



ҚР ДСМ Қоғамдық денсаулық  
сактау үлттық орталығы

Национальный центр общественного  
здравоохранения МЗ РК

National Center for Public Health of the  
Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

## САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ, АУРУДЫҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚТЫ НЫҒАЙТУДЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРИ

---

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ  
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПРОФИЛАКТИКИ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

---

ACTUAL ISSUES OF HEALTHY LIFESTYLE  
DEVELOPMENT, DISEASE PREVENTION AND  
HEALTH PROMOTION

---

**№ 1  
2023**



# 10 САЛАУАТЫ САН



**18,5-25 ДСИ= салмақ/бой**

Дене салмағы индексі



**Ә-≤80 см, Е-≤94 см**

Бел көлемі



**≤120/80-129/84 с.б.мм**

Артериялық қан қысымы



**< 5 ммол/литр**

Қан құрамындағы холестерин деңгейі



**< 3,9-6,1**

Қан құрамындағы қанттың деңгейі



**10 000 қадам / күніне**

немесе 30 минут жүру



**< 500 гр/күніне**

Көкөністер мен жемістер



**1,5 – 2 л / күніне**

Таза суды тұтыну



**< 5 гр./күніне**

Тұз



**Күніне «0» темекі**

Темекіден бас тарту

# **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ**

---

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ISSN 2223-2931**

**Издаётся с 2002 г.**

**№ 1 2023 г. (УДК 614.2.574)**

**Подписной индекс 75978**

---

**Учредитель:**

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК. Свидетельство о постановке на учет средства массовой информации №KZ24VPY00064975 от 20.02.2023 г.

Рекламодатели предупреждены об ответственности за рекламу незарегистрированных, не разрешенных к применению МЗ РК предметов медицинского назначения.

Ответственность за содержание публикуемых материалов несут авторы.

Редакция не несет ответственности за достоверность информации, опубликованной в рекламе.

Редакция оставляет за собой право редакторской правки статей. При перепечатке ссылка на журнал «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья» обязательна.

**Главный редактор:**

к.м.н. Калмакова Ж.А.

**Зам. главного редактора:**

д.б.н., профессор Имашева Б.С.

**Редакционный совет:**

Академик Шарманов Т.Ш. (Казахстан)

д.м.н., профессор Кульжанов М.К. (Казахстан)

д.м.н., профессор Слажнева Т.И. (Казахстан)

д.м.н., профессор Баттакова Ж.Е. (Казахстан)

д.м.н. Токбергенов Е.Т. (Казахстан)

Адъюнкт-профессор Massimo Pignatelli

(Казахстан)

PhD Antonio Sarría-Santamera (Казахстан)

Malcom A. Moore (Корея)

PhD Breda J. (Москва)

**Технический редактор:**

Имашева Б. С.

**Компьютерная верстка:**

Бекмагамбетов М.Б.

Журнал сверстан и отпечатан в типографии  
НЦОЗ МЗ РК

**Адрес редакции:**

г. Астана, ул. Ауэзова, 8

[www.hls.kz](http://www.hls.kz)

zhurnal.ncoz@hls.kz

Заказ № 56. Тираж 50 экз.

## МАЗМҰНЫ

### ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ҰЙЫМЫ

Турдиев К.А., Пивоваров Е.И.

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органдар тарапынан міндетті медициналық қарап-тексерулердің сапасын бақылауды қамтамасыз етудің проблемалары ..... 7

Қалмақова Ж.А., Асқаров Қ.А., Тоқбергенов Е.Т., Имашева Б.С., Абдразак М.

Казіргі жағдайдағы кәсіби зорығу синдромы ..... 14

### ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ ОНЫМЕН КҮРЕСҮ

Сердалин Ж.С., Ибраев С.Е.

Covid-19 пандемиясы жағдайында медициналық қызметкерлердің психикалық денсаулығына әсерін бағалау ..... 23

### ЖҰҚПАЛЫ ЖӘНЕ ЖҰҚПАЛЫ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ

Шиналиев Б.С., Макаров М.Б., Ерғараева К.Ж.

Жамбыл облысындағы кәсіптік сырқаттанушылықтың жай-күйі ..... 30

### БАЛАЛАРДЫ, ЖАСӨСПІРІМДЕРДІ, ЖАСТАРДЫ САУЫҚТЫРУ

Хамит Ж.

Жасөспірімдердің тұлғалық дамуына буллинг пен кибербуллингтің әсері ..... 35

Нұрлыбекқызы М.

Суицидтің алдын алу: ғылыми дәлелдерді шолу ..... 46

## СОДЕРЖАНИЕ

### ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Турдиев К.А., Пивоваров Е.И.**

О некоторых проблемах обеспечения контроля качества обязательных медицинских осмотров со стороны государственных органов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения .....

7

**Калмақова Ж.А., Аскаров К.А., Токбергенов Е.Т., Имашева Б. С., Абдразак М.**

Синдром профессионального выгорания в современных условиях.....

14

### ПРОФИЛАКТИКА И БОРЬБА С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**Сердалин Ж.С., Ибраев С.Е.**

Оценка воздействия на психическое здоровье медицинских работников в условиях пандемии covid-19 .....

23

### ФАКТОРЫ РИСКА ИНФЕКЦИОННЫХ И НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**Шиналиев Б.С., Макаров М.Б., Ерғараева К.Ж.**

Состояние профессиональной заболеваемости в Жамбылской области .....

30

### ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ, МОЛОДЕЖИ

**Хамит Ж.Р.**

Влияние буллинга, кибербуллинга на формирование личностей подростков .....

35

**Нурлыбеккызы М.**

Профилактика суицида: обзор доказательных данных .....

46

## CONTENT

### ORGANIZATION OF HEALTH CARE

**Turdiev K.A., Pivovarov E.I.**

About some problems of ensuring quality control of mandatory medical examinations by state bodies in the field of sanitary and epidemiological welfare of the population.....

7

**Kalmakova Zh.A., Askarov K.A., Tokbergenov E.T., Imasheva B.S., Abdrazak M.**

Professional burnout syndrome in modern conditions.....

14

### PREVENTION AND CONTROL OF INFECTIOUS DISEASES

**Serdalin Zh.S., Ibraev S.E.**

Assessment of the impact on the mental health of medical workers in the context of the covid-19 pandemic.....

23

### RISK FACTORS FOR INFECTIOUS AND NON-COMMUNICABLE DISEASES

**Shinaliev B.S., Makarov M.B., Ergaraeva K.Zh.**

The state of occupational morbidity in Zhambyl region.....

30

### HEALTH OF CHILDREN, ADOLESCENTS, YOUTH

**Khamit Zh.R.**

The influence of bullying, cyberbullying on the formation of adolescents' personalities.....

35

**Nurlybekkyzy M.**

Suicide prevention: a review of current evidence.....

46

УДК: 6.61.613.62

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ҰЙЫМЫ  
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ORGANIZATION OF HEALTH CARE

ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАМАТТЫЛЫҒЫ  
САЛАСЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК ОРГАНДАР ТАРАПЫНАН МІНДЕТТІ  
МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚАРАП-ТЕКСЕРУЛЕРДІҢ САПАСЫН БАҚЫЛАУДЫ  
ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДІҢ ПРОБЛЕМАЛАРЫ

Турдиев К.А., Пивоваров Е.И.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі санитариялық-эпидемиологиялық  
бақылау комитетінің Шығыс Қазақстан облысының санитариялық-эпидемиологиялық  
бақылау департаменті

Өскемен қ., ШҚО

trud1977@mail.ru

ТҮЙІНДЕМЕ

Мақалада, міндетті медициналық тексерулердің сапасын ұлттық заңнамаға сәйкес бақылауды қамтамасыз ету мәселесі қарастырылған. Авторлар, амбулаториялық-емханалық көмек (алғашқы медициналық-санитариялық көмек және консультациялық-диагностикалық көмек) көрсететін субъектілерге (нысандарға) қатысты медициналық қызметтер көрсету сапасын мемлекеттік бақылау саласындағы тексеру парағына сонымен қатар, амбулаториялық-емханалық,

консультациялық-диагностикалық көмек көрсететін денсаулық сақтау нысандарына, міндетті медициналық байқау сапасын бақылауға қойылатын талаптары бар халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылышы саласындағы тексеру парагының талаптарына ұсыныстар әзірледі.

**Түйінді сөздер:** міндетті медициналық тексерулер, профилактикалық және мерзімді медициналық тексерулер, кәсіби жарамдылық сараптамасы.

О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА  
ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ СО СТОРОНЫ  
ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОРГАНОВ В СФЕРЕ  
САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Турдиев К.А., Пивоваров Е.И.

Департамент санитарно-эпидемиологического контроля  
Восточно-Казахстанской области Комитета санитарно-эпидемиологического контроля  
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

г. Усть-Каменогорск, ВКО

trud1977@mail.ru

## РЕЗЮМЕ

В статье изучена проблема обеспечения контроля качества обязательных медицинских осмотров в соответствии с национальным законодательством.

Авторами разработаны предложения к требованиям проверочного листа в сфере государственного контроля качества оказания медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (первичную медико-санитарную помощь и консультативно-диагностическую помощь) и проверочного листа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения с требованиями к объектам здравоохранения, оказывающим амбулаторно-поликлиническую и консультативно-диагностическую помощь, предъявляемым к контролю качества обязательных медицинских осмотров.

**Ключевые слова:** обязательные медицинские осмотры, профилактические и периодические медицинские осмотры, экспертиза профессиональной пригодности

## ABOUT SOME PROBLEMS OF ENSURING QUALITY CONTROL OF MANDATORY MEDICAL EXAMINATIONS BY STATE BODIES IN THE FIELD OF SANITARY AND EPIDEMIOLOGICAL WELFARE OF THE POPULATION

Turdiev K.A., Pivovarov E.I.

**Department of Sanitary and Epidemiological Control of the East Kazakhstan region  
of the Committee of Sanitary and Epidemiological Control  
of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan**

**Ust-Kamenogorsk, East Kazakhstan region**

**trud1977@mail.ru**

## SUMMARY

The article examines the problem of ensuring quality control of mandatory medical examinations in accordance with national legislation.

The authors have developed proposals for the requirements of the checklist in the field of state quality control of medical services in relation to subjects (objects) providing outpatient care (primary health care and consultative diagnostic

assistance) and the checklist in the field of sanitary and epidemiological welfare of the population with the requirements for health facilities providing outpatient and polyclinic and consulting and diagnostic assistance required for quality control of mandatory medical examinations.

**Keywords:** mandatory medical examinations, preventive and periodic medical examinations, examination of professional suitability

риодических медицинских осмотров для трудоспособного населения является актуальной проблемой медицинской действительности.

Установление требований к качеству медицинской деятельности, а также осуществление контроля обеспечения качества в области профессиональной патологии вызывает затруднения в связи с ее спецификой.

В частности, обязательные медицинские ос-

## ВВЕДЕНИЕ

Проведение профилактических и периодических медицинских осмотров является важным механизмом превентивных мер в отношении развития профессиональных заболеваний. К сожалению, в настоящее время качество их проведения нельзя назвать удовлетворительным. Низкое качество предварительных и пе-

мотры проводятся за счет средств работодателя и относятся к платным медицинским услугам, в то время как финансирование экспертизы связи заболевания с профессией производится из средств бюджета.

Трудности в обеспечении качества медицинских осмотров заключаются также в осознании важности происходящего процесса диагностики самими пациентами (работниками).

Зачастую, государство сталкивается с проблемами в период, когда работник использует свое право на установление связи заболевания с профессией и обращается за проведением экспертизы в центр профпатологии, но при этом практически всегда отсутствуют жалобы на качество медицинских осмотров во время активной трудовой деятельности таких пациентов.

В настоящее время организация и проведение профилактических и периодических медицинских осмотров достаточно четко урегулированы нормативными правовыми актами Республики Казахстан и, кажется, особых проблем в их организации и проведении нет.

Однако, на практике субъекты здравоохранения допускают существенные нарушения в этой, казалось бы, зарегулированной деятельности и ненадлежащего выполнения требований приказа исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 октября 2020 года № КР ДСМ-131/2020 «Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих обязательным медицинским осмотрам, а также правил и периодичности их проведения, объема лабораторных и функциональных исследований, медицинских противопоказаний, перечня вредных и (или) опасных производственных факторов, профессий и работ, при выполнении которых проводятся предварительные обязательные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические обязательные медицинские осмотры и правил оказания государственной услуги «Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров» (далее – приказ № КР ДСМ-131/2020).

Отмечаем, что проводимые предварительные и периодические медицинские осмотры решают в основном, почти исключительно, задачу экспертизы профессиональной пригодности, а вопросы выявления на ранней стадии и про-

филактики производственно обусловленных и хронических общесоматических заболеваний, которые предусмотрены в перечне медицинских противопоказаний, остаются без внимания.

Периодические медицинские осмотры работающего населения, подвергающегося воздействию вредных и опасных факторов рабочей среды, не обеспечивают своевременного выявления профессиональной патологии, что приводит к развитию стойкой утраты трудоспособности в периоде трудовой деятельности.

Эта ситуация на протяжении многих лет никак не решается, что приводит в дальнейшем к системным нарушениям здоровья работающих и потере профессиональной трудоспособности. Существующая организация и качество проведения обязательных медицинских осмотров больше перешло в предпринимательскую плоскость.

Между тем, основанием для внеплановой проверки органа, осуществляющего государственный контроль и надзор, может являться жалоба потребителя медицинских услуг.

В настоящее время в Республике, в связи с отсутствием данных требований в проверочных листах, вопросы своевременности, не контролируется качество проведения профилактических и обязательных медицинских осмотров - как меры раннего выявления и профилактики развития профессиональных заболеваний.

Таким образом, статья 86 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс), не реализуется в полной мере. Государственным органом в сфере контроля оказания медицинских услуг (помощи) не осуществляется разрешительный контроль.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью работы является изучение проблем в обеспечении контроля качества обязательных медицинских осмотров в соответствии с нормативным правовым регулированием.

Определить и разработать требования проверочного листа в сфере государственного контроля качества оказания медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь

(первичную медико-санитарную помощь и консультативно-диагностическую помощь) и проверочного листа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения с требованиями к объектам здравоохранения, оказывающим амбулаторно-поликлиническую и консультативно-диагностическую помощь, предъявляемым к контролю качества обязательных медицинских осмотров.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исходными материалами послужили требования Кодекса, совместного приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 ноября 2018 года № КР ДСМ-32 и Министра национальной экономики Республики Казахстан от 15 ноября 2018 года № 70 «Об утверждении критерии оценки степени риска и проверочных листов в сферах качества оказания медицинских услуг, обращения лекарственных средств и медицинских изделий» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 125929) (далее - Приказ № КР ДСМ-32/70) и совместного приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2022 года № КР ДСМ-152 и Министра национальной экономики Республики Казахстан от 2 декабря 2022 года № 117 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 5 декабря 2022 года № 30964) (далее - Приказ № КР ДСМ-152/117).

Объектом исследования стал анализ проверочного листа в сфере государственного контроля качества оказания медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (первичную медико-санитарную помощь и консультативно-диагностическую помощь) и проверочного листа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения с требованиями к объектам здравоохранения, оказывающим амбулаторно-поликлиническую и консультативно-диагностическую помощь, а также заключительные акты по результатам периодических медицинских осмотров и списки лиц, с впервые установленным диагнозом профессионального заболевания, представляемые субъектами здравоохранения и (или) образова-

ния, оказывающими специализированную медицинскую помощь в области профессиональной патологии и экспертизы.

Применен комплекс методов исследования: сравнительный, аналитический, организационно-методический.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На предприятиях ВКО зарегистрировано 182 впервые выявленных случая профессиональных заболевания, отмечается увеличение на 1 случай к уровню прошлого года (181 случай).

В 2022 году в г. Усть-Каменогорске на предприятии ТОО «ПОСУК Титаниум» было зарегистрировано 2 случая острых профессиональных отравления, оба случая со смертельным исходом (2021 год – 0 случаев).

Всего количество пострадавших составило 139 человек (2021г.-133).

В ВКО в 2022г. периодическому медицинскому осмотру подлежало 33826 работающих (2021г.- 29729 работающих), в том числе женщин – 7764 (2021г.-7518).

Осмотрено 33350 работающих (2021г.- 28700 человек) или 98,6% (2021г.- 96,5%), в том числе 7341 женщин (2021г.- 7139 женщин) или 94,5% (2021г.- 95%).

По итогам периодических медосмотров выявлено:

- с подозрением на профзаболевание и интоксикацию 89 (2021г.-134) работающих или 0,26% (2021г.-0,46%);

- с соматическими заболеваниями 4169 работающих или 12,5% (2021г.- 4505 или 15,7%), из них женщин – 1536 или 36,8% (2021г.- 2237 или 49,6%);

- В том числе выявлено впервые 1134 (2021г.- 1042) работающих, или 3,4% (2021г.- 3,63%);

- число лиц, профпригодных к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, к видам работ- 28831(2021г.- 25530) человек или 86,45% (2021г.- 88,95%), из них женщин- 5967 (2021г.- 7183) или 17,9% (2021г.- 2502%);

- число лиц, временно профнепригодных к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, к видам работ- 124 или 0,37% (2021г.- 242 или 0,84%), из

них женщин 9 или 0,03% (2021г.-43 или 0,14%);

- число лиц, постоянно профнепригодных к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, к видам работ – 143 или 0,42% (2021г.- 175 или 0,6%), из них женщин - 26 или 0,07 % (2021г.-4 или 0,01%).

Одной из причин низкой или поздней выявляемости профессиональной патологии является низкое качество периодических медицинских осмотров, а также экономическая заинтересованность работников в оформлении профессионального заболевания с наступлением пенсионного возраста. Большая часть профессиональных заболеваний выявляется не в ходе периодических медицинских осмотров, а при активном обращении работников в субъекты здравоохранения и (или) образования, оказывающими специализированную медицинскую помощь в области профессиональной патологии и экспертизы.

Несмотря на дублирование полномочий различных органов, а также на то, что одна и та же организация может быть проверена по одному и тому же вопросу и за одно и то же нарушение неоднократно привлечена к административной ответственности разными ведомствами, отмечаются пробелы в оценке качества проведения предварительных и периодических медицинских осмотров.

Согласно ст. 86 Кодекса, своевременность, качество проведения и прохождения профилактических и обязательных медицинских осмотров контролируются государственным органом в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

В соответствии с пп.1) п.12 приложения 2 к приказу № КР ДСМ-131/2020, при проведении периодического осмотра работающих с вредными производственными факторами территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения (в том числе на транспорте) осуществляют контроль за полнотой охвата, качеством и своевременностью проведения медицинского осмотра.

Вместе с тем, в настоящее время приказ № КР ДСМ-152/117 (проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания

медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (первичную медико-санитарную помощь и консультативно-диагностическую помощь)) и приказ № КР ДСМ-32/70 (проверочный лист в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения с требованиями к объектам здравоохранения, оказывающим амбулаторно-поликлиническую и консультативно-диагностическую помощь) не содержат в себе требований, предъявляемых к контролю своевременности, качества проведения и прохождения профилактических и обязательных медицинских осмотров.

Учитывая вышеизложенное, нами предложены для включения в проверочный лист следующие требования, позволяющие осуществлять контроль в данном направлении:

1) наличие государственной лицензии установленного образца (с приложениями), в соответствии с Законом Республики Казахстан от 16 мая 2014 года «О разрешениях и уведомлениях»;

2) документы, подтверждающие наличие у председателя врачебной комиссии профессиональной переподготовки по профпатологии и сертификат специалиста (профпатолога);

3) документы, подтверждающие прохождение подготовки по профессиональной патологии специалистами: терапевт, хирург, невропатолог, оториноларинголог, офтальмолог, дерматовенеролог, гинеколог, рентгенолог, врач по функциональной диагностике, врач-лаборант, стоматолог, кардиолог, аллерголог, эндокринолог, фтизиатр, гематолог;

4) заключительный акт с приложением поименного списка лиц, которым рекомендован перевод на другую работу, показано стационарное и санаторно-курортное лечение, лечебно-профилактическое питание, динамическое наблюдение;

5) документ, подтверждающий создание и утверждение состава врачебной комиссии для проведения медицинского осмотра;

6) календарный план, согласованный с администрацией организации (предприятия) (работодателем);

7) документы, подтверждающие направление обследуемого на дообследование с про-

ведением лабораторных и инструментальных исследований;

8) медицинская карта амбулаторного пациента по утвержденной форме, с оформлением заключения о соответствии или несоответствии состояния здоровья работника или лица, поступающего на учебу, к выполняемой работе (учебе) и наличии у него противопоказаний к труду (учебе);

9) медицинская справка по утвержденной форме;

10) наличие списков лиц, подлежащих обязательному медицинскому осмотру и списков профессий, требующих предсменного медицинского освидетельствования и списка профессий, требующих предрейсового и послерейсового медицинского осмотра;

11) результаты обследования каждого работника по данным медицинской информационной системы;

12) ежегодный план мероприятий по оздоровлению работников и улучшению условий труда, составленный медицинской организацией, обслуживающей организацию (предприятие) или с территориальной медицинской организацией по месту прикрепления работника совместно с работодателем;

13) документы, подтверждающие формирование групп, с последующим определением принадлежности работника к одной из групп, в том числе диспансерных и выдачей рекомендаций по профилактике профессиональных и социально-значимых заболеваний, а также по дальнейшему наблюдению, лечению и реабилитации;

14) договор с медицинским учреждением на проведение медицинских осмотров;

15) журналы (проведения предсменного и послесменного медицинского осмотра работников, учета направлений на медицинские осмотры, учета медицинских заключений по результатам медицинских осмотров), страницы которых должны быть прошнурованы, пронумерованы, скреплены печатью организации или на электронном носителе с учетом требований законодательства о персональных данных и обязательной возможностью распечатки страницы. В случае ведения Журнала, в электронном виде заверение электронной цифровой подписью

внесенных сведений;

16) сводный отчет о результатах проведенного медицинского осмотра;

17) Документы, подтверждающие проведение после медицинской реабилитации экспертизы профессиональной пригодности работников;

18) документы, подтверждающие направление в медицинскую организацию, оказывающую специализированную помощь по профессиональной патологии работников, имеющих признаки воздействия на организм вредных производственных факторов и признаки профессиональных заболеваний, а также в случаях затруднения определения профессиональной пригодности в связи с имеющимся у него заболеванием и с целью экспертизы профессиональной пригодности;

19) наличие для проведения предсменного и послесменного осмотров специального помещения, оборудованного системами отопления, водоснабжения, канализации, освещения, оборудованное медицинским оборудованием и инструментарием.

В целях повышения качества медицинских осмотров, необходимо обеспечить точное исполнение приказа № КР ДСМ-131/2020.

В настоящее время в условиях реформы контрольно-надзорной деятельности и снижения количества проверок медицинских организаций органами, осуществляющими государственный контроль и надзор, в целях исключения дублирования полномочий контрольно-надзорных органов, предлагаем территориальным органам Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан рассмотреть вопрос о проведении единых совместных проверок субъектов здравоохранения, оказывающих услуги по медицинским осмотрам в вопросах оценки качества проведения предварительных и периодических медицинских осмотров, с обязательным привлечением в качестве экспертов сотрудников государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и субъектов здравоохранения и (или) образования, оказывающими специализированную медицинскую помощь в области профессиональной патологии и экспертизы.

Считаем целесообразным в ходе проверок акцентировать внимание на следующих вопросах:

- факты своевременного прохождения обязательных медицинских осмотров,
- соблюдение процедурных требований при их организации и проведении,
- оплата обязательных медицинских осмотров (за чей счет, времени проведения, в рабочее или не рабочее время, до обследования и др.),
- наличие результатов обязательных медицинских осмотров и их выполнение.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время в условиях реформы контрольно-надзорной деятельности и снижения количества проверок медицинских организаций органами, осуществляющими государственный контроль и надзор (территориальные органы в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и в сфере медицинского и фармацевтического контроля) рассмотреть вопрос о проведении единых совместных проверок субъектов здравоохранения, оказывающих услуги по медицинским осмотрам в вопросах оценки качества проведения предварительных и периодических медицинских осмотров, с обязательным привлечением в качестве экспертов сотрудников субъектов здравоохранения и (или) образования, оказывающими специализированную медицинскую помощь в области профессиональной патологии и экспертизы, а также возрастает роль внутреннего контроля качества и безопасности медицинских осмотров и экспертиз.

## ВЫВОДЫ

В области профпатологии требуется координации деятельности медицинских организаций, принадлежащих к разным ведомствам. Возрастает роль информирования о новых требованиях по построению внутренней системы контроля качества медицинской деятельности и проведении проверок ее организации.

Безусловным концептуальным изменением подходов к контролю качества медицинских

осмотров и экспертиз должен стать контроль непосредственно медицинской деятельности, для чего крайне важны разработка критериев качества и оценки медицинской деятельности в области профпатологии, разработка статистических данных, которые характеризуют качество медицинской деятельности по профпатологии.

Актуальным является вопрос аккредитации специалистов-экспертов в области профпатологии, а также активное привлечение таких специалистов для экспертиз качества медицинских осмотров и в целом профпатологической медицинской помощи.

Возобновить разрешительный контроль со стороны Государственного органа в сфере контроля оказания медицинских услуг (помощи).

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1) Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК.
- 2) Закон Республики Казахстан от 16 мая 2014 года «О разрешениях и уведомлениях».
- 3) Совместный приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 ноября 2018 года № КР ДСМ-32 и Министра национальной экономики Республики Казахстан от 15 ноября 2018 года № 70 «Об утверждении критериев оценки степени риска и проверочных листов в сферах качества оказания медицинских услуг, обращения лекарственных средств и медицинских изделий» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 125929).
- 4) Совместный приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2022 года № КР ДСМ-152 и Министра национальной экономики Республики Казахстан от 2 декабря 2022 года № 117 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 5 декабря 2022 года № 30964).
- 5) Приказа исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 октября 2020 года № КР ДСМ-131/2020 «Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих обязательным медицинским осмотрам, а также правил и периодичности их проведения,

объема лабораторных и функциональных исследований, медицинских противопоказаний, перечня вредных и (или) опасных производственных факторов, профессий и работ, при выполнении которых проводятся предварительные обязательные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические обя-

зательные медицинские осмотры и правил оказания государственной услуги «Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 16 октября 2020 года № 21443).

УДК 614.87:614.8.015

## ҚАЗІРГІ ЖАҒДАЙДАҒЫ КӘСІБИ ЗОРЫҒУ СИНДРОМЫ (шолу)

Қалмақова Ж.А., Асқаров Қ.А., Тоқбергенов Е.Т., Имашева Б.С., Абдразак М.

«Ұлттық қоғамдық деңсаулық сақтау орталығы» ШЖҚ РМК

[zh.kalmakova@hls.kz](mailto:zh.kalmakova@hls.kz), [kuandyk.askarov@hls.kz](mailto:kuandyk.askarov@hls.kz), [e.tokbergenov@hls.kz](mailto:e.tokbergenov@hls.kz), [b.imasheva@hls.kz](mailto:b.imasheva@hls.kz),  
[m.toktarova@hls.kz](mailto:m.toktarova@hls.kz)

### ТҮЙІНДЕМЕ.

Кәсіби зорығу синдромы «көмекші» мамандық иелерінде дамиды және күнделікті жұмыс пен ауыр жеке міндеттемелермен байланысты. Кәсіби зорығу – соматикалық аурудың дамуына әкелетін ұзаққа созылған стресстен туындаған

эмоционалды тұрақсыз жағдай. Мақалада кәсіби зорығу синдромының негізгі сипаттамалары, даму себептері мен кезеңдері, түр белгілері, зерттеу және емдеу әдістері мен ұсынылған алдын-алу шаралары сипатталған.

**Түйін сөздер:** кәсіби зорығу, көмекші мамандықтар, шаршау.

## СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ (обзор)

Қалмақова Ж.А., Асқаров Қ.А., Токбергенов Е.Т., Имашева Б. С., Абдразак М.

РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения»

[zh.kalmakova@hls.kz](mailto:zh.kalmakova@hls.kz), [kuandyk.askarov@hls.kz](mailto:kuandyk.askarov@hls.kz), [e.tokbergenov@hls.kz](mailto:e.tokbergenov@hls.kz), [b.imasheva@hls.kz](mailto:b.imasheva@hls.kz),  
[m.toktarova@hls.kz](mailto:m.toktarova@hls.kz)

### РЕЗЮМЕ

Синдром профессионального выгорания развивается у людей «помогающих» профессий и связано с ежедневной рутинной работой и тяжелыми личностными обязательствами. Профессиональное выгорание – это эмоционально-лабильное состояние, вызванное продолжительным стрессом, которое приводит к

развитию соматического заболевания. В статье описаны основные характеристики синдрома профессионального выгорания, причины и этапы развития, типичные симптомы, методы диагностики и лечения, а также рекомендуемые профилактические меры.

**Ключевые слова:** профессиональное выгорание, помогающие профессии, усталость.

## PROFESSIONAL BURNOUT SYNDROME IN MODERN CONDITIONS (review)

Kalmakova Zh.A., Askarov K.A., Tokbergenov E.T., Imasheva B.S., Abdrazak M.

RSE on PCV «National Center of Public Health»

**zh.kalmakova@hls.kz , kuandyk.askarov@hls.kz , e.tokbergenov@hls.kz , b.imasheva@hls.kz,  
m.toktarova@hls.kz**

### SUMMARY

The syndrome of professional burnout develops in people of «helping» professions and is associated with daily routine work and heavy personal obligations. Professional burnout is an emotionally labile condition caused by prolonged stress, which leads to the development of a somatic disease.

The article describes the main characteristics of the syndrome of professional burnout, causes and stages of development, typical symptoms, methods of diagnosis and treatment, as well as recommended preventive measures.

**Keywords:** professional burnout, helping professions, fatigue.

### ВВЕДЕНИЕ

Цель обзора литературы о современном понимании синдрома профессионального выгорания заключалась в демонстрации знаний, методов их коррекции и профилактики, с тем, что общеизвестно в целом по данной проблеме. В обзоре охвачены определения и характеристики синдрома профессионального выгорания, теоретические основы и практические данные мировых исследований о причинах и этапах развития изучаемого синдрома.

Профессиональное или эмоциональное выгорание – это состояние, вызванное длительным стрессом, который усугубляется возникновением болезни. Под профессиональным выгоранием, подразумевают такое состояние, когда к некогда любимой работе утрачивается интерес, и она не приносит прежних чувств удовлетворенности; со временем снижается производительность, возникает чувство истощения и постепенно гаснет заинтересованность в результате, а в более запущенном случае приводит к циничному или негативному отношению работника к своей деятельности [1,2].

Термин «эмоциональное выгорание» был введен американским психиатром Дж. Фрейденбергером в 1974 году для характеристики психологического состояния здорового человека, находившегося в интенсивном и тесном об-

щении с клиентами в эмоционально-нагруженной атмосфере, оказывая профессиональную помощь, а в 2019 году Всемирная организация здравоохранения официально описала признаки феномена эмоционального выгорания как синдром [1].

Профессиональное выгорание можно трактовать как синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов работающего человека. Повседневная работа людей «помогающих» профессий (врачи, спасатели, пожарные, учителя, психологи, социальные и общественные работники) требует эмоционально-напряженного общения и нередко подвергается психологическому давлению со стороны факторов своей деятельности, что является предпосылкой для формирования хронического стресса с последующим профессиональным кризисом, связанные с работой в целом и межличностными взаимоотношениями в процессе ее [2,4].

Работник с синдромом профессионального выгорания жалуется на физическое, эмоциональное или мотивационное истощение. Объективными симптомами при этом могут быть: нарушения продуктивности в работе, быстрая усталость, бессонница, подверженность соматическим заболеваниям. В ряде случаев работник, осознавая проблему или инстинктивно

пытаяющийся сам найти выход из сложившейся ситуации, употребляет алкоголь или другие психоактивные средства с целью получения временного облегчения, что зачастую приводит к развитию физиологической зависимости и даже суицидальному поведению [3,4]. Так, согласно статистике, наиболее яркой профессией, подверженной к синдрому профессионального выгорания, является врачебная, а средняя продолжительность жизни врачей во всём мире на 15-25 лет меньше общей продолжительность жизни (в среднем 53 года), а среди самоубийц врачей от 30 до 40 на 100 тыс. человек (каждый третий). На этом фоне закономерным выглядят высокие показатели злоупотребления врачами психоактивных веществ (в среднем до 58%) [5-8].

Синдром выгорания характеризуется состоянием психического и эмоционального истощения, ощущением того, что «батарейки разряжены», когда человек не способен восстановиться за короткий период времени. Профессиональное выгорание напрямую связано с рабочей рутиной, независимо от профессии и статуса. Ему подвержены как руководители крупных корпораций, так и рядовые труженики [9,10].

Выгорание стало модным словом. Его истинные признаки часто упускаются из виду, а отсутствие корректирующих мероприятий в данном состоянии, неизменно, приводит к серьезным последствиям, как депрессия или соматические заболевания. При этом растущий уровень безработицы и страх потерять работу способствуют развитию симптомов хронического стресса и профессионального выгорания.

Профессиональное выгорание развивается постепенно и незаметно, неделями и месяцами на фоне нерегулярных часов сна и бодрствования, стремительно меняющихся социальных и экономических условий. Если игнорировать его ранние признаки, то чувство удовлетворенности от хорошо выполненной работы будет снижаться, а желание оставить ранее любимое занятие стремительно возрастать. В определенный момент, мозг перестает адекватно справляться со стрессом, связанным с постоянно нарастающим объемом информации, ростом неопределенности, которые требуют непрерывного участия в процессах и принятия решений,

а адаптация к постоянно воздействующим факторам постепенно снижается, и развиваются симптомы профессионального выгорания. Его степень, зачастую, зависит от индивидуальных особенностей и предрасположенностей, а также от наличия профессиональных вредностей и рисков.

Чем дольше человек накапливает внутреннее напряжение, тем ярче проявляются признаки выгорания. В одиночку справиться с проявившимся, в полную силу, синдромом профессионального выгорания человеку практически нереально. Вместо гордости за успешную профессиональную карьеру, у работника появляются чувства опустошенности и утраченного времени. Сложные эпизоды в жизни или другие серьезные перемены в обществе, коллективе или же на рабочем месте могут оказывать на человека огромное давление. В тоже время, такие личные качества, как энергичность, решительность и дееспособность преодолевать трудности не всегда могут гарантировать независимость работника от выгорания. То есть, существуют внутренние и внешние причины, которые могут привести к выгоранию.

К внутренним или личным причинам относятся:

- чрезмерно амбициозные и недостижимые цели;
- перфекционизм или слишком высокие требования к себе;
- трудности с выражением чувств или неумение сказать «нет»;
- игнорировать собственные потребности и усердие в удовлетворении чужих желаний;
- постоянный стресс в личной жизни;
- плохая адаптивность.

Возможные внешние причины выгорания:

- завышенные требования на работе;
- высокое конкурентное давление;
- отсутствие признания и поддержки;
- отсутствие стимула или переутомление;
- много обязанностей и сложности в исполнении в срок;
- конфликтные производственные ситуации и негативная атмосфера в компании;
- недостаток или отсутствие автономии.

Типичные симптомы синдрома профессионального выгорания:

Хроническая физическая, умственная или эмоциональная усталость. Состояние постоянного недосыпания по утрам, отсутствие чувства удовлетворенности отдыхом после выходных или отпуска, могут служить тревожным признаком выгорания.

**Снижение работоспособности.** Задачи, которые раньше выполняли легко и быстро, требуют больше времени и дополнительных усилий для поиска решений. Становится сложней переключаться между разными задачами. Незапланированные задачи вызывают сильный стресс и агрессию.

Частое физическое недомогание: постоянные головные боли, простуда, ломота в теле, хронические заболевания. Человеческий организм очень умен, когда уровень напряжения в теле зашумливает, болезнь служит сигналом, что пора остановиться. Если эти сигналы игнорировать, они рисуют перерасти в серьезные заболевания.

**Снижение мотивации или потеря энтузиазма в работе.** Отсутствие интереса к задачам и профессиональным вопросам, которые раньше по-настоящему увлекали и давали чувство глубокого удовлетворения.

Увеличение количества и качества ошибок: от незначительных оплошностей до серьезных недоработок. Это связано с увеличением невнимательности и рассеянности, отсутствием сил для концентрации. Доказано, что у человека с синдромом выгорания замедляются умственные способности.

Страх и сопротивление перед нововведением. Вместо того, чтобы вызывать интерес и любопытство, инновационные решения пугают работника, и он новые подходы и методы рассматривает через призму критики. При развитии синдрому выгорания у работника, энергия необходимая для внедрения чего-то нового резко снижена или просто отсутствует и поэтому все новое его пугает и автоматически включается защитная реакция в виде внутреннего сопротивления.

Отсутствие удовлетворенности работой и жизнью – это тенденция чувствовать себя менее счастливым и довольным. Часто наблюдаются разочарование в профессии, желание полностью ее сменить, даже если посвятили ему

большую часть жизни.

Ухудшение качества ежедневно выполняемой работы сопровождается когнитивными проблемами и снижением концентрации внимания и запоминания новой информации, как следствие сложности при принятии решений.

Повышенная раздражительность, перерастающая в частые вспышки гнева, которые проявляются в отношении к коллегам, рабочему процессу, своим задачам, целям предприятия и рынку в целом.

Фruстрация, цинизм, пессимизм. Пессимистические настроения в деятельности, к собственному профессиональному развитию. Уменьшение круга контактов с существующим окружением и избегание новых, даже очень полезных знакомств. Чувство утраты смысла и важности работы или деятельности, что является сигналом для остановки и желания разобраться со своими чувствами и ощущениями.

**Стадии развития синдрома профессионального выгорания:**

I стадия – физическое, психическое и эмоциональное истощение. Является предвестником и «запускающим» механизмом в формировании синдрома выгорания, когда у человека, полностью поглощенного работой в период повышенной активности, появляются фрагменты или симптомы усталости. Возникают эпизоды отказа от потребностей и достижения собственных нужд. Если старания работника адекватно оцениваются и поддерживаются работодателем, и человек ощущает важность и значимость своей активности – синдром не развивается. А в обратном случае, у работника развивается крушение его представлений и идеалов с развитием начальных признаков синдрома профессионального выгорания.

II стадия – чувство стыда или ощущение сомнения. Человек стремится к психологическому комфорту и поэтому старается снизить давление внешних причин выгорания. Появляются сомнения в своих профессиональных компетенциях, чувство стыда за то, что не получается делать хорошо то, что раньше удавалось с легкостью.

III стадия – цинизм и грубость. Стыд и сомнения уступают место более тяжелым сторонам человеческой натуры – грубость и цинизм

позволяют спрятать уязвимость и слабость. Они обусловлены падением общего энергетического тонуса и истощением нервной системы. То есть, сформированный синдром выгорания определяет коммуникативные качества работника с отрицательными атрибутами личности, незаинтересованностью в отношениях с коллегами и отсутствием социальных ценностей, которые проявляются в виде метаатаз «синдрома выгорания».

IV стадия – ощущение беспомощности. Цинично настроенный работник в глубине души понимает свою полную беспомощность. Человек с плохим настроением и эмоциональным истощением опустошен, у него ничего не получается и нет никакого желания и возможности видеть объекты и результаты своего труда.

Патогенез эмоционального выгорания. Наследственный механизм, позволяющий выжить человеческому виду в процессе эволюции к острым стрессам, физиологически адаптировал человека на два варианта реагирования: в виде бегства или нападения. Данная физиологическая реакция на стресс развивается в три этапа: тревоги, сопротивления и истощения.

Этап тревоги реализуется гипotalamo-симпатико-адренергической осью, где гипotalamus, симпатическая нервная система и надпочечниковые железы мобилизуют организм и запускают целый ряд реакций:

Немедленный этап – включается автоматически и неосознанно по пути симпатической вегетативной нервной системы, которая, вырабатывая норадреналин, активизирует мозговое вещество надпочечников, которые производят катехоламины (адреналин и норадреналин), усиливающие частоту сердечных сокращений, легочную вентиляцию, настороженность, остроту чувств (расширение зрачка), уровень сахара в крови. Скелетная мускулатура и гладкомышечные клетки стенок артерий напрягаются, что повышает артериальное давление.

Психофизиологический данный этап начинается приглушением эмоций, сглаживанием остроты чувств и свежести переживаний. Личность неожиданно замечает: вроде бы все пока нормально, но... скучно и пусто на душе. Исчезают положительные эмоции, появляется некоторая отстраненность в отношениях с чле-

нами семьи. Возникает состояние тревожности, неудовлетворенности. Все чаще личность показывает всем своим видом: «Не лезьте ко мне, оставьте в покое меня!»

Все тело готово драться или бежать, и под действием норадреналина активируется весь головной мозг (включая миндалины и гиппокамп), благодаря чему тело анализирует, оценивает и фиксирует серьезность ситуации и поступившую информацию.

Этап сопротивления – процесс развивается в кортикотропной системе: гипotalamus-гипофиз-кортиконадпочечники, где на фоне продолжающегося стресса гипotalamus активирует гипофиз с выработкой кортикотропин-высвобождающего гормона или кортиколиберина, который активирует кору надпочечников на выработку кортизола (гидрокортизон). Он в свою очередь, используется для высвобождения энергии из жиров и углеводов для поддержания активности мышц, что активирует гиппокамп для участия в запоминании и обучения. В физиологической ситуации гиппокамп замедляет работу гипotalamus, что позволяет контролировать реакции на стресс с отрицательной обратной связью.

На этапе сопротивления возникают недоразумения с окружающими, клиентами. Профессионал в кругу своих коллег начинает с пренебрежением говорить о некоторых из них. Неприязнь начинает постепенно проявляться в присутствии коллег: вначале это с трудом сдерживаемая антипатия, а затем и вспышки раздражения. Подобное поведение профессионала – это неосознаваемое им самим проявление чувства самосохранения при общении, превышающем безопасный для организма уровень.

А в фазе резистентности кортикотропной оси она остается активной и уровни кортиколиберина и кортизола достигают повышенных концентраций, что обуславливает развитие фазы пригорания, когда депрессивное и беспокойное состояние характеризует признаки хронического стресса: депрессию и тревогу. Повышенный уровень кортизола токсичен для гиппокампа, который постепенно теряет способность замедлять работу гипotalamus и снижает способность анализировать события, что ухудшает мгновенную память и способность к обучению.

Резко снижается функция центральной нервной системе и уровень нейротрансмиттеров: дофамина («гормон счастья»), связанного со вниманием, инициативностью, удовольствием и серотонина («гормон благополучия»), связанного с чувством полноты и удовлетворения.

Этап истощения – у современного человека в процессе интенсивного хронического стресса, в состоянии burn-out, кора надпочечников истощается и резко снижается выработка кортизола, развивается гипотония на фоне истощения надпочечников. Наступает момент, когда работник вступает в состояние физического, психического и эмоционального истощения, чем обусловлена депрессия, с дефицитом дофамина и серотонина, наступает фаза выгорания. Притупляются представления о ценностях жизни. Эмоциональное отношение к миру «уплощается», человек становится опасно равнодушным ко всему, даже к собственной жизни. Такой человек, по привычке, может еще сохранять внешнюю респектабельность и некоторый апломб, но его глаза теряют интерес к чему бы то ни было, и почти физически ощущимый холод безразличия поселяется в его душе. Человек становится восприимчивым к инфекциям, из-за снижения активности естественных клеток-киллеров и лимфоцитов с последующим развитием иммунодефицита.

На ранних стадиях развития стресса, на фоне постоянной бдительности и желания проявить себя и выйти за рамки собственных возможностей постепенно снижаются способность к со- средоточенности и бодрствования, усиливаются вялость и обеспокоенность к выполняемой работе, что начинает отрицательно сказываться на эмоциональном и физическом благополучии. Они начинают проявляться в виде симптомов выгорания: беспокойство; нерешительность; забывчивость; раздражительность; усталость; проблемы с фокусировкой.

При продолжительных состояниях в нервном напряжении у работника значительно снижаются способность концентрироваться, вследствие чего, серьезно падают продуктивность и производительность. Усиливаются чувство собственного бессилия и некомпетентности, которые еще больше усугубляют и повышают ущербность психического и физического благо-

получия, что проявляется в виде грусти, негодования и агрессивности; апатий и истощения; обидчивости и снижения полового влечения. Человек все больше потребляет кофеин, алкоголь и наркотики, развиваются физические заболевания и социальная изоляция.

Далее возникает физическая и умственная усталость с явными признаками ухудшения качества жизни: усиливаются чувства опустошенности и неуверенности в работе и жизни; пренебрежение к личным потребностям. То есть, развивается привычное выгорание, когда выгорание становится неотъемлемой частью жизни и все попытки оправиться от ситуации терпят неудачу: рушатся карьера, отношения и здоровье, закономерно возникает необходимость в медицинской помощи.

Если выгорание игнорировать, то возникают серьезные последствия: хроническая усталость; бессонница; злоупотребление алкоголем или психоактивными веществами; сердечно-сосудистые заболевания и повышение артериального давления, сахарный диабет и другие болезни.

Очень важно вовремя диагностировать синдром профессионального выгорания, хотя это довольно сложно из-за отсутствия специфических физических симптомов.

Для ранней и правильной диагностики выгорания, врачу психотерапевту необходимо проанализировать семейные и трудовые условия работника, для чего существуют опросники и тесты (Маслача, Ольденбургского, модель Широма-Меламеда, Копенгагенский список и другие), с помощью которых можно оценить степень выгорания, но без клинического обследования невозможно установить правильный диагноз [11]. Клинико-лабораторные исследования позволяют исключить скрытые воспалительные процессы и инфекционные болезни, проанализировать пищевые привычки для определения дефицита питательных веществ.

Зачастую выгорание приводит к нарушениям гормонального фона, менструального цикла, сна, изменениям либido и веса, развитию тревожных состояний, которые долгое время списываются на усталость или сложности в жизни. И только при возникновении проблем на работе или в семье встаёт вопрос об обращении за врачебной помощью [6,7].

Профессиональное выгорание вследствие неуправляемого стресса, в его запущенной стадии истощения формирует дистресс (тревогу, депрессию, враждебность и гнев), к основным симптомам которого относятся [9]:

- усталость и утомляемость после активной профессиональной деятельности;
- соматические болезни сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, неврологические расстройства и бессонница;
- отрицательный настрой к выполняемой работе, негативного отношения к коллегам ( пациентам);
- тревожные состояния, пессимистическая настроенность, депрессия, ощущение бесмысличности происходящих событий, чувство вины.

Главной причиной синдрома профессионального выгорания считается психологическое и душевное переутомление, когда длительное время преобладают требования над имеющимися ресурсами, и у человека нарушается состояние равновесия, которое неизбежно приводит к развитию синдрома [12]. К профессиональному выгоранию особенно склонны люди, испытывающие постоянный внутри личностный конфликт, в связи с работой. Чаще всего это женщины, переживающие внутреннее противоречие между работой и семьей, а также «прессинг» в связи с необходимостью постоянно доказывать свои профессиональные возможности в условиях жесткой конкуренции с мужчинами.

Лечение профессионального выгорания зависит от его причин и должно подбираться индивидуально для каждого пациента. Если выгорание связано с работой, часто рекомендуется отдых или отпуск, а также следующие методы коррекции синдрома: психотерапия, гипноз, йога, техники релаксации и медикаментозной коррекции.

Психотерапия – когнитивно-поведенческая терапия, направленная на изменение поведенческих реакций человека комплексом вербальных и невербальных воздействий на психику. Гипноз – метод терапии, позволяющий мобилизовать собственные ресурсы человека путем влияния на сознание между бодрствованием и сном. Занятия йогой или тайчи способствуют увеличению нейротрофики мозга и улучшению

самочувствия человека. Также действуют и техники релаксации, которые снижают уровень стресса и улучшают работу сердца, даже если уделять им всего несколько минут в день. При медикаментозной терапии назначают антидепрессанты или их комбинируют дофамином и норэpineфрином, которые увеличивают концентрацию нейромедиаторов в межсинаптических пространствах и усиливают связи между нейронами. Нередко рекомендуют диету, богатую магнием: морепродукты, сардины, орехи, фундук и миндаль, гречку, бобовые, овощи с зелеными листьями [13,14]. Употребление магний содержащих продуктов повышает стрессоустойчивость, снижает напряжение и возбудимость нервной системы, нормализует работу сердечно-сосудистой системы, мускулатуры и нервных волокон.

В целях профилактики синдрома выгорания в любой стадии его развития необходимы нормализация сна и отдыха, соблюдение сбалансированной диеты, поддержка физической формы и применение технику релаксации. Кроме того, для сохранения баланса между работой и отдыхом немаловажны осознанная забота о собственном физическом состоянии и поддержка здорового образа жизни; работа над повышением собственных способностей и возможностей, путем постоянного повышения профессиональных навыков и умений, так как вызвать интерес и усилить желание развиваться возможны только, усложняя задачи и повышая собственную планку на новые посильные вызовы. Немаловажен и опыт успешного преодоления профессионального стресса, при котором формируется способность конструктивно меняться в напряженных условиях, посредством поддержания позитивного настроя и актуализации ценностей. Этому способствуют посещение тренингов (тренинги личностного роста и креативности), индивидуальная или групповая работа с психотерапевтом и т.п.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитие синдрома профессионального выгорания напрямую связано с каждодневной рабочей рутиной и тяжелыми личными обязательствами, однако это состояние не считается

болезнью, и сама по себе не излечивается.

Согласно исследованиям Американского института общественного мнения «Gallup», раскрытие потенциала каждого работника является одним из мощных факторов повышения вовлеченности и эффективного предотвращения профессионального выгорания [15]. А распознать ранние симптомы выгорания в небольшом коллективе возможно даже «невооружённым глазом», где все друг друга знают и все у всех на виду. Но как только количество работников превышает пятидесяти, эффективно отследить эти процессы можно с помощью специальных 5-ти ключевых моментов:

1. Прислушиваться к проблемам работников, проводя объективные анонимные опросы, которые позволяют выявить погрешности в руководстве, так как руководитель, знающий проблемы работников и решающий их, на 62% предупреждает развитие синдрома выгорания.

2. Командная работа коллег, позволяющая обеспечить эмоциональную поддержку и взаимовыручку в коллективе, которые создаются умелым менеджером путем построения партнёрских отношений.

3. Умение руководителя прислушиваться к мнению и идеям подчиненных, что обеспечивается обратной связью, где работники легче сообщают о проблемах и охотнее берут на себя ответственность за собственное состояние.

4. Чувство полезности каждого работника, что мотивирует его и повышает понимание роли своей работы в связи с общей миссией и целями предприятия.

5. Сфокусировать работников на развитии необходимых способностей, где достигаются наилучшие результаты, что на 57% снижает подверженность синдрому выгорания, по сравнению с работниками занятыми вынужденной работой, где данная подверженность повышается на 43%.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Burnout Research: Emergence and Scientific Investigation of a Contested Diagnosis // Linda V. Heinemann, Torstein Heinemann. SAGE Journals. 2017. vol. 7(1), p.: 2158244017697154,

doi: 10.1177/2158244017697154.

2. Огнерубов Н.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей// Вестник ТГУ. Т.18, вып.4, 2013, с.1337-1341.

3. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases // World Health Organization. 2019. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-internationalclassification-of-diseases>.

4. Акиндина И.А. Методы психологической помощи работе с последствиями синдрома эмоционального выгорания специалистов помогающих профессий // Психологический журнал, 2008. - № 10. –13 с.

5. Lai J., Ma S., Wang Y., Cai Z., Hu J. et al. Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Newts Open. 2020 Mar. 2, 3 (3), e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen. 2020.3976.

6. Silva M.C.M., Gomes R.S. Occupational stress in health professionals: a study with Portuguese doctors and nurse practitioners. Psychology Studies. 2009, 14 (3), p. 239-248.

7. Xiao H., Zhang Y., Kong D., Li S., Yang N. The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. Medical Science Monitor 2020 Mar. 5, 26, e923549. doi: 10.12659/MSM.923549.

8. Ignatt C. Nurses suffering psychical-a mythological vision. Revisits Científica Integrate. 2012. Available in: <http://www.unaerp.br/raci/pt/edicao-atual>

9. Акарачкова Е.С. Хронический стресс и нарушение профессиональной адаптации // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Т. 111, №5, 2011, с. 56-59.

10. Stucky E.R., Dresselhaus T.R., Dollarhide A. et al. Intern to Attending: Assessing Stress Among Physicians. Acad Med. 2009, 84 (2), p. 251-257.

11. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. Санкт-Петербург. 2008. –338 с.

12. Moshfegh A., Goldman J., Ahuja J., Rhodes D., LaComb R. // U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service, 2009. –142 p.

13. Акарачкова Е.С. Магний и его роль в жизни и здоровье человека. Consilium Medicum. Справочник поликлинического врача. №5; 2009. p. 6-10.
14. Torshin I, Gromova O. Magnesium: fundamental studies and clinic practice. Nova Biomedical Publishers. NY, 2009:210. p.15-17
15. Gallup's Perspective on Employee Burnout: Causes and Cures // Gallup, Inc. 2019. <https://www.gallup.com/workplace/282659/employee-burnoutperspective-paper.aspx>.

**ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ ОНЫМЕН КҮРЕСҮ  
ПРОФИЛАКТИКА И БОРЬБА С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
PREVENTION AND CONTROL OF INFECTIOUS DISEASES**

**COVID-19 ПАНДЕМИЯСЫ ЖАҒДАЙЫНДА МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРДІҢ  
ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІН БАҒАЛАУ**

Сердалин Ж.С., Ибраев С.Е.

«Астана медицина университеті» ҚеАҚ

Serdalin90@mail.ru, ibraev.s@amu.kz

**ТҮЙИНДЕМЕ**

Біздің мақаланың өзектілігі аталмыш пандемия әлем елдерінің денсаулық сақтау жүйесіне ерекше әсер етіп, орын алғып отырған жағдайға тез бейімделуге мәжбүр етті. Еліміздің медициналық мекемелерінде пандемиямен күресуде атсалысып жүрген медицина қызметкерлерінің психикалық денсаулығына төнетін қауіптер мен салдарларды түсіну, сондай-ақ қолайсыз салдарларды жою үшін мүмкін болатын араласу шараларын анықтау өте маңызды.

COVID-19 пандемиясының Астана қаласының емдеу-профилактикалық мекемелерінің медициналық қызметкерлерінің психикалық денсаулығына тигізетін әсерін бағалау.

Зерттеу жұмысы Астана қаласының емдеу-профилактикалық мекемелерінің медициналық қызметкерлерінің арасында саулнама жүргізу арқылы COVID-19 пандемиясы жағдайында жұмыс жасаудың олардың психикалық ахуалына әсерін зерттеуге негізделген. Респонденттердің жалпы саны – 90 адам. Оның ішінде 30 дәрігер, 30 орта медициналық қызметкер және 30 кіші медициналық қызметкер.

Аталмыш саулнаманы біз HADS саулнана-

масы мен кәсіби күйzelісті анықтауға Маслач саулнамасына сүйене отырып құрастырылды.

COVID-19 пандемиясының Астана қаласының емдеу-профилактикалық мекемелерінің медициналық қызметкерлерінің психикалық денсаулығына тигізетін әсерін бағалау нәтижесінде орта және кіші медициналық қызметкерлермен салыстырғанда дәрігерлердің психо-эмоционалды күйzelіске жиі түсетіндігін анықтадық. Жұмыс уақытында психоэмоционалдық мәселелер орын алған жағдайды шешуге қабілеттілік деңгейі барлық лауазым иелерінде бірдей. Жұмыс барысында стресске итермелейтін фактор ретінде жеке қорғаныс құралдарын киіп жүрудегі қолайсыздықтар, өзіне немесе отбасы мүшелеріне COVID-19 инфекциясын жұқтырып алу қаупінің жогары екендігін түсіну қарастырылды. COVID-19 пандемиясы жағдайында Астана қаласының емдеу-профилактикалық мекемелерінің медициналық қызметкерлерінің психикалық денсаулығын қорғауға бағытталған ұсыныстар құрастырылды.

**Түйінді сөздер:** пандемия, стресс, медицина, еңбек, жағдайлар.

**ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ  
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19**

Сердалин Ж. С., Ибраев С. Е.

НАО «Медицинский университет Астана»

Serdalin90@mail.ru , ibraev.s@amu.kz

## РЕЗЮМЕ

Актуальность нашей статьи заключается в том, что данная пандемия оказала особое влияние на систему здравоохранения стран мира и заставила быстро адаптироваться к происходящему. Важно понимать риски и последствия для психического здоровья медицинских работников, участвующих в борьбе с пандемией в медицинских учреждениях страны, а также определять возможные меры вмешательства для устранения неблагоприятных последствий.

Оценка влияния пандемии COVID-19 на психическое здоровье медицинских работников лечебно-профилактических учреждений города Астаны.

Исследовательская работа основана на изучении влияния работы в условиях пандемии COVID-19 на их психическое состояние путем проведения анкетирования среди медицинских работников лечебно-профилактических учреждений города Астаны. Общее количество респондентов-90 человек. Из них 30 врачей, 30 средних медицинских работников и 30 младших медицинских работников.

## ASSESSMENT OF THE IMPACT ON THE MENTAL HEALTH OF MEDICAL WORKERS IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

Serdalin Zh. S., Ibraev S. E.

NJC «Astana Medical University»

Serdalin90@mail.ru , ibraev.s@amu.kz

## SUMMARY

The relevance of our article is due to the fact that this pandemic has had a special impact on the health system of the countries of the world, which has forced them to quickly adapt to the current situation. It is very important to understand the risks and consequences for the mental health of medical workers involved in the fight against the pandemic in the country's medical institutions, as well as to identify possible intervention measures to eliminate adverse consequences.

Assessment of the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of medical workers of medical and preventive institutions of Astana.

Данный опрос был составлен нами на основе анкеты HADS и анкеты Маслача для выявления профессионального стресса.

В результате оценки влияния пандемии COVID-19 на психическое здоровье медицинских работников лечебно-профилактических учреждений города Астаны мы обнаружили, что врачи чаще испытывают психоэмоциональный стресс по сравнению со средним и младшим медицинскими работниками. Уровень способности к разрешению ситуации, в которой в рабочее время возникают психоэмоциональные проблемы, одинаков у всех должностных лиц. В ходе работы в качестве провоцирующего фактора к стрессу рассматривались неудобства при ношении средств индивидуальной защиты, понимание высокого риска заражения себя или членов семьи COVID-19. Разработаны рекомендации, направленные на защиту психического здоровья медицинских работников лечебно-профилактических учреждений города Астана в условиях пандемии COVID-19.

**Ключевые слова:** пандемия, стресс, медицина, труда, условия

The research work is based on the study of the impact of working in the conditions of the COVID-19 pandemic on their mental state by conducting a survey among medical workers of medical and preventive institutions of Astana. The total number of respondents is 90 people. Including 30 doctors, 30 middle medical workers and 30 junior medical workers.

We have compiled this survey based on the HADS survey and the Maslach survey for occupational stress.

As a result of the assessment of the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of medical workers of medical and preventive institutions of Astana, we found that doctors are

more likely to experience psycho-emotional stress compared to middle and junior medical workers. The level of ability to resolve situations in which psycho-emotional problems occur during working hours is the same for all holders of positions. Discomfort in wearing personal protective equipment, an understanding of the high risk of contracting COVID-19 for oneself or family

members were considered as factors provoking stress during work. Recommendations aimed at protecting the mental health of medical workers of medical and preventive institutions of Astana in the context of the COVID-19 pandemic have been compiled.

**Keywords:** pandemic, stress, medicine, labor, conditions

## КІРІСПЕ

Әлемдің дүрін сілкіндірген коронавирустың жүқпә COVID-19 2019 жылдың желтоқсан айында Қытайдың Ухань қаласында алғаш тіркелді. Содан бері бір жылдан аса уақыт ішінде дүние жүзіндегі миллиондаған адамның өлім-жітіміне, түрлі елдердің экономикалық ахуалының күрт төмендеуіне себепкер болып келеді [1,2]. ДДҰ күн сайын COVID-19 жүктірудың жаңа расталған жағдайлары туралы хабарлайды. 2020 жылғы 31 желтоқсандағы жағдай бойынша пандемия кезінде бүкіл әлем бойынша 83,2 миллионнан астам жағдай тіркелген болатын [3]. Соның ішінде 1,815 миллионнан астам адам қайтыс болса, 59,29 миллионнан астам адам емделіп шықкан болатын. COVID-19 пандемиясының шығу тарихына шолу жасайтын болсақ, бұл індегі 2019 жылғы 31 желтоқсанда ДДҰ-да белгісіз қоздырғыш тудырған пневмония оқиғаларынан бастау алды. 2020 жылғы 3 қантарда Қытай медициналық қызметкерлері ДДҰ-дағы Хубей провинциясының Ухань қаласында пневмонияның 44 жағдайы туралы хабарлаған болатын [4,5]. Бұл патоген жаңа коронавирус инфекциясы болып шықты. Ол бұрын адам популяциясы арасында табылмаған. 2020 жылғы 30 қантарда эпидемияның өршуіне байланысты ДДҰ денсаулық сақтау саласында халықаралық маңызы бар төтенше жағдай жариялады [6]. Ал 2020 жылғы 28 Ақпанда ДДҰ жаһандық денгейде тәуекелдерді бағалауды жоғары деңгейден өте жоғары деңгейге көтерген болатын. 2020 жылғы 11 наурызда COVID-19 инфекциясы пандемия деп танылды. Бұл пандемия неғізінен барлық жастағы адамдарға әсер етеді. SARS-CoV-2 инфекциясы бар адамдардың орташа жасы - 50 жас болып табылса, ауыр түрлері 60 жастан асқан егде жастағы адамдарда жиекзесетіні мәлім болды [7]. Көптеген жастар

мен балалар ауруды жеңіл түрде, оның ішінде жұмсақ пневмония түрінде немесе асимптоматикалық түрде өткізді. Қытай есебінде 72 314 жағдай туралы ақпарат бар, 81% жағдайда ауру жеңіл, 14% - ауыр түрде өтсе, науқастың 5%-ының жағдайы ауыр болды [8].

## МАТЕРИАЛДАР МЕН ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ

Зерттеу жұмысы 2020-2021 жылдары ішінде Астана қаласының емдеу-профилактикалық мекемелерінің медициналық қызметкерлерінің арасында саулнама жүргізу арқылы COVID-19 пандемиясы жағдайында жұмыс жасаудың олардың психикалық ахуалына әсерін зерттеуге негізделген.

Саулнамаға Астана қаласының емдеу-профилактикалық мекемелерінде қаланың «қызыл аймаққа» жатқан пандемия кезеңінде жұмыс жасап келген дәрігерлері, орта және кіші медициналық қызметкерлері қатысты.

Респонденттердің жалпы саны – 90 адам. Оның ішінде 30 дәрігер, 30 орта медициналық қызметкер және 30 кіші медициналық қызметкер.

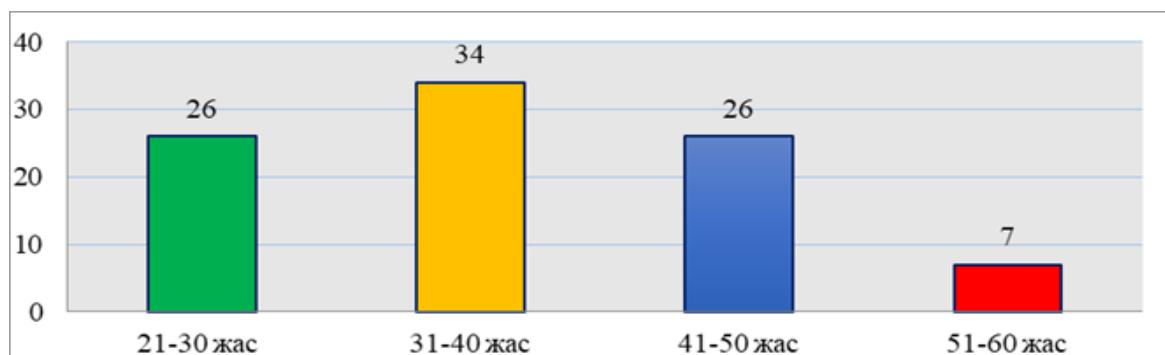
Саулнама қазіргі таңдағы COVID-19 пандемиясын ескере отырып, әлеуметтік желілердің көмегі арқылы таратылды. Атап айтқанда, саулнама Google платформасында жасалып, Whatsapp, Gmail электрондық пошта арқылы таратылды. Саулнама нәтижесі EXCEL кестесі арқылы тіркелді.

Саулнамаға Астана қаласының емдеу-профилактикалық мекемелерінде қаланың «қызыл аймақта» жатқан пандемия кезеңінде жұмыс жасап келген дәрігерлері, орта және кіші медициналық қызметкерлері қатысты. Респонденттердің жалпы саны – 93 адам. Оның ішінде 36 дәрігер, 26 орта медициналық қызметкер және

31 кіші медициналық қызметкер. Зерттеуге қатысу жасырын және құпия болды. Саулнама 12 сұрақтан тұрады. Саулнама сұрақтары HADS саулнамасы мен кәсіби қүйзелісті анықтауға бағытталған Маслач саулнамасына сүйене отырып құрылды.

Зерттеу жұмысына 93 респонденттердің

ішінде 25 ер адам, 68 әйел адам қатысты. Респонденттердің орташа жасы 37 жасты құрайды (21 жастан 59 жасқа дейін). Респонденттердің көпшілігі 35 жастан асқан медициналық қызметкерлер болды. Оны төмендегі гистограммадан байқауға болады.



**Сурет 1 - Респонденттердің жас айырмашылығы бойынша бөлінуі**

Зерттеу жұмысына қатысқан респонденттер лауазымы кіші, орта медициналық қызметкер-

лер және дәрігерлерді құрайды.

**Кесте 1 - Саулнамаға қатысқан респонденттердің сипаттамасы**

Лауазымы	Саны	Пайыздық үлесі
Дәрігер	36	32%
Орта медициналық қызметкер	26	29%
Кіші медициналық қызметкер	31	39%

Зерттеу жұмысына қатысқан респонденттердің еңбек өтілі кемі 1 жылдан 30 жылға дейінгі уақытты қамтиды.

Саулнама нәтижелерінен зерттеу жұмысына қатысқан респонденттердің ішінде кіші және орта медициналық қызметкерлермен салыстырғанда дәрігерлердің жұмысының ауырлағаны белгілі болды.

### **НӘТИЖЕЛЕР ЖӘНЕ ОЛАРДЫ ТАЛҚЫЛАУ**



**Сурет 2 - Респонденттердің лауазымы бойынша пайыздық үлесі**

Дәлірек айтқанда, медициналық қызметкерлер төменде көрсетілгендей көп жағдайда аптасына 50-60 сағат, яғни нормадан артық жұ-

мыс жасағаны байқалады. Аталған факторлар психикалық денсаулыққа да өзіндік кері әсерін тигізетіні мәлім.



Сурет 3 - Апталық жұмыс жүктемесі

Лауазым бойынша салыстырсақ, сауалнамаға қатысқан дәрігерлер көбіне 40-42 сағ., орта медициналық қызметкерлер көбіне 50-60 сағ., ал кіші медициналық қызметкерлер көбіне 40-42 сағ. жұмыс жасағандығын аңғардық. Оған дәлел сауалнама нәтижесі бойынша респонденттердің басым бөлігінің, яғни 74 %-ының жұмыс пен жеке өмірді байланыстыруда қын-

дықтар туындауы. Қалған 12%-ы нақты жауап бермесе, 14%-ы ешқандай психоэлеуметтік қысым сезінбейтінін растанды.

Медициналық қызметкерлердің жұмыс ауырлығынан, қосымша жүктеме салдарынан эмоционалдық күйзелістің орын алуы жайында тікелей сұраққа 93 респонденттің 51-і сирек; 33-і жиі; 9-ы болмағандығы жайында мәлімет берген болатын.



Сурет 4 - Респонденттердің жұмыс уақытында психоэмоционалдық күйзелісті сезінің көрсеткіші, %

Зерттеу барысында психоэмоционалдық құйzelісті медициналық қызметкерлер ара-

сынан жиі дәрігерлер үшірайтындығы байқалды.

### **Кесте 2 - Жұмыс уақытында психоэмоционалдық мәселелердің орын алу жиілігі, абс.**

Лауазымы	Жұмыс уақытында психоэмоционалдық мәселелердің орын алыны		
	Жиі	Сирек	Мулдем болмады
Дәрігер	20	15	1
Орта медициналық қызметкер	9	15	2
Кіші медициналық қызметкер	4	21	6

ЖҚҚ тыныс алу органдарын, көзді, тері жа-  
мылғыларын микроорганизмдерден корғаңан-  
дықтан, ұзақ уақыт пайдаланғанда физикалық қолайсыздық пайда болады. Бұл өз ретінде  
адамның жүйкесін қоздырып, психоэмоционал-  
дық қолайсыздықты тудыратыны анық. Сауал-  
нама нәтижесі бойынша да басым көпшілігі 75-і  
қолайсыз десе, 9-ы ғана қолайсыздық тудырмай-  
ды десе, 9 респондент накты жауап қайтармады.  
Атап өткендей үнемі ішкі қорқыныштың болуы  
тек қана өз денсаулығына аландашылықтан  
емес, өз отбасының мүшелеріне жүқтყыру қа-  
упін арттыру ықтималдығының көбеюінен де  
болуы мүмкін. Бұл болжам сауалнама нәтиже-  
сінде толықтай расталған болатын. Оған дәлел  
респонденттердің 91% - ының «иә»; 5%-ының  
«жоқ»; 4 %- ының «жауап беруге қиналадын»  
жауаптары. COVID-19 пандемиясына байланы-  
сты медицина қызметкерлерінің қызметі төтен-  
ше жағдайларда өтуде.

### **ҚОРЫТЫНДЫ**

Зерттеуізді қорытындылай келе, COVID-19 індегі тарихын, әлемдегі жағдайын, медици-  
налық қызметкерлердің психоэмоционалдық құйzelісі жайында, әлемнің түрлі елдеріндегі зерттеу нәтижелерін саралай келе COVID-19 пандемиясындағы медициналық қызметкерлердің психикалық денсаулығына едәуір әсер ететіндігін анықтады.

COVID-19 аурушандығының әр түрлі елдерде таралуының эпидемиологиялық ерекшеліктерін қорытындылай келе, бұл аурудың жылдам тез арада таралғанын, халықаралық деңгейде орын алғанын көріп отырмыз.

Сауалнама нәтижесі бойынша 73% респонденттердің COVID-19 пандемиясы кезінде жұ-  
мыс жүктемесінің көбею жағдайы орын алуын  
растады. Жұмыс жүктемесі барлық медицина-  
лық қызметкерлерге шамамен бірдей түскен.  
Оған дәлел 73% респонденттердің ішінде 37%-  
ы дәрігерлер, 30%-ы орта медициналық қызмет-  
керлер, 33%-ы кіші медициналық қызметкерлер  
сәйкес жауап беруі болды. COVID-19 пандеми-  
ясы кезінде аптасына шамадан тыс 50-60 сағат  
жұмыс жасайтыны жайлы респонденттердің  
біршама бөлігі (39%) растады. Респонденттердің  
жұмыс пен жеке өмір арасындағы тепе-тәндікті  
бұзатын психоэлеуметтік қысымды сезінетінін  
74%-ы айтты. Жұмыс уақытында психоэмоци-  
оналдық мәселелер респонденттердің көпшілі-  
гінде (59%) кейде орын алғанындығы мәлім  
болды. Респонденттер жұмыс уақытында психо-  
эмоционалдық мәселелер орын алғанда 73%-ы  
әр кезде әрқалай, мәселе құрделілігіне байла-  
нысты екенін атап өтті. Ал, жұмыс уақытында  
үнемі ЖҚҚ-ын пайдаланудан аса қолайсыздық  
тудыратындығын 80% респондент жұмыла қол-  
дады. Инфекция көзімен жұмыс жасай отырып,  
жүқтყыру үрейінің бар екендігін респондент-  
тердің 76%-ы растаса; өз отбасы мүшелеріне  
жүқтყыру қаупі туралы ой мазалайтындығын  
респонденттердің 91%-ы оң жауап берді.

Медициналық қызметкерлердің психоэмоционалдық жағдайына пандемия кезіндегі жұ-  
мыс жүктемесі зерттеу нәтижесі бойынша кері  
әсерін тигізіп жатқанын байқауға болады. Бұл  
кезеңдегі осындағы қындықтардың алдын алу  
мақсатында денсаулық сақтау саласында бірша-  
ма шаралар жасалғанмен, зерттеу нәтижесінде  
медициналық қызметкерлер толық қанағаттан-

бағандығын, психоэмоционалдық денсаулығына көрі әсері болғандығын айтады.

Дәрігерлердің психикалық күйзелісі деңгейіне әртүрлі факторлардың әсерін талдау психологиялық жеңілдету және стресс деңгейін төмендету, отбасы мүшелері үшін қорғаныс және қауіпсіздік құралдарымен жоғары қамтамасыз ету, жеке қорғаныс құралдарын қолданумен және үйқының болмауымен байланысты физикалық қолайсыздық деңгейін төмендетудің маңыздылығын, сондай-ақ қызметкерлерге барлық қабылданған шаралар мен шешімдердің мағынасын түсіндірудің маңыздылығын көрсетті.

Сонымен қатар, жақындары мен әріптестерінің қолдауы және әкімшіліктің қолдауы өз кәсібінің маңыздылығы мен өзін-өзі бағалау сезімін сақтауға көмектеседі. Протектор факторларының әсерін талдау адамдар арасындағы қарым-қатынас сапасының және психикалық күйзеліс қаупін азайту үшін тұлғааралық қолдау деңгейінің маңыздылығын көрсетеді.

## ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. National Health Commission of the People's Republic of China By 24:00 on 9 February, the latest situation of new coronavirus pneumonia.p.16-17
2. Lai.J., Ma.S., Wang Y., Cai Z., et al. Factors

associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease JAMA network open, 2020; 3(3): e203976-e203976.

3. Абетова А.А. К вопросу об эмоциональном выгорании медицинских работников в условиях пандемии//Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. 2020.- №2 (28). – С. 22.

4. Наименование заболевания, вызванного коронавирусом (COVID-19), и вирусного возбудителя. Всемирная организация здравоохранения. Электронный ресурс. Дата обращения: 27 февраля 2023 г. С. 32.

5. Ранее неизвестный коронавирус - Китай. Всемирная организация здравоохранения. Электронный ресурс. Дата обращения: 18 апреля 2021. С. 12.

6. Chaolin Huang, Yeming Wang, Xingwang Li, Lili Ren, Jianping Zhao.Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet, 2020; 395 (10223): 497-506. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5.

7. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU).ArcGIS. Johns Hopkins University. Website. Cited 25 Feb 2021.

8. С 1 марта в Казахстане введён четвёртый этап усиления по предупреждению завоза и распространения коронавирусной инфекции. Primeminister.kz. Электронный ресурс. С. 10.

**ЖҮҚПАЛЫ ЖӘНЕ ЖҮҚПАЛЫ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ ҚАУП ФАКТОРЛАРЫ  
ФАКТОРЫ РИСКА ИНФЕКЦИОННЫХ И НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
RISK FACTORS FOR INFECTIOUS AND NON-COMMUNICABLE DISEASES**

**ЖАМБЫЛ ОБЛЫСЫНДАҒЫ КӘСПІТК СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚТЫҢ  
ЖАЙ-КҮЙІ**

Шиналиев Б.С., Макаров М.Б., Ерғараева К.Ж.

Жамбыл облысы санитарлық - эпидемиологиялық бақылау департаменті  
Қазақстан Республикасы Денсаулық сактау министрлігінің эпидемиологиялық бақылау

**b.shinaliev@dsm.gov.kz, m.makarov@dsm.gov.kz, k.ergaraeva@dsm.gov.kz**

**ТҮЙІНДЕМЕ**

Жамбыл облысында тыныс алу органдарының басым зақымдануымен химиялық факторлардың әсерінен туындаған аурулар (интоксикация) кәсіптік аурулардың неғұрлым кең таралған түрлері болып табылады. Жамбыл облысында 2022 жылдың қорытындысы бойынша кәсіптік аурулардың (уланудың) 8 жағдайы тіркелді (2021 жылы – 1). Өткен 25 жыл ішінде жедел кәсіптік аурудың немесе уланудың бірде-бір жағдайы тіркелген жоқ. Жамбыл облысында тыныс алу органдарының фосфор қосылыстарының созылмалы интоксикациясының жайлігі жоғары деңгейде қалып отыр. Кәсіптік ауруларды одан әрі төмендету және алдын алу үшін санитариялық нормаларға сәйкес келетін еңбек жағдайларын қамтамасыз етуге қабілетті сауықтыру іс-шараларының кешенін жетілдіру және енгізу қажет. Кәсіптік ауруларды төмендету мақсатында Жамбыл облысының

санитарлық-эпидемиологиялық бақылау департаменті «Жамбыл облысының кәсіпорындарында кәсіптік сырқаттанушылықты тұрақтандыру жөніндегі 2023-2025 жылдарға арналған іс-шаралар жоспары» әзірленді. Мерзімді медициналық тексерулердің, жұмысшылардың зиянды және қауіпті еңбек жағдайларындағы сапасының төмөндігі маңызды мәсселе болып қала береді. Цехтық қызметті жою жағдайында емдеу-профилактикалық мекемелердің кәсіптік тексерулерге жіберудің қолданыстағы жүйесі кәсіптік жарамдылық сараптамасын жүргізетін көптеген медициналық мекемелермен бұл жұмысты сапалы және толық көлемде тек бір ғана жүргізуге дайын екендігіне әкелді.

**Түйінді сөздер:** кәсіптік аурушаңдық, профилактикалық медициналық тексерулер, химия өнеркәсібі.

**СОСТОЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ  
В ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ**

Шиналиев Б.С., Макаров М.Б., Ерғараева К.Ж.

Департамент санитарно –эпидемиологического контроля Жамбылской области Комитета санитарно – эпидемиологического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан г. Тараз, Казахстан

**b.shinaliev@dsm.gov.kz, m.makarov@dsm.gov.kz, k.ergaraeva@dsm.gov.kz**

## РЕЗЮМЕ

В Жамбылской области более распространеными видами профессиональных заболеваний являются заболевания (интоксикации), вызываемые воздействием химических факторов с преимущественным поражением органов дыхания. По итогам 2022 года в Жамбылской области зарегистрированы 8 случаев профессиональных заболеваний (отравлений) (в 2021 году – 1). За истекшие 25 лет не зарегистрировано ни одного случая острого профзаболевания или отравления. В Жамбылской области на высоком уровне продолжает оставаться заболеваемость органов дыхания, в первую очередь хронической интоксикацией соединениями фосфора. Для дальнейшего снижения и профилактики профессиональных заболеваний необходимо совершенствование и внедрение комплекса оздоровительных мероприятий, способных обеспечить условия труда, соответствующие

санитарным нормам. В целях снижения профессиональных заболеваний Департаментом санитарно – эпидемиологического контроля Жамбылской области разработан «План мероприятий по стабилизации профессиональной заболеваемости на предприятиях Жамбылской области на 2023-2025 годы». Существенной проблемой продолжает оставаться низкое качество периодических медицинских осмотров, рабочих во вредных и опасных условиях труда. В условиях ликвидации цеховой службы существующая система допуска лечебно-профилактических учреждений к проведению профмедосмотров привела к тому, что при большом количестве медучреждений, проводящих экспертизу профпригодности, реально готовы проводить эту работу качественно и в полном объеме лишь единицы.

**Ключевые слова:** профессиональная заболеваемость, профилактические медицинские осмотры, химическая промышленность.

## THE STATE OF OCCUPATIONAL MORBIDITY IN ZHAMBYL REGION

Shinaliev B.S., Makarov M.B., Ergaraeva K.Zh.

**Department of Sanitary and Epidemiological Control of Zhambyl region of the Committee of Sanitary and Epidemiological Control of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan  
Taraz, Kazakhstan**

**b.shinaliev@dsm.gov.kz, m.makarov@dsm.gov.kz, k.ergaraeva@dsm.gov.kz**

## RESUME

In the Zhambyl region, more common types of occupational diseases are diseases (intoxication) caused by exposure to chemical factors with predominant damage to the respiratory organs. According to the results of 2022, 8 cases of occupational diseases (poisoning) were registered in Zhambyl region (in 2021 – 1). Over the past 25 years, not a single case of acute occupational disease or poisoning has been registered. In the Zhambyl region, the incidence of respiratory organs continues to remain at a high level, primarily chronic intoxication with phosphorus compounds. In order to further reduce and prevent occupational diseases, it is necessary to improve and implement a set of health measures that can ensure working conditions that meet sanitary standards. In order

to reduce occupational diseases, the Department of Sanitary and Epidemiological Control of the Zhambyl region has developed an «Action plan to stabilize occupational morbidity at enterprises of the Zhambyl region for 2023-2025». A significant problem continues to be the poor quality of periodic medical examinations, workers in harmful and dangerous working conditions. In the conditions of the liquidation of the shop service, the existing system of admission of medical and preventive institutions to professional examinations has led to the fact that with a large number of medical institutions conducting an examination of professional suitability, only a few are really ready to carry out this work qualitatively and in full.

**Keywords:** occupational morbidity, preventive medical examinations, chemical industry.

## ВВЕДЕНИЕ

Жамбылская область - промышленный регион, в котором развита преимущественно химическая промышленность (производство минеральных удобрений, фосфорной кислоты и ряда других веществ). Наряду с химической, развита горнодобывающая промышленность, имеются предприятия по добыче угля, золота, меди, других полезных ископаемых.

В Жамбылской области более распространеными видами профессиональных заболеваний являются заболевания (интоксикации), вызываемые воздействием химических факторов с преимущественным поражением органов дыхания.

Угрозу заболевания, развившегося из-за условий труда на производстве, нельзя полностью исключить ни на одном предприятии, ни в одной организации или учреждении. Конечно, разные работники в различной степени рискуют получить то или иное заболевание из-за условий труда на своем рабочем месте. Это зависит от вида трудовой деятельности, особенностей того или иного предприятия, а также от уровня подготовленности и защищенности рабочих мест в соответствии с требованиями охраны труда.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одними из важнейших направлений дея-

тельности государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Республике Казахстан является проведение предупредительного и текущего санитарного надзора за осуществлением мероприятий, направленных на охрану здоровья всего населения, в том числе трудоспособного. В современных экономических условиях стратегия и тактика в области гигиены труда, по – прежнему, должна основываться на приоритете наиболее эффективных предупредительных мер.

Убедительным доказательством влияния неблагоприятных условий труда на здоровье работающих являются результаты динамического наблюдения за регистрацией профессиональных заболеваний. О том, что условия для возникновения и развития профессиональных заболеваний на предприятиях сохраняются, свидетельствуют ежегодно выявляемые новые случаи профессиональных заболеваний.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По итогам 2022 года в Жамбылской области зарегистрировано 8 случаев профессиональных заболеваний (отравлений) (в 2021 году – 1). Три случая (3) профзаболеваний зарегистрированы на Жамбылском филиале ТОО «Казфосфат» «НДФЗ» и 5 случаев – на руднике Шатыркуль ТОО «Казахмыс» в Шуском районе.

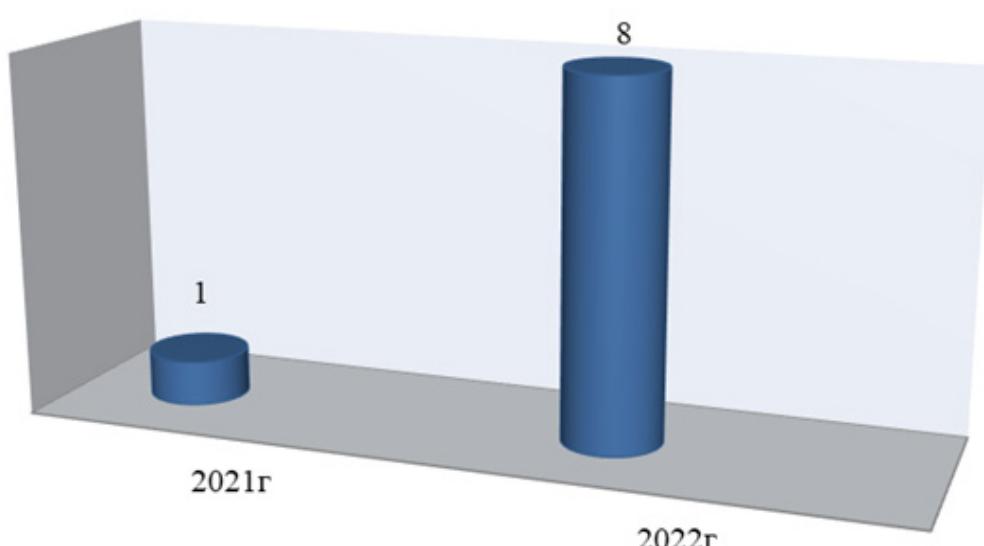


Рисунок 1 - Динамика профессиональных заболеваний за 2021-2022 гг.

Вся профпатология, регистрируемая на предприятиях, имеет хронический характер. Острые, а так же групповые случаи, не регистрируются более 25 лет.

Стаж работы в контакте с вредными производственными факторами, вызвавшими развитие профзаболеваний, составляет от 16 до 38 лет. 33% больных имеют стаж работы до 20 лет, 67% - от 20 до 38 лет. Аналогичная ситуация прослеживается в течении ряда лет, в связи с чем можно сделать вывод о том, что основная

доля профессиональных заболеваний (отравлений) приходится на стажированных рабочих.

Таким образом, ежегодное выявление новых случаев профзаболеваний и отравлений свидетельствует о продолжающихся, иметь место о проблемах с условиями труда.

Основной диагноз – «Хроническая интоксикация соединениями фосфора» - 3 случая, остеохондроз позвоночника – 3 случая, тугухость – 1 случай, хронический обструктивный бронхит – 1 случай.

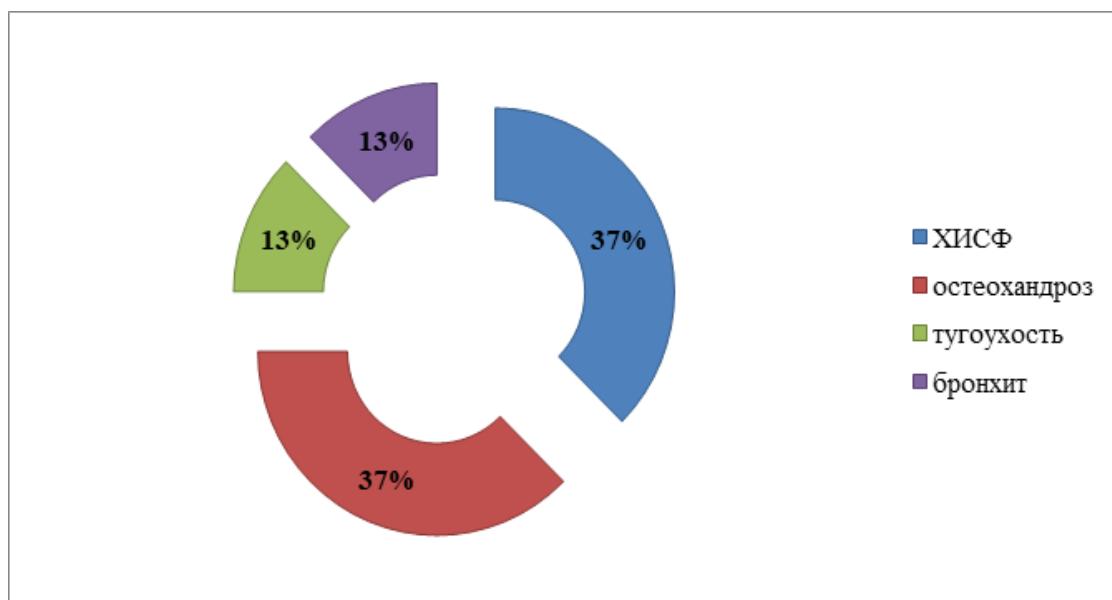


Рисунок 2 - Распределение профессиональных заболеваний в разрезе нозологии

Все выявленные в отчетном году профбольные – мужчины. Основной причиной развития профессиональных заболеваний и отравлений является несовершенство технологических процессов на предприятиях, работа в вынужденном положении.

Территориальными управлениями ведется регистрация и учет случаев профессиональных заболеваний и отравлений, своевременно оформляются карты учета профессиональных заболеваний (отравления) и журнал учета по формам, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 августа 2021 года № КР ДСМ-84 «Об утверждении форм учетной и отчетной документации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения».

В целях снижения профессиональных заболеваний Департаментом санитарно – эпидемиологического контроля Жамбылской области

разработан «План мероприятий по стабилизации профессиональной заболеваемости на предприятиях Жамбылской области на 2023-2025 годы».

Руководителям предприятий, на которых зарегистрированы профзаболевания, территориальными управлениями санэпидконтроля направлены рекомендации по своевременному выводу рабочих с начальными признаками профзаболеваний с вредных условий труда.

Основными мероприятиями по профилактике профессиональных заболеваний являются:

- обеспечение безопасных условий труда и недопущение аварийных ситуаций;
- применение эффективных индивидуальных и коллективных средств защиты;
- проведение мониторинга условий труда и здоровья работников;
- организационно-технические, санитарно-гигиенические и административные меры

по минимизации воздействия повреждающего агента на работающих;

- проведение профессионального отбора и экспертизы профессиональной пригодности;
- проведение предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников;
- применение технологических мер по механизации и автоматизации производства;
- проведение общеоздоровительных, общеукрепляющих мероприятий, направленных на закаливание организма и повышение его реактивности;
- обеспечение работников молоком и лечебно-профилактическим питанием.

Для поддержания стабильной ситуации в части профессиональных заболеваний, на предприятиях разрабатываются мероприятия по улучшению условий труда, Департаментом оказывается практическая помощь территориальным управлениям при осуществлении проверок по особому порядку, проводится санитарно-просветительная работа среди работников промышленных предприятий, работающих во вредных и вахтовых условиях труда путем проведения лекций, круглых столов, публикации статей в СМИ.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На предприятиях химической промышленности Жамбылской области продолжают иметь место случаи хронической профзаболеваемости. Это связано с условиями труда, в ряде случаев, не отвечающими гигиеническим требованиям. Имеют место отдельные упущения в работе территориальных управлений. Существенное значение на выявление профессиональной заболеваемости оказывает низкое качество периодических медицинских осмотров, работающих во вредных и неблагоприятных условиях труда в условиях ликвидации цеховой службы.

## ВЫВОДЫ

1. В Жамбылской области более распространены видами профессиональных заболеваний являются заболевания (интоксикации), вызываемые воздействием химических факторов с преимущественным поражением органов

дыхания. По итогам 2022 года в Жамбылской области зарегистрированы 8 случаев профессиональных заболеваний (отравлений) (в 2021 году – 1).

2. За истекшие 25 лет не зарегистрировано ни одного случая острого профзаболевания или отравления.

3. В Жамбылской области на высоком уровне продолжает оставаться заболеваемость органов дыхания, в первую очередь хронической интоксикацией соединениями фосфора.

4. Для дальнейшего снижения и профилактики профессиональных заболеваний необходимо совершенствование и внедрение комплекса оздоровительных мероприятий, способных обеспечить условия труда, соответствующие санитарным нормам.

5. В целях снижения профессиональных заболеваний Департаментом санитарно – эпидемиологического контроля Жамбылской области разработан «План мероприятий по стабилизации профессиональной заболеваемости на предприятиях Жамбылской области на 2023-2025 годы».

6. Существенной проблемой продолжает оставаться низкое качество периодических медицинских осмотров, рабочих во вредных и опасных условиях труда. В условиях ликвидации цеховой службы существующая система допуска лечебно-профилактических учреждений к проведению профмедосмотров привела к тому, что при большом количестве медучреждений, проводящих экспертизу профпригодности, реально готовы проводить эту работу качественно и в полном объеме лишь единицы.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1.«Справочник профпатолога» Л.Н.Грацианской, В.Е.Ковшило. «Медицина» 1977г. С. 64-65.
2. Профессиональная патология работников различных производств» С.А.Сюрин, И.В. Гущин, А. Н. Никанов 2012 г. С. 23-25.
3. Современные проблемы профессиональной патологии // Медицина труда и промышленная экология. - Кулкыбаев Г.А 2006. - №4 - С. 1-2.

**БАЛАЛАРДЫ, ЖАСӨСПІРІМДЕРДІ, ЖАСТАРДЫ САУЫҚТЫРУ  
ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ, МОЛОДЕЖИ  
HEALTH OF CHILDREN, ADOLESCENTS, YOUTH**

**ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ ТҰЛҒАЛЫҚ ДАМУЫНА БУЛЛИНГ ПЕН  
КИБЕРБУЛЛИНГТІҢ ӘСЕРІ  
(Әдебиеттік шолу)**

**Хамит Ж.Р.**

**ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің  
«Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы» ШЖҚ РМК**

**[zh.khamit@hls.kz](mailto:zh.khamit@hls.kz)**

**ТҮЙИНДЕМЕ**

Буллинг және кибербуллинг – жасөспірім шақтағы маңызды әрі өзекті мәселелердің бірі болып есептеледі. «Қазақстан оқушыларының өмір салты факторлары, олардың физикалық, психикалық денсаулығы мен әл-ауқаты» ұлттық есебінде (HBSC,2022) 11,13 және 15 жастағы оқушылардың денсаулығы мен әл-ауқатына қа-тысты өмір салты мен мінез-құлқын зерттеу бойынша ұлттық зерттеу нәтижелері бойынша 2022 жылды мектепте кем дегенде бір рет буллингке үшінген 11-15 жасар балалардың үлесі 2018 жылғы зерттеу деректерімен салыстырғанда өскені және 2022 жылды балалардың кибербуллингке үшінген 2018 жылғы деректермен салыстырғанда бір пайыздық тармаққа өскені белгілі болды. Зерттеудің бұл нәтижелері жасөспірімдер арасында бұл мәселенің өзек-

тілігін тағы бір рет растайды. Мақала буллинг пен виртуалды ортададағы зорлық-зомбылықты яғни, кибербуллингті қарастыруға бағытталған. Буллинг пен кибербуллинг ерекшеліктері және ондағы құрбан мен агрессордың психологиялық ерекшеліктеріне және жасөспірімдер арасындағы кибербуллинг пен дәстүрлі буллингтің арақатынасы мен үйлесімі мәселесіне, буллинг пен кибербуллингтің жасөспірімдердің тұлғалық дамуына әсері туралы әдебиеттерге шолу жасалады. Сондай-ақ, елімізде 2022 жылы жүргізілген «Қазақстан оқушыларының өмір салты факторлары, олардың физикалық, психикалық денсаулығы мен әл-ауқаты» ұлттық есебіндегі (HBSC) буллинг және кибербуллинг бойынша алынған нәтижелер қарастырылады.

**Түйін сөздер:** жасөспірім, буллинг, кибербуллинг, психологиялық әл-ауқат, психикалық денсаулық, құрбан, агрессор.

**ВЛИЯНИЕ БУЛЛИНГА, КИБЕРБУЛЛИНГА НА ФОРМИРОВАНИЕ  
ЛИЧНОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ  
(Литературный обзор)**

**Хамит Ж.Р.**

**РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения»  
Министерства здравоохранения РК**

**[zh.khamit@hls.kz](mailto:zh.khamit@hls.kz)**

## РЕЗЮМЕ

Буллинг и кибербуллинг считаются одной из самых важных и актуальных проблем в подростковом возрасте. По результатам национального исследования по изучению образа жизни и поведения, связанных со здоровьем и благополучием 11, 13 и 15-летних учащихся в школе «Факторы образа жизни школьников Казахстана, их физическое, психическое здоровье и благополучие» (HBSC, 2022), было выявлено, что доля 11-15-летних детей, подвергшихся буллингу хотя бы один раз, увеличилась по сравнению с данными опроса 2018 г., а уровень кибербуллинга среди детей в 2022 г. увеличился на один процентный пункт по сравнению с данными 2018 г. Данные результаты исследования еще раз подтверждают актуальность данной

проблемы среди подростков. Статья посвящена буллингу и насилию в виртуальной среде, то есть кибербуллингу. Рассмотрены особенности буллинга и кибербуллинга и психологические характеристики жертвы и агрессора в нем, проблема соотношения и сочетания кибербуллинга и традиционного буллинга у подростков, влияние буллинга и кибербуллинга на развитие личности подростков. Также будут рассмотрены результаты по буллингу и кибербуллингу в Национальном отчете «Факторы образа жизни школьников Казахстана, их физическое, психическое здоровье и благополучие» (HBSC), проведенном в стране в 2022 году.

**Ключевые слова:** буллинг, кибербуллинг, психологическое благополучие, психическое здоровье, агрессор, жертва.

## THE INFLUENCE OF BULLYING, CYBERBULLYING ON THE FORMATION OF ADOLESCENTS' PERSONALITIES (Literary review)

Khamit Zh.R.

National Center for Public Health of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

[zh.khamit@hls.kz](mailto:zh.khamit@hls.kz)

## RESUME

Bullying and cyberbullying are considered one of the most important and urgent problems in adolescence. According to the results of the national study on lifestyle and behavior related to the health and well-being of 11, 13 and 15-year-old students at the school «Health Behavior in School-aged Children» (HBSC, 2022), it was revealed that the proportion of 11-15-year-old children who were bullied although at least once, increased compared to the survey data in 2018, and the level of cyberbullying among children in 2022. increased by one percentage point compared to the data of 2018. These results of the study once again confirm

the relevance of this problem among adolescents. The article is devoted to bullying and violence in a virtual environment, that is, cyberbullying. The features of bullying and cyberbullying and the psychological characteristics of the victim and the aggressor in it, the problem of the correlation and combination of cyberbullying and traditional bullying in adolescents, the influence of bullying and cyberbullying on the development of the personality of adolescents are considered. The results of bullying and cyberbullying in the National Report «Health Behavior in School-aged Children» will also be considered.

**Keywords:** bullying, cyberbullying, psychological well-being, mental health, aggressor, victim.

Жасөспірімдер арасындағы буллинг және кибербуллинг – халықаралық дессаулық сақтау мәселесіне айналды, сол себепті бұл мәселе-

лені зерттеу әлі күнге дейін өзекті. Буллинг және кибербуллинг мектептегі оқу кезеңінде бейбіт қатар өмір сүруіне жойқын теріс әсер ететіні белгілі. Құрдастар арасында буллинг, қақтығыстар мен қудалау бастауыш мектеп

жасында-ақ басталады. Жасы ұлғайған сайын мектеп оқушылары Интернет пен ұялы телефондарды көбірек пайдаланады және олармен бірге кибербуллинг жағдайлары да көбейе бастайды. Осыған байланысты, қазіргі уақытта жасөспірімдер арасындағы буллинг, кибербуллинг мәселелерін зерттеу аспектілерін кеңейту қажеттілігі артып келеді.

«Қазақстан оқушыларының өмір салты факторлары, олардың физикалық, психикалық денсаулығы мен әл-ауқаты» ұлттық есебінде (HBSC) 11,13 және 15 жастағы оқушылардың денсаулығы мен әл-ауқатына қатысты өмір салты мен мінез-құлқын зерттеу бойынша ұлттық зерттеу нәтижелері көлтірілген. Зерттеу Health Behavior in school-aged children (HBSC) көпұлтты зерттеу әдістемесіне негізделген және ДДҰмен серіктесу арқылы 2021-2025 дылдарға арналған «Дені сау ұлт» әрбір азаматы үшін сапалы және қолжетімді денсаулық сақтау» ұлттық жобасын іске асыру шенберінде жүргізген. Ұлттық зерттеу нәтижесінің көрсеткіштерінің қатарынан буллинг бойынша әрбір жетінші оқушы мектепте буллингке қатысатынын және кибербуллинг бойынша көбінесе 11 жастағы жасөспірімдер жиі ұшырайтыны белгілі болғанын байқай аламыз.

Жасөспірімнің тұлға ретінде дамуы - психологиялық әл-ауқатына байланысты болады, ал, психологиялық әл-ауқат тікелей – өз уақытының көп бөлігін қасында өткізетін құрдастарымен қарым-қатынасқа байланысты [1,2].

Жасөспірімдер үшін уақыттарының көп бөлігін құрдастарымен өткізетін орны – білім алатын мектебі болып табылады, сол себепті, буллинг, кибербуллинг жағдайлары көп жағдайда білім ордасында орын алады.

Л.С.Выготский жасөспірім шақты «сараланған өзін-өзі бағалауды қалыптастыру, әлеуметтік рөлдерді игеру, моральдық принциптерді дамыту және нормативтік мінез-құлқыты реттеу үшін маңызды» деп сипаттайды [3]. Осыған сүйене отырып, зорлық-зомбылықтың кез-келген түрі оқушының кейінгі өмірінде өз ізін қалдырады. Жыныстық жетілу кезеңіндегі зорлық-зомбылық өзін-өзі танудағы жағымсыз идеяның шоғырлануына әсер етуі мүмкін, өйткені бұл жас тұлғалық өсуге деген ұмтылыспен, идеалды және нақты имиджді құтумен, өмірлік жоспарлардың белгісіздігімен, нақты отбасылық қатынастардың қалыптасуымен тікелей сипатталады (Т. Г. Волкова, с. Б. Ильина, Е. С. Меньшикова, Ф. Райет және т. б.) [4]

### Буллинг феномені

1993 жылы Норвегиялық психолог Данн Ульвеус жалпыға бірдей қабылданған «буллинг» ұғымын тұжырымдады. «Буллинг» (қорқыту) — бұл әлеуметтік биліктің немесе физикалық күштің теңсіздігін қамтитын қасақана, жүйелі түрде қайталанатын агрессивті мінез-құлқы». Буллингтің сипаттамаларын сурет-1-ден көре аламыз:



Сурет 1 - Буллингтің негізгі сипаттамасы

Жасаөспірімдер арасындағы буллинг тақырыбындағы шетелдік зерттеулердің көптігіне қарамастан, ғалымдар арасында бұл құбылыстың құрылымы мен негізгі сипаттамалары туралы ортақ пікір қалыптасқан жоқ. Қазіргі ғылымда буллингтің әртүрлі көзқарастары бар, олардың әрқайсысы автордың буллинг құрылымы мен негізгі сипаттамаларын көру ерекшеліктерін көрсетеді. Ең алдымен, буллингті агрессивті өзара әрекеттесудің бір түрі ретінде анықталатынын атап өткен жөн. Бұл дегеніміз, буллинг кезінде мұндай мінезд-құлықты қаламайтын адамға зиян келтіруге бағытталған әрекеттер жасалады [5].

**Буллингтің құрылымы** туралы көзқарастар әртүрлі. Осы құбылыстың құрылымына қатысты негізгі көзқарастардың ішінде келесілерді бөліп көрсетуге болады:

1. Буллингке тек агрессор мен жәбірленуші қатысады.

2. Буллингтке топтың барлық мүшелері қатысады [6, 7].

Осы көзқарас аясында қорқыту құрылымында келесі қатысуышылар бөлінеді:

1. Буллер және буллер көмекшілері.

2. Жәбірленуші.

3. Жәбірленушінің қорғаушылары.

4. Бақылаушылар.

Кейбір авторлар өз зерттеулерінде агрессор мен жәбірленушінің қарым-қатынасына ерекше назар аударады. Буллинг, осылайша, агрессордың жәбірленушіге қатысты зорлық әрекеттері болып табылады.

**Olweus D. буллер немесе агрессордың келесі мотивтерін анықтайты:**

1. Топтың қалған мүшелеріне билік пен үстемдік етуді қалау;

2. Белгілі бір жолмен ұйымдастырылған отбасылық тәрбиеге байланысты буллердің агрессивтілік деңгейі жоғары. Табысты агрессивті әрекеттер оларға қанағаттануға мүмкіндік береді.

3. Буллер жәбірленушіден әрекет, ақша немесе құнды заттар түрінде зорлық-зомбылықты қүшайте алады.

4. Буллердің көптеген сыныптардағы агрессивті мінезд-құлқы топтағы жоғары әлеуметтік мәртебеге кепілдік береді [6].

Басқа адамның немесе адамдардың қайта-

ланатын теріс әрекеттеріне ұшыраған адамды буллингтің құрбаны немесе жәбірленуші болып табылады.

Olweus D. және әріптестері **құрбандарды былайша сипаттайты**. Әдеттегі жәбірленушінің мазасызық, үрей деңгейі басқа оқушыларға қарағанда жоғары. Құрбандар өте сак, сезімтал және тыныш. Жәбірленушілер өзін-өзі бағалаудың төмен деңгейіне ие және өздерін және олардың жағдайларын теріс қабылдайды. Жәбірленушілердің көвшілігі өздерін бақытсыз деп санайды, олар көп жағдайда ұят, кінә сезімін сезінеді[6]. Буллинг құрбандарында мазасызық, депрессия және психосоматикалық бұзылулар жиі кездеседі. Ер балаларда құрбанның пайда болуының көп кездесетін алғышарты-физикалық әлсіздік болып табылады. Яғни, буллер көбіне әртүрлі физикалық түрде әлсіз балаларға шабуыл жасайды.

Жасаөспірімдер арасындағы буллинг жағдайындағы міндетті қатысуышылары-**куәгерлер**. Буллингтік зорлық-зомбылық әрекеттерінің маңызы мотивтерінің бірі-топта жоғары әлеуметтік мәртебені қалыптастыру. Көптеген топтарда зорлық-зомбылық әрекеттерін жүзеге асыру күштің көріністерімен және кез-келген мақсатқа жету қабілетімен байланысты. Тиісінше, зорлық-зомбылық әрекеттер топтағы буллер мәртебесінің жоғарылауына әкелуі мүмкін. Куәгерлердің конформды мінезд-құлқы буллердің одан әрі зорлық-зомбылық әрекеттерін күшайтеді және ынталандырады.

Буллинг адамдардың кез-келген қауымдастығында пайда болуы мүмкін. Алайда, кәмелетке толмағандарға қатысты буллинг жағдайы білім беру үйымдарында жиі кездеседі. ЮНИСЕФ-тің хабарлауынша, буллинг көбінесе мектепте, мектептен тыс жерде немесе мектеп өткізетін іс-шаралар кезінде, сондай-ақ балалар бірге болатын басқа жерлерде болады.

Буллинг жағдайында тек жәбірленушілерге ғана емес, сонымен қатар осы мінезд-құлықтың куәгерлеріне де әсер етеді. Осылайша, буллингтің салдары өмір бойы сақталуы мүмкін. Алайда, буллинг - үйренген мінезд-құлқы, ал мінезд-құлықты өзгертуге болатынын есте сақтау қажет.

Буллинг - бүкіл әлемдегі мектептерде кездесетін зорлық-зомбылықтың өте қауіпті түрі[8].

Оның салдары жасөспірімнің өз-өзіне деген сенімділіктің, өзін-өзі бағалаудың және оқу үлгерімінің төмендеуіне әкелуі мүмкін. Бұл жасөспірімнің кейін тұрақсыздығына, сабақтан қалуды, мазасыздықты, бас ауруын, үйкесініздықты, түнгі қорқынышты түстерді, депресияны және басқа да осыған ұқсас белгілерді тузырады.

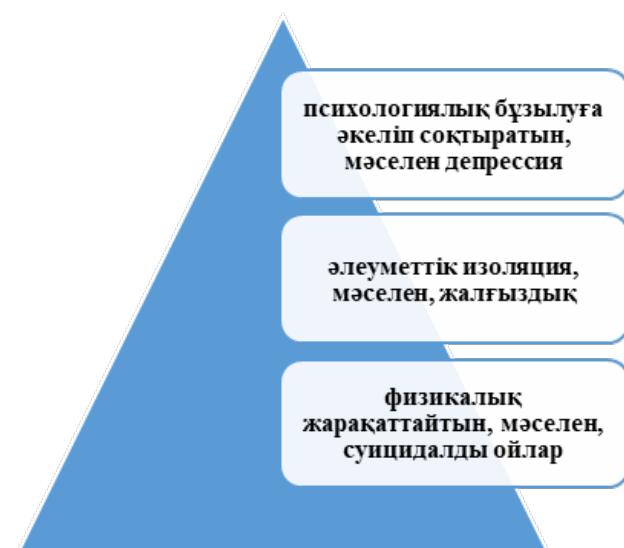
Жасөспірімдер арасындағы буллингке әсер ететін көптеген факторлар бар, олардың арасында **тұлғалық қасиеттердің** де сөзсіз әсері бар. Альпорт алғаш рет жеке тұлғаны зерттеді. Кейінірек Кеттелл 16 тұлғалық қасиеттің анықтады. 1949 жылы Фиске Кеттелл сөздігінен 22 тұлғалық қасиеттерді талдап, бес фактор әрқашан тізімде бірінші болып көрінетінін анықтады. Бұл факторлар «Үлкен бестік» деп аталды: ашықтық (шығармашылық, эстетикалық, эмоционалды, дәстүрлі емес, шығармашылық, интеллектуалды және т. б.); Адалдық (күзыреттіліктің, әділеттіліктің көрінісі; әдістемелік және орындаушылық; өзін-өзі тәртіпке, парасаттылыққа, ұстамдылыққа және т. б. қол жеткізу); Экстраверсия (жылулық, көпшілдік, талапшылдық, оптимизм және т. б. көрінісі; әрекеттерге қатысу; тәуекелге баруға дайын болу); ізгі ниет (сенімділік, альтруизм, ашықтық, сәйкестік, қарапайымдылық, эмпатия және т.б.) [9]. Содан бері көптеген ғалымдар мектептегі жасөспірімдер арасындағы буллинг пен тұлғалық қасиеттер арасындағы байланысты зерттеді. Агрессияны өтеу моделі өзін-өзі бағалаудың төмендігі агрессивті мінез-құлыққа

әкеледі деген болжамдарды жиі кездестіруге болады [10].

Буллинг - дәстүрлі (жеке) және кибер (электронды) формаларды қамтиды. Дәстүрлі немесе кибербуллингтің құрбаны болған жасөспірімдер психоэлеуметтік бейімделуге және психологиялық денсаулық мәселелеріне осал келеді [11]. Және жоғарыда атап өткендей, өзін-өзі бағалаудың төмендігі буллингке ұшыраған жасөспірімдерде жиі байқалады [12,13].

Дәстүрлі буллинг түріне физикалық агрессия, ауызша қорлау және әлеуметтік оқшаулау жатады [14]. Жасөспірімдерде буллингтің дәстүрлі құрбаны жалғыздық сияқты психоэлеуметтік бейімделу мәселелерімен байланысты болды [11] бақыттың төмен деңгейі және өзін-өзі бағалаудың төмендігі [13]. Бұл сондай-ақ мазасыздық пен депрессия түріндегі қүшті психологиялық күйзеліске байланысты болды [15]. Сондай-ақ, дәстүрлі буллинг құрбандығына қуәгер болған жасөспірімдер бұл процеске қатыспаған құрдастарына қарағанда жиі суицидтік ойлар туралы хабарлады [16]. Дәстүрлі буллинг құрбандығының әсері жасөспірімдік кезеңден асып түседі; дәстүрлі буллинг құрбандығына ұшыраған жасөспірімдерде ересек жаста мазасыздықтың бұзылу қаупі жоқ құрдастарымен салыстырғанда жоғары көрсеткішті көрсеткен болатын [17].

Осылайша, біз буллинг пен психологиялық әл-ауқаттың өзара байланысын сурет-2-ден көре аламыз.



Сурет 2 - Буллинг пен психологиялық әл-ауқаттың байланысы

«Қазақстан оқушыларының өмір салты факторлары, олардың физикалық, психикалық денсаулығы мен әл-ауқаты» ұлттық есебінде (HBSC) - буллингке қатысадын таралуын және буллингтің құрбаны болған жасөспірімдердің көрсеткіштерін зерттең болатын. Зерттеу барысында оқушылардан келесі сұрақтарға жауап беру үшін: а) соңғы екі айда мектепте басқа адамды/адамдарды қорлауға/жәбірлеуге қаншалықты жи қатысқаны туралы; б) соңғы екі айда мектепте қаншалықты жиқөрланғаны туралы. Жауап нұсқалары «еашкімді қорлаған жоқ»/«мені қорлаған жоқ» дегеннен «бұл аптасына бірнеше рет болды» дегенге дейін түрленіп

отырды. Соның нәтижесінде келесідей нәтижелер белгілі болды:

- Соңғы 2 айда жүйелі түрде және жи балалардың 6,8%-ы мектепте буллингке айна 2-3 рет үшінрағаны белгілі болды.
- Мектепте кем дегенде бір рет және одан да көп балалардың 17,5%-ы екі есе көп буллингке үшінрады. Балалар арасында буллинг құрбандарының үлесі 11 жаста ең жыгары және 15 жасқа қарай есейген сайын төмендейді.
- Буллинг құрбандары арасында жалпы және жас топтары бойынша гендерлік айырмашылықтар анықталған жоқ (3,4 сурет) [18].

**Соңғы 2 айда мектепте айна 2-3 рет және одан да көп буллинг құрбаны болған балалардың %-ы**



**Сурет 3 - Соңғы 2 айда мектепте айна 2-3 рет және одан да көп буллинг құрбаны болған балалардың %-ы**

**Соңғы 2 айда мектепте айна бір рет және одан да көп буллинг құрбаны болған балалардың %-ы**



**Сурет 4 - Соңғы 2 айда мектепте айна бір рет және одан да көп буллинг құрбаны болған балалардың %-ы**

- 2022 жылы мектепте кем дегенде бір рет буллингке үшінраған 11 жасар балалардың үлесі 2018 жылғы зерттеу деректерімен салыстыры-

ғанда өсті және жалпы буллинг құрбандары бойынша айтартылтай оң динамика анықталған жоқ (5 сурет).



**Сурет 5 - 2018 және 2022 жылдардағы сауалнама нәтижелері бойынша мектепте буллингке үшyраған 11-15 жастағы балалардың үлесі**

### Кибербуллинг феномені

Қазіргі жасөспірімнің әлеуметтену ерекшеліктері оның виртуалды ортаға енуімен анықталады. Виртуалды коммуникация анонимділік, жәбірленушіге жанашырылқытың болмауы, бақыланбайтын көпір және травматикалық ақпаратты ұзақ уақыт сақтау сияқты нақты өзара әрекеттесуден айтарлықтай айырмашылықтарға ие. Осыған байланысты виртуалды қорлау мен агрессия - кибербуллинг - тұлғаның дамуына айтарлықтай теріс әсер етеді. Кибербуллингтің әсіресе жағымсызы әсері жасөспірімдер топтарында көрінеді, өйткені жасөспірімнің жеке басы құрдастарымен қарым-қатынас жасау арқылы өзінің қалыптасу кезеңін бастан кешіреді. Осыған байланысты құрдастарының, соның ішінде виртуалды ортада, әлеуметтік желілерде бас тартуы жасөспірімнің алыстағы мінез-құлқына суицид бейімділігінің жетекші детерминанттарының бірі болуы мүмкін.

Алайда, кибербуллингтің буллингке қарғанда бірқатар маңызды айырмашылықтары бар. Ең алғашқы айырмашылығы, кибербуллинг жағдайында **агрессор** салыстырмалы түрде **жасырын** болып қалады, ал зорлық-зомбылық қуәгерлері орналастырылған ақпаратқа қол жеткізе алатын кең аудитория бар[19]. Жәбірленушінің мазасыздығы мен үрей деңгейі күшідейді, өйткені ол қашан және қайдан шыққанын анықтай алмайды. Кибербуллинг жағдайында зорлық-зомбылық уақыт пен кеңістікте шектелмейді және келген уақытта болуы мүмкін[20]. Зорлық-зомбылық жасаушы мен жәбірленушінің тікелей байланысының болмауы кері байланыстың бұрмалануына әкелуі мүмкін, ал коммуникацияға қатысушылар бұл туралы

білмеуі мүмкін[21]. Кибербуллингтің коммуникативті делдалдығы әсіресе жасөспірім кезінде өте маңызды.

Жоғарыда айтылғандарға сүйене отырып, желідегі кибербуллингтің **анонимді сипатына** байланысты агрессор жәбірленушіні оның психикалық денсаулығына орны толмас зиян келтіріп, оны бақылай алмайтынын және тоқтата алмайтынын түсінетінін атап өткен жөн. Жәбірленуші өзін осал, жалғыз және дәрменсіз сезінеді. Осылайша, кибербуллингті кез-келген жерде, кез-келген уақытта және үнемі жасауға болады (техникалық құрылғы мен Интернетке кіру жеткілікті).

Кибербуллинг интернет кеңістіктері агрессордың әртүрлі әрекеттері арқылы жүзеге асырылады, қауессеттердің таралуынан, адам туралы жалған ақпараттан, қорлайтын пікірлерден, қайталанатын қорлайтын хабарламалардан, қауіп-қатер туралы хабарламалардан, оның ішінде отбасы мүшелерінен, қауымдастықтардан шығарудан, жеке деректерді ұрлау және оларды желіде тарату, құпия ақпаратты таратқанға дейін көптеген адамдардың қатысуымен репликаларды қарқынды эмоционалды бөлісу, оның рұқсатынсыз басқа адамның интимдік фотосуреттері. Осы теріс әрекеттерді жүзеге асыру үшін электрондық пошта, чаттар, әлеуметтік желілердің сайттары, веб-беттер, фотосуреттер, бейнематериалдар, онлайн-ойындар және т. б. пайдаланылады.

Кибербуллинг те жәбірленушіге теріс әсер етеді, мысалы, **өзін-өзі бағалауды төмендедеті**, депрессияны **кушайтеді және әлсіздік сезім** тудырады. Интернеттегі қорқытуға үшyраған студенттер көңілсіздік, ашу, реніш, мазасыздық, әлеуметтік оқшаулануды бастан

кешірді. J. W. Patchin, S. Hinduja зерттеулерінде желідегі қорлау мен өзін-өзі бағалаудың төмендігі, отбасылық мәселелер, оку үлгерімінің төмендеуі, мектептегі зорлық-зомбылық және т. б. арасындағы байланысты көрсетеді. Сонымен қатар, қылмыстық мінез-құлықтың әртүрлі түрлерімен, тек құрбан болған жасөспірімдер ғана емес, сонымен бірге агрессорлық жасөспірімдер де проблемаларға ие. Кибербуллингке ұшыраған оқушылардың 60% - дан астамы бұл жағымсыз құбылыс олардың мектепте оку және өзін қауіпсіз сезіну қабілетіне қатты әсер еткенін хабарлады [22].

Осылайша, жәбірленуші жасөспірімдерде психологиялық және мінез-құлық проблемалары ғана емес, сонымен қатар агрессорлық жасөспірімдер де осы құбылыстың зардалтартынан зардан шегеді және мінез-құлық ауытқулары мен психикалық денсаулықтың бұзылу қаупіне ұшырайды. Зерттеулер көрсеткендей, агрессорлар / құрбандар олар теріс психологиялық зардалтарға тап болады, өйткені олар бір уақытта кибербуллинг жағдайына агрессор ретінде де, жәбірленуші ретінде де қатысады. Жасөспірім шақта Е. Н. Волкова, Л. А. Цветкова және басқалардың пікірінше, тұрақсыз рөлдік құрылым байқалады, сондықтан жасөспірім агрессор, жәбірленуші және күәгер рөлдерін «сынап көреді» [23]. Агрессор мен жәбірленушіден басқа, H. Vandebosch және т. б. күәгерлердің ұш түрін ажыратады: күәгерлердің бірінші түрі тергеушіні қолдайды, басқа күәгер жәбірленушіге көмектесетін немесе қолдайтын қорғаушы ретінде әрекет етеді, үшінші түрі қорқытуды елемейтін адам, пассивті бақылауыш ретінде әрекет етеді [24]. Жоғарыда келтірілген зерттеулер кибербуллингтің салдары күрт болуы мүмкін қурделі мәселе екенін көрсетеді. Сондықтан кибербуллингті мүмкіндігінше сәтті түрде ерте анықтау жасөспірімдердің психикалық денсаулығы мен әл-ауқаты үшін

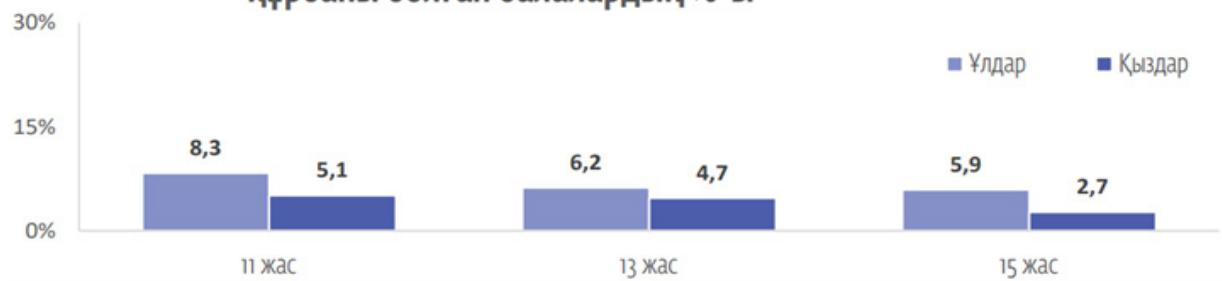
өте маңызды.

Қорқыту және кибербуллинг жағдайлары өзара байланысты болуы мүмкін екенін атап өткен жөн. Бұзақылықтың бұл түрлері бірбірін толықтырады, осылайша жәбірленушінің жағдайыны нашарлатады. Дәстүрлі түрде қорқытатын жасөспірімдер кибербуллингтің белгілі бір түрлерін анонимділікке сүйене отырып жасай алады және басқа жерлерде кибербуллингтің нысаны бола алады. Кибербуллингтің құрбандары дәстүрлі буллинг процесіне қатысуы мүмкін екендігі де белгілі.

Жасөспірімдердің 4%-дан 72%-ға 23 - 24 дейін, ал орта есеппен жасөспірімдердің 20%-дан 40%-ы кибербуллингке ұшырағанын хабарладады. Жасөспірімдердің 3%-дан 36%-ға дейін кибербуллингке қатысты. Жалпы, кибербуллинг ақпараттық-коммуникациялық технологияларды қолдана отырып, біреуге зиян келтіруді көздейді. Кибербуллингтің мысалдары: қорлайтын хабарламалар жіберу (мәтін немесе Интернет арқылы), әлеуметтік медиа сайтына менсінбейтін түсініктемелер беру, қорлайтын фотосуреттерді орналастыру және біреуді электронды түрде қоқан-лоқы қөрсету немесе қорқыту. Кибербуллинг жасөспірімдердің денсаулығына теріс әсер етіп, депрессия, мазасыздық, өзін-өзі бағалаудың төмендігі, эмоционалдық бұзылудар, психикалық белсенді заттарды қолдану және суицидтік мінез-құлық сияқты ауыр психикалық денсаулық проблемаларының дамуына ықпал ететіні «Қазақстан оқушыларының өмір салты факторлары, олардың физикалық, психикалық денсаулығы мен әл-ауқаты» ұлттық есебінде (HBSC) атап өтіледі. Және зерттеу нәтижелерінен келесідей көрсеткіштерді көре аламыз:

- Айына 2-3 рет және балалардың 5,6%-ы кибербуллингтің тұрақты құрбаны болды (6-сурет).

**Соңғы 2 айда айына 2-3 рет және одан да көп кибербуллингтің  
құрбаны болған балалардың %-ы**



**6 сурет - Айына 2-3 рет және одан да көп кибербуллингке үшыраған балалардың үлесі**

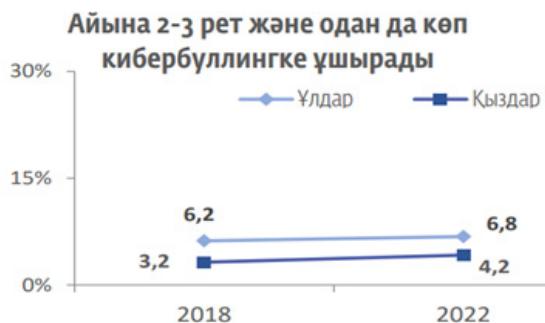
- Кем дегенде айына бір рет және одан да үшырады (7-сурет).  
көп жасөспірмдердің 13,4%-ы кибербуллингке

**Соңғы 2 айда айына бір немесе одан да көп рет кибербуллингтің  
құрбаны болған балалардың %-ы**



**7- сурет - Айына бір және одан да көп кибербуллингке үшыраған балалардың үлесі**

- 11 жастағы балалар көбінесе кибербуллингке үшыраған, ал 15 жасқа қарай бұл көрсеткіш төмендейді. Барлық жастағы ұлдар қыздармен салыстырғанда жиңи кибербуллингтің құрбаны болады.
- 2022 жылы балалардың кибербуллингке үшырау көрсеткіші 2018 жылғы деректермен салыстырғанда бір пайыздық тармаққа өсті (8-сурет) [18].



**8-сурет - 2018 және 2022 жылдардағы сауалнама нәтижелері бойынша мектепте буллингке үшыраған 11-15 жастағы балалардың үлесі**

Осылайша, буллинг және кибербуллинг мәселелерін шешу жолында салауатты мектеп ордасын қалыптастыру маңыздылығын атап өтсек болады. Ол үшін ең алдымен, психикалық денсаулық пен әл-ауқатты жақсарту қажет. Және ол оқушылардың үлгерімін жақсартумен тікелей оң байланысты. Осы орайда буллингке қарсы және әл-ауқатқа ықпал ететін бағдарлама туралы қысқаша тоқталып кетейік: **Қорқыту жағдайларын азайтатын PEACE бағдарламасы.**

### PEACE процесі қандай?

- Р - Мәселе сипаттамасын қарастыру және оған дайындық
- Е - Мұдделі тараптардың проблемаларды білуі және түсіну
- А - Қорқытуды азайту үшін қабылданған шаралар мен әзірленген стратегиялар
- С - Қызметкерлерге, оқушыларға және ата-аналарға арналған құрпесу стратегиялары
- Е- Мектепте жұмыс істейтін бағдарламаны бағалау және шолу жасау.

Бұл бағдарламаның Австралиядағы тәжірибесін ол жақтағы 120-дан астам мектептен 15000-нан астам оқушының қамтитын 1-3 жыл ішінде алдын-ала және кейінгі тестілеу, бойлық зерттеулерден байқай аламыз. Бағдарлама нәтижесінде оқушылардың психикалық денсаулығы мен әл ауқатын едәуір жақсартуға, буллинг, қорқыту жағдайларын азайтуға және оқу үлгерімін жақсартуға қол жеткізуге болады[25].

Сондай-ақ, қазіргі уақытта елімізде жасөспірімдер арасында туындаған осы секілді мәселелермен Жастар денсаулық орталықтары жұмыс жасайды. Жастардың қазіргі үрпағы жасөспірімдік кезеңнен қаншалықты жақсы өтетініне тек өз өмірі ғана емес, бүкіл әлемнің болашағы да байланысты болады. Жасөспірімдер мен жастардың денсаулығына, біліміне, құқықтары мен мүмкіндіктеріне инвестиция салу – бұл тұрақты болашаққа инвестиция.

ҚР ДСМ 2020 жылғы 20 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-285/2020 «он жастан он сегіз жасқа дейінгі көмелетке толмағандардың және жастардың репродуктивті және психикалық денсаулығын қорғау жөніндегі медициналық көмекті ұйымдастыру қағидаларын бекіту туралы» бұйрығына сәйкес жастар денсаулық орталықтарының қызметтері жасөспірімдер

мен 29 жасқа дейінгі жастарға қызмет түрлері көрсетіледі. Жастар денсаулық орталықтары өз қызметінде денсаулықты сақтауға, жасөспірімдер арасындағы қауіпті мінез-құлықты төмендетуге, әлеуметтік сүйемелдеуге және ізгі ниет, қол жетімділік, еріктілік және сенім қағидаттары негізінде олардың құқықтарын қорғауға бағытталған тиімді технологияларды пайдаланады. Қазіргі уақытта жастар денсаулық орталықтарында буллинг және кибербуллинг мәселелерімен жоғары білікті мамандар, яғни, психологтар жасөспірімдермен қарқынды түрде жұмыс жасайды.

### ҚОРЫТЫНДЫ

Жасөспірімдер ортасында буллинг пен кибербуллингтің жоғары таралуы құрбандағада, агрессорларға да теріс есер етеді. Қорқыту балалар мен жасөспірімдердің физикалық және психикалық денсаулығына есер етеді, психологиялық және әлеуметтік бейімделуге, сондай-ақ проблемалық, көбінесе агрессивті мінез-құлықтың тұрақты үлгілерін дамытуға әкеледі. Елімізде жүргізілген «Қазақстан оқушыларының өмір салты факторлары, олардың физикалық, психикалық денсаулығы мен әл-ауқаты» (HBSC) ұлттық есебінен келесі нәтижелерді байқай алдық: Мектепте балалардың 17,5%-ы бір рет және одан да көп буллингке ұшырады. Буллинг құрбандағының үлесі балалар арасында 11 жаста ең жоғары болды. 2022 жылы мектепте кем дегенде бір рет буллингке ұшыраған 11 жасар балалардың үлесі 2018 жылғы зерттеу деректерімен салыстырғанда өсті және жалпы буллинг құрбандағы бойынша айтарлықтай оң динамика анықталған жоқ. Әрбір жетінші оқушы мектепте басқа адамдардың буллингіне қатысты. Бұл мінез-құлықтың таралуы жалпы 11 жастағы балаларда, ал гендерлік жағынан 11 жастағы үлдарда жиі кездеседі. Есейген сайын 15 жасқа қарай буллинг көрсеткіштерінің төмендеуі байқалады. 2022 жылы 2018 жылмен салыстырғанда балалардың мектепте басқалардың буллингіне қатысу жағдайларының айтарлықтай төмендеуі байқалды.

Кибербуллингке көбінесе 11 жастағы балалар ұшырайды, ал 15 жасқа қарай бұл көрсеткіш төмендейді. Үлдар көбінесе кибербуллингтің

күрбаны болады және қыздармен салыстырғанда басқа адамдардың киберқудалануына жиекатысады. 2022 жылы балалардың кибербуллингке бейімділігі біршама өсті, ал балалардың кибербуллингке қатысу көрсеткіштері айтартықтай өзгерген жоқ.

Буллинг пен кибербуллингтің алдын алу бағдарламаларын қолданудың негізгі нұктесі білім беру үйымдары болуы керек, олардың міндеті қауіпсіз ортаны қамтамасыз ету ғана емес, сонымен бірге балаларға құрдастарымен және ересектермен ашық достық қарым — қатынас орнатуға, олардың жасаған әрекеттері мен салдарын түсінуге көмектесу. Осылайша, әдебиеттерді талдау негізінде жасөспірімдердегі буллинг пен кибербуллингті зерттеу барысында, білім беру көністігіндегі буллинг пен кибербуллинг процесіне қатысушылардың психологиялық ерекшеліктерін зерттеуге де ерекше назар аударған жән. Бұл тәсіл жасөспірімдер тараپына көрсетілетін буллинг, кибербуллинг процесіне қатысатын жасөспірімдерге психологикалық көмек бағдарламаларын жасауға мүмкіндік береді. Сондай-ақ, жалпы білім беретін мектептерде жақсы мінез-құлықты ынталандыру шаралары қарастырылып, оқушылар арасында қорқытудың барлық түрлерінің алдын алу мәселесі өзекті болып табылады. Осы секілді шаралар баршаның, оқушылар, мектеп қызметкерлері және ата-аналардың назарын аудартағын мектеп саясатының бір бөлігі болуы керек. Сол кезде жасөспірімнің өзін тану және өзін бақылау дағдылары дамып, тұлғааралық қарым-қатынас дұрыс орната алу дағдылары және жеке, мектептегі және т.б. осы секілді қоғамдық контексте жауапты мінез-құлық пен шешім қабылдау дағдылары дамиды. Ал, бұл дағдылар жасөспірімнің ересек тұлға болып қалыптасуна үлкен оң әсерін көрсетеді және қатарластар арасындағы буллинг және кибербуллинг жағдайларын азайтуға өз септігін тигізетіні анық.

## ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Cosma A, Whitehead R, Neville F, et al. Trends in bullying victimization in Scottish adolescents 1994–2014: changing associations with mental well-being. Int J Public Health. 2017;62(6):

pp.639–646. doi: 10.1007/s00038-017-0965-6

2. Roberson AJ, Renshaw TL. Structural Validity of the HBSC Bullying Measure: Self-Report Rating Scales of Youth Victimization and Perpetration Behavior. J Psychoeduc Assess. 2017;36(6): pp.628– 643. doi: 10.1177/0734282917696932

3. Vygotskiy L. S. Sobraniye sochineniy: v 6 tomakh [Compositions in 6 vol.]. Moscow, Kniga po trebovaniyu Publ., 2012. Vol. 4. 431 p. (in Russian).

4. Petrosyants V. R. Psikhologicheskaya kharakteristika starsheklassnikov, uchastnikov bullinga v obrazovatel'noy srede i ikh zhiznestoykost'. Dis. kand. psikhol. nauk [Psychological characteristics of high school students, bullying participants in the educational environment and their viability]. Saint Petersburg, 2011. 210 p. (in Russian)

5. Бэрон Р. Агрессия. – СПб.: Питер, 2001. – 352 б

6. Olweus D. Bullying at school: what we know and what we can do. – Oxford: Blackwell Publishers, 1994. – 135 p.

7. Sanders Ch. E., Phye G.D. Bullying: implications for the classroom. – California: Elsiver Academic Press, 2004. – 257 p.

8. Zych, I., Ttofi, M. M., and Farrington, D. P. (2019). Empathy and Callous-Unemotional Traits in Different Bullying Roles: A Systematic Review and Meta-Analysis. Trauma 20, pp.3–21. doi: 10.1177/1524838016683456

9. Peng, D. L. (2001). General Psychology (Revised edition). Beijing: Beijing Normal University Press. 125 p.

10. Staub, E. (1989). The roots of evil: the origins of genocide and other group violence. Int. J. offend. Ther. Comp. Criminol. 44, pp. 261–263.

11. R. Forero, L. McLellan, C. Rissel, A. Bauman Bullying behaviour and psychosocial health among school students in New South Wales, Australia: Cross sectional survey British Medical Journal, 319 (7206) (1999), pp. 344-348.

12. J.M. Cénat, M. Hébert, M. Blais, F. Lavoie, M. Guerrier, D. Derivois Cyberbullying, psychological distress and self-esteem among youth in Quebec schools Journal of Affective Disorders, 169 (2014), pp.7-9.

13. K. Rigby, P.T. Slee Dimensions of

- interpersonal relation among Australian children and implications for psychological well-being The Journal of Social Psychology, 133 (1) (1993), pp. 33-42.
14. D. Olweus Annotation: Bullying at school: Basic facts and effects of a school based intervention program Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 35 (7) (1994), pp. 1171-1190
15. T. Schoeler, L. Duncan, C.M. Cecil, G.B. Ploubidis, J.-B. Pingault Quasi-experimental evidence on short- and long-term consequences of bullying victimization: A meta-analysis Psychological Bulletin, 144 (12) (2018), pp. 1229-1246
16. R.M. Kowalski, S.P. Limber Psychological, physical, and academic correlates of cyberbullying and traditional bullying Journal of Adolescent Health, 53 (1) (2013), Pp. 13-20
17. Copeland W.E., Wolke D., Angold A., Costello E.J. Adult psychiatric outcomes of being bullied and being bullied by peers in childhood and adolescence // Journal of American association psychiatry, 2013: Pp.419-426.
18. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence JAMA Psychiatry, 70 (4) (2013), pp. 419-426
19. «Қазақстан оқушыларының өмір салты факторлары, олардың физикалық, психикалық денсаулығы мен әлауқаты»: ұлттық есеп / Ж.А. Қалмақова, Ш.З. Әбдірахманова, Ә.Ә. Адаева,
- Т.И. Слажнева, С.А. Назарова, Қ.Ә. Раисова, Д.М. Шамгунова, Н.А. Сулейманова //Астана-Алматы: КР ДСМ Қоғамдық денсаулық-сақтау ұлттық орталығы, 2023. - 121 бет.
20. Heirman W., Walrave M. Assessing Concerns and Issues about the Mediation of Technology in Cyberbullying // Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace. 2008. Vol. 2. No. 2. Pp. 1-18.
21. Strabic N., Milakovic A.T. Cyberbullying among children and its comparison to traditional forms of peer violence // Criminology & Social Integration Journal. 2016. Vol. 24. No. 2. Pp. 184-201.
22. Бочавер А.А., Хломов К.Д. Кибербулинг: травля в пространстве современных технологий // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2014. №3(11). С. 177-191
23. Пэтчин Д., Хиндуя С. Написанное остается. Как сделать интернет-общение безопасным и комфортным. Москва: Манн, Иванов и Фербер, 2020. – С.67.
24. Волкова Е.Н., Цветкова Л.А., Волкова И.В. Методологические основания для разработки программ профилактики подросткового буллинга. Сибирский психологический журнал. 2019; № 74: С.88–100.
25. Vandebosch H., Van Cleemput K., Mortelmans D., Walrave M. Cyberpesten bij jongeren in Vlaanderen: Een studie in opdracht van het viWTA. Brussels: viWTA, 2006.

УДК: 614.2

## СУИЦИДТІҢ АЛДЫН АЛУ: ҒЫЛЫМИ ДӘЛЕЛДЕРДІ ШОЛУ

Нұрлыбеккүзы М.

ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің «Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы»  
ШЖҚ РМК

[m.nurlybekkyzy@hls.kz](mailto:m.nurlybekkyzy@hls.kz)

### ТҮЙІНДЕМЕ

Суицид – жыл сайын 700 000 адамның өмірін қиатын әлемдегі ең ауыр қоғамдық денсаулық мәселесінің бірі. 2019 жылы жаһандық жас бойынша стандартталған суицид деңгейі 100 000

халыққа 9 адам болды және бұл көрсеткіштер әр елге байланысты бір немесе екіден 50 адамға дейін барады. Сонымен қатар, COVID-19 пандемиясы да бұл жағдайға теріс әсер етті. Ғылыми деректерге негізделген суицидтің алдын алу шараларын енгізу мәселені шешу үшін аса

маңызды.

Бұл зерттеудің мақсаты - суицидтің алдын алу шаралары бойынша ағымдағы білімді қорытындылау және олардың тиімділігінің дәлелдері туралы ақпараттандыру.

Дәлелдерге негізделген суицидтің алдын алу стратегияларын анықтау мақсатында ғылыми әдебиетті қорытындылау үшін сипаттамалық шолу әдісі қолданылды.

Нәтижелер суицидтің алдын алудың әртүрлі тиімді шаралары барын көрсетеді, оның ішінде тиімді болып танылған суицид жасау жолдарын шектеу, білім беру бағдарламалары, мектептегі іс-шаралар, суицидтік мінез-құлық белгілерін

скринингтік анықтау және цифрлық платформаларды пайдалану секілді әдістер бар.

Суицидтің алдын алу бойынша зерттеулердің көпшілігі дамыған елдерде жүргізілген. Өз-өзіне қол жумсаудың алдын алудағы ең үлкен мәселе - суицидке бару қаупі жоғары адамдарды анықтаутың қыындығы. Өз-өзіне қол жумсаудың алдын алу тәсілдерін күшешту және ең тиімді тәсілдерден тұратын ұлттық, жергілікті және халықаралық деңгейлердегі стратегияларды әзірлеу үшін қосымша зерттеулер қажет.

**Түйінді сөздер:** суицид, суицидтік ойлар, суицидтің алдын алу.

## ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДА: ОБЗОР ДОКАЗАТЕЛЬНЫХ ДАННЫХ

Нұрлыбеккызы М.

РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения»  
Министерства здравоохранения РК

m.nurlybekkyzy@hls.kz

### РЕЗЮМЕ

Суицид является одной из наиболее серьезных проблем общественного здравоохранения во всем мире, ежегодно унося 700 000 жизней. Глобальный стандартизованный по возрасту уровень самоубийств в 2019 году составлял 9 на 100 000 населения, и эти показатели варьируются от одного или двух до более 50 на 100 000 в зависимости от страны. Кроме того, пандемия COVID-19 негативно повлияла на тенденции. Внедрение доказательных мер по предотвращению самоубийств имеет важное значение для решения проблемы.

Целью данного исследования является обобщение современных знаний о мерах по предотвращению самоубийств и информирование о доказательствах эффективности таких вмешательств.

Метод описательного обзора был использован для обобщения литературы о наиболее распространенных типах стратегий предотвращения самоубийств, основанных на доказатель-

ствах.

Результаты показывают, что разработаны разнообразные эффективные виды вмешательств по предотвращению суицидов, включая ограничение доступа к средствам самоубийства, образовательные программы, школьные вмешательства, скрининг признаков суициdalного поведения и использование цифровых платформ.

Большинство исследований и мероприятий по предотвращению самоубийств проводилось в странах с высоким уровнем дохода. Самая большая проблема в предотвращении самоубийств заключается в сложности определения лиц с высоким риском на совершение суицида. Необходимы дальнейшие исследования для укрепления подходов к предотвращению самоубийств и разработка стратегий на национальном, местном и международном уровнях, состоящих из комбинации наиболее эффективных вмешательств.

**Ключевые слова:** суицид, суицидальные мысли, профилактика самоубийств.

## SUICIDE PREVENTION: A REVIEW OF CURRENT EVIDENCE

Nurlybekkyzy M.

National Center for Public Health of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

m.nurlybekkyzy@hls.kz

### RESUME

Suicide is one of the most significant public health concerns worldwide accounting for 700 000 deaths each year. The global age-standardized suicide rate in 2019 was 9 per 100 000 populations, and the rates vary from one or two to over 50 per 100 000 depending on the country. Additionally, the COVID-19 pandemic have negatively impacted the trends. The implementation of evidence-based suicide prevention interventions is essential to solving the problem.

The aim of this study is to summarize the current knowledge on suicide prevention measures and to inform about the evidence of the effectiveness of such interventions.

A narrative review method was used to summarize the literature about most common types

### INTRODUCTION

Suicide is one of the most significant public health concerns worldwide accounting for 700 000 deaths each year. Suicide is also on the list of top ten causes of death in many world countries [1]. According to WHO, the highest share of suicide worldwide occurs in South East Asian and European regions. 77 % of all suicides occur in low and middle-income countries. The global age-standardized suicide rate in 2019 was 9 per 100 000 populations, and the rates vary from one or two to over 80 per 100 000 depending on the country [1]. Globally data has shown that suicide rates are twice higher for men than for women, however, this is significantly higher in Europe (17.1 vs. 4.3) Africa (18.0 vs. 5.2), and the Americas (14.2 vs. 4.1), while in South East Asia the difference is not as much as the world average (12.3 vs. 8.1) [2].

Suicide is a leading cause of death for people in younger age groups, however, older people account for the highest rates of death caused by suicide. The

of evidence-based suicide prevention strategies.

The research showed the variety of effective suicide prevention interventions including means' restriction, educational programs, school-based interventions, screening for signs of suicidal behavior, and usage of digital counseling.

Most research and suicide prevention activities were conducted in high-income countries. The biggest challenge in suicide prevention lies in better identifying who is at high risk and when. Further research is needed to strengthen the approaches for suicide prevention and to develop strategies at national, local, and international levels consisting of a combination of the most effective interventions.

**Keywords:** suicide, suicidal ideation, suicide prevention.

highest suicide rates are observed in the age group older than 70 years [2].

Furthermore, since 2020 the COVID-19 pandemic isolation and health impact the risk of increased suicide rates had risen. Studies have shown little difference in suicide death rates for pre - and post-pandemic periods, however, the increase in suicidal ideation and attempts is observed worldwide [3].

In Kazakhstan, the suicide rate in 2019 was estimated to be 18.1 per 100 000, twice as high as the world's average. The male-to-female suicide death ratio was 4.5 in 2019 in the country [2]. Even though the overall decline in the rate is observed since the 2000s, female suicide rates are maintaining a stable trend. Unlike the global picture, the suicide death rates in Kazakhstan are distributed somewhat equally among all the age groups 15 years old: 15 - 49 years old - 31.3, 5 - 36 years old - 31.1 and slightly higher in the age group older than 70 - 39.6 per 100 000. In the 15 to 49 years old age group, the leading cause of death is

cardiovascular diseases, followed by suicides [2].

Suicide is a complex phenomenon and a major public health problem recognized by the World Health Organization and world countries [4]. Worldwide the suicide rate has been reducing over the years, however, the susceptibility of adolescents and young adults to suicide and high rates among particular populations still cause concern [5]. Countries are urged to have comprehensive national strategies and suicide prevention interventions.

The aim of this study is to summarize the current knowledge on suicide prevention measures and to inform about the evidence of the effectiveness of such interventions.

## Methods

This paper used a narrative review method to summarize the current literature about various interventions for suicide prevention worldwide.

The literature search was undertaken using PubMed and Google Scholar in order to find relevant studies addressing the development and assessment of suicide prevention interventions. Articles were chosen if they were published in English in peer-reviewed journals and presented systematic reviews, meta-analyses, Randomized clinical trials and intervention implementation studies.

## Types of suicide interventions

Since suicide is identified as a significant problem in public health various interventions have been developed in order to decrease suicide rates by preventing suicide attempts. Public health interventions differ by their targeted audience, level of coverage, means of delivery, geographical area and environment, and specific goals [6]. Some interventions focus on protecting people from risk factors of suicide, while others try to seek and find those, who are already experiencing suicidal behavior. A wide variety of medical and tertiary interventions are aimed at patients with psychiatric problems and previous history of suicide attempts [7]. To raise awareness in the public level and to arrange timely help, community members, parents, and other stakeholders are added to educational and other suicide prevention interventions. In 2019 the WHO published the “LIVE LIFE” implementation guide for countries, which highlighted four types of evidence-based interventions that are limiting access to suicide means, controlling media for

suicide reports, fostering social and economical life skills in adolescence, and early identification of suicidal behavior in people [8]. The other types of SPIs that are found in research studies include psychiatric treatment, provision of psycho-social support and help, raising awareness, and integration of digital tools.

## Restriction of access to lethal means of suicide

One of the types of SPIs is a restriction of access to lethal means of suicide [7]. The means of suicide are the methods that are used by people to attempt suicide. Based on statistics, these greatly vary by age, country, gender, and other influencing factors. Around the world, boys are most likely to use hanging and firearms, while girls are more likely to use pesticide or drug poisoning and jumping from heights [9]. In the analysis of WHO data, hanging was the predominant mode of suicide in most of the countries included. The highest proportions were around 90% for men and 80% for women, as seen in Eastern Europe (ie Estonia, Latvia, Lithuania, Poland and Romania) [8]. Suicide by gunshot was the most common method in the United States, but was also common in Argentina, Switzerland, and Uruguay, although only men used this method in Switzerland [10]. Jumping from a height plays an important role in small, predominantly urban societies such as Hong Kong, Luxembourg and Malta. By contrast, in rural countries in Latin America (eg. El Salvador, Nicaragua and Peru), Asian countries (eg. Republic of Korea and Thailand), and Portugal, pesticide poisoning was a serious problem, especially among women. Drug poisoning was common among women from Canada, the Nordic countries and the UK. It has also played a major role in male suicides in these countries [10]. There are other methods of suicide mentioned in studies such as drowning, and suffocation by plastic bags.

Restricting access to the most common lethal suicide means has been found to be effective in many research studies. The number of studies and evidence varies across the various means of suicide. Stricter gun control reforms in Australia, New Zealand, and Switzerland has shown decreased rates of firearm suicide rates [11]. Pesticide legislation that involves restricting the use of highly hazardous pesticides in agriculture and ensuring

safety by keeping them in locked storage has been effective in counties like Bangladesh, Jordan, the Republic of Korea, and Sri Lanka [8]. Preventing jumping from tall buildings and bridges is proven to be effective by installing a telephone helpline near the site, and having protective barriers and safety nets in “hot-spot” places [12].

However, there are other means of suicide that are almost impossible to prevent like hanging, which is causing serious problems in many counties including South Korea.

Despite the evidence, it is also highlighted that restricting some means of suicide might result in developing or encouraging other means, therefore means restriction is only one of the many approaches to suicide prevention and needs to be held along with other strategies [13]. Countries are advised to identify the most common means of suicide attempts in their area and implement population-level prevention strategies.

### **Educational interventions**

Educational SPIs are often directed to several targeted populations such as medical workers, adolescents, parents, and older adults. They are carried out in various settings such as workplaces, healthcare organizations, schools, and universities. The programs directed at the general population often cover risk factors of suicide and aim to improve knowledge, attitudes, and behavior towards suicide.

One study examined the effectiveness of a 5-year depression management education program for general practitioners in a predominantly rural area of Hungary [14]. 100,000 populations; this decrease was not significantly different from that observed in the control region. However, the annual suicide rate in the intervention region was significantly lower than that observed in the district and the country as a whole.

A systems-level approach, including a combination of education, training, and screening, holds promise for reducing the risk of suicide. Unfortunately, when such approaches were implemented, they did not measure the individual effect of each component of the intervention. One study examined the impact of interventions targeting young people (ages 10–24) on suicide rates in 1,126 US counties [15]. The legislation funded a number of activities, including training

for gatekeepers ( $N = 125,000$ ) and screening programs to identify young people at risk (29,000 were screened). It should be noted that 73% of the recipients of education were students. The training also included mental health professionals and emergency room staff. Intervention counties showed a reduction in youth suicide rates that did not translate into other causes of youth death or adult suicide rates compared to demographically and sociologically comparable counties without the program. These results indicate that the benefit of suicide was found in the intervention counties and was limited to the demographic targeted by the intervention. Moreover, this benefit continued for 2 years after the intervention and was proportional to the number of years the program was run. Follow-up showed that the benefit disappeared after the programming was stopped, no matter how many years it worked.

Some of the results from studies show that even though educational interventions result in an immediate gain of knowledge, follow-up research reveals that many participants don't show the same level of knowledge over time. Additionally, there is little evidence on the impact of knowledge on actual change in the behavior of individuals [16].

### **Screening for suicide**

Screening programs are used and administered in healthcare settings using specific tools in order to identify individuals at risk of suicide and prevent them from attempting one. Screenings are advised to start from about 10 years of age since adolescents are often vulnerable to suicide risk factors and are not usually active seekers of help [17].

One study collected data from rural adult primary care patients regarding the acceptability of universal screening for suicide risk and the preferred methods of its implementation. The majority of participants (96%) believed that primary care providers (PCPs) should screen patients for suicide and noted that there are many benefits of screening. Most participants rated the experience of screening in primary care as positive or neutral and preferred a personalized screening process where the provider asked questions directly, older people were less likely to support screening practices [18].

In another study with the participation of adolescents and parents, results showed that most of them support suicide risk screening in the

pediatric outpatient setting [19]. However, some have concerns about the screening process and the consequences such as misdiagnosis. As screening for suicidal risk becomes standard practice in adolescent care, it is essential to develop screening processes that provide maximum comfort and problem-solving.

Despite the rising suicide rate among pediatric patients, there was not enough literature available on how, when, and what screening tool to use to evaluate pediatric patients for SI. Many of the included studies were single convenience samples, some used non-validated screening tools specific to hospitalized pediatric patients, many noted that their sample size and demographics may limit generalization, and many noted that depending on how patients screened, unknown bias affected results. While all of the instruments used have identified at-risk youth to some extent, one instrument, the ASQ, now holds the promise of becoming the gold standard for evaluating pediatric patients in all healthcare settings [20].

### **Media coverage and awareness**

There is evidence that media reporting of suicide can lead to a rise in suicide due to imitation, particularly in cases of celebrity suicide and where suicide methods are described [8]. For example, in 1991 after the publication of the book “Final exit” (in which the use of plastic bags for suicide was described) number of suicide death from this method in New York City increased from 8 to 33 [21]. In Korea following the suicide of a famous actress in 2005, the number of suicides by hanging increased by 145.8 % largely among females [12]. After the release of the American teen series “13 reasons why” (which is about a young woman that took her own life in a creative way) studies have shown an increase in suicide among adolescents in 2019 [22]. Conversely, stories of seeking help in adverse circumstances include information about where to go to get support and help to prevent suicide. The media (for example, journalists and filmmakers) play an important role in shaping public opinion and attitudes and are important stakeholders in raising awareness and reducing the stigma of suicide [23]. Working with the media may include collaborating to develop guidelines and regulate responsible coverage of suicide, which may include collaborating with the technology

sector to identify articles that do not comply with coverage guidelines. Engagement will include building the capacity of media professionals to report responsibly. They may also include policies for monitoring user-generated content on digital media platforms.

### **Youth Suicide Prevention**

Suicide among adolescents and young people raises concern worldwide. It's estimated that suicide is the fourth cause of death worldwide in 15-19 years olds. The presence of suicide risk factors such as behavioral disorders and mental health issues is high among youth. Additionally, non-fatal attempts (suicidal thoughts, ideation, self-harm) among adolescents far outnumber the suicide death rates [24]. Therefore, the importance of addressing this through interventions for young people is definite. Research shows that the majority of SPIs for adolescents are school-based interventions and involve adults such as teachers and parents. Gatekeeper programs have often been used in schools. Gatekeepers are adults that are in a position to be able to recognize early signs of suicidal behavior and prevent from it those that are identified as at risk to appropriate help or helping sources. Fewer studies involve parents in gatekeeper programs. However, the effectiveness of gatekeeper programs is not proved yet [9].

The among of youth suicide intervention studies have tremendously increased in recent years. However, reviews and meta-analyses show that many studies test interventions that were initially designed for adults and older populations with no or only little adaptation for adolescents [25]. However, adolescence is a complicated and important period of life when young people can be vulnerable, therefore the solution would be to invest more in the lives of young people to better understand their perspective and reasons to have suicidal ideation and to successfully address it.

### **Digital interventions**

Nowadays the use of digital tools for medical purposes is beginning to spread widely in various medical fields including psychiatry. The recent COVID-19 pandemic has challenged healthcare services to be delivered remotely and to be accessible through internet sources. There are several studies conducted on the use of digital health interventions for suicide prevention among

the public.

Studies were found in which websites and mobile apps were used for online assessment of suicidal thoughts, depression, and ideation for early identification and support. The results from one study that used mobile app for screening high-risk patients after hospital discharge showed that these interventions provided an easy and fast way of keeping contact with patients [26].

Several studies have focused on the use of language recognition to detect suicidal tendencies among social media users. As online social media became more sophisticated and used, suicidal thoughts were increasingly expressed in online forums, tweets, and other social media, resulting in a vast array of thoughts and motivations associated with suicide. Some of the research we found focused on Reddit, which is a suitable social media platform because of its specific suicide subsection and because it allows for longer posts [27]. Despite limited evidence, some authors have already developed algorithms capable of recognizing individuals at risk of suicide by language scanning in social media posts. However, few people have thought about useful ways to respond to such online communications when they occur.

The systemic review of RCTs showed that digital interventions are effective in reducing suicidal ideation, and direct interventions are more beneficial than indirect interventions [28]. Their main analysis showed that collective (direct and indirect) self-guided digital interventions had a small but significant effect on suicidal ideation immediately after the active intervention phase. Although they are in the process of development, this review demonstrated the effectiveness of self-guided digital interventions for suicide prevention and highlighted the importance of incorporating directly suicide prevention content into digital interventions. It's recommended that digital interventions specifically aimed at combating suicide can and should be promoted online and integrated into health systems in countries where they have been tested in order to be accessible to those who need them, especially after any security issues will be excluded. Although they appear to have a small impact, the impact on the population could be significant if the implementation is widespread. There is also a need to scale up and

test their use in low- and middle-income countries.

Additionally, one study found that it's more challenging to control digital participation therefore to reduce the level of dropouts from digital interventions it's recommended to make internet-delivered interventions very simple to use, access, and brief to maintain and improve the effectiveness [29].

## CONCLUSIONS

Suicide rates have been declining steadily worldwide for decades, however, differences between countries and regions do vary greatly. The European and South-East Asian Regions have the highest rates of death from suicide.

There are numerous types of social, public health, and medical interventions that are developed to address this issue. A literature review has shown that suicide prevention consists of complex measures that start from preventing suicide by promoting health and improving the well-being of individuals, providing easily accessible medical care to screening high-risk individuals, supporting people with previous suicide attempts, and caring for bereaved families.

Countries implement various ways of suicide prevention. There are countries that have successful suicide prevention strategies. Japan was considered the country with the highest suicide rate, but since 2011 for 10 years suicide rates have been declining to 2020, estimated at 16 per 100 000 [30]. The Japanese government has gone through 3 phases of suicide prevention and transformed the strategy implementation from one governmental body to the whole national level. One of the core components of suicide prevention in Japan was conducting strategic studies that allowed to an assessment of all primary, secondary, and tertiary-level prevention activities and identifying specific needs for development. Another study on practice-based medical assertive case management was adopted to follow up high-risk individuals who have previously attempted suicide. Japanese experience demonstrates that countries need to have nationwide data and monitoring tools to correctly assess their needs and develop their own strategies. Surely, suicide prevention should start with situation analysis as recommended by WHO.

Another example of decreasing suicide is the experience in Denmark, which used to have one of the highest suicide rates in the world. In 1980, the annual suicide rate was 38 per 100,000 among those over 15 years of age. In 2007, this rate has stabilized at 11.4 cases per 100,000 people, and in 2019 declining to 8,4 [7]. Denmark's suicide prevention efforts have many components, one of the most important of which was means restriction, but other elements included a 66% increase in mental health services since 2000, the establishment of suicide prevention clinics, emergency psychiatric teams, and a post-discharge program called «Strengthening outpatient care after discharge» [7].

Despite the variety of SPIs research shows gaps.

Suicide is present in all age groups, but the approach to prevention should be appropriate for the needs of different generations and be age-specific since it's highly debatable whether the same interventions can be applied to both adults and young people.

Publications on suicide prevention largely come from high-income countries. Therefore, there is a need for more evidence from low- and middle-income countries with a wide coverage of diverse populations and communities.

Additionally, most studies are concentrated on suicide prevention among adults and young people, however, data shows the highest suicide rates in older people. The importance of preventing young lives from suicide attempts and psychiatric complications is well understood and cared for, however, this should not lead to neglect of older generations.

The evidence shows that countries use different approaches to tackle the problem of suicide in their societies. One of the most commonly effective strategies was found to be limiting access to lethal means that are most permanent among the public. However, governments should aim at not only restricting the opportunity to commit suicide but also not giving any reasons for suicidal thoughts by improving the health and well-being of citizens.

In conclusion, suicide prevention interventions should be systematic and well-planned, tailored to specific characteristics of the targeted population and of geographical area. It should not be forgotten that the crucial step of interventions is monitoring

and evaluation of the effectiveness, which should include suicidal behavior and, preferably, also mediating effects such as seeking help, providing treatment, and adherence to treatment. The biggest challenge in suicide prevention lies in better identifying who is at high risk and when. Further research is needed to strengthen the approaches for suicide prevention and to develop strategies at national, local, and international levels consisting of a combination of the most effective interventions.

## REFERENCES

1. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
2. Hannah Ritchie, Max Roser and Esteban Ortiz-Ospina (2015) - «Suicide». Published online at OurWorldInData.org. Retrieved from: '<https://ourworldindata.org/suicide>' [Online Resource]
3. Yan, Y., Hou, J., Li, Q., & Yu, N. X. (2023). Suicide before and during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review with Meta-Analysis. In International journal of environmental research and public health (Vol. 20, Issue 4). NLM (Medline). <https://doi.org/10.3390/ijerph20043346>
4. Saxena, S., Saxena, S., Krug, E. G., Krug, E. G., Chestnov, O., Chestnov, O., & World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. (2014). Preventing Suicide: A Global Imperative. World Health Organization.
5. Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. In International Journal of Environmental Research and Public Health (Vol. 15, Issue 7). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
6. Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The Lancet Psychiatry, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
7. Mann, J.J., Michel, C.A., & Auerbach, R. P. (2021). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. American Journal of Psychiatry, 178(7), 611–624.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>

8. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

9. Wasserman, D., Carli, V., Iosue, M., Javed, A., & Herrman, H. (2021). Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(3). <https://doi.org/10.1111/appy.12452>

10. Ajdacic-Gross, V., Weiss, M. G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F., & Rössler, W. (2008). Methods of suicide: International suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 726–732. <https://doi.org/10.2471/BLT.07.043489>

11. Mann, J. J., & Michel, C. A. (2016). Prevention of firearm suicide in the United States: What works and what is possible. In *American Journal of Psychiatry* (Vol. 173, Issue 10, pp. 969–979). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16010069>

12. Kim, H., Kwon, S. W., Ahn, Y. M., Jeon, H. J., Park, S., & Hong, J. P. (2019). Implementation and outcomes of suicide-prevention strategies by restricting access to lethal suicide methods in Korea. In *Journal of Public Health Policy* (Vol. 40, Issue 1, pp. 91–102). Palgrave Macmillan Ltd. <https://doi.org/10.1057/s41271-018-0152-x>

13. Altavini, C. S., Asciutti, A. P. R., Solis, A. C. O., & Wang, Y. P. (2022). Revisiting evidence of primary prevention of suicide among adult populations: A systematic overview. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 297, pp. 641–656). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.076>

14. Doty, B., Bass, J., Ryan, T., Zhang, A., & Wilcox, H. (2022). Systematic review of suicide prevention studies with data on youth and young adults living in low-income and middle-income countries. *BMJ Open*, 12 (9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055000>

15. Godoy Garraza, L., Kuiper, N., Goldston, D., McKeon, R., & Walrath, C. (2019). Long-term impact of the Garrett Lee Smith Youth Suicide Prevention Program on youth suicide mortality, 2006–2015. *Journal of Child Psychology and*

*Psychiatry and Allied Disciplines*, 60(10), 1142–1147. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13058>

16. Pistone, I., Beckman, U., Eriksson, E., Lagerlöf, H., & Sager, M. (2019). The effects of educational interventions on suicide: A systematic review and meta-analysis. In *International Journal of Social Psychiatry* (Vol. 65, Issue 5, pp. 399–412). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/0020764019852655>

17. Calear, A. L., Christensen, H., Freeman, A. et al. A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 25, 467–482 (2016). <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0783-4>

18. Christensen-LeCloux, M., Weimer, M., Bjorkgren, K., Booker, W., & Campo, J. v. (2021). Universal suicide risk screening: Views of rural adults on acceptability and implementation in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 71, 102–107. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2021.03.009>

19. Bradley-Ewing, A., Sullivant, S. A., Williams, D. D., Lanzillo, E., Aguinaldo, L., Wharff, E., Horowitz, L. M., & Goggin, K. (2022). Parent and Adolescent Thoughts About Suicide Risk Screening in Pediatric Outpatient Settings. *Archives of Suicide Research*, 26(3), 1173–1185. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1864536>

20. Milliman, C. C., Dwyer, P. A., & Vessey, J. A. (2021). Pediatric Suicide Screening: A Review of the Evidence. *Journal of Pediatric Nursing*, 59, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.12.011>

21. Koo, Y. W., Kõlves, K., & de Leo, D. (2017). Suicide in older adults: Differences between the young-old, middle-old, and oldest old. *International Psychogeriatrics*, 29(8), 1297–1306. <https://doi.org/10.1017/S1041610217000618>

22. Bridge, J. A., Greenhouse, J. B., Ruch, D., Stevens, J., Ackerman, J., Sheftall, A. H., Horowitz, L. M., Kelleher, K. J., & Campo, J. v. (2020). Association Between the Release of Netflix's 13 Reasons Why and Suicide Rates in the United States: An Interrupted Time Series Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(2), 236–243. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.04.020](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.04.020)

23. Till, B., Tran, U. S., & Niederkrotenthaler, T. (2021). The Impact of Educative News Articles about Suicide Prevention: A Randomized

- Controlled Trial. *Health Communication*, 36(14), 2022–2029. <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1813953>
24. Torok, M., Calear, A. L., Smart, A., Nicolopoulos, A., & Wong, Q. (2019). Preventing adolescent suicide: A systematic review of the effectiveness and change mechanisms of suicide prevention gatekeeping training programs for teachers and parents. In *Journal of Adolescence* (Vol. 73, pp. 100–112). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.04.005>
25. Robinson, J., Bailey, E., Witt, K., Stefanac, N., Milner, A., Currier, D., Pirkis, J., Condron, P., & Hetrick, S. (2018). What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis. *EClinicalMedicine*, 4–5, 52–91. <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2018.10.004>
26. Forte, A., Sarli, G., Polidori, L., Lester, D., & Pompili, M. (2021). The role of new technologies to prevent suicide in adolescence: a systematic review of the literature. In *Medicina (Lithuania)* (Vol. 57, Issue 2, pp. 1–13). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/medicina57020109>
27. Christensen, H., Farrer, L., Batterham, P. J., Mackinnon, A., Griffiths, K. M., & Donker, T. (2013). The effect of a web-based depression intervention on suicide ideation: secondary outcome from a randomised controlled trial in a helpline. *BMJ Open*, 3, 2886. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013>
28. Torok, M., Han, J., Baker, S., Werner-Seidler, A., Wong, I., Larsen, M. E., & Christensen, H. (2020). Suicide prevention using self-guided digital interventions: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The Lancet Digital Health*, 2(1), e25–e36. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(19\)30199-2](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30199-2)
29. Wilks, C. R., Lungu, A., Ang, S. Y., Matsumiya, B., Yin, Q., & Linehan, M. M. (2018). A randomized controlled trial of an Internet delivered dialectical behavior therapy skills training for suicidal and heavy episodic drinkers. *Journal of Affective Disorders*, 232, 219–228. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.053>
30. Okamura, K., Ikeshita, K., Kimoto, S., Makinodan, M., & Kishimoto, T. (2021). Suicide prevention in Japan: Government and community measures, and high-risk interventions. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(3). <https://doi.org/10.1111/appy.12471>

## Требования к содержанию статей

Статьи должны содержать собственные выводы и изложения промежуточных или окончательных результатов научных исследований, авторские разработки, выводы, рекомендации, ранее не опубликованные. К публикации принимаются также систематические обзоры, посвященные рассмотрению ранее не опубликованных научных работ, относящихся к общей тематике.

Рукопись принимается с: сопроводительным письмом руководителя учреждения (вложенным файлом), в котором выполнялась работа. Рецензией, заверенной в отделе кадров. Заключением локального этического комитета (при наличии).

Название файла дается по фамилии первого автора: Если подаются несколько работ от одного автора, то имя файла «ФИО 1», «ФИО 2» (например, Петров Г.П.1, Петров Г.П.2). Каждая статья проходит проверку антиспагиата. Статья должна состоять из следующих разделов:

- Название
- Резюме (аннотация)
- Ключевые слова
- Введение
- Цель исследования
- Материалы и методы исследования
- Результаты и обсуждение
- Заключение
- Выводы
- Список использованной литературы

### Титульная страница

Титульная страница оформляется следующим образом: первая строка – в левом верхнем углу УДК, вторая строка - название работы прописными буквами жирным шрифтом без сокращений, третья строка – инициалы, фамилия(ии) автора(-ов), четвертая строка – ученая степень, ученое звание, пятая строка – полное название учреждения, город, страна. Сокращения не допускаются. Выравнивание первых трех строчек по центру листа. Статьи, не соответствующие требованиям, возвращаются для исправления.

### Резюме (аннотация)

Вторая страница содержит резюме и ключевые слова на трёх языках (русском, казахском и английском). Резюме должно быть структурировано и содержать следующие разделы: «Введение», «Цель исследования», «Методы», «Результаты», «Выводы». Объем резюме не более 300 слов (несколько предложений). Под резюме приводится подзаголовок «Ключевые слова», за которым следует от 3 до 6 ключевых слов, отражающие вопросы, рассматриваемые в исследовании. Для ключевых слов желательно использовать термины из базы статей Medline, Pubmed. Первая и вторая страница подается на трех языках казахском, русском, английском.

### Введение

В данном разделе излагается суть проблемы и ее значимость. Необходимо аргументированно доказать читателю необходимость проведения данного исследования. Следует также ссылаться на результаты исследований, проведенных в других странах. В конце раздела формулируется цель исследования. Здесь же перечисляются задачи, поставленные для достижения цели.

### Материалы и методы исследования

Раздел должен включать только те методы, которые используются в исследовании. В разделе рекомендуется представлять четкое описание следующих моментов: тип исследования, способ отбора участников исследования, способы представления и обработки данных.

#### 1. Тип исследования

В подразделе четко описывается тип проводимого исследования (обзор литературы, обсервационное, экспериментальное, и т. д.). Нужно указывать год исследования, в особенности изучения признаков, для которых характерна сезонная изменчивость.

## 2. Способ представления и обработки данных

Метод обработки данных требуется описывать подробно. В подразделе должно быть определение всех статистических терминов, нормативов содержания веществ, ПДК, все использованные лекарства и химические вещества, символы и сокращений, используемые в исследованиях. Если в работе используется несколько статистических критериев, нужно упомянуть их все и указать, в какой ситуации какой из критериев использовался.

## Результаты и обсуждение

Результаты нужно представлять в тексте, таблицах и в виде иллюстраций в логической последовательности исходя из очередности целей и задач исследования. Запрещается дублировать в тексте результаты, представленные в таблицах либо в иллюстрациях, и наоборот. Единицы измерения должны соответствовать Международной системой единиц СИ. Графики, схемы могут быть представлены в форматах Excel или JPEG. Таблицы необходимо печатать после ссылки на таблицу в тексте, озаглавить каждый столбец, разъяснение терминов и аббревиатур нужно указать в примечаниях к таблице. Все иллюстрации должны быть пронумерованы последовательно арабскими цифрами в том порядке, в котором они упоминаются в тексте. При использовании иллюстраций из других источников необходимо привести источник информации.

## Заключение

Данный раздел должен начаться с краткого (не более 2–3 предложений) представления основных результатов исследования. Не следует повторять в данном разделе материал, который уже был описан в разделах «Введение» и «Методы». Необходимо выделить новые и важные аспекты исследования. Следует отметить сильные стороны исследования или чем оно лучше других по данной теме.

## Выводы

Данный раздел необходимо делать исходя из целей исследования. Следует упомянуть значения исследовательского труда для развития науки.

## Список использованной литературы

Нумерация в списке литературы осуществляется по мере цитирования, а не в алфавитном порядке. Рекомендуется использовать источники, изданные в течение последних 5–7 лет. Фамилии отечественных авторов пишутся с инициалами, фамилии, имена, отчества иностранных авторов на языке оригинала. Библиография должна быть напечатана колонкой через 1,5 интервала. Для оригинальных статей количество источников должно быть 25–30, а для обзорных статей не должно превышать 60. В список литературы не включаются тезисы конференций, доклады конференций могут быть включены в список литературы только в том случае, если они доступны и обнаруживаются поисковиками в Интернете – при этом указывается URL, нормативные и законодательные акты (постановления, законы, инструкции и т.д.), доклады, отчеты, протоколы.

При описании статей из журналов указываются ФИО авторов, название статьи и название журнала, год, том, номер страницы. При описании статей из сборников указываются ФИО авторов, название статьи, название сборника, место и год издания, количество страниц. При описании монографии указываются ФИО авторов, название монографии, место издания, название издательства, год издания, количество страниц. При описании главы из монографии указываются ФИО авторов главы, название главы, ФИО авторов монографии, название монографии, место и год издания, количество страниц. Работа, написанная коллективом авторов (более 3 человек) приводится в списке по названию книги. Через косую черту после названия указываются ФИО 4 авторов, если авторов 5 и более – ФИО 3 авторов, затем – и др.

Статьи принимаются на русском, казахском или английском языках.

Статья в формате: А4, все поля 20 мм, номер страниц в верхнем правом углу; через 1,5 интервал, размер шрифта – 12 пт, отступ 10 мм. Использовать только шрифт Times New Roman. Статья может содержать до 10 страниц формата А 4, обзоры – до 12–14 страниц отправлять рукописи на электронный адрес: zhurnal.ncoz@hls.kz



# ПРОЕКТ «ШКОЛЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ»

Школы, содействующие укреплению здоровья (ШСУЗ)

*Содействие укреплению здоровья в условиях школы – это любая деятельность, направленная на улучшение и / или сохранение здоровья всего школьного сообщества.*

**Какие  
вопросы  
включает  
в себя  
ШСУЗ:**

- Комплексное санитарное просвещение;
- Улучшение санитарно-гигиенического состояния школы;
- Физическая активность;
- Рациональное питание;
- Эмоциональный и климат в школе;
- Психологическое консультирование и социальные услуги;
- Оздоровление сотрудников школы;
- Пропаганда здорового образа жизни;
- Школьная медицина;

ШСУЗ – это вклад как в образование так и в здоровье, и каждый член школьного сообщества должен пользоваться возможностью обучаться и работать в школе способствующей укреплению здоровья!





# РЕПРОДУКТИВТІК ДЕНСАУЛЫҚТЫ САҚТАУ

Репродуктивті денсаулық – репродуктивті жүйеге, оның функциялары мен процестеріне қатысты барлық салаларда аурулар мен кеселдердің болмауы ғана емес, толық физикалық, психикалық және әлеуметтік әл-ауқат жағдайы.

## РЕПРОДУКТИВТІК ДЕНСАУЛЫҚТЫ ҚАЛАЙ САҚТАУФА БОЛАДЫ?

- ◆ Салауатты өмір салты
- ◆ Зиянды әдеттерден (темекі шегу, ішімдік пен есірткілерден) бас тарту
- ◆ Дұрыс тамақтану мен дene белсенділігін ұстану
- ◆ Күнделікті жеке тазалық гигиенасын сақтау

- ◆ Отбасылық жұптарға жүктілікті жоспарлау жөнінде кеңес беру
- ◆ Контрацепция әдістерін дербес таңдау
- ◆ Жыныстық жолмен жүгатын инфекциялардың (ЖЖЖИ) алдын алу
- ◆ Ерте жыныстық өмір мен әдепсіз жыныстық байланыстардан бас тарту
- ◆ Мамандардан мерзімді профилактикалық тексеруден өту

БҮГІН РЕПРОДУКТИВТІК  
ДЕНСАУЛЫҒЫНДЫ САҚТАЙ ОТЫРЫП,  
ӨЗІҢЕ БОЛАШАҚТА ТОЛЫҚҚАНДЫ  
ӨМІР СҮРУГЕ КЕПІЛДІК БЕРЕСІН