меңгерушісі бекітеді. Оның жұмыс кестесінде амбулаторлық қабылдау, аурудың шақыруы бойынша үйіне барып медициналық көмек беру, профилактикалық жұмыстарды жүзеге асыру уақыттары нақты етіп көрсетіледі. Егер

емханалық мекеме аурухананың құрамында болса, онда учаскелік дәрігер емхана мен стационарда кезектесе жұмыс атқарады.

Учаскелік дәрігерлердің біліктілігін арттыру үшін жоғары медициналық оқу орындарында (университеттер, академиялар, біліктілікті арттыру институттары) дипломнан кейінгі білім алу факультеттері ашылған, арнайы білім жетілдіру және мамандандырылу курстары ұйымдастырылған.

Отбасылық дәрігер мен учаскелік терапевт өз білімін 5 жылда бір рет арттырып отыруы қажет.

Амбулаторлық-емханалық мекеме дәрігерлері профилактикалық жұмысты диспансерлік әдіспен жүзеге асырады. Бұл әдістің көмегімен дәрігерлер денсаулығы дұрыс және созылмалы ауруы бар учаске тұрғындарын динамикалық бақылауға алып, аурудың басталуының алғашқы кезеңінде және созылмалы аурудың қозуының бастапқы белгілерінен анықтап, дер кезінде белсенді емдеу шараларын қолданады. Осының арқасында қауырт басталған аурулардың созылмалы түрге өтіп кетуіне жол бермейді. Сонымен қатар, созылмалы аурулардың одан ары асқынып, науқастың мүгедекке айналмауына немесе ерте жастан өлімге ұшырамауына арналған шараларды жүзеге асырады. Учаскелік дәрігер қызмет көрсететін тұрғындардың тұрмыстық жағдайын, еңбек ету ортасының денсаулыққа қауіпті себептерін, отбасындағы қарым-қатынасты, әр жанұяның қаржылық жағдайын, әдет-ғұрпын, құрамын, өмір сүру салтын жақсы біледі. Сондықтан ауруға алып келетін қатерлі себептерге қарсы профилактикалық шараларды белсенді және толыққанды етіп жүргізе алады. Учаскелік дәрігердің аурулардың денсаулығын бағалау мақсатында білікті маман-дәрігердің кеңесіне жүгінуіне мүмкіндігі бар. Ол әрбір аурудың зерттелу нәтижелерін сараптай отырып, емдеу-профилактика шараларының сапалы жоспарын жасайды. Отбасылық дәрігер учаскедегі эпидемиологиялық жағдайға қатаң бақылау орнатады. Қызмет көрсету аумағындағы санитарлық-гигиеналық ахуалды дұрыс бағалап, инфекциялық аурулардың туындауына алып келу қаупі бар ошақтарды дер кезінде анықтауға толық мүмкіндігі бар. Бұл жұмысты санитарлық-эпидемиологиялық станцияның санитарлық дәрігерлерімен тығыз байланыста жүзеге асыруы қажет.

Емханаға қаралуға келген учаске тұрғыны бірден тіркеу бөліміне (регистратура) келіп, қажетті дәрігердің қабылдауына жазылады. Бұл бөлімнің қызметкерлері тұрғындарға сапалы көмек көрсетуге дайындалған орта білімді тұлғалардан жасақталады. Ал, бөлім меңгерушісі қызметіне орта медициналық білімі бар аса білікті тұлға тағайындалады. Бөлім қызметкерлері емханаға қаралуға келген әрбір тұрғынның сұранысын мұқият тыңдап, оның ауруына сай қызмет көрсететін маман-дәрігерге қаралуына барынша жайлы жағдай жасауы қажет. Науқастың көңіл-күйін бұзбайтындай етіп қызмет көрсету, аурудың қозу барысына көп ықпалын тигізеді. Сондықтан тіркеу бөлімінде барынша мәдениетті және науқастың көңіліне қаяу түсірмейтіндей етіп қызмет көрсетудің маңызы өте үлкен. Жеке емханаларда науқастардың қажетті дәрігерге өз бітінінше жазылу тәжірибесі қалыптасқан. Науқас дәрігердің қабылдау уақытысын өзінің сұранысына сай

етіп көрсете алады және белгіленген мезгілде амбулаторлық картасымен дәрігердің қабылдау бөлмесіне келеді. Қабылдау барысында дәрігер науқастың денсаулығына баға беріп, қажетті лабораториялық-диагностикалық сынақтарды және емдік шараларды тағайындайды. Арнайы бөлінген тіркеушілер науқасты цехтың немесе учаске дәрігерлерінің қабылдауына жазып, еңбекке жарамсыздық парақтарын толтырады, дәрігерлерді үйіне шақыру оқиғасын тіркейді. Амбулаторлық науқастың бірінғай медициналық картасында аурулардың диагнозы мен клиникасы жазылады. Тағайындалған зерттеу және емдеу шаралары көрсетіледі. Егер ауру диспансерлік бақылауға алынса, онда оның жоспары мен емдеу-профилактика шараларының жобасы және оны жүзеге асыру кезеңдері белгіленеді. Дәрігерлердің қойған диагноздары амбулаторлық картаның бірінші бетіндегі нақтыланған диагнозды тіркеу парағында, алғаш рет немесе қайта қойылған диагноз деген белгілермен жазылып көрсетіледі. Осының арқасында дәрігер науқастың ауырған кеселдерімен тез танысып, қай бағытта тексеру қажеттігін анықтай алады. Тіркеу бөлімінің жанында емхананың қызмет көрсету аумағының картасы, дәрігерлік учаскелер межесі, дәрігерлерлік бөлмелер мен қызмет көрсететін мамандардың тізімі және дәрігердің қабылдау уақыты жазылған тақталар ілулі тұрады.

Үйде көрсетілетін медициналық көмек емханалық мекеме ұйымдастыратын негізгі медициналық көмектердің бірі болып табылады. Бұл көмекті таңғы сағат 9⁰⁰-ден 19⁰⁰ -ге дейін емхананың учаскелік немесе отбасылық дәрігерлері, ал қажетті жағдайда білікті мамандары беруі тиіс. Тәуліктің өзге уақыттарында жедел және кезек күттірмейтін медициналық қызмет дәрігерлері көрсетеді. Дәрігерлерді аурудың үйіне шақырылуын тіркеу барысында науқастың хал-ахуалы анықталып, қажетті жағдайда жедел кезекші дәрігерлер жөнелтіледі. Аурудың халі өте нашар болса, жедел медициналық көмек шақырылып, науқас ауруханаға жеткізіледі.

Күндізгі жұмыс уақытында қалалық емханаға аурулар мен әртүрлі мәселелер бойынша дәрігерлерге қаралушылар келеді. Мысалы, 50 000 адамға қызмет көрсететін емханаға күнделікті 1500 адам қаралады. Адамдардың легін дұрыс жіктеп, керекті дәрігерлерге бағыттау емханаға келген аурулар мен қаралушыларға медициналық көмекті дұрыс ұйымдастырудың кепілі болып табылады. Емханаға келушілердің жыл мезгіліне қарай жіктелуін зерттегенде, оның ең жоғары деңгейі көктемде қалыптасатындығын және жыл бойы келушілердің 30,5 % құрайтындығын

көрсетті. Осы мезгілде суықтап ауырғандар мен тағайындалған профилактикалық шаралар саны барынша жоғары болып шықты. Осыдан кейін, емханаға қаралушылар санының жоғары деңгейі күзде тіркелді және жыл бойы емханаға келушілер санының 27,2 % құрады. Қыс мезгілінде емханаға қаралушылар саны – 24,4 % түзесе, жаз мезгілінде – 17,9 % ғана болып шықты.

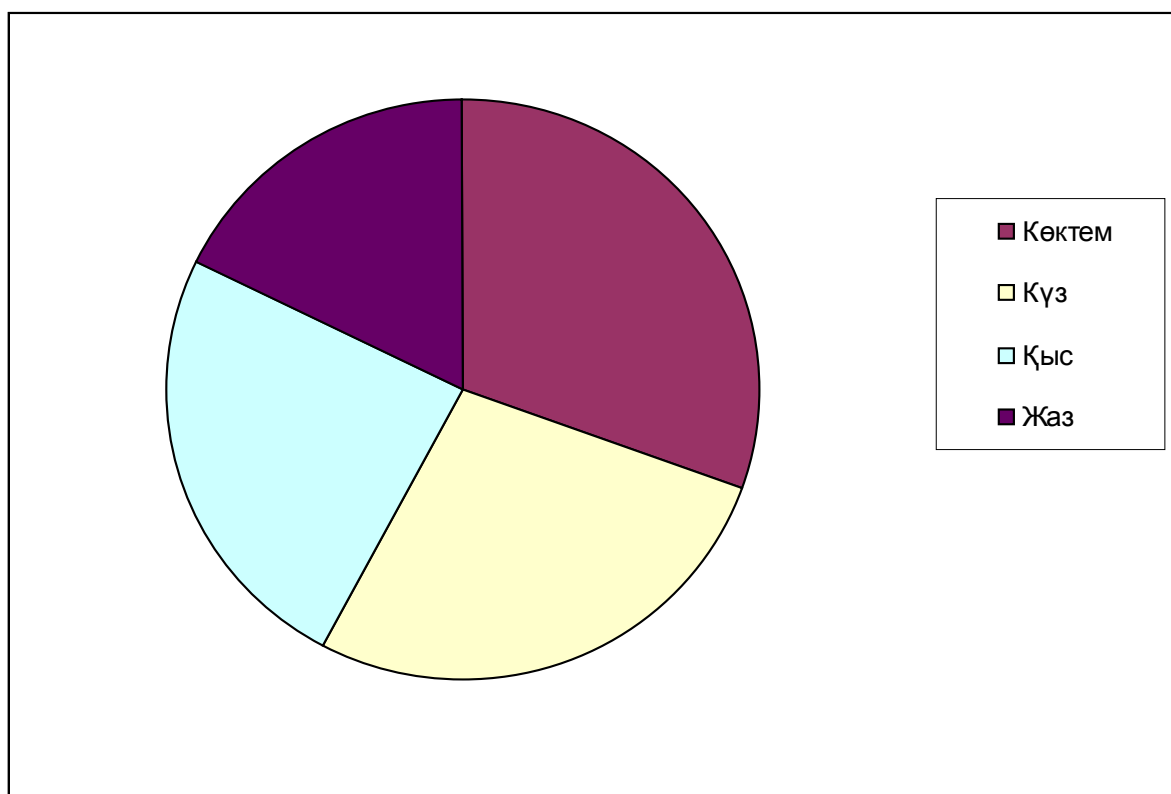
Екінші бір маңызды заңдылық апта ішіндегі күндерде емханаға қаралу санының қалыптасуында байқалады. **(21 кесте)**

Жыл мезгілдерінің барлық кезеңдерінде дүйсенбі күніне емханаға қаралудың ең жоғарғы саны тура келетін болып шықты.

Оның деңгейі апта бойы қаралудың жалпы санының 17,7 % -нан 21,2 % -на дейін жетеді.

Бұл күннің ең қауырт кезеңі күз (21,2%) және көктем айында (20,9 %) байқалады. Ал дүйсенбі күннің емханаға ең аз қаралатын кезеңі жаз айында (17,7 %) анықталып отыр **(8 сурет)**. Сейсенбі күнгі емханаға қаралу саны айтарлықтай төмендеп (17,2 %), сәрсенбі күні біршама артады (17,6 %). Ал бейсенбіден бастап (16,9 %) сенбі күніне дейін (11,4 %) емханаға қаралу легі біртіндеп азая береді. Жексенбі күні кезекші дәрігерге қаралу саны жалпы апталық емханаға қаралу санының 0,4 % -ын ғана құрайды. Айта кететін жағдай, қалалық емханалардың жұмысын 6 күндік етіп ұйымдастыру өте тиімді және емдеу-диагностика шараларын сапалы ұйымдастыруға жақсы жағдай туғызатын болып шықты.

8 сурет. Жалпы емханаға қаралғандардың жыл мезгілдері бойынша таралуы (% есептегенде).



Емханаға қаралу мақсатында келгендердің легін дұрыс бөлу үшін, олардың емханаға келу санының күн мезгілдеріне қарай жүктелуін анықтаудың маңызы үлкен. Көптеген зерттеу жұмыстарының нәтижелеріне қарағанда емханаға қаралушылардың 40,6-43,2 % сағат 8 ден 12-ге дейін, 28,2 % - 30,8 % сағат 12 ден 16-ға дейін, 19,1 % - 27,7 % сағат 16-дан 20-ға дейін келеді екен. Емханаға қаралушылардың күн мезгілдерінде осылайша

таралуы учаскелік терапевтердің үш ауысымды тәртіп бойынша жұмыс істеуінде байқалады.

21 кесте. Қалалық емханаға аптадағы күндерде қаралудың деңгейі (апта бойы қаралу 100 % деп алғанда)

Апта күндері	Көктем	Жаз	Күз	Қыс	Жыл бойы
Дүйсенбі	20,9	17,7	21,2	19,9	19,9
Сейсенбі	13,9	16,6	19,6	18,0	17,2
Сәрсенбі	6,5	16,9	18,0	18,9	17,6
Бейсенбі	14,9	16,8	17,9	18,2	16,9
Жұма	14,7	16,5	17,5	17,6	16,6
Сенбі	17,5	15,5	5,2	7,3	11,4
Жексенбі	1,6	-	-	-	-

Емханаға қаралу легінің күн бойы, апта бойы және жыл мезгілдерінде таралу заңдылықтарын жете білу учаскелік дәрігерлердің және емхана мамандарының жұмыс кестесін, профилактикалық шараларды ұйымдастыру жоспарын, медицина қызметкерлерінің жазғы демалысын дұрыс қалыптастыруға жағдай туғызады.

Емхана бөлімдерінің, бөлімшелерінің және қызметкерлерінің жұмысын дұрыс жоспарлау үшін күнделікті қаралушылар легінің емхана құрлымдарына қалайша жіктелетіндігін анықтау қажет. **(22 кесте)** Кестеде келтірілген деректер тұрғындардың емхана бөлімдеріне қаралу сипатын толыққанды көрсете алмайды. Емханаға қаралушылардың екіншілей жіктелуін зерттеу, тіркелуге келген науқастардың үштен бірі өзге құрлымдарға бармай, емханадан шығып кеткендігін көрсетті. Себебі , өзге

құрылымдарға бару уақтысы күннің басқа мерзіміне тағайындалған болып шықты.

22 кесте. Емханаға қаралушылардың мекеме құрылымдарына таралуы мен бөлмелердің жұмыс атқару қауырттылығы (күніне 1000 адамға балап есептегенде).

Құрылымдық бөлімдер	Алғашқы жіктелу	Екіншілей жіктелу				
		Тіркеу-ден өткен соң	Дәрігердің қабылдауынан кейін	Диагностикалық кабинеттен өткеннен кейін	Физиотерапевтік бөлмеден кейін	Процедура бөлмесінен кейін
I. Тіркеу:	430,0	20,2	57,4	6,7	2,3	5,4
Қабылдауға жазылу	328,6	-	-	5,5	2,3	5,4
Медициналық емханалық картаны іздеу	-	7,4	8,2	1,2	-	-
Анықтама алу	99,8	12,8	7,7	-	-	-
Құжаттарды толтыру	2,2	-	43,0	-	-	-
II. Дәрігерлер бөлмелері:	186,0	171,1	96,1	3,2	5,1	11,0
терапевттер	54,0	74,7	29,8	1,2	0,8	5,7
өзге мамандар	132,0	96,0	66,9	2,0	4,3	5,3
III. Диагностикалық бөлмелер	105,0	14,5	30,9	2,6	0,5	1,4
IV. Физиотерапевтік бөлмелер	95,0	3,7	28,4	1,1	-	5,5
V. Процедура бөлмесі	158,0	13,8	22,7	2,7	6,4	-
Құрылымдарға таралу қорытындысы	974,0	223,3	235,5	16,3	14,3	23,3
Емханадан кетті	26,0	114,0	135,5	91,9	75,8	118,8
Барлығы	1000	337,2	371,0	108,2	90,1	142,1

Сондықтан олар қабылдауға тағайындалған уақытта емханаға қайталай келуі тиіс. Дәрігердің қабылдауында болған науқастардың 47% емхананың бірнеше бөлмелерінде болады. Сонымен бірге, науқастардың айтарлықтай бөлігі (15 %) тіркеу бөліміне қайта оралып, медициналық құжаттарды толтырады немесе медициналық картасын іздетеді (2,5%) және қажетті мәліметтер алады (2 %). Бір дәрігерге қаралған науқастардың 38 % ғана емханадан үйге қайтады. Бастапқыда диагностика (85%), физиотерапия (84%) және процедура (83,6%) бөлмелеріне келген науқастардың көпшілігі емханадан тіке үйіне қайтады. Тек қана олардың 15-17 % өзге бөлмелерге қаралуға барады.

Сонымен, жоғарыда келтірілген деректер емханаға қаралғандардың басым бөлігі тіркеу бөлімі мен дәрігерлер бөлмелеріне келетіндігін көрсетті. Тіркеу бөлімінің аса маңызды қызметінің бірі, науқастардың дәрігерлерді үйіне шақыру оқиғаларын тіркеу болып табылады. Осы жұмысты атқаратын тіркеушінің міндетіне жататындар:

- дәрігерлер мен медицина бикелерін науқастардың үйіне шақыру оқиғаларын қабылдау және тіркеу;
- шақыру оқиғаларына қызмет көрсетудің жеделділік дәрежесіне және учаскесіне қарай бастапқы жіктеу жұмысын іске асыру;
- дәрігерді үйге шақырған науқастың медициналық-амбулаторлық картасын тауып қою;
- дәрігерлер мен медицина бикелерін науқастарға көмек көрсетуге қажетті медициналық құжаттардың бланкаларымен қамтамасыз ету, учаскелік дәрігерлер мен медбикелерді сумкалармен жабдықтау, емхана автокөліктерін бөлу.

Науқастардың дәрігерлерді үйіне шақыруы телефонмен немесе арнайы талондарды қолданып өз бетінше дәрігерлерді шақыру жолдарымен жүзеге асырылады. Дәрігерді үйге шақыруды тіркеу барысында науқастың төлқұжатық деректері, мекен жайы және шақырудың себептері жазылады. Тәжірибе көрсеткендей, дәрігерді үйге шақыру оқиғалары көбінесе (92 %) сағат 8-ден күндізгі 12-ге дейін жүзеге асырылады. Сондықтан науқастардың үйге шақыру оқиғаларын тіркеушіден талап етілетін жағдайға, олардың әрбір шақыруды мұқият және өте әдеппен қабылдауын қамтамасыз ету болып табылады. Аурудың емхана дәрігерін үйге шақыру оқиғасы журналда тіркеледі. Осыдан кейінгі дәрігердің аурудың үйінде кезекті медициналық көмек көрсетуін белсенді көмек деп атайды. Оны дәрігер өз еркімен аурудың шақыруынсыз жүзеге асырады. Дәрігер науқастың клиникалық-диагностикалық зерттеуден өтуін және медициналық бикенің емдік шараларды жүргізуін қамтамасыз етеді. Қажетті жағдайда өзге мамандардың кеңесін ұйымдастырады. Науқастың халі нашарлап, госпитализациялауды қажет етсе, онда ол аурухананың стационарлық бөліміне жатқызылады. Егер науқас тек үй жағдайында көмекті қажет етсе, онда дәрігер медициналық көмекті оның үйінде ұйымдастырады немесе үйінде стационарлық көмек

береді. Осы мақсатта қызыл айшық қоғамының белсенділері, әлеуметтік көмек беретін қызметкерлер мен патронаждық бикелер көмекке тартылады.

Жеке патологияларға байланысты амбулаторлық-емханалық мекемелерде емделіп жатқан науқастарға тегін медикаменттер алу үшін арнайы рецептер толтырылады. Науқастарға үй жағдайында медициналық көмекті ұйымдастыру үшін дәрігерлерге белгілі бір көлемде уақыт беріледі және оларға арнайы медициналық сумка бөлінеді. Сумкада науқасты емдеуге және тексеруге қажетті медициналық құралдар, аппараттар және медикаменттер болуы тиіс. Осындай медициналық сумкалармен медициналық бикелер де қамтамасыз етіледі. Олар науқастарға барып, емдік шараларды жүргізеді немесе диспансерлік бақылау мақсатында науқастардың үйіне барып тексеріп отырады. Амбулаторлық-емханалық мекеменің жұмысын ұйымдастыруда бөлім меңгерушісінің атқаратын ролі өте үлкен. Бұл қызмет емхананың терапевтік бөлімінде 9 дәрігерлік қызмет, ал хирургиялық бөлімде 8 дәрігерлік қызмет орны болған жағдайда тағайындалады. Ал дәрігерлік қызметтердің саны аз болған жағдайда бір терапевтке меңгерушілік қызметті атқару жүктеледі.

Бөлім меңгерушісінің міндетіне дәрігерлермен бірге емдеу-профилактикалық жұмыстардың жоспары мен кестесін жасау, басқару және жұмыс жоспарларының орындалуын бақылау, оның сапасы мен тиімділігін қамтамасыз ету, уақытша еңбекке жарамсыздықты сараптау, диспансерлік шараларды ұйымдастыру, профилактикалық тексеруді бақылау, науқастарды стационарға жатқызу, санаторлық-курорттық мекемелерге жіберу мәселелерімен айналысады.

Бөлім меңгерушісінің аса маңызды міндеттерінің қатарына медицина қызметкерлерінің біліктілігін арттыру, конференция өткізу, заманауи диагностика, емдеу және профилактика әдістерін игеруге бағытталған сабақтар ұйымдастыру, емдеу-диагностика жұмыстарының сапасы мен тиімділігін жүйелі түрде сараптау кіреді.

Емханаларда төмендегідей оперативтік есепке алу құжаттары болады: дәрігерге қабылдау талоны, дәрігерді үйге шақыру оқиғаларын тіркеу журналы, амбулаторлық аурудың медициналық картасы, анықталған диагнозды тіркеуге арналған статистикалық талон, инфекциялық ауруды, астан улануды, жедел, кәсіби улануларды шұғыл хабарлама жасау құжаты, емхана, диспансер және медициналық кеңес беру мекемесі дәрігерінің жұмыс күнделігі, диспансерлік бақылаудың барысын қадағалау картасы, мақсатты медициналық тексеруге жататын тұлғалардың тізімі, диспансерлік бақылауға жататын аурулардың жалпы тізімі, еңбекке жарамсыздық қағазы, госпитализацияға бағытнама талоны, дәрігерлік кеңеске және қосымша бөлмелерге бағытнама, өлім туралы дәрігерлік куәлік, инфекциялық ауруларды есепке алу журналы, дәрігерлік кеңес комиссиясының қорытындысын жазуға арналған журнал, еңбекке жарамсыздық парағын тіркеу журналы, рецепт (ересектерге, балаларға), құрамында наркотикалық заттары бар дәрілерді алуға арналған рецепт, тегін, 50,20 % өтемін төлеумен алатын дәрілерді жазатын рецепт.

Емханалық мекемеде медициналық статистика бөлмесі жұмыс істейді. Ол тікелей бас дәрігердің немесе емдеу ісі жөніндегі орынбасардың құзырына қарайды. Оның атқаратын істеріне статистикалық есепке алуды ұйымдастыру, құжаттарды жүргізу және олардағы деректердің шынайылығын қадағалау, қорытынды есепке алу құжаттарын жасау, жылдық және ауысымдық статистикалық есептерді жасау, статистикалық есепке алу және есеп беру құжаттарын құрастыру, жинақталған және құрастырылған статистикалық мәліметтерге сүйене отырып, емханалық мекеменің жұмысын сараптауға қатысу, ағымдағы жылдың есепке алу құжаттарын сақтауды ұтымды ұйымдастыру жұмыстары жатады. Бұл бөлменің мамандары емхананың өзге құрлымдарының қызметкерлерімен және жеке дәрігер мамандармен тығыз байланыста жұмыс атқарады.

Әрбір емхананың ең басты құжаты жылдық статистикалық есеп болып табылады. Бұл құжатты белгіленген мерзімде жоғары басқарушы органға тапсыру қажет. Денсаулық сақтау мекемесінің басшыларына емханалық мекеме дәрігерлерінің жекелей атқаратын жұмыстарының қалыпты көрсеткіштерін белгілеу құқығы берілген. Оны жүзеге асыру барысында қызмет көрсету аумағындағы тұрғындардың демографиялық құрамы, учаскелердің орналасу тығыздығы мен аумағы, дәрігерлердің автотранспортпен қамтамасыз етілу деңгейі, эпидемиологиялық ахуалы, мүгедектер мен диспансерлік аурулардың саны сияқты маңызды мәліметтер есепке алынады. Өндірістік қажеттілікке байланысты мекеме басшысы жеке құрылымдарды жойып, орнына жаңа құрылымдарды ұйымдастыруға немесе жеке құрылымдарды күшейтуге құқығы бар. Бірақ бұл өзгерістер мекеменің норматив бойынша белгіленген қызметкерлер санынан аспауы тиіс. Еңбек туралы нормативтік актілер нұсқау ретінде қолданылады. Әртүрлі мекемелерде есептеулі нормативтер әртүрлі болуы мүмкін. Мысалы учаскелік терапевтің алғаш рет науқасты қабылдауына 22 минут, кезекті қабылдауына 16 минут қарастырылған. Бір ауру бойынша учаскелік дәрігерге қаралу саны 2,5 рет деп белгіленген. Амбулаторлық қабылдау шамасы 1 сағатта (60 минут) 3 адамға тең болуы тиіс. Осыдан жыл бойы учаскелік дәрігерге орта есеппен 5600 қаралу оқиғасы тіркелуі қажет. Мемлекеттік кепілдендірілген ақысыз медициналық көмек жоспары бойынша 1000 адамға балап есептегенде емханалық мекемеге 9000 рет қаралу оқиғасы бекітілген.

Емхана дәрігері аптасына 5 күн жұмыс атқарады. Қарастырылған 6,5 сағаттық жұмыс күнінің 30 минуты емдеу-профилактикалық шаралардан тыс істерге кетеді. Оның ішінде дәрігерлік конференциялар, қызметтік мәселелер бойынша келісу жұмыстары, жеке бастың жұмыстары бар. Емхана дәрігерінің жұмысын барынша тиімді ұйымдастыру үшін, олардың еңбек ету үрдісін жете тексеріп, әрбір қимылға жұмсайтын уақытын анықтау қажет. Осының арқасында емхана дәрігерінің жұмысында орын алған кемшіліктерді дер кезінде анықтауға мүмкіндік туады (**23 кесте**).

23 кесте. Негізгі дәрігер мамандардың жеке жұмыстарды атқаруға кететін уақыты (орта есеппен).

Еңбек операциялары	Учаскелік терапевт	Хирург	Оториноларинголог	Офтальмолог	Невропатолог	Терапевтік бөлім менгерушісі
1.Дайындық жұмыстары.	0,9	1,0	1,0	1,0	-	1,1
2.Емдеу-диагностикалық жұмыс:	4,6	3,4	5,1	5,2	4,6	5,2
- оның ішінде – ауруларды сұрастыру	1,1	0,9	1,2	1,3	1,3	1,8
-медициналық құжаттармен танысу	2,3	0,9	1,0	1,2	1,5	1,5
-қарау және тексеру	2,0	1,0	1,5	2,4	1,6	2,9
-науқасқа кеңес беру	1,8	1,1	1,6	1,8	1,7	1,2
-өзге жұмыстар	-	2,6	-	-	-	7,7
3.Медициналық құжаттарды толтыру	3,8	2,8	3,8	3,6	3,3	3,3
Оның ішінде:						
-медициналық картаны толтыру;	2,5	2,5	3,2	2,6	2,6	2,6
-рецепт жазу;	1,9	-	1,4	1,5	1,4	1,1
-еңбекке жарамсыздық парағын толтыру;	1,4	0,7	1,7	2,7	1,4	0,6
-бағытнама толтыру;	1,4	-	1,8	1,5	1,6	0,9
-өзге жұмыстар	-	-	-		2,2	3,6

Зерттеу нәтижелері емхана дәрігерлерінің әртүрлі жұмыстарды атқаруға жұмсайтын уақытысында бір-бірінен аса үлкен айырмашылық жоқ екендігін көрсетті. Мысалы, емдеу-диагностика жұмысын атқаруға орташа есеппен 3,4 минуттан (хирург) 5,2 минутқа (офтальмолог) дейін кететіндігі анықталды. Медициналық құжаттарды толтыруға 2,8 минуттан (хирург) 3,8 минутқа дейін (учаскелік терапевт) жұмсалатындығы немесе ауруды қабылдауға кететін уақыттың 40 % кететіндігі байқалады. Хирургтың емдеу-диагностикалық жұмыстарының ішінде ауруларды сұрастыруға орта есеппен 1,1 минут кетеді. Участкелік терапевтердің осы істерді атқаруға жұмсайтын уақыты 1,1 және 1,8 минутқа тең келсе, невропатологтар арасында 1,3 және 1,8 минут кетеді екен. Хирургтардың ауруды қарауға және тексеруге жұмсайтын уақыты 1 минуттай болса, терапевтік бөлім меңгерушісінің жұмсайтын уақыты 2,9 минутқа дейін жетеді. Емхана дәрігерлерінің барлығы дерлік медициналық құжаттарды толтыруға орта есеппен 2,6 минут, ал рецептерді толтыруға орта есеппен 1,5 минут жұмсайтындығы анықталды. Сонымен, емхана дәрігерлерінің науқастарды қабылдау жұмыстарын дұрыс хронометраждау, медицина мекемесінің қызмет тиімділігін арттырудың ең тиімді жолы болып табылады.

Денсаулық сақтау саласына басқарудың экономикалық әдістерін енгізу емдеу-профилактикалық мекемелерінің бәсекелестікке қабілеттілігін арттыруды талап етуде. Сондықтан стационарлық медицина мекемелерін бүгінгі күннің талабына сай етіп қайта құру жұмыстары қолға алынуда. Қайта құру жұмыстары негізінен мынандай бағытта жүзеге асырылуда:

1) Емдеу-профилактикалық үрдістің жоғары қарқындылығын қамтамасыз ететін ауруханаларды ұйымдастыру. Бұл ауруханаларда шұғыл және қарқынды жүргізілетін медициналық көмек беріледі. Осындай емдеу-профилактикалық мекемелер қажетті заманауи медициналық құралдармен, аспаптармен жабдықталып, жоғары білікті дәрігер мамандармен толыққанды қамтамасыз етілуі тиіс. Сонымен қатар, ауруларды сапалы емдеуге қажетті дәрі-дәрмектер де тоқтаусыз бөлінуі қажет. Осындай стационардағы төсек-орындардың саны жалпы ауруханалық төсек-орындардың 20% -ын түзеуі керек. Науқастардың осы стационарда емделу күндері өте қысқа. Олардың жағдайы оңала бастағанда өзге емдеу мекемелеріне ауыстырылады.

2) Орта мерзімді ұзақтықта жоспарлы емдеу шараларын алуды қажет ететін науқастарға арналған ауруханаларды немесе бөлімшелерді ұйымдастыру. Бұл ауруханада қалыпқа келтіру шаралары жүзеге асырылады. Сондықтан бұл стационарларды жабдықтау, мамандармен қамтамасыз ету, аурулардың төсек-орында жату ұзақтығы, қызметкерлердің еңбек етуі бойынша стандарттары мүлдем өзгеше болады. Осындай ауруханалық мекемелердің төсек-орындары жалпы стационарлық төсек-орындардың 50% -ын түзеуі тиіс.

3) Емдеуді аяқтауға және реабилитациялық шараларды жүзеге асыруға арналған ауруханалар көбінесе созылмалы аурулары бар науқастарды емдеуге арналған стационарлық мекеме болып табылады. Олардың төсек-

орындарының саны жалпы ауруханалардың төсек-орын қуатының 20 %-ын құрайды.

4) Медициналық-әлеуметтік ауруханалар (бөлімшелер) медбикенің күтімін қамтамасыз ететін медицина мекемесі болып табылады. Оларды шет елдерде Хоспистер деп атайды. Бұл ауруханаларға науқастарды әлеуметтік қамсыздандыру және денсаулық сақтау органдары жібереді. Бұл мекемелердің төсек-орындарының саны жалпы ауруханалардың төсек-орындары қуатының 20%-ын құрайды. Сонымен, қазіргі ауруханалық мекемелер жоғары дәрежеде мамандандырылған және ең озық заманауи медициналық аппараттармен жабдықталған стационарлар болып табылады. Денсаулық сақтау жүйесіндегі қайта құру жұмыстары стационарлық көмекті барынша сапалы және мамандандырылған етіп ұйымдастыруға, бос төсек-орындарды қысқартып, науқастардың ауруханада жату мерзімін барынша төмендетуге, стационардың жеке қызметтерін амбулаторлық-емханалық мекемелерге беруге негізделген. Қазіргі кезде жартылай стационарлар мен стационарлардың орнын басатын мекемелер ауруханалардың беретін медициналық көмектерінің 15% өз міндеттеріне алып отыр. Халықаралық стандарттар бойынша ауруханалардың қуаты 600 – 800 төсек-орыннан тұруы қажет. Ал оның ең төменгі қуаты 300 – 400 төсек-орынмен шектеледі. Осындай қуатта жұмыс атқаратын ауруханаларда 5-7 дәрігерлік мамандық бойынша төсек-орындар жайғастыруға мүмкіндік бар.

Қалалық аурухана жаңа медициналық технологияларды қолдана отырып, тұрғындарға білікті және мамандандырылған медициналық көмекті ұйымдастыратын емдеу-профилактикалық мекеме болып табылады. Медициналық көмектің түріне, көлеміне, сипатына және қызметті ұйымдастыру ерекшелігіне қарай қалалық аурухананы бірнеше түрге жіктейді:

саласына қарай – көпсалалы немесе мамандандырылған;

ұйымдастыру ерекшелігіне қарай – емханамен біріктірілген немесе біріктірілмеген; **(24 кесте)**

қызмет көрсету көлемі жағынан – әртүрлі категориядағы (төсек-орын қуаты) ауруханалар.

Емдеу профилактикалық жұмыстың ең маңызды бағытының бірі – ауруларды тексеруде және емдеуде емхана мен стационардың бірге қоян-қолтық қимылдауын қамтамасыз ету болып табылады. Бұл жұмыс төмендегідей жолдармен жүзеге асырылады:

- 1) Емхана мен стационар дәрігерлерінің госпитализацияға жіберілген және стационарлардан шығарылған науқастың жағдайы туралы бір- бірін хабардау етуі арқылы жүзеге асырылады. Госпитализацияға жіберілген науқасқа аурудың амбулаторлық картасынан көшірме, ал стационардан шыққан науқасқа аурудың тарихының көшірмесі беріледі. Бірінішісі стационардың емші дәрігеріне, ал екіншісі емхананың дәрігеріне тапсырылады.
- 2) Стационардың дәрігерлері диспансеризация жұмыстарына белсенді түрде тарту арқылы жүргізіледі.

24 кесте. Біріктірілген қалалық аурухананың құрылымы.

Біріктірілген аурухананың бас дәрігері			
Бас дәрігердің емдеу жұмысы бойынша орынбасары (стационар)	Емхана ісі жөніндегі орынбасар (емхана)	Әкімшілік-шаруашылық ісі жөніндегі орынбасар (әкімшілік-шаруашылық бөлім)	Ұйымдастыру-әдістемелік жұмыстар жөніндегі орынбасар.
<u>Бөлімдер:</u> - Хирургиялық - Терапевтік - Травматологиялық -анестезиологиялық - Қан тамырлары - Жан сақтау және шұғыл терапия -Гипербариялық оксигенация - Неврологиялық - Операциялық блок - Нефрологиялық - Урологиялық - Реабилитациялық -Патолого-анатомиялық және гистологиялық лаборатория және т.б.	<u>Бөлімдер:</u> <u>1.Терапевтік бөлмелер:</u> - эндокринологиялық - кардиологиялық - дерматологиялық - пульмонологиялық <u>2.Хирургиялық бөлмелер:</u> - травматологиялық - проктологиялық - урологиялық - нейрохирургиялық -емдеу-диагностикалық - рентгенологиялық компьютерлік томографпен бірге -Ультрадыбысты зерттеу және қызметтік зерттеу әдістері - лаборатория - Физиотерапевтік және емдік дене шынықтыру бөлмесі.	<u>Шаруашылық қызметтер:</u> - гараж - сантехниктер - слесарь - лифтерлер - кір жуу - мұздатқыштар - желдеткіш -мамандар бөлімі - бухгалтерия -жоспарлау-экономикалық бөлім - юрист -оперативтік бөлім -ұйымдастыру-әдістемелік бөлім	-мамандар бөлімі - бухгалтерия -жоспарлау-экономикалық бөлім - юрист - оперативтік бөлім -ұйымдастыру-әдістемелік бөлім

- 3) Стационарлық дәрігер мамандардың көмегімен емханалық дәрігерлердің біліктілігін арттырады. Оны бірге өткізетін клиникалық конференцияларды ұйымдастыру, емдеу барысында жіберілген қателіктерді талқылау, ауруларды бірге тексеру және кеңес беру, біліктілікті арттыру курстарын ұйымдастыру әдістерімен жүзеге асырады.

Орта және кішігірім қалаларда көпсалалы және жалпы стационарлар, ал ірі мегаполистерде және облыс орталықтарында мамандандырылған стационарлар ұйымдастырылады. Олардың қатарында кардиоревматологиялық, кардиохирургиялық, инфекциялық, дерматовенерологиялық, офтальмологиялық, пульмонологиялық, гастроэнтерологиялық, перинатальдық, эндокринологиялық, психоневрологиялық, нейрохирургиялық орталықтар бар.

Жалпы және мамандандырылған стационарлар медициналық жоғары оқу орындарының клиникалық базасы болу мүмкін. Біздің Республикамызда ғылыми, ұйымдастыру-әдістемелік және емдеу-профилактикалық бірлестіктер ретінде бірнеше мамандандырылған медициналық орталықтар құрылған. Бұл орталықтарда белгілі бір ауруларды емдеудің, диагностикасының және профилактикасының тиімді жаңа әдістерін іздейді, арнайы мамандандырылған медициналық көмекті барынша ұтымды ұйымдастыру жолдарын жасайды және жоғары білікті дәрігер мамандарды даярлайды. Қазіргі таңда біздің елімізде кардиохирургиялық, нейрохирургиялық, пульмонологиялық, ана мен баланың денсаулығын қорғау орталықтары ұйымдастырылған және олардың қатары одан ары кеңеюде.

Біріктірілген ауруханалар денсаулық сақтау жүйесіндегі ең жиі кездесетін медициналық мекемеге жатады. Оның бас дәрігері мекеменің барлық емдеу-профилактикалық, әкімшілік-шаруашылық және қаржылық жұмыстарына жауап береді. Оның медициналық, емханалық және әкімшілік-шаруашылық істер жөніндегі орынбасарлары бар. Бас дәрігер науқастардың дер кезінде тексеруден өтуін, емдік шаралармен қамтылуын, аурулардың дұрыс күтілуін, диспансерлік қызметтің сапала көрсетілуін, қызмет көрсету аумағында профилактикалық және эпидемияға қарсы күрес шараларының белсенді жүргізілуін, медицина мамандарының біліктілігін арттыруын, аурулар тарихының дұрыс жүргізілуін, аурухананың медициналық және шаруашылық жабдықтармен толыққанды қамтамасыз етілуін ұйымдастырады және қадағалайды. Ол аурухананың қызметтік көрсеткіштерін жүйелі түрде сараптайды, жұмыс жоспарын және сметасын бекітеді, медициналық материалдар мен дәрі-дәрмектердің орынды жұмсалуды қадағалайды, ауруханадағы санитарлық жағдайға жауап береді және мамандарды дұрыс таңдап, оларды қажетті жұмыс орындарына тағайындайды.

Бас дәрігердің медициналық жұмыстар жөніндегі орынбасары ауруханадағы медициналық қызметтің көрсетілу сапасына жауап береді. Оның ішінде емдеу-профилактика және санитарлық-эпидемиологиялық жұмыстарды басқару; емдеу-профилактика жұмыстарының тиімділігін тексеру; стационарда және үй жағдайында орын алған әрбір өлім оқиғаларын сараптау; емдік тағамдану және емдік дене тәрбиесі жұмыстарының дұрыс ұйымдастырылуын қамтамасыз ету; науқастарға медициналық кеңес беру шараларын ұйымдастыру жұмыстары бар.

Бас дәрігердің емханалық жұмыстар жөніндегі орынбасары біріктірілген емхана жұмысын басқарады және тұрғындарға емханалық медициналық көмек беру жұмысын ұйымдастырады. Оның ішінде емхананың емдеу-профилактикалық және эпидемияға қарсы шараларының жоспарын жасау, оның орындалуын қамтамасыз ету; қадағалау-сараптау комиссиясын тағайындау,

оның жұмысын басқару; белгіленген тұрғындардың арасында диспасерлік бақылауды ұйымдастыру, оның сапасы мен тиімділігін қадағалау; бекітілген аумақ тұрғындарының денсаулық көрсеткіштерін жүйелі түрде зерттеп, динамикасы мен даму бағытына баға беру жұмыстары бар.

Бас дәрігердің әкімшілік-шаруашылық істер жөніндегі орынбасары аурухананың барлық әкімшілік-шаруашылық жұмыстарын басқарады. Оның ішінде, аурухананы шаруашылыққа қажетті құралдармен, тағамдық заттармен, жылумен, жылы сумен, жарықпен қамтамасыз етуді ұйымдастырады. Аурулардың тамақтануын, аурухананың жылуы мен жөнделуін, өртке қарсы шараларды, төсек-орынмен, ақжаймамен, көлікпен қамтамасыз ету жұмыстарын ұйымдастырады.

Аурухананың жылдық есебін жасау үшін стационардың есепке алу формалары зерттеледі. Олардың ішінде, стационарлық аурудың медициналық картасы (ауру тарихы); науқастар мен төсек-орын қорын есепке алу қағазы, стационардан кеткен аурулардың картасы, аурушандық қағазы бар.

Стационардың жұмысын сараптау үшін төсек-орынның орташа жылдық қолданысы, төсек-орынның айналымы, науқастың стационарда жатуының орташа ұзақтығы, өлім жиілігі, клиникалық және патолго-анатомиялық диагноздардың алшақтық жиілігі сияқты көрсеткіштер есепке алынады.

Жоғарыда аталған көрсеткіштермен қатар дәрігерлік диагностиканың сапасын анықтайтын көрсеткіштерді де есептеу қажет. Оларды есептеу үшін аурудың тарихын зерттеу қажет. Осы көрсеткіштер жүйесі аурухананың жылдық есебінің негізін құрайды.

4.2. Әйелдер мен балаларға емханалық және стационарлық көмекті ұйымдастыру.

Аналар мен балалардың денсаулығын қорғау мемлекет тұрғындарының денсаулығының жоғары деңгейде сақталуы мен одан ары кушеюінің кепілі болып табылады. Адамдардың денсаулығы балалық шақтан қалыптасады. Сондықтан ересек тұрғындардың денсаулығы балалардың дені сау болып өсуіне тәуелді болып келеді. Ал, нәрестелер мен сәбилердің денінің саулығы аналардың денсаулық жағдайына тікелей байланысты екендігін есепке алсақ, онда бала мен ананың денсаулық жағдайларын бөле қарауға болмайтындығы айтпаса да түсінікті болады.

Арнайы жүргізілген таңдамалы социологиялық-медициналық зеттеу нәтижелері балалардың денсаулық көрсеткіштері деңгейінің 30%- дейін аналардың бала көтерудің алдындағы , бала көтеру, босану барысындағы денсаулығына және оның әдеттеріне байланыстылығын көрсетті. Көне заманның философы Ликурт " Халықтың байлығы әйелдердің дені сау денесінде сақтаулы" деп айтып кеткен. Сондықтан ана мен баланың денсаулығын барынша жақсарту кез келген мемлекеттің стратегиялық маңызы бар міндеті болып табылады. Осы міндетті сапалы да тиімді етіп

шешу үшін біздің Республикамыздың денсаулық сақтау саласында арнайы ана мен баланың денсаулығын қорғау жүйесі құрылған. Бұл жүйенің маңыздылығы балалар мен аналардың өлімге ұшырау жиілігі аса жоғары деңгейде қалыптасуы жағдайында ерекше арта түседі. Біздің еліміздегі аналар мен балалардың саны тұрғындардың құрамында айтарлықтай үлеске ие болып отыр. Мысалы, фертильдік жастағы әйелдердің үлес салмағы тұрғындардың жалпы санының 28,0 %-ын құраса, балалардың үлес салмағы 24,3 % -ға дейін жетеді.

Акушерлік гинекологиялық көмек жүйесінде әйелдерге кеңес беру жетекші орын алады. Бұл сала әйелдер денсаулығына өмір бойы амбулаторлық-емханалық бақылау жүргізеді. Осы қызмет учаскелік шарт бойынша жүзеге асырылады, сондықтан амбулаторлық-емханалық мекемелер құрамында ұйымдастырылады.

Акушерлік-гинекологиялық учаске 2 терапевтік учаске әйелдерін медициналық бақылаумен қамтиды. Бұл учаскеде орта есеппен 2000-2500 әйел дәрігерлік бақылауда болады. Учаскелік акушер-гинекологтар өз бақылауындағы әйелдерге әртүрлі емдеу-диагностикалық көмек көрсетеді, әлеуметтік-құқықтық кеңес береді. Әйелдерге көрсетілетін амбулаторлық-емханалық медициналық көмек сапасын арттыруда лабораториялық-диагностикалық қызметтің жұмысын жетілдірудің, эндокринологиялық, иммунологиялық, биохимиялық зертханаларды құрудың, қызметтік диагностика кабинеттерін заманауи технологиялармен жабдықтаудың және медициналық генетика лабораториясын ұйымдастырудың маңызы өте үлкен.

Учаскелік акушер-гинекологтардың ең маңызды жұмыстарының қатарына профилактикалық жұмыстар жатады. Олардың ішінде, біріншілік профилактика шаралары басым орын алады. Оның міндеттеріне әйелдерді тек жүктілік кезеңінде бақылау жатпайды, сонымен қатар әйелдерді өмір бойы бақылап, олардың организмінде кез келген аурудың туындауына қарсы шараларды жүзеге асыру кіреді. Учаскелік акушер-гинекологтардың профилактикалық жұмысының ең маңызды бөлігін әйелдерді жүктілік кезеңінде және босанғаннан кейінгі 1,5-2 жыл бойы бақылау құрайды.

Бұл жұмыстың сапасын арттыру үшін, акушер-гинекологтардың гигиеналық тәрбие және санитарлық ағарту мәселелері бойынша білімі мен біліктілігін арттыру қажет. Әсіресе әйелдердің жүктілігінің ерте кезеңінде (12 аптаға дейін) акушер-гинекологқа келіп, бақылауға тұруына баса көңіл бөлген дұрыс. Жүктіліктің ерте кезеңінде акушер-гинекологтарға қаралу дәрігерлік тексеруді, мамандардан кеңес алуды толыққанды жүзеге асыруға, экстрагениталдық аурулар мен акушерлік патологияларды дер кезінде емдеуге жағдай туғызады. Ал, осы шаралардың сапалы ұйымдастырылуы перинаталдық өлімді, шала туылу немесе төмен салмақта туылу оқиғаларын барынша азайтады.

Әйелдер арасында босанғаннан кейін 1,5 жыл бойы міндетті диспансерлік бақылау орнатылады. Осы кезеңде әйелдердің жүктілігінің немесе босану барысының асқынуынан созылмалы экстрагениталдық ауруларының қозуы күшеіе түседі. Әртүрлі гинекологиялық аурулардың

алдын алуда түсік тастау профилактикасының атқаратын ролі жоғары. Бұл жұмыс қажетсіз жүктілікті болдырмау шараларын және оның алдын алуда заманауи контрацепциясын қолдану мәселелерін қамтиды. 2010 жылғы статистикалық деректерге қарағанда әлеуметтік айғақтар бойынша 1440 және 29 криминалдық аборттар жасалған. 1000 ұрпақты болу жасындағы әйелдерге балап есептегендегі аборттар саны 2010 жылы 23,0 оқиғаны құраса, 2011 жылы 20,7 оқиғаны түзеді. 100 тірі және өлі туған нәрестелерге балап есептегенде аборттар саны 2010 жылы 28,5, ал 2011 жылы 25,0 оқиғаға тең болып шықты. Аборт жасау оқиғаларының ең жоғары деңгейі Ақмола, Шығыс Қазақстан, Солтүстік Қазақстан және Қостанай облыстарында сақталуда. 1000 ұрпақты болу жасындағы әйелдерге балап есептегенде осы облыстарда аборт жасау 28,1 (Қостанай облысы) оқиғадан 41,3 (Ақмола облысында) оқиғаға дейін жетеді.

Аборттан кейін туындайтын асқынулар да өте жиі кездеседі. Мысалы бірінші рет жүкті болғандар арасында аборттың саны 1000 адамға балап есептегенде 8,4 оқиғаны құраса олардың арасындағы асқынулар деңгейі 95 % дейін жеткен. Жалпы Республика бойынша 2010 жылы 1440 аборт, ал 2011 жылы 1254 аборт жасалған. Осы оқиғалардың асқынуы 2010 жылы 35,9 % (518 оқиға), 2011 жылы 32,5% құрады. Аборттан туындайтын асқынуларға жатырдың тесілуі (4,2%), қан кету (33,8 %), жұқпалы инфекциялардың туындауы (14,5%), өзге де себептер (47,5%) жатады. Аборттан кейінгі өлім деңгейі де (0,01‰) төмендемей отыр.

Гинекологиялық аурулар жүктілік барысын және босану мен босанудан кейінгі кезеңдердің асқынуын арттыратын негізгі себептердің қатарына жатады. Ал гинекологиялық аурулардың нақты таралу деңгейі 1000 фертильдік жастағы әйелге балап есептегенде 290-300 оқиғаны құрайды.

Республика президенті Нұрсұлтан Әбішұлы Назарбаев 2012 жылдың 14 ақпанында « Аналарды қорғау туралы 1995 жылғы конвенцияны қайта қарау туралы конвенцияны ратификациялау » туралы заңға қол қойды. Бұл конвенцияда аналарды қорғауды қамтамасыз ету, олардың репродуктивтік ролін арттыру шаралары қарастырылған. Ұлттық заңда мемлекеттік органдардың аналар мен балалардың денсаулығына туындайтын қауіп-қатерлердің алдын алудағы, жүкті және бала емізуші әйелдердің жайлы еңбек ету жағдайын қамтамасыз етудегі жауапкершіліктері анықталған. Сонымен қатар жүктілікке байланысты декреттік демалысты, ауруға, жүктіліктің және босанудың асқынуына байланысты қосымша демалыс, қаржылай көмек және еңбек ету орнында дискриминацияға жол бермеу мәселелері көтерілген.

Гинекологиялық ауруларды дер кезінде анықтау мақсатында профилактикалық тексерулер ұйымдастырылады. Оның барысында гинекологиялық аурулардың 70%-на дейін анықталады. Алайда, фертильдік жастағы әйелдердің профилактикалық тексерумен қамтылуы 30 % артпайды. Әйелдерді диспансеризациямен қамту тиімділігін және оның дер кезінде жүзеге асырылуын зерттеу, бұл жұмыстың 60 % аспайтындығын көрсетті. Әсіресе диспансерлік бақылауға алудың дер кезінде жүзеге асырылуы қатерсіз ісіктерге байланысты 90-95 % құраса, қабыну ауруларына

байланысты 20 % аспайды. Әйелдерге стационарлық көмек перзентхананың, перинаталдық орталықтың немесе көпсалалы аурухананың акушерлік-гинекологиялық бөлімшесінде беріледі. Акушерлік-гинекологиялық стационарлар құрылымын жетілдірудің арқасында патологиялық жүктілігі бар әйелдерге арналған төсек- орындар саны 35% дейін артты. Осыдан денсаулығында патологияның алғашқы белгілері бар жүкті әйелдерге стационарда сапалы емделу мүмкіндігі айтарлықтай жоғарылады.

Стационарлық көмекті ұйымдастыруда қабылдау бөлімшесінің жұмысын жетілдіру ісіне баса көңіл бөлу қажет. Гинекологиялық аурулар мен жүкті әйелдерді бөлек қабылдайтын бөлмелерді жасақтау, жүкті әйелдерді арнайы бокстарда қабылдау, дені сау жүкті әйелдердің ауырған әйелдермен кездесуінің алдын алады. Инфекцияның таралуына жол бермейді. Дәл осы себептен босану бөлімшелерін физиологиялық және обсервациялық деп екіге жіктейді. Жаңа туылған нәрестелердің бөлімшелерін де физиологиялық және обсервациялық бөлімшелер жанынан ұйымдастырады. Физиологиялық бөлімшенің жанында ұйымдастырылған нәрестелер бөлімшесіндегі палаталар 4 төсек-орыннан артпауы тиіс, ал обсервациялық бөлімшесінің жанындағы нәрестелер палатасы 1-2 төсек-орыннан тұруы дұрыс болады. Аурухананың ішінде әртүрлі инфекция туындамас үшін арнайы санитарлық-гигиеналық ереже сақталады. Осы мақсатта босану бөлімшесіндегі палаталар санитарлық-гигиеналық дайындықтан өтіп, барлық төсек-орындар бір мезгілде толтырылады. Гинекологиялық бөлімшелердің оперативтік және консервативтік түрлері бар. Егер гинекологиялық стационардың қуаты жеткілікті болса, онда оперативтік және консервативтік бөлімшелер аурулардың түрлеріне қарай ұйымдастырылады.

Төсек-орын қорын дұрыс пайдалану үшін гинекологиялық стационарларда емделіп шыққан әйелдердің ауру тарихының көшірмесі де қажетті мәліметтерді толық қамтуы тиіс. Осы деректер әйелдерді учаскелік акушер-гинекологтың одан ары сапалы қадағалауына және диспансерлік бақылауды тиімді ұйымдастыруына кепіл болады.

Балаларға амбулаторлық-емханалық көмекті балалар емханасында ұйымдастырады. Балалар емханасының біріктірілмеген және балалар ауруханасымен біріктірілген түрлері бар. Өзінің қызмет көрсету аумағында емханалар 14 жасқа дейінгі балаларға (14 жыл 11 ай 29 күн) емдеу-профилактикалық көмек береді. Медициналық көмек емханалық жағдайда, науқастың үйінде, мектепке дейінгі мекемелер мен мектеп қабырғасында беріледі. Балалардың 85 % емдік-профилактикалық көмекті емханадан бастап алады және осы мекемеде аяқтайды. Емхананың медициналық көмекті ұйымдастыруы міндетті түрде учаскелік шарт пен диспансерлік әдісті негіз ете отырып жүзеге асырылады. Педиатриялық учаскеде туылғаннан 14 жасқа дейінгі 700-800 бала бақылауда болуы тиіс. Қазіргі таңда балаларға көрсетілетін мамандандырылған медициналық көмектің ауқымы арта түсуде. Осыған қарамай емханадағы негізгі қызметкер учаскелік педиатр болып табылады. Соңғы кездерде емханаларда отбасылық дәрігерлер басты

қызметкерлерге айналуға. Емханаға қаралу оқиғаларының 60 % учаскелік педиатрлардың үлесіне тиеді.

Науқастанған балалардың барлығы медициналық көмекті үй жағдайында алуы қажет. Емханаға тек дені сау немесе созылмалы патологиялары бар балалар келеді. Емхана қызметкерлерінің балаларды үйіне барып емдеу оқиғаларының 90 % -дан астамы учаскелік дәрігердің үлесіне тиеді. Учаскелік дәрігердің міндеті тек емдеумен аяқталмайды, олар дені сау және созылмалы патологиясы бар балалардың арасында профилактикалық шараларды жүзеге асырып, диспансерлік бақылау орнатады. Сондықтан учаскелік педиатр балалардың даму және денсаулығының қалыптасу заңдылықтарын жақсы білуі тиіс. Балалардың үйде тәрбиелену жағдайы мен патологиялардың профилактикасын белсенді жүргізіп, отбасындағы өмір сүру салтының дұрыс қалыптасуына ықпал етуі қажет. Басқаша айтқанда, учаскелік дәрігер педиатр – отбасы дәрігері болып табылады.

Учаскелік педиатр өз жұмысын стационарлық мекеме дәрігерлерімен тығыз ұштастыра отырып жүзеге асырады. Ол міндетті түрде акушер-гинекологтармен бірлесе отырып жұмыс істейді. Егер балалар арасында ауру туындауға алып келетін қауіпті себептер бар болса, онда қызмет көрсету аумағында профилактикалық шараларды белсенді ұйымдастырады. Дені сау балалардың арасында профилактикалық тексеру өткізіп, ата-аналарға қажетті кеңес береді. Оның ішінде тамақтандыру, дене шынықтыру, өзге дәрігер-мамандардың тексеруінен өту, лабораториялық-диагностикалық тексерумен қамтамасыз ету, вакцинация жасау мәселелері бар. Кешенді медициналық тексеру ауруды бастапқы кезеңінде анықтауға жағдай жасайды. Осыдан ауруды дер кезінде емдеп, оның созылмалы түрге айналуына жол бермейді. Жылына 4 реттен артық және 40 күннен аса ауыратын балаларға ерекше көңіл бөлінеді. Осы жиі және ұзақ ауыратын балалар арасында созылмалы патологиялар қалыптасуы мүмкін. Олар 3,4 және 5 денсаулық топтарына жатқызылған, созылмалы аурулары бар балалар педиатрлар мен дәрігер-мамандардың диспансерлік бақылауында болады. Дені сау және ауруы бар балалар арасындағы профилактикалық жұмыс санитарлық-ағарту жұмысы, гигиеналық тәрбие беру жұмысы түрлерінде жүзеге асырылады. Санитарлық-ағарту жұмысы емханаға қаралғандар арасында, балалардың үйіне барғанда және арнайы ұйымдастырылған сабақтарда жүргізіледі. Санитарлық-ағарту жұмысын жүргізуде «Дені сау балалар» бөлмесінің атқаратын ролі жоғары. Бұл бөлмеде ата-ананы дені сау балаларды тәрбиелеу тәртібіне үйретеді және салауатты өмір салтын насихаттайды. Кешенді медициналық тексеру нәтижесінде әрбір баланың денсаулық топтары анықталады. Кеңестер Одағында 1953 жылға дейін емханалық көмек «бір педиатр» жүйесі бойынша жүзеге асырылды. Балалар 14 жасқа дейін учаскелік педиатрдың қарауында болды.

Науқастанған балаларға медициналық көмек үйінде толық жазылғанға дейін көрсетілуі тиіс. Емханаға келген балалар фильтр арқылы өтуі тиіс. Бұл жерде ең білікті және тәжірибелі медбике жұмыс істейді. Баланың

денсаулығы туралы сұрастырып және емханаға келу себебін анықтап, терісі мен тамағын қарап және дене қызуын өлшеп, емханада одан ары қаралу мүмкіндігін бағалайды. Егер аурудың белгілері анықталса, онда кезекші дәрігердің тексеруіне жібереді. Бір жасқа дейінгі әртүрлі ауруға бейім балаларды аптаның белгілі бір күнінде қабылдау қажет. Балалар емханасында мектеп-мектепке дейінгі балалар бөлімшесі ұйымдастырылады. Бұл бөлімшеде мектеп жасына дейінгі 600 балаға 1 педиатр, мектеп жасындағы 2000 балаға 1 педиатр жұмыс атқарады. Бұл қызметкерлердің жұмыс орны бала бақшада және мектепте орналасады. Емханада осы бөлім меңгерушісінің бөлмесі қарастырылады. Емхана жұмысының маңызды шартының бірі жедел аурумен сырқаттанған балаларды үйінде емдеу болып табылады. Балаларды үйінде тексеру барысында алғашқы диагнозды қойып, аурудың жалпы жағдайына баға береді. Баланы үйде немесе стационарда емдеу туралы шешім қабылдайды. Үй жағдайында стационар ұйымдастырылғанда емхана ауру баланы тегін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етеді. Аурудың жанында медбикенің кезекшілігін тағайындайды немесе медбике күніне бірнеше рет аурудың халін білуге кіруі тиіс. Науқастың жағдайы жақсара бастағанда медбике күніне бір рет оның дене қызуын, терісінің түсін, жалпы жағдайын, тамыр соғысы мен демалысын тексеруі қажет. Жедел жәрдем жүйесінің дәрігері науқастардың шақыруымен, оларға үлкен көлемде медициналық көмек береді. Олар көбінесе ауыр жағдайдағы науқастарға көмек көрсетеді. Оларды өте ауыр жағдайдағы науқастарға шақырады. Сырқаттың жедел басталуы, дене қызуының аса жоғары болуы, құсу, жарақаттану, улану немесе іштің ауруы сияқты белгілер көптеген патологиялардың жалпы белгілеріне жататындықтан, науқасқа нақты диагноз қою өте күрделі болады. Кейбір жағдайда науқасты стационарға орналастыру қажет.

Қазіргі кезде емханалық жүйеде «Отбасылық дәрігер» немесе жалпы тәжірибелік дәрігер мамандығы қалыптасуда. Бұл мамандар барлық отбасы мүшелеріне медициналық көмек береді.

Балалар ауруханасы саласына (көпсалалы және мамандандырылған), ұйымдастыру жүйесіне (біріктірілген және біріктірілмеген), жұмыс қуатына (әртүрлі төсек-орын саны) қарай жіктеледі. Аурухананың педиатриялық, хирургиялық, инфекциялық бөлімдері бар. Ал, бөлімдер балалардың жасына қарай, 3 жасқа дейін бірге және 3 жастан кейін жынысына қарай жіктеледі. Аурухананың лабораториялық-диагностикалық және патологиялық бөлімдері де болуы қажет. Балалар ауруханасының қабылдау бөлімі қабылдау-тексеру бокстарынан тұрады. Олардың саны жалпы аурухана төсек-орынының 3% кем болмауы тиіс. Ауруханаға қабылдау барысында балаларда санитарлық-эпидемиологиялық станцияның эпидемиологиялық бөлімінен инфекциялық науқастармен қатысы болмағандығы жөнінде, ал педиатрлардан – ауырған балалар инфекциясы туралы анықтамасы болуы керек. Бұл деректер балаларды госпитализациялау мәселесін дұрыс шешуге көмектеседі. Аурухана іші инфекциясының таралуын шектеу үшін палаталардағы төсек-орынның санын дұрыс қалыптастыру керек. 1 жасқа дейінгі балалар үшін 1-2

төсек-орындық, ал жасы одан жоғары балалар үшін 4 төсек-орындық палаталар ұйымдастыру дұрыс болады. Ауруханадағы күнделікті тәртіп және балалардың тамақтануы олардың жасына қарай реттеледі. Науқас балалардың арасында жүргізілетін тәрбие және педагогикалық жұмыс емдеу-профилактика жұмыстарының маңызды бір бөлігі болып табылады. Бұл жұмыстар емдеу-қорғау тәртібін қамтамасыз етуге бағытталған. Науқас балаларды күтуге аналарды тарту және 2-3 жастағы балалармен бірге госпитализациялау жақсы нәтижесін береді. Осы жағдайда балалар науқастарынан тез айығады және олардың қуаты жылдам қалпына келеді. Денсаулық сақтау жүйесіндегі қайта құру ауруханалардың төсек-орындарының қысқаруына алып келді. Сонымен қатар, мамандандырылған төсек-орындардың саны арта түсуде.

Мектепке дейінгі және мектеп жасындағы балаларға қоғамдық тәрбие беретін мекемелер балалардың жасына, денсаулығына және отбасылық, әлеуметтік жағдайына қарай жіктеледі. Мектепке дейінгі балаларды тәрбиелейтін мекемеге бөбекжай мен балалар бақшасы жатады. Балаларды тәрбиелейтін ашық (балалар бақшасы, бөбекжай) мекемелерде балалар күндізгі уақытта тәрбиеленеді, ал жабық мекемелерде ата-анасы жоқ балалар тәрбие алады. Ондай балаларға жетімектер, жалғыз басты әйелдер балалары, тастанды балалар жатқызылады. Осындай мекемелерде жұмыс атқаратын педиатрлардың міндеттеріне:

- 1) Жаңадан түскен балаларды тексеріп, олардың осы мекемеге тез бейімделуіне арналған медициналық-педагогикалық ұсыныстар жасау;
- 2) Балалар арасында лабораториялық-диагностикалық тексеру жүргізу;
- 3) Балалардың денсаулық жағдайын, физикалық және жүйке-рухани даму үрдісін медициналық тұрғыда бақылау;
- 4) Профилактикалық егу жұмыстарын өткізуді қамтамасыз ету;
- 5) Дәрігер мамандардың кешенді тексерулерін ұйымдастыру;
- 6) Балалардың анатомиялық-физиологиялық және жүйке-психикалық жағдайына сай топтарға, сыныптарға жіктелу жұмыстарына белсене араласу;
- 7) Балалар топтарында инфекциялық аурулардың таралуына қарсы кешенді профилактикалық шараларды жүзеге асыру жұмыстары кіреді.

Балалардың сырқаттану оқиғаларын төмендету мақсатында, олардың тәрбиелеу мекемесіне бейімделу үрдісін жайлы етіп ұйымдастыру қажет. Балалардың сырқаттануын азайтуда жиі және ұзақ ауыратындармен жекелей жұмыстар жүргізу аса үлкен маңызға ие. Ауылдық жерде өмір сүретін балалар мен аналарға көрсетілетін медициналық көмек кезеңдете жүзеге асырылады. Оның бірінші кезеңінде (ауылдық дәрігерлік учаске) негізінен профилактикалық, эпидемияға қарсы және аз көлемде емдеу шаралары жүзеге асырылады. Ауылдық учаскелік ауруханада жеңіл түрде науқастанған балалар емделеді. Ал халдері ауыр науқастар аудандағы орталық ауруханаға жіберіледі.

Медицина бекеттері (фельдшерлік-акушерлік бекеттер) жүкті әйелдер мен сәбилерге емханалық-амбулаторлық көмек көрсетеді. Бұл мекемеде

фельдшер мен патронаждық медбике жұмыс атқарады. Екінші және ең негізгі кезең орталық аудандық аурухана болып табылады. Аналар мен балалар арасындағы медициналық көмекті ұйымдастырушы маман ауданның бас педиатры. Ал ірі аудандардың орталық ауруханасында бұл жұмысты бас дәрігердің балалар мен аналарды қорғау жөніндегі орынбасары атқарады. Ауыл балалары мен аналарына арналған ауруханалық төсек-орындардың 70 % орталық аудандық ауруханада, 10 % ауылдық учаскелік ауруханада және 20 % облыстық клиникалық балалар ауруханаларында ұйымдастырылуы тиіс. Облыс орталығының педиатрлары мен акушерлері тек қана мамандандырылған медициналық көмек беріп қоймайды, сонымен қатар олар ауылдық дәрігерлердің арасында ұйымдастырушылық-әдістемелік және емдеу-кеңес беру жұмыстарымен айналысады.

Балалар арасында туа біткен кемістіктерді, мүгедектікті және ерте жастан өлім оқиғаларын азайтуда педиатриялық және акушерлік-гинекологиялық көмек сапасын одан ары жақсартудың маңызы үлкен. Болашақта балалар мен аналар арасында кешенді медициналық тексеру шаралары жаңа технологияларды қолдана отырып, сапалы өткізу мәселелері қолға алынуда. Елімізде жаңа перинатальдық орталықтар ашылып, жүктілігі асқынған әйелдерді ерте кезеңнен сапалы бақылауға алу және медициналық көмекпен қамтамасыз ету жолға қойылып отыр. Осыдан соңғы жылдары нәрестелер мен аналар өлімі барынша төмендеп, демографиялық ахуал жақсаруда. Еліміздің Президенті Н.Ә.Назарбаев мырзаның қойып отырған талабы, балалар мен аналардың денсаулығын сақтау және қорғау дүниежүзінің соңғы жетістіктеріне сай жүзеге асырылуы тиіс. Сол үшін елімізде барлық әлеуметтік-медициналық жағдай жасалуда.

4.3. Ауыл тұрғындарына медициналық көмекті ұйымдастыру ерекшеліктері.

Республика тұрғындарының саны жылдан жылға өсу үстінде. 2012 жылдың бірінші жартысында оның саны 16 800 000 адамға жетті. Тұрғындардың 45,2 % ауылдық жерлерде өмір сүріп жатыр. Ауылдық жердегі тұрғындардың әлеуметтік жағдайын жақсартуға бағытталған мемлекеттік бағдарламалар белсенді түрде жүзеге асырылуда. Ауыл тұрғындары мен қала тұрғындары арасында медициналық көмекті ұйымдастыруда аса үлкен айырмашылықтар жоқ. Алайда ауылдық жердегі денсаулық сақтау жүйесінің өзіндік ерекшеліктері бар. Ауылдық жердегі еңбек ету және тұрмыстық ерекшеліктер медициналық көмекті ұйымдастыруға әсерін тигізеді. Бұл бірінші кезекте ауылды жердегі тұрғындардың қала тұрғындарына қарағанда өте сирек қоныстануы, елді мекендердің бір-бірінен және ірі аудан орталықтары мен өндірістік қалалардан алыс орналасуы, ауыл шаруашылығы өндірісінің маусымдық сипаты, жолдың нашарлығы және тағы басқа себептермен байланысты.

Ауыл тұрғындарына көрсетілетін медициналық көмек 2003 жылдың 12 қыркүйегінде жарық көрген денсаулық сақтау министрінің № 677 бұйрығына сәйкес ұйымдастырылады. Бұл бұйрықта ауыл тұрғындарына

алғашқы медициналық-санитарлық көмекті одан ары жетілдіруге және Қазақстан Республикасының «Денсаулық сақтау жүйесі» туралы заңын жүзеге асыруға бағытталған шаралар қарастырылған. Бұйрықта ауылдық жердегі медицина ұйымдарының түрлері мен жұмысын ұйымдастыру, оларды медициналық құралдар мен аппараттармен жабдықтау шамалары, ауылдық жерге қажетті мамандарды даярлау, оның ішінде жалпы тәжірибелік дәрігерлерді немесе отбасылық дәрігерлерді даярлап, оларды ауылдық жердегі медициналық көмекті ұйымдастыруға белсенді тарту мәселелерін шешу жолдары нақты етіп көрсетілген.

Ауыл тұрғындарына көрсетілетін медициналық көмек бірнеше кезеңде жүзеге асырылады. Ауылды жерлерде арнайы медицина мекемелері тұрғындарға қызмет жасайды, ал ауылдық денсаулық сақтау жүйесінде арнайы ұйымдастырушылық және әдістемелік жұмыстар қолданылады. Оның бірінші кезеңін ауылдық дәрігерлік учаске мен оның медициналық мекемелері құрайды. Екінші кезеңді аудандық медицина мекемелері түзеиді. Үшінші кезеңде облыстық және республикалық медицина мекемелері ауыл тұрғындарына арнайы мамандандырылған дәрігерлік көмек ұйымдастырады.

Бірінші кезеңде тұрғындарға медициналық көмекті учаскелік аурухана немесе дербес дәрігерлік амбулатория ұйымдастырады. Екінші кезеңде медициналық көмекті аудандық және орталық аудандық емхана мен аурухана көрсетеді. Ауыл тұрғындарына үшінші кезектегі медициналық көмекті облыстық, республикалық медицина мекемелері ұйымдастырады. Керекті жағдайда ауыл тұрғындарына медициналық көмекті қалалық мекемелер де бере алады.

Учаскелік аурухана мен дәрігерлік амбулаторияның негізгі қызметі – алғашқы білікті дәрігерлік көмек беру, санитарлық және эпидемияға қарсы шараларды жүзеге асыру болып табылады. Орталық аудандық аурухананың қызметі – арнайы мамандандырылған медициналық көмектің негізгі түрлері бойынша тұрғындарға көмек беру болса, облыстық және республикалық ауруханаларда жоғары білікті мамандандырылған медициналық көмектің барлық түрінен қызмет көрсетіледі.

Ауылдық дәрігерлік учаске – ауыл тұрғындарына көрсетілетін медициналық көмектің бірінші кезеңі. Ауылдық дәрігерлік учаскенің құрамына ауылдық учаскелік аурухана немесе ауылдық дәрігерлік амбулатория, фельдшерлік-акушерлік бекет, перзентханалық бөлме, маусымдық немесе тұрақты бөбекжай, өндірістік мекемелердің фельдшерлік бекеттері кіреді. Бұл мекемелер ауылдық елді мекендердің орналасқан жеріне, елді мекеннің тұрғындар санына, қызмет көрсету радиусына, жолдың сапасы мен ауданның әлеуметтік-экономикалық ахуалына байланысты ұйымдастырылады. Аудандағы ауылдық дәрігерлік учаскенің саны тұрғындардың санына және орталық аудандық ауруханаға дейінгі қашықтыққа қарай анықталады. Дәрігерлік учаскенің қызмет көрсету аумағының радиусы 7-10 километрге дейін жететін болса, онда оның тұрғындарының орташа саны 5000-7000 адам болуы тиіс. Қызмет көрсету радиусы ауылдық дәрігерлік учаске орналасқан елді мекеннен ең алыста

орналасқан қызмет көрсету бекетіне дейінгі арақашықтық болып табылады. Алайда, медициналық көмектің қол жетімділігіне тікелей әсерін тигізетін табиғи және экономикалық-географиялық себептерді есепке ала отырып, ауылдық дәрігерлік учаскенің аумағын және тұрғындардың санын әртүрлі етіп қалыптастыруға болады.

Ауылдық дәрігерлік учаскенің құрамына енетін медицина мекемелері ұйымдастырушылық тұрғыда біріктірілген. Олар учаскелік аурухананың немесе ауылдық дәрігерлік амбулаторияның бас дәрігерінің басқаруымен және бірінші жоспар бойынша жұмыс атқарады. Ауыл тұрғындарының ең алғаш рет қаралатын медицина мекемесі – фельдшерлік-акушерлік бекет немесе медицина бекеті болып табылады. Осы медицина бекеттерінің көмегімен ауыл тұрғындарына медициналық көмектің қол жетімділігі қамтамасыз етілді. Ауыл тұрғындарының өте сирек қоныстануына және ауылдық аурухананың қызмет көрсету аумағының үлкен болуына байланысты фельдшерлік-акушерлік (медицина) бекеттері ауыл тұрғындарына көрсетілетін медициналық көмекті олардың тұратын жеріне барынша жақындатады. Ауылдық жердегі медициналық көмекті осылайша ұйымдастыру, оның қалалық денсаулық сақтау жүйесін ұйымдастырудан айырмашылығын анықтайды.

Фельдшерлік-акушерлік бекеттерді ұйымдастыру үшін – ең жақын медицина мекемесіне дейінгі қашықтықтың 5 километрден асық және елді мекендегі тұрғындардың саны 700 адамнан артық болуы тиіс. Егер ең жақын орналасқан медицина мекемесіне дейінгі қашықтық 7 километрден артық болса, онда тұрғындардың саны 300-500 болатын елді мекендерде де фельдшерлік-акушерлік бекетті ашуға болады. Фельдшерлік-акушерлік бекеттердің негізгі міндеттеріне жататындар:

- 1) Ауыл тұрғындарына дәрігерге дейінгі медициналық көмекті беру;
- 2) Дәрігердің тағайындаған емдік шараларын дер кезінде және толық көлемде орындау;
- 3) Балалар мен жүкті әйелдер арасында патронаж ұйымдастыру. Бекітіліп берілген тұрғындардың денсаулығын жүйелі түрде қадағалау;
- 4) Дәрігердің басқаруымен тұрғындардың сырқаттылығын, оның ішінде инфекциялық, паразитарлық аурулармен, ауыл шаруашылық және тұрмыстық жарақаттармен сырқаттылығын төмендетуге бағытталған кешенді профилактикалық, санитарлық және эпидемияға қарсы шараларды жүзеге асыру;
- 5) Профилактикалық шараларды іске асыру, оның ішінде тұрғындар арасында иммунизацияны жүргізу;
- 6) Балалар мен аналардың өлімін төмендетуге бағытталған шараларды жүзеге асыру жұмыстары болып табылады;

Профилактикалық шараларды жүзеге асыру барысында фельдшерлік-акушерлік бекеттің қызметкерлері балалар мен жасөспірімдерді тәрбиелеу мекемелерін, коммуналдық тағамдану, өндірістік және өзге нысандарды ағымды санитарлық қадағалау жұмысына тікелей араласады. Елді мекендердің сумен қамтамасыз етілуін, аумақтың санитарлық тазалығын

бақылап, инфекциялық ауруларды кезінде анықтау мақсатында үйлерді аралайды, жұқпалы аурулармен арақатынаста болған тұлғаларды медициналық бақылауға алады. Аудандық санитарлық-эпидемиологиялық станцияның эпидемиология бөліміне белгілі болған инфекциялық, паразитарлық және кәсіби аурулар, санитарлық-гигиеналық талаптарды бұзушылық оқиғалары туралы шұғыл хабарнама түсіреді.

Ауылдық дәрігерлік учаскенің негізгі медицина мекемесіне учаскелік аурухана немесе дербес дәрігерлік амбулатории жатады. Учаскелік ауруханада көрсетілетін медициналық көмектің сипаты мен көлемі оның қуатына, жабдықталу дәрежесіне және мамандарының құрамына байланысты. Алайда учаскелік аурухананың қуатына қарамай тұрғындарға міндетті түрде терапевтік және инфекциялық ауруларға емханалық және стационарлық көмек берілуі тиіс. Сонымен қатар, жүктілердің босануына жәрдем ету, балаларға емдік-профилактикалық, неонаталдық, хирургиялық, травматологиялық және стоматологиялық көмек қамтамасыз етілуі қажет.

Учаскелік аурухананың қуаты қызмет көрсету аумағының радиусына, тұрғындардың саны мен орналасу тығыздығына, аудандық орталық ауруханаға дейінгі қашықтығына, өндіріс ошақтарының бар немесе жоқ болуына, жергілікті әлеуметтік-экономикалық және географиялық-климаттық жағдайға, жолдың ахуалына байланысты қалыптастырылады. Ауылдық учаскелік аурухананың 4 категориясы бар. Бірінші категориялық ауруханада 75-100 төсек-орын, екінші категориялық ауруханада 50-75 төсек-орын, III категориялық ауруханада 35-50 төсек-орын, IV категориялық ауруханада 25-35 төсек-орын болады. Учаскелік аурухананың орташа қуаты 35 төсек-орын болуы тиіс.

I категориялық ауруханада терапиядан, хирургиядан, акушериядан, педиатриядан, инфекциялық аурулардан, туберкулезден төсек-орын қарастырылады. Бұл аурухана клиникалық-диагностикалық қондырғылармен қамтамасыз етіледі.

II категориялық аурухананың терапевтік, хирургиялық, педиатриялық, акушерлік, инфекциялық ауруларға арналған төсек-орындары болады.

III категориялық аурухананың ересектерге және жас балаларға арналған төсек-орындары, хирургиялық, акушерлік және инфекциялық аурулар төсек-орындары болуы қарастырылған.

IV категориялық аурухананың терапиялық, хирургиялық және акушерлік төсек-орындары бар.

Учаскелік аурухананың құрамында емханалық бөлімше де ұйымдастырылады. Ауылдық дәрігерлік учаскенің негізгі қызметі тұрғындарға емдік-профилактикалық көмек, санитарлық және эпидемияға қарсы шараларды жүзеге асыру болып табылады. Медициналық көмектің ең кеңінен таралған түрі – амбулаторлық көмек болып есептеледі. Ауылдық дәрігерлік учаскедегі тұрғындарға амбулаторлық көмек учаскелік ауруханада немесе дербес дәрігерлік амбулаторииде және фельдшерлік-акушерлік бекеттерде беріледі.

Учаскелік аурухананың дәрігері балалар мен ересек тұрғындардың арасында амбулаторлық қабылдау жүргізеді. Науқастарға үйінде медициналық көмек және жедел жәрдем береді. Ауылдық дәрігер жалпы тәжірибелік дәрігер болуы тиіс. Ауылдық жердегі амбулаторлық және стационарлық көмекті ұйымдастырудың мынандай ерекшеліктері байқалады. Ауылдық дәрігердің амбулаторлық қабылдау уақтысы нақты белгіленбейді. Себебі, ауыл тұрғындарының маусымдық еңбек ету ерекшеліктері олардың дәрігерге келіп қаралу уақтысына өзгерістер енгізеді. Ауылдық дәрігердің міндеті ауыл еңбеккерлерінің мүддесін және денсаулығын сақтау саласындағы құқығын есепке ала отырып, медициналық көмекті барынша тиімді етіп ұйымдастыру. Дәрігердің жоқ кездерінде амбулаторлық қабылдауды фельдшер жүргізуі мүмкін. Науқастардың шақыруы бойынша учаскелік дәрігер, тек аурухана мен дербес дәрігерлік амбулатории орналасқан елді мекен тұрғындарына үй жағдайында медициналық көмек көрсетеді, ал өзге де елді мекендердің науқастарына фельдшерлік-акушерлік бекеттің фельдшерлері мен акушерлері қызмет жасайды. Ауылдық дәрігерлердің 1 жұмыс күні профилактикалық жұмыстарды жүргізуге арналады.

Дәрігерлердің стационарлық кезекшілігін атқаруына, үйінде отырып жүзеге асырылу құқығы беріледі. Алайда оның мекен-жайы мен телефоны кезекші медбикелердің алдында ілініп тұруы қажет. Егер науқасқа жедел медициналық көмек қажеттілігі туындаса, кезекші дәрігер түннің кез келген уақтысында жұмысқа шақырылады. Ауылдық (отбасылық) дәрігерлік амбулатория емдеу-профилактикалық ұйым болып табылады. Бұл ұйым қызмет көрсету аумағында сырқаттылықтың, мүгедектіктің алдын алуға және деңгейін төмендетуге, ауруды ерте кезеңнен анықтауға, дені сау және науқас адамдарды диспансеризация жасауға бағытталған кең ауқымды профилактикалық шараларды жүзеге асырады, тұрғындарға білікті медициналық көмекті берумен айналысады. Ауылдық дәрігерлік амбулатории дербес медициналық мекеме түрінде немесе ауылдық дәрігерлік аурухананың құрамында ұйымдастырылуы мүмкін. Бұл мекеменің негізгі атқаратын міндеттеріне жататындар:

- 1) Бекітілген тұрғындарға амбулаторлық немесе үй жағдайында ауруханадан тыс дәрігерлік көмек көрсету;
- 2) Сырқаттылық пен жарақаттанудың, паразитарлық және кәсіби аурулардың алдын алуға және деңгейлерін төмендетуге бағытталған шараларды жүргізу және іске асыру;
- 3) Ана мен баланың денсаулығын қорғауға бағытталған емдеу-профилактикалық шараларды жүргізу және іске асыру;
- 4) Ауылдық дәрігерлік амбулаториидің тәжірибесіне заманауи профилактика, емдеу, диагностика әдістерін, озық амбулаториялық-емханалық ұйымдардың алдыңғы қатарлы тәжірибесін қолданысқа енгізу;
- 5) Қол астына қарайтын фельдшерлік-акушерлік бекеттерді ұйымдастырушылық-әдістемелік тұрғыда басқару.

Амбулатории алдына қойылған міндеттеріне сай мынандай жұмыстарды жүзеге асырады:

- 1) Науқастарды амбулаторииде қабылдау және науқастарға үй жағдайында көмектесу;
- 2) Қауырт ауруларға және кездейсоқ жағдайда туындаған оқиғаларға байланысты алғашқы медициналық көмек беру, медициналық көрсетілімге байланысты науқасты өзге емдеу-профилактика ұйымдарына жіберу;
- 3) Аурудың ерте кезеңінде анықтау, уақтылы амбулаторлық тексеру, емдеу және госпитализацияға даярлау;
- 4) Науқастарды тексеруді және емдеуді стационарлық мекеме мен жедел және күттірмейтін медициналық көмек бөлімшесімен тығыз байланыста жүзеге асыру;
- 5) Уақытша еңбекке жарамсыздықты сараптау, еңбекке жарамсыздық парағын немесе анықтамасын беру;
- 6) Еңбекке тұрақты жарамсыздыққа ұшыраған тұлғаларды белгіленген тәртіпке сәйкес еңбек және әлеуметтік тұрғыда қорғау
Министірлігінің органдарына бағытнама беріп, мүгедектік туралы мәселені шешуге ықпал ету;
- 7) Диспансеризацияға жататын тұлғалардың арасында профилактикалық медициналық тексеру жүргізу, оларды тоқтаусыз бақылауға алу, денсаулығын жақсартуға бағытталған емдеу-профилактикалық шараларды жүзеге асыру;
- 8) Ауыл шаруашылығы өндірісінің жұмысшыларын жаппай маусымдық дала жұмыстары кезеңінде басым медициналық көмекпен қамтамасыз ету;
- 9) Ана мен баланың денсаулығын қорғау;
- 10) Санитарлық және эпидемияға қарсы шараларды жүзеге асыру;
- 11) Белгіленген тәртіп бойынша, қызмет көрсету аумағында анықталған инфекциялық, паразитарлық және кәсіби аурулар туралы мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық станцияның эпидемиологиялық бөліміне жедел хабарнама түсіру;
- 12) Фельдшерлік-акушерлік бекеттің жұмысын қадағалау және тәжірибелік көмек беру үшін дәрігерлердің фельдшерлік-акушерлік бекетке жоспарлы шығып тұруын қамтамасыз ету.

Ауылдық дәрігерлік амбулаторидің құрамына кіретіндер:

- 1) Есепке алу және медициналық статистика кабинеті;
- 2) Дәрігерлік қабылдау бөлмелері, терапевтік, педиатриялық, хирургиялық, акушерлік-гинекологиялық, стоматологиялық және инфекциялық бөлмелер бар;
- 3) Көмекші-диагностикалық бөлмелер, оның ішінде: жабдықталған физиотерапевтік, зертханалық, рентгенологиялық бөлмелер;
- 4) Күндізгі стационар;
- 5) Әкімшілік-шаруашылық бөлім;
- 6) Фельдшерлік-акушерлік бекеттер, медициналық бекет, жеке

кабылдау бөлмесі қарастырылмаған медицина қызметкерлері.

Ауылдық дәрігерлік амбулатории бекітілген нормативтерге сәйкес медициналық қондырғылармен, құрал-саймандармен, шаруашылық мүліктермен жабдықталады. Бұл медицина мекемесі Қазақстан Республикасының Конституциясына, заңдық құжаттарына және нормативтік құқықтық актілерге, уставына және белгіленген жағдайына сүйене отырып өз жұмысын ұйымдастырады. Дербес ауылдық дәрігерлік амбулаториидің құқықтық тұлға ретінде дөңгелек мөрі, арнайы бұрыштамасы және атауы жазылған бланкасы болады. Бұл мекеме белгіленген тәртіпке сай өз жоспарын құрастырып, қызметі туралы есебін береді, есепке алу құжаттарын жүргізеді. Осы жұмыстың бәрін денсаулық сақтау органдары тағайындайтын және босататын бас дәрігер (аға дәрігер) ұйымдастырады.

Ауыл тұрғындарына көрсетілетін медициналық көмектің екінші кезеңі – аудандық денсаулық сақтау мекемелерінде басталады. Олардың қатарында: орталық аудандық аурухана, номерлі аудандық аурухана, аудандық санитарлық-эпидемиологиялық станция, туберкулезге қарсы диспансер, медициналық-санитарлық бөлім, аудандық инфекциялық аурухана, аудандық перзентхана бар. Аудандық медицина мекемелері аудан орталығында орналасады. Бұл жердегі ең маңызды және жетекші медициналық мекеме орталық аудандық аурухана болып табылады. Осы мекемеде ауыл тұрғындарына негізгі дәрігерлік мамандықтар бойынша медициналық көмек беріледі. Бұл мекеме ауданның барлық емдеу-профилактикалық мекемелеріне ұйымдастырушылық-әдістемелік тұрғыда жетекшілік жасайды. Орталық аудандық аурухананың негізгі міндеттеріне аудан және аудан орталығы тұрғындарын білікті мамандандырылған медициналық көмекпен қамтамасыз ету, аудандағы денсаулық сақтау мекемелерінің жұмысын оперативтік және ұйымдастырушылық-әдістемелік тұрғыда басқару, аудандық денсаулық сақтау мекемелерінің материалдық-техникалық тұрғыда жабдықталуын, жоспарлау және қаржыландыру жұмыстарын қамтамасыз ету, медициналық көмек сапасын арттыруға және тұрғындардың денсаулығын жақсартуға бағытталған шараларды жасау және жүзеге асыру жұмыстары жатады. Қуаты жағынан орталық аудандық аурухананың 6 категориясы бар. Төсек-орындар саны бойынша 100 ден 400 дейін орындық ауруханалар жұмыс атқарады. Алайда қалалық елді мекендерде орналасқан аудан орталығында орта есеппен 270 орындық орталық аурухана, ауылдық елді мекенде – 165 төсек-орындық аурухана салынады. Аудан орталығында орналасқан орталық аудандық ауруханадан басқа әкімшілік аумақта номерлі аудандық аурухана да ұйымдастырылуы мүмкін. Олар орталық аурухананың филиалы ретінде жұмыс істейді және олар жеке мамандандырылған медициналық көмектерді көрсетеді. Орталық аудандық аурухана орналасқан елді мекенде ауылдық учаскелік аурухана қарастырылмайды. Сондықтан бұл елді мекеннің тұрақты тұрғындарына орталық аудандық аурухана мен емхана қызмет көрсетеді. Орталық аудандық аурухананың бас дәрігері бүкіл ауданның бас дәрігері болып есептелінеді. Ол аурухананың жұмысын басқарады, оның профилактикалық, емдеу, диагностика, шаруашылық,

әкімшілік, қаржылық істерін ұйымдастырады, ауданның барлық денсаулық сақтау мекемелерінің жұмысына басшылық етеді. Бас дәрігер осы жұмыстарды ұйымдастыруда өзінің ұйымдастыру-әдістемелік, балаларға және әйелдерге босануға көмектесу, медициналық істер жөніндегі орынбасарларына сүйенеді. Денсаулық сақтау жүйесінің жұмысын оперативті басқару мақсатында бас дәрігердің жанынан медициналық кеңес ұйымдастырылады. Оның құрамына аудандық денсаулық сақтау жүйесінің жауапты қызметкерлері кіреді.

Денсаулық сақтау жүйесі мекемелерін ұйымдастырушылық-әдістемелік тұрғыда басқару үшін ұйымдастырушылық-әдістемелік бөлме мен басты дәрігер-мамандар тағайындалады. Бұл бөлменің мамандары ауылдық дәрігерлік учаскелерде орналасқан денсаулық сақтау мекемелеріне шығып, емдеу, профилактика, диагностика жұмыстарын ұйымдастыру мәселелері бойынша кеңес береді, денсаулық сақтау мекемелерінің сапалық көрсеткіштерін зерттейді, медициналық көмек сапасын арттыруға бағытталған шаралардың жоспарын жасайды және дәрігерлердің біліктілігін арттыру жұмыстарын ұйымдастырады.

Аудан дәрігерлерінің біліктілігін арттыру мақсатында орталық аудандық ауруханада клиникалық-анатомиялық конференциялар, семинарлар, кеңестер, лекциялар мен баяндамалар ұйымдастырылып, бас мамандардың күшімен дәрігерлерді жаңа диагностика, емдеу, профилактика және реабилитация әдістерімен таныстырып отырады. Фельдшерлік-акушерлік бекеттің орта буынды медициналық қызметкерлері өз біліктіліктерін орталық аудандық аурухананың қабырғасында арттырады. Ауыл тұрғындарына көрсетілетін медициналық стационарлық көмек 10-15 мамандық бойынша ұйымдастырылады. Оны жүзеге асыру мақсатында орталық аудандық ауруханада терапевтік, хирургиялық, акушерлік-гинекологиялық, педиатриялық, травматологиялық және ортопедиялық, урологиялық, оториноларингологиялық, неврологиялық, психиатриялық, стоматологиялық, дерматовенерологиялық, офтальмологиялық, инфекциялық аурулар бойынша бөлімдер мен палаталар ұйымдастырылады. Қажетті жағдайда ауданаралық мамандандырылған бөлімшелер де ұйымдастырылуы мүмкін.

Ауылдық денсаулық сақтау жүйесін дамытудың басым бағыты ретінде амбулаторлық-емханалық көмекті одан ары жетілдіру жұмыстары қарастырылған. Ауылдық дәрігерлік учаскелерде жаңа терапевтік, педиатриялық учаскелер ашылуда. Медициналық көмектің жылжымалы түрлері, оның ішінде жылжымалы дәрігерлер бригадалары, стоматологиялық бөлімшелер, тіс протезі бөлмелері мен зертханалары ұйымдастырылуда. Ауылды жерде жедел медициналық көмекті дамытуға да көптеп көңіл бөлінуде. Жылдан жылға ауылдық дәрігерлік учаскені дәрігерлермен және орта буынды медицина қызметкерлерімен қамтамасыз ету ісі қарқынды жүзеге асырылуда. Жас дәрігер-мамандардың ауылды жерге тұрақтануын жеңілдету мақсатында жергілікті әкімшіліктер оларды тұрғын үймен және

коммуналдық көмекпен тегін қамтамасыз етуде. Олардың белсенділігін арттыру үшін көтерме қаржы көзі де қарастырылған.

Ауыл тұрғындарына көрсетілетін көмектің үшінші кезеңі облыстық және республикалық ауруханаларда жүзеге асырылады. Осы мекемелерде атқарылатын жұмыстар мыналар:

- тұрғындарды жоғары дәрежеде мамандандырылған емханалық және стационарлық көмекпен қамтамасыз ету;
- облыс аумағындағы барлық емдеу-профилактикалық мекемелердің жұмысына ұйымдастырушылық-әдістемелік көмек беру;
- мамандандырылған көмек беретін барлық медицина мекемелерінің емдеу-профилактикалық және ұйымдастырушылық-әдістемелік жұмыстарын үйлестіру;
- санитарлық авиация мен автокөліктерді пайдаланып, ауыл тұрғындарына білікті маман-дәрігерлердің жедел медициналық көмегін көрсету;
- облыстық емдеу-профилактика мекемелерінің статистикалық есепке алу, есеп беру жұмыстарын бақылау және басқару;
- облыстық ауруханада және барлық емдеу-профилактикалық мекемелерде берілетін медициналық көмек сапасын сараптау мен басқару;
- облыстағы тұрғындардың сырқаттылығын, мүгедектігін, жалпы және балалар өлімін сараптау;
- денсаулық көрсеткіштерін жақсартуға бағытталған шараларды құрастыруға қатысу және үйлестіру;
- емдеу-профилактика мекемелерінің қол жеткізген озық тәжірибелерін қорытындылау және жергілікті медицина мекемелерінің жұмысына ендіру. Оның ішінде емдеу, профилактика, диагностика және реабилитация жұмыстарындағы жаңа әдістер мен технологияларды тәжірибеге енгізу ерекше орын алады;
- облыстық емдеу-профилактикалық мекемелердің дәрігер мамандары мен орта буынды медицина қызметкерлерінің біліктілігін арттыру шараларын жүзеге асыру жұмыстары бар.

Сонымен бірге облыстық аурухана емдеу-профилактикалық, ғылыми ұйымдастыру, әдістемелік және оқу орталығы ретінде қызмет көрсету аумағының жетекші медицина мекемесі болып табылады. Облыстық аурухананың қуаты жергілікті тұрғындардың санына байланысты қалыптастырылады. Оның төсек-орын саны 300 ден 800 дейін жетеді. Негізінен облыстық аурухананы 700-800 орындық етіп ұйымдастырған өте тиімді. Осындай ауруханада барлық қажетті мамандықтар бойынша бөлімшелері болады. Облыстық аурухананың құрамында міндетті түрде мынандай құрамдық бөлімдер болуы тиіс, оның ішінде:

- стационар;
- кеңес беру емханасы;
- емдеу-диагностикалық бөлімдер, бөлмелер және зертханалар;
- ұйымдастыру-әдістемелік бөлім және медициналық статистика

бөлімшесі;

- шұғыл және жоспарлы-кеңес беру бөлімі қарастырылуы қажет.

Бас дәрігердің немесе ұйымдастырушылық-әдістемелік бөлімнің жанынан оперативтік бөлімше ашылуы мүмкін. Бұл бөлімше әкімшілік-шаруашылық қызметтердің басым бөлігін игереді. Соңғы кездерде осы бөлімнің құрамында сапаны басқару тобы ұйымдастырылуда. Бұл топтың құзырында күнделікті жұмыста стандарттар мен талаптарды сақтау жұмыстарын қадағалау кіреді. Облыстық аурухана құрамында пансионат ұйымдастырылды. Онда алыстан емделуге келген науқастар өздерінің ауруханада тексерілуге қажетті уақтысында тұрады. Кеңес беру емханасында облыстық аурухананың ең білікті дәрігер мамандары жұмыс істейді. Олар науқастарға медицинаның ең басты мамандықтары бойынша кеңес береді, диагнозын нақтылайды, қажетті зертханалық тексеруді ұйымдастырады және оларды ауруханаға жатқызу мәселесін шешеді.

Емхананың қуатына қарай елді мекен тұрғындарына кеңес алу үшін шақыру жібереді. Осылайша ауыл тұрғындары қажетті мамандандырылған дәрігерлік көмекке қол жеткізеді.

Облыстық аурухананың кеңес беру емханасына келген науқастардың қолында ауданда барынша жетік және толыққанды тексеруден өткендігін дәлелдейтін нәтижелер болуы қажет. Егер науқас облыстық ауруханаға тексеру нәтижелерінсіз келсе, онда оны кеңес беру емханасында тексеруге мәжбүр болады. Сондықтан науқас дер кезінде қажетті стационарлық көмекті ала алмайды. Егер аурудың халі өте нашар болса, онда облыстық аурухананың кеңес беру емханасының мамандары аудандық аурухана дәрігерлерінің шақыруы бойынша ауданға шығады және науқасқа оның төсек-орнында тексеру өткізіп, емдік шараларды тағайындайды. Науқастарды облыстық ауруханаға жатқызу қабылдау бөлім арқылы жүзеге асырылады. Кеңес беру емханасы әрбір тексеруден өткен науқасқа медициналық қорытындысын береді. Онда аурудың диагнозы, емдеу шаралары және науқасқа емдеу шараларын одан ары жүргізу жолдары көрсетіледі. Бұл медициналық қорытынды ауылдық учаскелік және аудандық аурухана дәрігерлеріне жіберіледі. Кеңес беру емханасында аудандық аурухана берген диагнозда кеткен әрбір қателікті талқылайды. Аудандық ауруханада жүргізілген тексеру барысында жіберілген қателіктерді сараптайды. Осы сараптаудың қорытындысы бойынша аудандық ауруханалар мен емханалардың емдеу-профилактикалық жұмысын жақсартуға бағытталған ұсыныстары бар мәлімет хат жасалады және аудандық дәрігерлердің күнделікті жұмыстарында қолдануға ұсынады. Жедел және жоспарлы медициналық кеңес беру бөлімінде:

- Облыстық ауруханада және ауданның шақыруы бойынша науқастарға жедел және жоспарлы-кеңес беру жұмысын ұйымдастырады;

- Науқастарды облыстық мамандандырылған медицина мекемелеріне тасымалдауды, аурудың өмірін сақтауға қажетті медициналық дәрілер мен құралдарды жедел жеткізуді қамтамасыз етеді;

- Ауданға медициналық көмекке жіберілген бригадалармен тоқтаусыз байланысты қамтамасыз етеді. Осы мақсатта санитарлық авиация мен автокөліктер пайдаланылады.

Жоғарыда аталған қызметтерді атқару үшін облыстық аурухана санитарлық көлікпен, арнайы хирургиялық, гинекологиялық құралдармен, қан құюға арналған қондырғылармен толыққанды қамтамасыз етілді. Ұйымдастырушылық-әдістемелік жұмыс облыстық аурухана бөлімдерінің негізгі міндеттерінің біріне жатады. Сондықтан аурухананың әрбір бөлімшесі аудандық емдеу-профилактика мекемелерінің дәрігерлеріне ұйымдастырушылық-әдістемелік көмегін береді.

Бұл жұмысты ұйымдастыру-әдістемелік бөлімге тапсырылады. Сонымен қатар, бұл бөлімге жүктелетін жұмыстарға жататындар:

- емдеу-профилактика мекемелерінің жұмыс көлемі мен сипатын зерттеу;

- облыстық денсаулық сақтау мекемелеріне ұйымдастыру-әдістемелік және емдеу-кеңес беру жұмыстары бойынша көмектесу;

- облыс тұрғындарының денсаулық көрсеткіштерін зерттеу;

- дәрігерлердің біліктілігін арттыру жұмысын ұйымдастыру;

Дәрігерлердің біліктілігін арттыруда аудандық, ауданаралық, жалпы дәрігерлік және мамандандырылған ғылыми-тәжірибелік конференциялардың маңызы өте үлкен. Дәрігерлердің біліктілігін арттыруда медициналық жоғары оқу орындарында ұйымдастырылатын арнайы курстардың да маңызы бар.

4.4.Өндірістік мекеме жұмысшыларына медициналық-санитарлық көмекті ұйымдастыру.

Өндірістік жұмысшылардың арасында медициналық көмекті ұйымдастыру тұрғындарға берілетін емдеу-профилактикалық көмектің қосымша түрі болып есептеледі. Қазіргі таңда Қазақстан Республикасындағы өндіріс ошақтарына тұрғындардың 25 % еңбек етеді. Олардың басым бөлігі жұмысшылар мен қызметкерлер болып табылады. Оларға медициналық көмек тұрғын аумақтарында орналасқан медицина мекемелерімен қатар арнайы медициналық-санитарлық мекемелерде ұйымдастырылады. Бұл әлеуметтік топтардың денсаулығын жоғары деңгейде қалыптастырудың маңызы үлкен. Жұмысшылар еліміздің ұлттық байлығын қамтамасыз ететін әлеуметтік топ. Сондықтан жұмысшылар денсаулығына ерекше көңіл бөлінеді. Өндіріс орындарында медициналық-санитарлық көмекті ұйымдастыру жүйесі Кеңестер Одағы дәуірінде қолға алынып, XX ғасырдың 90 жылдарында толығынан жетілдірілген жүйеге айналған болатын. Алайда Кеңестер Одағының ыдырап, Қазақстан Республикасы өз егемендігіне иеленгеннен кейін бұл жұмыстар мемлекеттік жүйеден жекеменшік жүйеге ауысып кетті. Ірі өндіріс ошақтарында көрсетілетін медициналық көмек жекеменшіктегі медициналық компаниялардың құзырына өтті. Медициналық-санитарлық бөлім кешенді медициналық мекеме болып

табылады. Оның құрамына емхана, дәрігерлік немесе фельдшерлік денсаулық бекеттері, стационар, санатории-профилакторий, диеталық асхана, балаларды сауықтыру мекемелері кіреді.

Қазіргі кезеңде медициналық-санитарлық бөлімдердің 4 тобы бар. Олардың 1-ші тобына – мемлекеттік және министрліктерге қарасты медициналық-санитарлық бөлімдер жатады. Оның ішінде, Мемлекеттік қауіпсіздік комитетінің, ішкі істер министрлігінің, жол қатынастары министрлігінің және басқа Мемлекеттің меншігіндегі медициналық-санитарлық бөлімдер бар.

Медициналық-санитарлық бөлімдердің екінші тобына – ашық медициналық-санитарлық бөлімдер жатады. Олар қазіргі кезеңде аумақтық медицина мекемелер қатарына кіреді және өндіріспен ескі байланысын сақтап қалғандықтан, жұмысшыларға келісім-шарт бойынша қызмет көрсетеді.

Медициналық-санитарлық бөлімнің үшінші тобына – жекеменшікке өтпеген өндіріс орындарында жұмыс атқаратын медицина мекемелері жатады. Бұл медицина мекемелері өндіріс орнымен тығыз байланысты. Жұмысшыларға көрсетілетін дәрігерлік көмек деңгейі өзгеріссіз сақталған және өндірістік орта жағдайын есепке ала отырып ұйымдастырылған денсаулық сақтау мекемесі болып табылады. Бұл мекемеде Кеңестер Одағы кезінде қалыптасқан медициналық көмекті ұйымдастыру шарттары қолданылады.

Бұл мекемелердің үшінші тобына жабық медициналық-санитарлық бөлімдер жатады. Жабық медициналық-санитарлық бөлімдер жекешелендірілген өндіріс орындарында қызмет көрсетеді. Олардың қызметі өндіріс орындары қаржысымен қамтамасыз етіледі.

Медициналық-санитарлық бөлімдердің негізгі міндеттері мен қызметтері мынандай:

- 1) Жалпы және кәсіби ауруларды, өндірістік жарақаттарды, сырқаттылық пен мүгедектікке байланысты еңбекке жарамсыздық оқиғаларын төмендету мақсатында бекітіліп берілген өндіріс жұмысшыларына білікті және мамандандырылған медициналық көмек беру;
- 2) Санитарлық-эпидемиологиялық станция мамандарымен және өндіріс әкімшілігімен бірге жұмысшыларды сауықтыруға арналған шараларды құрастырып, іс жүзіне асыру;
- 3) Өндіріс жұмысшылары денсаулығының және еңбек ету ортасы жағдайының санитарлық талаптарына сай келуін қадағалау. Медициналық-санитарлық бөлімде жұмыс атқаратын қызметкерлердің құрамын бас дәрігер бекітеді. Алайда бұл жұмыс міндетті түрде өндіріс орны әкімшілігімен келісіледі. Бұл мекеменің қызметі өндіріс орнының қорынан, мемлекеттік бюджеттен, ақылы медициналық көмек беру қорынан қаржыландырылады. Медициналық-санитарлық бөлімнің қызметі, оның меншігіне қарамай, тұрғындардың денсаулығын қорғау мәселелеріне арналған мемлекеттік заңдармен және нормативтік құжаттармен реттеледі. Меншік иелігіне қарамай, медициналық-санитарлық бөлімдер денсаулық сақтау жүйесінің

басқару органдарына өз жұмысы туралы есеп беріп отырады. Медициналық-санитарлық бөлім дәрігерлері өндіріс жұмысшыларына медициналық көмекті цехтік учаске шарты бойынша ұйымдастырады. Бір цехтік дәрігерлік учаскеге 1500-2000 жұмысшы болады. Аса қауіпті өндірістердегі цехтік дәрігерлік учаскеде орта есеппен 2000 жұмысшы, ал қауіпсіз өндірістерде 1500-ге дейін жұмысшы болуы мүмкін. Цехтік дәрігерлік учаскені дәрігер-терапевт басқарады. Бұл қызметке «Емдеу ісі» мамандығын иеленген жоғары білімді дәрігер тағайындалады. Цехтік терапевт-дәрігер өз қызметін өндіріс әкімшілігімен келісілген шарт бойынша жүзеге асырады.

Егер өндіріс орнының жұмысшыларына медициналық көмек аумақтық емханада көрсетілсе, онда емханада цехтік дәрігерлік учаске ұйымдастырылып, дәрігер мен медбикенің қызметі штатқа ендіріледі. Ал, тіркеу бөлімінде жұмысшылар үшін арнайы терезе ашылады. Жұмысшыларға көрсетілетін стационарлық көмек медициналық-санитарлық бөлімнің төсек-орындарында немесе арнайы бөлінетін қалалық аурухананың стационарлық бөлімшесінде жүзеге асырылады. Цехтік дәрігерлік-терапевт міндетті түрде өндірістік технологиямен таныс болуы және негізгі кәсіптер мен өндірістік қауіпті себептерді жақсы білуі қажет. Себебі, әрбір өндірістік қауіпті себеп, өзінің организмге әсер ету ерекшелігіне сай алдын алу шараларын жүзеге асыруды қажет етеді. Осы талаптарды цехтік дәрігердің тәжірибесінде дұрыс қолдану, жұмысшылардың денсаулығын қорғау ісін сапалы жүргізуге жағдай туғызады. Сонымен қатар, цехтік терапевт дәрігер ауырған жұмысшыларға үй жағдайында көмек көрсетпейді. Бұл жұмысты орындау үшін цехтік дәрігер учаскелік терапевтпен қоян-қолтық жұмыс істеуі қажет.

Цехтік дәрігерлердің жұмысындағы негізгі міндеттерге жататындар:

- учаскедегі жұмысшылардың еңбек ету және техникалық қауіпсіздікті сақтау жағдайын бақылау;
- емханада қабылдау барысындағы және стационардағы емдеу жұмыстарын, еңбекке жарамсыздықты сараптауды қамтамасыз ету;
- цехтағы профилактикалық жұмысты іске асыру;
- өндірістік жарақаттардың алдын алу және төмендету;
- профилактикалық тексеру, белгіленген тұлғалар арасында, созылмалы аурулары бар, жиі және ұзақ ауыратындарды диспансеризациялау;
- уақытша еңбекке жарамсыздық оқиғаларын сараптау;
- өндіріс әкімшілігін бірге, санитарлық-эпидемиологиялық қызметтің келісімімен жұмысшылар арасында сауықтыру және эпидемияға қарсы шараларды жасау және жүзеге асыру.

Цехтік терапевт дәрігер ай сайын жоғарыда аталған міндеттер бойынша жоспар жасап, оны цехтың әкімшілігі мен денсаулық бекеті қызметкерінің көмегімен орындайды. Цехтік терапевттің ең маңызды жұмыстарының бірі учаскедегі еңбек ету жағдайын бақылау болып табылады. Осы дәрігерлер денсаулық бекеті қызметкерлерімен, техника қауіпсіздігі инженерімен, өндірістік-санитарлық дәрігермен және өндіріс әкімшілігімен бірге кәсіби қауіптілігі бар жұмыс орнына бақылау жүргізеді. Оның тағы бір міндеті

кәсіби аурулардың алдын алу, қайталай өндірістік жарақат алуды болдырмау. Сондықтан ол өндірістік қауіптілік себептерін болдырмауға бағытталған шараларды белсенді жүргізуі тиіс. Әсіресе еңбек ету ортасының гигиеналық тұрғыда қауіпсіз болуын қамтамасыз етудің маңызы өте үлкен. Емдеу жұмысын емханада немесе стационарда жүзеге асырады.

Жұмысшылардың науқастануына немесе жарақат алуына байланысты цехтік дәрігер оған сырқаттану парағын 10 күнге дейін созып беруге құқығы бар. Еңбекке жарамсыздық оқиғасы 30 күннен асса, онда медицина мекемесі басқармасының тағайындауымен клиникалық сараптау комиссиясына тексеруге жіберіледі. Бұл комиссия сырқаттылық парағын одан ары созады немесе ауруды стационарға бағыттайды. Клиникалық-сараптау комиссиясының шешімімен сырқаттылық парағы 10 айға дейін созылуы мүмкін. Қажетті жағдайда еңбекке жарамсыздық парағы 12 айға дейін созылады, ал комиссияның отырысы 30 күнде бір рет жүзеге асырылады.

Цехтың дәрігері өндіріс орнының санитарлық-гигиеналық жағдайына, жұмысшылардың тамақтану ережесіне, цехтың желдендіру жағдайына, түскі демалысты пайдалануына көңіл бөледі. Цехтың дәрігері фельдшерлік денсаулық бекетіне қадағалау орнатады. Осы жерде жұмысшылар арасында санитарлық-ағарту шараларын ұйымдастырып, профилактикалық тексеру өткізеді.

Өндірістік санитарлық дәрігермен, техникалық қауіпсіздік бөлімі инженерімен және цехтың әкімшілігімен бірге өндірістік жарақаттану оқиғаларының алдын алу жұмыстарымен айналысады. Жарақаттану оқиғаларын азайту мақсатында жұмысшылардың өндірістік санитария ережелерін сақтауын және жұмысшыларды қауіпсіздік ережелеріне үйрету жұмыстарын белсенді жүргізілуін қадағалау, әрбір өндірістік жарақаттану оқиғаларын зерттеуге қатысу, барлық жарақаттану оқиғаларын сараптау, санитарлық ағарту жұмысын сапалы ұйымдастыру қажет.

Цехтік дәрігердің маңызды жұмысының бірі жұмысшылар арасында диспансеризацияны белсенді ұйымдастыру болып табылады. Диспансерлік бақылауға дені сау жасөспірім-жұмысшылар, жүкті әйелдер, өндірістік зиянды кәсіптегі жұмысшылар, соғыс ардагерлері, негізгі кәсіптегі жұмысшылар алынады. Сонымен қатар созылмалы ауруы бар тұлғалар мен жиі және ұзақ ауыратын адамдар да белгілі бір диспансерлік топтар бойынша бақыланады. Ұзақ және жиі ауыратын жұмысшылардың қатарына жыл бойы этиологиялық біріңғай аурумен немесе одан да көп аурумен 40 күн немесе одан да артық күндерге ауырған жұмысшыларды жатқызады. Сонымен қатар, этиологиясы әртүрлі 6 немесе одан да көп аурумен, әртүрлі аурулармен 60 немесе одан да көп күн ауырған науқастар жатқызылады.

Жиі және ұзақ ауыратын ауруларды дер кезінде анықтау үшін цехтың дәрігері әрбір жұмысшының уақытша еңбекке жарамсыздық оқиғаларын айына бір рет тексеріп отыруы қажет. Цехтық дәрігер уақытша еңбекке жарамсыздық оқиғаларын сараптай отырып, жұмысшыларды сауықтырудың кешенді біріңғай жоспарын жасауға белсенді қатысады. Бұл кешенді біріңғай жоспарды құрастырудың мақсаты өндірістегі еңбек ету жағдайын

жақсарту, көрсетілетін медициналық көмектің сапасын арттыру, сырқаттану және жарақаттану оқиғаларының алдын алу арқылы жұмысшылардың денсаулығын жақсарту болып табылады.

Бірінғай кешенді сауықтыру шаралары әкімшіліктің, медициналық-санитарлық бөлімнің, санитарлық-эпидемиологиялық станцияның, техника қауіпсіздігін сақтау бөлімінің және кәсіподақ ұйымы мамандарының қатысуымен 1 жылға арнап құрастырылады. Ол негізгі 4 тараудан тұрады, оның ішінде санитарлық-техникалық, санитарлық-гигиеналық, емдеу-профилактикалық және ұйымдастырушылық шаралары бар. Медициналық көмекті жұмыс орнына барынша жақындату үшін өндірістік цехтарда денсаулық бекеттері ашылады. Олар өндіріс орны медициналық-санитарлық бөлімнің немесе аумақтық емхананың құрамына кіреді.

Жұмысшыларының жалпы саны 1200-ден артық өндірістік кәсіпорында және капиталдық құрылыс нысандарында немесе бір-біріне жақын орналасқан, денсаулық бекетін ұйымдастыруға қажетті жұмысшылар саны жеткіліксіз бірнеше кәсіпорында, егер олар қалалық емханадан 4 километрден астам қашықтықта орналасса, онда дәрігерлік денсаулық бекеті ашылады. Ал жұмысшылар саны 500 кем емес кәсіпорындарда фельдшерлік денсаулық бекеті ұйымдастырылады.

Жоғары және орта арнайы оқу орындарындағы күндізгі факультеттерде оқитындардың саны 1200 адамнан артық болса, бұл ұйымдарда дәрігерлік денсаулық бекеттері ашылады. Егер денсаулық бекеттері қолданыстағы штаттық нормативтер бойынша ұйымдастырылса, онда ол мемлекеттік бюджеттен, егер штаттық нормативтерден тыс ұйымдастырылса, онда өндірістік өнеркәсіптің қаржысына жұмыс атқарады. Денсаулық бекеттері лицензиялаудан және аккредитациялаудан өтеді. Бұл ұйымдар өндірістік мекеменің бөлген бөлмелерінде орналасады және қажетті жиһаздар мен медициналық құралдармен қамтамасыз етіледі.

Денсаулық мекемелерінің жұмыс тәртібі өндіріс мекемесінің әкімшілігімен келісе отырып бекітіледі. Бұл мекеменің қандай меншікке жатуына қарамай есепке алу-есеп беру құжаттарын жүргізеді. Дәрігерлік денсаулық бекетін дәрігер-терапевт басқарса, фельдшерлік денсаулық бекетін фельдшер немесе медицина бикесі басқарады. Денсаулық бекетінің дәрігері мынандай қызметтер атқарады:

- жарақаттанғандарға, шұғыл уланғандарға және сырқаттыларға алғашқы медициналық көмекті көрсету;
- амбулаторлық қабылдау жүргізу, науқастарды емдеу және мүгедектер арасында реабилитация шараларын жүргізу;
- ауруларды стационарға жатқызуға арналған тасымалдауды ұйымдастыру және қажетті жағдайда аурумен ере бару;
- науқастарға мамандардың кеңесін дер кезінде ұйымдастыру және арнайы бөлімшелерге госпитализациялау,
- кәсіби зияндылықтармен және жайсыз жағдайда еңбек ететін жұмысшыларды тоқтаусыз бақылау, жалпы және кәсіби ауруларды дер кезінде анықтау, алдын алу шараларын белсенді ұйымдастыру;

- алған сертификатына сәйкес кезеңдете өткізетін медициналық тексеруді өткізу, қосымша дәрігерлік және мамандардың кеңесін ұйымдастыру, тексеру қорытындысы бойынша жұмысшының кәсіби жарамдылығы немесе өзге жұмысқа ауыстыру туралы қорытынды шығару; Денсаулық бекеті дәрігерлеріне жүктелетін міндеттер:

- жалпы және кәсіби аурушаңдықты, өндірістік жарақаттануды сараптау. Алынған нәтижелерді өндіріс әкімшілігіне хабарлау және көрсеткіштердің төмендеуіне бағытталған шараларды құрастыруға қатысу;

- санитарлық-ағарту жұмысын жүргізу, салауатты өмір сүру салтын насихаттау, жұмысшыларды өзіне-өзі және өзара көмек беру әдістеріне үйрету;

- бекітілген түп нұсқа бойынша есепке алу-есеп беру құжаттарын жүргізу және белгіленген тәртіп бойынша денсаулық сақтау мекемесінің немесе денсаулық сақтау ісін басқару органының бас дәрігеріне тапсыру;

- өз біліктілігін жүйелі түрде жоғарылату, жаңа диагностика және емдеу әдістерін игеру.

Денсаулық сақтау бекеті дәрігерлерінің құқықтары:

- өзіне бағынышты орта буынды медицина қызметкерінің жұмысын бақылауға;

- мекеменің немесе өз қаржысымен 5 жылда 1 рет негізгі жұмыс орнынан тыс жерде біліктілігін арттыруға;

- жұмысшыларға медициналық көмекті және еңбекті қорғау жұмыстарын жақсарту мәселелері бойынша өндіріс әкімшілігіне ұсыныс беру;

- белгіленген мерзімде дәрігерлік санатын жоғарылатуға арналған аттестациядан өтуге;

- бәстесу және теке-тірес жағдайында жоғары денсаулық сақтау ісін басқару орындарына, лицензиялау-аккредитациялау комиссиясына, тәуелсіз сараптау комиссиясына, медициналық ассоциацияға жүгінуге, сот пен арбитраж арқылы талапнама жасап және оған байланысты жауап беруіне құқығы бар.

Фельдшерлік денсаулық сақтау бекеті қызметкерінің атқаратын міндеттеріне жұмысшыларға, қызметкерлерге, оқушылар мен студенттерге алғашқы дәрігерге дейін қызметті беру; дәрігердің тағайындауына сай емдеу шараларын жүргізу, науқастар мен жарақаттанғандарды емдеу-профилактикалық мекемесіне жеткізіп салу, қажетті жағдайда ере бару; емші дәрігер мен емхана маманының қабылдауына бағытнама беру, кезеңдете жүргізілетін медициналық тексеруді өткізуге алдын ала даярлау; профилактикалық егу жұмыстарын жүргізу; ауысым біткенше сырқаттанған адамды жұмыстан босату және анықтама беру жұмыстары жатады.

Денсаулық сақтау бекетінің фельдшері өзінің қызметтік міндеттемелері аясында өндірістік жарақаттарды сараптап, алынған нәтижелер туралы өндіріс әкімшілігін хабардар етеді, аурушаңдық және жарақаттану оқиғаларын төмендетуге бағытталған шараларды құрастыруға қатысады, жұмысшылар арасында санитарлық-ағарту жұмысын жүргізеді, салауатты өмір сүру салтын насихаттайды, жұмысшыларды өзіне немесе бір-біріне

көмек беру машықтарына үйретеді, бекітілген түпнұсқа бойынша есеп беру-есепке алу жұмысын жүргізеді және денсаулық сақтау мекемесінің немесе басқару органының бас дәрігеріне тапсырады, өз біліктілігін жүйелі түрде арттырып, жаңа емдеу және диагностика тәсілдерін игереді.

Денсаулық бекетінің фельдшері өзіне бағынышты кіші буынды медицина қызметкерінің жұмысын қадағалауға, 5 жылда бір рет қызметтен тыс жерде біліктілігін арттыруға, денсаулық сақтау мекемесінің басшысымен келісе отырып, белгіленген тәртіп бойынша келісім шартқа және алған сертификатқа сай ақылы медициналық көмек беруге, жұмысшылардың, оқушылардың, қызметкерлердің еңбегін қорғау және медициналық көмегін одан ары жақсарту туралы әкімшілікке ұсыныс жасауға, белгіленген мерзімде санатын арттыру үшін аттестациядан өтуге құқығы бар.

Жұмысшылардың аурулары мен еңбек ету ортасының және кәсібінің арасындағы байланысты нақты етіп анықтау үшін, науқастарды, мүгедектерді және аса зиянды кәсіптегі жұмысшыларды емдеу және сауықтыру үшін медициналық-санитарлық бөлімнің құрамында кәсіби аурулардың орталығы ашылуы мүмкін. Бұл орталықта кәсіби аурулардың себебінен аурушандық пен мүгедектік оқиғаларының артуына қарсы профилактикалық және емдеу-қалыпқа келтірудің озық шаралары жасалып, тәжірибеге енгізіледі.

4.5.Денсаулық сақтаудың халықаралық жүйесі.

Денсаулық сақтау жүйесінің қазіргі таңға дейінгі жер бетінде қалыптасқан мемлекеттік (қоғамдық жүйе) басымдылықтағы, сақтандыру жүйесіндегі және жеке меншіктегі үш түрі белгілі. Алайда әрбір мемлекетте денсаулық сақтау жүйесін ұйымдастырудың бірнеше түрі қатар дамуда. Мысалы, Италия, Норвегия, Бельгия және Канада мемлекеттерінде денсаулық сақтау жүйесі бюджеттен түсетін қаржыға және қоғамдық қаржы көздеріне сүйене отырып жұмыс істейді.

Германия мен Францияда медициналық сақтандыру жүйесі басымдылыққа ие болғанымен, тұрғындарға жеке меншіктегі медициналық көмек те көрсетіледі. Ұлыбританияда мемлекеттік жүйедегі денсаулық сақтау ісі айқын көрініс береді, ал жеке меншіктегі денсаулық сақтау жүйесі Америка Құрама Штаттарында ерекше дамыған. Сонымен қазіргі денсаулық сақтау жүйесінің таза бір түрі кездеспейді. Жеке мемлекеттердің тұрғындары білікті медициналық көмекке мүлдем қол жеткізе ала алмай жүр.

Дамушы елдердің үкімет орындары тұрғындарға тегін медициналық көмек ұйымдастыра алмауда, ал тұрғындардың өз қаржысымен дәрігерлік көмек алуға шамасы келмей отыр.

Ал жеке меншіктегі мамандандырылған сапалы медициналық көмек көптеген кедей тұрғындардың қол жетпейтін арманы болып қала беруде. Дамушы елдерде денсаулық сақтау жүйесі өте нашар деңгейде қаржыландырылған, дәрігер мамандар жеткіліксіз, төсек-орындар аурулардың сұранысына сай қалыптастырылмаған, мамандардың біліктілігі төмен болып қалуда. Бұл елдерде денсаулық сақтау ісін және жеке

меншіктегі медицина мекемелерін қадағалау мемлекеттік басқару органдарының құзырына берілген. Провинцияларда денсаулық сақтау ісін басқару департаменттері, кеңестері және инспекциялары жұмыс атқарады. Негізгі медицина мекемесі – госпиталь болып табылады. Олардың құрамында емхана да болуы мүмкін. Аудандық деңгейде кішігірім денсаулық сақтау орталықтары жұмыс істейді. Олардың құрамында стационарлық төсек-орындары қарастырылған. Бұл мекемелерде көбінесе фельдшерлер мен медбикелер жұмыс атқарады.

Кішігірім елді мекендерде медицина бекеттері ұйымдастырылған. Бұл мекемелерде медицина бикелері немесе санитарлар алғашқы дәрігерге дейінгі көмекті береді. Дамушы елдердің денсаулық сақтау саласында бірінғай аймақтық құрылымдық жүйе қалыптасқан деуге болады. Оның құрамында медициналық бекет, медициналық орталық, ауылдық аудандық аурухана, орталық аурухана бар. Дәрігерлер аудандық ауруханадан бастап жұмыс істейді. Аудандық ауруханаға дейінгі мекемелер емхана түрінде кездеседі. Аурухананың көпшілігі қалалы жерлерде орналасқан және мемлекеттік бюджеттен қаржыландырылады. Дамушы елдердегі ауруханаларға бөлінетін қаржы, экономикасы дамыған елдерге қарағанда едәір төмен. Ал экономикасы дамыған елдерде денсаулық сақтау жүйесін қолдауға жұмсалатын қаржы әрбір тұрғынға балап есептегенде орта есеппен 1000 доллардан келеді. ХХІ ғасырдың басында денсаулық сақтауға бағытталған бюджеттік қаржы 15-20 %- дейін артты (25 кесте).

25 кесте. Әр жанға балап есептегенде денсаулық сақтау саласына бөлінетін қаржы (АҚШ долларымен есептегенде)

Елдің атауы	1980 жылы	1990 жылы	2000 жылы	2010 жылы
Америка Құрама Штаттары	1068	2686	3572	4396
Австралия	663	1314	1892	2494
Канада	727	1720	2358	3164
Франция	698	1539	2173	3016
Германия	811	1591	2219	3243
Италия	571	1300	2036	2896
Жапония	517	1190	1972	2654
Финляндия	517	1292	2009	2818
Голландия	696	1283	2164	2942
Швеция	855	1263	2371	3012
Швейцария	839	1760	2384	3353
Ұлыбритания	458	977	1711	2376

Америка Құрама Штаттарының денсаулық сақтау саласына жұмсайтын қаржысы 1980 жылы 1 жан басына балап есептегенде 1068 долларды құраса, 1990 жылы оның деңгейі 2,5 есеге (2686 доллар), 2000 жылы 3,5 есеге (3572

доллар), 2010 жылы 4,2 есеге (4396) жоғарылады. Франция, Германия, Ұлыбритания, Канада мемлекеттерінде де әрбір 10 жылда денсаулық сақтау жүйесін дамытуға жұмсалатын қаржы 2 есеге артып отырған. Дәл осындай жағдай барлық экономикасы дамыған мемлекеттерде байқалады. Осыған қарағанда, экономикасы дамыған мемлекеттерде әлеуметтік саланы қаржыландыруға айтарлықтай көңіл бөлетіндігі көрініп тұр.

Экономикасы нашар дамыған елдердегі денсаулық сақтау мекемелерінің материалдық-техникалық базасы дамыған елдердегі көрсеткіштен 10 еседен аса кем болып қалыптасқан. Егер дамушы елдерде 10000 тұрғынға 10-нан 30 төсек-орынға дейін келсе, дамыған елдерде 60-120 төсек-орыннан келеді. Егер дамушы елдердің әрбір дәрігеріне 5000 –нан 50000 дейін тұрғын келсе, дамыған елдердегі әрбір дәрігерге 500-1500 тұрғын келеді.

Кедейлік, жалпы және медициналық мәдениеттің төменділігі, денсаулық сақтау саласының нашар дамуы тұрғындар денсаулығының қалыптасуына да кері әсерін тигізеді. Оның ішінде, тұрғындардың аурушандығы, мүгедектігі, аналар мен балалар өлімі, жалпы өлім көрсеткіші аса жоғары деңгейде қалыптасқан. Даму үстіндегі мемлекеттерде патологиялардың эпидемиялық түрлері байқалады.

Дамыған елдерде ең жиі кездесетін денсаулық сақтау жүйесі мемлекеттік денсаулық сақтау қызметі түрінде қалыптасқан. Ұлыбританияда 1948 жылы денсаулық сақтау саласында жүргізілген оңтайланудың арқасында жалпы ұлттық мемлекеттік денсаулық сақтау қызметі құрылды. Осы қызмет жалпы Ұлыбритания халқына тегін медициналық көмек бере бастады. Бірақ, озық медициналық көмекті аламын деушілерге стационардан жалпы төсек-орынның 5 % бөлініп, оны ақылы түрде жүзеге асырады. Ақысыз медициналық көмектің құрамында рецептпен болмашы ақшаға берілетін дәрі-дәрмектер, протездер, көзілдіріктер және тағы басқа көмектер бар.

Медициналық көмек пен медицина мекемелерінің жұмысы 85-87 % мемлекеттік бюджеттен қаржыландырылады. Қалған қаржы жеке меншік көздерден және ерікті сақтандыру қорынан алынады. Денсаулық сақтау саласының бюджеті өнеркәсіп орындарына және жеке тұлғаларға салынатын салықтан түзеледі. Парламенттің шешіміне сай өкімет орны бұл қаржыны денсаулық сақтау министірлігінің құзырына береді.

Ұлыбританиядағы денсаулық сақтау жүйесі өзіне тән құрылымдық ерекшеліктермен сипатталады. Оның ішінде, амбулаторлық-емханалық мекемелер мен дәріханалардың жалпы тәжірибелік дәрігерлері, фармацевтері, тіс және көз дәрігерлері бар. Алғашқы медициналық-әлеуметтік көмек жүйесінің, госпитальдардың, ауруханалық қызметтің, госпитальдар жанындағы емханалардың дәрігер-мамандары бар, оның қатарында стоматологтар мен офтальмологтар және стационардың өзге мамандары қарастырылған.

Қоғамдық муниципалитетке қарасты денсаулық сақтау қызметінде және санитарлық-гигиеналық мекемелерде дәрігерлер мен әлеуметтік

медицина қызметкерлері жұмыс атқарады. Ұлыбритания мен Уэльстегі денсаулық сақтау саласында 60000 дәрігерлер жұмыс істейді. Олардың әрбір үшінші дәрігері жалпы тәжірибелік жүйеде, 30 % - госпитальдарда, қалғандары муниципалдық мекемелерде жұмыс атқарады.

Аталған секторлардың барлығы денсаулық сақтау министірілігінің бақылауымен және басқаруымен жұмыс істейді. Сонымен қатар әр сектордың өзіндік құрылымы мен ұйымдастыру ерекшеліктері бар. Алғашқы медициналық-санитарлық көмек секторы немесе жалпы тәжірибелік дәрігерлер арнайы қамқорлық комитетінің бақылауында болады. Ол комитеттің құрамында әкімшілік, кәсіподақ, денсаулық сақтау салаларының және қоғамдық ұйымдарының мүшелері бар. Стационардың жұмысы ауруханалар кеңесінің бақылауына алынған. Оларды трастар деп атайды және осындай кеңестер әрбір ауданда және аймақта ұйымдастырылған. Кеңестердің құрамы да қамқорлық комитетінің құрамына сәйкес қалыптастырылған. Муниципалдық сектор жергілікті әкімшілікке бағынады. Госпитальдың дәрігерлері мен жергілікті денсаулық сақтау саласының мамандары бекітілген тарифтер бойынша еңбек ақы алады. Жалпы тәжірибелік секторындағы дәрігерлерге немесе дәрігерлер тобына еңбек ақы қатаң тарифтер бойынша төленеді.

Алайда жалпы тәжірибелік секторда еңбек ететін дәрігерлер саны шектеулі болады. Жеке мамандықтар бойынша дәрігерлік кеңес госпитальдар құрамындағы емханада жүзеге асырылады. Ұлыбританиядағы мемлекеттік жүйедегі медициналық қызметтің кемшіліктері де аз емес. Оның ішіндегі ең маңыздысы, қаражаттың жетіспеушілігі болып табылады. Бұл елде денсаулыққа бағытталатын қаржы жалпы табыс көзінің 6,5 % -ын ғана құрайды. Сондықтан медицина мекемелерінде заманауи аппараттар мен қондырғылар жеткіліксіз. Стационарға жату үшін кезекке тұру қажет. Денсаулық сақтау жүйесін басқару барынша орталықтандырылған. Ал, профилактикалық жұмыс медицина мекемелері мен дәрігерлерінің негізгі міндетіне айналмай отыр. Осы кемшіліктерді жою мақсатында денсаулық сақтау мекемелерін қаржыландыруды жақсартуға бағытталған шаралар қолға алынуда және мекеме басшыларының құқықтары кеңейтілуде. Сонымен қатар, үш сектордың жұмысын ұштастыру мәселесі де қолға алынуда. Соңғы жылдары медициналық профилактикаға баса көңіл бөлінуде. Медициналық сақтандыру жүйесі XIX ғасырдың екінші жартысында жарық көрген Отто фон Бисмарктің сақтандыру заңдарынан кейін Германияда ендіріле бастады. 1883 жылы қабылданған осындай заңның бірі «Наукастануға байланысты жұмысшыларды сақтандыру» деп аталды. Осындай заңдар Россияда (1912 жыл), Францияда (1915 жыл) қабылданды. Денсаулық сақтаудың сақтандыру жүйесі алғаш рет Германияда Отто Фон Бисмарктің заңдары бойынша ендірілгендіктен «Бисмарк жүйесі» деп аталып кетті.

Бұл жүйе бойынша медициналық көмек беру жұмысшылардың, қызметкерлер мен шаруалардың еңбек ақысынан белгілі бір пайыздық мөлшерде алынатын және өнеркәсіп қожалықтарының табысынан және

мемлекеттік бюджеттен бөлінетін қаржы көзінен жүзеге асырылады. Еңбек ақыдан бөлінетін және өнеркәсіп қожалықтарының табысынан бөлінетін қаржы көздері медициналық сақтандыру қорының негізгі бөлігін құрайды. Мемлекеттік бюджеттен сақтандыру қорына бөлінетін қаржы болмашы көлемде болады және ол қаржы төмен деңгейде әлеуметтік қамтамасыздандырылған тұлғаларды (мүгедектер мен жасөспірімдер, соғыс ардагерлері) медициналық сақтандыруға арналып жұмсалады. Сонымен қатар, мемлекеттік бюджеттен бөлінетін қаржы көзіне жалпы ұлттық медициналық профилактикалық бағдарламалар жүзеге асырылады. Міндетті медициналық сақтандырудан түсетін қаржы медициналық көмекке кететін шығынды толық өтей алмайды. Сондықтан медициналық көмекке қажетті қаржының белгілі бір бөлігі ерікті сақтандырылғандардың есебінен және жеке кәсіпкерлердің бөлген қаржысымен толтырылады.

Сақтандыру медицинасын басым етіп қалыптастырған елдердің ішінде Германия мен Франция денсаулық сақтау саласын дамытуда жақсы нәтижелерге жетіп отыр. Алайда осы жүйедегі елдердің сақтандыру медицинасын ұйымдастыру жолдары әртүрлі.

Германияда медициналық сақтандыру жүйесі 1883 жылдан бастап жұмыс жасайды. Медициналық сақтандыру мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру жүйесінің құрамдық бөлігі болып табылады. Осы жүйедегі медицина науқастарға, жарақаттанғандарға, жүктілердің босануына көмек береді. Оны жалпы тәжірибелік дәрігерлердің, білікті дәрігер мамандардың көмегімен емханалық жағдайда және стационарда жүзеге асырады. Науқастарды дәрі-дәрмектермен қамтамасыз етеді. Медициналық сақтандыруға мемлекеттің жалпы табысының 8 % жұмсалады. Ол денсаулық сақтау саласына бөлінетін шығынның (жалпы табыстың 13 %) 61,5 % құрайды. Сонымен, бұл мемлекеттің әрбір тұрғынын медициналық көмекпен қамтамасыз ету үшін 2000 доллардан астам қаржы жұмсалады. Осы қаржының 60 % әлеуметтік сақтандыру қорынан, 15 % мемлекеттік қаржыдан, ал 15 % - әр адамның жеке қаржылай салымынан құралады.

Денсаулықты сақтандыру шараларын 1200 сақтандыру кассалары жүзеге асырады. Олар бір ассоциацияға біріктірілген. Осы ассоциация қаржының жұмсалуын және дәрігерлердің сақтандыру медицинасы аясында атқарған медициналық-әлеуметтік жұмыстарын бақылайды. Кассалардың бірнеше түрлері бар. Оның ішінде, жергілікті сақтандыру кассалары (сақтандырылғандардың жұмыссыз отбасы мүшелері үшін) тұрғындардың өмір сүру аумағында ұйымдастырылады. Өндірістік сақтандыру кассалары жұмысшылардың еңбек ету орындарында, өндірістік сала бойынша (кеншілер, ауыл шаруашылық мамандары, металлургтер ж.т.б.) ұйымдастырылады. Бұл мемлекет тұрғындарының 90 % сақтандыру медицинасымен қамтылған.

Дәрігерлер мен сақтандыру ассоциациялары белгілі бір мерзімге медициналық қызмет тарифтерін тағайындайды. Оларды бірліктер немесе пункттер түрінде көрсетеді. Сақтандыру дәрігерлері мен ұйымдары осы тарифтың шегінен шықпауы тиіс. Денсаулық сақтау ісін басқару

Федеральдық денсаулық сақтау министірі жүзеге асырады. Муниципалдық мекемелер жергілікті әкімшілікке бағынады. Жалпы барлық медицина мекемелері федеральдық, аймақтық (облыс) және жергілікті әкімшіліктің құзырына қарайды. Алайда денсаулық сақтау ісін басқару органдары сақтандыру кассалары мен ассоциацияларына билік жүргізе алмайды.

Францияда сақтандыру медицинасының қаржылай қорының 13,5 % жұмыс иелерінің салымынан, 6,5 % сақтандырушылардың қаржысынан және мемлекеттің сақтандыру қорына бөлген қаржысынан түзеледі. Әлеуметтік сақтандырудың 20 астам түрі бар. Оның ішінде науқастануға, жүктілікке, босануға байланысты медициналық сақтандыру белсенді жұмыс атқарады. Сақтандыруға жалпы денсаулық сақтау ісіне жұмсалатын қаржының 75 % шығындалады. Денсаулық сақтау саласына жұмсалатын өзге шығындар жеке адамдардың салымымен және ерікті медициналық сақтандыру қаржысымен жүзеге асырылады. Әлеуметтік сақтандыру саласында 90 астам компания жұмыс атқарады. Олардың жұмысын бір Жалпыұлттық компания қадағалайды. Осы компаниямен медицина мекемелері мен дәрігерлер келісім шартқа отырады. Ал медициналық қызметтің бағасын өкімет белгілейді және оны үнемі қайта қарап отырады. Медициналық көмекке кететін шығынды әлеуметтік сақтандыру қоры толығынан өтей алмайды. Оның шамасы жалпы шығынның 75 % жетеді және сақтандырумен тұрғындардың 80 % қамтиды. Әдепкіде науқас медициналық көмекке қажетті шығынды толығынан өз қалтасынан өтейді. Ал сақтандыру ұйымы науқасқа медициналық көмекке жұмсалған шығынның 70-90 % қайтарады.

Сақтандыру мекемесінің және сақтандыру медицинасы мекемелері мен дәрігерлерінің жұмысын жалпы ұлттық сақтандыру компаниясы, сақтандыру кассаларының (компанияларының) ассоциациясы, дәрігерлердің кәсіподағы, еңбек, әлеуметтік қорғау, денсаулық сақтау министірліктері қадағалайды.

Франция мемлекетіндегі сақтандыру медицинаның құрлымы мен басқару жүйесі өзге елдердегі құрлым мен басқару жүйелеріне ұқсас болып қалыптастырылған. Франциядағы денсаулық сақтау ісінің негізгі қызметкері жалпы тәжірибелік дәрігер немесе отбасылық дәрігер болып табылады.

Америка Құрама Штаттарындағы (АҚШ) денсаулық сақтау жүйесі нарықтық экономикаға барынша бейімделген. Бұл мемлекетте денсаулық сақтауды ұйымдастырудың жеке бір түрі басымдылыққа ие болған емес. Алайда, денсаулық сақтаудағы негізгі ұйым – жеке меншіктегі ерікті медициналық сақтандыру қоры болып табылады. Бұл жүйемен АҚШ тұрғындарының 80 % қамтылған. Сақтандырудың осы түрінің қаржысымен медициналық көмектің 35 %, оның ішінде ең қымбат ауруханалық дәрігерлік көмек көрсетіледі. Медициналық көмекке жұмсалатын жалпы шығынның 40% мемлекеттік бюджеттен және қоғамдық бағдарламалар қорынан қаржыландырылады. Оның ішіндегі ең басты қоғамдық бағдарламалар «Медикэр» (65 жастан асқан адамдарды медициналық көмекпен қамтамасыз ету үшін) және «Медикейд» (кедейлер мен жұмыссыздарды медициналық көмекпен қамтамасыз ету үшін) деп аталады. Бұл бағдарламалар XX ғасырдың 60 жылдары парламенттің шешімі бойынша қабылданған.

Медициналық көмекке жұмсалатын қаржының өзге бөліктері тұрғындардың өз төлем ақылары (20 % астамы) және діни, қайырымдылық қорлары мен ұйымдардан түскен қаржы көздерінен түзеледі.

Америка Құрама Штаттарының денсаулық сақтау ісіне жұмсайтын қаржысы жалпы ішкі табыстың 15 % құрайды және әр жан басына балап есептегенде 4000 доллардан асады. Бұл елде 2000 астам медициналық сақтандыру компаниясы жұмыс атқарады. Олардың арасында «Көк крест» және «Көк қалқан» атты екі ірі компания ауруханалық және ауруханадан тыс медициналық көмекті сақтандыру жұмысымен айналысады. Олар өздерін коммерциялық компанияларға жатқызбайды және барынша пайда табуға ұмтылмайтындықтарын айтады. Алайда олардың табыстары кез келген коммерциялық ұйымдардың табысынан бірнеше есеге артып түседі. Медициналық сақтандырудың түрлері өте көп. Оның ауруханалық, дәрігерлік, емханалық, хирургиялық және тағы басқа түрлері белгілі. Егер медициналық көмектің барлық түрлерінен сақтандырылсаңыз да, медициналық көмекке жұмсалған шығыныңызды толық қайтарып ала алмайсыз. Осыған қарамай АҚШ тұрғындарының 17 % - ғана сақтандырылмаған. Себебі бұл елдегі көрсетілетін медициналық көмектің құны өте жоғары және тоқтаусыз өсу үстінде.

Қазіргі күні АҚШ-та ерікті сақтандырудың орнына арзан жеке медициналық көмекке сақтандыру жасайтын ұйымдар көбее түсуде. Оның ішінде, ауруханалық көмектің жеке және негізгі түрлеріне сақтандыру белең алуда. Ерікті сақтандырудың кеңінен таралуына басты себеп, оны жұмыс берушілердің қолдауында жатыр. Салықты азайту және жұмысшылар қолын сақтап қалу үшін ірі өндірістік компаниялар өз жұмысшыларын сақтандыруға көп қаржы бөлуде. Шындығында бұл қаржылай шығындарды өндірілген тауарлардың өзіндік бағасына қосады.

Мемлекеттік қызмет денсаулық сақтау мекемелері мен мамандарының 8-10 % ғана құрайды. Денсаулық сақтау департаменті (министірлігі) барлық медицина мекемелерінің жұмысын үйлестіреді, санитарлық-эпидемиологиялық жағдайды қадағалауды қамтамасыз етеді, дәрілерді өндіру және сату ісін бақылайды, тағамдық қоспаларды тексереді және таратылуын қадағалайды, өзіне қарасты медицина мекемелерін жеңілдіктермен көмек беретін компанияларға қолдануға береді. Ал, Ұлттық денсаулық сақтау институты медицинаның өзекті мәселелері бойынша зерттеу бағдарламаларын орындап, мамандарды даярлау ісін үйлестіреді. Жеке ұйымдардың саны аса көп емес, бірақ барлық медицина мекемелерінің, клиникалардың жартысынан астамы жеке меншікте болып қалуда. Бұл мекемелердегі медициналық қызметтің сапасымен қатар бағасы да аса жоғары.

АҚШ-та қайырымдылық, миссионерлік, діни медициналық сипаттағы мекемелер де аз емес! Олар конфессиялар мен меценаттардың бөлген қаржысына қызмет көрсетеді. Тегін медициналық көмек беретін мекемелер жоқ, алайда жеңілдіктермен қызмет көрсететін ұйымдар бар. Олар тұрғындардың әлеуметтік тұрғыда аз қамтылған топтарына емдеу,

профилактика және реабилитация шараларын тегін ұйымдастырады. АҚШ-та денсаулық сақтау саласына жұмсалатын қыруар қаржы медицина тәжірибесіне заманауи технологияларды кеңінен енгізуге және медициналық көмек сапасын тоқтаусыз арттыруға жол ашады.

Денсаулық сақтау саласында 200 астам халықаралық медицина ұйымдары мен ассоциациялар жұмыс атқарады. Олардың қатарында Біріккен Ұлттар Ұйымы (БҰҰ), Халықаралық Еңбек Ұйымы (ХЕҰ), Халықаралық балалар қоры (ХБҚ) немесе ЮНИСЕФ, Ғылым мен Мәдениет саласының Біріккен Ұлттар Ұйымы (ЮНЕСКО), Халықаралық атом энергиясының агенттігі (МАГАТЕ) және тағы басқа ұйымдар бар. Денсаулық сақтау саласындағы ең ірі және маңызы үлкен халықаралық ұйым Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы болып табылады (ВОЗ - ДДСҰ).

Бұл ұйым 180 халықаралық медицина ұйымдарымен, агенстволармен және ассоциациялармен байланыс орнатқан. Халықаралық медициналық ұйымдардың тарихы 1851 жылы Парижде өткен эпидемияларға қарсы күрес мәселесіне арналған халықаралық конференциядан бастау алады. Осы және одан кейін өткен конференциялар эпидемияларды ауыздықтауға бағытталған бірлескен халықаралық санитарлық конвенция қабылдап, эпидемияға қарсы ірі күрес шараларын бүкіл жер бетінде жүзеге асыруға жол ашты. 1907 жылы Рим қаласында өткен конференцияда Халықаралық медицина ұйымын құру туралы шешім қабылдады. Оны Халықаралық қоғамдық гигиена бюросы (ХҚГБ) деп атауды жөн деп тапты. Бұл бюро Париж қаласында орналасты және 1946 жылға дейін жұмыс істеді. ХҚГБ ұйымдастыру туралы конвенцияға 55 мемлекет қосылды. Бұл бюро халықаралық санитарлық конвенцияларды, карантиндік ережелерді сақтауды, карантиндік аурулар туралы деректерді таратуды қамтамасыз етті. 1923 жылы Ұлттар лигасын құрғаннан кейін денсаулық сақтау ұйымы тағайындалды.

Бұл ұйымның шешетін мәселелері ХҚГБ –ның жұмыстарына сәйкес болды. 1946 жылы өткен Біріккен Ұлттар Ұйымының I басты ассамблеясында жаңа денсаулық сақтау ұйымын құрып, оның құзырына денсаулық сақтау ұйымының міндеттерін жүктеу туралы шешім қабылданды. 1946 жылдың 19 маусымынан 11 шілдеге дейінгі аралықта Нью – Йорк қаласында өткен халықаралық конференцияның отырысында 51 мемлекеттің делегациясының қатысуымен Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының жарғысы қабылданды және ХҚГБ –ны тарату туралы шешім қабылданды. Ал 1948 жылдың 7 сәуірінде Біріккен Ұлттар Ұйымының 26 мүше мемлекеттері делегацияларының қолдауымен Дүниежүзілік Денсаулық Сақтау Ұйымының (ДДСҰ) жарғысын бекітілді. Осыдан бастап ДДСҰ толыққанды халықаралық ұйым болып қалыптасты. Бұл ұйымның жарғысын да «Барлық жер беті халықтары арасында мүмкін болған денсаулықтың ең жоғарғы деңгейіне қол жеткізу» мақсаты көрсетілген. Сондықтан әр жылдың 7 сәуірінде Халықаралық денсаулық күні атап өтіледі. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы денсаулықты барынша кең ауқымда қарастырады және оны «тек ауру мен кемістіктің жоқтығы емес, толық физикалық, рухани және әлеуметтік бақуаттылық» деп есептейді.

ДДСҰ – ның қызметі жалпы бағдарламаға сай әр 5-7 жылға жалғасады, жұмыстарды жүзеге асыру жоспарлы түрде 2 жыл деп қарастырылады.

Соңғы қабылданған бағдарламаның негізгі бағыттары:

- ұлттық денсаулық сақтаудың негізгі шарттары негізінде 1970 жылы қабылданған денсаулық сақтау жүйесінің дамуын жүзеге асыру;
- ДДСҰ Алматы конференциясында алғашқы медициналық- санитарлық көмекті дамыту туралы декларациясын жүзеге асыру;
- адамдар қорын дамыту немесе мамандарды даярлау және олардың біліктігін арттыру;
- әртүрлі топтағы тұрғындардың денсаулығын қорғау және күшейту;
- қоршаған ортаны қорғау;
- инфекциялық және паразитарлық ауруларға қарсы күрес; иммунизация және вакцинация жұмысын күшейту;
- тұрғындардың рухани денсаулығын арттыру, жүйкесін күшейту және қорғау;
- денсаулық сақтау мәселелері бойынша толық ақпаратты тарату;
- Ғылыми медициналық зерттеу бағдарламаларын одан әрі кеңейту, кеңес беру және техникалық көмек беру мәселері.

1981 жылы ДДСҰ қабылдаған стратегияға сәйкес " 2000 жылға қарай жаппай дені саулыққа қол жеткізу" бағдарламасы жүзеге асырылуда. Бұл міндетті 1980 жылы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының бас директоры Х. Маллер былайша түсіндірді: " Әрбір адамның және әрбір отбасының бақуаттылығы, олардың салауатты өмір сүруін қамтамасыз ететін жағдайды қалыптастырады". "Барлығына дені саулық " деген ұғымды медициналық-демографиялық және әлеуметтік көрсеткіштермен сипаттауға да күш салынды.

Медициналық – демографиялық көрсеткіштердің қатарында нәрестелер өлімі, туылғандағы нәрестенің салмағы, орташа өмір сүру ұзақтығы, медициналық көмекке қойылатын талаптар бар. Ал медициналық көмекті қамтамасыз етуде аса маңызды деп алғашқы медициналық-әлеуметтік көмекті дамыту мәселесі қарастырылады. Бұл мәселені шешуге ДДСҰ арнайы бағдарламасы жасалған. Айта кететін мәселе, ДДСҰ –ның кең ауқымды бағдарламаларын жүзеге асыру үшін жалғыз осы ұйымның күші жетпейтіндігі анық.

Сондықтан ДДСҰ-ның бағдарламаларын жүзеге асыруға осы ұйымға мүше елдердің денсаулық сақтау ұйымдары белсене араласуы қажет. Ал ДДСҰ-ы әрбір елдің денсаулық сақтау ұйымдарына сараптама жасауы, техникалық және кеңес беру жұмыстарын атқаруы тиіс. Дәл осы мәселе бойынша, ДДСҰ-ын көп жылдар бойы басқарған М.Кандау мырза "ДДСҰ міндетті әрбір елдің денсаулық сақтау жүйесінде қалыптасқан өзекті мәселесін өз бетінше шешуге үйрету " деп атап көрсеткен.

Соңғы дүниежүзілік ассамблеяда "Барлығына бірдей дені саулыққа қол жеткізу" стратегиясын 2000 жылдары одан ары жалғастыру туралы шешім қабылданды. ДДСҰ- ның бюджеті осы ұйымға мүше елдердің жарнамаларынан тұрады. Осы бюджеттің 25% Америка Құрама

Штаттарынан түседі. Кеңестер Одағының тарауынан кейін пайда болған тәуелсіз елдердің барлығы ДДСҰ-на мүше болып енді.

Сонымен ДДСҰ-ына қазіргі таңда 192 ел мүше болып отыр. ДДСҰ-ның секретариатының құрылымы орталықтандырылмаған. Оның 6 аймақтық бюролары ұйымдастырылған: Европа елдеріне, Америкаға, Шығыс Жерорта теңізі аумағы елдеріне, Оңтүстік- Шығыс Азия елдеріне, Тынық мұхиттың батысында орналасқан елдерге, Африкадағы сахарадан оңтүстікке қарай орналасқан елдерге қызмет көрсететін бюролары бар. Осы бюроларда және ДДСҰ-ның штаб-квартирасында 4,5 мыңнан астам адам жұмыс істейді.

ДДСҰ жыл сайын өтетін дүниежүзілік ассамблеясына барлық осы ұйымға мүше елдердің делегациясы қатысады. Ассамблеяның арасында атқару комитетінің сессиясы болып тұрады. Атқару комитетіне 30 мемлекеттен тағайындалған делегаттар қатысады. Олардың ішінде АҚШ, Россия, Ұлыбритания, Франция, Қытай Республикасының делегаттары атқару комитетінің тұрақты мүшелері болып табылады. ДДСҰ өзекті мәселерді талқылауға және кеңес беру жұмыстарына 1000 аса белгілі денсаулық сақтау саласының қайраткерлерін тартады.

Бұл ұйым шығаратын басылымдар ішінде 20 астам журналдар мен жұмыс құжаттары, оның ішінде ДДСҰ бас директорының есебі, статистикалық материалдар комитеттер мен кеңес құжаттары бар. Сонымен қатар, атқарушы комитеттің және ассамблеяның есептері де қарастырылған. "ДДСҰ бюллетені", "Денсаулық сақтау ісінің халықаралық форумы", "Дүниежүзінің денсаулығы" деген белгілі журналдар, монографиялар мен техникалық баяндамалар жүйелі түрде баспадан шығып, барлық ұйымға мүше елдерде таратылады.

ДДСҰ ең табысты шараларының қатарына безгек ауруына, көптеген аса қатерлі жұқпалы аурулардың алдын алуға бағытталған иммунизация мен вакцинация жұмыстарын айтуға болады.

5 тарау. Денсаулық сақтау жүйесінің экономикасы. Жоспарлау және қаржыландыру.

Соңғы жылдары денсаулық пен денсаулық сақтау жүйесі бағдарламаларын экономикалық тұрғыда бағалау мәселелері аса үлкен қызығушылық туғызып жүр. Оның негізгі себебі, денсаулық сақтау саласының шығыны тоқтаусыз және жылдам өсуіне қарамай, тұрғындардың денсаулығы мен жалпы бақуаттылығы баяу жақсаруда. Бұл жағдай мамандарды ойландырмай қоймайды. Денсаулық саласына жұмсалатын қаржының жылдан жылға артуына алып келетін себептердің қатарында жер беті тұрғындарының тез қартаюы, медицинаға заманауи және өте қымбат технологиялардың кеңінен ендірілуі, медициналық көмек сапасының артуына тұрғындардың артқан үміті сияқты мәселелер бар. Денсаулық сақтау жүйесін дамытуға кетіп жатқан шығынның артуы – әрбір елдің өкіметін алаңдатып отырған тек бір мәселе. Оның екінші жағы – медициналық көмек сапасының өте баяу жақсаруында болып отыр. Шындығында, медицина мекемелерінің көрсететін көмегі көбінесе жеткіліксіз, дәрігерлік мамандар арасында тығыз байланыс қалыптаспаған, аурудың алдын алуға қажетті медициналық көмек дер кезінде берілмейді және тұрғындардың сапалы медициналық көмекке деген сұранысы барлығына бірдей қамтамасыз етілмейді. Осы мәселелермен жиі ұшырасу, денсаулық сақтау ісін ұйымдастырушылардың осы салаға бөлінетін қаржыны қысқартуға деген ниетін арттырады. Алайда денсаулық сақтау жүйесін тек шығындаушы сала деп қарастыруға болмай. Бұл сала өндірістік сала болып табылады. Шындығында, денсаулық сақтау жүйесінің негізгі мақсаты тұрғындардың денсаулығын жақсарту арқылы, олардың еңбекке жарамдылығын арттыру және өмір сүру ұзақтығын жоғарылату болып табылады. Сондықтан денсаулықты медицина саласының тұрғындарға беретін тауары деп қарастыру қажет. Сонымен қатар, денсаулықты біздің экономикамыздың аралық тауары деп атауға болады. Денсаулықтан айрылған адам тауарды аз өндіреді және оның қажетті сапасын қамтамасыз ете алмайды. Ал тауар өндірмей және оны сатпай, ұлттық байлықты арттыру мүмкін емес. Сондықтан денсаулық сақтау саласын барынша жетілдіру, медициналық көмектің сапасын арттыру кез келген мемлекеттің стратегиялық мақсаты болып табылады.

5.1. Экономика. Мазмұны мен түсінігі. Макро және микро экономика. Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау жүйесіндегі экономикалық қатынастар.

Денсаулық сақтау саласына құйылатын қаржы көзін өте тиімді пайдалану және оның денсаулыққа тигізетін әсерін үнемі бағалап отыру бүгінгі күннің ең маңызды мәселелерінің бірі болып қала беруде. Біз денсаулық сақтау саласына жұмсалатын қаржыны барынша тиімді етіп пайдалануымыз қажет. Алайда, экономия медициналық көмек саласына кері

әсерін тигізуі мүмкін. Осы сала бойынша жүргізілген зерттеулердің нәтижесі, тұрғындардың сапалы медициналық көмекке сұранысы жылдан жылға өсу үстінде екендігін көрсетті. Алайда тұрғындардың сұранысы мен оны қамтамасыз етуге қажетті қорлар арасында үлкен айырмашылық бар екендігі айқын. Мемлекеттің денсаулық саласын дамыту қоры шексіз емес. Сондықтан бұл саланы дамыту үшін, экономиканың өзге саласын қысқарту қажеттігі туындайды. Себебі, ұлттық байлықты құрайтын салықты, кредиттерді және ақша көздерін жылдан жылға ұлғайтуға мүмкіндік жоқ. Осыны есепке ала отырып экономиканы қоғамдық ғылым деп айтуға да болады.

Салыстыру мақсатында экономистер әдепкіде тұрғындардың, отбасылардың, бизнесмендердің алдында тұрған және мемлекеттің алдында тұрған өзекті мәселелерді зерттейді. Осы зерттеулер үшін арнайы микро және макроэкономика деген атауларды да ойлап тапқан. Микроэкономика дегеніміз – тұтынушылар мен фирмалар туралы ғылым болса, макроэкономика – жалпы шаруашылық жөніндегі ғылым болып табылады.

Макроэкономика мемлекеттегі өндірістік тауарлардың бағасының, жұмыссыздық деңгейінің, тұрғындардың жалпы табысының жылдамдығы қалай өзгеру үстінде екендігін зерттейді. Макроэкономика жұмыссыздықты, кедейшілікті азайту және экономикалық дамуды қамтамасыз ету мәселелерімен айналысады. Басқаша айтқанда макроэкономика мемлекеттік және қоғамдық мәселелерді зерттеумен және шешу жолдарын жасаумен айналысады. Ал микроэкономика жеке адамның, отбасының және бизнесмендердің таңдауына байланысты мәселелерді зерттейді. Оның зерттейтін мәселелеріне өндірісшілердің, сатып алушылардың және сатушылардың тауар және қызмет көрсету базарындағы арақатынасы да жатады. Осыған байланысты экономиканың кеңінен тараған түсіндірмесінде «Бұл адамдардың өз өміріне қажетті табысты алу жолдары туралы ғылым» деп көрсетеді. Экономика заңдылықтарын неғұрлым жақсы игеру, адамдардың бизнеспен табысты айналысуының кепілі бола алады. Кәсіби экономистер кез келген мәселені шешу барысында «альтернативті баға» және «таңдау мәселесі» деген ұғымдарға жүгінеді. Альтернативті бағаны түсіндіру үшін мынандай мысалға жүгінейік. Сіз тоңазытқыш сатып алу үшін қаржы көзін жинап жүрсіз. Дәл осы кезде сіздің денсаулығыңыз нашарлап, санаторииге барып емделу қажеттілігі туды. Тоңазытқыш пен санаторииге емделуге керекті шығынның құны бірдей болып шықты. Осы жағдайда сіздің алдыңызда екі тауардың бірін таңдау мәселесі тұрады.

Экономистер осы мәселені альтернативті баға бойынша сипаттайды. Біздің мысалда тоңазытқыштың бағасы санаторииде емделу құнымен есептеледі. Мемлекеттің үкімет орны да тозығы жеткен жолдарды жөндеуге жұмсалатын қаржыны арттыру үшін, қару-жарақтарды өндіруге бағытталатын қаржы мөлшерін азайтады. Сонымен, альтернативті бағамен сіздің таңдауыңызды шешу мәселесі тығыз байланысты болады. Ал «барлығы немесе ештеңе» деген шартпен алдымызда тұрған өзекті мәселелерді шеше алмаймыз. Егер сіз алдыңызға қойған мәселелерді шешу

үшін тауарлардың бағасын азайту жолына түссеңіз, онда алған тауардың сапасын ақсайды. Мысалы, ескі де арзан тоңазытқыш алып, денсаулығыңызды арзан және сапасыз емдейтін профилакториінде сауықтырсаңыз, онда алдыңызға қойған екі мақсатыңызды толық шеше алмағаныңыз. Басқаша айтқанда, тоңазытқыш пен емделуді қатар шешемін деп, бұл тауарлардың сапасын төмендетіп алдыңыз.

Қазіргі замандағы экономикалық шығындар жүйесі жалпы экономиканы немесе экономикалық теорияны, салалық экономикалық ғылымдарды немесе салалардағы шаруашылық үрдістерді, қолданбалы экономикалық ғылымдарды, оның ішінде бухгалтерлік есепке алу, маркетинг және менеджментті қамтиды. Экономика шектеулі қорларды тиімді пайдалану және оларды басқару арқылы адамдардың сұранысын барынша қанағаттандыру мәселелерін зерттеумен айналысады.

Денсаулық сақтау экономикасы аса маңызды салалық экономикалық ғылым болып табылады. Бұл сала медициналық көмекті көрсетудің шаруашылық әдістерін зерттейді. Денсаулық сақтау саласының жан-жақты дамуын қамтамасыз ету үшін қазіргі заманның мамандарына экономикалық сана сезім қалыптастыру қажет. Оның көмегімен денсаулық сақтау саласын дамытуға кеткен шығын, алуға үміттенген нәтижеге сай болуын қамтамасыз ететіндей шешім қабылдауға жол ашады. Денсаулық сақтау саласының экономистері тұрғындардың денсаулығына қажет тауарға, көмекке сұранысын аз шығын жұмсап, барынша толыққанды қамтамасыз етуге әсерін тигізетін жағдайлар мен себептерді зерттейді. Сондықтан экономистер:

1. Тұрғындар денсаулығының елдің, аймақтың, облыстың, өндірістің дамуына тигізетін әсерін сараптайды;
2. Экономикалық тиімділікті анықтайды;
3. Емдеу-профилактикалық көмекті беру көлемін анықтайды;
4. Профилактика, диагностика, емдеу, реабилитация шараларын жүзеге асыру тиімділігін бағалайды;
5. Сырқаттылыққа байланысты еңбекке уақытша жарамсыздық, мүгедектік және өлім оқиғаларының даму бағытына баға береді.
6. Денсаулық сақтау жүйесіне заманауи әдістерді, технологияларды, ұйымдастырушылық шараларды ендіру тиімділігін анықтайды.

Денсаулық сақтау экономикасында, экономикалық сараптау жұмысында тиімділік деген ұғым бар. Жалпы денсаулық сақтау жүйесінде медициналық-әлеуметтік және экономикалық тиімділік деген ұғымдарды бірге қолданады.

Медициналық тиімділік деп – профилактика, диагностика, емдеу және реабилитация саласында қойылған міндеттерді орындауда қол жеткізген тиімділік дәрежесі айтылады. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы медициналық тиімділікті медициналық қызмет сапасының бір қыры деп қарастырады. Оны сұранысқа сай, экономды және ғылыми-техникалық деңгейде деген ұғымдармен қатар қолданады.

Әлеуметтік тиімділік тұрғындардың денсаулық көрсеткіштерінің динамикасымен сипатталады. Экономикалық тиімділік жұмсалған шығын

мен қол жеткізген нәтижелердің арақатынасымен есептеледі. Егер денсаулық сақтау саласын өндіріспен салыстырсақ, онда оның өнімділігін де қарастыруымыз қажет. Денсаулық саласы тұрғындар денсаулығын күшейту шараларын экономикалық тиімді жолмен жүзеге асыруы қажет.

Экономикалық қатынастар мен қоғамдық даму үдерісінің гуманистік бағытта қалыптасуы жер беті мемлекттерінің бәрінде байқалады. Осы жағдай Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінде де орын ала бастады және медициналық көмекті одан ары жетілдіруге ықпалын тигізуде. Кеңестер Одағынан мұра болып қалған денсаулық сақтау жүйесінің көптеген өзекті мәселелері бар. Оның ең бастысы тұрғындардың денсаулығының өте нашар болуы. Екінші аса маңызды мәселе денсаулық сақтау саласының тиімсіздігі, ал үшінші бір өзекті мәселе медицина мамандары қорының және ғылыми дамыту жүйесінің жетімсіздігі жатады. Осы өзекті мәселелерді шешу мақсатында және денсаулық сақтау жүйесін басқаруға экономикалық әдістерді ендіріп, оның әлеуметтік, медициналық тиімділігін арттыру үшін Қазақстан республикасында 2010 жылдан бастап денсаулық сақтаудың бірінғай Ұлттық жүйесі ендірілді.

5.2. Жүйе және шаруалыққа жүйелік жағдай жасау. Қазақстан республикасында Бірінғай Ұлттық денсаулық сақтау жүйесін және экономикалық қатынастарды қалыптастыру.

Кеңестер Одағы дәуірінде қалыптасқан денсаулық сақтау жүйесінің әлеуметтік, медициналық және экономикалық тиімділігі өте төмен болады. Жағдайдың осылайша қалыптасуына денсаулық сақтау жүйесінде орын алған аса маңызды кемшіліктер себеп болды. Олардың ең бастысының бірі, медициналық көмекті тұтынушылар өзінің сұранысына сай сапалы дәрігерлік көмек алуға және қалаған дәрігеріне медицина мекемесіне еркін қаралуға құқығы болмады. Ескі денсаулық сақтау жүйесі ауруханалар мен емханалар және дәрігерлер арасында бәсекелестіктің қалыптасуына жол бермеді. Сондықтан медицина саласында сапалық өзгерістер өте баяу дамыды. Тұтынушылар арасында медициналық қызмет туралы мәліметтер мүлдем болмады, ал оның сапасы мен құны туралы деректер жарияланбады. Сапасы төмен және тегін медициналық көмек тұрғындардың өз денсаулығына деген қамқорлығын және жауапкершілігін арттыра қоймады. Аса білікті және жоғарғы сападағы медициналық көмекті алу мүмкіндігі шектеулі болды. Осы кемшіліктердің барлығы да денсаулық сақтау жүйесінде көрсетілетін медициналық көмекті реттеудің экономикалық механизмдерінің жасалмауынан туындады. Сондықтан Республика Президенті Н.Ә. Назарбаев мырзаның тапсыруымен 2020 жылға дейінгі медициналық көмекті берушілер арасында бәсекелестікті қалыптастыруға алып келетін экономикалық механизмді ендіру туралы тапсырыс берілді. Сонымен қатар, тұрғындардың және өндіріс қожалықтарының жұмысшылар денсаулығына жауапкершілікпен қарауын арттыру мәселесін шешуге бағытталған жүйелі шараларды күшейту қажеттілігі атап көрсетілген. Аты аталған тапсырысты

жүзеге асыру үшін Біріңғай Ұлттық денсаулық сақтау жүйесі жасалды. Оның негізгі мақсаты пациенттердің өзі қалаған пациенттердің өзі қалаған дәрігері мен медицина мекемесінде еркін емделуге және денсаулық сақтау мекемелері мен дәрігерлер арасында ашық бәсекелестік қалыптасуына негізделген денсаулық сақтау саласын басқару моделін енгізіп, бұл жүйенің әлеуметтік, медициналық және экономикалық тиімділігін барынша жоғарылату болып табылады.

Бұл жүйенің негізі:

- Кепілдендірілген тегін медициналық қызмет аясында берілетін медициналық көмекті бір мемлекеттік орталықтан төлеу;
- Еліміздің медициналық-әлеуметтік кешенін басқаруда экономикалық механизмдерді қолдану;
- Пациенттердің емделетін дәрігері мен медициналық ұйымдарды өз еркімен таңдау шартын ендіру;
- Медициналық көмекті көрсету үрдісінің ашықтығы және бәсекелестік ортаны қалыптастыру болып табылады

Біріңғай Ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің міндеттері:

1. Стационарлық және стационардың орнын басатын медициналық көмек аясында кепілдендірілген тегін медициналық көмекті қаржыландыратын бірегей төлегішті құру;
2. Кепілдендірілген тегін медициналық көмектің соңғы нәтижелеріне қарай қаржыландырудың жаңа моделін тәжірибеге ендіру;
3. Денсаулық сақтау жүйесі субъектілерін басқарудың заманауи шарттарын тәжірибеге ендіру, мәліметтердің электронды жүйесін және салалық статистикасын дамыту;
4. Аккредитация жүргізу, денсаулық сақтау субъектілерінде ішкі аудит жүйесін дамыту және медициналық қызметтің сапасын тәуелсіз сараптау шараларын жүзеге асыру;
5. Еңбек ақыны төлеуді соңғы нәтижелеріне қарай жүзеге асыру.

Біріңғай Ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің алдына қойған мақсатын орындау және осыған сай қаражатпен қамтамасыз ету үшін мемлекеттің, жұмыс қожалықтарының және азаматтардың бірлескен жауапкершілігі қарастырылады. Қазақстан республикасы денсаулық сақтау ісінің Біріңғай Ұлттық жүйесін ендіру екі кезеңде жүзеге асырылады.

Оның 1 кезеңі 2010 жылдан 2015 жылға дейін жалғасады. Бұл кезеңде науқастарды стационарда және стационардың орнын басатын мекемелерде емдеу барысында (психиатрлық, инфекциялық және туберкулез ауруларынан басқа патологиялар) кепілдендірілген тегін медициналық көмек көлемін қаржыландыратын бір төлемгерді құрады.

Екінші кезең 2016 жылдан 2020 жылға дейін жалғасады. Бұл кезеңде жеке бастың денсаулығы мен қоғамдық денсаулықтың қалыптасуына мемлекеттің, қожалықтардың және азаматтардың біріккен жауапкершілік балансы анықталады.

Біріңғай Ұлттық денсаулық сақтау жүйесін жүзеге асыру нәтижесінде мынандай табыстарға қол жеткізіледі:

1. Әртүрлі қожалықтағы медицина ұйымдары арасында бәсекелестік орта қалыптасуы және пациенттердің дәрігерді және медицина ұйымын өз еркімен таңдау шарты ендіріледі;
2. Тұрғындардың, саланың және мемлекеттің сұранысын қанағаттандыратын, тарифтік саясаттың өзгеруіне және бірегей төлемдер шартына негізделген, соңғы нәтижеге иек артатын кепілдендірілген тегін медициналық көмекті қаржыландырудың озық моделі жасалады;
3. Денсаулық сақтау субъектілерін электронды ақпараттық жүйенің және салалық статистиканың дамуы негізінде жасалған басқарудың заманауи шарттары қолданысқа ендіріледі;
4. Медициналық қызмет сапасын басқарудың тиімді Халықаралық стандарттарын ендіру арқылы (аккредитация, тәуелсіз сарапшыларды тарту арқылы ішкі аудит жүргізу) пациенттер сапалы және қауіпсіз медициналық көмекпен қамтамасыз етіледі;
5. Медицина қызметкерлерінің еңбек ақысын олардың жұмысында қол жеткізген соңғы нәтижелеріне сүйене отырып тағайындау әдісі ендіріледі;
6. Денсаулық сақтау саласына мемлекеттік бюджеттен және тұрғындардың қалтасынан бөлінген қаржыны пайдалану тиімділігі артады. Оның ішінде, стационарлық звеноның жұмысын барынша тиімді ұйымдастыру арқылы денсаулық сақтау жүйесінің экономикасы жетілдіріледі.
7. Медициналық қызмет көрсету саласында ашық антикоррупциялық орта қалыптасады және неформалдық төлем азаяды;
8. Адамдардың өз денсаулығын сақтауға деген ынтасы артады және мемлекет пен азаматтардың денсаулықты қорғаудағы бірдей жауапкершілік шарты қалыптасады.

Бірыңғай Ұлттық денсаулық сақтау жүйесін ендіруден дұрыс нәтижелерге қол жеткізу механизмдері:

- 1) Медициналық қызмет көрсетушілер үшін нақты экономикалық ынталандыру;
- 2) Қолданылған шаралардың нәтижелілігін бағалауға және медицина қызметкерлерінің еңбек ақысын соңғы қол жеткізген табыстарына сай қалыптастыруға арналған көрсеткіштер жүйесін қолдану;
- 3) Республикалық және жергілікті бюджеттердің қызметтік жауапкершілігін нақты етіп бөлектеу;
- 4) Денсаулық сақтау саласына инвестиция тарту;
- 5) Жеке бастың денсаулығына және қоғамдық денсаулыққа мемлекеттің, жұмыс қожалықтарының және азаматтардың бірегей жауапкершілігінің балансын анықтау механизмін ендіру;
- 6) Барлық жұмыстардың ашықтығын, қадағалауда болуын және коррупциялық элементтерден толық арылуын қамтамасыз ету.

Концепцияны жүзеге асырудың негізгі бағыттары мен механизмдері:

Концепцияны жүзеге асыру үш бағытта жүреді, оның ішінде, денсаулық сақтау саласында әкімшілік онтайландыру, медициналық қызметтің сапасын тоқтаусыз арттыру және денсаулық сақтау саласын

қаржыландыру ісін жетілдіру жұмыстары бар. Денсаулық сақтау саласында әкімшілік оңтайландыру жұмысы мынандай жолдармен жүзеге асырылады:

- орталықтың және жергілікті деңгейдің мемлекеттік ұйымдарды иелену және басқару қызметіне, кепілдендірілген тегін медициналық көмекті сатып алуына шектеу қойылады. Осы міндетті шешу мақсатында бірегей төлемгер тағайындалады. Ол Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау Министірлігі болуы тиіс;
- бюджеттік заң бойынша мемлекеттік қызмет оны алушыларға барынша жақын орналасуы қажет. Денсаулық сақтау Министірлігінің Мемлекеттік кепілдендірілген тегін медициналық көмектің ақысын төлейтін жергілікті аумақтық органының жоқтығын есепке ала отырып, осы міндет әрбір облыста медициналық қызметтің төлемін қамтамасыз ету комитетінің аумақтық органына жүктеледі;
- аймақтық медициналық қызметтің төлемін қамтамасыз ету комитеті осы күнге дейін жұмыс істеп келген медициналық қызмет көрсету және фармацевтика саласын бақылау комитетін қайта құру арқылы ұйымдастырылады;
- денсаулық сақтау субъектілеріне басқарушылық шешімдерді қабылдауда автономиялық құқық беріледі. Осы міндетті жүзеге асыру үшін мемлекеттік мекемелер қазыналық өнеркәсіпке, ал қазыналық өнеркәсіп, шаруашылық жүргізу құқығы бар өнеркәсіпке айналады;
- денсаулық сақтау субъектілерінің автономиялық құқығын арттыру жұмысы мен мекеме басшыларын менеджмент сұрақтары бойынша қайта даярлау жұмысымен, бір кезеңде іске асырылады;
- медициналық қызмет сапасын сырттай мемлекеттік бақылау құқығы жаңа құрылып жатқан тәуілсіз сараптаушылар институтына беріледі. Осы шара пациенттер мен медицина қызметкерлерінің мемлекеттік бақылау қызметіне деген сенімділігін арттырып, бақылау орындарындағы коррупцияның төмендеуіне алып келеді;
- медициналық қызмет сапасын тоқтаусыз арттыру міндетін шешу жұмысы бағалаудың екі сатылы моделін жасау арқылы шешіледі: сырттай бағалау, мемлекеттік органдардың және іштей бағалау (аудит), денсаулық сақтау ұйымының күшімен жүзеге асырылады.
- Ұйымдастырылып жатқан жүйе жергілікті қызмет міндеттерінің 3 % ғана орталық деңгейге берілуін қамтамасыз етеді. Азаматтардың денсаулығы қорғау қызметінің 97 % жергілікті атқарушы әкімшіліктің қолында қала береді. Жалпы соматикалық ауруларға арналған аумақтық емдеу-профилактика ұйымдары жергілікті атқарушы әкімшіліктің коммуналдық меншігінде қалады, ал үкімет денсаулық сақтау министірлігі арқылы, медициналық қызметті сатып алушы (төлемгер) ретінде жұмыс істейді.
- Бақылау қызметінің әдістемелері қайта қаралады, ол бақылау-қадағалау шараларынан сапа индикаторларын және медициналық көмектің нәтижелілігін тоқтаусыз мониторинг жүйесіне көшеді. Бұл жағдай мемлекеттік бақылау жүйесінің ашықтығын арттырады. Денсаулық сақтау жүйесінің есебін, тұрғындардың осы сала туралы көзқарасын баспасөз және

электронды ақпарат құралдарында кеңінен жариялауға және рейтингтік бағалау жүйесін енгізуге жағдай туады. Сонымен денсаулық саласында жүргізілетін оңтайлау осы жүйені тиімді және ашық басқару жүйесіне өтуді қамтамасыз етеді. Денсаулық сақтау ұйымдарын мемлекеттік қалыпты шамаларға сай қайта құрып, оларды басқарудың кәсіби институтын ендіруге және бұл саладағы коррупцияны барынша төмендетуге жағдай туғызады. Медициналық қызметтің сапасын тоқтаусыз арттыру үшін медициналық көмектің әрбір кезеңінде жоғары сапа қамтамасыз етілуі қажет. Оны іштей жүргізілетін сапаны басқару қызметі бақылайды. Іштей аудит қызметінің құқығы әрбір денсаулық сақтау ұйымында одан ары күшейтіледі. Оның міндеті ұйымда пайда болған өзекті мәселелерді анықтап, олардың шешу жолын жасау және тәжірибеде жүзеге асыру болып табылады. Ішкі аудит қызметі тұрғындардың денсаулық сақтау ұйымы көрсеткен қызметінің сапасы туралы арыздарын бастапқыда өзіне бағыттайды, ал уақыт өткен сайын бұл арыздардың санын барынша азайтуға жағдай туғызады.

- Аккредитацияны, іштей аудит қызметін, тәуелсіз сараптау комиссияларын денсаулық сақтау жүйесіне енгізу медициналық көмек беру үрдісінің ашық болуына, бәсекелестік ортаның қалыптасуына және пациенттердің дәрігерді және медицина ұйымын өз еркімен таңдауына жол ашады.

5.3. Денсаулық сақтау ісін жоспарлау. Жоспарлаудың негізгі түрлері. Оны қалыптастыру және әдістері. Жоспарлаудың маңызы.

Кез-келген қоғамның денсаулық сақтау саласындағы қорлары шектеулі. Сондықтан оны тиімді пайдалану аса маңызды мәселенің бірі болып табылады. Қаржылық және өзге қорлардың жеткіліксіздігі болашақта да жалғаса береді. Әсіресе тұрғындарды мемлекеттік тұрғыда кепілдендірілген тегін медициналық көмекпен қажетті көлемде және сапада толыққанды қамтамасыз етуге керекті қаржыны табу мәселесі өз шешімін таппай отыр. Осы жағдайда тұрғындардың денсаулығын жақсарту және денсаулық сақтауды тиімді ұйымдастыру ісін дұрыс жоспарлаудың маңызы жоғарылай түседі.

Ұтымды жоспарлау денсаулық сақтау қорларын басым бағыттарға жұмсауға және медицина ұйымдарының алдында тұрған өзекті мәселелерді кешенді шешуге жол ашады.

Денсаулық сақтау ісін жоспарлау дегеніміз - тұрғындардың медициналық көмекке, дәрілермен қамтамасыз етуге, санитарлық-эпидемиологиялық қызметке сұранысын мүмкіндікке қарай қанағаттандыруға бағытталған негіздеу және құрастыру жұмысы болып табылады.

Академик Юрий Павлович Лисицын денсаулық сақтау ісін жоспарлау туралы мынадай деп түсінік береді. "Денсаулық сақтау ісін жоспарлау қазіргі таңда денсаулық сақтау жүйесін басқарудың арнайы жасалған көпсебепті басқару жүйесі. Ол динамикалық көпсалалы байланысты және элементтер

арасындағы қызметтік қатынасты қамтамасыз ететін кешен. Бұл қатынастар денсаулық сақтауды және өзге салаларды қамтиды" - деген ұғымды береді.

Нарықтық экономика денсаулық сақтау саласындағы жоспарлау ісін түбірінен өзгертті. Командалық экономика дәуірінде салалық жоспарлау жоғарыдан түскен нұсқауға сәйкес жүзеге асырылды. Оның еңбек бойынша жоспарлау (қызметкерлер саны мен еңбек ақ қоры), материалдық-техникалық қамтамасыздандыру жоспары (медицина мекемелерінің құрылысы мен қондырғылармен қамтамасыздандыру), еңбек қорлары бойынша жоспарлау деген тараулары болған.

Орталықтандырудан арылтқан денсаулық сақтау жүйесін басқаруды жоспарлаудың мағынасы мен әдісі үлкен өзгеріске ұшырады. Алайда нормативтер мен қалыпты шамаларды қолданып жоспарлау бұл жұмыстың негізі болып қалуда.

Жалпы жоспарлау денсаулық сақтау саласының экономикасын басқарудың құрлымдық бөлімі ретінде, бұл саланың барынша жайлы даму жолын және қорларын тиімді пайдалануын қамтамасыз ететін әдістер мен құралдардың жиынтығы болып табылады.

Жоспарлаудың деңгейіне қарай мемлекеттік, салалық, аймақтық және жеке ұйымдар мен мекемелердің жұмысын жоспарлау; жоспарлаудың уақытына қарай ағымды, болашаққа бағытталған, мақсатты жоспарлау; әдістемесі бойынша баланысты және нормативті жоспарлау деген түрлерге жіктеледі.

Денсаулық сақтау жүйесін жоспарлаудың негізгі шарттары мыналар:

- тұрғындардың қажетті медициналық көмекті алуының әлеуметтік кепілдігін қамтамасыз ету және бірінші кезекте мемлекеттік кепілдік бағдарламасын жүзеге асыру;
- денсаулық сақтау жүйесі қорларының тұрғындардың медициналық көмекке сұранысына сай келуі.

Денсаулық сақтау жүйесін дамытуды жоспарлау келесі жағдайларды есепке ала отырып жүргізілуі тиіс:

- денсаулық сақтау жүйесін ағымды және болжамды дамыту жоспары әртүрлі ұйымдастыру деңгейінде бірінғай мақсат бойынша жүзеге асырылу керек;
- медицина мекемелерінің материалдық, қаржылық, еңбек және өзге қорлары тиімді пайдаланылуы тиіс;
- медицина мекемелерінің материалдық-техникалық қоры тоқтаусыз жаңартылуы қажет;
- медициналық қызмет беру сапасы мен тиімділігі үнемі жоғарлауы керек.

Денсаулық сақтау саласына кіретін ұйымдар екі түрлі жоспарлауға, оның ішінде стратегиялық және оперативтік жоспарлауға қатысады. Стратегиялық жоспарлау медицина ұйымының жалпы денсаулық сақтау жүйесінде алатын орнын және жұмыс істеу бағытын анықтау үшін қажет. Бұл жұмыспен ұйымның әкімшілігі айналысады және оның жалпы саясатын белгілейді. Оперативтік жоспарлаумен ұйымның орта буынды басшылығы

айналысады. Осы жоспардың көмегімен ұйымның ағымды жұмысын бағыттайды. Бұл жоспарға жаңа бағдарламаларды жүзеге асыру және медициналық көмектің жаңа түрін енгізу жатады.

Басқаша айтқанда, стратегиялық жоспарлау белгіленген саясаттарды жүзеге асыру әдісі болып табылады. Стратегиялық жоспардың мысалына аурухананың төсек орнын қысқартып, емханалық көмектің көлемін арттыру жоспары жатады. Осы жерде амбулаторлық педиатриялық күндізгі стационарды кеңейту жоспары оперативтік жоспардың мысалы бола алады.

Стратегиялық жоспарды жасау төрт кезеңнен тұрады. Оның ішінде, сыртқы себептерді бағалау, ішкі себептерді бағалау, негізгі мақсат пен міндеттерді анықтау, жоспарды жүзеге асыру және оның нәтижелерін бағалау кезеңдері бар.

Ұйым әкімшілігі стратегиялық жоспарды жасауды өз жауапкершілігіне алуы және қажетті уақыт пен қорды бөлуі қажет. Сонымен қатар, әкімшілік стратегиялық мақсатты анықтап, нақты міндеттерді белгілеуге орта буынды басшыларды тартады. Орта буындағы басшылар стратегиялық жоспарды жүзеге асыруға жауап береді. Ал стратегиялық жоспарды бағалауға және қажетті өзгерістерді анықтауға басқарушы буындардың екі сатысы да тартылады. Орта буындағы басшылардың ең маңызды жұмысы стратегиялық жоспардың жеке бөлшектерін және олардың арасындағы байланысты анық айқындау болып табылады. Бұл қасиет қала және облыс аумағындағы денсаулық сақтау жүйесінің қызметтік байланысын, жеке мекемелердің арасындағы байланысты дұрыс айқындай білу үшін керек. Басшының жүйелі ойлау қасиеті, болып жатқан өзгерісті анық түсінуге және оның басым бағыттарын белгілеуге қажет. Стратегиялық жоспардың сыртқы және ішкі себептерін бағалау қажет **(9 сурет)**.

Стратегиялық жоспарға әсер ететін сыртқы себептерге – ұйымның қызметіне, оның жоспарына және орындау мүмкіндігіне әсерін тигізетін қоршаған сыртқы ортаның барлық себептері жатқызылады. Сондықтан осы себептерді анықтап, олардың мүмкін бойынша тигізетін әсерін зерттеу қажет.

Сыртқа себептерді анықтаудың бірнеше әдістері бар. Бірінші әдістемеге сәйкес, сіздің ұйыммен байланысты мекеменің стратегиялық жоспарға өз әсерін тигізе алу мүмкіндігі анықталады. Осындай мекемелердің қатарына мемлекеттік ұйымдармен қатар жекеменшік ұйымдар да кіреді.

Екінші әдістеме Майкл Портер құрастырған жан-жақты сараптаумен байланысты. Осындай сараптау барысында, ұйымның барынша үлкен өнімділікке жету мүмкіндігін анықтайтын негізгі күштер белгілі болады. Бұл күштерге жататындар: 1) сатып алушылар немесе осы мекеменің қызметін немесе тауарларын сатып алатын жеке тұлғалар мен ұйымдар; 2) осы мекемеге өз тауарларын немесе қызметін сататын жеке тұлғалар мен ұйымдар; 3) әдепкі медициналық қызметтің орнына жаңа қызмет тағайындау (фармацевтикалық фирмалар, медицина қызметкерлері, стационарлық операцияның орнына амбулаторлық хирургиялық көмек, аурухананың

орнына үй жағдайында емдеу); 4) жаңадан құрылған мекеме немесе жаңа клиникалар, ауруханалар және осы аудандағы өзге емдеу мекемелері;

5) сіздің ұйымның стратегиялық жоспарына әсерін тигізетін жұмыс істеп жатқан өзге емдеу мекемелерінің арақатнасы, олардың ағымды және болашаққа бағытталған жоспарлары. Осы себептердің барлығы нақты стратегиялық жоспарларды жасауға әсерін тигізеді. Бастапқыда бұл әдістеме ұйым әкімшілігіне бәсекелестіктің механизмін жете меңгеруге ұйым әкімшілігіне шығын құрамы мен қорлардың көлемі туралы деректерді дұрыс сараптауға және түсінуге жәрдем береді. Осының арқасында ұйымның алдына қойған мақсатын орындай алу мүмкіндігі анықталады.

Сыртқы себептерді сараптаудың үшінші әдісіне «Сұранысты бағалау» жатады. Осы әдістің негізінде медицина мекемесінің қызмет көрсету аумағында тұрғындардың сұранысына сай келетін бағдарламалар мен қызметтер жасау қажет. Бұл үрдіс екінші реттегі мәліметтерді, оның ішінде эпидемиологиялық және демографиялық көрсеткіштерді сараптауды қамтиды.

Өзге медицина мекемелері мен әлеуметтік көмек ұйымдарының басшыларымен, қоғам қайраткерлерімен, тұрғындардың сенімді өкілдерімен кездесулер өткізіп, медициналық қызметті одан ары дамытуда қоян-қолтық жұмыс атқару мүмкіндігі туралы келіссөз жүргізіледі. Осы әдістерді қолдану болашақ бағдарламаларды және қызметтерді жоспарлауға қажетті сандық және сапалық сараптауды жүзеге асыруға мүмкіндік береді. Бұл үрдіс ұйымның субъективтік және объективтік, біріншілік және екіншілік деректерінен тұрады. Ұйымның жұмысы туралы ресми есептерді, қызметкерлермен бірге талқыланған ресми әңгімелерді жан-жақты сараптау қажет.

Бұл жерде қаржы, бюджет, өнімділік, сапаны қадағалау, мамандармен қамтамасыз ету мәселелері бар. Ұйымның күшті және әлсіз жағын, мүмкінділіктері мен қауіптіліктерін сараптау, жоспарлауды жүзеге асыру құралы болып табылады. Осы төрт категория бойынша жинақталған мәліметтерді жіктеп, олардың жоспарға тигізетін әсерінен туындау мүмкіндігі бар өзгерістерді талқылау, ұйым қызметінің басыңқы бағыттарын анықтауға көмектеседі.

Одан ары ұйымның нақты іске асыра алатын мақсаты мен міндеттерін анықтап, оны жүзеге асыру жұмысы басталады. Қол жеткізген нәтижелер, ұйымның негізгі құндылықтары мен философиясы, нақты тауары мен қызметі тұжырымдалады. Басқаша айтқанда, бұл тұжырымдамада ұйымның сипаттамасы мен қандай құндылыққа қызмет көрсететіндігі хабарланады.

Құндылық пен ұйымның болашақтағы даму мүмкіндігі туралы арман басшының санасындағы ұйымның болашақтағы жарқын бейнесі. Ол ұжымды жаңа табыстарға құлшындыруы тиіс. Стратегиялық жоспар жарқын болашаққа апаратын жолнаманың жоспары деп есептеуге болады.

Басшылық болашақтың сипатын және ұйымның алдына қоятын басты мақсатын анықтап, оған қол жеткізудің 4-5 ірі мақсатын белгілеуі қажет.

Ұжым осы мақсаттарды жүзеге асыру үшін 2-3 жыл бойы бар күшін салып жұмыс істеуі тиіс.

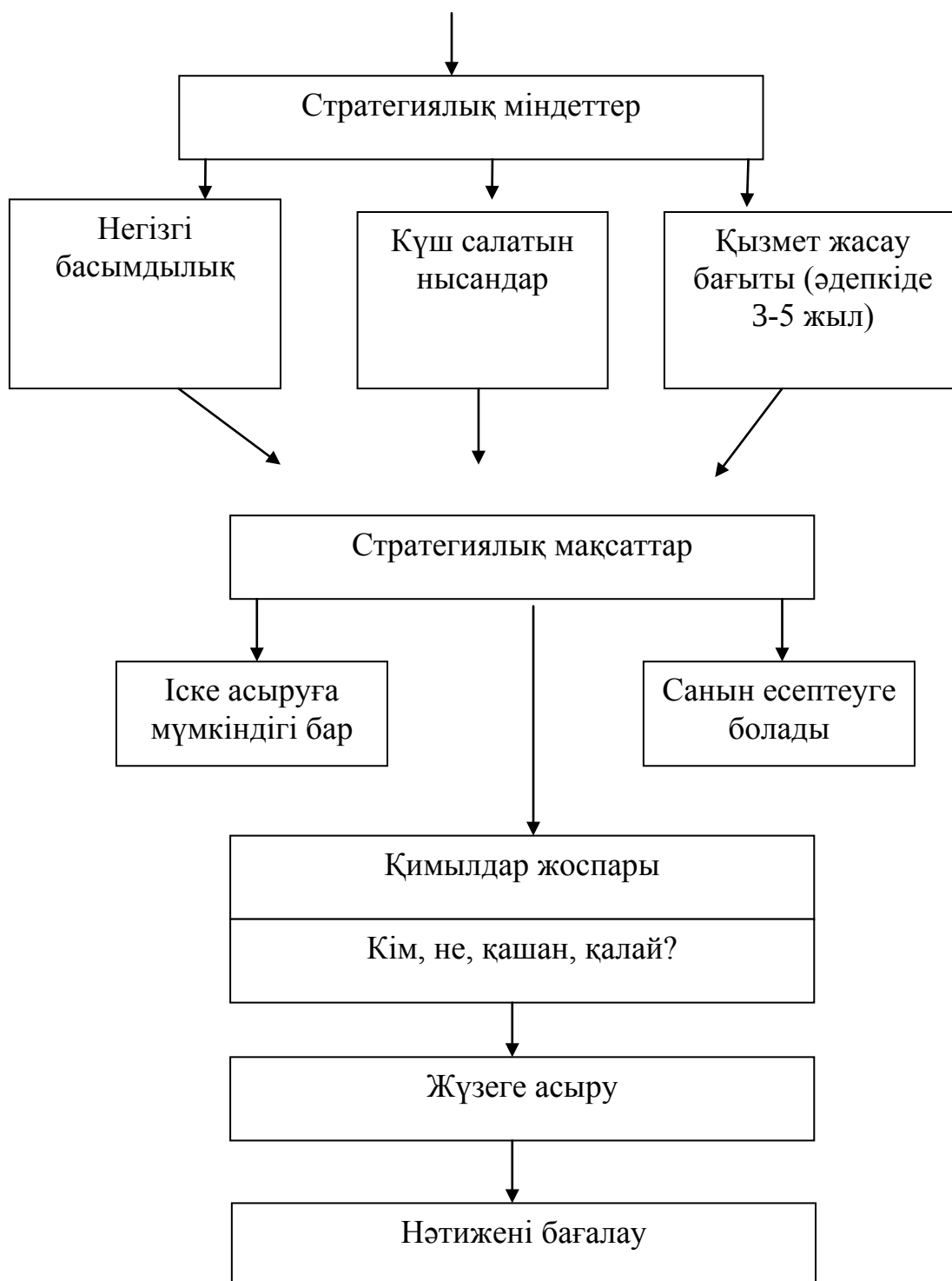
Мақсаттар- қысқаша айтқанда, ұйымның болашақта қол жеткізуге тиісті мәселелері. Әрбір мақсатты орындау үшін бірнеше міндет анықталады. Ол міндеттер негізгі мақсатты шешудің жолдары болып табылады.

Әрбір міндет сандық әдіспен сипатталады, ал оны орындауға нақты белгіленген мерзім беріледі. Міндетті орындау үшін жұмыс жоспары құрылады. Онда кім жауапты, қай мерзімде істеуі және қалай жүзеге асыру керектігі жазылады.

Егер міндетті орта звено басшылығының мүшесі қойса, онда жұмыс жоспары орта звено басшылары мен оның қол астында істейтіндері жасайды.

9 сурет. Стратегиялық жоспарлау моделі.





Стратегиялық жоспардың соңғы кезеңі нәтижені бағалаумен аяқталады. Бұл үрдісті жүзеге асыру әдістемелері белгілі және барынша тексеруден өткен механизмдерге сүйенуі қажет. Басшы әкім немесе бас дәрігер стратегиялық жоспардың орындалу барысы туралы мәліметтерді тоқтаусыз алып тұруы қажет. Бұл мәліметтерді алудың мақсаты тек жеткен жетістіктерді көрсету емес, сонымен қатар жолай туындаған қиыншылықтар мен кедергілерді дер кезінде анықтап, оны шешуді жеңілдету болып табылады.

5.4. Денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыру.

Денсаулық сақтау жүйесі әр мемлекеттің маңызды әлеуметтік саласы болып табылады. Бұл саланы қаржыландыру арнайы заңдар бойынша реттеледі және қоғамның сұранысы мен мемлекеттің экономикалық ахуалына қарай жүзеге асырылады. Кез келген мемлекеттің денсаулық сақтау саласына жұмсалатын қаржысы жалпы ұлттық табыстың 3-15% құрайды. Дүние-жүзілік денсаулық сақтау ұйымының сараптаушы мамандарының пайымдауынша, денсаулық сақтау саласының негізгі өзекті мәселелерін шешу үшін қоғамның ішкі табысының 6 % жұмсау қажет. Ал тұрғындардың жоғары сапалы және білікті медициналық көмекке сұранысын қамтамасыз ету үшін бұл көрсеткішті 12 % - ға дейін көтеру керек. Алайда денсаулық сақтау саласына бөлінетін қыруар қаржы бұл жүйенің өзекті мәселелерін автоматты түрде шеше алмайды. Экономикасы дамыған, мемлекеттік (сақтандыру және бюджеттік) жүйеде ұйымдастырылған денсаулық сақтау саласы қалыптасқан Европа және Америка құрама Штаттары тұрғындардың денсаулығын қорғауда таң қаларлық табыстарға қол жеткізді. Олар жыл сайын денсаулық сақтау саласына ұлттық табыс көзінің 6-8 % жұмсайды. Бірақ Мемлекеттің бөлген қаржысын денсаулық сақтау жүйесін дамытуға ұтымды пайдаланған елдердің тұрғындары сапалы және аса білікті медициналық көмекке қол жеткізіп отыр. 1990 жылдан бері Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесі мемлекеттің қаржыландыруымен жұмыс істеуде.

1996 жылы құрылған міндетті медициналық сақтандыру қоры 1998 жылға дейін сақтандыру жарнамаларын жинады. Алайда 1999 жылдан бері Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесі ескі қаржыландыру тәртібіне қайта көшті.

Сонымен, денсаулық сақтау саласын қаржыландыру мемлекеттік бюджеттен және ақылы медициналық көмектің есебінен жүзеге асырыла бастады.

1996 жылдан бастап денсаулық сақтау саласын екі жақты қаржыландыру жүйесі ендірілді. Мемлекеттік бюджеттен кезек күттірмейтін медициналық көмек, жоғары білікті медициналық қызмет көрсету (мысалы, онкологиялық ауруларды емдеу) және қоғамдық денсаулық қаржыландырылады. 1998 жылғы ресми статистикаға қарағанда, денсаулық сақтау саласына түскен қаржының жартысы мемлекеттік бюджеттен бөлінген болып шықты.

Денсаулық сақтау саласының емханалық көмегіне, стационарлық емдеуге және дәрілік заттарға жұмсалатын шығынын міндетті медициналық сақтандыру қорынан бөлінетін қаржы көзі жабуы тиіс болатын. Қазіргі жүргізіліп отырған қайта құру жұмысы екі түрлі бағытта қаржыландыру жүйесін сақтап қалуы тиіс. Коммерциялық емес мемлекеттік медицина мекемелері мемлекеттік бюджеттен, ал коммерциялық мекемелер – медициналық қызметті төлеу орталығымен жасалған келісім шарт негізінде

қаржыландырылады. Денсаулық сақтау саласын қаржыландырудың қосымша көзі ретінде облыстық басқару органдарының табысы қарастырылады.

Жер беті мемлекеттерінде денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыру мақсатында оның әртүрлі көздері қарастырылуда. Оның даму бағыты мемлекеттердің экономикалық жағдайына тікелей байланысты. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының сарапшылары денсаулық сақтау саласын қаржыландыру әдісі мен көлеміне қарай мемлекеттерді үш топқа жіктейді.

1. Табысы төмен елдер. Олардың денсаулық сақтау саласына бөлетін қаржысы 1 жан басына балап есептегенде 80 АҚШ долларынан төмен. Денсаулық сақтау жүйесінің жалпы ұлттық табыстың құрамындағы үлесі 3-4% -дан артпайды. Денсаулық сақтау жүйесі мемлекеттік бюджеттен қаржыландырылады. Алайда оның көлемі өте аз. Себебі салық салу көздерінің саны мен олардың қаржылық жағдайы нашар. Бюджеттік қаржы тұтынушылардан жиналатын қосымша салыммен толықтырылады. Бұл елдерде жұмыссыздық деңгейі жоғары, халқы өте кедей, тұрғындардың қаржылық жағдайы нашар.

Ауыр халдегі тұрғындардың емделуге және сапалы медициналық көмек алуға мүмкіндігі шектеулі.

2. Табысы орта деңгейдегі елдер. Бұл мемлекеттердің денсаулық сақтау жүйесіне бөлетін қаржысы 1 жан басына балап есептегенде 80-400 АҚШ долларын құрайды. Денсаулық сақтау саласының ұлттық табыстың құрамындағы үлес салмағы 5-6 % құрайды. Табысы төмен елдерге қарағанда, бұл мемлекеттерде денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыру көздері айтарлықтай көп. Сонымен қатар, мемлекеттік қызметкерлермен ресми секторларда жұмыс атқаратын азаматтар үшін арнайы мемлекеттік әлеуметтік қамсыздандыру бағдарламалары қарастырылған.

Жеке мемлекеттерде тұрғындарды медициналық көмекпен қамтамасыз ету шаралары әлеуметтік сақтандыру бағдарламаларының көмегімен жүзеге асырылса, екінші бір мемлекеттер жалпы ұлттық медициналық қызмет көрсету модельдерін қолдануды дұрыс деп есептейді.

Бұл мемлекеттерде жеке меншіктегі медициналық қызметтер кеңінен етек алуда. Сонымен қатар жеке меншіктегі медициналық сақтандыру жүйесінің беделі арта түсуде. Тұрғындардың ресми жұмыспен қамтылуы жоғарылап, капитал нарығы кеңеюде.

Алайда бұл мемлекеттер де тұрғындарды жаппай медициналық көмекпен қамтамасыз ету мүмкіндігіне ие бола алмай отыр. Бұл жағдайдың ушығуына ауыл тұрғындарының қала тұрғындарына қарағанда кедей өмір сүруі, олардың арасында жұмыссыздықтың жоғары болуы, денсаулық сақтау саласын қаржыландыру көздерінің көп болуы, олардың бір мақсатты немесе қарама-қайшы міндеттерді шешуге бағытталуы тұрғындардың сапалы медициналық көмекке сұранысын іске асыруға жол аша алмайды.

2. Табысы жоғары мемлекеттерде денсаулық сақтау саласын дамытуға бағытталатын қаржы 1 жан басына балап есептегенде 1000 АҚШ долларынан артады. Ішкі жалпы ұлттық табыстан денсаулық сақтау жүйесіне бағытталатын қаржының үлес салмағы 6-15 % дейін жетеді.

1997 жылы Республика Президенті Н.Ә. Назарбаев мырзаның "Қазақстан 2030" атты даму бағдарламасы жарық көрді.

Бұл бағдарламада еліміздің әлеуметтік саласын, оның ішінде денсаулық сақтау жүйесін дамытуға ерекше көңіл бөлінді. Бағдарламада денсаулық сақтау саласының дамуын қамтамасыз етудің сегіз бағыты анықталды. Оның ішінде салауатты өмір сүру салтын қалыптастыру мәселесіне ерекше көңіл бөлінді.

1998 жылдың 18 мамырында Республика Президентінің "Қазақстан Республикасы азаматтарының денсаулық жағдайын жақсартуға бағытталған бірінші кезектегі шаралар туралы" атты №3956 жарлығы жарық көрді. Бұл жарлықта денсаулық сақтау саласындағы еліміздің алдында тұрған міндеттер кеңінен талқыланды. Осы бағыттағы қайта құру жұмыстарының басымдықтары және 2008 жылғы атқарылатын нақты жұмыстар көрсетілген. Денсаулық сақтау саласының 20-дан астам бағыттары бойынша даму жобалары ұсынылып, мақсаттары анықталған. Қойылған міндеттердің сандық көлемі берілді.

1998 жылы Үкімет салауатты өмір сүру мәселелерінің Ұлттық орталығын құрды және осы бағыттағы мемлекеттік бағдарлама қабылдады. Президенттің 1999 жылғы "Кепілдендірілген қызметтер тізімі туралы" №70 жарлығында мемлекеттің қаржыландыруымен азаматтарға көрсетілетін тегін медициналық көмек ауқымы нақты көрінісін тапты.

Тұрғындар денсаулығының маңыздылығы "2002 жылды денсаулық жылы деп жариялау туралы" Республика Президентінің 2001 жылғы 30 желтоқсанда жарық көрген №751 жарлығында баса көрсетілген. Еліміздің тұрақты экономикалық даму жолына түсуіне байланысты, Қазақстан Республикасы Конституциясының 29 бабында көрсетілген азаматтардың денсаулығын қорғау саласындағы заңды құқықтарын жүзеге асыруға жағдай туды. (30 тамыз 1995 жыл)

Осы бапта мынадай деп атап көрсетілген:

1. Қазақстан Республикасы азаматтары денсаулықтарын қорғауға құқығы бар.
2. Республика азаматтары белгіленген заң аясында кепілдендірілген көлемде тегін медициналық көмек алуға құқылы.
3. Мемлекеттік және жеке меншіктегі емдеу мекемелерінде, жекеменшік медициналық тәжірибесімен айналысатын тұлғаларда ақылы медициналық көмек алу жұмысы заң негізінде және аясында жүзеге асырылады.

Мемлекеттік денсаулық сақтау жүйесі Республикалық бюджеттен қаржыландырылады. Оның көлемі жылдан жылға өсу үстінде. Алайда, денсаулық сақтау саласының бюджеті артқан сайын тұрғындардың денсаулығы мен медициналық көмек сапасы арта түседі деп кесіп айтуға болмайды. Бұл бізді медицина саласын экстенсивті жолмен дамытуға итермелеуі мүмкін. Сондықтан денсаулық саласын жаңаша құруды жүйелі жолмен, отандық медицинаның одан ары дамуына саяси, технологиялық, интеллектуалдық, құрлымдық тұрғыда кедергі келтіретін себептерден арылту арқылы жүзеге асыру қажет.

Республика Президенті Н.Ә. Назарбаев мырзаның 2004 жылғы 13 қыркүйектегі жарлығымен бекітілген Қазақстан Республикасының 2005-2010 жылдарға арналған денсаулық сақтау саласын оңтайлау және дамытудың Мемлекеттік бағдарламасында медициналық көмек көрсетудің тиімді жүйесін құру міндеті қарастырылған. Бұл жүйе денсаулықты қорғау мемлекет пен адамның бірге жауап беру, алғашқы медициналық-санитарлық көмекті басым дамыту және тұрғындардың денсаулығын одан ары жақсарту шартына негізделген. Осы мемлекеттік бағдарламаны орындау барысында біршама жетістіктерге қол жетті.

1. Республика Президентінің 2009 жылғы 18 қыркүйегіндегі жарлығымен " Халық денсаулығы мен денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының Кодексі бекітілді. Бұл Кодекс медицина саласының қызметін құқықтық тұрғыда қамтамасыз етіп келген 12 заңның орнын басты. Азаматтардың денсаулығын қорғау құқығын барынша күшейтіп, ұлттық медицинаның басымдылығын арттырды. Денсаулық сақтау саласындағы Отандық заңнамалар халықаралық стандарттарға сәйкестендірілді;

2. Мемлекеттік кепілдендірілген тегін медициналық көмек көлемінің минималдық (ең төменгі шектегі) стандарты бекітілді. Оның тізімі Қазақстан Республикасы Үкіметінің жыл сайын шығаратын қаулысымен бекітіледі;

3. Ана мен нәрестелер өлімін төмендету, қан қызметін жетілдіру, жұқтырылған иммундық тапшылық (ЖИТС) синдромы эпидемиясына қарсы күресті күшейту, кардиологиялық және кардиохирургиялық көмекті дамыту, тұрғындарды туберкулезден сақтау, салауатты өмір сүру салтын қалыптастыру бойынша салалық бағдарламалар жасалып, тәжірибеге ендірілді;

4. Алғашқы медициналық санитарлық көмек қызметі оңтайландырылды. Осының арқасында медицинаға жалпы дәрігерлік тәжірибе шарты ендірілді. Балалар мен ересектер арасында қан айналу жүйесі ауруларын ерте даму кезеңінде анықтауға арналған профилактикалық тексеру, әйелдер арасында репродуктивтік жүйе ауруларын және онкологиялық патологияларын ерте анықтау жұмыстары жүргізіліп, дәрі-дәрмектермен тегін қамтамасыз ету шаралары жүзеге асырылды;

5. Мемлекеттік медицина ұйымдары арасында желілендіру және стандартау жұмысы іске асырылды. Олардың мемлекеттік нормативтері бекітілді;

6. Денсаулық сақтау ұйымдарының материалдық –техникалық қорларын күшейту шаралары жүзеге асырылды;

7. Денсаулық сақтау саласында жүргізілетін іс-шаралар стандартталды. Оның ішінде аурулар диагностикасы мен емдеу протоколдары тәжірибеге ендірілді.

8. Салалық медициналық және фармацевтикалық істерді қадағалау комитеті және оның аймақтық бөлімдері мен тәуелсіз сараптаушылар институты құрылды;

9. Стационарлық және стационарлық медициналық көмекті ауыстыратын деңгейлердің бюджеттерін облыстық, ал 2010 жылдан бастап Республикалық ауқымда біріктірілді;
10. Денсаулық сақтау саласының менеджерлері даярлана бастады;
11. Дүниежүзілік банкпен бірге денсаулық сақтау саласына жаңа технологиялар беру және институционалдық оңтайлау жобаларын жүзеге асыру жұмысы қолға алынды;
12. Дәрі-дәрмектердің біріңғай дистрибуциялау жүйесі ендірілді;
13. Денсаулық сақтау саласының біріңғай ақпараттық жүйесі шеңберінде барлық аймақтарда (облыстарда) ақпараттық-сараптау орталықтары құрылды, 59 медицина ұйымдарында ақпараттық технологиялар ендірілді;
14. Денсаулық сақтауды бақылау саласында қауіптілікті бағалау жүйесі ендірілді;
15. Шекараны санитарлық қорғау жүйесі құрылды: санитарлық-карантиндік бекеттер ашылып, ел аумағын аса қауіпті инфекция ошақтарынан сақтау ісі қамтамасыз етілді;
16. Осы атқарылған жұмыстардың нәтижесінде 2010 жылдың 1 қаңтарынан бастап елімізде денсаулық сақтау ісінің Біріңғай Ұлттық жүйесі ендіріле бастады.

Біздің елімізде тұрғындар жаппай сапалы және білікті медициналық көмекпен қамтамасыз етілген. Бұл мәселе әлеуметтік сақтандыру және мемлекеттік бюджеттен қаржыландыру жолымен шешілген. Тұрғындарды медициналық көмекпен қамтамасыз етуде теңсіздікті болдырмау үшін арнайы қорлар ұйымдастырылады. Денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыратын біріңғай ұлттық қорлар бұл саланың тұрақты жұмыс атқаруына жағдай жасайды. Алайда біріңғай Ұлттық қорлардың нарықтық экономикаға тән бәсекелестік ортасы жоқ.

Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтау жүйесін нарықтық экономикаға бейімдеп, қайта құру саясатын үш кезеңге бөліп қарастырған дұрыс. Бірінші кезең 1992-1994 жылдар арасында қалыптасты. Бұл кезеңде орын алған әлеуметтік-экономикалық тоқырау денсаулық сақтау жүйесінің жетістіктерін сақтап қалуға бағытталған шараларды жүзеге асыруды талап етті. Үкіметтің барлық шаралары денсаулық сақтау жүйесінің жұмысын оңтайлауға және алғашқы медициналық-санитарлық көмекті сақтап қалуға бағытталды. Қазақстан Республикасының Жоғарғы Кеңесі денсаулық сақтау жүйесін нарықтық экономика жағдайында дамыту жобасын қабылдады. Қазақстан Республикасының «Азаматтарды медициналық сақтандыру» туралы Заңы қабылданды. Осы заңның негізінде Қазақстан Республикасы Министрлер кабинетінің № 1174 қаулысы қабылданып, міндетті медициналық сақтандыру моделін анықтау мақсатында сынақтар өткізетін аймақтар белгіленді. Бұл кезеңде денсаулық сақтау жүйесі мемлекеттен қаржыландырылды.

1995-1998 жылдар арасында денсаулық сақтау саласындағы оңтайлау жұмысы одан ары жалғасты. Бұл кезеңде денсаулық сақтау жүйесіне нарықтық экономика механизмдері белсенді түрде енгізіліп, міндетті

медициналық сақтандыру шарты қалыптастырылды. Фармацевтика саласында жеке меншік иесі пайда болды. 1998 жылы экономикалық тоқырау бүкіл дүниежүзі елдерін қамтыды. Қазақстан Республикасының Үкіметі экономикалық тоқыраудың алдын алуға бағытталған жедел шараларды қолға алды. Оның бір көрінісі ретінде 1999 жылға арналған бюджетті қарастыруға болады. Оны қатаң экономикалық саясатқа көшу, барлық тұрғындарға арналған әлеуметтік жеңілдіктерді тоқтату, өндіріс пен әлеуметтік салаларды арнайы бағдарлама бойынша Мемлекеттік тапсырыс негізінде қаржыландыру арқылы жүзеге асырды. Медицина мекемелерінің Мемлекеттік қазыналық және мемлекеттік мекемелер түріндегі ұйымдастыру-құқықтық жүйелері енгізілді. Мемлекеттік бюджеттен тыс құрылған қорлар, оның ішінде медициналық сақтандыру қоры жойылды. Бұл кезеңді денсаулық сақтау саласын Мемлекеттік тапсырыс бойынша бағдарламалы-бюджеттік қаржыландыру кезеңі деп атауға болады.

Алайда, қазыналық мекемелер үшін қаржыландырудың шаруашылық шарты қалдырылды. Ол медициналық қызметтің ақысын төлеудің әртүрлі жолдарын қолдану арқылы жүзеге асырылды. Оның ішінде, алғашқы звенода жан басына қаржыландыру, емханалық көмекті алғандар саны немесе амбулаторлық-емханалық тарификатор бойынша, стационарлық медициналық қызмет емделген ауру үшін немесе клиникалық шығындану топтары бойынша (КШТ) қаржыландыру жолдары бар.

Мемлекеттік тапсырыс бойынша жұмыс істейтін Қазыналық шаруашылықтармен қатар, көпканалды қаржыландыру әдісі де сақталды. Оның қатарында, ақылы медициналық қызметтен, өндіріс орындарымен және сақтандыру компанияларымен келісім шарт бойынша қызмет көрсетуден және өзге көздерден түскен ақшамен қаржыландыру жолдары бар.

1992-2001 жылдарындағы денсаулық сақтау саласын қаржыландыру деңгейі тұрғындардың медициналық көмекке сұранысын толық қамтамасыз ете алмады. Денсаулық сақтау саласына бөлінген бюджеттік қаржы жалпы ішкі табыстың 1,9—2,7 % ғана құрады. Денсаулық сақтау саласына бөлінетін бюджеттік қаржы жыл сайын артып отырды. 1999 жылы оның өсу жылдамдығы 172,2 % болса, 2000 жылы 121,2 %, 2001 жылы 114,5 % құрады.

Жергілікті денсаулық сақтау саласын қаржыландыру деңгейін теңестіру мақсатында «2002 жылғы Мемлекеттік бюджет туралы» Заң бойынша жергілікті бюджеттен денсаулық сақтау саласына бөлінетін қаржының ең төменгі шегі белгіленді. Республика тұрғындарының денсаулығын жақсарту мақсатында 2011-2015 жылға арналған «Саламатты Қазақстан» атты денсаулық сақтау саласын дамытудың мемлекеттік бағдарламасы қабылданды.

Бұл бағдарлама 2010 жылдың 29 қарашасындағы Президенттің № 1113 жарлығымен бекітілді. Бағдарламаны жүзеге асыру үшін Республикалық және жергілікті бюджеттерден, Мемлекеттік Заңнамаға қайшы келмейтін өзге көздерден 359358,9 миллион теңге жұмсалады деп күтілуде (26 кесте).

26 кесте. «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын жүзеге асыруға бюджеттерден бөлінетін қаржы деңгейі (миллион теңге).

Жылдар бойынша	Барлығы	Республикалық бюджет	Жергілікті бюджет	Өзге қаржы көздері
20011 жылы	65262,7	64700,3	562,4	-
2012 жылы	79966,9	75312,1	454,8	4200
2013 жылы	74059,4	69367,9	491,5	4200
2014 жылы	79086,1	74290,5	595,6	4200
2015 жылы	81983,8	72926,0	657,8	8400
қорытындысы	380358,9	356596,8	2762,1	21000

Денсаулық сақтау саласын қаржыландыруды одан ары жетілдіру мақсатында бюджеттен бөлінетін шығын жыл сайын артады. Алғашқы медициналық-әлеуметтік көмекке бөлінетін қаржы Қазақстан облыстарының тұрғындарының санына, медициналық көмекке сұранысына қарай бөлінеді.

Мемлекеттік тұрғыда кепілдендірілген тегін медициналық көмек нақтыланады және объективтік көрсеткіштер негізінде жетілдіріледі. Қаржыландырудың ауқымын кеңейту туралы алғашқы медициналық-әлеуметтік көмекті одан ары кеңейтуге және арнайы медициналық көмектің көлемін сұранысқа сай қалыптастыруға күш салынады. Сонымен қатар, Мемлекеттік тұрғыда кепілдендірілген тегін медициналық көмектің және дәрі-дәрмектердің түрлерін кеңейту жоспарланған.

Медициналық-экономикалық тарифтерді медициналық қондырғылар сатып алуға қажетті қаржыны қосу арқылы жетілдіру әдісі қарастырылуда. Осы өзгерістер медициналық көмекті көрсетуді ашық түрде және қаржы көзін шығындауды тиімді жүзеге асыруға жол ашады.

Мемлекеттік тұрғыда кепілдендірілген тегін медициналық көмектің құрамына кіретін қызметке берілетін заңсыз төлемақылардың көлемін азайту және азаматтардың өз денсаулығына жауапкершілігін арттыру мақсатында жеке медициналық қызметтер үшін төленетін шығынды бірге көтеру механизмі жасалуда. Сонымен, денсаулық сақтау саласын қаржыландыруды одан ары жетілдіру мынандай бағыттарда жүзеге асырылады:

1)Тарифтік саясатты және қаржыландыру механизмін жетілдіру:

- Мемлекеттік тұрғыда кепілдендірілген тегін медициналық көмек берудің медициналық-экономикалық тарифтерін одан ары жетілдіру, тарифке медициналық құралдарды алуға жұмсалатын шығындарды да қосу;
 - Фондтың бір бөлігін иелену және алғашқы медициналық көмек тарифіне қосымша компонент ендіру;
 - Стационарлық көмекке шығындалатын қаржыны азайту және алғашқы медициналық-әлеуметтік көмек қызметі мен аурулардың профилактикасына жұмсалатын қаржыны ұлғайту үшін қарастырылатын қаржыны бөлу механизмін жасау;

- Бюджеттен Мемлекеттік тұрғыда кепілдендірілген тегін медициналық көмекті беруге арналып медицина ұйымдарына бөлінген қорларды пайдаланудың ашық болуын қамтамасыз етуге бағытталған шараларды жетілдіру;
- Қаржы қорларын жинауға, есепке алуға және бағытын бағалауға қатаң бақылау орнату;
- Медицина ұйымдарының әртүрлі көздерден, оның ішінде тегін медициналық көмек беруден түсетін қаржысын есепке алу жүйесін жетілдіру;
- Медицина қызметкерлерінің еңбек ақысын олардың жұмыс нәтижесіне қарай жіктей отырып, төлеу жүйесін жетілдіру;

2) Азаматтардың өз денсаулығына мемлекетпен қатар жауапкершілігін арттыру және медициналық сақтандыруды одан ары дамыту;

- Мемлекеттік тұрғыда кепілдендірілген тегін медициналық көмек жүйесімен қатар қосымша төлемдердің механизмін жасау және енгізу;
- Шет елдік азаматтар үшін медициналық сақтандыру жүйесін енгізу;
- Мемлекеттік тұрғыда кепілдендірілген тегін медициналық көмектен тыс ерікті медициналық сақтандыруды дамыту.

3) Денсаулық сақтау саласындағы инвестициялық саясатты жетілдіру:

- Амбулаторлық қуаты жетіспейтін аумақтың осы бағыттағы материалдық-техникалық қорын күшейтуге және теңестіру шартын жүзеге асыруға бағытталған инвестицияны жоспарлау саясатын ғылыми тұрғыда негіздеу;
- Денсаулық сақтаудың басым бағыттарына жасалған өзгерістердің тиімділігін бағалау және мониторинг жүйесін енгізу.

4) Денсаулық саласына инвестиция тарту механизмін жасау және ендірі:

- Мемлекеттік - жеке меншік сыбайластық;
- Медициналық техниканы лизингпен жеткізу жүйесін заң аясында жүзеге асыру жолын жасау және ендіру;
- Шетелдік инвестицияны тарту.

Сонымен, денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыру жұмысы Қазақстан Республикасында қалыптаса бастаған нарықтық экономиканың заңдылықтарына сай жүзеге асырыла бастады деуге болады.

5.4. Медициналық сақтандыру және сақтандыру медицинасы.

Медициналық сақтандыру әлеуметтік сақтандыру жүйесінің ең маңызды бір бөлігі болып табылады. Бұл еңбекшілерді және олардың от басы мүшелерін кәрілікке, ауруға, жұмысқа жарамсыздықтың туындауына байланысты мемлекеттік тұрғыда кепілдендірілген материалдық қамтамасыздандыру жүйесі. Қазіргі кезеңде медициналық сақтандырудың міндетті және ерікті түрлері бар. Олардың арасында маңызды айырмашылықтары анықталған(27 кесте).

Ерікті медициналық сақтандыру қосымша медициналық көмекті төлеуге арналған қаржылық жүйе. Оны коммерциялық іске жатқызуға болады. Ал, міндетті медициналық сақтандыру мақсатты салық салу арқылы жүзеге асырылады. Сондықтан бұл жұмыс коммерциялық іске жатпайды.

27 кесте. Міндетті және ерікті медициналық сақтандыру жүйелерінің айырмашылықтары.

Ерікті медициналық сақтандыру	Міндетті медициналық сақтандыру
Коммерциялық іс	Әлеуметтік коммерцияға жатпайтын іс
Сақтандырудың қаржылық-коммерциялық бөлігі ретінде, жеке басты сақтандыруға жатады	әлеуметтік сақтандыру жүйесінің бөлігі
«Медициналық сақтандыру туралы» заңмен реттеледі	«Медициналық сақтандыру» және «Әлеуметтік сақтандыру» туралы заңдармен реттеледі
Сақтандыру ережелерін сақтандыру ұйымдары анықтайды	Сақтандыру ережелерін мемлекеттік құрылымдар анықтайды
Жеке басты немесе топты сақтандыру	Жалпылама
Сақтандыруды әртүрлі меншіктегі сақтандырушы ұйымдар жүзеге асырады	Мемлекеттік немесе мемлекет қадағалайтын ұйымдар сақтандырады
Сақтандырушылар физикалық және құқықтық тұлғалар	Сақтандырушылар – еңбек қожалықтары, мемлекет, жергілікті әкімшілік
Қаржы көздері: азаматтардың жекелей табысы, жеке кәсіпкердің табысы	Қаржы көздері: шаруашылық қожалықтары тауарларының өзіндік бағасына кіретін салымы, мемлекеттік бюджет
Бағдарлама сақтанушы мен сақтандырушылар арасындағы келісім шарт бойынша анықталады	Бағдарлама (кепілдендірілген көмек минимумы) денсаулық сақтау министрлігінде анықталады, жергілікті әкімшілікте бекітіледі
Тариф келісім-шарт бойынша бекітіледі	Тариф екі жақтың келісімі бойынша және мемлекеттің басым ролімен бекітіледі
Сапаны қадағалау жүйесі келісім-шарт бойынша бекітіледі	Сапаны қадағалау жүйесі екі жақтың келісімі бойынша және мемлекеттің басым ролімен бекітіледі.
Түскен табыс коммерциялық және коммерциялық емес істерге бағытталады	Табыс медициналық сақтандыруды дамытуға, оның ішінде негізгі қызметінің дамуына бағытталады.

Ерікті сақтандыру әлеуметтік сақтандыру жүйесінің қаржылық-коммерциялық бөлігіне жатады. Бұл іс жеке басты сақтандыруды қамтамасыз ету үшін ұйымдастырылады. Міндетті сақтандыру мемлекеттік тұрғыда кепілдендірілген, шектеулі көлемде салық төлемдерімен қамтамасыз етілетін әлеуметтік сақтандыру жүйесінің бір бөлігі болып табылады.

Ерікті медициналық сақтандыру тек қана «Медициналық сақтандыру туралы» заңмен реттелсе, міндетті медициналық сақтандыру жүйесінің жұмысын реттеуге «Әлеуметтік сақтандыру туралы» заң да қолданылады. Ерікті медициналық сақтандыру ережелерін сақтандыру ұйымдары анықтайды, ал міндетті медициналық сақтандыру ережелерін мемлекеттік басқару құрылымдары белгілейді.

Ерікті медициналық сақтандыру жүйесі жеке тұлғаларды немесе топты медициналық көмекпен қамтамасыз етсе, міндетті медициналық сақтандыруға барлық тұрғындар тартылады.

Ерікті сақтандыруды әртүрлі меншіктегі сақтандыру ұйымдары жүзеге асырса, міндетті медициналық сақтандыруды мемлекеттік немесе мемлекет қадағалауындағы ұйымдар жүргізеді. Егер ерікті сақтандырушы ретінде физикалық және құқықтық тұлғалар аталса, міндетті сақтандырумен еңбек қожалықтары, мемлекеттік органдар, жергілікті әкімшілік айналысады. Ерікті медициналық сақтандыруға азаматтардың, кәсіпкерлердің жеке табысы жұмсалса, міндетті медициналық сақтандыруға шаруашылық қожалықтары өндіретін тауарлардың өзіндік бағасына кіретін салымы, мемлекеттік бюджет қаржысы қолданылады.

Медициналық көмектің минимумы сақтандырушы мен сақтанушы арасындағы келісім-шарт бойынша түзілген бағдарламасымен реттелсе, міндетті медициналық көмек минимумы денсаулық сақтау министрлігінде анықталып, жергілікті әкімшілікте бекітіледі.

Тарифтің көлемі ерікті медициналық сақтандыру жүйесінде екі жақты келісім-шарт бойынша бекітілсе, міндетті медициналық сақтандыруда мемлекеттің басым ролімен және екі жақтың келісім-шартымен анықталады.

Сапаны қадағалау ерікті медициналық жүйесінде келісім-шарт арқылы реттелсе, міндетті медициналық сақтандыруда екі жақты келісім-шарт бойынша және мемлекеттің басым ролі арқылы жүзеге асырылады.

Ерікті медициналық сақтандыру қорына түскен қаржылай табыс коммерциялық және коммерциядан тыс жұмыстарды іске асыруға жұмсалса, міндетті медициналық сақтандыру қорына түскен қаржы осы саланы дамытуға ғана жұмсалады. Сонымен, медициналық сақтандыру әлеуметтік сақтандырудың маңызды бір саласы болып табылады және оның тұрғындарды сапалы және білікті медициналық көмекпен қамтамасыз етудегі ролі аса маңызды деуге болады.

6.тарау Денсаулық сақтаудағы менеджмент және маркетинг. Басқару.

Басқару деген түсінік жаңа туындаған ерекше категория емес. Басқару деген ұғымды түсіндіруге арналған теориялар ескі қолжазбаларда жиі кездеседі. Басқару туралы концепция көне Египетте пирамидаларды тұрғызу барысында жазылған. Тиімді басқаруды жүзеге асыру жолдары туралы кеңестер 3000 жыл бұрын Вавилонда жазылған өмір сүру заңдылықтарында да жеткілікті орын алған. Сонымен басқару деген ұғымның түсініктемелері жеткілікті және олардың қаншалықты дұрыс екендігін әр маман өзі шеше алады.

Геральд Кунц басқару деген ұғымға: «Басқару – алдын ала қойылған мақсаттарды шешу үшін бір-бірімен байланысты әлеуметтік және техникалық міндеттер мен шаралардан тұратын, еңбек және өзге қорларды қолдану арқылы жүзеге асырылатын үрдіс» - деп түсініктеме береді.

Дэвид Густафсон бұл ұғымға басқаша түсінік береді: «Басқару - өзге адамдардың жұмысын пайдалана отырып, бюджеттің шегінен аспайтын, дұрыс, дер кезінде атқарылатын еңбек үрдісі» - деп анықтама жасайды.

Жоғарыда келтірілген екі ұғымның бір-бірімен ұштастығы мынада: олар нәтижеге бағытталған және басқарудың үрдіс екендігі, оған адамдардың қатысатындығы көрсетілген. «Үрдіс» деген сөз басқарудың қимылға және нәтижеге бағытталғандығын көрсетеді. Басқару адам еңбегінің пассивті түріне жатпайды. Оның міндеті қалыптасқан тәртіпті және қалыптасқан жағдайды сақтау емес.

Менеджмент – жалпы мақсаттар мен нәтижелерге қол жеткізу үшін жасалған үрдістің адамдарды, қорларды және өзге қол астындағы қажетті материалдарды басқару жүйесі болып табылады.

Басқару – бұл ғылым, мәдениет, кәсіп және жұмыс.

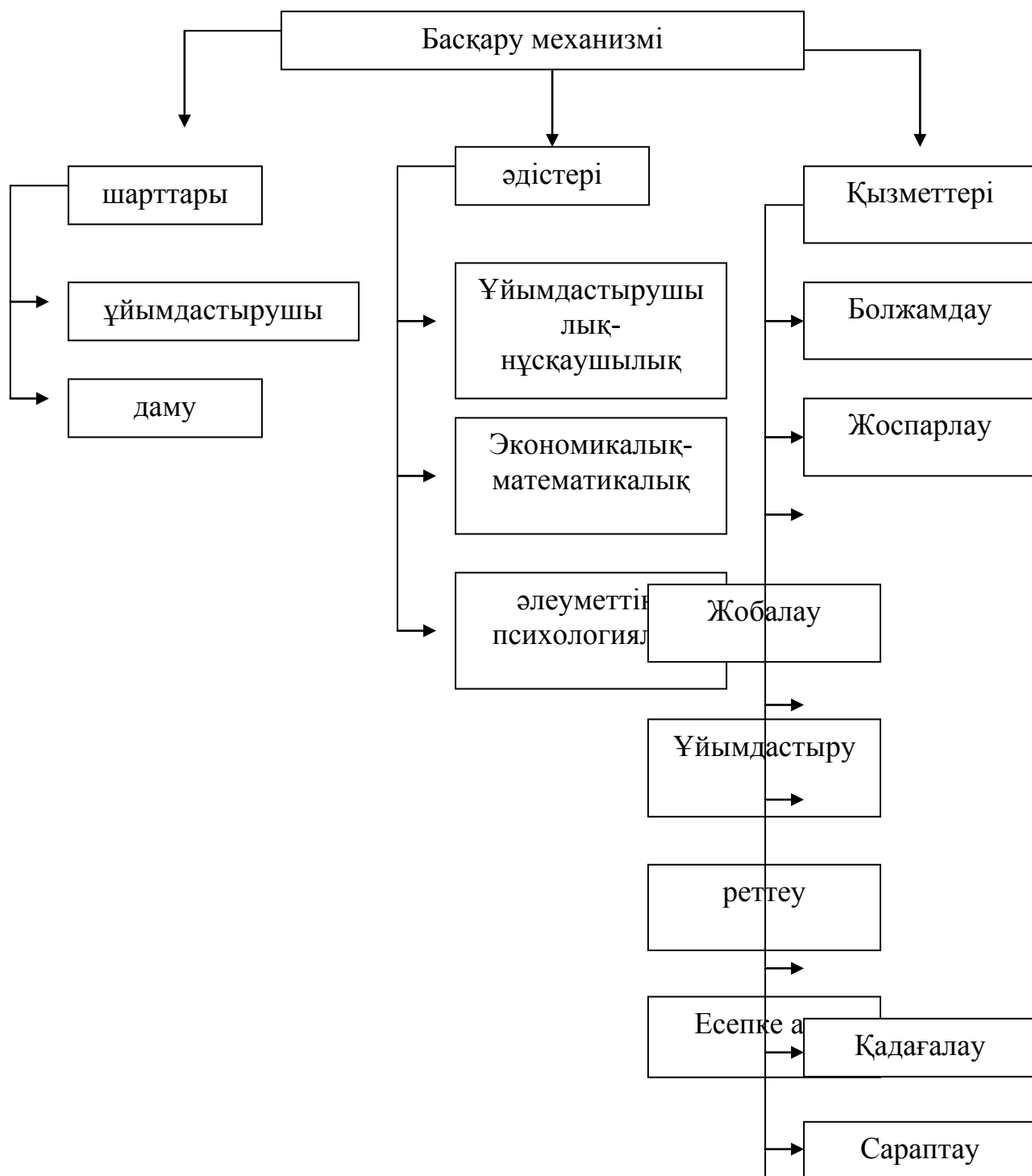
Басқару дегеніміз ғылыми түсінік ретінде мақсаттарды анықтау және соңғы нәтижені шығаруға қажетті көрсеткіштерді белгілеу сияқты маңызды бөліктерден тұрады. Менеджменттің ғылыми бағыт ретіндегі атқаратын жұмысы – басқару нәтижесін, жеткен жетістікті, жүйенің қызмет тиімділігін бағалау болып табылады.

6.1. Денсаулық сақтау қызметі мен басқару негізі. Басқарудың теориялық негізі. Басқару теориясы.

Халық шаруашылығында, оның ішінде денсаулық сақтау саласында нарықтық экономикаға өтпес бұрын негізгі басқару әкімшілік-нұсқаулық, бұйрық жүзінде іске асырылатын. Басқару үрдісінде әлеуметтік-психологиялық және математикалық-экономикалық механизмдер мүлдем қолданылмайтын.

Қазіргі басқару немесе менеджмент экономикалық-математикалық және әлеуметтік-психологиялық механизмдерге басым көңіл бөледі. Басқару нысаны ретінде денсаулық сақтау жүйесі қарастырылады. Жүйе дегеніміз бірегейлік. Ол бір-бірімен тығыз байланыстағы және ортақ категорияның

сипатына нақтылық және ерекшелік беретін бөлшектерден тұрады(10 сурет). Нысанның ерекшелігі оны басқару үрдісін барынша күрделендіріп жібереді.
10 сурет. Денсаулық сақтау жүйесіне нысан ретінде басқарушылық әсер ету механизмі.



Денсаулық сақтау жүйесін басқару дегеніміз – менеджмент. Оның басқару нысаны әлеуметтік-техникалық ашық динамикалық күрделі жүйе болып табылады. Оны басқарудың негізгі ерекшеліктеріне:
 - қабылдаған шешімдердің ерекше жауапкершілігі. Осы шешімге адамның өмірі мен денсаулығы тікелей байланысты;

- қабылдаған шешімнің болашақтағы нәтижесін болжау мүмкіндігінің қиындығы;
- бұрыс қабылдаған шешімді жөндеу мүмкіндігінің жоқтығы жатады.

Нарықтық экономикаға жаңадан өте бастаған Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесін басқару оңай бола қойған жоқ. Жаңа экономикалық жағдайға өту экономика әдістері, қорларды экономикалық сараптау, жұмыс нәтижесін сараптау, қабылданған шешімнің экономикалық тиімділігін бағалау әдістерін дұрыс қолдана білуді талап етеді.

Менеджмент ғылымы философия, политология және социология сияқты өзге ғылымдармен тығыз байланыста дамиды. Менеджмент ғылымының зерттейтін негізгі тақырыбы басқару саласындағы адамдардың бір-бірімен қоғамдық қатынасы болып табылады. Менеджменттің теориясы мен тәжірибесінің дамуында әдістемелік тұрғыда 4 бағыт айқындалады:

- Әртүрлі ғылыми мектептердің пайда болуы;
- Үрдістік көзқарастың туындауы;
- Жүйелік көзқарастың пайда болуы;
- Жағдаяттық көзқарастың пайда болуы;

Бұл ғылыми бағыттың даму барысында менеджмент мәселесіне әртүрлі көзқараспен қарайтын бірнеше мектеп пайда болды. Соңғы кезде менеджмент туралы көзқарастардың нашар жақтары алынып тастап, күшті жақтары одан ары дамытыла түсті.

Ғылыми мектеп – бұл менеджмент туралы көзқарастар жүйесі. Көзқарастар жүйесі басқару әдістемелері мен теорияларынан тұрады. Алғашқы осындай мектептің іргесін қалаған (1856-1915 жылдары) және басқарудың бірегей теориясын ұсынған америка инженері Ф. Тейлор болатын. Ф. Тейлор менеджменттің негізі ретінде тиімділік шартын ұсынды. Ол мухият хронометражды бақылау арқылы жұмысты барынша үнемді орындауға негізделген өнімділік нормативтеріне сүйенеді.

Сонымен қатар, тиімділіктің тетігі ұжымның тығыз байланыста және барынша жауапкершілікпен жұмыс атқару қажеттігіне сенімінде деп қарастыру шарты да дұрыс деп есептелінеді. Классикалық мектеп немесе әкімшілік басқару мектебі (1920-1955 жылдары) ғылыми мектепке қарағанда жалпы ұйымды басқару мәселесімен айналысты. Бұл мектептің менеджмент ғылымына қосқан үлкен үлесі – басқаруға жүйелі түрде кірісу шартын ұсынды. Бұл мектепті ұйымдастырушы француздың маманы және ірі өндіріс басшысы А. Файоль еді. А. Файоль менеджмент – болжамдау, жоспарлау, ұйымдастыру, бұйыру, үйлестіру және қадағалау істерінің біріңғай жүйесі деп атап көрсетті. Менеджмент туралы бұл ұғым осы күнге дейін өз мәнін жоғалтқан жоқ.

Адамдар арақатынасы туралы мектеп пен іс-әрекеті туралы ғылыми мектеп 1940 жылы құрылып, бүгінгі күнге дейін жұмыс атқаруда. Бұл мектептің ең ірі абройларына М. Фоллет, Э. Майо, А. Маслоу, Р. Лайкерт, Д. Макгрегор сияқты ғылымдар жатады. Бұл мектептің менеджмент саласындағы ұстанымы тұлғалар арасындағы қатынасты басқару және

психология мен социологияны қолдану болып табылады. Осы саланың белді ғалымы Элтон Майо мынандай қағидаларды ұсынды:

1. Қызмет орнында адамдарды алға жетелейтін әлеуметтік қажеттіліктер. Оның ішінде достықты, өзін-өзі силау, ұжымды мойындау қажеттілігі,
2. Адамдар өздерінің әлеуметтік арақатынасын еңбек ету ортасында қанағаттандыра алады. Ал атқаратын қызметі оны көбінесе аса қанағаттандыра қоймайды.
3. Еңбек ету ұжымы жұмысшыға әкімшілік қадағалау мен марапаттаудан да жоғары әсерін тигізеді.
4. Бақылаушылардың жұмыс нәтижелігі оларға тәуелді қызметкерлердің әлеуметтік сұранысын қанағаттандыру дәрежесіне байланысты.

Роберт Лайкерттің зерттеу нәтижелері көрсеткендей, басқару саласында (менеджмент) өз жұмысшыларына қамқорлықпен қарайтын менеджерлер жақсы табысқа жетеді. Бұл менеджерлер басқаратын адамдарына, олардың алдына қойған мақсатын орындау үшін барынша жайлы жағдайды қамтамасыз етеді.

Ара қатынас және іс-әрекет туралы мектеп 1950 жылдан бері қарай жұмыс істеуде. Бұл мектептің алдына қойған мақсаты басқару саласына кибернетика, математика мен статистика, жобалау, болжамдау және элдектронды-есептеу құралдарын менеджмент мәселелерін шешу жұмысына қолдану әдістемелерін жетілдіру болып табылады. Алайда, бұл бағыттарды менеджментте қолдану барысында күтілетін нәтижелер ойдағыдай бола бермейтіндігін естен шығаруға болмайды. Менеджментке үдеріс ретінде қарау А. Файольдің еңбектерінде терең орын алған. Оның негізінде басқарушылық ұғым жатыр. Ол белгілі бір мақсатқа қол жеткізу үшін бір-бірімен тығыз байланысты қимылдар жасау керектігін көрсетті.

Барлық қызметтердің жиынтығы басқару үрдісін құрайды. Менеджмент қызметінің маңыздылығы туралы ғалымдардың түсінігі уақыт өте келе өзгеріске ұшырауда. Ол көптеген себептерден туындап отыр. Оның ішінде экономикалық, қоғамдық, мәдени себептермен қатар, ғылымның да өзіндік әсері бар. XX ғасырдың 50 жылдарында менеджменттің ең басты қызметі денсаулық сақтау ісін ұйымдастыру деп есептелсе, қазіргі кезеңде – үйлестіру деп санайды. 1960-1970 жылдары менеджменттің жүйелі әдістемесі сандық әдістемемен қатар дамыды. Менеджментте бұл әдістемелер әртүрлі басқарушылық мәселелерді сараптауда қолданылады. Әсіресе ұйымдастырушылық құрылымдарды сараптауда, әртүрлі құрылымдық бөлімдер байланысының жалпы ұйым қызметіне тигізетін әсерін есепке алу қажеттігі туындағанда сандық және сапалық әдістемелермен қатар жүйелі әдістемені қолдану жақсы нәтижесін береді.

Жүйелі әдістеме дегеніміз – басқарушылар үшін қажетті шарттардың жиынтығы емес, керісінше, ұйымдастыруға және басқаруға байланысты ойластыру әдістемелері. Жүйе – ол бір-біріне тәуелді бөліктерден тұратын бірегейлік белгісі. Оның әрбір бөлігі жалпы ортақ бірліктің сипатына өзіндік үлесін қосады. Жүйелердің екі негізгі түрі бар: ашық және жабық жүйелер.

Жабық жүйенің қатаң белгіленген шекарасы бар. Оның іс қимылдары жүйені қоршаған ортаның әсерінен тәуелсіз болады.

Алайда жүйелердің басым бөлігі ашық болып келеді және қоршаған ортамен тығыз байланыста жұмыс атқарады. Жағдаятты әдістеме белгілі жағдайларға үйлестірілген жобалар мен бәсекелестік әдістемелерді пайдалануға күш салады. Сол арқылы ұйымның алдына қойған мақсатына қол жеткізуге ұмтылады. Бұл теорияның жақтастары, егер әкімшілік ұйымның құрылымы мен басқарушылық құрылымды қажетті міндеттерге, технологияларға, күтілетін нәтижелерге, адамдардың ұмтылыстарына, қоршаған орта өзгерістеріне әдейілеп бейімдесе, онда бұл ұйым, өте тиімді жұмыс атқарады деп есептейді. Жағдаяттық теорияның пайымдауынша әртүрлі сұранысы мен себептері бар адамдардың тиімді жұмыс атқаруы үшін әртүрлі басқарушылық құрылымдық саясатты жүргізу қажет. XX ғасырдың 60 жылдарында Америка Құрама Штаттарында (Лоренс пен Порш) және Ұлыбританияда (Бернс және Сталклер) жүргізген зерттеулер, базардың сұранысының өзгеруіне дер кезінде бейімделуге ұмтылатын ұйымдар басқару құрылымын ұдайы өзгертіп отыратындығын анықтайды.

Менеджмент туралы қазіргі замандағы көзқарас дүниежүзіндегі қоғамдық дамудың объективтік өзгерістеріне сай қалыптасуда. Оның негізгі себебі ғылыми-техникалық жетістіктер және әлемдік экономиканың құрамдық өзгерістері болып табылады. Экономиканың нарықтық бағытқа бет алуы басқару үрдісінің шарттарын қайта қарауды талап етті.

Қазіргі таңда басқару жүйесі адамдық немесе әлеуметтік сипатқа ие болуда. Өндірісте шығарылатын тауарлардың көлемін арттырудан, олардың сапасын арттыруға, тұтынушылардың сұранысын қанағаттандыруға бет бұруда.

Заманауи менеджмент ұйымдастыру мәдениетінің ролін арттыруға, жұмысшылардың ынтасын жоғарылатуға және басқару тиімділігін көтеруге көп көңіл бөлуде. Ұйымдастыру мәдениеті басқарудың ең маңызды құралы болып табылады. Бұл әдістеме басқару саласында тарихи қалыптасқан әдет-ғұрыпқа, құндылықтар мен шарттарға жүгінеді және ұйым ішіндегі қызметкерлер арасындағы қарым-қатынас үдерісінің қалыптасуы барысында туындаған заманауи өзгерістерді де есепке алады.

Басқару үрдісін ұйымдастыруда стратегиялық жоспарлау әдісіне жиі көңіл бөлінуде. Себебі қоршаған ортаның күрт өзгерістері, технологияның жылдам дамуы және күнделікті тәжірибеге жаңалықтардың ұдайы енгізілуі, бәсекелестіктің және нарықтың қатаңдануы менеджменттің жаңа әдістерін қолдануды талап етуде.

Соңғы жылдары басқарудың құрлымы өзгеріске ұшырап, оның бір орталықтан басқару жүйесінен аластауы байқалады. Ұйымдастыру жүйелері көбінесе басқаруға кедергі келтіретін себептерді анықтауға және оларды шешудің жолдарын белгілеуге арналған жұмыстармен айналысуда. Менеджменттің болашағы мол бағытының бірі – халықаралық қатынастарға байланысты туындайтын басқару мәселелерін зерттеу болып табылады. Егер дүниежүзінде бірінғай экономиканың қалыптасқандығын мойындасақ, онда

басқару үрдісінде халықаралық қатынас мәселесіне баса көңіл бөлу керектігі туындайды. Заманауи менеджменттің даму үрдісін техниканың даму үрдісінен бөлектеп қарауға болмайды. Сондықтан, заманауи менеджментті тар шеңберде қарастырмай, оны жүйе ретінде қарау қажет деген терең көзқарастар жиі айтылуда.

6.2. Денсаулық сақтау мекемелері мен тәжірибелік қызметін басқаруда менеджмент ғылымын бір сала ретінде қолдану.

Ұлттық экономиканың барлық саласында жүріп жатқан өзгерістер денсаулық сақтау саласына да барынша әсерін тигізуде. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласына қойылып отырған негізгі талап тұрғындардың сапалы және тиімді медициналық көмекке сұранысын қамтамасыз ету болып табылады. Сондықтан денсаулық саласының қажетті қорлармен қамтамасыз етілуіне және бар қорларды барынша ұтымды пайдалануға баса көңіл бөлу керек. Сонымен қатар, бұл саланы дамытуға бағытталған мемлекеттік қаржылармен қатар, қожалықтар мен жеке азаматтардың қаржысын да дұрыс пайдалану жолдарын қарастыру қажет.

Осындай шаралар бұл салада жаңа медициналық технологияларға өтуге, денсаулық сақтау мекемелерін заманауи қондырғылармен және құралдармен жабдықтауға, тиімді дәрі –дәрмектермен қамтамасыз етуге, дәрігер мамандардың кәсіби біліктігі мен білімін барынша жоғарылатуға жол ашады. Денсаулық сақтау саласындағы қорлардың жетіспеушілігі, бәсекелестікке мүмкіндіктің төмендігі, бюрократиялық тосқауылдар және өзге кедергі келтіретін себептер медицинаның толығынан экономиканың нарықтық жүйесіне өтуін тежеп отыр. Медицина саласының өзіндік ерекшеліктері материалдық өндірісте қол жеткізген шаруашылық қатынастарды емдеу-профилактика ісіне автоматты түрде аударуға жол бермейді.

Қазақстан Республикасы экономикасының нарықтық шаруашылық әдісіне көшуіне байланысты, денсаулық сақтау жүйесін басқарудың нарықтық жағдайға бейімделген әдістеріне көшіру қажеттігі туындап отыр. Денсаулық сақтау жүйесін басқарудың ұлттық экономиканың өзге салаларын басқарудан мынандай маңызды айырмашылықтары бар.

1. Денсаулық сақтау жүйесінің алдына қойылған мақсаттары өзге салалардың алдына қойған мақсаттарынан мүлдем өзгеше. Мәселе ол мақсаттардың күрделілігінде ғана емес, сонымен қатар оларды өлшеудің өте қиын болуында жатыр. Егер өндірістік салада алынған өнімді сандық көрсеткіштермен бағалауға жағдай болса, денсаулық сақтау жүйесінде сандық көрсеткіштерге сүйене отырып бағалау мүлдем жоқ. Алайда, медицина мекемесінің басшылары мен клиницистер бірінші кезекте қанша адамға медициналық қызмет көрсетілгеніне алаңдамай, көрсетілген көмектің нәтижесі қандай болғандығына баса көңіл бөлуі тиіс.
2. Әдепкі бизнес-ұйымдарға қарағанда, денсаулық сақтау мекемелерінің басшыларына өз қызметкерлерінің жұмысын қадағалау мүмкіндігі шектеулі.

Дәрігер мамандар мен медбикелер жұмысында өз бітінше атқаратын қызметтердің қатары өте көп.

3. Денсаулық сақтау ұйымы кадрларының мамандандырылу деңгейі аса жоғары және кәсіби топтардың бір-бірімен байланыста жұмыс істеу қажеттігі өте биік. Сондықтан, ұйымның алдына қойылған мақсатын шешу ұжым болып қимылдауды талап етеді. Осылайша басшыларға қосымша стресстік жағдайлар мен қиындықтардан өтуге тура келеді.

Денсаулық сақтау мекемелерінің әртүрлі деңгейдегі басшыларының жұмысында келісім-шартқа отыруға, қызметкерлер жұмысын жаңаша ұйымдастыруға, басқарушылық қызметін бөлісуге, қызметкерлер сұранысының өзгеруіне байланысты шешім қабылдау қажеттілігіне байланысты әртүрлі мәселелер туындайды.

Қазіргі күні басқару саласында арнайы білімі бар мамандар өте аз. Бұл жағдай басқару мен жетекшіліктің барлық деңгейіне тән.

Менеджмент саласында жалпы шарттар мен ғылыми әдістер бар екендігі белгілі. Алайда медицина саласындағы менеджменттің өзіндік ерекшеліктеріне алып келетін себептері бар.

Медицина қызметкерлері әлеуметтік маңызы үлкен міндетті шешумен айналысады. Адамдардың өмірін құтқарып қалу ісімен және денсаулықтарын сақтаумен айналысу, басқару шешімдерін дұрыс қабылдауды талап етеді. Себебі шешім қабылдауда жіберілетін әрбір қателіктің бағасы адамның өмірімен және денсаулығымен есептеледі.

Дәрігерлер мен медицина бикелері өз жұмыстарын атқару барысында тығыз кәсіби байланыста болады. Сонымен қатар, аурулармен, олардың туысқандарымен, медицина саласына жатпайтын секторлардың мамандарымен (полиция, құтқару қызметі, көлік, коммуналдық қызмет және басқа салалар) тығыз қатынаста жұмыс атқарады. Оның барысында:

1. Медицина қызметкері, әсіресе басшы, кәсіби тұлғалық арақатынаста адамдардың тәрбиелік, интеллектуалды және мәдени айырмашылықтарын, жастық, жыныстық, этникалық, діни ерекшеліктерін есепке ала отырып, дұрыс психологиялық байланыс орната алуы қажет.

2. Денсаулық сақтау саласындағы күрделілену және технологизация, ақпараттық қысым, медикаменттердің үнемі өзгеруі басшының медицина және басқарушылық саласындағы біліктілігін үнемі арттырып отыруын талап етеді.

3. Генетика, трансплантология саласындағы жетістіктер, вирустық аурулардың қауіпті дамуы медицина қызметкерлерінің алдына көптеген жаңа және күрделі моральдық-этикалық, әлеуметтік-психологиялық мәселелер қояды, басқарушылық шешімдерді қабылдауға әсерін тигізеді.

4. Қоғамдағы әлеуметтік келеңсіздіктер емдеу-профилактика мекемелеріндегі жалпы ахуалға өзіндік әсерін тигізеді. Ұжымдағы ауыр психологиялық жағдайға алып келетін себептердің қатарына еңбек ақының медицина қызметкерлері атқаратын жұмыс қауырттылығына, кәсіби қауіпсіздіктің дәрежесіне сай келмеуі, қызметтің қадірінің төмен болуы,

әлеуметтік қорғалудың нашарлығы, экономикалық, ұйымдастырушылық, басқару және әлеуметтік-психологиялық элементтер жатады.

6.3. Денсаулық сақтау жүйесіндегі менеджмент. Денсаулық ісін ұйымдастырудағы басқару әдістері мен дағдылар.

Денсаулық сақтау саласындағы менеджмент – тұлғалар қатынасы мен техникалық құралдарды қолдана отырып денсаулық сақтау ұйымының мақсатын анықтау және орындау үрдісі болып табылады.

Денсаулық сақтау менеджментінде басқару объектісі (емдеу-профилактика мекемесінің әкімшілігі, басқару органы), басқару субъектісі (кімді, нені басқарады, өндірістік үрдіс және қорлар) және басқарудағы технологиялар (субъектінің басқару объектісіне әсер ету әдісі) деген ұғым бар.

Басқару субъектісі – басқарушы қызметтер мен міндеттерді атқаратын адамдар, басқаша айтқанда бастықтар, ұйымдастырушылар мен басқарудағы жүйенің барлық бөлімдерінің жұмысын, олардың ішкі және сыртқы мақсаттары мен байланыстарын есепке ала отырып үйлестіруге бағытталған іс-әрекеттері болып табылады.

Басқару субъектісінің үш деңгейі бар, олар стратегиялық тактикалық және оперативтік деңгейлер. Олар міндеттеріне қарай әртүрлі жұмыс атқарады. Стратегиялық деңгейдің міндеттеріне жататындар:

- жоспар бойынша белгіленген көлемде және мерзімде мақсатқа жету;
- емдеу-профилактика мекемесінің мүмкіндігін есепке ала отырып, сыртқы орта жағдайының болашақтағы даму бағытын болжамдау негізінде жаңа мақсаттарды жасау.

Сонымен, стратегиялық деңгейде қабылданған шешімдерден туындайтын нәтижелер үшін жауапкершілік бар. Ол нәтижелер мекеменің болашақтағы жетістіктері мен табыстарының кепілі болуы тиіс.

Тактикалық деңгей таңдалған стратегияға сәйкес мекеменің қорларын барынша дұрыс пайдалануға жауапты. Сонымен қатар бұл деңгей жеке бағыттар бойынша ағымдағы нәтижелерге қол жеткізу шараларын ұйымдастырады және қадағалайды.

Оперативтік деңгей жеке бөлімдердегі өндірістік үрдістердің тиімді орындалуын қамтамасыз етеді. Ал бұл деңгей жұмысының табысты болуы технологияның сұранысқа сай болуына және қорлардың дұрыс пайдаланылуына барынша тәуелді келеді.

Басқару объектісі – басқару субъектісінің қойған талабына сай қызмет атқаратын жұмысшылар, ұжымдар; өндірістік үдерістер, басқару қорлары болып табылады. Нарықтық қатынастар жағдайында пациенттердің алатын медициналық көмегі олардың сұранысына сай болуына баса көңіл бөлінеді. Бұл жерде медициналық қызмет сату және сатып алу затына айналады. Сондықтан медициналық көмек сапасына қойылатын талап одан ары арта түседі.

Басқару қорларына мамандар, қаржы, негізгі қорлар, материалдық-техникалық және дәрілермен қамтамасыздандыру ж.т.б. жатады. Бұл жерде, басқаруы өте күрделі элемент деп мамандарды айтады. Олардың кәсіби даярлығының әртүрлі болуы, демографиялық көрсеткіштер, тұлғалық ерекшеліктер, оларға сұраныстың үнемі өзгеріске ұшырап отыруы мамандарды басқару қызметін ерекше бөліп қарауды талап етеді.

Субъектінің басқару объектісіне әсер ету жолдары **басқару технологиялары** деп аталады. Басқару технологиясына басқару механизмдері, ұйымдастырушылық құрлым және басқару үрдісі жатады.

Басқару механизмі деп - әкімшіліктің жұмысшылар алдына қойылған өндірістік міндеттерін барынша жақсы атқаруын қамтамасыз етуге бағытталған қолданыс шараларын немесе әдістерін айтады. Оның мынандай элементтері бар: шарттар, әдістемелер, қызметтер және басқару мақсаттары.

Қазіргі кездегі денсаулық сақтау саласында басқару шарттарын дұрыс пайдаланудың маңызы үлкен. Оның төмендегідей түрлері бар:

- басқарудың ұйымдастырушылық шарттары қызметкерлердің ынтасын арттыруға бағытталған бетке ұстар міндеттер мен мақсаттарды белгілейді.
- басқарудың даму шарты мекеме қызметкерлерінің арақатынасын реттеуге байланысты;
- басқарудың ұйымдық салтының шарты сыртқы ортаға бағытталған және ұйымның абыройын анықтайды.

Басқару шартын құрастыру барысында қоршаған ортада қалыптасқан жағдайды, қызметкерлердің өскелеңдігін, мекеменің алдына қойған міндеттерінің құрамын және әкімшілік пен қызметкерлердің арақатынасын есепке алу қажет.

Басқарудың ұйымдастырушылық шарттарының мысалы ретінде мынандай шарттарды қарастыруға болады:

- билік пен жауапкершілік;
- бір басшыға бағыну (қызметкер бір басшыдан бұйрық алуы тиіс);
- бірінғай басқару жүйесі (бір мақсатқа жұмылдырған іс-қимылдар);
- «жинақылық» - «барлығының өз орны бар» және «барлығы да өз орнында»;
- тұрақтылық;
- тәртіп.

Даму және ұйымдық салт шарты бәсекелестікке байланысты туындаған. Бұл шарт тұтынушыны өзіне тарту үшін әрбір қызметкерлерде бірінғай, клиенттерге ұнайтын әдептерді қалыптастыруға қызмет етеді.

Басқару әдістемелері – басшыға ұйымның мақсатты жұмыстарын қамтамасыз етудің кешенді механизмдерімен қатар қолданатын басқарушылық әдістемелер топтары болып табылады.

Барлық әдістемелердің негізгі мақсаты – кешенді әсер ету арқылы қызметкерлердің өндірістік міндеттерді барынша жақсы орындауына ынталандыру болып табылады. Әдістер емдік-профилактикалық мекемелердің жұмысын заманауи жолдармен қолданыстағы заңнамаға сәйкес

(еңбек, медицина, зейнет, әкімшілік, азаматтық және өзге құқықтық заңдар), әлеуметтік психологияға, қаржыландыру тәртіптеріне, статистикалық есепке алу және есеп беру арқылы ұйымдастыруға негізделген.

Басқару әдістері ұдайы жетілдірілуде, айқындалуда және дұрысталуда. Денсаулық сақтау саласында да басқарудың негізгі әдістері қолданылады. Оның ішінде ұйымдастырушылық-әкімшілік, әлеуметтік-психологиялық, экономикалық әдістер ерекше орын алады. Қызметті ұйымдастырудың негізінде ұйымдастырушылық-әкімшілік әдістер жатыр. Бұл жеке әдістердің жиынтығы. Сонымен қатар, оның өзіндік технологиясы, тәртібі, орындау кезегі бар ұйымдастырушылық шектеу әдісі. Ұйымдастырушылық әсер басқарудың тұрақтылығын көрсетеді және мекеменің құрылымын бекітетін нормативтік құжаттар мен нұсқаулар түрінде айқындалады. Ұйымдастырушылық құжаттардың қатарында штаттар, емдеу-профилактика мекемесінің жұмыс тәртібі мен ережесі, мекеменің жарнамасы, келісім шарттары және тағы басқалары бар.

Үкімдік құжаттардың қатары басқарудың динамикасын көрсетеді. Себебі бұл құжаттар тапсырыстарды орындау жұмыстарының барысын анықтайды. Үкімшілік әсердің түрлеріне бұйрық, үкім, нұсқаулар жатады.

Сонымен қатар емдеу-профилактика мекемесінің жарнамасы, жағдаяты және мекеменің штаттық кестесі де басқарудың аса маңызды тетіктерінің бірі болып табылады. Бұл құжаттар мекеменің міндеттері мен ұйымдастырушылық құрылымын анықтайды. Қызметкерлердің атқаратын жұмысын нақты белгілейтін құжаттарға ішкі еңбек ету тәртібі, әкімшілік пен еңбек ұжымы арасындағы ұжымдық келісім-шарт жатады.

Әлеуметтік-психологиялық әдістерді ұжымға, онда жүріп жатқан әлеуметтік үрдістерге ұжымның жеке әсер ететін кешенді әдістері деп қарастыру қажет. Әлеуметтік-психологиялық басқару әдісінің бір қырына демократиялық, ал қажетті жағдайда либералдық басқару әдісін қолдану жатады. Ұжымды басқаруды барынша тиімді ұйымдастыру үшін менеджердің абыройының жоғары болуы ерекше роль атқарады.

Абыройлылық менеджердің кәсіби білімінің, ұйымдастырушылық қабілетінің жоғары болуымен және адамдармен тіл табыса алу қабілетімен анықталады. Экономикалық әдістер тобына экономикалық сараптау және тұжырымдау, ғылыми жоспарлау және болжамдау, статистикалық әдістер жатады. Экономикалық әдістердің маңызды тетігінің бірі материалдарды және қаражатты нақты шығындауды қатаң сақтау, материалдық байлықты, төсек-орынды, аспаптар мен құралдарды дұрыс пайдалану болып табылады.

Экономикалық әдістерді қызметкерлердің жоғары сапада жұмыс істеуіне ынталандыру мақсатында қолданған жөн. Ынталандыру үшін қосымша төлемақы беру экономикалық әдістің бір көрінісі деп қарастыруға болады.

6.4. Басқару психологиясы және қарым-қатынас.

Ұйым жұмысының жемісті болуы онда қандай адамдардың қызмет

атқаратынына, олардың арасындағы қарым-қатынастың түріне және жұмыс атқару жағдайы туралы көзқарасына, еңбек ақының көлеміне, қызметкерлер арасындағы қарым-қатынасқа және олардың әкімшілік қоятын талапты орындау қабілетіне байланысты. Жалпы ұйымның алдына қойған мақсатына жету үшін қызметкердің өз үлесін қосуға деген ынтасы мен оның ұйымдық ортадағы өзін сезіну жағдайына тікелей байланысты. Осыған байланысты мекемеде «Адамдардың қоры» туралы мәселе жиі көтеріледі. Адамдар қорының белсенді және кәсіби болуы, ұйымның өте ауыр экономикалық жағдайда да тиімді жұмыс атқаруына кепіл бола алады. Сондықтан, менеджерлер әрбір адамның ерекше тұлға екендігін олармен жүргізілетін басқарушылық жұмыстары барысында үнемі есепке алғаны жөн.

Адамдар, әдепкіде жеке жұмыс атқарады. Олар белгілі бір шарт бойынша біріккен топта жұмыс атқаруы да мүмкін. Топтасудың бірінші белгісі қызметкерлердің бір аумақта, кәсіпте, әлеуметтік жағдайда болуы. Ұжымның екінші белгісі, топтың мүшелері бір-бірін психологиялық тұрғыда ұжым мүшесі ретінде қабылдауы. Оның негізінде топтың бір мақсаты, еңбек ету шарты, мінездерінің ұқсас болуы және бір-бірінің мінезін толықтыруы жатыр.

Ұжым мүшелерінің бір-бірін психологиялық тұрғыда мойындауы олардың бірге жұмыс атқаруына жол ашады. Бұл жағдай ұжымның үшінші белгісін анықтайды. Ұжым мүшелерінің бірлесе қимылдауы ұйымның еңбек ету қуатын барынша жоғарылатады. Бірлесе жұмыс атқару арқылы бір адамның қолынан келмейтін істі оңай шешуге жол ашылады. Сонымен қатар, бір адамның физикалық күші мен интеллектуалдық қабілеті жетпейтін істерді біріге отырып шешуге қол жетеді.

Ұжымдық еңбексіз қазіргі цивилизациясының пайда болуы мүмкін емес еді. Жұмыс тауқыметін бөле көтеру және мамандандырылу үрдісі еңбек тиімділігі мен өнімділігін жаңа белеске көтеріп, жұмысшылар арасында бәсекелестік сезімін туындатты. Ұжымның жасырын қуатын ашып, еңбек екпінділігін арттырды.

Ұжымның төртінші белгісіне топтың ұдайы бірге және қолма-қол жұмыс атқаруы жатады. Алайда, топтың құрамындағы әрбір мүше барлығымен бірдей ұдайы қолма-қол жұмыс істеуі міндетті емес. Осыдан ұжым мүшелерінің бір-біріне әсер етуіне бағытталған жағдай қалыптасады. Сондықтан топтың мүшелерінде нақты ұжымдық және бір жұмысты атқарып жатқандығы туралы сезім қалыптасады.

Басқарудың әлеуметтік-психологиялық әдістерінің бірі басқарудың түрі деп аталады. Басқарудың түрі деп – басқарушының шешім қабылдаудағы ерекшеліктерін айтады. Басқарудың авторитарлық, демократиялық және либералдық түрлері бар (**28 кесте**).

Авториторлық басшы қол астындағы қызметкерлерге өзінің билігін жүргізеді. Ол өзінің нұсқауына қарсы шыққандарды және орындамағандарды

28 кесте. Басқару түрлерінің мінездемесі (Старобинскийдің ұсынысы бойынша)

Мінездеме	Авторитарлық	Демократиялық	Либералдық
Шешім қабылдау әдісі	Жекеше	"жоғарымен" кеңесу негізінде немесе топтың ойын есепке ала отырып	нұсқаудың негізінде
Орындаушыға шешімді жеткізу әдісі	бұйрық, өкім, команда	ұсыныс	сұраныс, жалыныш
Жауапкершілікті тарату	түгелінен басшының мойнында	тапсырысқа сай	жауапкердің мойнында
Қол астындағылардың бастамасына көзқарас	мүмкіндік береді	қолдайды және пайдаланады	қол астындағылардың өзіне жүктеледі
Кадрларды таңдау шарты	күшті бәсекелестерден құтылуға ұмтылады	іскер, білікті қызметкерлерге арқа сүйейді және олардың өсуіне жәрдемдеседі	жоғары білікті және кәсіби мамандарға иек артады
Білімге көз қарасы	бәрін өзім білемін деп есептейді	үнемі білімін жетілдіреді және өзгелерден де соны талап етеді	селқос
Қарым – қатынас жасауға көзқарасы	ара қашықтықты сақтайды, тығыз қарым-қатынасқа кері көзқараста	дұрыс көзқарас, тығыз қарым-қатынасқа ұмтылады	ұмтылыс жасамайды
Қол астындағылармен арақатынасы	көңіл-күйіне байланысты, жүйкесі тар	бір қалыпты, жылы шырайлы, жоғары талапты	жұмсақ, аса үлкен сұраныссыз
Тәртіпке көзқарасы	қатаң, заңды түрде	саналы	жұмсақ, заң аясында
Жетістікті материалдық тұрғыда қолдауға көзқарасы	жиі жазалау және өте сирек қолдау	жиі қолдау және өте сирек жазалау	нақты көзқарасы жоқ

көтере алмайды. Авторитарлық басшы тек өзінің шешімін дұрыс деп есептейді және қол астындағы қызметкерлерді бағындырып алуға күш

салады. Ол барлық жұмыстарда билік жүргізуге ұмтылады және сол үшін қолындағы бар билікті қолданады. Демократияшыл бастық қызметкерлердің еңбек ету жағдайы қанағаттандырылғы болғанда ұжымдық жауапкершілікті олардың өздеріне алуына үміт артады. Ол көпшіліктің көңілінен шығатын шешім қабылдауға ұмтылады.

Либералдық типтегі басшы өзінің қол астындағы қызметкерлерге өз жұмыс нәтижелерін қадағалауға толық құқық береді және ұжымдағы жұмысты басқаруды барынша босаңсытады.

Либералдық басшы ұжымның жұмысын өзіне бағынышты тұлғалардың қолына тапсырады. Сондықтан басшы өзінің қарамағындағылардың тәуелділігіне түседі. Басшылықтың осы үш түрі де бір-бірінен алшақ орналаспаған және тәжірибеде олардың барлығы да кездесуі мүмкін.

Осы басшылық түрлерінің аясында басшылар мен қызметкерлер арасында мынандай арақатынас орнауы мүмкін:

- Басшы шешім қабылдайды және ол туралы қызметкерлерге түсіндіреді;
- Басшы шешім қабылдайды және оны орындау туралы команда береді;
- Басшы өз қызметкерлерімен кеңесе отырып шешім қабылдайды;
- Басшы шешімнің жобасын жасайды және қызметкерлерімен талқылағаннан кейін оған өзгертулер енгізеді;
- Басшы мәселені қызметкерлеріне жеткізеді, олардың кеңесін және ұсыныстарын алады. Оның негізінде шешім қабылдайды;
- Басшы қызметкерлерімен бірге шешім қабылдайды;
- Басшы тағайындаған ауқымда қызметкерлер өз бетінше шешім қабылдайды.

Басқарудың тиімділігін бағалау үшін америка ғалымы Р. Лайкерт либералдық-авторитарлық коэффициентті қолдануды ұсынды. Бұл коэффициент либералдық және авторитарлық шешімдердің жиынтығын сараптау арқылы анықталады. Қазіргі кезде бұл коэффициенттің шамасы 1,9 баллды құрайды. Басқаша айтқанда, жұмыста жақсы нәтижелерге қол жеткізу үшін басшы қызметкерлерді сендіруге арналған элементтерді, күштеуге арналған элементтерден екі есе көп қолдану қажеттігін көрсетеді.

Әрбір менеджер басқарудың түрлерін жұмыста қалыптасқан жағдайға байланысты таңдайды. Оның таңдауы басшы тұлғаның психологиялық ерекшелігіне тікелей тәуелді.

6.5. Маркетинг – денсаулық сақтаудағы маңызды элемент.

Денсаулық сақтау саласындағы маркетинг-сауықтыру және профилактикалық, санаторлық және емдеу қызметтерін, дәрі-дәрмекті, медициналық-терапиялық және реабилитациялық кешендерді сатуға байланысты қолданылатын ұйымдастырушылық-экономикалық қызмет болып табылады. Сыртқы орта себептерінің тұрақсыздығы жағдайында емдеу-диагностика үрдісінің қаржымен толыққанды қамтамасыз етілуін дұрыс ұйымдастыру аса үлкен маңызға ие болып отыр.

Қазіргі кезде медицина мекемелерін қаржыландырудың негізгі көзі мемлекеттік бюджет екендігі белгілі. Алайда, оны қаржыландырудың өзге көздерін де іздеу қажет. Осындай қаржы көзінің бірі ақылы медициналық көмек көрсету болып табылады. Ақылы медициналық көмек емдеу-профилактика мекемесінің басқаруына ең жеңіл үрдіс болып есептеледі. Негізгі қызметке еш кедергісіз медицина мамандарын әлеуметтік қорғауға жағдай туғызады, емдеу-профилактика мекемесіне қосымша табыс табуға жол ашады. Сондықтан емдеу-профилактика мекемесінің жұмысын қаржыландыруға осындай пайдалы қосымша табыс көздерін кеңінен қолдану дұрыс деп есептелінеді.

Ақылы көмектің ауқымын кеңейту медицина мекемелеріне мынандай міндеттерді шешуге көмектеседі

1. Мекеменің материалдық-техникалық базасын күшейтуге;
2. Жетіспейтін қаржы көзін толықтыруға;
3. Қосымша медициналық көмекке сұранысты қанағаттандыруға;
4. Екінші табыс көзін қолданып, қызметкерлердің қаржылық жағдайын жақсартуға;
5. Көрсетілетін медициналық көмектің ауқымын, түрлерін кеңейтуге;
6. Медицина мекемелерінің босап қалған мамандарын жұмыспен қамтуға;
7. Мекеме жұмысының тиімділігін арттыруға;
8. Жаңа қондырғылардың өзіндік құнының бір бөлігін өтеуге;
9. Ауруларға көрсетілетін медициналық көмек сапасын арттыруға.

Осыған қарағанда медицина саласындағы маркетингтің қызметі емдеу-профилактика саласындағы баға саясатын жүргізу, медициналық қызметті тұтынушыларға ұсыну және оны сатуды кешенді жоспарлау, экономикалық тұрғыда негіздеу және басқару болып табылады.

Маркетинг саласында емдеу-профилактика қызметінің барлық элементтері біріңғай технологиялық үрдіске айналды. Бұл үрдіс емдеу-профилактикалық және фармацевтикалық көмектің бірегейлігі мен мақсаттылығы арқылы жүзеге асады. Нарықтық қатынас жағдайында маркетинг әдістемесі азаматтардың медициналық көмекке, дәрі-дәрмекке және дәрілік заттарға сұранысын қамтамасыз етуге бағытталады. Сондықтан маркетинг «осы әлеуметтік саланы басқарудағы сана сезімді» қалыптастырады.

Маркетингтің мақсаты — медициналық қызмет пен дәрі-дәрмек өндірісінің тиімділігін қамтамасыз етіп, өндірістік мүмкіндік аясында және

қолайлы уақытта сатудың тиімді жолын қарастыру. Маркетингтік зерттеулердің нәтижесінде медициналық және фармацевтикалық көмек берудегі нарықтық жағдайдың өзгерістері болжамдалады, емдеу-профилактикалық қызмет аясында төлемақының өзгерістері сарапталады, медициналық көмек сапасының сұранысқа сай болуын қамтамасыз ету жолдары анықталады.

Қазіргі кездегі медицинадағы маркетингтің міндеті емдеу мекемесінің бәсекелестікке сай келетін жұмыс бағытын дұрыс таңдау және нарықтық жағдайға тез бейімделу болып табылады.

Оның ішінде:

1. Ауруханалық қызметтің нақты түрлері бойынша (қызмет маркетингі);
2. Денсаулық мекемесінің (ұйым маркетингі);
3. Емдеу-профилактика мекемесінің орналасуы (орналасу орынының маркетингі);
4. Салауатты өмір сүру идеясы (идея маркетингі) – бар.

Мекеменің орналасу маркетингі, жеке тұлғалардың орналасу маркетингі өз мекемесінің жұмыс тиімділігін, қызмет көрсету ісін ұйымдастыру сапасын, білікті мамандардың бар екендігін және олардың емдеу, диагностика саласында заманауи әдістер мен технологияларды қолданатындығын насихаттауды жүзеге асырады.

Қоғамдық сипаттағы идеялардың маркетингі денсаулық сақтау мекемесінің темекі тартуға, алкогольдік ішімдікке салынуға, наркоманияға, семіздікке қарсы, отбасы санын жоспарлауға, әйелдер мен балалардың құқығын қорғау мәселелеріне бағытталған профилактикалық шараларды ұйымдастыру жұмыстарын қамтиды.

Нарықтық қатынас адамдардың психологиялық көзқарастарының түпкілікті өзгеруіне, оның ішінде емдеу-профилактикалық қызметтің, дәрі-дәрмектердің, медициналық тауарлардың тегін немесе ақылы болуына көзқарастарының өзгеруіне алып келеді. Сондықтан маркетинг қызметінің мақсаты және міндеттері емдеу-профилактикалық қызмет көрсету саласында нарықтық қатынастың даму бағытын болжамдау, денсаулық туралы мәліметтерді алу және сараптау, жаңа қызметтер, дәрі-дәрмектер, тауарлар нарығын жасау мәселесін шешу, нарықтық экономикаға байланысты өмір сүру салтын қалыптастыру болып табылады.

7. тарау. Денсаулық сақтаудың медициналық-теориялық және құқықтық негіздері.

Қазақстан Республикасының ата заңында азаматтардың өз денсаулығын қорғауға толық құқығы бар деп көрсетілген. Тұрғындардың денсаулығын сақтау қызметі жергілікті көлемдегі және жоғары сападағы медициналық көмекті беру арқылы жүзеге асырылады. Оны біздің елімізде денсаулық сақтау жүйесі іске асырады.

Денсаулық сақтау дегеніміз – мемлекеттік медицина ұйымдарының тұрғындардың денсаулығын сақтау және күшейту үшін жүзеге асыратын медициналық (емдеу-профилактикалық және реабилитациялық) шаралар жүйесі болып табылады.

Көпшілік мамандар «денсаулық сақтау» мен медицина деген сөздердің мағанасын бірдей деп есептейді. Себебі осы екі сөздің мағанасы да тұрғындардың денсаулығы мен ауруларына байланысты білім мен тәжірибелік жұмыстарды қамтиды. «Денсаулық сақтау» деген түсінік топтық және әлеуметтік деңгейде қолданылады. Сондықтан денсаулық сақтау медицинаның қоғамдық, әлеуметтік қызметі деп қарастыруға болады.

Денсаулық сақтау жүйесі адамзаттың дамуына тікелей байланысты үдеріс және оның даму деңгейінің бір көрінісі ретінде қарастырылады. Қоғам немесе мемлекет ерте дәуірден-ақ денсаулық сақтау қызметін заңды жолға қоюға күш салды. Алайда XVI ғасырға дейін медицина ісі орталық мемлекет билігінің заңды басқару элементіне айналған жоқ. Медицина мен денсаулық сақтау саласы қазіргі таңда маңызды ғылыми және тәжірибелік бағыт ретінде қалыптасып отыр.

Денсаулық сақтау саласының және медицинаның негізгі міндеті әлеуметтік ортаның адам денсаулығына тигізетін зиянды әсерлерін кешенді түрде зерттеп, оның алдын алуға бағытталған тиімді шараларды ғылыми тұрғыда негіздеу және оны тәжірибеге енгізіп, тұрғындардың денсаулығын сақтаудың стратегиясы мен тактикасы жасау деп қарастыру қажет.

7.1. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау туралы негізгі заңдары.

Денсаулық сақтау саласының нормативті құқықтық актілері Республика Президентінің жарлығы, парламенттік заң, үкіметтің қаулысы және денсаулық сақтау министрінің бұйрығы немесе үкімі ретінде берілуі мүмкін. Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау саласының жұмысын реттеу, қайта құру, оңтайлау және одан ары дамыту, тұрғындардың денсаулығын қорғау шараларын күшейту, медициналық көмек сапасын арттыру мақсатында қабылданған заңды құжаттар республикада тәуелсіздік алғаннан кейін қалыптасқан әлеуметтік-экономикалық және саяси жағдайдың айнасы деуге болады.

Соңғы 20 жылда қабылданған ең маңызды заңдық актілердің қатарына жататындар:

1. 1995 жылдың 30 тамызында қабылданған Қазақстан Республикасының Конституциясының 29 бабында азаматтарға өз денсаулығын қорғауға

мемлекеттік кепілдік берілетіндігі баса көрсетілген. Ал кейінгі кезеңдерде қабылданған заңды құжаттардың барлығы осы баптың шешімін орындауға бағытталған шаралардан тұрады деуге болады.

2. 1992 жылы «Денсаулық сақтау саласын оңтайлау концепциясы» жасалып, оны жүзеге асыру туралы Президенттің нұсқауы жарияланды. Бұл концепцияда Республикалық денсаулық сақтау саласында медициналық сақтандыру жүйесін ендіру және оны жүзеге асыру механизмі қарастырылған. Шет елдердегі медициналық сақтандыру тәжірибесі зерттеліп, оны сынақтан өткізетін пилоттық аудандар белгіленеді.

3. «Республикалық бюджеттер туралы» заңда (1994 ж) тек денсаулық сақтау саласының негізгі қызметтерін қаржыландыру қарастырылып қоймайды, сонымен қатар жоспарлы қайта құру, оңтайлау үрдістерінде қаржыландыру мәселелері есепке алынады.

4. «Тұрғындардың санитарлық-эпидемиологиялық бақуаттылығы туралы» заң (1994 жыл) еліміздің егемендігінен кейін қалыптасқан жалпы әлеуметтік-гигиеналық және экономикалық қатынастардың өзгерістеріне сай санитарлық-эпидемиологиялық қызметті жаңадан құру сұрақтарын шешуге бағытталды.

5. «Міндетті медициналық сақтандыру туралы» 1995 жылғы Президенттің жарлығы денсаулық сақтау саласын және тұрғындарға көрсетілетін медициналық көмекті қаржыландыруды нарықтық қатынасқа сай жаңа тиімді жүйеде ұйымдастыру арқылы медицинада бәсекелестік және сапа менеджментін қалыптастыруға бет бұру деуге болады.

6. «Фармацевтика өндірісінің дамуын қолдау туралы» 1996 жылғы Президенттің жарлығы бұл өндірістің құлдырауын тоқтатуға және оның құлдырауын тоқтатуға және оның жаңа бағыттарда дамуына жол ашты.

7. «Психиатриялық көмек және оны алу барысында азаматтар құқығының сақталуына кепіл беру туралы» 1996 жылғы Президенттің жарлығы бұл саладағы Кеңестер дәуіріндегі жіберілген заңсыздықтарды болдырмау және психиатриялық көмекті дамытуды ұйымдастырушылық және экономикалық тұрғыда жақсарту жолдары қарастырылған.

8. «Инфекцияларға қарсы күрестің қосымша шаралары туралы » Президенттің (1996жылғы) жарлығы елімізде қалыптасқан санитарлық-гигиеналық және эпидемиологиялық келеңсіздіктерден инфекциялық аурулардың өршуіне қарсы шараларды тиімді ұйымдастыру жолдары көрсетілген және жауапты тұлғалар анықталған.

9. «ЖИТС ауруының профилактикасы туралы» 1996 жылы жарық көрген Президент жарлығында, елімізде үдеп кеткен жүре пайда болған иммундық

тапшылық синдромының профилактикасын күшейту шаралары қарастырылған.

10. «Қазақстан 2030» (1997 жыл) атты Президенттің жолдауында денсаулық сақтау саласын жетілдіру және медициналық көмектің сапасын арттыруға қарай 8 қадам ұсынылды. Оның ішінде салауатты өмір салтын қалыптастыру аса маңызды әлеуметтік-медициналық бағыт ретінде көрсетілген.

11. Президенттің 1997 жылғы «Міндетті медициналық сақтандыру қорын қайта ұйымдастыру туралы» № 1387 жарлығы бұл қордың орнына медицина көмекті төлеу орталықтарын ашу жолдары қарастырылған.

12. «Отбасылық медициналық қызмет туралы» заң (1998 жыл) бұл қызметті ұйымдастыру және мамандарын даярлау жолдарын көрсетеді.

13. Президенттің 1998 жылғы «Қазақстан Республикасы азаматтарының денсаулық жағдайын жақсартуға бағытталған бірінші кезектегі шаралар туралы » жарлығы денсаулық сақтау саласында жедел қолға алуды қажет ететін шаралар көрсетілген. Бұл жарлықта балалар мен аналардың өлімін азайту, әлеуметтік маңызы үлкен аурулардың профилактикасын күшейту мәселелері басым бағыттар ретінде көрсетілген.

14. Президенттің 1999 жылғы «Кепілдендірілген қызмет тізбесі» туралы № 70 жарлығы тегін кепілдендірілген медициналық көмекті көрсету ауқымын реттеуге бағытталған.

15. «Халық денсаулығы және денсаулығы денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодекс денсаулық сақтау саласын және медициналық көмек қызметін одан ары жақсартуға арналған Заңнамаларды жетілдіруге арналған.

16. Қазақстан Республикасының Денсаулық Сақтау ісін реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға және 2010-2015 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламалары денсаулық сақтау жүйесіндегі реформаларды сапалы да тиімді ұйымдастыру шараларына арналған. Осының барлығы елімізде денсаулық сақтаудың Бірінғай Ұлттық жүйесін ендіруге және тұрғындардың сапалы медициналық көмекке сұранысын барынша толыққанды қамтамасыз етуге бағытталған.

7.2. Республикадағы денсаулық сақтау туралы заңдардың орындалу барысы.

Қазақстан азаматтарының денсаулығын қорғау үрдісін құқықтық тұрғыда реттеу мәселелері Республиканың конституциясында, кодекстерде және заңдарда жете қарастырылған. Заңдық құжаттар елімізде қалыптасқан

әлеуметтік, экономикалық, саяси ахуалына сәйкес жаңадан қаралып, қажетті өзгерістер енгізіліп отырады.

Қазақстан Республикасында адамдардың еңбегі мен денсаулығы, еңбек ақының ең төменгі шегі қорғалады, отбасы, ана, әке, бала, мүгедек және қартайған азаматтардың құқығын сақтауды мемлекет қамтамасыз етеді. Зейнетақы тағайындау және өзге де әлеуметтік қорғау шараларына кепіл береді. Еліміз тәуелсіздігін алған жылы (1991 жыл) Республика парламентінің «Халықтың денсаулығын қорғау туралы» заңды қабылдауы, тұрғындардың денсаулық жағдайы ең маңызды әлеуметтік мәселе екендігін бірден айқындады. Тәуелсіз Қазақстан егемендігін қамтамасыз ету үшін бірінші кезекте экономикалық қиыншылықтарды жеңуі тиіс болды. Оны тек шет елдермен экономикалық қарым-қатынасты күшейту жолымен ғана шешу мүмкін еді.

Шекараның ашықтығы және Республика аумағына келуші адамдар санының артуы, отанымыздың санитарлық-эпидемиологиялық бақуаттылығына үлкен қауіп туғызды. Осы мәселені тиімді шешу мақсатында 1994 жылы «Тұрғындардың санитарлық-эпидемиологиялық бақуаттылығы туралы» заңы қабылданды. Еліміздің аумағына шет елдерден алып келіп жатқан сапасыз дәрі-дәрмектердің қозғалысын реттеу және Республикалық фармацевтика өндірісін дамыту үшін 1996 жылы «Фармацевтика өндірісін дамытуды қолдау туралы» заң жарық көрді.

1991-2000 жылдар арасында қалыптасқан ауыр экономикалық жағдай, өндірістердің тоқырауы және жұмыссыздық, кедейшіліктің белең алуы, отбасылардың тұрақсыздығы тұрғындар арасында психикалық аурулардың күрт артуына себеп болды. Психиатриялық көмекпен қамтамасыз етуде азаматтардың негізгі құқықтарын сақтау өзекті мәселеге айналды. 1996 жылы «Психиатриялық көмек және оны көрсетуде азаматтардың құқығын сақтау кепілдігі туралы» заң дүниеге келді. Экономикалық келеңсіздік тұрғындардың арасында жезөкшелік және осыдан туындайтын жыныс мүшесі инфекцияларының артуына алып келді. Тұрғындар арасында сифилис, гонорея, жұқтырылған иммундық тапшылық синдромы (ЖИТС) аурулары күрт жоғарылап, Ұлттық қауіпсіздікке қатер төндіре бастады. Бұл инфекцияларды ауыздықтау мақсатында 1996 жылы «Инфекциялармен күрестің қосымша шаралары туралы» және «ЖИТС ауруының профилактикасы туралы» заңдар қабылданды.

Экономикалық тоқыраудан денсаулық сақтау жүйесін алып шығу мақсатында бұл салада қайта құру шаралары қолға алынды. 1995 жылы Президенттің «Міндетті медициналық сақтандыру туралы» жарлығы жарық көрді. 1996 жылы міндетті медициналық сақтандыру қоры құрылды. Бұл қор 1996 жылдан 1998 жылға дейін жұмыс атқарды. Алайда, еңбек ақы қорынан бөлінетін сақтандыру жарнамасы мардымсыз, ал жергілікті билік орындарының бұл қорға мүгедектер, балалар мен жасөспірімдер және қартайған азаматтарды әлеуметтік қорғауға бөлуге тиісті қаржысы жеткіліксіз болғандықтан сақтандыру қоры жабылып қалды. Сондықтан тұрғындарға көрсетілетін медициналық көмекті 1999 жылы құрылған

«Медициналық көмекті төлеу орталығы» қаржыландыра бастады. Осы салада жеке меншікті қалыптастыру жұмысы 1991 жылдан бастап жүзеге асырылды. Фармацевтер мен стоматологтар жеке меншіктегі жұмысқа тез бейімделсе, дәрігерлік көмек саласы жеке меншікке баяу өтті. Тек 1997 жылы ғана жартылай автономды отбасылық дәрігерлік топтар пайда бола бастады. Осы бағыттың жұмыс тиімділігін арттыру үшін 1998 жылы «Отбасылық медицина туралы» заң қабылданды.

Экономикалық ахуалдың түзелуі денсаулық сақтау саласын жақсартуға арналған шараларды кеңінен жүзеге асыруға жағдай туғызды.

7.3. Тұрғындардың денсаулығын қорғаудың негізгі құқықтық шарттары.

Денсаулық сақтау саласы республика азаматтарының денсаулығын қорғау құқығын қамтамасыз ететін жүйе ретінде белгілі шарттарға сүйене отырып дамиды. Кеңестер Одағы кезеңінде денсаулық сақтау жүйесінде мынандай шарттар қалыптасты:

- 1) Денсаулық сақтау саласының мемлекеттік сипатта болуы;
- 2) Денсаулық сақтаудың әлеуметтік-профилактикалық бағытта болуы;
- 3) Жоспарлы дамуы, медицина жүйесінің бірегейлілігі;
- 4) Денсаулықты сақтау және күшейту, денсаулық сақтау жүйесі қызметін ұйымдастыру істеріне тұрғындардың белсенді араласуы;
- 5) Денсаулық сақтау тәжірибесіне ғылымның жетістіктерін белсенді түрде енгізу;
- 6) Денсаулық сақтау қызметінің тегін және жалпыға бірдей қол жетімділігі.

Дәл осы шарттар 1970 жылы өткен дүниежүзілік денсаулық сақтау ассамблеясында ұлттық денсаулық сақтау жүйелерінің дамуына ең қолайлы модель деп танылды.

Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйекте қабылданған № 193-IV–Кодексінің 4 бабында денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік саясат шарттары келтірілген. Олардың қатарына мыналар жатады:

- 1) Азаматтардың қауіпсіз, тиімді және сапалы медициналық көмек алу құқықтарының теңдігін қамтамасыз ету;
- 2) Мемлекеттің, жұмыс берушілер мен азаматтардың жеке және қоғамдық денсаулықты сақтау мен нығайту үшін ортақ жауапкершілігі;
- 3) Ана мен баланы қорғау;
- 4) Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін қамтамасыз ету;
- 5) Денсаулық сақтау жүйесі қызметіндегі профилактикалық бағыттың басымдылығы;
- 6) Медициналық көмектің қолжетімділігі;

- 7) Медициналық көмектің сапасын ұдайы арттыру;
- 8) Халықтың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығын қамтамасыз ету;
- 9) Медициналық көмек көрсету кезінде денсаулық сақтау ұйымдарының қызметінің сабақтастығы;
- 10) Медициналық және фармацевтикалық білім берудің үздіксіздігі мен сабақтастығын қазіргі заманғы оқыту технологияларын пайдалана отырып қамтамасыз ету;
- 11) Отандық медицина ғылымын мемлекеттік қолдау, денсаулық сақтау саласындағы ғылымның, техниканың алдыңғы қатарлы жетістіктерін және әлемдік тәжірибені енгізу;
- 12) Ерікті өтемсіз донорлықты көтермелеу;
- 13) Отандық әзірленімдерді және бәсекеге қабілетті медициналық және фармацевтикалық өнеркәсіпті дамытуды мемлекеттік қолдау;
- 14) Азаматтардың денсаулық сақтау құқықтарын қамтамасыз етуге қоғамдық бірлестіктердің қатысуы;
- 15) Денсаулық сақтаудың халықтың сұранысын, мұқтажын қанағаттандыруға және өмір сапасын жақсартуға бағытталған әлеуметтік бағдарлылығы;
- 16) Салауатты өмір салтын және дұрыс тамақтануды қалыптастыруға жәрдемдесу;
- 17) Халықтың денсаулығын, дәрілік заттардың қауіпсіздігін, тиімділігі мен сапасын ұлттық қауіпсіздікті қамтамасыз ету факторына жатқызу шарттары негізінде жүргізіледі.

Мемлекет өз мойына жүктеген міндеттерін орындау мақсатында заңдар, нормативтік құжаттар, құқықтық актілер қабылдайды. Сол арқылы денсаулық сақтау жүйесінің жұмысында қолданылатын шарттар жетілдіріледі немесе оларға өзгерістер енгізіледі.

Денсаулық сақтау саласының материалдық-техникалық базасын жасау, қажетті мамандарды даярлау, технологияларды ендіру орасан көп қаржыны бағыттауды талап етеді. Сондықтан медициналық шараларды жүзеге асыруға қажетті қаржы көзін қамтамасыз етудің маңызы үлкен. Егер денсаулық сақтау жүйесі мемлекеттік бюджеттен қаржыландырылса, онда мемлекеттік денсаулық сақтау жүйесі туралы айтылады. Егер денсаулық сақтау жүйесінің қызметін қаржыландыру сақтандыру жарнамасына негізделсе, онда сақтандыру медицинасы туралы айту қажет. Жекеменшіктегі денсаулық сақтау жүйесі ерікті сақтандыру қорынан түскен табыс көзінен қаржыландырылады.

Әлеуметтік-профилактикалық жұмыс денсаулық сақтау ісінің негізгі бағыттарының бірі болып табылады. Бұл шартты орындау әлеуметтік-экономикалық, медициналық-ұйымдастырушылық, санитарлық-техникалық, гигиеналық кешендерден тұрады. Оның негізгі әдісі болып диспансеризация қала береді. Ана мен баланың денсаулығын қорғау медицина тәжірибесінің басым бағыты болып саналады. Дені сау анадан дені сау бала туылады. Сондықтан аналардың денсаулығын жоғары деңгейде қалыптастыру болашақ ұрпақтың аман болуының кепілі деп қарастырған жөн. Осы қағиданы негізі

шарт ретінде қарастырған және оларды қорғау ісін заңды құжаттармен бекіткен Республика ана мен баланы қорғауға денсаулық сақтау жүйесінде арнайы қызмет ұйымдастырып, медицина мекемелерін және мамандар мен материалдың-техникалық қорын нығайтып, белсенді медициналық-профилактикалық шараларды жүзеге асыруда. Бұл жұмыстардың нәтижесі жақсы. Ана мен баланың денсаулығын қорғау жұмыстары олардың өлімін, мүгедектік және кеселдену оқиғаларын айтарлықтай төмендетті.

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі Президенттің №70 «Кепілдендірілген қызметтің тізбесі туралы» жарлығымен және өкіметтің жыл сайын «Қазақстан Республикасы халқына тегін медициналық көмектің кепілді көлемінің ағымды жылға арналған тізбегін бекіту туралы» қаулысымен заң жүзінде жүзеге асырылады. Сондықтан бұл шарттың да құқықтық негізі қатаң сақталады деп айтуға болады. Медициналық көмектің қол жетімділігі мен медициналық көмектің сапасына кодекстің 5 бөлімінің 16 тарауына қарасты 87 бабында мемлекеттік кепілдік берілетіндігі жарияланған. Бұл кепілдіктерді қамтамасыз ету үшін Республиканың әрбір тұрғынының денсаулығы туралы біріңғай ақпараттық жүйе қалыптастырылған және сырқатқа байланысты, олардың мамандандырылған медициналық көмекке сұранысы есепке алынады. Дәрігерлердің ұсынысы бойынша, аурулар толыққанды тексеруден өтіп Республиканың кез келген клиникасында емделуге бағытталады. Мемлекеттік кепілдендіру аясында және формулярлық жүйе бойынша аурулар қол жетімді, сапалы, тиімді және қауіпсіз дәрілік заттармен қамтамасыз етіледі. Денсаулық сақтау саласының барлық іс-шаралары жоспарлы түрде жүзеге асырылады. Емдеу, профилактика, диагностика және реабилитация шаралары белгіленген стандарттарға сәйкес жүзеге асырылады. Ал, көрсетілген медициналық көмектің төлемақысы оның нәтижесіне қарай қалыптастырылады. Сондықтан емдеу-профилактика ұйымдарының жұмыс тиімділігі берілген медициналық көмектің сапасына тікелей байланысты болады деуге толық құқықтық негіз бар.

Денсаулық сақтау жүйесінің заңнамаларында азаматтардың өз денсаулығына мемлекетпен бірдей жауапкершілігі де қарастырылған. Азаматтардың өз денсаулығына жауапкершілігі тегін кепілдендірілген медициналық көмектен тыс алынатын ақылы медициналық көмекте көрініс береді деуге болады. Осы жерде айта кететін мәселе, азаматтардың дәрілік заттар, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техника айналысы саласындағы мемлекеттік органдардан, тәуелсіз сарапшы ұйымдардан және субъектілерден өткізілетін дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың қауіпсіздігі, тиімділігі мен сапасы туралы ақпарат алуға құқығы бар. Сондықтан Республика азаматтарының денсаулық қорғау шарттары заң жүзінде толық қамтамасыз етілген деп айтуға болады. Осы шарттарды жетілдіру мақсатында Республика Парламенті қолданыстағы заңдардың бүгінгі әлеуметтік-экономикалық, медициналық-құқықтық сұранысқа сай

болуын қатаң қадағалап және оларға қажетті өзгерістер мен толықтыруларды дер кезінде енгізіп отырады.

7.4. Медициналық және фармацевтикалық қызметкерлерді ұйымдастырудың құқықтық негіздері.

Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі № 193-IV Кодексінің 3 бөлімі медициналық қызметті ұйымдастырудың құқықтық негіздеріне арналған. Медициналық қызмет жоғары немесе орта кәсіптік медициналық білім алған жеке тұлғалардың, сондай-ақ денсаулық сақтау саласындағы қызметті жүзеге асыратын заңдар тұлғалардың кәсіптік қызметін қамтиды.

Қазақстан Республикасында медициналық қызметтің мынандай түрлері бар:

1. Медициналық көмек;
2. Зертханалық диагностика;
3. Патологиялық-анатомиялық диагностика;
4. Қан мен оның компоненттерін дайындау саласындағы қызмет;
5. Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы қызмет;
6. Қоғамдық денсаулық сақтаудағы қызмет;
7. Денсаулық сақтау саласындағы білім беру қызметі мен ғылыми қызмет;
8. Денсаулық сақтау саласындағы сараптама.

Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы Кодексте тиым салынбаған қызмет түрлері жүзеге асырылады.

Осы қызметтердің ішіндегі ең маңыздысы медициналық көмек болып табылады. Оның негізгі түрлеріне дәрігерге дейінгі, білікті медициналық, мамандандырылған медицина-элеуметтік көмек жатады.

Дәрігерге дейінгі медициналық көмек – аурулардың профилактикасы мақсатында, сондай-ақ диагностика, емдеу мен медициналық оңалту әдістерін дәрігердің қатысуын пайдалануды талап етпейтін аурулар кезінде орта медициналық білімі бар медицина қызметкерлерінің көрсететін медициналық көмегі болып табылады.

Шұғыл жағдайларда дәрігерге дейінгі медициналық көмекті медициналық білімі жоқ уәкілетті орган айқындаған тәртіппен тиісті даярлықтан өткен адамдар (парамедиктер), сондай-ақ зардап шегушілердің өмірін құтқару мақсатында өзге де адамдар көрсетуі мүмкін.

Дәрігерге дейінгі медициналық көмектің түрлері мен көлемін уәкілетті орган белгілейді.

Ал, білікті медициналық көмек дегеніміз – диагностиканың, емдеу мен медициналық оңалтудың мамандандырылған әдістерін талап етпейтін ауруларға байланысты жоғары медициналық білімі бар медицина қызметкерлерінің көрсететін медициналық көмегі болып табылады.

Диагностиканың, емдеу мен медициналық оңалтудың арнаулы әдістерін талап ететін аурулар бойынша бейінді мамандар көрсететін медициналық көмекті, мамандандырылған медициналық көмекке жатқызады.

Мамандандырылған медициналық көмекті денсаулық сақтаудың көпбейінді ұйымдары консультациялық-диагностикалық немесе стационарлық медициналық көмек нысандарында көрсетеді.

Диагностиканың, емдеу мен медициналық оңалтудың ең жаңа технологияларын пайдалануды талап ететін ауруларға байланысты уәкілетті орган айқындайтын медициналық ұйымдарда бейінді мамандар көрсететін медициналық көмекті жоғары мамандандырылған медициналық көмек деп атайды.

Медициналық-әлеуметтік көмек дегеніміз – тізбесін Республика Үкіметі айқындайтын әлеуметтік мәні бар аурулармен науқастанған азаматтарға бейінді мамандар көрсететін көмек.

Медициналық көмек амбулаторлық-емханалық, стационарлық, стационарды алмастыратын, жедел медициналық, санитарлық авиация, төтенше жағдайлар кезіндегі, қалпына келтіру емі және медициналық оңалту, палмгативтік көмек және мейірбике күтімі, дәстүрлі медицина, халық медицинасы (емшілік) деген негізгі нысандарда ұсынылады. Медициналық көмекті ұсынатын нысандардың қызметі Кодекстің 36 бабынан 64 бабына дейінгі құқықтық талаптар бойынша реттеледі.

Медициналық көмекті ұйымдастыруды уәкілетті орган, облыстық, республикалық маңызы бар қаланың және Астананың, денсаулық сақтауды мемлекеттік басқарудың жергілікті мамандары, медициналық көмек көрсетуді денсаулық субъектілері «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексте белгіленген тәртіппен жүзеге асырады.

Денсаулық сақтау субъектілері лицензияға сәйкес сапалы медициналық көмектің рұқсат берген диагностиканың, профилактика мен емдеу әдістерінің, сондай-ақ дәрілік заттардың қолданылуын, төтенше жағдайлар, әскери жанжалдар мен терроризм актілері жағдайларындағы жұмысқа дайындылықты, айналадағыларға қауіп төндіретін аурулардың, сондай-ақ кәсіптік аурулардың алдын алу, оларды диагностикалау мен емдеу жөніндегі іс-шаралардың жүргізілуін, азаматтарға медициналық көмектің нысандары мен түрлері туралы тегін, жедел және дәйекті ақпарат берілуін, халықтың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер мен гигиеналық нормативтердің сақталуын, басқа денсаулық сақтау ұйымдарымен өзара іс-қимылды және өз қызметіндегі сабақтастықты, салауатты өмір салты мен дұрыс тамақтанудың қалыптастырылуын, уәкілетті орган белгіленген нысандар, түрлер, көлем, тәртіп пен мерзімдер бойынша алғашқы медициналық құжаттардың жүргізілуін, есептердің табыс етілуін, инфекциялық аурулар, уланулар, айналадағыларға қауіп төндіретін психикалық және мінез-құлықтың бұзылу (аурулар) жағдайлары туралы – уәкілетті органға, төтенше жағдайлардың медициналық-санитариялық салдарының пайда болу қатері және (немесе) пайда болуы туралы – төтенше жағдайлар жөніндегі органдарға, жаңа алған

жарақаттар, жаралар, криминалдық түсіктер бойынша келіп көрінген адамдар туралы мәліметтерді, айналадағыларға қауіп төндіретін аурулардың жағдайлары туралы ішкі істер органдарына хабарлауды қамтамасыз етуге міндетті.

Фармацевтикалық қызметті ұйымдастырудың өзіндік ерекшеліктері бар және оның түрлеріне тікелей байланысты.

Фармацевтикалық қызмет жоғары немесе орта кәсіптік фармацевтикалық білім алған жеке тұлғалардың, сондай-ақ денсаулық сақтау саласындағы қызметті жүзеге асыратын заңды тұлғалардың кәсіптік қызметін қамтиды. Оның мынандай түрлері бар:

1. Дәрілік заттарды өндіру;
2. Медициналық мақсаттағы бұйымдарды дайындау;
3. Медициналық техниканы өндіру;
4. Дәрілік препараттарды дайындау;
5. Медициналық мақсаттағы бұйымдарды дайындау;
6. Дәрілік заттарды көтерме саудада өткізу;
7. Медициналық мақсаттағы бұйымдарды көтерме саудада өткізу;
8. Медициналық техниканы көтерме саудада өткізу;
9. Дәрілік заттарды бөлшек саудада өткізу;
10. Медициналық мақсаттағы бұйымдарды бөлшек саудада өткізу;
11. Медициналық техниканы бөлшек саудада өткізу.

Бұл қызметтің алдына кепілді көлемдегі ақысыз медициналық көмек аясында тұрғындарға сапалы, тиімді, қауіпсіз, қол жетімді дәрі-дәрмектермен қамтамасыз ету міндеттері қойылған. Фармацевтикалық қызметті ұйымдастырудың нормативтік-құқықтық негіздері жоғарыда аталған Кодексте қарастырылған. Сонымен қатар, бұл саланың жұмысын Республика Президентінің жарлықтары, Үкімет қаулылары, Денсаулық сақтау Министрінің бұйрықтары мен нұсқаулары реттеп отырады. Соңғы жылдары фармацевтика қызметін реттеу мақсатында бірқатар стандарттар да бекітілді.

Олардың қатарында, Қазақстан Республикасындағы тиісті түрдегі дәріханалық тәжірибенің мемлекеттік ҚР 6515-2006 СТ, Қазақстан Республикасындағы тиісті түрдегі лабораториялық тәжірибенің мемлекеттік ҚР 1613 – 2006 СТ стандарттары бар. Фармацевтикалық ұйымдарда өнімдерді сертификаттау, тауарлардың дәріханалық ассортименттерін жасау, фармацевтикалық сараптау, дәрілік заттарды сақтауды тәртіпке сай ұйымдастыру, дәрілік заттарды дәріханаішілік қадағалау туралы нормативтік және нұсқаулық құжаттар фармацевтикалық қызметтің жұмысын құқықтық негізде ұйымдастыруға жол ашады.

8 тарау. Алдын алудың қазіргі мәселелері.

Тұрғындардың денсаулығын сақтау және оны күшейту – бұл қоғамның және әрбір адамның денсаулыққа зиянды әсер ететін себептерді бақылауға

алуына мүмкіндікті күшейту үрдісі болып табылады. Тек осы жағдай тұрғындардың денсаулығын күшейтуде тұрақты жетістіктерге жетуге жол ашады. Осы жерде, денсаулыққа көңіл бөлуді күшейту жөнінде шешім қабылдайтын тұлғалардың сенімділігі, тұрғындардың өз денсаулығын өзгертуге деген бет бұрысы және сауықтыру шараларын жүзеге асыруға қажетті қорлардың жеткілікті бөлінуі ерекше роль атқарады. Оның барлығы аурудың алдын алудың қазіргі кездегі өзекті мәселелері болып табылады.

Заманымыздың беделді ғалымдары, философтары, дәрігерлері, социологтары адамдардың денсаулығының қалыптасуына әлеуметтік қатынастар, қоршаған орта себептері және өмір сүру салты себептері шешуші әсерін тигізеді деп есептейді. Осының дәлелі ретінде ғалымдардың заманауи зерттеу нәтижелерін келтіруге болады. Тұрғындардың денсаулығын қалыптастыратын негізгі себептер төрт топқа жіктеледі. Оның ішінде, әлеуметтік-экономикалық, қоршаған орта, биологиялық және өмір сүру салты себептері бар. Осы төрт себептің ішінде өмір сүру салты себептері ерекше орын алады. Қазіргі таңда қоршаған орта себептері денсаулықтың қалыптасуына әсер ету қуаты жағынан бірте-бірте басыңқы күшке ие бола бастады. Биологиялық себептердің денсаулыққа әсер ету күші біріңғай деңгейде қалып отыр және денсаулық көрсеткіштерінің көлеміндегі алатын үлес салмағы 15-20 % -дан төмендеген емес.

Денсаулықтың түзелуіндегі денсаулық сақтау жүйесі қызметінің алатын үлесі 10-15 % -дан аспайды. Осы қағидалардың дұрыстығы кешенді әлеуметтік-гигиеналық және клиникалық зерттеулер нәтижесінде де дәлелденді. Сондықтан да Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы сарапшылары қоғамның денсаулығын сауықтыруда тұрғындардың салауатты өмір сүру салтын қалыптастыруға деген көзқарасы ерекше роль атқарады деп есептейді. Орыстың атақты, дүниежүзіне әйгілі ғалымы, академик Юрий Павлович Лисицыннің айтуынша, адамдардың денсаулығын сақтауға ешқандай да жоғары технологиялар көмектесе алмайды, егер әрбір тұлға өз денсаулығына жауапкершілікпен қарамаса. Себебі денсаулық адамның өмір сүру салтына тікелей байланысты. Ал, осы қатерлі себептердің алдын алу шараларын белсенді жүргізу қазіргі сауықтыру жұмыстарының негізін құрайтындығын әрбір медицина қызметкері жақсы білуі және жүзеге асыра алуы қажет.

Алдын алу медицина саласында профилактика деген ұғымды береді. Денсаулық сақтау саласында алдын-алу әлеуметтік-профилактикалық мағынаға ие. Осы бағытта жүзеге асырылған профилактикалық шаралар тұрғындардың денсаулық сапасын айтарлықтай жоғары деңгейге көтереді.

8.1. Салауатты өмір салтының (СӨС) теориялық негізі. СӨС – тың қалыптастыру шарттары мен жағдайы.

Қазіргі кезде жүргізіліп жатқан әлеуметтік-гигиеналық, социологиялық, психологиялық және өзге де зерттеулерде адамдардың өмір сүру салтына

ерекше көңіл бөлінеді. Әртүрлі мамандықтардың (психологтар, психиатрлар, философтар, юристер, социологтар ж.т.б.) иелері адамдардың әдеттерінің сипаты мен оны туындататын себептерін зерттеуде басымдылық танытуда. Өмір сүру салты туралы сөз қозғағанда, бұл түсініктің тұлғаның, субъектінің және қоғамның белсенді әдеттерімен байланысты екендігін ұмытпау қажет.

Денсаулықты сақтауда және күшейтуде медициналық белсенділіктің атқарылатын ролі ерекше. Бұл белсенділік денсаулықты сақтауға бағытталған іс-қимылдардан тұрады.

Медициналық белсенділіктің мағанасы өте кең. Ол тек денсаулық сақтау жүйесінің тұрғындар денсаулығын күшейтуге бағытталған нақты жұмыстар ғана емес, сонымен қатар гигиеналық және медициналық нұсқауларға қарама қайшы келетін керіағар іс-қимылдары болып табылады. Көбінесе медициналық белсенділік арқылы салауатты өмір салтын анықтайды. Алайда, салауатты өмір салты медициналық белсенділіктен анағұрлым терең түсінік.

Қазіргі таңда салауатты өмір салтын (СӨС) адамдардың денсаулығына жайлы әсер ететін өмір сүру салты, адамдардың әдеттері деп қарастырады. Сондықтан, өмір сүру салтының барлық денсаулыққа жайлы әсер ететін себептерін белсенді категориялар ретінде салауатты өмір салтына жатқызу қажет. Осыған қарағанда, салауатты өмір салты – бұл нақты әлеуметтік-экономикалық, саяси, экологиялық және өзге жағдайлардағы адамдардың денсаулығын сақтауға, жақсартуға және күшейтуге бағытталған іс-қимылдар болып табылады.

Осындай түсініктеме аясында, салауатты өмір салты бір жағынан өмір сүру салтының бір қыры болса, екінші жағынан – тұрғындар денсаулығын сақтауға, күшейтуге және қалпына келтіруге бағытталған өмір сүру салтының жағдайлары деп қарастыру қажет.

Салауатты өмір сүру салты өмір сүру салтының денсаулыққа жайлы әсер ететін барлық жақтары мен көріністерінен туындайды. Сондықтан, денсаулықты қорғауға және жақсартуға бағытталған іс-қимылдарда, оның ішінде гигиеналық тәрбие беруде өмір сүру салтының себептері мен жағдайларының көпсипатты әсерін есепке алу қажет.

Алайда, салауатты өмір сүру салтының қалыптасуын қамтамасыз ететін әдістердің қатарына медициналық белсенділікті де жатқызуға болады. Басқаша айтқанда, қоғамдық денсаулықты қолдауға, күшейтуге және сақтауға бағытталған іс-қимылдар да салауатты өмір сүру себептеріне жатады.

Салауатты өмір сүру салты деген ұғымға бір жағынан оңды әдеттерді қалыптастыру, екінші жағынан денсаулыққа қауіпті әсер ететін себептерді жеңу жатады. Осыған байланысты, тұрғындарға гигиеналық тәрбие беру жұмысы, олардың өмір сүру салтындағы денсаулыққа қауіпті әдеттерден арылтуға және денсаулыққа пайдалы әсер ететін әдеттерді күшейтуге бағытталуы тиіс. Салауатты өмір сүру салтын қалыптастыру

денсаулықтың профилактикалық бағдарламасының және денсаулықты қорғау мен күшейту стратегиясының негізі болуы қажет.

Жер бетіндегі бірде-бір адам ауру болғысы келмейді. Алайда денсаулықты таусылмас байлық деп ойлайды. Денсаулықтың мықты болуының негізгі шарты салауатты өмір сүру салты болып табылады.

Салауатты өмір салты – бұл адамгершілікке, ұтымды ұйымдастырылған еңбекке, белсенді дене шынықтыруға және қоршаған ортаның денсаулыққа жайсыз әсер ететін себептерінен сақтауға, қартайғанға дейін адамның рухани, психикалық және физикалық қуатын сақтауға жағдай жасайтын өмір сүру әдеттері болып табылады.

Салауатты өмір сүру салтының негізгі шарттарына жемісті еңбек, үйлесімді еңбек ету және демалу тәртібі, жайлы қозғалыс ережесі, шынықтыру, үйлесімді тамақтану, зиянды әрекеттерден арылу сияқты өмір сүрудің маңызды элементтері жатады.

Жемісті еңбек – салауатты өмір сүрудің негізі және өзегі болып табылады. Еңбектің организмді тоздыратынды және адамды тез қартайтатындығы туралы, адамның күш қуатынан айыратындығы туралы пікірлер жиі айтылады.

Алайда, физикалық және саналы еңбек, жүрек, қан тамыры, сүйек-бұлшық ет жүйелерінің жұмысына, жалпы организмнің қызметіне жайлы әсерін тигізеді. Еңбек барысындағы ұдайы шынығу денеміздің қуатын арттырады. Өмір сүру барысында кім көп және жақсы жұмыс істесе, ол ұзақ өмір сүреді. Керісінше, жұмыссыздық бұлшық еттердің босаңсуына, зат алмасудың бұзылуына, дененің май басуына және ерте қартаюына алып келеді.

Ой еңбегі мен физикалық еңбекті атқару барысында адамның күшін дұрыс және саналы түрде жұмсау қажет. Адамның қажуына еңбек кінәлі емес, еңбек ережесінің дұрыс еместігі кінәлі.

Күн тәртібін мынандай етіп сақтау аса маңызды. Ұйқыдан тұру және ұйқыға жату уақытын күнделікті бір мезгілде қатаң сақтау, ұдайы таңертеңгілік гимнастикамен айналысу, белгіленген уақытта тамақтану, ой еңбегі мен физикалық еңбекті кезектестіріп отыру, жеке бастың гигиенасын сақтау, дененің, аяқ киімнің, сырт және іш киімдердің тазалығын қадағалау, жақсы желденетін бөлмеде жұмыс істеу және ұйықтау. Күн тәртібін дұрыс және қатаң сақтау организмнің қажетті қызмет ету тәртібін қалыптастыруға көмектеседі. Еңбек ету қабілеті артып, еңбек өнімділігі жоғарылайды.

Сырқаттану себептерін зерттеу, көптеген аурулардың туындауына әртүрлі өмір сүру ережелерін бұзу алып келетіндігін көрсетті. Тамақты ретсіз қабылдау асқазан-ішек ауруларының туындауына себеп болады. Әртүрлі уақытта ұйқыға жату – ұйқысыздыққа және жүйкенің тозуына, ал жұмысты жоспарсыз атқару еңбек ету қабілетінің төмендеуіне алып келеді.

Демалыс дегеніміз – организмнің толық тыныштық жағдайы емес, тек қана қажуға байланысты организмге пассивті тыныштықты қамтамасыз

ету. Адамның демалысы оның еңбек ету сипатына қарама қайшы бағытта болуы тиіс. Физикалық еңбектің адамдарына физикалық салмақ түсірмейтін ой еңбегімен айналысу, ал ой еңбегінің адамына қолы бос кезде физикалық жұмыспен айналысу пайдалы.

Ой еңбегі мен физикалық еңбекті кезектестіріп отыру денсаулыққа өте пайдалы. Ережені сақтау тек сауықтырушы роль атқармайды, сонымен қатар оның тәрбиелік мәні де бар. Ережелерді қатаң сақтау тәртіптілікке, байыптылыққа, ұйымшылдыққа, мақсаттылыққа немесе үнемі алға талпынуға тәрбиелейді. Ережелерді сақтау адамдарға әрбір минутты, сағатты ұтымды пайдалануға, өмірін мағаналы және қызықты етуге көмектеседі. Әрбір адам күнделікті ережесін өзінің өмір сүру жағдайына қарай қалыптастыруы қажет.

Пайдалы қозғалыс ережесі – салауатты өмір сүрудің маңызды шарттарының бірі болып табылады. Оның негізін жүйелі физикалық жаттығулармен және спортпен айналысу құрайды. Осы әдеттер денсаулықты күшейтуге, физикалық қасиеттерді дамытуға, денсаулықты және қозғалыс машықтарын сақтауға, кәрілікке байланысты туындайтын жайсыз өзгерістердің алдын алуға жағдай жасайды.

Физикалық жаттығулармен айналысу барысында адам организмі денеге белгілі бір тапсырыс бойынша түскен ауыртпалыққа ішкі органдардың қызметін өзгерту арқылы жауап береді. Олардың қызметі белсендіріледі, осыдан организмнің энергетикалық қоры шығындала бастайды. Жүйке жүйесінің қозғалысы артады, қозғалыс-тірек аппараты күшееді. Адамның физикалық дайындығы артады, осыдан ол организмге түсетін қосымша ауыртпалықтарды жеңіл көтереді. Дене тәрбиесімен жүйелі айналысатын тұлғалардың көңіл күйі үнемі жақсы, еңбекке қабілеттілігі жоғары, ұйқысы тыныш болады.

Егер физикалық жаттығулар ашық ауада өткізілсе, оның гигиеналық маңызы жоғарылай түседі. Ашық ауада физикалық жаттығулардың сауықтырушылық және шынықтырушылық әсері артады. Суықтап ауырудың алдын алуда, организмді шынықтыру жұмыстары маңызды ролін атқарады. Ол адамның көптеген ауыр патологиялардан құтылуына және ұзақ та жемісті өмір сүруіне кепіл бола алады. Денені шынықтыру организмнің тұрақтылығын арттырып, жүйке жүйесінің тонусын жоғарылатады. Қан айналымын жақсартып, зат алмасу үрдісін қалыпқа келтіреді.

Денені шынықтырудың ең қарапайым әдісі – ауа ваннасын қабылдау болып табылады. Оны алуды балалық шақтан бастаған жөн. Денені сумен шынықтыру жүйкенің қызметін жақсартып, қан айналу жүйесінің жұмысына жайлы әсер етеді. Қан қысымын қалыпқа келтіріп, зат алмасуды жақсартады. Шынықтырудың тиімділігін арттыру үшін арнайы температуралық әсерлер жасайды. Оны дұрыс қолданудың негізгі шарттарына жүйелілік және жеке басының қасиетін, денсаулығын және сауықтыру шарасын қабылдау барысындағы көңіл-күйін есепке алу сияқты маңызды жұмыстар жатады.

Бір орнында «қозғалыссыз» отырып еңбек ететін адамдар үшін физикалық жаттығулардың таза ауада өткізілуі аса пайдалы әсер етеді. Әсіресе таңертең, кешке жаяу жұмысқа бару және қайту организмнің дұрыс қызмет атқаруына жағдай жасайды.

Салауатты өмір сүру салтының келесі және маңызды шарты үйлесімді тамақтану болып табылады. Қабылданатын тағамдық заттардың құрамында белоктар, майлар және көмірсулары, витаминдер және минералды заттар жеткілікті көлемде болуы тиіс. Осындай жағдайда тағамдық заттардың қорытылуы, сіңірілуі, ткандар мен органдарға тасымалдануы жеңіл болады. Тамақты қабылдау аралығы 5-6 сағаттан аспауы тиіс. Тамақты 2 рет қана және аса көп қабылдау организмге өте зиянды әсер етеді. Себебі, қан айналу жүйесіне және ас қорыту органдарына үлкен күш түсіреді. Дені сау адамға тәулігіне 3-4 рет тамақтану қажет. Үш рет тамақтану ережесінде ең тоқ тағамдану түс мезгілінде, ең жеңіл тағамдану кешкі мезгілде болуы тиіс. Ал кешкі тамақты қабылдау ұйықтаудан 2-2,5 сағат бұрын жүзеге асырылуы қажет. Бұл ереже тамақтық заттарды сапалы қорыту үшін керек. Тамақты мұқият шайнау, оны барынша майдалау, оның асқазанда қорытылуын жеңілдетеді. Ас қабылдау барысында кітап немесе газет оқу, күрделі міндеттерді шешу организмге өте зиянды әсер етеді. Үнемі қою, ыстық тамақтарды ішу, тұзы көп асты қабылдау денсаулыққа зиянын тигізеді. Тамақты шамадан тыс қабылдау асқазанға үлкен ауыртпалық түсіреді. Ауыз қуысы мен тістің жағдайын мұқият бақылау керек. Созылмалы аурулары бар науқастар диетаны сақтауы қажет. Салауатты өмір сүру салтын қалыптастыруда зиянды әдеттерден арылу ерекше маңызға ие. Оның ішінде, темекі тартудан, алкогольдік ішімдікті және наркотиктерді қабылдаудың арылу денсаулықтың жақсаруына жол ашады. Денсаулықтың қалпына келуін және күшеюін пассивті күту ешқандай да тиімділік бермейді. Адамдар осы бағытта белсенді жұмыстар атқаруы тиіс. Ерте жастан салауатты өмір сүру салтына бейім адамдардың денсаулығы жақсы болатындығы ешқандай да күмән туғызбайды.

8.2. Алдын алу – тұрғындар денсаулығын қорғаудағы негізгі бағыт.

Алдын алдын алудың стратегиясы. Тұрғындардың денсаулығын қорғаудағы және алдын алу жүйесіндегі санитарлық-эпидемиологиялық шаралардың алатын орны.

Денсаулық сақтау жүйесінің қызметінде қолданылатын негізгі шарттардың бірі профилактика немесе алдын алу шарты.

Алдын алу (профилактика) дегеніміз – медицина саласындағы кеңінен және әртүрлі бағытта жүзеге асырылатын, аурудың себептерін анықтап, олардың алдын алуға және зиянды әсерлерін болдырмауға арналған шаралар болып табылады.

Алдын алудың стратегиясы денсаулықты сақтау және күшейту мәселелеріне арналған профилактикалық бағдарламалар жасаумен

байланысты. Бұл стратегияның маңыздылығы еліміздің аймақтарындағы экологиялық тоқыраудың күшеюіне демографиялық көрсеткіштердің нашарлауына аурушандық деңгейінің артуына байланысты одан ары жоғарылауда.

Сондықтан алдын алу немесе профилактикалық бағыт мемлекеттің әлеуметтік саладағы саясатының, тұрғындардың денсаулығын қорғаудың маңызды стратегиясы болып отыр.

Медициналық профилактика диагностикалық, емдеу-профилактикалық шараларын, эпидемияға қарсы және тұрғындарға гигиеналық тәрбие беру жұмыстарын қамтиды. Алдын алу шараларын жеке және қоғамдық түрлерге жіктейді. Профилактиканың жалпы немесе арнайы түрлері бар. Профилактиканың біріншілік түрі ауруларды болдырмауға немесе патологиялық үрдісті туындататын себептеріне қарсы бағытталады. Профилактиканың екіншілік түрі аурулардың асқынуына қарсы бағытталады. Жеке ғалымдар профилактиканың үшіншілік түрін анықтайды. Бұл профилактикалық шаралар әбден асқынған кеселдер аурулардың өліміне алып келмеуін қамтамасыз етеді.

Біріншілік және екіншілік профилактика шараларының қатарына емдеу-профилактика шараларымен қатар, биологиялық, әлеуметтік-гигиеналық, әлеуметтік-экономикалық шараларды да жатқызады. Олар салауатсыз өмір сүру салтына жататын себептердің алдын алуға қолданылады.

Профилактика туралы концепция денсаулыққа қауіпті себептердің алдын алудың аса маңыздылығы туралы көзқарастың пайда болуынан бастау алады. Аурулардың ауыр асқынуларының бетін қайтару үшін жеке бас гигиенасын сақтаудың қажеттілігі де бұл ғылыми бағыттың дамуына өзіндік үлесін қосты. Жұқпалы аурулардың алдын алу санитарлық талаптар мен ережелерді қатаң сақтаудан басталатындығы қоғамға түсінікті болды.

Гиппократ (біздің эрамызға дейінгі 460-377 жылдары) өз еңбектерінде аурудың пайда болуында табиғи жағдай мен өмір сүру салтының алатын орнын көрсетті. Оның алдын алу үшін гигиеналық ережелерді қатаң сақтаудың бірінші қойылатын талап екендігін атап өткен. Оның «Салауатты өмір салты туралы» трактатында денсаулықты сақтау үшін тамақтануды дұрыс жолға қою керектігі айтылған.

Гиппократтың атақты «Ауа, су, және жерлер туралы» деген кітабында қоршаған ортаның осы себептерінің денсаулықтың қалыптасуына тигізетін әсері жан-жақты талқыланды. Осы себептер мен өмір сүру салтын әрбір дәрігер күнделікті тәжірибесінде, әсіресе профилактикалық жұмыстарында есепке алуы қажет деп көрсеткен. Өмір сүру салтын қалыптастыруда гигиеналық ережелердің алатын орны туралы көзқарас осы күнге дейін өзгерген жоқ.

Республика тұрғындарының денсаулығын қорғаудағы конституциялық құқығын қамтамасыз етуде және өмір сүруіне жайлы қоршаған орта қалыптастыруда санитарлық-эпидемиологиялық қызметтің атқаратын жұмысы өте үлкен. Бұл саланың қызметі халық денсаулығы және

денсаулық сақтау жүйесі туралы Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйекте қабылданған № 193 Кодексінің 6 бөліміндегі осы мәселелерді шешуге бағытталған баптар бойынша реттеледі.

Тұрғындардың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығы төмендегідей жолдармен жүзеге асыру арқылы қамтамасыз етіледі:

- Аурулардың профилактикасы санитарлық-эпидемиологиялық жағдайға және оның болжамды өзгерісіне қарай;
- Санитарлық-эпидемиологиялық және профилактикалық шаралардың орындалуын және азаматтардың, жеке кәсіпкерлердің, құқықтық тұлғалардың санитарлық тәртіпті өз жұмыстарының бір бөлігі ретінде міндетті түрде сақтауын қадағалау;
- Азаматтардың, жеке кәсіпкерлердің және құқықтық тұлғалардың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылық туралы Республика заңын сақтауға экономикалық қызығушылығын тудыру;
- Денсаулыққа қауіп тудыратын өнімдер, жұмыстар мен қызметтерді сертификациялау;
- Денсаулыққа қауіп тудыратын жұмыстарды лицензиялау;
- әлеуметтік-гигиеналық мониторинг жүргізу;
- салауатты өмір сүру салтын насихаттау және гигиеналық тәрбие беруге бағытталған шаралар;
- денсаулыққа қауіпті химиялық және биологиялық, радиоактивтік заттарды, өндіріс және тұрмыстық қалдықтарды мемлекеттік тіркеуге алу;
- тұрғындарға инфекциялық аурулардың пайда болғандығы, бейэпидемиялық патологиялардың көптеп таралуы, қоршаған ортаның қауіпті ластануы, санитарлық-эпидемиологиялық және профилактикалық шараларды өткізу туралы дер кезінде хабарлау;

Осы шаралардың барлығы да мемлекеттік сипатта жүзеге асырылады және олардың барлығы бір мақсаттың айналасына тұрғындардың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығын қамтамасыз ету мақсатының айналасына топтастырылады. Сондықтан салауатты өмір сүру салтын қалыптастыруда санитарлық-эпидемиологиялық қызметтің атқаратын жұмысы аса маңызды деп қарастыру қажет. Бұл қызметтің жүргізетін шаралары негізінен аурулардың алдын алу ісіне бағытталған.

8.3.Мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалаудың ұйымдастырылу құрылымы, қызметі мен міндеттері. Санитарлық-эпидемиологиялық қызметтің негізгі даму бағыттары.

Қазақстан Республикасы тәуелсіздігіне 20 жылдан астам уақыт болды. Осы жылдар аралығында санитарлық-эпидемиологиялық қызметте айтарлық маңызды өзгерістер орын алды. 1994 жылдың 8 шілдесінде қабылданған «Республика тұрғындарының санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығы» атты заңы бойынша Қазақстан Республикасының

Мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қызметі бірінғай орталықтандырылған органдар мен мекемелер жүйесі болып табылатын.

Мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қызмет өз жұмысын Қазақстан Республикасы Министрлер кабинетінің 1995 жылдың 25 сәуіріндегі № 547 қаулысымен бекітілген «Қазақстан Республикасының Мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қызметі туралы» жағдаятқа сүйене отырып жүзеге асырады.

2002 жылы қабылданған Қазақстан Республикасының «Тұрғындардың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығы туралы» заңына сәйкес бұл қызмет Мемлекеттік қызмет деп танылды. Санитарлық-эпидемиологиялық станция екі дербес құқықтық тұлғаға жіктелді. Олар тексеру-қадағалау қызметімен айналысатын Мемлекеттік санитарлық қадағалау органы және лабораториялық зерттеулермен айналысатын санитарлық сараптау орталығы деп аталады.

Бұл қайталай құрудың мақсаты, Республиканың санитарлық-эпидемиологиялық қызметін Қазақстан Республикасы «Әкімшілік істер туралы» Заңындағы қалыптарға сәйкестендіру болатын. Бұл заңда тексеру-қадағалау қызметімен тек оған өкілеттілігі бар мемлекеттік орган айналыса алады деп көрсетілген.

Мемлекет басшысының 2002 жылды «Денсаулық жылы» деп жариялануына байланысты профилактикалық шаралар белсенді жүзеге асырылды. Осы шараларды ұйымдастырушы денсаулық сақтау жүйесінің санитарлық-эпидемиологиялық қызметі Мемлекеттік Комитет болып қайта құрылды.

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2002 жылдың 10 қаңтарында қабылдаған «Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау Министірлігінің Мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау комитетінің сұрақтары » атты № 21 қаулысында осы қызметті ұйымдастыру жөніндегі маңызды шешімдер қарастырылған. Олардың ішінде:

- Денсаулық сақтау Министірлігінің «Мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау Комитеті туралы» жағдаят бекітілді;
- Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау Министірлігінің Мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау Комитетінің құрамына кіретін ұйымдардың тізімі анықталды;
- Қазақстан Республикасы Президентінің 2004 жылдың 13 қыркүйектегі № 1438 жарлығымен бекітілген «Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау жүйесін 2005-2010 жылдарда оңтайлау және дамыту» атты Мемлекеттік бағдарламасында санитарлық-эпидемиологиялық қызметтің лабораториясын жаңарту шаралары қарастырылды.

2005 жылы Республикалық санитарлық-эпидемиологиялық станциясында және Қазақтың карантиндік және зооноздық инфекциялардың М.Айқымбаев атындағы ғылыми орталығында бактериялар, вирустар инфекциясы мен аса қатерлі инфекцияларды диагностикалауға арналған 2 референс-лабораториясы ашылды. Бұл лабораториялар аса қатерлі

инфекцияларды, құс гриппін, атипиялық пневмония инфекцияларын дер кезінде диагностикалауға жол ашты.

2006 жылы 14 облыстың санитарлық-эпидемиологиялық сараптау орталықтарында жаңа лабораториялық қондырғылармен жабдықтау шаралары жүзеге асырылса, ал 2007 жылы осындай шаралар 36 аудандық санитарлық-эпидемиологиялық сараптау орталықтарында орын алды.

2007-2009 жылдары Шығыс Қазақстан облысы мен Астана қаласында, сонымен қатар Республикалық санитарлық-эпидемиологиялық станциясында азық-түліктік заттар құрамындағы генетикалық модификацияланған нысандарды сандық және сапалық тұрғыда анықтайтын лабораториялар ұйымдастырылып, заманауи қондырғылармен жабдықталды.

2009-2010 жылдары барлық облыстар мен аудандардағы санитарлық-эпидемиологиялық сараптау орталықтарының лабораториялары заманауи қондырғылармен жабдықталды және осы мақсатқа мемлекеттік бюджеттен 5 миллиард 661 миллион 210 мың теңгедей қаржы бөлінді.

Осы оңтайландыру шараларының арқасында Қазақстан Республикасының қоршаған ортасының тұрғындар арасында ауру туындататын барлық себептері дер кезінде анықталып, белсенді профилактикалық шаралар уақтылы жүзеге асырылып отырады. Соңғы жылдары барлық облыстардың, Алматы мен Астана қаласының санитарлық-эпидемиологиялық сараптау орталықтары мемлекеттік қазыналық өнеркәсіп ретінде қайта құрылды. Әкімшілік оңтайлау аясында:

- Санитарлық-эпидемиологиялық жүйені басқаруда вертикалды құрылым анықталды.
- Тұрғындардың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы қызметті басқару жергілікті атқарушы органдардан алынып, денсаулық сақтау министрлігінің санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау комитетіне қайта жүктелді.
- «Қазақстан Республикасындағы жергілікті мемлекеттік басқару туралы» Республика заңында тұрғындардың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығын қамтамасыз ету өкілеттілігі облыстық әкімшіліктің құзырынан алынып тасталды.
- Қазақстан Республикасының Мемлекеттік Реестріне жеке нысандарды сақтауға және пайдалануға қойылатын санитарлық-эпидемиологиялық талаптарды бекітетін денсаулық сақтау Министрінің 17 бұйрығы тіркелді. Санитарлық-эпидемиологиялық қызметтің жұмысын қамтамасыз етуге арналған 01.01.09 жылғы нормативтік база 250 жаңа құжаттармен толықтырылды.

Сонымен Республика азаматтарының санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығын қамтамасыз етудің құқықтық, нормативтік, құрлымдық, материалдық-техникалық, мамандар базасы толығынан шешілген деп айтуға болады.

Азаматтардың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығын қамтамасыз етудегі басым бағыттар анықталған, оларға жататындар:

1. Санитарлық-эпидемиологиялық жағдайды жақсарту;

2. Тұрғындардың санитарлық-эпидемиологиялық бақуаттылығын қамтамасыз ету және өмір сүруіне жайлы жағдай жасау;
3. Тұрғындардың салауатты өмір сүруін қамтамасыз етуге жағдай жасау және оны тұрғындар арасында насихаттау;
4. Тұрғындар арасындағы салауатты өмір сүру мәселелерін зерттеу және қалыптастыру;
5. Тамақтану ережесін денсаулыққа барынша жайлы қалыптастыру;
6. Алкоголизмге, темекі тартуға, наркоманияға қарсы күрес;

Республикадағы санитарлық-эпидемиологиялық қызметтің даму бағыттары және оны жүзеге асыру механизмдері белгіленген. Оны 4 кезеңде жүзеге асырылу жоспарланды.

Санитарлық-эпидемиологиялық қызметті дамытудың I, II кезеңдері 2010-2012 және 2012-2014 жүзеге асырылады. Бұл жылдары санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау тиімділігін арттыру үшін мынандай шаралар жүзеге асырылады:

- Тұрғындардың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығын қамтамасыз ету аясында стратегиялық жоспарлаудың үш жылдық жүйесін жетілдіру және оның жұмысын қол жеткізген нәтижелер бойынша бағалау;
- Санитарлық-эпидемиологиялық Ұйымдар мен органдарына тән емес қызметтерден арылу;
- Орталық әкімшілік органдар мен тексеру және қадағалау органдарымен бірге қоян қолтық атқаратын жұмыстардың үйлестірілуін күшейту;
- Бақылауға жататын нысандарды тексеру барысында халықаралық стандартты қолдануға көшу және олардың қауіптілігін бағалау;
- Санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылық саласында қолданылатын нормативтік-құқықтық негіздерді халықаралық стандарттармен байланыстыруды аяқтау;
- Санитарлық-эпидемиологиялық қызметтің мамандарын даярлау және білімдерін жетілдіру Республика жоғары медициналық оқу орындарында медициналық-профилактикалық «іс мамандығы» бойынша жүзеге асыруды қайта жаңғырту;
- Тұрғындарды иммунопрофилактикамен қамтудың ауқымын кеңейту, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұсынысымен енгізілген Ұлттық егу күнтізбесін одан ары жетілдіру;
- Тұрғындарды таза қауіпсіз сумен қамтамасыз етудің ауқымын кеңейту;
- Аса қауіпті инфекциялардың табиғи ошақтарында қажетті профилактикалық шараларды қамтамасыз ету;
- Санитарлық-эпидемиологиялық қызметтің лабораторияларын модернизациялауды аяқтау;
- Санитарлық-эпидемиологиялық сараптау орталығы лабораторияларын аккредитациялау және лабораториялық зерттеулердің халықаралық стандарттарына көшу;

- Республикамыздың Дүниежүзілік сауда Ұйымына кіруіне байланысты болашақты ел аумағына әкелінетін азық-түліктің қауіпсіздігін қадағалаудың заманауи деңгейін қамтамасыз ету;
 - Шекарада санитарлық-карантиндік қадағалауды жетілдіру және үйлестіру шаралары бар
- III кезеңдегі (2015-2017 жылдар аралығы) санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылықты дамыту шаралары:
- Денсаулыққа әсерін тигізетін қоршаған орта нысандарын мониторинг жүргізіп, көрсеткіштерінің халықаралық стандарттарға сай болуын қамтамасыз ету;
 - Қоршаған орта мен өмір сүру жағдайына байланысты тұрғындардың денсаулығына түсетін қауіпті бағалау көрсеткішін тәжірибеге ендіру;
 - Тұрғындардың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығын қамтамасыз ету саласында кең ауқымды қолданбалы ғылыми-зерттеу жұмыстарын жүзеге асыру;
 - Қауіпті және зиянды өндіріс орындарында еңбек атқаратын жұмысшыларды міндетті диспансеризациялауды ендіру тұрғындар денсаулығының қауіпсіздігіне арналған сұрақтар бойынша, техникалық реттеу саласының нормативтік құжаттар базасын құрастыру жұмыстарын түпкілікті аяқтау IV (2018-2020 жылдары);

Қоршаған орта мен өмір сүру жағдайының денсаулыққа туғызатын қатерлерін төмендетуге бағытталған санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау әдістерін ендіру және күнделікті тәжірибеде қолдану арқылы бейэпидемиялық аурулардың таралу деңгейін төмендету сияқты маңызды шаралардан тұрады.

Айта кететін ең маңызды мәселелердің бірі осы кезеңдерде салауатты өмір сүру салтын қалыптастыру механизмдерін одан ары жетілдіру және оны насихаттау жұмыстарын күшейту жолдары да қарастырылған.

Оның бірінші кезеңі (2010-2011 жылдары) салауатты өмір сүру салтын қалыптастыруды одан ары дамытуға денсаулық сақтау жүйесінің барлық ұйымдарын, әртүрлі министрліктерді, халықаралық ұйымдарды (Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы ж.т.б.), жалпыға ақпарат тарату жүйелерін тарту және осы бағыттағы санитарлық-ағарту және түсіндіру жұмыстарын күшейту мәселелеріне арналады.

II кезең (2012-2014 жылдары) тұрғындар денсаулығын күшейту мақсатында дене тәрбиесі мен спорттық ойындарды жандандыруға арналған. Мектептерде міндетті түрде 10-15 минуттық таңертеңгілік гимнастиканы ұйымдастыру. Мектеп қабырғасындағы дене тәрбиесі сабақтары балалар мен жасөспірімдердің жасы мен денсаулығына арнап жасалған қатаң нормативтер бойынша жүргізілуі тиіс.

III кезеңде (2015-2017 жылдары) орта және жоғары білім беру ұйымдарында өткізілетін дене тәрбиесі сабақтарының сапасын арттыру, оқушыларды денсаулық топтарына сай дене тәрбиесі жаттығуларына тарту жұмыстары қолға алынады.

Осы шараларды жүзеге асыруға қажетті барынша жабдықталған спорт залдары, спорт алаңдары салынуы тиіс. Сонымен қатар, дене тәрбиесі саласының оқытушылары мен жаттықтырушыларының жоғары біліктілігі мен білімді болуы қадағаланады.

Мемлекеттік бюджеттен бөлінетін қаржыға әртүрлі спорт секцияларын ашып, жастардың өздері таңдаған спортымен айналысуына жағдай жасалады. Жастардың арасында жеке бастың гигиенасын сақтау мәселелері бойынша санитарлық-ағарту жұмыстарын күшейтіледі.

IV кезеңде (2018-2020 жылдары) сақтандыру компанияларын салауатты өмір сүру салтын қалыптастыру жұмыстарына тартып, тұрғындардың денсаулығын одан ары күшейтуге жол ашылады.

Салауатты өмір сүру салтын қалыптастырудың маңызды бір механизмі «Салауатты тамақтану» бағдарламасын одан ары дамыту болып табылады.

Дұрыс тамақтану балалар мен жасөспірімдердің дұрыс өсуіне және маңызды органдар мен жүйелер қызметінің қалыпты дамуына жағдай туғызады. Организмнің қоршаған орта мен өмір сүру жағдайының денсаулыққа зиянды себептеріне қарсы тұрақтылығын арттырады.

Салауатты тамақтануды қалыптастыру мәселелері бойынша барлық жауапты қоғамдық Ұйымдар мен мемлекеттік органдардың біріге жұмыс істеуін қамтамасыз ету қажет.

Бірінші кезеңде (2010-2011 жылдары) тағамдық заттарды өндіру және сату саласының нормативтік базасын жетілдіру жұмыстары жүзеге асырылды. Отандық азық-түлік өндірушілердің сапалы тағамдық заттарды, олардың витаминдер мен макро және микронутриенттермен, тағамдық талшықтармен қанық болуын қамтамасыз етілуіне барынша экономикалық жағдай жасау жұмыстары қолға алынады.

Мектепке дейінгі және мектеп мекемелерінде дұрыс тамақтану жөніндегі оқу бағдарламаларын дамыту қолға алынады. Оның негізгі мақсаты оқушылар арасында салауатты тамақтану әдеттерін қалыптастыру болып табылады.

«Салауатты тамақтану» бағдарламасын одан ары дамытудың III кезеңінде (2015-2017 жылдары) мектепке дейінгі және мектеп мекемелеріндегі балалар мен жасөспірімдердің тамақтану сапасына ұдайы мониторинг жүйесі ендіріледі. Әсіресе тамақтану ережесі мен ұйымдастыру ерекшеліктеріне, тағамдық заттардың сапасына, оның құрамы мен көлеміне бақылау орнатылады. Сонымен қатар балалар мен жасөспірімдердің денсаулығы мен физикалық даму үрдістері қатаң бақылауға алынады.

Салауатты өмір сүру салтын қалыптастыру мәселесін шешу жолының бірі тұрғындардың арасында зиянды әдеттердің, оның ішінде алкоголизмнің, ішімдікке салынудың, темекі тарту мен наркоманияның таралуына қарсы күресті жандандыру болып табылады.

Осы мәселелерді шешудің I кезеңінде (2010- 2012 жылдары) алкогольдік ішімдіктерді сату азық-түлік дүкендерінің, кафе, ресторандардың арнайы ұйымдастырылған бөлімдерінде жүзеге асырылуын

камтамасыз ету жұмыстары жүргізіледі. Алкогольдік ішімдіктерді кешке және түнгі мезгілдерде сату барынша шектеледі.

II кезеңде (2012-2014 жылдары) жасы 21 толмаған азаматтарға алкогольдік ішімдіктерді сату рұхсат етілмейді.

III кезеңде (2015-2017 жылдары) алкогольдік ішімдіктерге, темекіге және наркотикалық заттарға тәуелді тұлғаларға әлеуметтік-медициналық кеңес беру шаралары қолға алынады. Осындай тұлғалар үшін емханаларда, мектептерде, жоғары оқу орындарында ішімдіктерден және темекіден арылу курстары ұйымдастырылады. Алкогольдік ішімдіктерді және темекіні қолдану ауқымы динамикалық бақылауға (мониторинг) алынады.

Осы шараларды одан ары дамытудың IV кезеңінде (2018-2020 жылдары) алкогольдік ішімдіктерге және темекіге қойылатын салықтың көлемі жоғарылатады. Ал салықтан түскен табыстың бір бөлігі салауатты өмір сүру салтын насихаттауға, темекіге және алкогольдік ішімдікке қарсы санитарлық ағарту жұмысын жандандыруға бағытталады.

Салауатты өмір сүру салтын насихаттау шараларының қатарында таза сумен қамтамасыз ету, қоршаған ортаны өндірістік қалдықтармен ластаушылармен күрес мәселелері де жоспарлы түрде жүзеге асыру қарастырылған.

Халықтың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы қызмет және қоғамдық денсаулықты сақтау жұмыстарының құқықтық негіздері «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі № 193 – IV Кодексінің 6 бөлімінде қарастырылған және оны шешуді қамтамасыз ететін өкілетті органдардың жауапкершіліктері жан-жақты ашып көрсетілген.

8.4. Салауатты өмір сүру денсаулықтың қалыптасуына әсер ететін негізгі себеп ретінде. Денсаулықтың биологиялық-әлеуметтік және психологиялық себептері.

Тұрғындардың денсаулығын сақтау және күшейту дегеніміз – қоғамның және әрбір адамның денсаулыққа әсерін тигізетін себептерді бақылауына мүмкіндік жасау үрдісі болып табылады. Академик Ю.П. Лисицынның жүргізген зерттеу жұмыстарының нәтижелері, тұрғындардың аурушандығын туындататын себептердің ішінде өмір сүру салты себептері бірінші орын алатындығын көрсетті. Өмір сүру салты себептерінің денсаулық көрсеткіштерінің қалыптасуына қосатын үлес салмағы 50 % асады. Ал, тұқым қуалағыштық қасиеттің қосатын үлесі 15-20 % жетсе, қоршаған ортаның ластануынан туындайтын денсаулық көрсеткіштерінің артуы 10-15% жетеді. Денсаулық көрсеткіштерінің қалыптасуына әсер ететін зиянды себептерді денсаулыққа қатер туғызатын себептер деп атайды. Бұл жағдай тек қана денсаулық көрсеткіштерінің қалыптасуында орын алмайды, сонымен қатар созылмалы түрде жүретін аса үлкен әлеуметтік маңызы бар патологиялардың қалыптасуында да байқалады.

Көптеген ғалымдардың зерттеу нәтижелерін сараптау, негізгі бейэпидемиялық аурулардың қалыптасуына өмір сүру салты, генетикалық, экологиялық-гигиеналық және медициналық себептердің қосатын үлесін анықтауға көмектесті. (29 кесте)

29 кесте. Әртүрлі созылмалы бейэпидемиялық аурулардың қалыптасуына денсаулыққа қатерлі себептердің қосатын үлесі (% есептегенде).

Аурулар, қайғылы оқиғалар, өзіне қол салу	Қатерлі себептер			
	өмір сүру салтының денсаулыққа жайсыз себептері	Генетикалық себептер	Сыртқы ортаның ластануы	денсаулық сақтау жүйесінің кемшіліктері
Бауыр циррозы	70	18	9	3
Жүрек ишемиясы ауруы	65	17	13	5
Көлік жарақаттары	65	3	27	5
Ми қан тамырларының зақымдануы	60	18	12	10
өзге қайғылы оқиғалар	55	5	30	10
өзіне қол салу	55	25	15	5
Онкологиялық аурулар	45	26	19	10
өзге жүрек-қан тамыры аурулары	40	35	17	8
Қант диабеті	35	53	2	10
өкпе эмфиземасы мен демікпе	35	15	40	10
Пневмония	19	18	43	20
Туа біткен кемістіктер	39	19	30	12

Барлық негізгі созылмалы бейэпидемиялық аурулардың және көлік жарақаттарының туындауына алып келетін негізгі себептер өмір сүру салтының денсаулыққа жайсыз әсер ететін себептері екендігі айқын көрініп тұр. Олардың үлес салмағы әсіресе бауыр циррозының (70 %). Жүрек ишемиясы ауруының (65 %), көлік жарақаттарының (65 %) ми қан тамырларының зақымдануының (60 %), өзге қайғылы оқиғалар мен өзіне қол салу оқиғаларының (55 % -дан) қалыптасуында өте жоғары және 55 % - дан 70 % - ға дейін жатады. Бұл себептердің онкологиялық аурулардың, қант

диабетінің, өкпе эмфиземасы мен демікпенің қалыптасуында да (35-40 %) алатын үлес салмағын аз деп айтуға болмайды. өкпе рагының қалыптасуында темекі тарту оқиғаларының қосатын үлесі 70-90 % дейін жететіндігін көрсеткен ғылыми зерттеу жұмыстарының нәтижелері де аз емес. Аурулардың қалыптасуында генетикалық себептердің алатын орны да жоғары. Әсіресе қант диабетінің (53 %), жүрек қан тамыры аурулары мен қант диабетінің (35 %), рак ауруларының (26 %), өзіне қол салу оқиғаларының (25%), жүрек ишемиясы, ми қан тамырларының зақымдануы, пневмония мен цирроз ауруларының (17-18 %) дамуына алып келетін себептердің ішінде генетикалық қауіптіліктің үлес салмағы айтарлықтай жоғары. Жеке онкологиялық аурулардың қалыптасуында генетикалық себептердің атқаратын ролі 100 % - ға дейін жетеді.

Соңғы жылдары жер беті тұрғындарының денсаулығына аса үлкен қатер төндіріп отырған себептердің қатарына қоршаған сыртқы ортаның әртүрлі химиялық поллютанттармен ластануы, климаттың өзгеруі жатқызылуда. Ғылыми-зерттеу жұмыстарының нәтижелері экологиясы бұзылған аумақ тұрғындарының созылмалы ауруларының жоғары деңгейде қалыптасуына (60-80 %) қоршаған ортаны ластаушы ауыр металлдар мен улы химиялық заттардың кінәлі екендігін дәлелдеп отыр. Ондай экологиясы бұзылған аумақтар қатарында Жамбыл-Қаратау фосфор биогеохимиялық провинциясы, Арал өзенінің тартылуынан қалыптасқан экологиялық бұзылыс аумағы, Шымкент, Өскемен, Жезқазған, Қарағанды сияқты өндірісі дамыған қалалардағы биогеохимиялық жағдайларды жатқызуға болады. Сыртқы ортаның ластануы әсіресе өкпе эмфиземасы мен демікпе ауруының (40 %), пневмония ауруының (43%), балалардың туа біткен кемістіктерінің (27-35 %), оның ішінде жүректің, мидың, бүйректің және өзге маңызды органдардың кемістіктерінің қалыптасуына ерекше үлесін қосады (30 %). Отандық ғалымдардың пайымдауынша, денсаулықтың қалыптасуына үлес қосатын негізгі себептердің қатерлілік қуаты олардың өмір сүру ортасындағы таралу деңгейіне және қалыпты шамалардан қаншама жоғары екендігіне тікелей байланысты. Әрбір қатерлі себептің таралу деңгейіне қоғамның, жеке адамдардың, мемлекеттік саясаттың тигізетін өзіндік әсері бар. Сондықтан қоғамдық денсаулықты мемлекетте қалыптасқан әлеуметтік-экономикалық, экологиялық-гигиеналық, медициналық-биологиялық жағдайлардан бөлектей отырып қарастыруға болмайды.

Осы қағиданы шет елдердің белді ғалымдары да мақұлдайды. Америка Құрама Штаттарында денсаулыққа қауіпті өмір сүру салты себептерінің қатарына темекі тарту, алкогольдік ішімдікке салыну, үйлесімді тамақтанбау, дистрессер, зиянды еңбек ету жағдайы, гиподинамия, төмен физикалық белсенділік, наркотиктер қабылдау және дәрі-дәрмектерді шамадан тыс қолдану, отбасындағы және қызмет орнындағы жайсыз арақатынас, төмен деңгейдегі білім мен мәдениетсіздік сияқты себептер жатқызылады.

Өмір сүру салты бірінші кезекте адамдардың әдеттерімен, олардың психологиялық ерекшеліктерімен тікелей байланысты. Сондықтан бұл себептерді де жан-жақты зерттеу, адамдардың психологиялық

ұстанымдарын салауатты өмір сүру салтын қалыптастыруға дұрыс пайдаланудың тиімділігі өте үлкен.

8.5. Салауатты өмір сүру салтын қалыптастыру бағдарламалары.

Салауатты өмір сүру салты дәрігерлер абыройын қалыптастырудағы ұйымдастырушылық шара ретінде.

Салауатты өмір сүру салтын қалыптастыру қызметі Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау жүйесінің маңызды бір саласына айналды. Бұл саланың денсаулық сақтау жүйесін оңтайлауда атқаратын ролін денсаулықты сақтау, денсаулықты күшейту денсаулықты одан ары дамыту бағыттарынан байқауға болады. Салауатты өмір сүру салтын қалыптастырудағы ұлттық саясат «Қазақстан 2030» атты стратегиялық бағдарламада, «Иод тапшылығының профилактикасы туралы», «Денсаулық сақтау жүйесі туралы», «Тұрғындардың денсаулығын қорғау туралы» заңдарда, «Халық денсаулығы мен денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының Кодексінде анықталған.

Жер беті тұрғындарының аурушандығын, мүгедектік пен өлім оқиғаларын төмендетуге және өмір сүру ұзақтығын арттыруға деген қызығушылығын ескере келе Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы осы бағытта стратегиялық құжаттар қабылдады. Оның ішінде, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының темекіге қарсы күрес конвенциясы (2003 жыл), балалардың денсаулығы мен өмір сүру жағдайын жақсарту туралы Хельсинки декларациясы мен жоспары (2004), алкогольге қарсы Еуропаның 2000-2005 жылдарға арналған күрес жоспары, денсаулық, физикалық белсенділік, тамақтану саласындағы жахандық стратегия (2004), 2005 жылы қабылданған жақандану жағдайындағы денсаулықты күшейту туралы Бангкок декларациясы, Еуропаның бейэпидемиялық ауруларға қарсы күрес және профилактика стратегиясы (2006 жыл) бар. Қазақстан Республикасы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының осы бағдарламаларына қосыла отырып, мемлекеттің салауатты өмір салтын қалыптастыру мәселесіне арналған нормативтік-құқықтық құжаттарын қайта қарады.

Қазіргі күні біздің елімізде салауатты өмір сүру салтын қалыптастыру қызметінің құрлымы анықталып, 14 облыста, 9 қалада, 10 аудан орталықтарында салауатты өмір сүру салтын қалыптастыру ұйымдары және 252 денсаулықты күшейту орталықтары құрылды. Олар қажетті материалдық-техникалық базамен және білікті мамандармен қамтамасыз етілді. Салауатты өмір салтын қалыптастыру саласындағы мемлекеттік саясатты салауатты өмір сүру салтын қалыптастыру мәселелерінің Ұлттық орталығы жоспарлайды және жүзеге асырады. Бұл орталық «Қазақстан 2030» стратегиясын іске асыру мақсатында 1997 жылы 3 желтоқсанда Үкіметтің № 1678 шешімімен ұйымдастырылды.

Салауатты өмір сүру салтын қалыптастыру жұмысы төмендегідей бағыттарда іске асырылады: физикалық белсенділікті арттыру, салауатту тамақтану, темекі шегу профилактикасы, алкогольизм профилактикасы,

наркотиктер қабылдау профилактикасы, туберкулез профилактикасы, инфекциялық аурулар профилактикасы, жұқтырылған иммундық тапшылық синдромының (ЖИТС) профилактикасы, репродуктивтік денсаулықты күшейту, алғашқы медициналы-санитарлық көмек деңгейінде денсаулықты күшейту және аурулардың профилактикасын арттыру шаралары бар.

Соңғы жылдары осы Ұлттық орталықтың ұсынысымен «Темекі шегуді шектеу және оның профилактикасы туралы» заң қабылдады. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымымен бірлесе отырып темекі шегудің профилактикасына арналған Ұлттық жұмыс жоспары жасалды. Еліміздің қалаларында «Біздің қала темекі түтінінен тәуелсіз қала», «Темкіні таста да, ұтып ал» деген бағдарламалар белсенді жүзеге асырылуда.

Қазақстан Республикасында алкогольдік ішімдікті қолдануға шектеу қою саясатын жүзеге асыруға арналған бағдарлама жасалып, еліміздің барлық аймақтарында белсенді жүзеге асырылуда.

Мемлекетімізде наркотикті қабылдауды шектеу және оның профилактикасы, жастардың репродуктивтік денсаулығын қорғау, туберкулездің алдын алу, түсік тастау және қажетсіз жүктілік мәселелері бойынша профилактикалық бағдарламалар кеңінен іске асырылуда.

Республикада Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының профилактикалық бағдарламалары ендірілуде. Осылайша, 1999 жылы «Салауатты қалалар» жобасы белсенді түрде жүзеге асырылды. Осының нәтижесінде Қазақстан 2002 жылы Еуропаның «Салауатты қалалар» желісіне мүше болды. Бұл жобаны Республиканың 12 қаласы қолдады.

1998 жылдан бері Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының «Денсаулықты күшейтуді қолдайтын мектептер» бағдарламасы Республиканың 750 мектебіне ендірілді. Осындай мектептердің алдына қойған мақсаттарын жүзеге асыру үшін оларға әдістемелік, ақпараттық, материалдық қолдау жүргізілді.

2000 жылдан бері дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының «Салауатты Университеттер» атты бағдарламасы Қазақстанның 47 жоғары оқу орындары мен 11 орта арнайы оқу ұйымдарында ендірілді. Осының нәтижесінде студенттер арасында Халықаралық, Республикалық, аймақтық семинарлар, ғылыми-тәжірибелік конференциялар, фестивальдар ұйымдастырылып, студент және оқушы жастар арасында салауатты өмір сүру салтын қалыптастыру мәселелері, аурулар мен оған алып келетін зиянды әдеттердің профилактикасын жүзеге асыру жолдары үйретілді.

2001 жылдан бастап дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының «Денсаулықты күшейтуді қолдайтын ауруханалар» атты профилактикалық бағдарламасы емдеу-профилактикалық және санитарлық-профилактикалық ұйымдарда ендіріле бастады. Бұл бағдарламаның негізгі мақсаты барлық ауруханалардың дәрігерлері мен қызметкерлерін аурулардың арасында салауатты өмір салтын насихаттау, оларға заманауи ақпаратты жеткізу, өздерінің әдеттілігі мен ауруларды салауатты өмір сүру салтына тәрбиелеу. Осы жобаның тиімді жүзеге асыруына байланысты Қазақстан Республикасы

Европалық «Денсаулықты күшейтуді қолдайтын ауруханалар» желісіне мүше болып қабылданды.

Сонымен қатар, Қазақстан Республикасында «Салауатты жұмыс орындары», «Салауатты ауылдар» атты дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының профилактикалық бағдарламалары да 2003 жылы қолға алынып, жақсы нәтижелермен жүзеге асырылды.

Осы бағдарламалардың тиімділігі Ұлттық орталықтың басшылығымен жүргізілген ғылыми-зерттеу жұмыстарында дәлелденді. Айта кететін жағдай, салауатты өмір сүру салтын қалыптастыру мәселелерінің Ұлттық орталығы 1998 жылдан бері халықаралық «Маңызды бейэпидемиялық аурулардың бірінғай профилактикасы» атты СИНДИ – Қазақстан бағдарламасын орындаушы ұйым болып есептелінеді. Бұл бағдарламаның орындалуына Астана мен Семей мемлекеттік медицина университетінің, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясының оқытушылары мен профессорлары да белсенді ат салысты.

Социологиялық және әлеуметтік-медициналық зерттеу жұмыстарының нәтижелері салауатты өмір сүру салтын тұрғындар арасында белсенді қалыптастыруға азаматтардың медициналық мәдениеті мен гигиеналық білімдерінің төмендігі кері әсерін тигізуде. Сондықтан бұл жұмысты бала бақша мен мектеп қабырғасынан бастау қажет. Ал жалпы тұрғындар арасында жүргізілетін салауатты өмір сүру салтын насихаттау және гигиеналық тәрбие беру жұмыстарында зиянды әдеттердің денсаулыққа тигізетін кері әсерін дәлелді материалдарды қолдана отырып көрсетудің тиімділігі айтпаса да түсінікті деп ойлаймын.

Бұл жұмыстарды жүзеге асыратын дәрігерлердің өздері салауатты өмір сүруі қажет. Тек осындай жағдайда медицина қызметкерлерінің жүргізетін үгіт-насихаты мен медициналық-гигиеналық тәрбие жұмысы барынша тиімді, ал олардың білікті маман ретіндегі абройы жоғары болады.

Ұсынылған негізгі әдебиеттер тізімі

Қазақ тілінде

1. Бигалиева Р.К., Исмаилова Ш.М. Әлеуметтік медицина және денсаулық сақтауды басқару . Оқулық – Алматы, 2001. 37 бет.
2. Булешов М.А. медициналық статистика. Оқулық – Алматы, «Эверо» ЖШС баспаханасы – 2010 140 бет.

Орыс тілінде

1. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник. Издательство Ярославль, Гринго. – 2007. – 512 с.
2. Решетников А.В. Экономика здравоохранения: Учебное пособие, Издательство Ярославль, Гринго. – 2007. – 272. с.
3. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник В.А. Миняев, Н.И. Вишняков. – Издательство М., МЕДпрессинформ. – 2004.- 528 с.
4. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник 2-ое издание – М.: ГЭОТР – Медиа, 2010 – 512 с.
5. Полунин Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник. Издательство «Медицинское информационное агентство», 2010. – 544 с.
6. Европейская обсерватория по системам здравоохранения. Системы здравоохранения: время перемен. Казахстан. Европейское региональное бюро ВОЗ., 1999. – 66 с.

Қосымша әдебиеттер тізімі

Орыс тілінде

1. Медик, В.А. Руководство по статистике в медицине и биологии. 3 тома Медик В.А., Токмачев М.С., Фишман Б.Б., Комаров Ю.М. – Издательство М.: Медицина, 2006.- 352 с.
2. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения. Учебное пособие. Кучеренко В.З. Издательство М., ГЭОТАР – Медиа – 2007. – 256 с.

3. Аканов А.А., Девятко Н.В., Кульжанов М.К. Общественное здравоохранение в Казахстане: концепция, проблемы и перспективы. – Алматы. – 2001 – 100с.
4. Муминов Т.А., Камалиев М.А., Аязбаева А.Г., Шахиева А.М. Медико-социальные и эпидемиологические аспекты здорового образа жизни. Алматы, 1999 – 170 с.
5. Семенов В.Ю., Экономика здравоохранения. Учебное пособие. Издательство М., ООО «МИА». – 2006 – 472 с.
6. Тульчинский Т.К., Варавикова Е.А., Новое общественное здравоохранение: Введение в современную науку. Иерусалим, 1999. – 104 с.
7. Решетников А.В., Проведение медико-социологического мониторинга: Учебнометодическое пособие. А.В. Решетников, С.А. Ефименко. – Издательство М.: ГЭОТАР-Медиа – 2007. – 160 с.
8. Юрьев В.К., Кученко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение. – С. – Петербург, 2000. – 170 с.
9. Муминов Т.А., Камалиев М.А. Анализ здравоохранения с позиций социального маркетинга. Алматы, 2003. – 170 с.
10. Герасимов А.Н. Медицинская статистика. Учебное пособие. Издательство М., МИА. – 2007. – 480 с.