



ҚР ДСМ Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы

Национальный центр общественного здравоохранения МЗ РК

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

**САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ  
АУРУДЫҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚТЫ  
НЫҒАЙТУДЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ**

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

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

**№ 2  
2024**

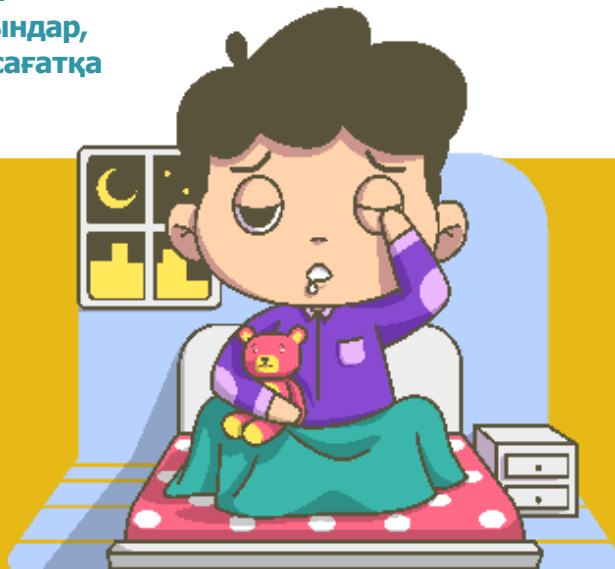
# Энергетикалық сусындарды тұтынудың алдын алу



**ЭНЕРГЕТИКТЕР** — бұл уақытша күш пен жүйке жүйесінің қозуын тудыратын сусындар, энергетикалық сусындардың әсері 3-4 сағатқа созылады.

## КОФЕИННІҢ АРТЫҚ ДОЗАЛАНУЫ —

жүрек айнуы мен құсуды, жүрек соғуының жоғарылауын, құрысуларды, жоғары қан қысымын және кейбір жағдайларда тіпті өлімді тудырады. Жиі қолдану екінші типтегі қант диабетіне, тісті нашарлатады, семіздікке, неврологиялық және жүрек-қан тамырлары ауруларына қауіп төндіреді. Бүйрек тастарының пайда болуына, сондай-ақ сүйек проблемаларына остеопорозға алып келеді.



## Энергетикалық сусындардың денсаулыққа әсері:



Энергетикалық сусындар қан қысымының жоғарылауына, ми тамырларының спазмына, жүрек соғысының бұзылуына әкеледі.



Сусын таусылғаннан кейін бірқатар жанама әсерлер байқалады: шаршау, тітіркену, ұйқысыздық, депрессия.



Энергетиктарды көп мөлшерде пайдаланған кезде кофеиннің дозалары жүректің ауыр проблемаларына әкеледі және оның көмірқышқыл газы мен қантпен үйлесуі асқазан мен



Барлық сусындарда кофеин бар, ал кофеин есірткі заты болғандықтан, олар тәуелділікті тудырады және жүйке жүйесін әлсіретеді.



Энергетикалық сусын ішкеннен кейін қан қысымы, қандағы қанттың жалпы деңгейі көтеріледі.



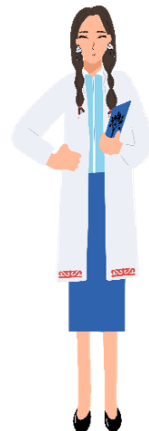
Барлық энергетикалық сусындар жоғары калориялы, яғни артық салмақтың жиналуына ықпал етеді.



Сусынның өзі энергиямен қанықпағандықтан, оның құрамындағы кофеиннің арқасында ол дененің өзінен энергия алады.



Кез-келген энергетикалық сусындарды балаларға ішуге болмайды.



**Вакцинация — бұл ВПЧ вирусын жұқтырудан қорғаудың қауіпсіз және тиімді әдісі.**



Жатыр мойны обыры - ауыр зардаптармен көрінетін, ең алдымен 45-60 жас аралығындағы әйелдерге әсер ететін, бірақ жас әйелдерде де кездесетін күрделі онкологиялық ауру. ВПЧ-ге қарсы вакцинация қатерлі ісікке дейінгі зақымданулар мен жатыр мойны обырының даму қаупін 90% - ға төмендетеді.



Қыздар қай кезде вакцинациялануы керек? Жатыр мойны обырының алдын алу мақсатында 9-14 жас аралығындағы барлық қыздарға HPV-ге қарсы вакцинация жүргізу

Көптеген жағдайларда ВПЧ инфекциясы өздігінен жойылып, қатерлі ісікке дейінгі зақымданулар өздігінен емделсе де, барлық әйелдер инфекцияның созылмалы түрге ауысу және қатерлі ісікке дейінгі зақымданулардың инвазивті жатыр мойны обырына айналу қаупіне ұшырайды, бұл әйелдердің денсаулығына үлкен қауіп төндіреді.

Сонымен қатар, егер инфекция ағзада сақталса, ол ерлер мен әйелдерге әсер ететін басқа да ісік түрлерінің дамуына әкелуі мүмкін.

# АДАМНЫҢ ПАПИЛЛОМА ВИРУСЫ (ВПЧ)



Адамның папиллома вирусы (ВПЧ) — ерлер мен әйелдерге әсер ететін қатерлі ісіктердің дамуына әкелуі мүмкін ең көп таралған вирустық инфекция.



Жатыр мойны обыры жағдайларының басым көпшілігі (95% - дан астамы) адам папилломавирусынан туындайды. Қыздардың тиісті жастағы ВПЧ-ге қарсы вакцинациясы кейінгі жасында ықтим ауыр инфекциядан қорғайды!



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

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ISSN 2223-2931**

**Издается с 2002 г.**

**№ 2. 2024 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:**

д.м.н., профессор Слажнева Т.И.

**Редакционный совет:**

Академик Шарманов Т.Ш. (Казахстан)

д.м.н., профессор Кульжанов М.К. (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)

**Технически редактор:**

Акимбаева А.А.

Журнал сверстан и опечатан в типографии  
НЦОЗ МЗ РК

Адрес редакции:  
г. Астана, ул. Иманова 11  
www.hls.kz  
zhurnal.ncoz@hls.kzp  
Заказ № 60 .Тираж 50 эк

## МАЗМҰНЫ

### ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ҰЙЫМЫ

<b>Жумашова М.С., Даниярова А.Б.</b> Қалалық емхананы басқаруды ұйымдастыру механизмдерін жетілдіру.....	8
<b>Жандыбаев А.Е., Даниярова А.Б.</b> Қалалық көпсалалы аурухананың медициналық персоналын ынталандыру процесін басқару.....	15
<b>Молдабаева Ж.И., Арынова Г.А.</b> Шу қалалық ауруханасының нейроинсульттік орталығының жұмысын оңтайландырудың медициналық-ұйымдастырушылық аспектілері.....	24

### АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ

<b>Калдыбаев Ж.Т., Даниярова А.Б., Бимурзаева Ф.А.</b> Диспансерлік науқастарға медициналық көмек көрсетуді жетілдіру.....	30
<b>Кабулов А., Даниярова А.Б.</b> Ауруларды басқару бағдарламасына қатысатын науқастарды жүргізуді жетілдіру.....	38
<b>Бегимова Г.А.</b> Жас әйелдерде адам папилломавирусымен байланысты жатыр мойны патологиясын жүргізу тактикасын оңтайландыру.....	45
<b>Қындыбаева Г.С., Даниярова А.Б., Бимурзаева Ф.А.</b> МСАК-та онкологиялық науқастарды ерте анықтауға арналған скринингтік зерттеулерді жетілдіру.....	50

## СОДЕРЖАНИЕ

### ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<b>Жумашова М.С., Даниярова А.Б.</b> Совершенствование механизмов организации управления городской поликлиникой.....	8
<b>Жандыбаев А.Е., Даниярова А.Б.</b> Управление процессом стимулирования медицинского персонала городской многопрофильной больницы.....	15
<b>Молдабаева Ж.И., Арынова Г.А.</b> Медико-организационные аспекты оптимизации работы нейроинсультного центра Шуской городской больницы.....	24

### ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ

<b>Калдыбаев Ж. Т. Даниярова А.Б., Бимурзаева Ф.А.</b> Совершенствование оказания медицинской помощи диспансерным больным.....	30
<b>Кабулов А., Даниярова А.Б.</b> Совершенствование ведения больных, участвующих в программе управления заболеваниями.....	38
<b>Бегимова Г.А.</b> Оптимизация тактики проведения патологии шейки матки, связанной с вирусом папилломы человека у молодых женщин .....	45
<b>Кындыбаева Г.С., Даниярова А.Б., Бимурзаева Ф.А.</b> Совершенствование скрининговых исследований для раннего выявления онкологических больных в ПМСП.....	50

## CONTENT

### ORGANIZATION OF HEALTH CARE

<b>Zhumashova M.S., Daniyarova A.B.</b> Improving the management mechanisms of the city polyclinic.....	8
<b>Zhandybaev A.E., Daniyarova A.B.</b> Management of the process of stimulation of medical personnel of the city of multi-profile patients.....	15
<b>Moldabaeva Zh.I., Arynova G.A.</b> Medical and organizational aspects of optimizing the work of the neuroinsult center of the Shu City Hospital.....	24

### DISEASE PREVENTION

<b>Kaldybaev J. T., Daniyarova A.B., Bimurzayeva F.A.</b> Improving the provision of medical care to dispensary patients.....	30
<b>Kabulov A., Daniyarova A.B.</b> Improving the management of patients participating in the disease management program.....	38
<b>Begimova G.A.</b> Optimization of tactics for managing cervical pathologies associated with human papillomavirus in young women. literature review.....	45
<b>Kyndybayeva G.S., Daniyarova A.B., Bimurzayeva F.A.</b> Improving screening studies for early detection of cancer patients in primary care.....	50

**ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ҰЙЫМЫ  
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ORGANIZATION OF HEALTH CARE**

УДК 614.2

**ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНАНЫ БАСҚАРУДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ МЕХАНИЗМДЕРІН  
ЖЕТІЛДІРУ**

<sup>1</sup> М.С.Жумашова, <sup>1</sup> А.Б.Даниярова

<sup>1</sup>ҚДСЖМ Қазақстандық медицина университеті, Алматы қ.

**ТҮЙІНДЕМЕ**

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) алғашқы медициналық-санитарлық көмекті (МСАК) барлығы үшін денсаулық Стратегиясына қол жеткізудің негізгі тетіктерінің бірі ретінде айқындайды, өйткені ол денсаулық сақтау жүйесінің басты міндетін орындай отырып, оның орталық буыны және қоғамның бүкіл әлеуметтік-экономикалық даму процесінің ажырамас бөлігі болып табылады.

Емхана жұмысының тиімділігі көбінесе аурухананың қалай басқарылатынына және оның жалпы қалай жұмыс істейтініне байланысты. Көптеген жағдайларда әдебиеттерге шолу аурухананың жұмысының тиімділігі көбінесе медициналық қызметкерлердің қатысуымен, әсіресе аурухананың ұйымдастырушылық тиімділігін арттыру тұрғысынан анықталатынын көрсетті.

Емхананы басқаруды ұйымдастыру пациенттерге тиімді медициналық көмек көрсетуде шешуші рөл атқарады. Басқару тетіктерін жетілдіру үшін медициналық мекеменің жұмысын оңтайландыруға көмектесетін заманауи тәсілдер мен әдістерді зерделеу қажет.

**Түйінді сөздер:** емхана, еңбек мотивациясы, амбулатория-шұғыл көмек.

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ОРГАНИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ  
ПОЛИКЛИНИКОЙ**

<sup>1</sup> М.С.Жумашова, <sup>1</sup> А.Б.Даниярова

<sup>1</sup> Казахстанский медицинский университет ВШОЗ, г.Алматы

**РЕЗЮМЕ**

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) как один из основных механизмов достижения стратегии здравоохранения для всех, поскольку она является его центральным звеном и неотъемлемой частью всего процесса социально-экономического развития общества, выполняя главную задачу системы здравоохранения.

Эффективность работы клиники во многом зависит от того, как управляется больница и как она работает в целом. Во многих случаях обзор литературы показал, что эффективность работы больницы во многом определяется участием медицинского персонала, особенно с точки зрения повышения организационной эффективности больницы.

Организация управления поликлиникой играет решающую роль в оказании эффективной



медицинской помощи пациентам. Для совершенствования механизмов управления необходимо изучить современные подходы и методы, помогающие оптимизировать работу медицинского учреждения.

**Ключевые слова:** поликлиника, мотивация труда, амбулатория-неотложная помощь.

## IMPROVING THE MANAGEMENT MECHANISMS OF THE CITY POLYCLINIC

<sup>1</sup>Zhumashova M.S., <sup>1</sup>Daniyarova A.B.

<sup>1</sup>KSPH Medical University, Almaty

### SUMMARY

The World Health Organization (WHO) defines primary health care (PHC) as one of the main mechanisms for achieving a health strategy for all, since it is its central link and an integral part of the entire process of socio-economic development of society, fulfilling the main task of the health system.

The effectiveness of the clinic largely depends on how the hospital is managed and how it works in general. In many cases, a review of the literature has shown that the effectiveness of the hospital is largely determined by the participation of medical staff, especially in terms of improving the organizational effectiveness of the hospital.

The organization of polyclinic management plays a crucial role in providing effective medical care to patients. To improve management mechanisms, it is necessary to study modern approaches and methods that help optimize the work of a medical institution.

**Keywords:** polyclinic, work motivation, outpatient clinic-emergency care.

### КІРІСПЕ

Емдеу-алдын алу мекемелерінің жұмыс тәжірибесіне әртүрлі заманауи ұйымдастыру технологияларын қолдана отырып, амбулаториялық-емханалық қызметтің қызметін ұйымдастыруды жетілдіруге, халыққа алғашқы медициналық көмек көрсету кезінде учаскелік жалпы тәжірибе дәрігерінің рөлін арттыруға байланысты ұйымдастырушылық қадамдарды қарқынды енгізу медициналық персонал қызметінің медициналық-әлеуметтік аспектілерін, олардың медициналық қызмет көрсету ерекшеліктерін, оның ішінде профилактикалық сипатын зерттеуді талап етеді. Осы уақытқа дейін бақыланатын пациенттер арасында профилактикалық жұмыстарды жүргізуге учаскелік дәрігерлердің рөлі мен қатысу дәрежесі және амбулаториялық-емханалық мекемелердегі жалпы тәжірибе дәрігерінің жұмыс сапасын арттыру белгіленбеген.

Денсаулық сақтауды басқару жүйесін жетілдірудің теориялық және практикалық аспектілерін зерделеудегі белгілі бір прогреске қарамастан, оңтайлы басқару моделін құру және МСАК деңгейінде қолда бар ресурстарды ұтымды пайдалану міндеті өзекті мәселелердің бірі болып қала береді.

Алғашқы медициналық-санитарлық көмекке тікелей әкімшілік бақылау мүмкіндігін жоғалту қазіргі уақытта көбінесе экономикалық басқару әдістерімен жеткіліксіз өтеледі. МСАК деңгейінде қарым-қатынастың басым әдісі бұрынғысынша медициналық көмектің нақты көлемі мен сапасына тікелей байланыссыз қаржылық ресурстарды бөлу болып табылады. Көптеген зерттеушілер денсаулық сақтауды басқару саласындағы реформалардың ауқымы мардымсыз екенін, міндетті медициналық сақтандыруға көшумен байланысты үміттер әлі орындалмағанын мойындайды.

Амбулатория-шұғыл көмекке немесе ауруханаға жатқызуға мұқтаж емес адамдарға арналған медициналық көмек нұсқаларының бірі. Ол мемлекеттік немесе жеке меншікте болуы мүмкін және әдетте жергілікті қауымдастықтарға қызмет етеді. Әр түрлі қажеттіліктері бар барлық жастағы пациенттер кез-келген уақытта клиникаға кіре алатындықтан, әр клиникада басқарушылық қадағалауды, тікелей медициналық көмекті, көмекші қызметтерді және әкімшілікті қамтамасыз ететін ұйымдық құрылым бар. Қазіргі медициналық жүйенің негізгі аспектілерінің бірі-емхананы

басқаруды ұйымдастыру. Дұрыс жобаланған басқару тетігі көрсетілетін медициналық қызметтердің жоғары сапасын қамтамасыз етуге, жұмыс процесін оңтайландыруға және ресурстарды тиімді пайдалануға мүмкіндік береді.

Аурухана жұмысының тиімділігі көбінесе аурухананың қалай басқарылатынына және оның жалпы қалай жұмыс істейтініне байланысты. Көптеген жағдайларда әдебиеттерге шолу аурухананың жұмысының тиімділігі көбінесе медициналық қызметкерлердің қатысуымен, әсіресе аурухананың ұйымдастырушылық тиімділігін арттыру тұрғысынан анықталатынын көрсетті.

Емхананы басқаруды ұйымдастыру пациенттерге тиімді медициналық көмек көрсетуде шешуші рөл атқарады. Басқару тетіктерін жетілдіру үшін медициналық мекеменің жұмысын оңтайландыруға көмектесетін заманауи тәсілдер мен әдістерді зерделеу қажет.

Емхананы басқаруды жетілдірудің негізгі аспектілерінің бірі-ақпараттық технологияларды қолдану. Заманауи бағдарламалық шешімдер қабылдау, көрсетілетін қызметтерді есепке алу, дәрі-дәрмек қорларын бақылау және емхана жұмысының басқа да көптеген аспектілерін автоматтандыруға мүмкіндік береді. Бұл медициналық мекеменің тиімділігін едәуір жақсартуға және пациенттерге сапалы қызмет көрсетуге мүмкіндік береді.

Емхананы басқару тетіктерін жетілдірудің тағы бір маңызды аспектісі клиентке бағдарлану қағидаттарын енгізу болып табылады. Бұл емхана жұмысын пациенттердің қажеттіліктері мен күтулеріне бағыттауды, сондай-ақ көрсетілетін қызметтердің сапасын жақсарту бойынша тұрақты жұмысты білдіреді. Пациенттердің пікірін ескеру және олардың қажеттіліктерін қанағаттандыруға ұмтылу маңызды.

Сондай-ақ, емхананы басқаруды жетілдірудің маңызды аспектісі персоналды басқару жүйесін дамыту болып табылады. Медицина қызметкерлерін кәсіптік оқытуды және дамытуды қамтамасыз ету, сондай-ақ көрсетілетін қызметтердің сапасын арттыруға ықпал ететін мотивациялық жүйелерді құру қажет.

Осылайша, емхананы басқару тетіктерін жетілдіру әртүрлі тәсілдер мен әдістерді біріктіруді талап ететін көп қырлы процесс болып табылады. Заманауи ақпараттық технологияларды енгізу, пациенттердің қажеттіліктеріне бағдарлану және персоналды басқару жүйесін дамыту медициналық мекеменің тиімді жұмыс істеуін қамтамасыз етуге және пациенттерге көрсетілетін медициналық көмектің сапасын арттыруға көмектеседі.

Денсаулық сақтау қызметкерлерінің тиімді еңбек мотивациясы денсаулық сақтаудың жалпы тиімділігін арттыру үшін ерекше маңызды болуы мүмкін; мұнда аурухананы басқарудың рөлі мен дағдыларын асыра бағалау қиын. Ереже қарапайым: егер басшылар жұмысқа байланысты медициналық персоналдың негізгі қажеттіліктерін қанағаттандыруға ұмтылса, медицина мамандары өз мекемесінің беделіне көбірек көңіл бөледі және пациенттердің қажеттіліктерін таниды және қанағаттандырады.

Еңбек мотивациясының маңыздылығы медициналық қызметкерлер арасында басқа мемлекеттік қызметкерлерге қарағанда айқынырақ. Барлық дәрігерлерге ортақ нәрсе-олар ерекше күтімді және мұқият болуды қажет ететін науқастармен жұмыс істейді. Бұл міндеттеме мен берілгендікті, сондай-ақ пациенттер кездесетін қиын жағдайларды шешу қажеттілігімен байланысты психологиялық ауыртпалықты жеңе білуді қамтиды. ДДҰ Денсаулық сақтау қызметкерлерінің мотивациясын медициналық қызмет сапасының негізгі көрсеткіші ретінде қарастыруды ұсынады. Өз жұмысына көбірек қатысатын дәрігерлер емделудің жақсы нәтижелерін, сондай-ақ ынтасы төмен адамдарға қарағанда пациенттердің жеке қанағаттануы мен қанағаттанушылығын алады [1-16].

**Зерттеу мақсаты:** Қалалық емханасының басқарудың ұйымдастыру механизмін жетілдіруді зерделеу

**Зерттеу материалдары мен әдістері:**

- Библиографиялық;
- Ақпараттық-аналитикалық;
- Статистикалық.

## НӘТИЖЕЛЕР ЖӘНЕ ТАЛҚЫЛАУ

Қазіргі медициналық қоғамда медицина қызметкерлерінің мотивациясын, кәсіби өсуін және пациенттерге көрсетілетін көмектің сапасын арттыруға көмектесетін еңбекті ынталандырудың көптеген әдістері бар. Осы әдістердің кейбіреулері мыналарды қамтиды:

1. Қаржылық ынталандырулар: сыйлықақылар, бонустар белгілеу, кәсібиліктің жоғары көрсеткіштері, пациенттерге қызмет көрсету сапасы үшін сыйлықақы беру.

2. Кәсіби даму: оқыту, тағылымдамалар, конференцияларға, семинарларға қатысу, әріптестерімен тәжірибе алмасу.

3. Жұмыстың жайлылық деңгейін арттыру: заманауи жабдықтармен, ыңғайлы жұмыс аймағымен қамтамасыз ету, кәсіби жұмыс үшін жағдай жасау.

4. Психологиялық қолдау: кеңес беру, тренингтер, стресстік жағдайларда психологиялық көмек.

5. Инновациялар мен шығармашылықты ынталандыру: жаңа емдеу әдістерін әзірлеуде, медициналық қызметтердің сапасын жақсартуда медицина қызметкерлерін қолдау және ынталандыру.

Медицина қызметкерлерінің еңбегін тиімді ынталандыру олардың кәсіби деңгейін едәуір арттыра алады, медициналық көмектің сапасын жақсартады және қызметкерлерде де, пациенттерде де жоғары қанағаттану деңгейін қамтамасыз етеді. Еңбек мотивациясы-бұл жеке орындаушылар мен топтарды ұйымдық мақсаттарға жетуге, шешімдерді орындауға және өнімді орындауда жоспарланған жұмыстарға итермелеу процесі жалақы жалғыз ынталандырушы фактор болып табылады. Қазіргі уақытта мотивация теориясының екі бағыты бар. Біріншіден, негізгі қозғаушы күш-адамның қалауы. Екіншіден, адамның іс-әрекеті оның реакциялары мен үміттерімен анықталады.

### **Емханада сапалы медициналық қызмет көрсету бірнеше аспектілерді қамтиды:**

- Білікті медициналық персоналды іріктеу және оқыту.
- Пациенттерді олардың қажеттіліктері мен жайлылығын ескере отырып қабылдау және оларға қызмет көрсету процесін ұйымдастыру.
- Медициналық қызметтердің қолжетімділігі мен уақтылығын қамтамасыз ету.
- Медициналық көмектің сапасын тұрақты бағалау және бақылау жүргізу.
- Диагностика мен емдеудің заманауи әдістерін енгізу.
- Медициналық көмек көрсету бойынша стандарттар мен хаттамаларды сақтау.
- Қызмет көрсету сапасын жақсарту үшін пациенттермен кері байланыс жүйесін дамыту.
- Пациенттердің қауіпсіздігін қамтамасыз ету және дәрігерлік қызметтің этикалық қағидаттарын сақтау.
- Кәсіби дағдылар мен білімді жақсарту үшін медициналық персоналды үздіксіз оқыту және дамыту.
- Тәжірибе алмасу және Үздік тәжірибелер үшін басқа медициналық мекемелермен және мамандармен ынтымақтастық.

### **Емханада қызметкерлердің жұмысын ұйымдастыру келесі аспектілерді қамтиды:**

- Персоналдың қажеттіліктері мен мамандандыруларын ескере отырып, ұйымның оңтайлы құрылымын әзірлеу.
- Әрбір қызметкер үшін лауазымдық міндеттер мен функцияларды анықтау.
- Кәсіби іріктеу және білікті мамандарды жалдау.
- Қызметкерлердің біліктілігін арттыру және кәсіби дағдыларын дамыту үшін оқыту мен тренингтер өткізу.
- Ішкі еңбек тәртібінің нақты рәсімдері мен ережелерін белгілеу.
- Мекеме мен қызметкерлердің қажеттіліктерін ескере отырып, жұмыс кестесін және демалысты ұйымдастыру.
- Қызметкерлердің өнімділігіне жүйелі мониторинг және бағалау жүргізу.

- Әр түрлі бөлімшелер мен қызметкерлер арасындағы байланыс пен ынтымақтастықты қамтамасыз ету.
- Мақсатқа жету және жақсы жұмыс істеу үшін қызметкерлерді ынталандыру және ынталандыру тетіктерін әзірлеу.
- Салауатты және өнімді жұмыс атмосферасын сақтау мақсатында ұжымдағы жанжалдар мен проблемаларды шешу.

Емхананың (немесе кез келген басқа медициналық мекеменің) SWOT талдауы оның ішкі және сыртқы ортасын кешенді бағалау үшін жүргізіледі. Бұл ұйымның күшті және әлсіз жақтарын, сондай-ақ оған тап болуы мүмкін мүмкіндіктер мен қауіптерді анықтауға көмектеседі. SWOT талдауын жүргізудің негізгі мақсаттары:

1. Ағымдағы жағдайды бағалау: медициналық қызметтердің сапасы, қызметкерлердің біліктілік деңгейі, жабдықтар мен технологиялардың қолжетімділігі, қаржылық жағдайы және т. б. сияқты емхананың ішкі күшті және әлсіз жақтарын түсіну.

2. Өсу және жақсарту мүмкіндіктерін анықтау: сыртқы ортаны талдау емхананы дамыту үшін қолдануға болатын қолайлы мүмкіндіктерді анықтауға көмектеседі. Бұл жаңа нарықтар, серіктестіктер, технологиялық инновациялар, заңнамадағы өзгерістер және т. б. болуы мүмкін.

3. Қауіптер мен тәуекелдерді болжау: бәсекелестік, экономикадағы өзгерістер, демографиялық өзгерістер, саяси және реттеуші тәуекелдер сияқты емхана қызметіне теріс әсер етуі мүмкін сыртқы факторларды анықтау.

4. Шешім қабылдауды жақсарту: SWOT талдауы басшыларға неғұрлым негізделген шешімдер қабылдауға және басқарудың тиімді стратегияларын жасауға көмектесетін құрылымдық ақпаратты ұсынады.

5. Бәсекеге қабілеттілікті арттыру: бәсекелестерге қатысты олардың артықшылықтары мен кемшіліктерін түсіну емханаға өзін нарықта жақсырақ орналастыруға және бәсекеге қабілеттілігін арттыруға мүмкіндік береді.

## ҚОРЫТЫНДЫ

Осылайша, SWOT талдау емханаға өз ресурстарын тиімдірек басқаруға және сыртқы ортадағы өзгерістерге бейімделуге мүмкіндік беретін маңызды стратегиялық жоспарлау құралы болып табылатын ескере отырып келесі талдау жасалды:

### **Емхананың күшті жақтары:**

1. Кәсіби мамандар: жоғары білікті дәрігерлер мен медициналық қызметкерлердің болуы сапалы медициналық көмекке ықпал етеді.
2. Қол жетімділік: емхана дамыған көлік инфрақұрылымы бар ыңғайлы жерде орналасқан, халыққа оңай қол жетімді болуы мүмкін.
3. Қызметтердің кең ауқымы: емханалар әдетте профилактикалық тексеруден бастап емдеу процедураларына дейін медициналық қызметтердің кең ауқымын ұсынады.
4. Техникалық жабдық: заманауи медициналық жабдықтың болуы диагностика мен емдеуді жоғары деңгейде жүргізуге мүмкіндік береді.
5. Медициналық бағдарламалар мен акциялар: аурулардың алдын алу шараларын, ерте анықтау акцияларын өткізу және халықты оқыту денсаулықты сақтауға ықпал етеді.
6. Кешенді тәсіл: әр түрлі мамандардан бір жерде кеңес алу мүмкіндігі кешенді емдеу мен диагностиканы қамтамасыз етуге мүмкіндік береді.
7. Тиімді ұйымдастыру: жақсы ұйымдастырылған қабылдау, медициналық құжаттама және пациенттерді қабылдау жүйелері күту уақытын қысқартуға және күтімді жақсартуға ықпал етеді.
8. Бақылау және бақылау жүйесі: сапаны бақылау жүйесінің болуы қызмет көрсету стандарттарын бақылауға және ықтимал мәселелерге жауап беруге көмектеседі.
9. Пациенттерді қолдау: салауатты өмір салты және аурудың алдын алу мәселелерінде ақпараттық жұмыс жүргізу және пациенттерді қолдау.
10. Әлеуметтік қолдау бағдарламалары: медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын жақсартатын пациенттердің белгілі бір санаттары үшін әлеуметтік көмек бағдарламалары мен

жеңілдіктер беру.

**Емхананың әлсіз жақтары:**

1. *Ұзақ кезектер мен күту:* қабылдауды тиімсіз ұйымдастыру пациенттердің ұзақ кезектері мен күтуіне әкелуі мүмкін.

2. *Жабдықтар мен ресурстардың жеткіліксіздігі:* шектеулі қаржылық ресурстар жабдықтың жеткіліксіздігіне және қызмет көрсетудің шектеулі мүмкіндіктеріне әкелуі мүмкін.

3. *Мамандар арасындағы үйлестірудің жеткіліксіздігі:* әртүрлі мамандар арасындағы тиімді үйлестіру мен ынтымақтастық жүйесінің болмауы пациенттерді кешенді емдеуді қиындатуы мүмкін.

4. *Қызмет көрсету сапасына жеткіліксіз назар аудару:* пациенттердің сапаны бақылау және кері байланыс жүйесін талдау қызмет көрсету деңгейінің төмендеуіне әкелуі мүмкін.

5. *Ақпараттық қолдаудың жеткіліксіздігі:* пациенттерге медициналық қызметтер мен процедуралар туралы ақпараттық ресурстар мен қол жетімді ақпараттың кеңінен қолданылмауы байланыс пен түсіністікте қиындықтар тудыруы мүмкін.

6. *Халықтың осал топтары үшін қолжетімділіктің жеткіліксіздігі:* мигранттар, аз қамтылған отбасылар немесе мүгедектер сияқты кейбір популяциялар медициналық қызметтерге қол жеткізуде қиындықтарға тап болуы мүмкін.

**Емхананың мүмкіндіктері:**

1. *Технологияны енгізу:* телемедицинаны енгізу қызмет көрсетудің қолжетімділігі мен тиімділігін жақсарты алады.

2. *Персоналды оқыту:* медициналық персоналға клиентке бағытталған қарым-қатынас дағдыларын және қызмет көрсету сапасын жақсарту бойынша оқыту мен тренингтер өткізу.

3. *Алдын алу бағдарламаларын дамыту:* халық үшін аурулардың алдын алу және салауатты өмір салты бағдарламаларын енгізу емханаға жүктемені азайтып, қоғамдастықтың жалпы денсаулығын жақсарты алады.

4. *Сапаны басқару жүйесін жақсарту:* сапаны бақылау мен бақылаудың тиімді жүйесін құру проблемаларды анықтауға және оларды жою бойынша шаралар қабылдауға көмектеседі.

5. *Пациенттерді тарту:* кері байланыс механизмдерін құру және пациенттердің шешім қабылдау процесіне қатысуы олардың қажеттіліктері мен қалауларын ескереді.

6. *Қызметтерді кеңейту:* оңалту, психологиялық көмек сияқты жаңа медициналық мамандықтар мен қызметтерді дамыту пациенттерге кешенді қызмет көрсетуді жақсарты алады.

7. *Қоғамдық ұйымдармен ынтымақтастық:* коммерциялық емес және қоғамдық ұйымдармен өзара әрекеттесу халықтың осал топтарын қолдау және медициналық қызметтерге қол жетімділікті арттыру бойынша іс-шараларды ұйымдастыруға көмектеседі.

8. *Деректер мен аналитиканы пайдалану:* сырқаттанушылық және пациенттердің қанағаттану деңгейі туралы деректерді талдау үрдістерді анықтауға және емхананың жұмысын жақсарту бойынша негізделген шешімдер қабылдауға мүмкіндік береді.

9. *Коммуникациялар мен ақпараттық қолдауды дамыту:* пациенттермен қарым-қатынасты жақсарту және медициналық қызметтер туралы қол жетімді ақпарат беру пациенттер мен медициналық қызметкерлер арасындағы өзара әрекеттесу мен түсінуді жақсартуға көмектеседі.

**Емхананың қауіп-қатері:**

1. *Қызметкерлердің біліктілігінің жеткіліксіздігі:* Біліктіліктің жеткіліксіздігіне немесе қызметкерлердің тәжірибесінің болмауына байланысты медициналық көмектің сапасының төмендігі.

2. *Деректер қауіпсіздігінің бұзылуы:* медициналық ақпараттың ағуы немесе электрондық медициналық құжаттама жүйелеріне хакерлік шабуылдар, бұл пациенттердің жеке деректерінің ағып кетуіне әкелуі мүмкін.

3. *Диагностика мен емдеудегі қателіктер:* қызметкерлердің қателіктеріне немесе диагностикалық сынақтардың дәлдігінің жеткіліксіздігіне байланысты пациенттерді дұрыс диагностикалау немесе емдеу.

4. *Медициналық қателер:* дәрі-дәрмектің дұрыс емес дозасы, процедуралық қателіктер немесе сәтсіз операциялар, бұл пациенттер үшін жағымсыз салдарға әкелуі мүмкін.

5. *Қаржыландырудың жеткіліксіздігі:* бюджет қаражатының шектеулі болуы немесе ресурстарды дұрыс бөлмеу жабдықтардың, дәрі-дәрмектердің және қызметкерлердің

жетіспеушілігіне әкелуі мүмкін.

6. *Пандемия және эпидемия*: пациенттер мен қызметкерлер арасында жұқпалы аурулардың таралу қаупі, әсіресе жеткілікті сақтық шаралары болмаған жағдайда.

8. *Қоғаммен байланыстың болмауы*: пациенттермен және қоғаммен қарым-қатынастың жеткіліксіздігі түсініспеушіліктер мен қақтығыстарға, сондай-ақ пациенттердің қажеттіліктері мен күтулері туралы маңызды ақпаратты жіберіп алуға әкелуі мүмкін.

9. *Табиғи және технологиялық апаттар*: жер сілкінісі, өрт немесе су тасқыны сияқты табиғи апаттар немесе ғимараттарды, жабдықтарды зақымдауы немесе пациенттер мен қызметкерлерді эвакуациялауы мүмкін технологиялық апаттар қаупі.

SWOT талдауы емхананы басқару тетіктерін жетілдіруге айтарлықтай әсер етуі мүмкін. Бұл қалай болуы мүмкін:

Нәтижесінде, SWOT талдауы емхана басшылығына негізделген шешімдер қабылдауға, ішкі процестерді жақсартуға және бәсекеге қабілеттілікті арттыруға көмектесетін маңызды құралға айналады, бұл сайып келгенде мекемені тиімді басқаруға және табысты дамытуға әкеледі.

### ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. "Health topics: Primary health care". World Health Organization. Retrieved 28 March 2011.
2. *Braveman, Paula; E. Tarimo (1994). Screening in Primary Health Care: Setting Priorities With Limited Resources. World Health Organization. p. 14. ISBN 9241544732*. Retrieved 4 November 2012.
3. Общемировые тенденции развития кадровой политики в сфере здравоохранения / О.Г. Хурцилава, В.С. Лучкевич, М.В. Авдеева, В.Н. Филатов, И.Л. Самодова // Вестник СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015. № 2
4. Линденбратен, А. Л. Методические подходы к внедрению стимулирующих систем оплаты труда в медицинских организациях / А. Л. Линденбратен // Здравоохранение. 2015. № 2
5. Киселева Е.В. Планирование и развитие карьеры. Учебное пособие. — Вологда. Легия. Филиал СЗАГС. 2012 г.
6. Коновалова В. Управление вовлеченностью персонала: факторы успехов и неудач // Кадровик. 2014. №9
7. Entrepreneurship and business: Studies. book/Author E. V. Tutukin. - Moscow: information and implementation center "marketing", 2015.
8. Красулина Т.С. Разработка способов оценки качества системы стимулирования и ее внедрение на нефтедобывающих предприятиях // Интернетжурнал Науковедение. - 2016. - том 8, № 3
9. Экономика и труд: Межвузовский сборник научных трудов. -Омск: Изд-во ОмГУ, 2002.
10. Цветкова Г. Мотивационная сфера личности: методика изучения // Приклад, псих, и психоанализ. 2016.-N 3.
11. Michael R. Losey. HR-менеджмент: уравнение компетентности //Справочник по управлению персоналом, 2003, №3.
12. Проблемы развития предприятий: теория и практика/ Материалы международной научно-практической конференции. Самара: Изд-во Самарск. гос. экон. акад., 2014.
13. Козлов В.В., Внутренний рынок труда в условиях трансформации корпоративной культуры фирмы, М.: М-Мега,2011.
14. Карташова Л.В., Никонова Т.В., Организационное поведение.: Учебник М.: Инфра-М, 2000.
15. Stout L. U. personnel Management. Managers ' Handbook. / Stout L. U.- Moscow: Dobraya kniga Publishing house, 2007
16. Айказян А., Нисевич Е. В поисках совершенства управления//Вопросы экономики, 2014, №2.

## ҚАЛАЛЫҚ КӨПСАЛАЛЫ АУРУХАНАНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ПЕРСОНАЛЫН ЫНТАЛАНДЫРУ ПРОЦЕСІН БАСҚАРУ

<sup>1</sup> А.Е. Жандыбаев, <sup>1</sup>А.Б.Даниярова

<sup>1</sup>ҚДСЖМ Қазақстандық медицина университеті, Алматы қ.

### ТҮЙІНДЕМЕ

Адам ресурстарын тиімді басқару медициналық ұйымның табысы мен тұрақтылығын қамтамасыз етуде шешуші рөл атқарады. Стратегиялық кадрларды іріктеуге, үздіксіз оқытуға, қызметкерлердің қатысуын ынталандыруға, нақты саясатты енгізуге және технологияларды біріктіруге баса назар аудара отырып, медициналық ұйымдар өздерінің жұмыс күшін оңтайландыруға, пациенттерге күтім көрсету стандарттарын арттыруға және сала көшбасшылары ретінде қалыптасуға қабілетті.

Персоналды тиімді ынталандыру - персонал тұрақтылығының негізгі факторларының бірі болып табылады. Қазіргі таңда ұйымның өнімді жұмыс жасауы үшін жұмысын адал және белсенді атқаратын қызметкерлер аса қажет. Қазіргі жағдайда материалдық ынталандырудың дәстүрлі формалары қызметкерлердің жоғары мотивациясын қамтамасыз ете алмайды. Өз қызметінің мәнін түсінетін, алға қойған мақсаттарына жетуге ұмтылатын адамдар ғана жоғары нәтижелерге қол жеткізе алады. Мотивация персоналдың өнімділігіне, оның тұрақтылығына, тиімділігін арттыруға ықпал етеді және тұтастай алғанда ұйымның бәсекеге қабілеттілігін арттыруға әсерін тигізеді.

**Түйінді сөздер:** адам ресурстары, персоналды тиімді ынталандыру, персоналды басқару.

## УПРАВЛЕНИЕ ПРОЦЕССОМ СТИМУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

<sup>1</sup> А.Е. Жандыбаев, <sup>1</sup>А.Б.Даниярова

<sup>1</sup> Казахстанский медицинский университет ВШОЗ, г.Алматы

### РЕЗЮМЕ

Эффективное управление человеческими ресурсами играет решающую роль в обеспечении успеха и стабильности медицинской организации. Сосредоточив внимание на стратегическом подборе персонала, непрерывном обучении, поощрении участия сотрудников, внедрении четкой политики и интеграции технологий, медицинские организации способны оптимизировать свою рабочую силу, повысить стандарты ухода за пациентами и стать лидерами отрасли.

Эффективная мотивация персонала-один из основных факторов устойчивости персонала. В настоящее время для продуктивной работы организации необходимы добросовестные и активные сотрудники. В современных условиях традиционные формы материального стимулирования не могут обеспечить высокую мотивацию сотрудников. Достичь высоких результатов могут только те, кто понимает суть своей деятельности, стремится к достижению поставленных целей. Мотивация способствует повышению производительности персонала, его устойчивости, эффективности и влияет на повышение конкурентоспособности организации в целом.

**Ключевые слова:** человеческие ресурсы, эффективное стимулирование персонала, управление персоналом.

## MANAGEMENT OF THE PROCESS OF STIMULATION OF MEDICAL PERSONNEL OF THE CITY OF MULTI-PROFILE PATIENTS

<sup>1</sup> Zhandybaev A.E., <sup>1</sup>Daniyarova A.B.

<sup>1</sup>KSPH Medical University, Almaty

### SUMMARY

Effective human resource management plays a crucial role in ensuring the success and stability of a medical organization. By focusing on strategic recruitment, continuous training, encouraging employee participation, implementing clear policies and integrating technology, healthcare organizations are able to optimize their workforce, raise standards of patient care and become industry leaders.

Effective staff motivation is one of the main factors of staff sustainability. Currently, for the productive work of the organization, conscientious and active employees are needed. In modern conditions, traditional forms of financial incentives cannot provide high motivation for employees. Only those who understand the essence of their activities and strive to achieve their goals can achieve high results. Motivation helps to increase staff productivity, its sustainability, efficiency and affects the competitiveness of the organization as a whole.

**Keywords:** human resources, effective staff stimulation, personnel management.

### ҚІРІСПЕ

Ұлт денсаулығын сақтау-әлемнің кез келген еліндегі ең маңызды мемлекеттік міндет және ол негізінен еңбек әлеуетімен анықталады. Денсаулық сақтау қазіргі уақытта айтарлықтай материалдық, еңбек, қаржылық және ақпараттық ресурстарды пайдаланатын экономиканың маңызды салаларының бірі болып табылады. Денсаулық сақтауда қолданылатын экономикалық ресурстардың өсіп келе жатқан ауқымы медициналық қызметтерге қоғамдық қажеттіліктердің өсуіне объективті түрде байланысты. Медициналық қызметтерді дамыту мен сапасын арттырудың аса маңызды факторы саланың еңбек әлеуеті болып табылады. Осыған байланысты денсаулық сақтаудың еңбек ресурстарының сандық және сапалық құрамын және оның өзгеруінің негізгі тенденцияларын қарастыру қызығушылық тудырады.

Еңбек ресурстары әр кәсіпорынның негізгі ресурсы болып табылады, оны пайдалану сапасы мен тиімділігіне көбінесе кәсіпорын қызметінің нәтижелері мен оның бәсекеге қабілеттілігіне байланысты. Еңбек ресурстары өндірістің материалдық-заттық элементтерін қозғалысқа келтіреді, қызметтер көрсетеді, пайда түрінде өнім, құн және артық өнім жасайды.

Денсаулық сақтау саласы бүгінгі таңда әлемдегі ең күрделі және серпінді салалардың бірі болып табылады. Технологиялардағы жетістіктермен, ережелердегі өзгерістермен және пациенттердің үнемі өзгеріп отыратын қажеттіліктерімен денсаулық сақтау ұйымдары жоғары сапалы көмек пен қызметтерді қамтамасыз ету үшін жұмыс күшін тиімді басқаруы өте маңызды.

Еңбекке ынталандыру персоналдың тұрақтылығының факторы ретінде кез-келген саладағы кәсіпорында, ұйымдарда қолданыла алады. Өзірленген ұсыныстарды медициналық ұйым басшылығы персоналдың еңбек қызметін жақсарту мақсатында пайдалануына болады және персоналдың еңбек белсенділігін арттыруға және кадрлар айналымын төмендетуге мүмкіндік береді.

Ұйым мен бизнесті басқарудың үнемі өзгеріп отыратын ортасында персоналды басқарудың рөлі бүкіл әлемдегі ұйымдардың табысы мен тұрақтылығын қамтамасыз ету үшін маңызды болып келеді. Сондықтан кәсіпорындар үшін дарынды мамандарды тиімді тарту, дамыту және ұстап тұру үшін персоналды басқарудың заманауи тәсілдерін енгізу өте маңызды [1-7].

Адам ресурстарын басқарудың ең көрнекті заманауи тәсілдерінің бірі адам ресурстарына неғұрлым тұтас және стратегиялық көзқарасқа көшу болып табылады. Дәстүрлі түрде адам ресурстарын басқару ең алдымен жалақы мен сыйақылар сияқты әкімшілік тапсырмаларға



бағытталған функция ретінде қарастырылады. Дегенмен, қазіргі динамикалық іскерлік ортада ұйымдар өз қызметкерлерінің құндылығын өздерінің ең құнды активі ретінде түсінеді, сондықтан дарынды басқару мен дамытуға көбірек көңіл бөледі [8-10].

Қазіргі заманғы персоналды басқарудағы негізгі тенденциялардың бірі қызметкерлердің жұмысқа тартылуы мен әл-ауқатына назар аудару болып табылады. Зерттеулер көрсеткендей, жұмысқа тартылған қызметкерлер өнімдірек, креативті және өз ұйымдарына адал болады, бұл бизнес нәтижелерінің жақсаруына әкеледі. Нәтижесінде көптеген ұйымдар қызметкерлердің сауықтыру бағдарламалары, икемді жұмыс кестелері және мансаптық даму мүмкіндіктері сияқты бастамаларға инвестиция салады, бұл жағымды жұмыс ортасын құру және қызметкерлердің қанағаттануын арттыру [9,10].

Қазіргі заманғы персоналды басқарудың тағы бір маңызды аспектісі персоналды басқару процестерін оңтайландыру және шешім қабылдауды жақсарту үшін технологияларды пайдалану болып табылады. Жетілдірілген персоналды басқару бағдарламалық жасақтамасы мен аналитика құралдарының пайда болуымен ұйымдар енді қызметкерлердің өнімділігі, жұмысқа қатысуы және қанағаттанушылығы туралы деректерді жинап, талдай алады, бұл оларға талантты басқару стратегиялары туралы неғұрлым негізделген шешімдер қабылдауға мүмкіндік береді. Сонымен қатар, технология ұйымдарға жаһандық кадрлық резервті пайдалануға және әртүрлі және инклюзивті жұмыс күшін құруға мүмкіндік беру арқылы қашықтан жұмыс істеу және виртуалды командалар ауқымының өсуіне ықпал етті.

Сонымен қатар, жұмыс орнындағы әртүрлілік пен инклюзияның өсіп келе жатқан маңыздылығы кадрлық басқарудың заманауи тәсілдеріне де айтарлықтай әсер етті. Зерттеулер көрсеткендей, әртүрлі командалар жаңашыл және күрделі мәселелерді шешуге қабілетті, бұл әртүрлілік пен инклюзияны көптеген ұйымдар үшін басты басымдыққа айналдырады. Нәтижесінде, компаниялар әртүрлі және әділ жұмыс орнын құру үшін бейсаналық бейімділікке үйрету, әртүрлі кадрларды іріктеу стратегиялары және инклюзивті көшбасшылықты дамыту бағдарламалары сияқты бастамаларды жүзеге асырады [11-13].

Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтау саласындағы реформалардың негізгі мақсаты медициналық көмектің жоғары сапасын қамтамасыз ету болып табылады. Донабедиандық триада бойынша сапа үш негізгі аспектімен анықталады: ресурстардың қолжетімділігі, озық технологияларды пайдалану және қажетті нәтижелерге қол жеткізу.

Қазіргі уақытта денсаулық сақтауды тиімді басқару әртүрлі ресурстарды, соның ішінде қаржылық, материалдық-техникалық, кадрлық және ақпаратты тиімді пайдалануға негізделген.

Денсаулық сақтау жүйесіндегі кадрлармен қамтамасыз ету саланың табысты дамуының негізгі факторы болып табылады. Медициналық ұйымдарда персоналды басқарудың заманауи әдістерін қолдану олардың жұмысының тиімділігін арттыруға бағытталуы керек. Дүниежүзілік тәжірибе денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігі мен көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасы медицина қызметкерлерінің кәсібилігі мен ынтасымен, олардың білімі мен дағдыларымен тығыз байланысты екенін растайды [14].

1950 жылдары Америка Құрама Штаттарында кәсіптік бағдар берудің жаңа тұжырымдамасы енгізілді, оны А.Маслоу әзірлеген кәсіптік даму теориясы деп атайды. Бұл теория шеңберінде тұлғаның өзін-өзі жетілдіруге деген ұмтылысын, өз қабілеттерін іс жүзінде жүзеге асыруға ұмтылысын білдіретін тұлғаның өзін-өзі актуализациялау тұжырымдамасы алға қойылған.

Қолданыстағы еңбек нарығы мен қазіргі білім беру жүйесі теңгерімсіз. Кәсіптік оқу орындарында кадрларды даярлау экономиканың қажеттіліктерін есепке алмай жүреді. Кадрларға сұраныс пен бастауыш, орта және жоғары кәсіптік оқу орындарынан шығарылатын мамандар арасында айтарлықтай алшақтық бар. Мамандықты дұрыс таңдамаудың ұлттық проблемасы, әсіресе, Қазақстан өңірлерінің экономикасына тиісті кадрлық қамтамасыз етусіз жаңа өндірістік және өнеркәсіптік қуаттарды енгізу тұрғысынан айқындала түсуде. Бұл осы салаларға қажетті мамандықтардың жоқтығынан, мамандар арасында қажетті жұмыс дағдыларының жоқтығынан және қолданыстағы жаңа мамандықтар туралы жеткіліксіз хабардар болуымен байланысты.

**Зерттеу мақсаты:** медициналық ұйымдағы еңбекті ынталандыру жүйесін талдау және жетілдіру бойынша ұсыныстар әзірлеу

### **Зерттеу міндеттері:**

1. Медициналық қызметке ынталандырудың теориялық аспектілерін зерттеу мақсатында шетелдік және отандық тәжірибелерді талдау
2. Астана қаласы №2 көпсалалы аурухананың медициналық қызметкерлерінің ынталандыру факторларының маңыздылығын талдау үшін сауалнама арқылы зерттеу жүргізу
3. Медициналық қызметкерлердің еңбегін ынталандыру жүйесін жетілдіру бойынша ұсыныстар әзірлеу

### **Зерттеудің материалдары мен әдістері:**

- Ақпараттық-аналитикалық
- Әлеуметтік
- Статистикалық;

### **Зерттеу объектілері:**

- Астана қаласындағы №2 көпсалалы аурухана
- Медициналық қызметкерлер

### **Жұмыстың практикалық маңызы:**

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДСҰ) пікірінше, адам ресурстарын басқару тиімділігін арттыруға бағытталған денсаулық сақтау жүйесін реформалау ең орынды болып табылады, өйткені медицина қызметкерлерін оқыту сапасы халықтың денсаулығының жақсару деңгейін айтарлықтай анықтайды. Медициналық персоналға медициналық қызметтерді тікелей көрсететіндер – дәрігерлер, медбикелер, фармацевтер, лаборанттар ғана емес, сонымен қатар әкімшілік және көмекші персонал да жатады.

Кадр мәселесі көптеген елдердің денсаулық сақтау жүйесіне тән. Кадрлық дағдарыс алғашқы медициналық-санитарлық көмекте жұмыс істейтін кадрлардың жетіспеушілігінен, тар профильді мамандардың артық болуынан, дәрігерлер мен медбикелердің біркелкі бөлінбеуінен, сондай-ақ олардың ірі қалаларда шоғырлануынан және ауылдық жерлерде тапшылықтан туындады.

Медициналық персоналдың біліктілігінің әр түрлі деңгейіне байланысты проблемалар және орта медициналық персонал мен дәрігерлік құрам арасындағы диспропорция әртүрлі елдердің денсаулық сақтау жүйелеріне тән. Кадр ресурстарын дұрыс жоспарлау және білікті мамандар құрылымындағы сәйкессіздіктерді жою мәселелері ең өзекті кадрлық мәселелер болып қала береді. Көптеген елдердің денсаулық сақтау жүйесіндегі адам ресурстарын басқарудың заманауи стратегиясы мемлекет пен азаматтардың бірлескен жауапкершілігі қағидасына негізделген. Үкімет медициналық персоналға деген нақты қажеттіліктерді реттеуге, анықтауға және қанағаттандыруға, сондай-ақ білім беру мен оқыту процестерін, оларды қоғамның тиімді пайдалануын қолдау, бағыттау және бақылау үшін күш салуда.

ДДСҰ бастамасымен құрылған аймақтық бірлестіктер денсаулық сақтау жүйесін нығайту, халыққа медициналық қызмет көрсетуді жақсарту, кадрлық әлеуетті дамыту және әртүрлі аймақтардағы денсаулық сақтау саласындағы білім базасын кеңейту мақсатында әрекет етеді.

Әлемнің әртүрлі елдерінде медициналық білімнің тарихи, демографиялық, әлеуметтік-экономикалық, мәдени, этникалық және басқа факторлармен анықталатын өзіндік ерекшеліктері бар. Қазіргі Батыс кәсіптік білім беру және оқыту жүйелері құзыреттіліктерге және арнайы кәсіптік оқыту бағдарламаларына бағытталған.

Дамыған елдердің ұлттық кәсіптік білім беру жүйелерінің ерекшелігі оқу процесін ұйымдастыруға жұмыс берушілер мен басқа да әлеуметтік серіктестердің белсенді қатысуы болып табылады. Бұл білім беру бағдарламаларының мазмұнын қалыптастыруға, нормативтік-құқықтық құжаттарды әзірлеуге, білім беру стандарттарын тәжірибеге енгізуге және білім беру ұйымдарындағы техника мен технологияны жаңартуға әсер етеді.

АҚШ - та Денсаулық сақтау мамандарын даярлаудың үш деңгейлі жүйесі бар. Мұндағы негізгі жоғары білім академиялық білімнің бірінші деңгейін-жалпы білім беретін пәндерді, сондай-ақ медициналық мектепке түсу үшін қажетті курстарды қамтитын бакалавриат (Undergraduate study) дәрежесін білдіреді. Екінші деңгей - медициналық білімнің негізгі бөлігі болып табылатын магистратура (Graduate study). Үшінші деңгей - жоғары оқу орнынан кейінгі оқу (Postgraduate

Studies).

Ұлыбританияда білім беру жүйесі екі секторға бөлінеді: мемлекеттік және жеке сектор, бұлардың ішінде мемлекеттік сектор басым болып келеді. Қабылдау шарттары, төлемдер, оқу жоспары және семестр ұзақтығы оқу орнының белгілі бір сектордағы мүшелігіне байланысты өзгеруі мүмкін болғанымен, білім берудің негізгі принциптері мен студенттердің дайындық деңгейі мемлекеттік стандарттармен анықталады.

Францияда университеттер қатаң мемлекеттік бақылауға бағынатын орталықтандырылған жоғары білімді басқару жүйесі шеңберінде жұмыс істейді. Олар бакалавр дәрежесі немесе ұқсас құжаты бар кез келген адамды қабылдайды және жалпы, кәсіптік және медициналық білім береді.

Германияда университеттердің 98%-дан астамы мемлекеттік және білім мен бағдарлама сапасының қатаң стандарттарына бағынады. Мұнда жоғары білім дәстүрлер мен заманауи ғылыми жетістіктерді біріктіреді.

Австралияда білім беру заңнамасы барлық деңгейдегі білімге қолжетімділік үшін тең мүмкіндіктерді қамтамасыз етуге бағытталған. Елде ұлттық стандарттар жоқ, бірақ ұлттық деңгейде оқыту бағдарламаларын үйлестіру үрдісі байқалады.

Сингапурда білім беру жүйесі АҚШ, Ұлыбритания және Еуропалық Одақтың озық тәжірибелерін белсенді түрде енгізуде. Сингапур Ұлттық университеті әлемдік рейтингте жетекші орын алады. Мұндағы білім берудің маңызды аспектісі сыни тұрғыдан ойлауды және қажетті ақпаратты таба білуді дамыту болып табылады.

Сингапурда білім беру жүйесі АҚШ, Ұлыбритания және Еуропалық Одақ елдерінен озық тәжірибені белсенді түрде енгізуде. Сингапур ұлттық университеті әлемдік рейтингте жетекші орын алады. Мұндағы білім берудің маңызды аспектісі-сыни ойлауды дамыту және қажетті ақпаратты таба білу.

Соңғы жылдары адам ресурстарын басқару айтарлықтай өзгерістерге ұшырады, тек әкімшілік міндеттерге бағытталған дәстүрлі әдістерден стратегиялық, қызметкерлерге бағытталған тәсілдерге көшті. Ұйымдар бизнес мақсаттарына және бәсекелестік артықшылықтарға қол жеткізуде адами капиталының маңызды рөлін түсінетіндіктен, жұмыс орнының динамикалық сипатына және қызметкерлердің күтулерінің өзгеруіне жауап ретінде пайда болған адам ресурстарын басқарудың кейбір заманауи тәсілдері талқыланады.

Адам ресурстарын стратегиялық басқару – адам ресурстарын басқару тәжірибесін ұйымның мақсаттары мен міндеттеріне сәйкестендіретін заманауи тәсіл. Ең алдымен жалақы мен жеңілдіктер сияқты әкімшілік міндеттерге бағытталған дәстүрлі адами ресурстарды басқарудан айырмашылығы, стратегиялық адам ресурстарын басқару бәсекелестік артықшылыққа қол жеткізудегі адами капиталдың стратегиялық маңыздылығын атап көрсетеді. Бұл тәсіл жалпы бизнес стратегиясын қолдайтын персоналды басқару саясаты мен тәжірибелерін әзірлеу үшін жоғары басшылықпен тығыз жұмыс істейтін персоналды басқару мамандарын қамтиды. Стратегиялық адам ресурстарын басқарудың негізгі элементтеріне таланттарды тарту және ұстап тұру, өнімділікті басқару, қызметкерлерді дамыту және жұмыс күшін жоспарлау кіреді.

Дарынды басқару – ұйымдағы ең дарынды қызметкерлерді тартуға, дамытуға және сақтауға бағытталған адами ресурстарды басқарудың тағы бір заманауи тәсілі. Қазіргі бәсекелестік жағдайында ұйымдар өздерінің табыстары қызметкерлердің дағдыларына, білімдеріне байланысты екенін түсінеді. Дарындыларды басқару стратегиялары әлеуеті жоғары қызметкерлерді анықтауды, оларға өсу мен даму мүмкіндіктерін беруді және оларды ұйымда қалуға ынталандыратын жағымды жұмыс ортасын құруды қамтиды. Бұл тәсіл қызметкерлерді құнды актив ретінде инвестициялаудың және ұйымдық табысқа жету үшін олардың таланттарын пайдаланудың маңыздылығын атап көрсетеді.

Қызметкерлерді тарту қазіргі заманғы персоналды басқару тәжірибелерінің орталық бағытына айналды. Жұмысқа тартылған қызметкерлер неғұрлым белсенді, өнімді және ұйымның табысына көбірек үлес қосады. Сондықтан ұйымдар инклюзия мәдениетін дамытуға және жағымды жұмыс ортасын құруға бағытталған бастамаларға көбірек инвестиция салуда. Бұл тұрақты байланыс және кері байланыс арналарын, қызметкерлерді тану және марапаттау мүмкіндіктерін, жұмыс пен өмірдің теңгерімін, қызметкерлердің әл-ауқатын арттыруға бағытталған бастамаларды қамтуы мүмкін.

Қызметкерлерді тартуға басымдық беру арқылы ұйымдар моральды жақсартта алады, айналымды азайтады және жалпы өнімділікті арттырады.

Технологияның жетістіктері және жұмыс пен өмірдің тепе-теңдігіне деген көзқарастың өзгеруі персоналды басқарудың заманауи тәсілі ретінде икемді жұмысты енгізуге әкелді. Қашықтан жұмыс істеу, икемді жұмыс уақыты және қысылған жұмыс апталары сияқты икемді жұмыс опциялары қызметкерлерге жұмыс міндеттерін жеке жауапкершіліктерімен жақсырақ теңестіруге мүмкіндік береді. Бұл қызметкерлердің қанағаттануын және моральдық деңгейін жақсартып қана қоймайды, сонымен қатар ұйымдарға географиялық орналасуына немесе жеке жағдайларына қарамастан жоғары таланттарды тартуға және сақтауға мүмкіндік береді. Икемді жұмыс тәртібі қызметкерлерге ең қолайлы және өнімді ортада жұмыс істеуге мүмкіндік беру арқылы өнімділік пен тиімділікті арттыруы мүмкін.

Әртүрлілік пен инклюзия қазіргі заманғы персоналды басқарудың маңызды факторларға айналууда. Ұйымдар инновацияларды, креативтілікті және жақсырақ шешім қабылдауды ынталандыру үшін әртүрлі жұмыс күшінің құндылығын түсінеді. Барлық қызметкерлер өздерін құнды және құрметті сезінетін инклюзивті мәдениетті құру арқылы ұйымдар бәсекелестік артықшылыққа қол жеткізу үшін өз қызметкерлерінің бірегей перспективалары мен тәжірибесін пайдалана алады. Қазіргі заманғы персоналды басқару тәжірибелері әртүрлі дарындылық қорын тарту және сақтау стратегияларын жүзеге асыруды, әртүрлілікті және инклюзивті оқытуды ынталандыруды және ұйымда аз ұсынылған топтардың ілгерілеуіне мүмкіндіктер жасауды қамтиды.

Персоналды басқарудың заманауи тәсілдері қызметкерлердің әл-ауқатын, дамуы мен қатысуын бірінші орынға қоятын қызметкерлерге бағытталған стратегиялық тәжірибелерге көшумен сипатталады. Адам ресурстарын стратегиялық басқару, таланттарды басқару, қызметкерлерді тарту, икемді жұмыс кестесі, әртүрлілік және инклюзия сияқты тұжырымдамаларды қолдана отырып, ұйымдар бәсекелестік артықшылық жасай алады және заманауи динамикалық бизнес ортасында ұзақ мерзімді табысқа қол жеткізе алады. Персоналды тиімді басқару енді тек әкімшілік міндеттерге ғана қатысты емес; бұл ұйымның ең құнды активі - оның қызметкерлерінің әлеуетін толық ашу туралы.

**Денсаулық сақтаудағы персоналды басқарудың негізгі бағыттары.** Медициналық ұйымдарда персоналды басқаруды жетілдіру медициналық қызметтердің сапасын арттыруда шешуші рөл атқарады және денсаулық сақтау реформасының талаптарына жауап береді. Қазіргі жағдайда мемлекеттік кәсіптік білім беру жүйесі заманауи жұмыс әдістерін игеріп қана қоймай, сонымен қатар өзінің бүкіл еңбек жолында үздіксіз білім алуға және жаңа білімді меңгеруге дайын медициналық мамандарды дайындауға тиіс.

Денсаулық сақтау саласы бүгінгі таңда әлемдегі ең күрделі және серпінді салалардың бірі болып табылады. Технологиялардағы жетістіктермен, ережелердегі өзгерістермен және пациенттердің үнемі өзгеріп отыратын қажеттіліктерімен денсаулық сақтау ұйымдары жоғары сапалы көмек пен қызметтерді қамтамасыз ету үшін жұмыс күшін тиімді басқаруы өте маңызды.

Денсаулық сақтаудағы адам ресурстарын басқаруды дамытудың бірінші кезеңін ХХ ғасырдың басына жатқызуға болады, бұл кезде ауруханалар мен денсаулық сақтау мекемелері жұмыс күшін басқару үшін арнайы мамандар тобының болуының маңыздылығын түсіне бастады. Ол кезде адам ресурстарын басқару ең алдымен жалақы, сыйақы және қызметкерлермен қарым-қатынас сияқты әкімшілік міндеттерге назар аударды. Дегенмен, денсаулық сақтау саласы өсіп, күрделене түскен сайын, адам ресурстарын басқарудың рөлі персоналмен қамтамасыз етуді, оқытуды және өнімділікті басқаруды қамтитындай кеңейді.

ХХ ғасырдың ортасында адам ресурстарын басқару (HRM) тұжырымдамасы денсаулық сақтаудағы адам ресурстарын басқаруға неғұрлым стратегиялық көзқарас ретінде пайда болды. Адам ресурстарын басқару ұйымның мақсаттары мен міндеттерін қызметкерлердің қажеттіліктері мен ұмтылыстарымен сәйкестендірудің маңыздылығын атап өтті. Фокустың бұл ауысуы ұйымдық өнімділікті және қызметкерлердің қанағаттануын жақсартуға бағытталған таланттарды басқару, сабақтастықты жоспарлау және қызметкерлерді тарту сияқты жаңа тәжірибелерді дамытуға әкелді.

Денсаулық сақтау саласындағы персоналды басқару саласы соңғы жылдары деректерге негізделген шешімдер қабылдауға және процестерді оңтайландыру және тиімділікті арттыру үшін технологияларды пайдалануға көбірек назар аудара отырып, дамуын жалғастырды. Электрондық

денсаулық жазбалары мен басқа да сандық құралдардың пайда болуымен денсаулық сақтау ұйымдары енді нақты уақыт режимінде қызметкерлердің жұмысын қадағалап, талдай алады, бұл оларға жалдау, оқыту және дамыту туралы көбірек негізделген шешімдер қабылдауға мүмкіндік береді.

Сонымен қатар, емделушіге бағытталған көмектің өсіп келе жатқан маңыздылығы денсаулық сақтаудағы адам ресурстарын басқаруға да айтарлықтай әсер етті. Денсаулық сақтау ұйымдары жоғары сапалы, пациентке бағытталған медициналық көмек көрсетуге ұмтылатындықтан, олар өз қызметкерлеріне инвестиция салу және үздіксіз оқу мен жетілдіру мәдениетін қалыптастыру қажеттілігін мойындайды. Бұл жаңа оқу бағдарламаларын, тәлімгерлік мүмкіндіктері мен мансаптық өсу бастамаларын әзірлеуге әкелді, бұл денсаулық сақтау мамандарына пациенттеріне ең жақсы көмек көрсету мүмкіндігін беруге бағытталған.

Денсаулық сақтаудағы адам ресурстарын басқару эволюциясы денсаулық сақтау саласының динамикалық сипатын және пациенттердің, қызметкерлер мен ұйымдардың өзгеретін қажеттіліктерін көрсетеді. Әкімшілік міндеттерден бастап, оның стратегиялық жоспарлау мен қызметкерлерді дамытуға бағытталған қазіргі бағытына дейін денсаулық сақтаудағы адам ресурстарын басқару денсаулық сақтау ұйымдарын жоғары сапалы медициналық көмек пен қызметтерді көрсету үшін қажетті адамдармен қамтамасыз етуде ұзақ жолдан өтті. Жаңа технологияларды, деректерге негізделген шешім қабылдауды және пациентке бағытталған тәсілді қолдану арқылы денсаулық сақтау ұйымдары үнемі өзгеріп отыратын денсаулық сақтау ортасына бейімделуді және өркендеуді жалғастыра алады.

Соңғы онжылдықтардағы индустриялық дамыған елдердегі медицинадағы елеулі жетістіктер сапаны үздіксіз жақсарту тұжырымдамасына негізделген денсаулық сақтауды басқарудың жаңа тәсілдерін енгізумен байланысты болды. Бұл тұжырымдама денсаулық сақтаудың құрылымы мен процестерін жақсартуды және жақсы нәтижелерге қол жеткізуді қамтиды. Бұл тұжырымдаманың теориялық негіздерін доктор Аведис Донабедиан қалады, ол медициналық көмектің сапасын басқарудың үш негізгі аспектісін анықтады: құрылымы, процесі және нәтижесі, олардың арақатынасы «Донабедиандық триада» деп аталды.

Медициналық көмектің сапасы ең аз тәуекелі бар науқастардың денсаулығына барынша пайда әкелетін ғылыми білім мен технологияны қолдану арқылы анықталады. Сапаның негізгі сипаттамаларына кәсіби құзыреттілік, қолжетімділік, тиімділік, тұлғааралық қарым-қатынастар, тиімділік, үздіксіздік, қауіпсіздік және ыңғайлылық жатады.

Бұл сапа сипаттамалары денсаулық сақтау жүйесі қызметінің барлық дерлік аспектілерін қамтиды. Бұл сипаттамалардың маңыздылығы пациенттердің де, медицина мамандарының да күту контекстінде айқын болады. Пациенттер үшін медициналық көмектің сапасы оның қажеттіліктерін қаншалықты қанағаттандыратындығымен, уақытылы көрсетілуімен және қызметкерлердің қаншалықты мұқият және сыпайы болуымен анықталады. Пациенттер үшін маңызды болып табылатын негізгі сипаттамаларға тиімділік, қолжетімділік, медициналық қызмет көрсетушілермен сапалы қарым-қатынас және күтімнің үздіксіздігі жатады. Екінші жағынан, медициналық қызмет көрсетушілер әдетте кәсіби құзыреттілік, тиімділік және қауіпсіздік негізінде медициналық көмектің сапасын бағалайды. Олар үшін пациенттердің денсаулығын жақсарту үшін қажетті дағдылардың, ресурстардың және жағдайлардың болуы, сондай-ақ өздерінің кәсіби міндеттерін орындау білімі мен қабілеті маңызды.

Медициналық көмектің оның сапасын және пациенттердің де, медициналық қызметкерлердің де талаптарына сәйкестігін анықтайтын барлық осы сипаттамаларына қол жеткізу емдеуді де, диагностикалау процесін де басқаруға және персоналды басқаруға жаңа тәсілдерді енгізу арқылы мүмкін болады.

Кадр саясаты мақсаттардың, принциптердің, кадрлармен жұмыс істеудің нысандары мен әдістерінің бірлігіне, сондай-ақ кәсібилік пен құзыреттілікке, үздіксіз кәсіби дамуға, әлеуметтік теңдік пен әлеуметтік қамсыздандыруға негізделуі керек. Нарық жағдайында денсаулық сақтау саласының дамуы медицина қызметкерлерінен біліктілік пен кеңейтілген функцияларды талап етеді. Персоналды басқаруды еңбек нарығына бағытталған және кадрларды іріктеу мен бағалаудың заманауи әдістерін меңгерген мамандар жүзеге асыруы керек. Кадрларды орналастыру,

ынталандыру, еңбекті ынталандыру және қызметкерлердің кәсіби өсуін қамтамасыз ету мәселелерін шешу маңызды юолып табылады.

## ҚОРЫТЫНДЫ

Медициналық қызметтердің сапасы-бұл медициналық ұйымдардың логистикасын ұйымдастыру, клиникалық мамандардың кәсібилігі мен мотивациясы, медициналық басқару мен көмек көрсетудің заманауи технологияларын енгізу және қызметтерге ақы төлеу жүйесі сияқты көптеген факторларға байланысты күрделі процесстердің жиынтығы. Қоғамдық денсаулық сақтау деңгейі елдің әлеуметтік-экономикалық, мәдени және өнеркәсіптік даму деңгейімен анықталады.

Денсаулық сақтау елдегі әл-ауқаттың тұрақты және тиімді өсуі тұрғысынан басты басымдықтардың бірі болып табылады, бұл медициналық көмектің қолжетімділігіне, уақтылығына, сапасына және үздіксіздігіне кепілдік беретін дамыған, әлеуметтік бағдарланған жүйе болып табылады.

Медициналық ұйымды басқарудың заманауи шарттары көп қырлы және мұқият бақылау мен стратегиялық жоспарлауды қажет етеді. Технологияны қолдана отырып, пациенттердің демографиясын түсініп, бәсекеге қабілетті ортада бағдарлана отырып, медициналық ұйым басшылары өз қызметін тиімді басқара алады және ұзақ мерзімді табысқа қол жеткізе алады. Денсаулық сақтау саласы дамып келе жатқандықтан, медициналық ұйымдардың хабардар болуы, өзгерістерге бейімделуі және пациенттерінің қажеттіліктеріне басымдық беруі өте маңызды. Жағдайлардың алдын болжау арқылы ғана медициналық ұйымдар осы үнемі өзгеріп отыратын ортада өркендей алады.

Персоналды басқарудың заманауи тәсілдері ұйымдарға заманауи бәсекеге қабілетті бизнес-ортада өркендеу үшін қажет. Қызметкерлерді басқарудың стратегиялық және біртұтас тәсілін қолдана отырып, олардың белсенділігі мен әл-ауқатына баса назар аудара отырып, персоналды басқару процестерін жетілдіру үшін технологияларды қолданып, әртүрлілік пен инклюзияға басымдық бере отырып, ұйымдар ең жақсы таланттарды тарта алады, дамытады және сақтайды және тұрақты өсуді қамтамасыз етеді. Персоналды басқару саласы дамып келе жатқандықтан, ұйымдар әлемдік нарықта бәсекеге қабілетті болып қалу үшін соңғы тенденциялар мен озық тәжірибелерден хабардар болу өте маңызды.

Бұл зерттеуде медицина мамандарының кәсіби дағдыларын жетілдіру жүйесі, сондай-ақ көпсалалы аурухана қызметкерлерін ынталандыру жүйесі талданды, олардың одан әрі дамуының негізгі бағыттары анықталды.

Әлеуметтанулық сауалнама нәтижелеріне сәйкес, қазіргі заманғы медициналық практиктердің көпшілігі дамуға деген ұмтылысты көрсетеді және олардың мотивациясын тек қаржылық факторлар қалыптастырмайтынын байқаймыз. Олар жаңа білім мен дағдыларды алудың тиімді жүйесі болған жағдайда, жеке қаражаттары мен уақыттарын оқуға жұмсауға дайын.

1. Жүргізілген зерттеу нәтижелері бойынша көпбейінді ауруханада қызметкерлерді кәсіби дамытуға бағытталған кадрлық саясат іске асырылып жатқаны анықталды. Медициналық қызметкерлерге түпкілікті нәтиже үшін сараланған еңбекақы түрінде ынталандыру төлемдерін енгізіліп, дәрігерлердің біліктілігін арттыру үшін алыс және жақын шетелдерге оқуға жіберілетіні, шетелдік белді мамандарды шақырып, қызметкерлерге оқу ұйымдастыруы оң көрсеткіш.

2. Медициналық қызметкерлер арасында жүргізілген сауалнама нәтижесі де жоғарыда айтылғандарды нақтылай түседі. Мысалы, 33,3% респондент төмен жалақыға, 27% респондент өз баспанасының болмауына шағымданған. 13,3% респондент жұмыс орнында конфликттер болып тұратынын да атап көрсеткен. Дегенмен де, оң өзгерістерге 64,5% дәрігерлердің еңбек жағдайына қанағаттануын, 68,3% респондент кәсіби өсу перспективасын көруін және 89,1% дәрігердің әріптестерімен достық қарым-қатынаста екенін атап өтуге болады.

## ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. WHO. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. WHO. Geneva. World Health Organization. 2016:64
2. Положение о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих стоматологическую помощь Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июня 2012 года № 397. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 18 июля 2012 года № 7798.
3. С.С. Есембаева, К.Е., Сабитова, Б.З. Курмангалиев. Вестник КазНМУ, №2(4)- 2014г – С.210.
4. Есембаева, С. С. Пути совершенствования стоматологической помощи жителям сельской местности Республики Казахстан: автореферат дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21 / С. С. Есембаева ; РНКЦ"Стоматология". - Алматы, 2006. - 39 с.
5. Куделина Ольга Владимировна, Киллякова Е.Ю. Проблемы управления и развития кадровых ресурсов системы здравоохранения. Международный опыт // Экология человека. 2018. №8.
6. Серегина Н.В. Особенности руководства и лидерства в организациях образования и здравоохранения // Фундаментальные и прикладные исследования: проблемы и результаты. 2015. №17.
7. Вагина, Е.В. Результативная система организации непрерывного обучения специалистов сестринского дела / Е.В. Вагина // Главная медицинская сестра. - 2006. - №9. - С. 81-83.
8. Кодекс Республики Казахстан от 18.09.2009г. № 193-IV ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения».
9. 36.Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения РК на 2012 – 2020гг.
10. Buchan J, Dhillon IS, Campbell J. Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base. Geneva. World Health Organization. 2017:455.
11. Capacity Project (2008a), HRH Action Framework (<http://www.capacityproject.org/framework>, по состоянию на 19 ноября 2019 года).
12. Nyoni J et al. (2006), Policies and plans for human resources for health: guidelines for countries in the WHO African region. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa ([http://www.afro.who.int/hrh-observatory/documentcentre/policies\\_plans\\_guidelines.pdf](http://www.afro.who.int/hrh-observatory/documentcentre/policies_plans_guidelines.pdf), по состоянию на 25 ноября 2019 года).
13. World Health Organization (2008a), Tools and guidelines for human resources for health (<http://www.who.int/hrh/tools/en>, по состоянию на 25 ноября 2019 года).
14. Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2020 гг., 2012 г. // <http://www.zakon.kz/4485575-koncepcija-razvitija-kadrovykh-resursov.html>.

УДК 616.831-005.1

## ШУ ҚАЛАЛЫҚ АУРУХАНАСЫНЫҢ НЕЙРОИНСУЛЬТТІК ОРТАЛЫҒЫНЫҢ ЖҰМЫСЫН ОҢТАЙЛАНДЫРУДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

<sup>1</sup>Ж.И.Молдабаева, <sup>2</sup>Г.А.Арынова

<sup>1</sup>ҚДСЖМ Қазақстандық медицина университеті, Алматы қ.  
<sup>2</sup>Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті

### ТҮЙІНДЕМЕ

Зерттеуде Шу қалалық ауруханасының аймақтық инсульт орталығының жұмысы зерттелді, ауруханаға жатқызу, аурушандық, диагностикалық және емдеу үдерісін ұйымдастыру бойынша ретроспективті талдау жүргізілді, проблемалық мәселелер белгіленді, инсульт қызметін жақсарту және дамыту бойынша ұсыныстар әзірленді.

**Түйінді сөздер:** цереброваскулярлық аурулар, нейроинсульттік орталық, медициналық-ұйымдастырушылық аспектілер, оңтайландыру.

## МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ НЕЙРОИНСУЛЬТНОГО ЦЕНТРА ШУСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

<sup>1</sup>Ж.И.Молдабаева, <sup>2</sup>Г.А.Арынова

<sup>1</sup> Казахстанский медицинский университет ВШОЗ, г.Алматы  
<sup>2</sup>Казахский национальный университет им. Аль-Фараби

### РЕЗЮМЕ

В исследовании изучена работа Регионального Инсультного Центра Шуской городской больницы, проведен ретроспективный анализ госпитализации, заболеваемости, организации диагностического и лечебного процесса, обозначены проблемные вопросы, выработаны предложения по улучшению и развитию инсультной службы.

**Ключевые слова:** цереброваскулярные болезни, нейроинсультный центр, медико-организационные аспекты, оптимизация.

## MEDICAL AND ORGANIZATIONAL ASPECTS OF OPTIMIZING THE WORK OF THE NEUROINSULT CENTER OF THE SHU CITY HOSPITAL

<sup>1</sup> Moldabaeva Zh.I., <sup>2</sup>Arynova G.A.

<sup>1</sup>KSPH Medical University, Almaty  
<sup>2</sup>Al-Farabi Kazakh National University

### SUMMARY

The study examined the work of the Regional Stroke Center of the Shuisky City Hospital, conducted a retrospective analysis of hospitalization, morbidity, organization of the diagnostic and treatment process,



identified problematic issues, and developed proposals for improving and developing the stroke service.

**Keywords:** cerebrovascular diseases, neuroinsult center, medical and organizational aspects, optimization.

## ВВЕДЕНИЕ

### Актуальность темы исследования

Цереброваскулярные заболевания - это группа расстройств, связанных с изменениями в сосудах головного мозга, что приводит к нарушению кровообращения в мозге. Самые распространенные из них - атеросклероз и артериальная гипертензия, которые вызывают сужение сосудов и снижение кровотока в мозг. Часто они связаны с сахарным диабетом, курением и ишемической болезнью сердца. Эти расстройства могут проявляться в виде временных, острых или хронических прогрессирующих нарушений кровообращения в мозге. Вторая по распространенности причина смерти в группе сердечно-сосудистых заболеваний после ишемической болезни сердца - это нарушения кровообращения в мозге. Они также являются основной причиной смерти и развития постоянного неврологического дефицита и физических нарушений у взрослых [1,2,3].

В настоящее время имеется недостаточно данных о клинико-эпидемиологических характеристиках острых цереброваскулярных заболеваний в Казахстане. Уровни заболеваемости и смертности рассчитывались в соответствии со стандартными формулами на 100 тысяч человек. В результате анализа выявлено следующее: общее количество госпитализаций на 100 000 населения из-за геморрагического инсульта составило 47,8, а из-за ишемического инсульта - 203,5. Наибольшее число госпитализаций с субарахноидальным кровоизлиянием было зарегистрировано в возрастной группе 51-60 лет, с внутримозговым кровоизлиянием - в возрастной группе 61-70 лет, а с ишемическим инсультом - у лиц старше 70 лет. Госпитальная и 30-дневная летальность после выписки из стационара во всех типах инсульта составила 49,9 случаев на 100 000 населения. В стационаре умерли 32,9% госпитализированных с субарахноидальным кровоизлиянием, 30,07% с внутримозговым кровоизлиянием и 12,7% пациентов с ишемическим инсультом. Согласно официальной статистики МЗ РК общая заболеваемость БСК (болезни системы кровообращения) за последние 20 лет увеличилась в Казахстане в три раза, в основном за счет роста болезней, характеризующихся повышенным артериальным давлением, что может расцениваться положительно и свидетельствовать об улучшении ранней диагностики (выявляемости) больных с артериальной гипертензией на уровне ПМСП (первичная медико-санитарная помощь), благодаря внедрению скрининговых осмотров взрослого населения, направленных на раннее выявление и предупреждение БСК. Тем не менее, увеличение осложнений АГ (артериальной гипертензии), т.е. увеличение заболеваемости ИБС (ишемической болезни сердца) и инсультом среди населения РК говорит о том, что вероятно работы по профилактике, лечению и диспансеризации на уровне ПМСП ведутся не на должном уровне ввиду ряда разных причин. Количество пациентов, перенесших инсульт в Казахстане, к сожалению, не уменьшается, а ежегодный прирост госпитализированной заболеваемости по причине инсульта составляет от 1 до 3% [1-4].

Основная доля смертности населения Казахстана приходится на БСК, в данную категорию попадают и инсульты. Именно поэтому, важное значение имеет открытие региональных инсультных центров. Одно лишь развитие кардиохирургии и кардиологии уже сегодня позволило снизить смертность от болезней систем кровообращения на целых 20 процентов, а дальнейшее открытие аналогичных инсультных центров позволит снизить смертность еще на 10-15 процентов в ближайшие годы. Этим также решится глобальный вопрос проблемы инвалидности, ведь все инсультные больные потенциально являются инвалидами. Одним из мероприятий по снижению смертности от БСК является организация инсультных центров для оказания помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения [5].

Разработана Дорожная Карта по организации деятельности инсультных центров и обучению медицинских работников международным стандартам лечения больных с острой недостаточностью мозгового кровообращения. О страшном заболевании кровоизлиянии в мозг говорят цифры: ежегодно более 50 тысяч казахстанцев поступают в больницы с диагнозом инсульт. Из них только

небольшая часть возвращается к нормальной жизни и сохраняет трудоспособность. Задумка создать в регионах специализированные инсультные центры, оснащенных всем необходимым оборудованием обозначена в Государственной Программе развития здравоохранения, принятой на 2020-2025гг. [4].

Предложение администрации Шуской городской больницы о создании Инсультного Центра на 15 коек, ориентированного на оказание специализированной медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения из двух отдаленных районов — Шуского и Мойынкумского — на базе Шуской городской больницы было рассмотрено на заседании Координационного Совета по реализации Дорожной карты «Оказание медицинской помощи больным с инсультами» в 2016 году. В ходе заседания Координационного Совета было принято решение об открытии Инсультного Центра в 2020 году после приобретения компьютерного томографа. Необходимость открытия Инсультного Центра на 15 коек на базе Шуской городской больницы обусловлена сложившейся ситуацией по заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения, которые не имеют тенденции к снижению.

Важное значение в лечении пациентов с инсультами имеют сроки госпитализации с момента начала заболевания в так называемое «терапевтическое окно» (3-6 час.). На момент открытия в области 3-го Инсультного Центра все пациенты с ОНМК (острым нарушением мозгового кровообращения) из южных районов (зона Б) транспортировались на лечение в Инсультные Центры г.Тараз, но в инсультные центры поступала только 1/3 из них: те кто попадает в «терапевтическое окно» и не имеет сопутствующих болезней. При этом у транспортируемых пациентов в дороге состояние утяжелялось из-за большого расстояния от районов до областного центра (265-365км). 2/3 пациентов с ОНМК оставались в ЦРБ (центральная районная больница) в связи с тяжестью состояния, отдаленностью от областного центра, наличием сопутствующих хронических заболеваний, плохими погодными условиями, отсутствием условий для транспортировки пациентов и несогласием на госпитализацию со стороны областных специалистов. При таком подходе большая часть пациентов из южных районов была лишена возможности получения своевременной компьютерной диагностики и своевременного лечения инсультов по алгоритмам, что приводило к увеличению вероятности летального исхода, а также увеличению инвалидизации. Географическое расположение города Шу центральное, находящееся в 100 км от районов Мойынкумского, Меркенского и Кордайского на юге Жамбылской области, делает его удобным для пациентов из соседних районов, попадающих в Правило «Золотого часа».

**Цель исследования:** Разработка и научное обоснование комплекса мер медико-организационного характера, направленных на совершенствование деятельности нейроинсультного центра Шуской городской больницы.

**Задачи исследования:**

1. Провести анализ деятельности нейроинсультного центра.
2. Провести анализ причин смерти пациентов нейроинсультного центра.
3. Разработать комплекс мероприятий, направленных на оптимизацию деятельности нейроинсультного центра.

**Материалы и методы исследования**

- Библиографический;
- Информационно-аналитические;
- Статистические;
- Аналитический.

**Практическая и теоретическая значимость работы**

Дальнейшая работа и оптимизация деятельности регионального нейроинсультного центра на периферии области в зоне Б имеет прогноз для улучшения качества жизни сельских жителей отдаленных районов, значительное снижение смертности от ЦВЗ (цереброваскулярной болезни), соответственно снижение инвалидизации больных после инсультов, приближения неотложной медицинской помощи пациентам с инсультами в первую очередь именно в период «терапевтического окна».

В условиях проводимого триажа в приемном отделении при интенсивном поступлении большого количества пациентов с нейроинсультной патологией более раннее применение простых неинвазивных методов в сочетании с компьютерной томографией позволяет быстро провести первичную сортировку (триаж) доставленных пациентов, определить показания к госпитализации в профильное отделение, причины и объемы нейрореанимации, определить локализацию очага инсульта, темп развития и прогноз поражений ЦНС (центральной нервной системы), выбрать оптимальный метод лечения, контролировать ход лечения, предупреждать развитие осложнений, что в целом, даст хорошие результаты и исходы лечения пациентов с инсультами.

С 1 ноября 2020 г. на базе Шуской городской больницы открыт 3-й в области нейроинсультный центр на 15 коек 2 уровня, с 2023 г. 3 уровня. С 3 августа 2020 г. начал работу кабинет компьютерной томографии (КТ 64 среза Somatom фирмы Simmens) для 4-х южных районов: Кордайский, Шуский, Меркенский, Мойынкумский. Приобретение компьютерного томографа во 2 полугодии 2020 г. и введение в эксплуатацию позволило открыть 3-й в области Региональный Инсультный Центр 2 уровня в зоне Б на юге Жамбылской области на базе неврологического отделения Шуской городской больницы на 30 коек. Изучена заболеваемость и смертность ЦВЗ, инсультами за 2015-2020 г.г., произведены расчеты для оснащения нейроинсультного отделения, произведен расчет потребности на лекарственные препараты, составлен проект штатного расписания, подсчитан фонд зарплаты сотрудников, проведен подбор кадров, обучение врачебного и среднего медицинского персонала.

Основная цель работы Инсультного центра:

- формирование здоровой нации путем борьбы с инсультом;
- продление длительности жизни граждан РК путем снижения летальности;
- повышение качества медицинской помощи путем внедрения инновационных мероприятий в лечении инсульта;
- снижение заболеваемости инсультами путем организации первичной и вторичной профилактики на догоспитальном звене, работая совместно с поликлиниками;
- повышение качества жизни населения путем активной реабилитации больных, перенесших инсульт;
- пропаганда здорового образа жизни, через СМИ.

В стационар госпитализируются больные по сопроводительному листу скорой помощи или экстренному направлению участкового врача, без направления по жизненным показаниям с различными нозологическими формами заболеваний, ранняя и поздняя реабилитация больных после инсультов:

- ишемический, геморрагический инсульт;
- преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК);
- энцефалопатии, асфиксии;
- менингит, абсцесс, отек головного мозга;
- эпилепсия, онкозаболевания.

Важными факторами снижения летальности в первую очередь является первичная и вторичная профилактика инсульта в группах риска (возраст, курение, адинамия, ожирение, АГ, сахарный диабет, тяжелая форма анемия, ИБС нарушение ритма).

Успешное лечение инсультов зависит от своевременной диагностики инсульта (КТ и МРТ головного мозга) в период первых 40 минут – 3 часов, т.е. в период пенумбры и своевременного применения базисной и дифференцированной терапии с использованием препаратов прошедших неоднократное рандомизированное исследование.

Немаловажный факт в оказании высококачественной медицинской помощи играют знания и подготовленность сотрудников. Кадровый вопрос решается своевременно, имеется достаточное количество врачей и среднего медперсонала для работы в Центре. В штате врачей работают подготовленные специалисты: врач нейрохирург для проведения оперативных методов лечения инсультов, 3 врача невропатолога высшей категории, врач-психиатр высшей категории, врач реабилитолог, врач травматолог высшей категории, оперирует последствия нейротравмы, 3 врача анестезиолога высшей категории. Специалисты обучены в Центрах, прошли стажировки на базе

областных больниц, Республиканского Центра нейрохирургии, НИИТО, 7 и 4 городских больниц г. Алматы. Врачи-лаборанты, средний медицинский персонал с высоким уровнем профессионализма и подготовки.

Все врачи имеют сертификаты, обучены, своевременно повышают квалификацию, принимают участие в мастер-классах. В 2020 году обучены на базе Инсультного Центра г. Казань (Российская Федерация) – 2 анестезиолога, 2 невропатолога, 1 нейрохирург.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В исследовании изучена работа Регионального Инсультного Центра Шуской городской больницы, проведен ретроспективный анализ госпитализации, заболеваемости, организации диагностического и лечебного процесса, обозначены проблемные вопросы, выработаны предложения по улучшению и развитию инсультной службы. За 3 года достигнут определенный прогресс в вопросах оказания неотложной помощи пациентам с острыми ЦВЗ, в т.ч. с инсультами.

Главное достижение администрации и неврологической службы – это развертывание и открытие 3-го Инсультного Центра на юге Жамбылской области в зоне Б. Определенная часть жителей области на юге, проживающие на большом расстоянии от инсультных центров, получили возможность своевременно провести современную нейровизуальную диагностику на месте, современное лечение инсультов в период «терапевтического окна», что отразилось на уровне смертности и инвалидизации населения Шуского и Мойынкумского районов области, улучшении качества жизни жителей 3-х южных районов.

Начато решение вопросов восстановительного лечения и медицинской реабилитации не только у взрослых, но и у детей, а также организация хосписной помощи тяжелобольных пациентов. Эти меры в целом положительно сказываются на качестве жизни не только самих пациентов, но и их родственников.

Вместе с оценкой проведенной работы выявлены моменты, которые надо решать. Проблемные моменты обозначены. Цели и задачи поставлены и требуют дальнейшего решения.

### **Практические рекомендации по проблемным вопросам**

Задачи, стоящие перед аппаратом управления больницы:

1. Способствовать, строго контролировать и совершенствовать чрезвычайно трудную и ответственную работу врачей неврологов на всех этапах оказания помощи, начиная с приемного отделения, заканчивая нейрореанимацией.

2. Обеспечить отделения Инсультного Центра современным медицинским оборудованием в соответствии с минимальным Стандартам оснащения медицинским оборудованием.

В 2024 году согласно Комплексному плану развития региона и Государственной программе реформирования Казахстана, принятой на 2020-2025 г.г. закупить для Регионального Инсультного Центра Шуской городской больницы, ангиографическую диагностическую систему через Республиканские трансферты, портативный дуплексный сканер для приемного отделения, реабилитационное оборудование согласно поданной заявке в УЗО (управление здравоохранение области) за счет республиканских трансфертов. С приобретением ангиографа возрастет число и виды нейрохирургических операций. Оснастить врачей неврологов средствами физикального обследования, спецодеждой, портативной диагностической аппаратурой каждого невролога.

3. В 2024 году запланирован капитальный ремонт стационара. В ходе капитального ремонта создать необходимые условия для пациентов и медицинского персонала.

4. Внедрять прогрессивные технологии, обучить всех врачей неврологов на базе ведущих центров страны и СНГ, организовать мастер-классы на месте для овладения оперативной техникой врачами при нейрохирургическим вмешательствам. Врачи неврологи должны овладеть лучевой и функциональной диагностикой, клинической фармакологией.

5. Средний медицинский персонал обучить правилам ухода за инсультными пациентами.

6. На сегодняшний день есть проблемы с оснащением санитарным автотранспортом. Для осуществления внешних переводов сложных пациентов на 3 и 4 уровни регионализации нужны оснащенные современные реанимобили, оснащенные медицинским оборудованием.

7. Для решения проблемы с инсультами необходимо установить преемственность с ПМСП, поскольку инсульт часто является причиной заболеваемости и смертности. Важно отслеживать маршрут пациента с инсультом на всех этапах оказания медицинской помощи, использовать все возможности, предоставленные Правительством для снижения уровня инвалидизации после инсультов. Также необходимо организовать все финансовые потоки для реабилитации этих пациентов на всех этапах реабилитации и восстановительного лечения, включая 1, 2 и 3 этапы.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гудкова В. В., Стаховская Л. В. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения // Справочник поликлинического врача, № 5. 2014 г.
2. Скворцова В. И. Лечение нарушений мозгового кровообращения: позиция невролога. Гипертоническая энцефалопатия // Болезни сердца и сосудов 2010.
3. Таашян М.М., Раскуражев А.А., Корнилова А.А. Цереброваскулярные заболевания и персонифицированная профилактика. Журнал «Профилактическая медицина», 2021;24(2).
4. Государственная программа развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007-2009 годы.
5. О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 19 октября 2015 года № 809.

**АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ  
ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ  
DISEASE PREVENTION**

УДК 614.12

**ДИСПАНСЕРЛІК НАУҚАСТАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІ ЖЕТІЛДІРУ**

<sup>1</sup> Ж.Т.Калдыбаев, <sup>1</sup>А.Б.Даниярова, <sup>1</sup>Ф.А.Бимурзаева

<sup>1</sup>ҚДСЖМ Қазақстандық медицина университеті, Алматы қ.

**ТҮЙІНДЕМЕ**

Денсаулық сақтау жүйесі экономиканың өндірістік емес секторының саласы ретінде денсаулық капиталы мен ұлттық қауіпсіздік деңгейінің дамуын анықтайды. Профилактикалық медицина моделін қалыптастыру принципі мемлекеттік денсаулық сақтау жүйесін дамыту үрдісі болып табылады. Бүгінгі таңда профилактикалық бағытты қамтамасыз етуге мүмкіндік беретін жетекші тетіктердің бірі халықты диспансерлеу болып табылады. Диспансерлеу созылмалы жұқпалы емес ауруларды және олардың дамуының негізгі қауіп факторларын ерте анықтауға бағытталған.

**Түйінді сөздер:** диспансерлеу, алғашқы медициналық-санитарлық көмек.

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДИСПАНСЕРНЫМ БОЛЬНЫМ**

<sup>1</sup> Ж.Т.Калдыбаев, <sup>1</sup>А.Б.Даниярова, <sup>1</sup>Ф.А.Бимурзаева

<sup>1</sup> Казахстанский медицинский университет ВШОЗ, г.Алматы

**РЕЗЮМЕ**

Система здравоохранения как отрасль непроектируемого сектора экономики определяет развитие капитала здоровья и уровня национальной безопасности. Принцип формирования модели профилактической медицины является трендом развития государственной системы здравоохранения. На сегодняшний день одним из ведущих механизмов, позволяющим обеспечить профилактическое направление, является диспансеризация населения. Диспансеризация направлена на раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний и основных факторов риска их развития.

**Ключевые слова:** диспансеризация, первичная медико-санитарная помощь.

**IMPROVING THE PROVISION OF MEDICAL CARE TO DISPENSARY PATIENTS**

<sup>1</sup>Kaldybaev J. T., <sup>1</sup>Daniyarova A.B., <sup>1</sup>Bimurzayeva F.A.

<sup>1</sup>KSPH Medical University, Almaty

## SUMMARY

The healthcare system as a branch of the non-productive sector of the economy determines the development of health capital and the level of national security. The principle of forming a model of preventive medicine is a trend in the development of the public health system. To date, one of the leading mechanisms to ensure preventive referral is the medical examination of the population. The medical examination is aimed at early detection of chronic non-communicable diseases and the main risk factors for their development.

**Keywords:** medical examination, primary health care.

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Диспансеризация — комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определённых групп населения [1].

Диспансеризация направлена на выявление основных причин преждевременной смертности: болезней системы кровообращения, онкологических заболеваний, болезней органов дыхания, сахарного диабета.

Оказание медицинской помощи диспансерным больным всегда остается актуальным, поскольку позволяет контролировать заболевание и предотвращать его прогрессирование. Это важно для поддержания здоровья пациентов и снижения риска осложнений. Вопросы организации диспансеризации населения находятся в центре внимания ученых и организаторов здравоохранения, так как для многих граждан профилактический осмотр является первой точкой соприкосновения с первичной медико-санитарной помощью. Диспансеризация оказывает огромное влияние на оценку всей системы здравоохранения с позиции удовлетворенности населения [2, 3]. Сложившаяся система управления диспансеризацией населения имеет недостатки, заключающиеся в подходах оценивания, организации и планирования процесса.

На современном этапе существующие критерии оценивания эффективности диспансеризации взрослого населения не дают возможность рассматривать профилактику как комплексную оценку конечных результатов работы поликлиники [4, 5].

В связи с этим актуальной является неуклонный рост социально-экономического бремени хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) во всех странах мира ВОЗ разработала и приняла Глобальный план по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (2013–2020), одной из целей которого обозначено уменьшение преждевременной смертности от ХНИЗ на 25% к 2025 г.

Для достижения этой цели требуется снизить распространенность модифицируемых факторов риска ХНИЗ как у отдельных людей, так и среди разных групп населения, а также создать необходимый потенциал для ведения здорового образа жизни. Несмотря на достижение положительных результатов, смертность от болезней системы кровообращения (БСК) остается одной из самых высоких в мире, и ее суммарный экономический ущерб составляет 3% от валового внутреннего продукта. Для дальнейшего совершенствования профилактических мероприятий требуется изучение экономической составляющей эффективности диспансеризации и диспансерного наблюдения (ДН).

Доступ к медицинскому обслуживанию может варьироваться в зависимости от стран, сообществ и отдельных лиц в зависимости от социальных и экономических условий, а также политики в области здравоохранения. Предоставление медицинских услуг означает "своевременное использование личных медицинских услуг для достижения наилучших возможных результатов в области здравоохранения" [3]. Факторы, которые следует учитывать с точки зрения доступа к медицинской помощи, включают финансовые ограничения (такие как страховое покрытие), географические и логистические барьеры (такие как дополнительные транспортные расходы и

возможность брать оплачиваемый отпуск на работе, чтобы воспользоваться такими услугами), социокультурные ожидания и личные ограничения (отсутствие возможности общаться с медицинскими работниками). медицинские работники, низкий уровень медицинской грамотности, низкий доход)[4] Ограничения в сфере медицинского обслуживания негативно влияют на использование медицинских услуг, эффективность лечения и общий результат (благополучие, уровень смертности).

Системы здравоохранения - это организации, созданные для удовлетворения потребностей целевых групп населения в области здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), для хорошо функционирующей системы здравоохранения необходимы механизм финансирования, хорошо обученная и достойно оплачиваемая рабочая сила, надежная информация, на основе которой принимаются решения и разрабатывается политика, а также хорошо оснащенные медицинские учреждения для предоставления качественных лекарств и технологий [5].

Подход, основанный на охране здоровья населения, направлен на улучшение состояния здоровья населения. Действия направлены на охрану здоровья всего населения или субпопуляции, а не отдельных лиц. Уделение особого внимания здоровью населения также требует сокращения неравенства в состоянии здоровья между группами населения.

В качестве подхода в области охраны здоровья населения основное внимание уделяется взаимосвязанным условиям и факторам, которые влияют на здоровье населения на протяжении всей жизни, выявлению систематических изменений в характере их возникновения и применению полученных знаний для разработки и осуществления политики и действий по улучшению здоровья и благополучия этих групп населения [6, 7].

Таким образом, подход к управлению здоровьем населения представляет собой краеугольный камень литературы по хроническим заболеваниям и направлен на поддержание хорошего здоровья населения путем удовлетворения потребностей отдельных пациентов как в плане профилактики, так и в лечении хронических заболеваний путем определения целевой группы населения на основе потребностей в области здравоохранения и стратификации по степени тяжести. и оценка схем поглощения.

На сегодняшний день управление здоровьем населения [8] является перспективной, а не исчерпывающей моделью, которая определяет путь изменений, основанный на шести основных принципах:

- Идентификация популяции пациентов.
- Оценка состояния здоровья.
- Стратификация риска.
- Вмешательства, ориентированные на пациента.
- Оценка воздействия.

Его целью является дифференциация людей, страдающих хроническими заболеваниями или находящихся в группе риска, по подгруппам населения, определяемым с помощью комплексного лечения, в зависимости от стадии развития заболевания, наличия или отсутствия осложнений, конкретных требований, связанных с сосуществованием других заболеваний. Такая дифференциация необходима для определения наиболее эффективных стратегий и конкретных вмешательств, адаптированных к потребностям пациентов, и для "персонализации" плана ухода и лечения с учетом центральной роли пациента и его выбора в процессе лечения [9].

Эффективная система здравоохранения может внести значительный вклад в экономику, развитие и индустриализацию страны. Здравоохранение является важным фактором, определяющим общее физическое и психическое здоровье и благополучие людей во всем мире. Примером этого может служить всемирная ликвидация оспы в 1980 году, объявленная ВОЗ первой болезнью в истории человечества, которая была ликвидирована с помощью целенаправленных медицинских вмешательств [10]. В современном мире сохранение здоровья населения становится все более актуальной проблемой. Особенно важно обеспечить высокий уровень медицинской помощи диспансерным больным – людям, страдающим хроническими заболеваниями и нуждающимся в постоянном наблюдении и лечении. Улучшение качества и доступности медицинской помощи этой



категории пациентов является важной задачей для системы здравоохранения.

Первичная медико-санитарная помощь включает в себя самый широкий спектр медицинских услуг, включая пациентов всех возрастов, пациентов любого социально-экономического и географического происхождения, пациентов, стремящихся поддерживать оптимальное состояние здоровья, а также пациентов со всеми видами острых и хронических проблем физического, психического и социального здоровья, включая многочисленные хронические заболевания. Следовательно, врач первичной медико-санитарной помощи должен обладать обширными знаниями во многих областях. Непрерывность является ключевой характеристикой первичной медицинской помощи, поскольку пациенты обычно предпочитают обращаться к одному и тому же врачу для проведения плановых осмотров и профилактики, медицинского просвещения, а также каждый раз, когда им требуется первичная консультация по поводу новой проблемы со здоровьем. Международная классификация первичной медико-санитарной помощи - это стандартизированный инструмент для понимания и анализа информации о вмешательствах в первичную медико-санитарную помощь в зависимости от причины визита пациента [11].

Распространенные хронические заболевания, которые обычно лечатся в рамках первичной медицинской помощи, могут включать, например, гипертонию, диабет, астму, ХОБЛ, депрессию и тревожность, боли в спине, артрит или дисфункцию щитовидной железы. Первичная медицинская помощь также включает в себя множество базовых услуг по охране здоровья матери и ребенка, таких как услуги по планированию семьи и вакцинации.

Диспансерное наблюдение – это система оказания медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями или высоким риском развития заболеваний. Данный подход позволяет контролировать состояние здоровья пациента, предотвращать обострения и осложнения заболеваний, а также повышать качество жизни. В настоящее время диспансерное наблюдение является одной из основных стратегий в медицинской практике и широко применяется в различных областях медицины [12].

Многочисленные исследования показывают, что диспансерное наблюдение способствует улучшению результатов лечения пациентов с хроническими заболеваниями. Например, исследование, проведенное в отделении кардиологии, продемонстрировало, что регулярные визиты к врачу и контрольные обследования позволяют снизить риск сердечно-сосудистых осложнений и смертности у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Кроме того, диспансерное наблюдение позволяет своевременно выявлять осложнения заболеваний и проводить необходимое лечение. Например, исследование, проведенное в отделении эндокринологии, показало, что регулярный мониторинг уровня глюкозы в крови у пациентов с сахарным диабетом позволяет предотвращать развитие осложнений и улучшить контроль над заболеванием.

Таким образом, диспансерное наблюдение играет важную роль в улучшении качества медицинской помощи диспансерным больным. Постоянное мониторингирование состояния здоровья, своевременная диагностика и лечение позволяют предотвращать развитие осложнений и обеспечивать эффективное лечение. Врачи и пациенты должны сотрудничать для достижения лучших результатов и улучшения качества жизни диспансерных больных.

**Комплексная медицинская помощь при хронических заболеваниях.** Хронические заболевания оказывают существенное влияние на жизнь людей, живущих как в развитых, так и в развивающихся странах. Из 57 миллионов случаев смерти в 2008 году 36 миллионов (63%) были прямым следствием хронических заболеваний, главным образом сердечно-сосудистых, диабета, рака и хронических респираторных заболеваний. Девять миллионов из этих смертей произошли среди людей в возрасте до 60 лет, и девяносто процентов этих преждевременных смертей произошли в странах с низким и средним уровнем дохода. Кроме того, обездоленные и маргинализированные сообщества в развитых странах страдают от растущего бремени хронических заболеваний.

По оценкам, в ближайшие годы распространенность хронических заболеваний будет быстро расти, как из-за неуклонного процесса старения населения планеты, так и из-за увеличения продолжительности жизни людей с хроническими патологиями. Все большее число людей страдает двумя или более заболеваниями, взаимозависимыми (сопутствующими заболеваниями) или

сочетающимися с несколькими заболеваниями у одного и того же человека (хроническая мультиморбидность). Мультиморбидность в значительной степени связана с повышением смертности и инвалидизации и снижением качества жизни. Его распространенность может быть оценена в 20-30% среди населения в целом, и она возрастает с 55% до 98%, если учитывать пожилых людей или социально незащищенные слои населения.

Распространение хронических заболеваний затрагивает не только страны со средне-высоким уровнем благосостояния, но и страны с более низким уровнем благосостояния, о чем свидетельствует более 80% смертей от сердечно-сосудистых заболеваний или диабета и почти 90% - от хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), происходит в странах с низким и средним уровнем дохода.

По данным ВОЗ, большую часть последствий хронических заболеваний для человека и общества можно было бы предотвратить с помощью прозрачных, эффективных и устойчивых действий, поскольку значительное снижение воздействия хронических заболеваний будет все больше зависеть от профилактических мероприятий, которые будут систематически проводиться среди всего населения.

Эти мероприятия, легко доступные по низкой стоимости и с высокой эффективностью, должны учитывать, среди различных аспектов, также роль социально-экономического неравенства, поскольку группы населения, наиболее подверженные хроническим заболеваниям, также в большей степени подвержены депривации. Любая политика должна основываться на биопсихосоциальном подходе к предотвращению бремени хронических заболеваний и должна воздействовать на неравенство социальных детерминант здоровья (например, доходов, образования, жилья, услуг, физического окружения).

**Цель исследования:** изучение обеспечения медицинской помощи диспансерным больным (на примере ХОБЛ)

**Задачи исследования:**

1. Изучить теоретические основы оказания медицинской помощи диспансерным больным.
2. Провести анкетирование диспансерных больных с диагнозом ХОБЛ.
3. SWOT -анализ оказания медицинских услуг диспансерным больным.
4. Разработать рекомендации для пациентов.

**Материалы и методы исследования:**

- Библиографический;
- Информационно-аналитические;
- Статистические;
- Социологическое исследование-опрос;
- Аналитический.

**Практическая и теоретическая значимость работы:** по результатам выполненной работы значимость работы заключается в следующем:

1. Улучшение качества жизни: Предоставление регулярной медицинской помощи и обучение самоуправлению помогают пациентам лучше контролировать своё состояние и справляться с симптомами, что существенно повышает их качество жизни.

2. Снижение частоты обострений: Систематическое мониторингирование и вмешательство позволяют своевременно выявлять и лечить обострения заболевания, что сокращает количество госпитализаций и уменьшает нагрузку на систему здравоохранения.

3. Экономическая выгода: Профилактика обострений и снижение затрат на лечение осложнений ХОБЛ через регулярное диспансерное наблюдение позволяет сэкономить ресурсы здравоохранения и уменьшить расходы пациентов на медицинские услуги.

4. Повышение эффективности лечения: Раннее выявление изменений в состоянии здоровья и своевременная коррекция терапии способствуют более успешному лечению и улучшению прогноза заболевания.

Таким образом, работа с диспансерными больными, имеет непосредственное влияние на здоровье и благополучие пациентов, а также на эффективность здравоохранения и общественное благосостояние.

Для поликлиники анализ возможностей и рисков поможет стратегически управлять изменениями и улучшениями, чтобы обеспечить более эффективное и качественное оказание медицинских услуг.

Таблица 1 – Анализ потенциальных возможностей и рисков организации.

СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ	СЛАБЫЕ СТОРОНЫ
<p>1. <i>Опытный медицинский персонал:</i> Наличие квалифицированных врачей и медсестер, которые могут предложить высокий уровень медицинского обслуживания.</p> <p>2. <i>Хорошо оборудованные медицинские помещения:</i> Наличие современного медицинского оборудования и инструментария улучшает качество диагностики и лечения.</p> <p>3. <i>Высокая репутация в сообществе:</i> Положительные отзывы пациентов могут способствовать привлечению новых клиентов и улучшению общественного восприятия поликлиники.</p>	<p>1. <i>Длинные очереди и время ожидания:</i> Одна из общих проблем многих государственных медицинских учреждений — длительное ожидание приема, что снижает удовлетворенность пациентов.</p> <p>2. <i>Недостаточное финансирование:</i> Ограниченный бюджет может препятствовать обновлению оборудования, расширению штата или повышению квалификации персонала.</p> <p>3. <i>Система записи на прием:</i> некоторые пациенты не имеют навыки для электронной записи к врачу, что усложняет этот процесс</p> <p>4. <i>Недостаток специализированных врачей:</i> В поликлинике ощущаться нехватка узких специалистов (гастроэнтеролог, нефролог) это увеличивает нагрузку</p> <p>5. <i>Ограниченные возможности для обучения и развития персонала:</i> Отсутствие систематического обучения и профессионального развития может снижать мотивацию сотрудников и их способность к внедрению новых методик.</p>
ВОЗМОЖНОСТИ	РИСКИ
<p>1. <i>Внедрение цифровых технологий:</i> Автоматизация процессов, включая электронную запись на прием и управление медицинскими картами, может значительно повысить эффективность работы и удовлетворенность пациентов.</p> <p>2. <i>Расширение спектра услуг:</i> Введение новых медицинских услуг и специализаций может привлечь больше пациентов и удовлетворить их потребности в более комплексном медицинском обслуживании.</p> <p>3. <i>Сотрудничество с частными клиниками и исследовательскими учреждениями:</i> Это может обеспечить доступ к новейшим технологиям и методикам лечения, а также дополнительное финансирование через исследовательские проекты.</p> <p>4. <i>Образовательные программы для местного сообщества:</i> Программы по повышению осведомленности о здоровье могут помочь уменьшить количество случаев запущенных заболеваний и обеспечить более раннюю диагностику.</p>	<p>1. <i>Недостаточное финансирование:</i> Ограниченный бюджет может помешать внедрению новых технологий, расширению штата или улучшению инфраструктуры, что может снизить качество обслуживания.</p> <p>2. <i>Сопrotивление изменениям со стороны персонала:</i> Инновации и изменения могут встретить сопротивление среди сотрудников, особенно если они не будут должным образом проинформированы и обучены.</p> <p>3. <i>Утечка квалифицированных кадров:</i> В условиях ограниченных возможностей для карьерного и профессионального роста, лучшие специалисты могут уйти в частные клиники или другие учреждения.</p> <p>4. <i>Регуляторные и юридические риски:</i> Несоблюдение новых норм и законодательных требований может привести к штрафам и другим юридическим последствиям.</p>

Оценивая эти возможности и риски, руководство поликлиники может разработать стратегические инициативы, направленные на максимизацию потенциала и минимизацию угроз. Например, внедрение инноваций можно поддержать программ

**Выводы:**

1. На вопрос знаете ли Вы о ХОБЛ? 45% респондентов ответили знают и 55% респондентов ответили нет. Это показывает что медицинским специалистам необходимо проводить пациентам разъяснительные беседы о ХОБЛ и повышать информативность пациентов.

2. На вопрос «Применяете ли Вы дренажное положение при приступе кашля?» Ответ респондентов: да - 25%, нет - 75%. Медперсонал должны объяснить механизм действия дренажной

позиции, описать ее преимущества, продемонстрировать технику выполнения убедившись, что пациент закрепил полученную информацию.

3. Каким образом Вы записывались на прием к врачу? -ответы респондентов расположились следующим образом: по телефону- 58%; через Damumed -14%; иду на прием без записи -28% .

4. На вопрос: «Сколько времени Вы ожидали приема в очереди?» ответы респондентом были следующими- не более 10 минут 25%, не более 15 минут-18%, не более 29 минут -22%, не более 30 минут -14%, более 30 минут-14%.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для совершенствования оказания медицинской помощи диспансерным пациентам в рамках государственной поликлиники, можно предложить несколько направлений улучшения:

*Усовершенствование электронной системы записи на прием:* поможет уменьшить время ожидания для пациентов и облегчит работу медицинского персонала. Важно обеспечить стабильность работы системы и её интуитивность для пользователей.

*Доступность услуг:* анализ времени ожидания записи на прием к специалистам, оценка доступности специалистов для разных групп пациентов.

*Обучение медицинских работников:* регулярные тренинги и семинары по повышению квалификации помогут сотрудникам поликлиники быть на одной волне с последними трендами и стандартами медицинского обслуживания.

*Эффективность внутренних процессов:* анализ процессов записи на прием, обработки медицинских карт и их доступности, оценка скорости и качества информационного обмена между отделениями.

*Разработка и внедрение индивидуальных планов лечения:* для каждого диспансерного пациента должен быть разработан индивидуальный план лечения с учетом всех его заболеваний и особенностей. Это улучшит качество оказания медицинской помощи.

*Улучшение доступности информации для пациентов:* информирование пациентов о доступных им услугах, методах лечения и прочей важной информации через сайт поликлиники, мобильное приложение или информационные стенды в самой поликлинике, обеспечение доступа к полной и актуальной информации о медицинских услугах и лечении, разработка информационных материалов и руководств для пациентов.

*Оптимизация логистики внутри поликлиники:* улучшить систему навигации внутри здания, что поможет пациентам быстрее находить нужные отделения и кабинеты, а также сократить время на перемещение между различными службами, эффективное распределение рабочих пространств для ускорения обслуживания пациентов.

*Внедрение системы обратной связи:* позволит пациентам оставлять отзывы о качестве обслуживания, что даст управлению поликлиники данные для корректировки работы и улучшения сервиса, создание механизма для сбора и анализа отзывов пациентов о качестве услуг, применение данных для корректировки работы и улучшения качества обслуживания.

*Интеграция с другими медицинскими учреждениями:* сотрудничество с другими больницами и поликлиниками для обмена опытом и создания единой информационной базы, которая поможет в проведении комплексного лечения и обмене медицинскими данными.

*Автоматизация процессов записи на прием и управления медицинскими картами:* внедрение или улучшение существующей электронной системы записи на прием, автоматизация процесса обновления и хранения медицинских карт.

*Разработка индивидуальных планов лечения:* создание подробных планов лечения для каждого диспансерного пациента, мониторинг и корректировка планов в зависимости от динамики состояния пациента.

*Финансовые аспекты:* анализ расходов на медицинское обслуживание диспансерных пациентов, оценка эффективности использования бюджетных средств.

**Рекомендации пациентам.** ХОБЛ, или хроническая обструктивная болезнь легких, – это заболевание, которое затрудняет дыхание из-за воспаления и узкости дыхательных путей в легких.

Повседневные нагрузки и активности могут стать вызовом для людей с ХОБЛ из-за одышки, утомляемости и других симптомов. Вот несколько способов, как они могут адаптироваться:

1. Планирование дня: Важно распределить задачи таким образом, чтобы тяжелые действия выполнялись в моменты, когда у человека больше энергии – обычно это утреннее время.
2. Регулярные перерывы: При выполнении домашних дел или иной активности стоит делать короткие перерывы, чтобы избежать излишней усталости и одышки.
3. Использование вспомогательных средств: Существуют различные устройства и приспособления, которые могут облегчить выполнение повседневных задач, например, тележки для покупок или удлиненные ручки для чистки.
4. Физическая активность: Несмотря на трудности, умеренные физические упражнения (с разрешения врача) могут помочь улучшить общее состояние и дыхательную функцию.
5. Правильное дыхание: Техники дыхания, такие как дыхание по методу "губы-трубочкой", могут помочь контролировать одышку во время активности.
6. Лекарства: Регулярное использование прописанных лекарств, таких как ингаляторы, может помочь контролировать симптомы и улучшить способность к выполнению повседневных задач.
7. Приспособление жилища: Организация жилья таким образом, чтобы минимизировать необходимость подниматься по лестницам или долго ходить, может значительно облегчить жизнь.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Закон Республики Казахстан «О здравоохранении», Государственная программа развития здравоохранения на 2020-2025 годы, Приказ Министерства здравоохранения № 786.
2. Государственная программа развития системы здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы, утвержденная Постановлением Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года № 982
3. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 25.05.2020 г.)
4. Конституция Республики Казахстан от 30 августа 1995 года (с изменениями и дополнениями по состоянию на 23.03.2019 г.)
5. Закон Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 06.05.2020 г.)
6. Постановление Правительства Республики Казахстан от 20 июня 2019 года № 420 «О внесении изменения в постановление Правительства Республики Казахстан от 15 июня 2009 года № 2136 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»
7. Қазақстан Республикасы Президентінің 2015 жылғы №176 жарлығымен бекітілген Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасы. <https://strategy2050.kz> 15.04.2016
8. Пилоттық өңірлерге созылмалы инфекциялық емес ауруларды басқару бағдарламасын енгізу туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2013 жылғы 5 сәуірдегі № 211 бұйрығы. <https://online.zakon.kz>.
9. Бенберин В.В., Серикбаев Н.С., Магзумова Р.З. Оценка эффективности самоменеджмента амбулаторных наукасов с сахарным диабетом 2 типа // IV Международный конгресс «Профилактика и лечение метаболических нарушений и сосудистых заболеваний. Междисциплинарный подход». – Москва, 2016. – С. 25-27.
10. Ақтаева Л.М., Гаркалов К.А., Кулкаева Г.У. Внедрение программ управления заболеваниями в практическое здравоохранение: Методические рекомендации. – Астана, 2013. – 39 с.
11. Кулкаева Г. Внедрение программы управления хроническими заболеваниями в Республике Казахстане // Онкология и радиология Казахстана. – 2015. – 37, №3. – С. 8-9.
12. Паспорт программы управления хроническими неинфекционными заболеваниями (ПУЗ). Руководство по внедрению ПУЗ в организациях ПМСП - РГП «Республиканский центр развития здравоохранения». – Астана, 2016. – 48с.

УДК 614.2

## АУРУЛАРДЫ БАСҚАРУ БАҒДАРЛАМАСЫНА ҚАТЫСАТЫН НАУҚАСТАРДЫ ЖҮРГІЗУДІ ЖЕТІЛДІРУ

<sup>1</sup>А.Кабулов, <sup>1</sup>А.Б.Даниярова

<sup>1</sup>ҚДСЖМ Қазақстандық медицина университеті, Алматы қ.

### ТҮЙІНДЕМЕ

Ауруларды басқару бағдарламасы аясында науқастарды басқаруды жетілдіру терапияның тиімділігін арттыруға, асқыну қаупін азайтуға, науқастардың өмір сүру сапасын жақсартуға және денсаулық сақтау шығындарын азайтуға мүмкіндік береді. Мұндай бағдарламаларға белсенді қатысатын науқастардың денсаулығы жақсы және аурудың өршу ықтималдығы аз болады. Осылайша, ауруларды басқару бағдарламасында науқастарды басқаруды жетілдірудің өзектілігін асыра бағалау мүмкін емес, өйткені бұл емдеу нәтижелерін жақсартуға және медициналық қызмет көрсету шығындарын азайтуға, сондай-ақ халықтың жалпы денсаулық деңгейін арттыруға ықпал етеді.

**Түйінді сөздер:** созылмалы аурулар, қант диабеті, ауруларды басқару бағдарламасы.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ, УЧАСТВУЮЩИХ В ПРОГРАММЕ УПРАВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

<sup>1</sup>А.Кабулов, <sup>1</sup>А.Б.Даниярова

<sup>1</sup> Казахстанский медицинский университет ВШОЗ, г.Алматы

### РЕЗЮМЕ

Совершенствование ведения пациентов в рамках программы управления заболеваниями позволит повысить эффективность терапии, снизить риск осложнений, улучшить качество жизни пациентов и снизить расходы на здравоохранение. Пациенты, которые активно участвуют в таких программах, имеют лучшее здоровье и с меньшей вероятностью прогрессируют. Таким образом, актуальность совершенствования ведения больных в программе управления заболеваниями невозможно переоценить, поскольку она способствует улучшению результатов лечения и снижению затрат на медицинское обслуживание, а также повышению общего уровня здоровья населения.

**Ключевые слова:** хронические заболевания, сахарный диабет, программа управления заболеваниями.

## IMPROVING THE MANAGEMENT OF PATIENTS PARTICIPATING IN THE DISEASE MANAGEMENT PROGRAM

<sup>1</sup> Kabulov A., <sup>1</sup>Daniyarova A.B.

<sup>1</sup>KSPH Medical University, Almaty

## SUMMARY

Improving patient management within the framework of the disease management program will increase the effectiveness of therapy, reduce the risk of complications, improve the quality of life of patients and reduce healthcare costs. Patients who actively participate in such programs have better health and are less likely to progress. Thus, the relevance of improving patient management in the disease management program cannot be overestimated, since it contributes to improving treatment outcomes and reducing medical costs, as well as improving the overall health of the population.

**Keywords:** chronic diseases, diabetes mellitus, disease management program.

## КІРІСПЕ

Қазіргі таңда Ауруларды басқару бағдарламасына қатысатын науқастарды басқару денсаулық сақтау саласында маңызды және өзекті болып отыр. Бұл артериялық гипертония, қант диабеті, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі және басқалары сияқты созылмалы аурулардың көбеюіне байланысты, олар үнемі бақылау мен басқаруды қажет етеді. Ауруларды басқару бағдарламасы науқастарды емдеу мен оңалтудың кешенді тәсілі болып табылады, оған тек дәрі-дәрмекпен емдеу ғана емес, сонымен қатар науқастардың өзін-өзі басқаруға үйрету, денсаулық жағдайын бақылау, дәрігерлердің ұсыныстарын орындау және өмір салтын өзгерту кіреді.

Созылмалы жұқпалы емес ауруларды басқару-бұл созылмалы аурулары бар науқастардың белгілі бір топтары үшін үйлестірілген және біріктірілген медициналық араласулар мен коммуникациялар жүйесі, соның ішінде клиникалық басқару және өзін-өзі басқару. Ауруларды басқарудың кез-келген бағдарламасы сияқты, басқа елдердегі жұмыс жағдайды талдаудан және тәуекелдерді бағалаудан басталады. Осыдан кейін аурулардың таралуын болдырмау үшін стратегиялар мен тактикалар жасалады және бақылау жүйелерін дамыту. Әр түрлі елдерде ауруларды басқару бағдарламасында жұмыс істеудің әртүрлі тәсілдері мен әдістері қолданылады.

**Ауруларды басқару бағдарламасының ерекшеліктері.** Аурулардың алдын алу жөніндегі шаралардың басымдығы қазіргі уақытта денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік саясат қағидаттарының бірі болып табылады. ДДСҰ-ның мәліметтері бойынша, СЖА барлық өлім-жітімнің 86% және аурулардың 77% құрайды, бұл денсаулық сақтау жүйесіне ауыртпалық әкеледі және экономикалық дамуға зиян келтіреді. Бүкіл әлемде, оның ішінде Қазақстан Республикасында өлім-жітімнің, сырқаттанушылықтың және мүгедектіктің басты себебі болып табылады. Бұл жағдай Қазақстан үшін СЖА проблемасын, әсіресе, маманның әрдайым байқау мүмкіндігі бола бермейтін ауылдық жерлердегі тұрғындар үшін аса өзекті етеді [1].

Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) жұқпалы емес аурулардан болатын өлімді азайту жөніндегі жаһандық ауқымды мақсат қойды СЖА - бұл жүрек-қан тамырлары аурулары (ЖҚА), қатерлі ісік, созылмалы респираторлық аурулар, психикалық бұзылулар, қант диабеті сияқты бірқатар созылмалы аурулар [2].

Аурулардың алдын алу МСАК-тың басым міндеті болып табылады және инфекциялық және созылмалы инфекциялық емес аурулардың профилактикасын қамтиды, жеке, топтық және популяциялық деңгейде жүзеге асырылады. Созылмалы жұқпалы емес аурулардың дамуы мен өршуінің қауіп факторларының алдын алу медицина қызметкерлерінің, әсіресе медициналық-санитарлық алғашқы көмек деңгейіндегі жұмысының маңызды бағыты болып табылады [3].

Он жылдан астам уақыт бұрын, соңғы жылдары медициналық көмекте туындаған бірқатар мәселелерге жауап ретінде, Disease Management тұжырымдамасы ұсынылды-Erstein R. S. & Sherwood L. M. (1996) "пациенттің функционалдығын жүзеге асыруды барынша қамтамасыз ету, аурудың даму қаупін азайту, мүгедектік және өлім-жітім, және денсаулық сақтаудың" өнімділігі мен рентабельділігін жаңа деңгейге көтеру [4].

Ауруларды басқару «пациенттердің өзіне-өзі қызмет көрсету әрекеттері маңызды болатын жағдайлары бар популяциялар үшін үйлестірілген медициналық араласулар мен коммуникациялар жүйесі» ретінде анықталады [5-7].

Соңғы жылдары дамыған елдерде созылмалы аурулардың диагнозы көбейді, бұл халықтың қартаюына және өткір ауруларды емдеудің сәтті болуына байланысты деп есептеледі. Көптеген денсаулық сақтау саласындағы шешім қабылдаушылар созылмалы ауруларды тиімдірек және тиімді емдеу әдістерін іздеді; көбінесе бұл әдістерге ауруларды басқару бағдарламаларын әзірлеу және енгізу кіреді [8].

Медицина қызметкерлеріне немесе әріптестерінің қолдауына қол жеткізе алатын адамдар үшін бұл созылмалы аурулары бар адамдар (және көбінесе отбасы мүшелері/ достары/қамқоршылары) медициналық мамандармен және/немесе әріптестерімен білім, жауапкершілік және күтім жоспарларымен бөлісетін процесс. Бұл тиімді болу үшін қоғамда әлеуметтік қолдау желілері бар бүкіл жүйені, контекстке сәйкес келетін кәсіптер мен қызметтердің кең спектрін, серіктес немесе жаттықтырушы ретінде әрекет етуге дайын клиникалық мамандарды, сондай-ақ тексерілген және ел мен контекстке сәйкес келетін онлайн ресурстарды енгізу қажет. Білім алмасу, олардың жинақталуы және білім беру қауымдастығы ауруларды басқару тұжырымдамасының ажырамас бөлігі болып табылады. Бұл халықтың денсаулығын сақтау стратегиясы, сонымен қатар жеке денсаулыққа деген көзқарас. Бұл денсаулық сақтау шығындарын азайту және/немесе аурулардың, әдетте созылмалы аурулардың салдарын болдырмау немесе азайту арқылы адамдардың өмір сүру сапасын жақсартуы мүмкін, өмірді бақылау сезімін беретін білім, дағдылар (аурудың белгілеріне қарамастан) және кешенді күтім. Екінші жағынан, бұл денсаулық сақтау шығындарының артуына әкелуі мүмкін, бұл жоғары енгізу шығындарын тудырады және қымбат медициналық араласуды қолдануға ықпал етеді.

**Ауруларды басқару бағдарламалары: әлемдік тәжірибеге шолу.** Ауруларды басқару басқарылатын медициналық көмектен, мамандықтар бойынша жәрдемақы төлеуден және медициналық қызметтерге сұранысты басқарудан дамыды және халықтың үлкен топтарының денсаулығын жақсартуға немесе қолдауға бағытталған процестер мен адамдарға қатысты. Бұл жалпы созылмалы ауруларға және осы аурулармен байланысты болашақ асқынулардың төмендеуіне қатысты.

Басқарылатын ауруларға мыналар жатады: жүректің ишемиялық ауруы, өкпенің созылмалы обструктивті ауруы, бүйрек жеткіліксіздігі, гипертония, жүрек жеткіліксіздігі, семіздік, қант диабеті, астма, қатерлі ісік, артрит, клиникалық депрессия, ұйқы апноэсы, остеопороз және басқа да жалпы аурулар.

АББ бірқатар елдерде сәтті қолданылды: Финляндияда жүректің ишемиялық ауруына, Голландияда қант диабеті, Германияда 2 типті қант диабеті, өкпе рагы және жүректің ишемиялық ауруы, сүт безі қатерлі ісігіне, Канадада СТЖ, қант диабеті бойынша бағдарламаларды пилоттық енгізілді.

**Қазақстанда ауруларды басқару бағдарламасының ұйымдастырылуы және жүргізілуі.** 2013 жылы әлемдік тәжірибеде созылмалы инфекциялық емес аурулар проблемасының өзектілігін ескере отырып, пилоттық аудандардың тұрғындары арасында бастапқы созылмалы инфекциялық емес аурулар (соның ішінде артериялық гипертензия, қант диабеті және созылмалы жүрек жеткіліксіздігі) диагнозы қойылған науқастар үшін ауруларды басқару бағдарламасы енгізілді. Басталды. Сондай-ақ, 2019 жылдан бастап еліміздің пилоттық аудандарында өкпе демікпесі және өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) бойынша бағдарламалар жүзеге асырылуда; ӨСОА емдеу бағдарламаларының тиімділігіне қол жеткізу үшін алғашқы медициналық көмек ұйымдарында, сондай-ақ мемлекеттік және коммерциялық ұйымдарда медицина қызметкерлерінің науқастардың өзін-өзі бақылауын дамыту және қолдау қажет. Бұл ынтымақтастық жағдайында ғана мүмкін болады.

Созылмалы аурулары бар науқастарға арналған өзін-өзі бақылау бағдарламалары аурудың ағымына, болжамына және өмір сапасына әсер ететін көрсеткіштерге оң әсер ететіні дәлелденді. Бұл бағдарламаны пилоттық өңірлерде енгізу созылмалы инфекциялық емес аурулардың алдын алу мен емдеуге көптеген өзгерістер енгізу қажеттілігіне, науқастардың өз денсаулығы үшін жауапкершілігін арттыруға, медицина қызметкерлері арасындағы өзара іс-қимылды жақсартуға және осы аурулардағы асқынулар мен жағдайдың нашарлауын болдырмау үшін барлық ресурстарды пайдалануға байланысты.



Біздің елде жүзеге асырылып жатқан бұл бағдарламаның толық анықтамасы - кешенді медициналық көмек көрсету, аурудың асқынуын азайту, сондай-ақ алдын алу шаралары арқылы созылмалы ауруларға шығындарды барынша азайту арқылы жұқпалы емес аурулары бар науқастардың өмір сүру жағдайларын жақсартуға бағытталған тұжырымдама.

Бағдарлама науқастардың денсаулық жағдайын жақсартуға, олардың денсаулығын басқару дағдыларын дамытуға, өз-өзіне көмектесуге, сонымен қатар дәрілік заттарды тиімді қолдану және емдік шараларға науқастің төзімділігін арттыру сияқты бірқатар мәселелерді шешуге бағытталған. Ауруларды басқару бағдарламалары өзара байланысты және өзара тәуелді компоненттерден тұрады:

1. Науқастарды тіркеу және сегменттеу.
2. Науқастарді бақылау карталары.
3. Тәсілдер.
4. Науқастарді бақылау үшін телефон соғу.
5. Топтық жиналыстар;
6. Өзін-өзі басқаруды қолдау.

Науқастарды тіркеу және сегментациялау, үш нозологияға (артериалды гипертензия, қант диабеті, жүректің созылмалы жетіспеушілігі) байланысты деректер шаблондары бар ауруларды басқару бағдарламасының электронды тіркелімі жасалған. Ауруларды басқару бағдарламасының электронды тіркелімімен (регистр) жұмыс жасайтын МСАК мекемелердің қызметкері деректермен жұмыс жасай алатын және барлық қажетті дағдыларды меңгерген (мысалы, Excel бағдарламасын пайдалану) болуы керек. Әрбір индикатор бойынша мақсаттар мен бастапқы деректер белгіленеді. Тіркелімнің көмегімен жақсартулар реестрін құруға болады, осыған байланысты жақсартуларды ұзақ мерзімде бақылап отырады.

Ауруларды басқару бағдарламасының электронды тіркелімінде жиналған деректер үш қызметті атқарады:

- 1) науқастардың денсаулық нәтижелерін қадағалау (деректер бойынша есеп/реестр);
- 2) мақсатты клиникалық күтім көрсету үшін науқастарды клиникалық сәйкескіші топтарға бөлу (сегменттеу);
- 3) тұрақты жоспарланған қабылдауларды жүргізу мақсатында науқастарға қоңырау шалу үшін олардың тізімін жасау.

Осылайша, ауруларды басқару бағдарламасы шеңберінде іске асырылатын барлық элементтер бір-бірімен циклдік өзара байланысты және өзара тәуелді және медициналық көмек көрсету форматын өзгерту және медициналық қызметтер көрсету сапасын мониторингілеу үшін қажет болып табылады.

**Денсаулықты нығайту мектептері.** Емханалардың құрамында науқастардың өзіне көмек көрсету дағдыларына, өз денсаулығына жақсы қарым-қатынас жасауына үйрететін, сондай ақ, салауатты өмір салты (СӨС) туралы ақпараттармен қамтамасыз етуші мектептер жұмыс жасайды. Бұл мектептер қант диабеті, артериалдық қан қысымы жоғарылауы, жүрек ишемиясы ауруы, инсульттан кейінгі асқыну жағдайлары, асқорыту жолдарының аурулары, ісік аурулары және т.б. созылмалы жұқпалы емес патологиялары бар науқастарға ұйымдастырылады.

Денсаулық мектебі-халықтың нысаналы топтарын осы топ үшін денсаулықты нығайту мен сақтаудың басым мәселелері бойынша оқытудың ұйымдық нысаны. Денсаулық мектебінде оқытудың әдістемелік негізі даярланған бағдарламалар болып есептеледі. Бұл бағдарламаның құрылымдық сипаты нақты реттеу мен материалдық баяндаудың дәйектілігін көрсетеді. Әр бөлімге арналған оқу мақсаты қалыптастырылады, көрнекі материал жиынтығы және де білімі мен дағдыларын меңгеруге, оларды қайталау мен бекітуге арналған педагогика әдістері қолданылады. Науқастарды аудио жән визуалды құралдармен, яғни брошюралар, буклеттер, алгоритм, жадынамалар сияқты көрнекі материалдарымен беріледі.

Оқыту түрлері топтық пен жеке болып бөлінеді. Емханадағы мектептер көбінесе ересек тұрғындармен жұмыс жасау кезінде жеке оқытумен салыстырғанда өте тиімді, себебі науқастар тәжірибелерімен бөлісу, басқа науқастардың жетістіктерін бақылау, сондай ақ, осындай жетістіктеріне қолжеткізуге деген ұмтылу мүмкіндіктері пайда болады. Теориялық білімнен басқа,

бұл денсаулық мектебінде өз-өзін бақылауға байланысты тәжірибелік дағдыларды үйретеді.

Денсаулық сақтау мектептерінде келесі компоненттермен қамтамасыз етеді:

- 1) ауруларды емдеуді қажет ететін пациенттердің топтарын анықтау процесі;
- 2) науқастың ағымдағы жағдайының сенімді өлшенген деректері негізінде ауруларды емдеу процесінде көмекті ұйымдастыру;
- 3) пациенттің дәрігерлермен және басқа да медициналық қызмет көрсетушілермен (мейірбике қызметкерлері /пациенттерге күтім көрсету менеджерлері/, клиникалық фармакологтар, әлеуметтік қызметкерлер, еріктілер) практикалық ынтымақтастығының үлгісі);
- 4) пациентті денсаулықты өзін-өзі басқаруға үйрету (алғашқы профилактиканы, мінез-құлықты өзгерту бағдарламаларын, сәйкестікті бақылауды қамтуы мүмкін);
- 5) ағымдағы және қорытынды талдау, бағалау және жоспарлау;
- 6) тұрақты кері байланыс ("денсаулық сақтау жоспарын" түзету мақсатында пациентпен, дәрігермен және көмекші қызметтермен терең әңгімелесуді қамтуы мүмкін) [48].

Қант диабеті кезінде науқастарға қандағы глюкозаны өздігінен бақылауға, инсулиндік препараттарды егу техникасына, аяқтың күтімі, тиімді тамақтануды таңдау және еркін өмір салтын жүргізуге үйретуі керек. Оқыту кезінде қажетті компоненттің бірі науқастың өзінің жеке күнделігімен жұмыс жасауы болып табылады. Науқас артериалды қан қысымы, қандағы глюкозаны өздігінен бақылаудан алған нәтижелерін күнделігіне енгізеді, бұл өз бетімен емдеу, сондай ақ, оны содан кейін дәрігерімен талқылау үшін қажет. Науқас негізгі дәрілік препараттардың мөлшерін өзі өзгертуге мүмкіндігі бар немесе алдағы асқынуларының дамуына жол бермеу үшін мүмкіндік беретін оңтайлы мәндерге жете отырып, тамақтануын түзетуге мүмкіндік алады. Науқастар жүргізетін күнделіктердің негізінде кеткен қателіктерді талдау мен сабақта талқылауда түсініксіз болған мәселелерге түсіндіру жұмыстары жүргізіледі.

**Зерттеу мақсаты:** ауруларды басқару бағдарламасына қатысты науқастарды жүргізуді жетілдіруді зерделеу және практикалық ұсыныстар әзірлеу.

#### **Зерттеу міндеттері:**

1. Созылмалы жұқпалы емес аурулардың алдын алу және онымен күресу мәселелері бойынша отандық және шетелдік әдебиеттерді зерттеу;
2. Ауруларды басқару бағдарламасына қатысты пациенттерден сауалнама жүргізу;
3. Ауруларды басқару бағдарламасының тиімділігін арттыруға бағытталған ұсынымдар әзірлеу.

**Емхананың Ауруларды басқару бағдарламалары (АББ) әртүрлі іс-шаралар мен қызметтерді қамтиды:**

1. *Денсаулық мектептері арқылы* пациенттерге олардың жағдайын басқару негіздерін, дұрыс тамақтануды, физикалық белсенділікті және т. б. үйретеді.
2. *Тұрақты консультациялар жүргізу арқылы* денсаулық жағдайын бағалау және емдеуді түзету үшін дәрігерлермен немесе медициналық қызметкерлермен кездесулер жүргізеді.
3. *Денсаулық параметрлерін бақылау* арқылы науқастың қан қысымын, қандағы қант мөлшерін, холестерин және т. б. сияқты көрсеткіштерді бақылауды үйретеді.
4. *Фармакотерапия бағдарламалары бойынша науқастарға* жеке қажеттіліктер мен ұсыныстарды ескере отырып, дәрілік терапияны ұсыну.
5. *Психологиялық қолдау арқылы* аурудың эмоционалды және психологиялық аспектілерін басқаруда пациенттерге кеңес беру және қолдау жүргізу.
6. *Білім беру іс-шаралары:* науқастар мен олардың отбасыларына ауру, оның салдары және басқару әдістері туралы дәрістер, семинарлар мен іс-шараларды жоспар бойынша өткізу.
7. *Алдын алу бағдарламаларын* жоспарлы жүргізу арқылы қауіпті факторларды ерте анықтау және аурудың асқынуын болдырмау үшін алдын алу шараларын жүргу.

**Ауруды басқару бағдарламасының мультидисциплинарлы тобының жұмысын талдау.** Ауруды басқару бағдарламасының мультидисциплинарлы командасы әртүрлі мамандар мен пациенттердің қажеттіліктері мен аурудың сипатына байланысты денсаулық сақтау қызметкерлерінен тұратын құрам келесі:

1. *Дәрігерлер:* кардиологтар, эндокринологтар, невропатологтар, отбасылық медицина

дәрігерлері.

2. *Мейірбикелер*: олар пациенттің жағдайын бақылауға, күтім бойынша оқытуға және ұсыныстарды орындауға көмектесе алады.

3. *Психолог* (пациенттерді олардың ауруының эмоционалды және психологиялық аспектілерімен күресуде бағалау және қолдау).

4. *Физиотерапевт*: физикалық белсенділік пен оңалту бағдарламаларын әзірлеу.

5. *Әлеуметтік қызметкерлер*: ауруға байланысты әлеуметтік және қаржылық мәселелерді шешуде қолдау көрсетеді.

6. *Фармацевт*: рецепттер мен дәрі-дәрмектерді бақылауды қамтамасыз етуге жауап береді.

Команданың келесі функциялары тағайындалған:

1. *Күтімді үйлестіру*: пациенттерге кешенді күтімді қамтамасыз ету үшін әртүрлі мамандар мен денсаулық сақтау қызметтері арасындағы үйлесімділік пен ынтымақтастықты қамтамасыз ету.

2. *Жоспарлау және ұйымдастыру*: емдеу мақсаттарын анықтауды және уақыт шеңберін белгілеуді қоса алғанда, әрбір пациент үшін ауруды басқарудың жеке жоспарларын әзірлеу.

3. *Мониторинг және бағалау*: Денсаулық параметрлерін үнемі бағалау және емдеу нәтижелерін талдау арқылы пациенттің ауруын емдеу және бақылау тиімділігін бағалау.

4. *Білім беру және қолдау көрсету*: пациенттер мен олардың отбасыларына ауру, емдеу, ықтимал асқынулар және ауруды басқару әдістері туралы ақпарат дайындау.

5. *Психологиялық қолдау*: пациенттерге аурудың эмоционалды және психологиялық аспектілерімен күресуге көмектесу үшін психологдың кеңесін ұйымдастыру.

6. *Қоғаммен байланыс және білім беру іс-шаралары*: жұртшылық үшін білім беру іс-шараларын және аурулардың алдын алу үшін алдын алу бағдарламаларын өткізу және емхананың әлеуметтік парақшаларына ақпарат жазу.

Емханадағы Денсаулық мектептері пациенттерге олардың жағдайын басқару негіздерін, дұрыс тамақтануды, физикалық белсенділікті және т. б. Өмір сүру сапасын қалыпты жағдайда ұстап тұруға үйретеді.

## ҚОРЫТЫНДЫ

Емханадағы ауруды басқару бағдарламасы (АББ) созылмалы аурулары бар науқастарға жүйелі кеңес беру, емдеуді бақылау және алдын алу шаралары арқылы медициналық көмек көрсетуді қамтиды. АББ шеңберіндегі денсаулық мектептері пациенттерге олардың жағдайын басқару, емдеу нұсқауларын орындау, салауатты өмір салты және т. б. бойынша білім бере алады.

Емханада артериялық гипертензия, қант диабеті, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі сияқты нозологиялар бойынша ауруларды басқару бағдарламасын енгізу жалғасуда. Науқастарды ауруды басқаруға тарта отырып, науқастардың өз аурулары және денсаулықты сақтау тәсілдері туралы білімі, дәрігердің ұсынымдарын уақтылы орындау, соның ішінде дәрі-дәрмектерді уақтылы қабылдау, диетаны бақылау және науқастың басқа да әрекеттері артты.

Барлығы 3 нозология (АГ, ҚД, СЖЖ) бойынша диспансерлік – 646 науқастар саны АББ тізілімінде науқастардың- 218-34% құрайды:

- артериялық гипертония – 250-38,6% (есепте тұрған науқастардың барлығы).
- қант диабеті – 128-19,8% (есепте тұрған науқастардың барлығы).
- созылмалы жүрек жеткіліксіздігі- 268-41% (барлық есепте тұрған науқастар).

Емхананың Ауруларды басқару бағдарламалары (АББ) әртүрлі іс-шаралар мен қызметтерді қамтиды:

1. Денсаулық мектептері;
2. Пациенттерге тұрақты консультациялар;
3. Пациенттердің денсаулық параметрлерін бақылау;
4. Фармакотерапия бағдарламалары бойынша науқастарға кеңес беру.
5. Пациентке психологиялық қолдау көрсету;
6. Науқастар мен олардың отбасыларына білім беру іс-шараларын ұйымдастыру;
7. аурулардың алдын алу және аурулардың асқынуын болдырмау үшін алдын алу шараларын

жүргізу.

Зерттеудің нәтижелері бойынша сауалнамаға қатысушылардың барлығы (100%) артериальді гипертензия бойынша ауруларды басқару бағдарламасына қатысады және бағдарламаға қатысу туралы келісімге қол қойған. Ауруларды басқару бағдарламасына қатысушылардың барлығы бағдарлама туралы ақпараттандырылғанын атап өтті. Сауалнамаға қатысушылардың барлығы (100%) ауруларды басқару бағдарламасына қатысуға шақыртуды дәрігерден (жалпы практика дәрігері/учаскелік дәрігер) алғанын көрсетті.

Сауалнаманың негізгі сұрақтары ауруларды басқару бағдарламасына қатысатын науқастардың бағдарламаға қанағаттану деңгейі мен өз ауруын басқару деңгейін анықтау сұрақтарына арналған. 2022 жылы сауалнамаға қатысқандардың 55,3%-ы Ауруларды басқару бағдарламасының ұйымдастырылуына қанағаттанатынын көрсетті. Бұл көрсеткіш ауруларды басқару бағдарламасының ұйымдастырылуы төмен деңгейде болуының дәлелі ретінде болды, сондықтан да ұйымдастыру жұмыстарын әлі де жетілдіруді қажет етеді.

### ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Қазақстан Республикасы Президентінің 2015 жылғы №176 жарлығымен бекітілген Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасы. <https://strategy2050.kz> 15.04.2016

2. Пилоттық өңірлерге созылмалы инфекциялық емес ауруларды басқару бағдарламасын енгізу туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2013 жылғы 5 сәуірдегі № 211 бұйрығы. <https://online.zakon.kz>.

3. Бенберин В.В., Серикбаев Н.С., Магзумова Р.З. Оценка эффективности самоменеджмента амбулаторных пациентов с сахарным диабетом 2 типа // IV Международный конгресс «Профилактика и лечение метаболических нарушений и сосудистых заболеваний. Междисциплинарный подход». – Москва, 2016. – С. 25-27.

4. Актаева Л.М., Гаркалов К.А., Кулкаева Г.У. Внедрение программ управления заболеваниями в практическое здравоохранение: Методические рекомендации.– Астана, 2013. – 39 с.

5. Кулкаева Г. Внедрение программы управления хроническими заболеваниями в Республике Казахстане // Онкология и радиология Казахстана. – 2015. – 37, №3. – С. 8-9.

6. Паспорт программы управления хроническими неинфекционными заболеваниями (ПУЗ). Руководство по внедрению ПУЗ в организациях ПМСП // РГП «Республиканский центр развития здравоохранения». – Астана, 2016. – 48с.

7. Созылмалы инфекциялық емес ауруларды басқарудың кейбір мәселелері туралы Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2018 жылғы 11 маусымдағы № 348 бұйрығы. <https://adilet.zan.kz>.

8. Концепция развития здравоохранения Республики Казахстан до 2025 года, Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы Постановление Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года №982.

УДК 61. 618.5

## ЖАС ӘЙЕЛДЕРДЕ АДАМ ПАПИЛЛОМАВИРУСЫМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ЖАТЫР МОЙНЫ ПАТОЛОГИЯСЫН ЖҮРГІЗУ ТАКТИКАСЫН ОҢТАЙЛАНДЫРУ

<sup>1</sup>Г.А.Бегимова

<sup>1</sup>Астана Медицина Университеті

### ТҮЙІНДЕМЕ

Жатыр мойны ауруларын диагностикалау проблемасының өзектілігі, ең алдымен, бүкіл әлемде осы патологияның тұрақты өсуіне байланысты. Жатыр мойны аурулары репродуктивті жастағы әйелдердің 15% - айқын немесе жасырын түрде әсер етеді. Жатыр мойны обыры әйелдердегі онкологиялық аурулардың көшбасшыларының бірі болып табылады, бұл маңызды әлеуметтік және медициналық мәселе болып қала береді. Қазіргі ғылым жатыр мойны обыры әйелдің денесінде адам папилломавирусының болуына байланысты пайда болатынын сенімді түрде дәлелдеді. Әрине, жұқтырған кез-келген әйел жатыр мойны обырына тап болуы керек дегенді білдірмейді. Әдетте, онкологиялық аурулардың дамуына адам папилломавирусының жоғары онкогенді түрлерінің болуы әкеледі. Жатыр мойны ауруларын диагностикалаудың жоғары ақпараттық және арзан әдістерінің бірі-кольпоскопия, ол өзгерістерді дәлірек растайды және осы аурудың көбірек анықталуын анықтайды.

**Түйінді сөздер:** адам папилломавирусы, жатыр мойны обыры, жатыр мойны ішілік эпителий неоплазиясы, кольпоскопия

## ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ПРОВЕДЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ, СВЯЗАННОЙ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

<sup>1</sup>Г.А.Бегимова

<sup>1</sup>Медицинский университет Астана

### РЕЗЮМЕ

Актуальность проблемы диагностики заболеваний шейки матки обусловлена, прежде всего, постоянным ростом этой патологии во всем мире. Заболевания шейки матки 15% женщин репродуктивного возраста - оказывает явное или скрытое воздействие. Рак шейки матки (РШМ) является одним из лидеров в области рака у женщин, который остается важной социальной и медицинской проблемой. Современная наука убедительно доказала, что рак шейки матки возникает из-за наличия в организме женщины вируса папилломы человека (ВПЧ). Конечно, это не означает, что любая женщина, инфицированная ВПЧ, должна столкнуться с раком шейки матки. Как правило, к развитию онкологических заболеваний приводит наличие высоко онкогенных форм вируса папилломы человека. Одним из наиболее информативных и недорогих методов диагностики заболеваний шейки матки является кольпоскопия, которая более точно подтверждает изменения и выявляет больше выявленных заболеваний.

**Ключевые слова:** вирус папилломы человека, рак шейки матки, внутричерепная эпителиальная неоплазия шейки матки, кольпоскопия.

## OPTIMIZATION OF TACTICS FOR MANAGING CERVICAL PATHOLOGIES ASSOCIATED WITH HUMAN PAPILLOMAVIRUS IN YOUNG WOMEN

<sup>1</sup>Begimova G.A.

<sup>1</sup>Astana Medical University

### SUMMARY

The relevance of the problem of diagnosing cervical diseases is due, first of all, to the steady growth of this pathology around the world. Cervical diseases explicitly or covertly affect 15% of women of reproductive age. Cervical cancer (Cervical Cancer) is one of the leaders of cancer in women, which remains an important social and medical problem. Modern science has proven reliably that cervical cancer occurs due to the presence of the human papillomavirus (HPV) in the woman's body. Of course, this does not mean that absolutely any woman who is infected with HPV should face cervical cancer. As a rule, the development of cancer is led by the presence of the human papillomavirus of highly oncogenic types. One of the highly informative and inexpensive methods for diagnosing cervical diseases is colposcopy, which more accurately confirms changes and determines more detection of this disease.

**Keywords:** human papillomavirus, cervical cancer, cervical intraepithelial neoplasia, colposcopy.

### ВВЕДЕНИЕ

На основе ежегодного отчета Международного агентства по исследованию рака (IARC) рак шейки матки является четвертым по распространенности женским злокачественным заболеванием у женщин в возрасте от 15 до 44 лет и является причиной 91% смертей от рака, связанных с ВПЧ.

Прогнозы Американского Онкологического общества (ACS) и группы исследователей центра Lancet, опубликованные в ноябре 2016 г., свидетельствуют о росте заболеваемости раком шейки матки (РШМ) к 2030 году, как минимум, на 25% в глобальном масштабе с ожидаемым инцидентом свыше 700000 случаев ежегодно. В целом же, ожидается рост смертности от рака женской половой сферы на 60%, в основном, в низко- и среднересурсных странах. К 2030 году от рака женской половой сферы будут ежегодно умирать около 5,5 миллиона женщин, что сопоставимо с населением всей Дании.

Рост количества молодых женщин с патологиями шейки матки, ассоциированными с вирусом папилломы человека в течение последних 10 лет отмечается], с нередким исходом в малигнизацию.

В 2020 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила о глобальной стратегии по ликвидации рака шейки матки в качестве приоритета общественного здравоохранения за счет снижения заболеваемости раком шейки матки до уровня менее 4 на 100 000. В большинстве случаев рак шейки матки связан с вирусом папилломы человека (ВПЧ), и его можно предотвратить.

В Казахстане в структуре онкопатологии у женщин РШМ занимает второе место, после рака молочной железы. Ежегодно регистрируются около 1800 новых случаев рака шейки матки и около 600 случаев смертельных исходов от этого заболевания. Этиологических факторов и недостаточной эффективности первичной профилактики.

Сейчас в мире выявляется более 600 тысяч новых случаев РШМ и 340 тысяч смертей от этой болезни ежегодно. В мире, каждые две минуты 1 женщина умирает от рака шейки матки.

**Цель обзора:** систематизировать накопленную за последнее время информацию для определения эффективности тактики ведения патологий шейки матки, ассоциированной с вирусом папилломы человека у женщин молодого возраста.

### Обсуждение

Этиологическим фактором возникновения РШМ является инфицирование вирусом папилломы человека высокоонкогенного риска (ВПЧ ВР) базальных клеток эпителия шейки матки. Взаимосвязь между развитием рака шейки матки и наличием ВПЧ ВР впервые была выявлена более

тридцати лет назад Н. zur Hausen. В результате проведенных эпидемиологических и молекулярно-генетических исследований было установлено, что основной причиной развития РШМ является инфицирование женщин высокоонкогенными типами ВПЧ. По данным статистического анализа, у пациенток с HSIL (CINII-III) в 90% случаев, а у пациенток с РШМ в 95-97% случаев выявлен ВПЧ ВР. Известно, что 82% женщин инфицируются ВПЧ через 2 года после сексуального дебюта. Проведение скрининговых программ в объеме ВПЧ-типирования и/или цитологического исследования позволяет вовремя выявлять группы высокого риска по формированию предраковых заболеваний шейки матки. Важнейшим критерием эффективности скрининга является соблюдение регламентированных интервалов обследования, стандартизация диагностических протоколов, широкий охват населения согласно возрастным критериям. Известно, что длительная персистенция ВПЧ ВР может привести к повышенной пролиферативной активности клеток с гиперэкспрессией онкобелков и формированию дисплазии шейки матки. Одно из основных отличий между LSIL (CINI) и HSIL (CINII/III) заключается в глубине ВПЧ-пораженного эпителия: LSIL (CIN I) на 1/3; HSIL (CINII) на 2/3 глубины эпителия; HSIL (CIN III) – в более глубокие слои эпителия. Когда неопластические процессы затрагивают подлежащую строму, HSIL (CINIII) переходит в инвазивный РШМ.

Случаи ВПЧ-ассоциированных раков возросли. Так, рак вульвы и влагалища составляет 5% всех гинекологических раков (40 тыс. случаев в год), анальный рак - 100 тыс. случаев ежегодно (60 тыс. - у женщин). В настоящее время доказано, что анальные неоплазии (анальная интраэпителиальная неоплазия - AIN), как и цервикальные (CIN) строго ассоциированы с ВПЧ-инфекцией. Так у 23,3% пациенток с морфологически верифицированными CIN выявлены AIN различной степени тяжести. Отмечается рост ВПЧ-обусловленной экстрагенитальной патологии, в частности, рецидивирующего респираторного папилломатоза (ВПЧ 6, 11-го типа), плоскоклеточного рака легких (6, 11, 16, 18-го типа), рака гортани (16, 18-го типа), очаговой гиперплазии эпителия (13, 32-го типа), папиллом конъюнктивы (6, 11-го типа), оральных бородавок (2, 4-го типа), оральных кондилом (6, 11-го типа), красного папиллома-тоза полости рта (6, 11-го типа). Следует отметить, что 15-20% всех случаев рака ротовой полости и глотки вызвано ВПЧ.

Цитологическое исследование мазков (РАР-тест) являлось до настоящего времени основой скрининговых программ, направленных на раннее выявление ВПЧ-ассоциированного предрака и рака. Снижение смертности на 20-60% было достигнуто благодаря внедрению скрининговых государственных программ (1960-2000-е годы), базирующихся на РАР-тесте, в Европе и Северной Америке.

К очевидным преимуществам ВПЧ-теста относятся его высокая чувствительность, возможность оценить дальнейший риск прогрессирования процесса, использование в группе женщин, вакцинированных против ВПЧ и т.д. Метод ПЦР в режиме реального времени позволяет определить количество ДНК клинически значимых типов ВПЧ в образце, в отличие от обычной ПЦР. В ряде исследований предложено использовать вирусную нагрузку в качестве маркера, с помощью которого можно определить клинически значимую концентрацию вируса, что крайне важно при длительной его персистенции. В клинической практике определение мРНК Е6 и Е7 используется для более точной диагностики и прогнозирования течения неопластических процессов шейки матки. В настоящее время существует тест-системы, при помощи которых производится определение мРНК Е6/Е7 ВПЧ. В январе 2015 г. FDA (Food and Drug Administration) рекомендовала проводить типирование ВПЧ всем женщинам с 25-летнего возраста как первый этап программы по скринингу РШМ.

Визуальный метод является альтернативой цитологии в тех случаях, когда она невыполнима. Оценка состояния эпителия влагалища и шейки матки может производиться визуально с применением проб с 3-5% уксусной кислотой и раствором Люголя. Чувствительность и специфичность его составляют 69-72%. Может использоваться хорошо обученным медперсоналом при отсутствии кольпоскопа.

Следует подчеркнуть, что специфических кольпоскопических признаков ВПЧ-поражения эпителия шейки матки нет, косвенными признаками являются ацетобелый эпителий, пунктация, мозаика, степень выраженности которых зависит от тяжести процесса.

В Казахстане существуют скрининг на раннее выявление злокачественных новообразований: скрининг рака шейки матки (проводится среди женщин в возрасте от 30 до 70 лет 1 раз в 4 года путем забора мазка на цитологическое исследование). Указанные скрининги входят в перечень Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в поликлинике или врачебной амбулатории по месту прикрепления, согласно Приказа и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-174/2020.

В процессе и после проведения вакцинации против ВПЧ принципы скрининга не изменяются. Наиболее приемлемый метод скрининга для вакцинированных женщин - ВПЧ-тест.

В некоторых странах показанием к проведению кольпоскопии служат только аномальные данные цитологии. В других же странах кольпоскопия рассматривалась как рутинный метод гинекологического исследования. Опасность недооценки патологии железистого эпителия является зачастую более распространенной, чем патология многослойного плоского неороговевающего эпителия. Частота аденокарциномы шейки матки за последние 20 лет выросла с 5% до 18-30% от общего количества инвазивных раков шейки матки [1-11].

## ВЫВОД

Проанализированные зарубежные и отечественные источники литературы показали, что своевременная диагностика и лечение заболеваний, ассоциированных с ВПЧ, преследует в первую очередь предупреждение и профилактику РШМ.

Заболевания, связанные с ВПЧ, представляют собой серьезное бремя для здравоохранения во всем мире. Полная количественная оценка их бремени ограничена отсутствием регулярных данных во многих странах.

Исследования последних десятилетий обозначили основные моменты становления патологий шейки матки, ассоциированных с ВПЧ, что позволило разрабатывать новые методы максимально ранней диагностики.

Таким образом, можно сказать, что в настоящее время в арсенале современной медицины есть множество способов диагностики заболеваний шейки матки, ассоциированных с вирусом папилломы человека. Условно все диагностические возможности можно разделить на современные и классические методы. Первая группа в себя включает определение уровней молекулярных маркеров, ПЦР диагностика. К более классическим методам традиционно относят кольпоскопический и цитологический исследования, гистологическое изучение пораженного участка (мультифокусная биопсия шейки матки).

В целом, мы думаем, что продолжающиеся в настоящий момент клинические исследования в ближайшее время дадут больше информации о состоянии этой важной на сегодняшний день проблемы.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Балтер, Р.Б. Лечение и профилактика дисплазий шейк матки у женщин, проживающих в экологически неблагоприятных районах / Р.Б. Балтер, Л.С. Целкович, И.Е. Никулина // Аспирантский вестник поволжья – 2015. – № 5-6. – С. 7–9.
2. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries / F. Bray, J. Ferlay, I. Soerjomataram [et al.] // CA Cancer J. Clin. – 2018. – № 68 (6). – P. 394–424.
3. Centers for Disease Control and Prevention. STD trends in the United States: 2010 national data for gonorrhea, chlamydia, and syphilis. <http://www.cdc.gov/std/stats10/trends.htm>
4. Отчетный доклад ВОЗ, 2020. [Otchetnyi doklad VOZ, 2020 (in Russian).]
5. Прилепская В Н. Заболевания шейки матки и генитальные инфекции. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.- 258 с.
6. Bruni L, Barrionuevo-Rosas L, Albero G et al. ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in the World. Summary Report



2016; 2-25.

7. Доброхотова, Ю.Э. Эффективность комплексного подхода к лечению дисплазий эпителия шейки матки умеренной и тяжелой степени на фоне инфицирования вирусом папилломы человека / Ю.Э. Доброхотова, М.Г. Венедиктова // Фарматека. – 2015. – № 3.

8. Манухин, И.Б. «Подводные камни» цервикального скрининга / С.В. Фириченко, И.Б. Манухин, С.И. Роговская и др. // Доктор.ру. – 2018. – № 2 (146). – С. 26–34.

9. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-174/2020

10. Rodrigues AC et al. JNCI2009; 101: 721.

11. Chen HC et al. JNCI 2016.

УДК 614.2:616-006

## МСАК-ТА ОНКОЛОГИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРДЫ ЕРТЕ АНЫҚТАУҒА АРНАЛҒАН СКРИНИНГТІК ЗЕРТТЕУЛЕРДІ ЖЕТІЛДІРУ

<sup>1</sup>Г.С.Кындыбаева, <sup>1</sup>А.Б.Даниярова, <sup>1</sup>Ф.А.Бимурзаева

<sup>1</sup>ҚДСЖМ Қазақстандық медицина университеті, Алматы қ.

### ТҮЙІНДЕМЕ

Скринингтік тексерулерді ұйымдастыруды жақсарту халықтың денсаулығын жақсартуға және өмір сүру ұзақтығын арттыруға бағытталған ұлттық денсаулық сақтау бағдарламаларының стратегиялық мақсаттарына қол жеткізуге ықпал етеді. Осы тақырыпты зерттеу жалпы денсаулық сақтау жүйесінің тұрақты дамуына ықпал ететін жергілікті жағдайларға бейімделген оңтайлы басқару стратегияларын әзірлеуге және енгізуге мүмкіндік береді.

**Түйінді сөздер:** емхана, скрининг, амбулатория-шұғыл көмек.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СКРИНИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПМСП

<sup>1</sup>Г.С.Кындыбаева, <sup>1</sup>А.Б.Даниярова, <sup>1</sup>Ф.А.Бимурзаева

<sup>1</sup> Казахстанский медицинский университет ВШОЗ, г.Алматы

### РЕЗЮМЕ

Улучшение организации скрининговых обследований способствует достижению стратегических целей национальных программ здравоохранения, направленных на улучшение здоровья населения и увеличение продолжительности жизни. Изучение этой темы позволит разработать и внедрить оптимальные стратегии управления, адаптированные к местным условиям, которые будут способствовать устойчивому развитию системы здравоохранения в целом.

**Ключевые слова:** поликлиника, скрининг, амбулатория-неотложная помощь

## IMPROVING SCREENING STUDIES FOR EARLY DETECTION OF CANCER PATIENTS IN PRIMARY CARE

<sup>1</sup>Kyndybayeva G.S., <sup>1</sup>Daniyarova A.B., <sup>1</sup>Bimurzayeva F.A.

<sup>1</sup>KSPH Medical University, Almaty

### SUMMARY

Improving the organization of screening examinations contributes to the achievement of strategic goals of national health programs aimed at improving public health and increasing life expectancy. Studying this topic will make it possible to develop and implement optimal management strategies adapted to local conditions that will contribute to the sustainable development of the health system as a whole.

**Keywords:** polyclinic, screening, outpatient clinic-emergency care.

## КІРІСПЕ

Қазақстанда ауруларды ерте анықтауға арналған Ұлттық скринингтік бағдарлама 2011 жылы енгізілді. Қатерлі ісіктерден болатын өлім-жітім Қазақстанда екінші орында (12,1%), олардан жыл сайын 17 мыңға жуық адам қайтыс болады. Фармакоэкономикалық сараптама жүргізу дәрілік заттардың тізімін әзірлеу, әртүрлі медициналық бағдарламаларды, клиникалық хаттамаларды / медициналық экономикалық тарифтерді бағалау үшін талап етіледі. Осыған байланысты, онкологиялық ауруларды ерте анықтауға арналған Ұлттық скринингтік бағдарламаның фармакоэкономикалық талдауы республикалық және жергілікті деңгейлердегі жалпы шығындарды анықтауда, халыққа медициналық көмек көрсетудің белгілі бір ұйымдастырушылық проблемаларын шешуде, тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін (ГОМБП) көрсетуге мемлекеттік қаражатты үнемдеуде маңызды рөл атқарады.

Қалалық емханаларда скринингтік тексерулерді ұйымдастыруды жақсарту бірнеше негізгі факторларды ескере отырып, қазіргі заманғы денсаулық сақтау контекстінде өзекті міндет болып табылады. Біріншіден, жүйелі скринингтік бағдарламалар арқылы ауруларды ерте анықтау сәтті емделу мүмкіндігін айтарлықтай арттырады және халықтың жалпы ауруы мен өлімін азайтады.

Екіншіден, урбанизация және қала халқының көбеюі жағдайында медициналық мекемелерге жүктеме артып келеді, бұл процестерді оңтайландыруды және медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын қамтамасыз ету үшін тиімдірек басқару шешімдерін енгізуді талап етеді. Скринингтік бағдарламалардың жеткіліксіз ұйымдастырылуы аурудың ерте кезеңдерін өткізіп жіберуі мүмкін, бұл емдеу шығындарын арттырады және пациенттердің болжамдарын нашарлатады.

Үшіншіден, тақырыптың өзектілігі медициналық персоналдың біліктілігін арттыру және скринингтік тексерулердің дәлдігі мен тиімділігін едәуір жақсарту алатын заманауи технологиялық шешімдерді енгізу қажеттілігіне байланысты. Бұл әсіресе медициналық технологиялардың қарқынды дамуы және медициналық практика стандарттарының өзгеруі жағдайында өте маңызды [1-14].

Скринингтік тексерулер іс жүзінде сау адамдарда ауруларды немесе қауіп факторларын ерте анықтауға бағытталған жүйелі түрде жүргізілетін медициналық тексерулер болып табылады. Скринингтің негізгі мақсаты-емдеу тиімді және экономикалық тұрғыдан негізделген клиникаға дейінгі кезеңде ауруларды анықтау.

1. Ауруларды ерте анықтау: скринингтік тексерулер клиникалық симптомдар пайда болғанға дейін ауруларды ерте сатысында анықтауға мүмкіндік береді. Бұл әсіресе сүт безі қатерлі ісігі, колоректальды қатерлі ісік және жүрек-қан тамырлары аурулары сияқты созылмалы және онкологиялық аурулар үшін өте маңызды. Ерте анықтау сәтті емдеу және толық қалпына келтіру мүмкіндігін айтарлықтай арттырады.

2. Аурудың алдын алу және азайту: ауруларды уақтылы анықтау және емдеу олардың таралуын азайтады және денсаулық сақтау жүйесіне жүктемені азайтады. Скрининг асқынулардың алдын алуға және өлімнің төмендеуіне ықпал етеді, бұл халықтың жалпы денсаулығын жақсартады.

3. Экономикалық тиімділік: скринингтік бағдарламалар үнемді болуы мүмкін, өйткені ауруды ерте сатысында емдеу аурудың дамыған түрлерін емдеуге қарағанда аз ресурстар мен шығындарды қажет етеді. Бұл денсаулық сақтаудың жалпы шығындарын азайтады және медициналық ресурстарды тиімді бөлуге мүмкіндік береді.

4. Халықтың хабардарлығы мен жауапкершілігін арттыру: скринингтік тексерулер денсаулық үшін қауіптер және тұрақты медициналық тексерулердің маңыздылығы туралы халықтың хабардарлығын арттыруға ықпал етеді. Бұл адамдарды салауатты өмір салтын ұстануға және уақтылы медициналық көмекке жүгінуге ынталандырады.

5. Мониторинг жүйесі және медициналық көмектің сапасын жақсарту: тұрақты скринингтік тексерулер халықтың денсаулық жағдайына мониторинг жүйесін жасайды, бұл медициналық мекемелерге анықталған проблемаларға жедел ден қоюға мүмкіндік береді. Бұл медициналық көмектің сапасын жақсартуға және оның қолжетімділігін арттыруға ықпал етеді.

Скринингтік тексерулерді сәтті қолдану мысалдары:

1. Сүт безі обыры: маммографиялық скрининг сүт безі обырын ерте сатысында анықтауға мүмкіндік береді, бұл сәтті емдеу мүмкіндігін айтарлықтай арттырады. Скринингтік жүйесі дамыған елдерде бұл аурудан болатын өлім-жітімнің төмендеуі байқалады.

2. Колоректальды қатерлі ісік скринингі: колоноскопия және нәжістегі жасырын қан сынағы сияқты әдістерді қолдану полиптер мен қатерлі ісік өзгерістерін ерте сатысында анықтауға мүмкіндік береді. Бұл полиптерді қатерлі ісікке айналғанға дейін алып тастауға және пациенттердің болжамын жақсартуға мүмкіндік береді.

3. Жүрек-қан тамырлары ауруларының скринингі: холестерин мен қан қысымын үнемі тексеріп отыру жүрек-қан тамырлары ауруларының даму қаупі жоғары адамдарды анықтауға көмектеседі. Бұл инфаркт пен инсульт қаупін азайта отырып, профилактикалық іс-шаралар мен уақтылы емдеуге мүмкіндік береді

Осылайша, скринингтік тексерулер Денсаулық сақтау жүйесінде шешуші рөл атқарады, ауруларды ерте анықтауға, аурудың алдын алуға және азайтуға, экономикалық тиімділікке, халықтың хабардарлығын арттыруға және медициналық көмектің сапасын жақсартуға ықпал етеді. Скринингтік тексерулерді тиімді ұйымдастыру және жүргізу халықтың денсаулығын жақсарту және медициналық мекемелердің жұмысын оңтайландыру жолындағы маңызды қадам болып табылады.

Скринингтік тексерулерді ұйымдастырудағы әлемдік тәжірибе ауруларды ерте анықтауға және халықтың денсаулығын жақсартуға бағытталған әртүрлі тәсілдер мен стратегияларды көрсетеді. Әр түрлі елдерде әдіснамасы, халықты қамту және нәтижелері бойынша ерекшеленетін скринингтік бағдарламалар жүзеге асырылады. Үздік тәжірибелерді талдау тиімді әдістерді анықтауға және оларды жергілікті жағдайларға бейімдеуге мүмкіндік береді.

Еуропа елдері скринингтік тексерулер саласындағы көшбасшылар болып табылады, бұл ұйымның жоғары деңгейін және халықты қамтуды көрсетеді. Атап айтқанда, Ұлыбританияда жүзеге асырылатын сүт безі қатерлі ісігінің скринингтік бағдарламасы 50 жастан асқан әйелдер арасында өлім-жітімнің айтарлықтай төмендегенін көрсетті. Денсаулық және әлеуметтік күтім туралы ақпарат орталығының мәліметтері бойынша, халықты осы бағдарламамен қамту 70% - дан асады, бұл ауруды уақтылы анықтауға және емдеуге мүмкіндік береді (денсаулық және әлеуметтік күтім туралы ақпарат орталығы, 2017).

Америка Құрама Штаттарында скринингтік бағдарламалар да кең таралған. Ауруларды бақылау және алдын алу орталықтары (CDC) жатыр мойны обыры мен колоректальды қатерлі ісік скринингтік бағдарламаларын белсенді қолдайды. CDC мәліметтері бойынша, колоректальды қатерлі ісік скринингі мақсатты популяциялар арасында өлім-жітімді 50% төмендетуге мүмкіндік береді, бұл осы бағдарламалардың жоғары тиімділігін дәлелдейді (CDC, 2020).

Австралия ұлттық деңгейде скринингтік бағдарламаларды сәтті жүзеге асырудың мысалы болып табылады. BreastScreen Australia сүт безі қатерлі ісігінің скринингтік бағдарламасы 50-74 жас аралығындағы әйелдерді қамтиды, бұл аурудың ерте сатысында анықталуының жоғары дәрежесін қамтамасыз етеді. Австралияның Денсаулық сақтау және әл-ауқат институты (AIHW) бұл бағдарлама енгізілген сәттен бастап сүт безі қатерлі ісігінен болатын өлім-жітімді 20% төмендетуге мүмкіндік берді деп хабарлайды (AIHW, 2019).

Жапония онкологиялық және жүрек-қан тамырлары ауруларын анықтауға бағытталған скринингтік бағдарламаларды белсенді түрде енгізуде. Асқазан қатерлі ісігінің скринингіне ерекше назар аударылады, бұл елдегі қатерлі ісіктің осы түрінің жоғары жиілігімен түсіндіріледі. Жапондық зерттеулер тұрақты эндоскопиялық зерттеулер асқазан қатерлі ісігінен болатын өлімді 30% төмендететінін көрсетеді (Inoue et al., 2016).

Оңтүстік Кореяда скринингтік бағдарламалар белгілі бір жастағы барлық азаматтар үшін міндетті тексерулерді қамтиды. 1999 жылы басталған асқазан қатерлі ісігінің Ұлттық скринингтік бағдарламасы аурудан болатын сырқаттанушылық пен өлім-жітімнің айтарлықтай төмендегенін көрсетті. Корея онкологиялық институтының зерттеулері скринингтік бағдарламаға қатысу асқазан қатерлі ісігінің ерте сатыларының анықталуын 40% - ға арттырғанын көрсетеді (Suh et al., 2014).

Әлемдік тәжірибені талдау скринингтік тексерулер Денсаулық сақтау жүйесінде шешуші рөл атқаратынын, әртүрлі аурулардан болатын өлімді ерте анықтауға және азайтуға ықпал ететінін көрсетеді. Бұл бағдарламалардың жетістігі мемлекетті қолдауды, заманауи технологияларды енгізуді

және халықты ақпараттандырудың жоғары деңгейін қамтитын кешенді тәсілге байланысты. Үздік әлемдік тәжірибелерді зерделеу және бейімдеу Қазақстандағы скринингтік бағдарламалардың тиімділігін айтарлықтай арттыра алады.

*Қазақстандағы скринингтік тексерулердің ағымдағы жағдайы.* Қазақстанда скринингтік тексерулер ауруларды ерте анықтауға және халық арасында сырқаттанушылықты азайтуға бағытталған денсаулық сақтау жүйесінің маңызды элементі болып табылады. Мемлекеттік бағдарламалар мен нормативтік-құқықтық база скринингтік іс-шаралардың ұлттық деңгейде іске асырылуын қамтамасыз етеді. Бұл бөлімде нормативтік құжаттарды талдауды және олардың тиімділігін бағалауды қоса алғанда, Қазақстандағы скринингтік тексерулердің ағымдағы жағдайы қарастырылады.

Қазақстанда скринингтік тексерулер оларды жүргізу үшін құқықтық және ұйымдастырушылық шеңберді қамтамасыз ететін бірқатар нормативтік құжаттармен реттеледі. Негізгі құжаттар:

1. "Денсаулық сақтау туралы" Қазақстан Республикасының Заңы: Заң профилактикалық іс-шаралар мен скринингтік тексерулерді қоса алғанда, медициналық көмекті ұйымдастырудың жалпы принциптері мен тәртібін айқындайды. Заңда скринингтік тексерулер профилактикалық медицинаның міндетті бөлігі болып табылады және аурулар мен қауіп факторларын ерте анықтауға бағытталған.

2. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды дамытудың 2020-2025 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы: Бағдарлама скринингтік тексерулермен қамтуды кеңейтуді қоса алғанда, денсаулық сақтау жүйесін дамыту мен жақсартуды көздейді. Бағдарламаның мақсаттарының бірі тұрақты скринингтік тексерулер жүргізу арқылы онкологиялық және жүрек-қан тамырлары ауруларынан болатын өлімді азайту болып табылады.

3. "Скринингтік тексерулерді ұйымдастыру және жүргізу қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2020 жылғы 18 желтоқсандағы № 786 Бұйрығы, осы бұйрық тексеруге жататын жас топтарын қоса алғанда, скринингтік тексерулер жүргізу тәртібін, скринингке арналған аурулардың тізбесін және тексерулер жүргізу әдістемесін регламенттейді.

Қазақстанда неғұрлым кең таралған және қауіпті ауруларды анықтауға бағытталған бірнеше негізгі скринингтік бағдарламалар іске асырылуда:

1. Сүт безі қатерлі ісігінің скринингі - скрининг 50 жастан 70 жасқа дейінгі әйелдер үшін екі жылдық аралықпен жүргізіледі. Таңдау әдісі-маммография. Бағдарламаны енгізу сүт безі қатерлі ісігінің ерте сатыларының анықталуын едәуір арттыруға мүмкіндік берді.

2. Колоректальды қатерлі ісік скринингі - бағдарлама қажет болған жағдайда нәжістегі жасырын қан сынағы мен колоноскопияны қолдана отырып, 50-75 жас аралығындағы адамдарды тексеруді қамтиды. Бағдарламаның мақсаты-қатерлі ісікке дейінгі жағдайларды және аурудың ерте кезеңдерін ерте анықтау арқылы колоректальды қатерлі ісіктен болатын өлімді азайту.

3. Жатыр мойны обырына скрининг- скрининг 30 жастан 60 жасқа дейінгі әйелдер үшін үш жылдық аралықпен жүргізіледі. Таңдау әдісі-жатыр мойны жағындысын цитологиялық зерттеу (ПАП сынағы). Бағдарлама жатыр мойны обырының жиілігі мен өлімін азайтуға бағытталған.

4. Жүрек-қан тамырлары ауруларының скринингі - тексеру 40 пен 70 жас аралығындағы ерлер мен әйелдерге жүргізіледі. Қан қысымын, холестеринді және қандағы глюкозаны өлшеуді қамтиды. Бағдарламаның мақсаты-қауіп факторларын ерте анықтау және жүрек-қан тамырлары ауруларының алдын алу.

Тиімділікті бағалау. Скринингтік бағдарламалардың тиімділігі бірнеше негізгі көрсеткіштер бойынша бағаланады:

1. Халықты қамту - негізгі көрсеткіштердің бірі халықтың нысаналы топтарын скринингтік тексерулермен қамту болып табылады. Денсаулық сақтау министрлігінің деректеріне сәйкес, сүт безі обыры мен жатыр мойны обырына скринингтік бағдарламалармен қамту 60% - дан асады, бұл халықаралық стандарттарға сәйкес келеді (Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, 2021).

2. Ауруларды анықтау - деректерді талдау скринингтік бағдарламаларды енгізу аурулардың ерте сатыларының анықталуын арттыруға ықпал ететінін көрсетеді. Мысалы, сүт безі обырына

скрининг бағдарламасының арқасында соңғы бес жылда ерте кезеңдерде анықталған жағдайлардың үлесі 25% - ға өсті (Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, 2021).

3. Өлім-жітімнің төмендеуі - скринингтік бағдарламалардың нәтижелері онкологиялық және жүрек-қан тамырлары ауруларынан болатын өлім-жітімнің төмендеуіне де әсер етеді. Статистика деректері бойынша, Жатыр мойны обырынан болатын өлім-жітім скрининг бағдарламасы енгізілген сәттен бастап 15% - ға төмендеді (National Center for Public Health of the Republic of Kazakhstan, 2020).

Қазақстандағы скринингтік тексерулердің қазіргі жағдайы ауруларды ерте анықтау бағдарламаларын ұйымдастыруда және жүргізуде айтарлықтай жетістіктерді көрсетіп отыр. Скринингтік бағдарламалардың нормативтік базасы мен нәтижелерін талдау қазіргі заманғы әдістер мен технологияларды енгізу, сондай-ақ халықтың хабардарлығын арттыру олардың тиімділігін айтарлықтай арттыра алатынын көрсетеді. Алайда, тұрақты нәтижелерге қол жеткізу үшін мемлекеттік деңгейде кешенді тәсіл мен қолдауды қажет ететін бар проблемалар мен кедергілерді шешу қажет.

**Зерттеу мақсаты:** емханада скринингтік тексерулерді жақсарту бойынша шаралар әзірлеу.

**Зерттеу міндеттері:**

1. Ұйымдастыру бойынша халықаралық және отандық тәжірибені зерделеу скринингтік зерттеулер жүргізу және скринингтік бағдарламалардың жүзеге асырылуын бағалау;

2. Скринингтік бағдарламалардың сәтті жүзеге асырылуына кедергі келтіретін скринингтік зерттеулердің кедергілерін/проблемаларын анықтау;

3. Скринингтік тексерулерді ұйымдастыруды жақсарту бойынша қалалық емханалардың медициналық персоналы мен әкімшілік персоналы үшін ұсынымдар мен басшылық материалдарды әзірлеу.

## НӘТИЖЕЛЕР

1. Скринингтік тексерулерді ұйымдастырудың жаңа моделін әзірлеу және енгізу: ұсынылған модель қалалық емханалардың ерекшеліктерін ескеретін заманауи басқару стратегияларын қамтиды. Бұл скринингтік тексерулер жүргізудің тиімділігін арттыруға және халықты қамтуды жақсартуға мүмкіндік береді.

2. Инновациялық технологияларды қолдану: скринингтік тексеру процесіне заманауи ақпараттық технологиялар мен цифрлық шешімдерді енгізу, бұл диагностиканың дәлдігін арттыруға және деректерді өңдеу процесін жеделдетуге мүмкіндік береді.

3. Скринингтік тексерулердің сапасына әсер ететін факторларды талдаудың кешенді тәсілі: зерттеу Ішкі (басқару, кадрлық, технологиялық) және сыртқы (экономикалық, әлеуметтік, саяси) факторларды егжей-тегжейлі қарастырады, бұл жақсартудың біртұтас және тиімді стратегияларын жасауға мүмкіндік береді.

4. Скринингтік бағдарламалардың тиімділігін бағалау критерийлері мен көрсеткіштерін әзірлеу: сандық және сапалық көрсеткіштерге негізделген бағалаудың жаңа әдістері ұсынылатын болады, бұл енгізілген өзгерістердің нәтижелерін объективті бағалауға және қажет болған жағдайда оларды түзетуге мүмкіндік береді.

5. Ұсынылған шешімдерді практикалық сынақтан өткізу: нақты қалалық емханаларда әзірленген модельді пилоттық енгізу негізінде нақты медициналық практика жағдайында ұсынылған өзгерістердің нақты тиімділігі мен өміршеңдігін бағалауға мүмкіндік беретін деректер алынады.

## ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 Rafiemanesh H., et al. Epidemiology, incidence and mortality of lung cancer and their relationship with the development index in the world // J. Thorac. Dis. - 2016. - Vol. 8, № 6. - P. 1094–102.

2 ВОЗ. Пак. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-heets/detail/cancer>. 30.05.2019.

- 3 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы от 15 января 2016 года №176. [https://online.zakon.kz/document/?doc\\_id=34835941#pos=0;0](https://online.zakon.kz/document/?doc_id=34835941#pos=0;0).
4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года №982 "Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020–2025 годы". <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000982/links>.
- 5 Цой А. Медицинское страхование – залог качества и доступности медицинской помощи // Фармацевтическое обозрение Казахстана. Новости от 14 февраля 2017. <https://www.zakon.kz/4844212-medicinskoe-strakhovanie-zalog.html>.
- 6 Биртанов Е.А. О здравоохранении РК // Караван. Новости от 24 июня 2016 года. <https://www.caravan.kz/gazeta/zdorove-za-dengi-ne-kupish-rukovodstvo-minzdrava-odnovremenno-dokazyvaet-fakt-sushhestvovaniya-cherta-i-ego-nevozmozhnost-378324/>.
- 7 Чиссов В.И. и др. Освоение совершенствования онкологической службы и улучшение онкологической помощи населению Российской Федерации // Практическая медицина. - 2009. - Т.4., №36. - С.97–101.
- 8 Рассказова Е.А., Рожкова Н.И. Скрининг для ранней диагностики рака молочной железы // Исследования и практика в медицине. - 2014. - Т.1, № 1. - С.45–51.
- 9 Lee S.-Y., Lee E.E. Cancer screening in Koreans: a focus group approach // BMC Public Health. - 2018. - Vol.18(1):254.-P.1-12.
- 10 Д.С. Мусина, Ф.С. Рахимжанова, С.Е. Ибраев, У.С. Самарова Э.Ф. Профессиональная компетентность специалистов ПМСП по вопросам Национальной скрининговой программы // Вестник КазНМУ. - 2018. - №1. - С.394–7.
- 11 Мусина Д.С. и др. Административные барьеры реализации скрининговых программ на раннее выявление онкологических заболеваний // Наука и здравоохранение. - 2018. - Т.5. - С.57–67.
- 12 Кулмагамбетов И.Р., Мажитов Т.М. Введение в фармакоэкономику: методические рекомендации. - 2011. - С.31-36.
- 13 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 марта 2011 года № 145 'О внесении изменений в приказ и.о. МЗ РК от 10 ноября 2009 года №685 'Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения. <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1100006902>.
- 14 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 января 2013 года №8 «О внедрении скрининга на раннее выявление рака пищевода, желудка, печени и предстательной железы в пилотных регионах» \\[https://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=31315056](https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31315056)

## Мақалалардың мазмұнына қойылатын талаптар

Мақалаларда ғылыми зерттеулердің аралық немесе түпкілікті нәтижелерінің өзіндік қорытындылары мен баяндамалары, авторлық әзірлемелер, бұрын жарияланбаған және жаңалық болып табылатын қорытындылар, ұсынымдар болуға тиіс. Жарияланымға жалпы тақырыпқа қатысты бұрын жарияланбаған ғылыми жұмыстарды қарауға арналған жүйелі шолулар да қабылданады. Талаптарға сәйкес келмейтін мақалалар қабылданбайды!

Журналдың редакциялық кеңесі конференция тақырыбына, ғылыми стандарттарға немесе техникалық талаптарға сәйкес келмейтін материалдарды қабылдамау құқығын өзіне қалдырады. Ұйымдастыру комитеті мақалалардың мәтінін редакциялауды көздемейді. Автор ұсынылған материал бойынша ғылыми және зерттеу этикасын сақтауға жауапты.

Қолжазба жұмыс орындалған мекеме басшысының ілеспе хатымен (кірістірілген файлмен) қабылданады. Кадрлар бөлімінде куәландырылған шолу. Жергілікті әдеп комитетінің қорытындысы (бар болса).

Файл атауы бірінші автордың аты-жөні бойынша беріледі: егер бір автордан бірнеше жұмыс берілсе, онда файл атауы "аты-жөні 1", "аты-жөні 2" (мысалы: Петров Г.П. 1, Петров Г. П. 2). Әр мақала плагиат тексеруден өтеді. Мақала келесі бөлімдерден тұруы керек:

- Атауы
- Түйіндеме (аннотация)
- Кілт сөздер
- Кіріспе
- Зерттеу мақсаты
- Зерттеу материалдары мен әдістері
- Нәтижелер және талқылау
- Қорытынды (заклучение)
- Қорытындылар (выводы)
- Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

### Мұқаба беті

Титулдық бет былайша ресімделеді: бірінші жол – ӘҚБ жоғарғы сол жақ бұрышында, екінші жол - жұмыстың атауы аббревиатурасыз қалың қаріппен бас әріптермен, үшінші жол-инициалдары, автордың (- лардың) тегі, төртінші жол-ғылыми дәрежесі, ғылыми атағы, бесінші жол-мекеменің толық атауы, қаласы, ел. Қысқартуға болмайды. Алғашқы үш тігісті парақтың ортасына туралау. Жарамсыз мақалалар түзетуге қайтарылады.

### Түйіндеме (аннотация)

Екінші бетте үш тілде (орыс, қазақ және ағылшын) түйіндеме мен түйінді сөздер болуы қажет. Түйіндеме құрылымдалған және келесі бөлімдерден тұруы керек: "Кіріспе", "Зерттеу мақсаты", "Әдістер", "Нәтижелер", "Қорытындылар". Түйіндеме көлемі 300 сөзден аспауы тиіс (бірнеше сөйлем). Түйіндеменің астында "кілт сөздер" тұруы тиіс, яғни зерттеуде қарастырылған сұрақтарды көрсететін 3-6 кілт сөз. Кілт сөздер үшін Medline, Pubmed мақалалар базасындағы терминдерді қолданған жөн. Бірінші және екінші бет үш тілде қазақ, орыс, ағылшын тілдерінде беріледі.

### Кіріспе

Бұл бөлімде мәселенің мәні және оның маңыздылығы көрсетіледі. Оқырманға осы зерттеуді жүргізу қажеттілігін дәлелді түрде дәлелдеу қажет. Басқа елдерде жүргізілген зерттеулердің нәтижелеріне де сілтеме жасау керек. Бөлімнің соңында зерттеудің мақсаты тұжырымдалады. Мұнда мақсатқа жету үшін қойылған міндеттер де келтіріледі.

### Зерттеу материалдары мен әдістері



Бөлім тек зерттеуде қолданылатын әдістерді қамтуы керек. Бөлімде келесі тармақтардың нақты сипаттамасын ұсыну қажет: зерттеу түрі, зерттеуге қатысушыларды таңдау әдісі, деректерді ұсыну және өңдеу әдістері.

#### *1. Зерттеу түрі*

Бөлім жүргізілетін зерттеу түрін нақты сипаттайды (әдебиеттерге шолу, бақылау, эксперименттік және т.б.). Зерттеу жылын, әсіресе маусымдық өзгергіштікпен сипатталатын белгілерді зерттеуді көрсету керек.

#### *2. Деректерді ұсыну және өңдеу әдісі*

Деректерді өңдеу әдісі егжей-тегжейлі сипатталуы керек. Бөлімде барлық статистикалық терминдер, заттардың нормативтері, барлық қолданылған дәрі-дәрмектер мен химиялық заттар, зерттеулерде қолданылатын белгілер мен қысқартулар анықталуы керек. Егер жұмыста бірнеше статистикалық критерийлер қолданылса, олардың барлығын атап өту керек және қандай жағдайда қандай критерийлер қолданылғанын көрсету керек.

#### **Нәтижелер және талқылау**

Нәтижелер мәтін және кесте ретінде, зерттеу мақсаттары мен міндеттерінің реттілігіне негізделген логикалық дәйектілікпен иллюстрациялар түрінде ұсынылуы керек. Кестелерде немесе иллюстрацияларда ұсынылған нәтижелерді мәтінде қайталауға тыйым салынады. Өлшем бірліктері халықаралық SI бірліктер жүйесіне сәйкес келуі керек. Графиктер, схемалар немесе JPEG форматтарында ұсынылуы мүмкін. Кестелер мәтіндегі кестеге сілтеме жасағаннан кейін басып шығарылуы керек, әр бағанның тақырыбы, терминдер мен аббревиатуралардың түсіндірмесі кесте жазбаларында көрсетілуі керек. Барлық иллюстрациялар мәтінде көрсетілген ретпен араб цифрларымен дәйекті түрде нөмірленуі керек. Басқа көздерден алынған иллюстрацияларды пайдаланған кезде ақпарат көзін беру қажет.

#### **Қорытынды (заключение)**

Бұл бөлім зерттеудің негізгі нәтижелерін қысқаша (2-3 ұсыныстан аспайтын) ұсынудан басталуы тиіс. Бұл бөлімде "кіріспе" және "әдістер" бөлімдерінде сипатталған материалды қайталамау керек. Зерттеудің жаңа және маңызды аспектілерін бөліп көрсету қажет. Зерттеудің күшті жақтарын немесе осы тақырып бойынша басқаларға қарағанда жақсы екенін атап өткен жөн.

#### **Қорытындылар (выводы)**

Бұл бөлім зерттеу мақсаттарына сүйене отырып жасалуы керек. Ғылымды дамыту үшін зерттеу еңбегінің маңыздылығын атап өткен жөн.

#### **Пайдаланылған әдебиеттер тізімі**

Әдебиеттер тізіміндегі нөмірлеу алфавиттік ретпен емес, дәйексөз бойынша жүзеге асырылады. Соңғы 5-7 жыл ішінде шығарылған дереккөздерді пайдалану ұсынылады. Отандық авторлардың тегі түпнұсқа тілінде шетелдік авторлардың аты-жөні, тегі, аты, әкесінің аты жазылады. Библиография 1,5 аралық бағанмен басылуы керек. Түпнұсқа мақалалар үшін дереккөздер саны 25-30, ал шолу мақалалары үшін 60-тан аспауы керек. Әдебиеттер тізіміне конференциялардың тезистері енгізілмейді, конференциялардың баяндамалары интернетте қол жетімді болса және анықтаған жағдайда ғана әдебиеттер тізіміне енгізілуі мүмкін-бұл ретте URL ссылқасы, нормативтік және заңнамалық актілер (қаулылар, заңдар, нұсқаулықтар және т.б.), баяндамалар, есептер, хаттамалар көрсетіледі.

Журналдардағы мақалаларды сипаттау кезінде авторлардың аты-жөні, мақаланың атауы және журналдың атауы, жылы, көлемі, бет нөмірі көрсетіледі. Жинақтардағы мақалаларды сипаттау кезінде авторлардың аты-жөні, мақаланың атауы, жинақтың атауы, шыққан жері мен жылы, беттер саны көрсетіледі. Монографияны сипаттау кезінде авторлардың аты-жөні, монографияның атауы, басылымның орны, баспаның атауы, шыққан жылы, беттер саны

көрсетіледі. Монографиядан тарауды сипаттау кезінде тарау авторларының аты-жөні, тараудың атауы, монография авторларының аты-жөні, монографияның атауы, жарияланған орны мен жылы, беттер саны көрсетіледі. Авторлар ұжымы жазған жұмыс (3 адамнан астам) кітаптың атауы бойынша тізімде келтіріледі. Қиғаш сызық арқылы атауынан кейін 4 автордың аты – жөні, егер 5 және одан көп автор болса - 3 автордың аты-жөні көрсетіледі.

Мақалалар орыс, қазақ немесе ағылшын тілдерінде қабылданады.

Мақала форматы: А4, барлық өрістер 20 мм, жоғарғы оң жақ бұрыштағы бет нөмірі; 1,5 интервалдан кейін, қаріп өлшемі – 12 пт, шегініс 10 мм. тек Times New Roman қарпін қолданыңыз. Мақалалар А 4 форматындағы 10 бетке дейін, шолулар – 12-14 бетке дейін, қолжазбаларды электронды мекен-жайға жіберуге болады: [zhurnal.ncoz@hls.kz](mailto:zhurnal.ncoz@hls.kz)

### Требования к содержанию статей

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

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

Редакционный совет журнала оставляет за собой право отклонить материалы, не соответствующие тематике конференции, научным стандартам или техническим требованиям. Оргкомитет не предполагает редактирования текста публикаций. Автор несёт ответственность за соблюдение научной и исследовательской этики по предоставленному материалу.

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 антиплагиата. 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, наблюдательное, 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 сокращения, 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 начинаться 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](mailto:zhurnal.ncoz@hls.kz)

# Профилактика потребления энергетических напитков



**ЭНЕРГЕТИКИ** — это напитки, которые вызывают временный прилив сил и возбуждение нервной системы, действие энергетических напитков сохраняется 3-4 часа.

**ПЕРЕДОЗИРОВКА КОФЕИНА** вызывает тошноту и рвоту, учащённое сердцебиение, судороги, высокое кровяное давление, а в некоторых случаях даже смерть. Частое употребление приводит к диабету второго типа, ухудшает здоровье зубов, грозит ожирением, неврологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями. к образованию камней в почках, а также к проблемам с костями остеопорозу.



## Влияние энергетических напитков на здоровье:



Энергетические напитки приводят к повышению артериального давления, спазму сосудов головного мозга, нарушению сердечного ритма.



Наблюдается ряд побочных действий после окончания действия напитка: усталость, раздражительность, бессонница, депрессия.



При злоупотреблении энергетиками дозы кофеина приводят к серьезным проблемам с сердцем, а его комбинация с углекислым газом и сахаром опасна для желудка и печени.



Так как все напитки содержат кофеин, а кофеин является наркотическим веществом, то они вызывают привыкание и истощают нервную систему.



После употребления энергетического напитка повышается артериальное давление, общий уровень сахара в крови.



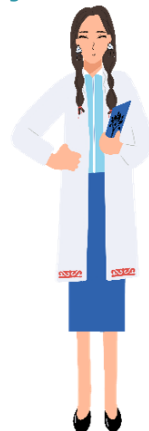
Все энергетические напитки высококалорийны, т.е. в том числе способствуют накоплению лишнего веса.



Поскольку сам напиток не насыщен энергией, за счет содержащегося в нем кофеина он отнимает энергию у самого организма.



Любые энергетические напитки противопоказано пить детям.



**Вакцинация — это безопасный и эффективный способ оградить себя от заражения вирусом ВПЧ.**



Рак шейки матки - сложное онкологическое заболевание, проявляющееся с тяжелыми последствиями, поражающее в первую очередь женщин в возрасте 45-60 лет, но встречающееся и у более молодых женщин. Вакцинация против ВПЧ достоверно снижает риск развития предраковых поражений и рака шейки матки на 90%.



Когда девочкам следует делать прививку? В целях профилактики рака шейки матки рекомендуется проводить вакцинацию против ВПЧ всем девочкам в возрасте 9-14 лет.

Хотя в большинстве случаев заражение ВПЧ проходит самостоятельно, а предраковые поражения самопроизвольно излечиваются, все женщины подвержены риску перехода инфекции в хроническую форму и прогрессирования предраковых поражений в инвазивный рак шейки матки, который представляет собой серьезную угрозу для здоровья женщин. Кроме того, в случае сохранения инфекции в организме, она может привести к развитию других форм рака, поражающих как мужчин, так и женщин.

# ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА (ВПЧ)



**ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА (ВПЧ)** является самой распространенной вирусной инфекцией, которая может привести к развитию распространенных видов рака, поражающих мужчин и женщин.



Подавляющее большинство (более 95%) случаев рака шейки матки вызваны вирусом папилломы человека (ВПЧ). Вакцинация против ВПЧ в соответствующем возрасте защитит девочек от потенциально серьезной инфекции в более позднем возрасте!

