



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПРОБЛЕМ
ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

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

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

№3

Алматы, 2017



**25 октября 2017 года. Астана.
Конференция по проекту ВОЗ
«Школы, способствующие
укреплению здоровья в Казахстане»**



**21 ноября 2017 года. Астана.
Дискуссионная площадка
«Ребенок и здоровье»**

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2223-2931

Издается с 2002 г.

№ 3. 2017 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 № 2178-Ж от 01.08.2001 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.

Журнал сверстан и отпечатан в типографии
НЦПФЗОЖ

Адрес редакции:
г. Алматы, ул. Кунаева, 86
тел. 2911083, внутр. 126
www.hls.kz
Заказ № 53. Тираж 500 экз.

Главный редактор:

д.м.н., профессор Баттакова Ж.Е.

Зам. главного редактора:

к.м.н. Мукашева С.Б.

Ответственный редактор:

Тунник А.М

Редакционная коллегия:

Айтмурзаева Г.Т. (Бишкек),

к.м.н. Азимов Г.Д. (Душанбе),

PhD Breda J. (Москва),

PhD T.L.Hunt (Нью-Йорк),

к.м.н. Дурумбетов,

MD Ивета Пудуле (Рига),

Касымжанова Ж.К.,

д.м.н., профессор Слажнева Т.И.,

д.м.н. профессор Тулебаев К.А.,

академик Шарманов Т.Ш.

Научный совет:

д.м.н., профессор Ахметов В.И.,

д.м.н., профессор Алчинбаев М.К.,

д.м.н., профессор Арзыкулов Ж.А.,

дд.м.н. Токмурзиева Г.Ж.,

д.м.н., профессор Беркимбаев С.Ф.,

д.м.н. Калматаева Ж.А.,

д.м.н., профессор Кульжанов М.К.

д.м.н., профессор Омарова М.Н.

Редакционный совет:

Баймаханов Т.Б. (Павлодар),

Садвакасова Ж.К. (Кокшетау),

Сабанова Н.В. (Усть-Каменогорск),

Рахимов Т.М. (Тараз),

Кайдарова Д.К. (Актобе),

Курманбаева А.Р. (Астана),

Акдаулетова Э.С. (Атырау),

Жарекешова М.Т. (Кызылорда),

Мулдагалиева З.Н. (Уральск),

Садвакасова А.К. (Костанай),

Байзахова Ф.С. (Шымкент),

Мартынов С.С. (Караганда),

Болатбаев К.Н. (Петропавловск)

МАЗМҰНЫ

Баттақова Ж.Е., Мұқашева С.Б., Слажнева Т.И., Сайдамарова Т.К.

Медициналық-санитариялық алғашқы көмек (МСАК) ұйымдарындағы денсаулық мектептері 5

Баттақова Ж.Е., Мұқашева С.Б., Оңалбай А.Т.

Қоғамдық денсаулықты сақтау негізінде психикалық денсаулықты сақтау мен нығайту..... 9

Жуманова М.Е.

Жалпыхалықтық тілдегі медицина терминдері 12

Сулейманова Н.А.

Шетелдік медициналық сақтандыруды қолдану тәжірибесі: ұйымдастыру ерекшеліктері..... 15

Сулейманова Н.А.

Темекі бұйымдарын тұтыну және шылымқорлыққа сұранысты және таралуын төмендету бойынша шаралар, Қазақстан Республикасында балалар мен жасөспірімдер арасында темекіні тұтынуды эпидемиялық бақылауға зерттеу жүргізу дизайны 18

ОГЛАВЛЕНИЕ

Ж.Е. Баттакова, С.Б. Мукашева, Т.И. Слажнева, Т.К. Сайдамарова Школы здоровья в организациях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).....	5
Ж.Е. Баттакова, С.Б. Мукашева, А.Т. Оналбай Сохранение и укрепление психического здоровья, как основа охраны общественного здоровья	9
М.Е. Жұманова Жалпыхалықтық тілдегі медицина терминдері	12
Н.А. Сулейманова Зарубежный опыт использования медицинского страхования, особенности организации.....	15
Н.А. Сулейманова Потребление табачных изделий и меры по снижению спроса и распространенности табакокурения, дизайн проведения исследования к эпиднадзору за потреблением табака среди детей и подростков в Республике Казахстан	18

CONTENT

Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Slazhneva T.I., Saydamarova T.K. Schools of health in primary health care organizations (PHC).....	5
Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Onalbay A.T. Mental health protection and promotion as a basis of public health protection	9
Zhumanova M.E. Medical terms in the public vocabulary.	12
Suleymanova N.A. Foreign experience of using medical insurance: features of the organization.....	15
Suleymanova N.A. Consumption of tobacco products and measures to reduce the demand and prevalence of tobacco smoking, the design of the study to monitor the use of tobacco among children and adolescents in the Republic of Kazakhstan	18

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

МРНТИ:76.35.37

УДК:614.88+614.39:616.1/.8-084(574)

БАТТАКОВА Ж.Е., д.м.н., профессор, МУКАШЕВА С.Б., к.м.н., СЛАЖНЕВА Т.И., д.м.н.,
профессор, САЙДАМАРОВА Т.К.¹

¹ Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК
г. Алматы, Казахстан

ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (ПМСП)

АННОТАЦИЯ

В обзорной статье представлен анализ материалов о результатах деятельности Школ здоровья в РК, их значимость в профилактике заболеваний, динамика их развития, роль межсекторального взаимодействия в популяризации здорового образа жизни.

Ключевые слова: профилактика заболеваний, здоровье, самоменеджмент, статистика, межсекторальное взаимодействие.

В соответствии с пунктом 6 статьи 87, пунктом 1 статьи 154 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», в организациях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (далее – ПМСП), формируются Школы здоровья.

Школа здоровья – это организационно оформленная совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов и население в целом, направленных на повышение уровня знаний, информированности и привитие практических навыков по профилактике поведенческих факторов риска развития заболеваний, обучение по сохранению ресурсов здоровья и навыков самоконтроля и самоменеджменту заболеваний. То есть, это форма первичной профилактики, направленная на устранение условий возникновения и развития заболеваний, укрепление и сохранение здоровья, являющаяся видом медицинской профилактической услуги группового консультирования (гигиенического обучения и воспитания – по МКБ-10 класс XXI, Z30 – Z31, Z71-Z73), оказываемым пациентам в первичном звене здравоохранения.

Медицинская профилактическая услуга – это мероприятия или комплекс мероприятий, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость, направленных на профилактику заболевания, своевременное лечение, оздоровление.

Темы занятий Школы здоровья включают:

- физическая активность – основа здорового образа жизни;
- здоровое питание;
- профилактика табакокурения;
- профилактика чрезмерного употребления алкоголя;
- соблюдение личной гигиены;
- профилактика стрессов и привитие навыков по стрессоустойчивости;
- коммуникативные навыки.

Основополагающей является постоянная деятельность Школ здоровья по профилактике онкологических заболеваний, с акцентом на рак молочной железы, по профилактике поведенческих факторов риска: курению, злоупотреблению алкоголем, пропаганда соблюдения принципов правильного питания и физической активности, привитие навыков самоконтроля, принципов мотивационного консультирования. Кроме того, актуальны Школы здоровья по планированию семьи, Школы подготовки к родам и Школы молодой матери, обучающие женщин репродуктивного возраста, беременных и кормящих женщин, в том числе по вопросам грудного вскармливания, предупреждения гормональных нарушений, ведения здорового образа жизни до, в течение и после беременности.

По данным, представленным Центрами формирования здорового образа жизни областей,

городов Астана и Алматы (далее – ЦФЗОЖ), кроме Акмолинской области, в республике функционирует 4728 профильных школ здоро-

вья, из них в организациях ПМСП – 4160 школ здоровья, в стационарах – 568 школ с общим охватом 1100862 человек (таблица 1).

Таблица 1

**Количество школ здоровья и охват населения в разрезе регионов,
9 месяцев 2016-2017гг.**

Области	9 месяцев 2016 г.						9 месяцев 2017 г.					
	К-во ШЗ в ПМСП	Число обученных	К-во ШЗ в стационарах	Число обученных	Всего ШЗ	Всего число обученных	К-во ШЗ в ПМСП	Число обученных	К-во ШЗ в стационарах	Число обученных	Всего ШЗ	Всего число обученных
Акмолинская	129	37507	7	4342	136	41849	-	-	-	-	-	-
Алматинская	593	51591	30	4927	623	56518	702	17728	145	9294	847	127022
Актюбинская	159	30544	31	3049	190	33593	198	59561	36	3554	234	27538
Атырауская	127	23849	9	1960	136	25809	143	436231	2	3189	145	46812
ВКО	470	55472	15	3990	485	59462	485	63775	27	6213	512	69988
Жамбылская	140	63989	-	-	140	63989	114	100429	34	16019	148	116448
ЗКО	648	180296	37	17667	685	197963	646	16338	39	2661	685	18999
Карагандинская	329	111599	78	27901	407	139500	328	98616	78	25121	406	123737
Костанайская	226	3254	6	15	232	3269	102	6010	74	8361	176	14371
Кызылординская	137	39709	9	12104	146	51813	150	140141	5	21685	155	161826
Мангистауская	166	11011	100	10400	266	21411	122	2327	28	1173	150	3500
Павлодарская	273	8336	33	1254	306	9590	271	61508	33	15157	304	76665
СКО	102	16982	16	15121	118	32103	111	27028	17	13546	128	40574
ЮКО	417	165157	37	14129	454	179286	417	168817	41	19871	458	188688
г. Алматы	232	45585	-	-	232	45585	232	50854	-	-	232	50854
г. Астана	140	30709	-	-	140	30709	139	30669	9	3171	148	33840
РК	4288	875590	408	116859	4696	992449	4160	943819	568	149015	4728	1100862

Сравнительный анализ показал, что за 9 месяцев 2017 года количество школ здоровья увеличилось до 4728 по сравнению с аналогичным периодом 2016 года – 4696.

Как видно из таблицы 1 отмечается уменьшение количества школ здоровья в организациях ПМСП на 128 и увеличения в стационарах – на 160.

В организациях ПМСП рост количества школ наблюдается в большинстве областей, кроме Костанайской, Мангистауской и Жамбылской, где наблюдается значительное уменьшение числа школ – на 124, 44 и 26 соответственно. В Павлодарской, Западно-Казахстанской областях закрыто по 2 школы, в Карагандинской области и г.Астана – по 1 школе.

В стационарах за отчетный период количество школ здоровья увеличилось: в Жамбылской

области – на 34, в ВКО – на 12, в Актюбинской области – на 5. В Алматинской и Костанайской областях отмечено значительное увеличение – на 115 и 68 соответственно. В Южно-Казахстанской открыто 4 новых Школы здоровья, в Западно-Казахстанской – 2, в Северо-Казахстанской области – 1. В городе Астана было открыто 9 школ.

Уменьшение количества школ в стационарах отмечено в следующих регионах: в Мангистауской области на 72 школы, в Атырауской области на 7, в Кызылординской области – на 4.

Согласно данным таблицы 1 в отчетном периоде 2017 года наибольшее количество профильных школ здоровья функционирует в Алматинской (847), Западно-Казахстанской (685), Восточно-Казахстанской (512), Южно-Казахстанской (458) и Карагандинской (406) областях.

Наименьшее количество школ здоровья в Северо-Казахстанской области (128), в Атырауской области – 145, Жамбылской области и в г. Астана – по 148.

Наибольший охват обучением в школах здоровья наблюдается в Южно-Казахстанской (188688),

Карагандинской (123737), Кызылординской (161826), Алматинской (127022), Жамбылской (116448), Павлодарской (76665) областях.

Наименьшее количество обученных отмечено в Мангистауской (3500) и Костанайской (14371) областях.

Таблица 2

**Количество профильных школ здоровья,
9 месяцев 2016-2017гг.**

Наименование школ здоровья	9 месяцев 2016г		9 месяцев 2017 г.	
	К-во ШЗ	Охват населения	К-во ШЗ	Охват населения
Школа диабета	541	74473	533	93246
Школа астмы	463	50346	443	68316
Школа АГ и ИБС	787	142192	763	171692
Школа подготовки к родам	431	94104	423	113084
Школа молодой матери	469	99333	448	117789
Школа здорового ребенка	659	194067	631	191529
Школа планирования семьи	470	105347	494	150513
Школа пожилых	251	37235	307	51324
Школа поведенческих факторов риска	625	195352	686	143369
Всего:	4696	992449	4728	1100862

Как видно из таблицы 2 в отчетном периоде 2017 года, количество профильных школ здоровья увеличилось в сравнении с аналогичным периодом 2016 года с 4696 до 4728 школ. При этом, наблюдается снижение числа профильных школ, кроме школы планирования семьи, на 24, школы пожилых – на 56, школы поведенческих факторов риска – на 61.

За 9 месяцев 2017 года охват населения обучением, по всем профильным школам, увеличился по сравнению с тем же периодом 2016 года на 108413 человек.

Таким образом, за 9 месяцев 2017 года на фоне снижения количества Школ здоровья отмечается увеличение числа обученных с 992449 в отчетном периоде 2016 года до 1230920 – в аналогичном периоде 2017 года.

Для повышения эффективности деятельности школ здоровья для лиц с факторами риска и других целевых групп населения (беременные женщины, роженицы, дети, подростки, молодежь, пожилые) необходимо:

- активизировать деятельность школ здоро-

вья, в том числе – школ поведенческих факторов риска с целью снижения заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями;

- ответственным лицам управлений здравоохранения областей, гг. Астана и Алматы усилить контроль деятельности профильных школ здоровья с регулярным рассмотрением вопросов их работы на совещаниях в УЗ;

- усилить ответственность первых руководителей организаций, оказывающих ПМСП и стационарную помощь за обеспечение деятельности школ здоровья;

- обеспечить оснащение помещений, предоставленных для занятий на стационарном и поликлиническом уровнях, симуляционным оборудованием, наглядными пособиями, в соответствии со стандартами;

- вовлекать специалистов в работу мультидисциплинарной команды для проведения обучения в школах здоровья на постоянной основе;

- повышать информированность населения о действующих школах здоровья, для широкого охвата целевых групп населения путем транс-

ляции аудио-видеороликов, распространения информационно-образовательного материала, активизации привлечения населения к прохождению скрининговых осмотров;

- организовать размещение информационного материала о деятельности профильных школ здоровья и пропаганде здорового образа жизни в социальных сетях: Facebook, ВКонтакте и др. с целью привлечения населения к посещению занятий в профильных школах здоровья;

- привлекать волонтеров из числа ранее обученных пациентов или лиц с факторами риска по принципу «Равный-равному», для поддержки работы в школах здоровья;

- обеспечить использование методики оценки риска сердечно-сосудистого заболевания SCORE и методики прогнозирования сахарного диабета (СД) 2 типа в целях повышения мотивации человека для управления хроническими заболеваниями, для стимулирования поддержания здорового образа жизни на протяжении всей жизни и солидарной ответственности за свое здоровье.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы:

Указ Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176

2. Об утверждении Дорожной карты по совершенствованию профилактической деятельности на уровне первичной медико – санитар-

ной помощи на 2014-2015 гг.: Приказ МЗСР РК от 23 июля 2014 г. № 421

3. О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года №7 «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь»: Приказ Министерства здравоохранения от 17 августа 2013 года № 479.

4. Отчеты регионов РК по результатам деятельности Школ здоровья, // 9 месяцев 2016-2017 гг.

ТҮЙЫН

Шолу мақаласында ҚР Денсаулық мектептерінің қызметінің нәтижелері, олардың аурулардың алдын алудағы маңызы, даму динамикасы, салауатты өмір салтын насихаттаудағы сектораралық өзара іс-қимылдардағы рөлі туралы материалдар талданған.

Кілт сөздер: аурулардың алдын алу, денсаулық, өзін-өзі басқару, статистика, сектораралық өзара іс-қимылдар.

SUMMARY

The review article presents an analysis of materials on the results of Health Schools activities in the Republic of Kazakhstan, their importance in disease prevention, the dynamics of their development, the role of intersectoral interaction in healthy lifestyle promotion.

Keywords: disease prevention, health, self-management, statistics, intersectoral interaction.

МРНТИ: 76.75.29

УДК:614.2:613.8-084

**Ж.Е. БАТТАКОВА, д.м.н.¹, профессор, С.Б. МУКАШЕВА, к.м.н.¹,
А.Т. ОНАЛБАЙ¹****¹ Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни
г. Алматы, Казахстан****СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, КАК ОСНОВА
ОХРАНЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ****АННОТАЦИЯ**

В статье дана информация о важности охраны и укрепления психического здоровья человека на всех этапах жизни, освещена деятельность работников МЦЗ, ПМСП в этой сфере, в частности, работа Школ поведенческих факторов риска, мероприятия, проведенные в рамках Всемирного дня психического здоровья.

Ключевые слова: психическое здоровье, депрессия, стресс, суицид, поведенческие расстройства.

По данным ВОЗ, число психических расстройств, обусловленных современными условиями жизни, растет и оказывает заметное влияние на системы здравоохранения по всему миру, и влечет за собой серьезные последствия для социальной сферы, прав человека и экономики [1].

Люди подвергаются воздействию стрессовых факторов, что приводит к росту числа случаев тревожно-депрессивных состояний, расстройств, связанных с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, насилию и проявлениям суицидального поведения. Существует множество социальных факторов, способствующих развитию психических проблем – от душевных страданий личного характера до вопросов, затрагивающих общество в целом. Ситуации, провоцирующие стресс и психические расстройства могут возникать или усиливаться в различных местах, включая дом, учебные заведения, места работы и различные учреждения [3].

В настоящее время на мировом уровне принимаются меры, направленные на снижение стрессов, наносящих вред здоровью, и уже отмечена положительная динамика в снижении показателей самоубийств [2].

Имеются фактические данные, свидетельствующие о том, что надлежащее осуществление вмешательств и применение подходов, направленных на укрепление психического здоровья

и профилактику психических расстройств, позволяет добиться целого ряда положительных результатов, как в социально-экономическом плане, так и в плане здоровья. Меры, направленные на профилактику психических расстройств, могут быть применимы к детям всех возрастов – от грудных детей, до детей в возрасте до 6 лет и детей школьного возраста. Кроме того, профилактика включает решение таких проблем, как жестокое и пренебрежительное обращение с детьми; расстройства поведения; насилие и агрессивность; применение вызывающих зависимость веществ на любых этапах жизни; плохая поддержка со стороны родителей; стресс, тревога и депрессия. Так, например, отсутствие поддержки со стороны родителей, жестокое обращение с детьми и психические болезни родителей грудных детей и детей раннего возраста могут привести к развитию депрессии и тревоги у этих детей на более поздних этапах жизни, а также в будущих поколениях. А прочные узы между родителями и детьми и социальная поддержка со стороны семьи могут уменьшить такие риски. Эффективная поддержка и просвещение родителей, начиная с периода беременности, позволили повысить резистентность детей к болезням, улучшить их успехи в учебе и их психическое благополучие, а также добиться уменьшения рисков развития беспокойства и депрессии на последующих этапах жизни [3].

Согласно официальным статистическим данным Министерства здравоохранения РК за 2016 год заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами, с впервые в жизни установленным диагнозом, в целом по стране составила 60,8 на 100 000 населения. При этом, наибольшие показатели отмечены в Карагандинской обл. (103,6 на 100 000 населения), Южно-Казахстанской обл. (91,1 на 100 000 населения), Костанайской обл. (88,1 на 100 000 населения) и г.Астана (63,5 на 100 000 населения). Контингент больных с психическими и поведенческими расстройствами, находящихся под динамическим наблюдением на конец 2016 года, в целом по стране составил 1092,1 на 100 000 населения. Наибольшие показатели отмечены в Карагандинской области (1910,4 на 100 000 населения), Костанайской области (1859,5 на 100 000 населения) и Восточно-Казахстанской области (1421,4 на 100 000 населения).

По данным Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан, в динамике с 2015 по 2016 год отмечается снижение количества суицидов среди несовершеннолетних на 13,4%. Из них среди мальчиков – на 10,2%, среди

девочек – на 19%. С 2013 по 2016 год этот показатель снизился почти в два раза – с 341 до 175. Наибольшее количество суицидов совершено лицами в возрастной группе 35-44 лет, где отмечается рост на 16,0%, из них среди мужчин – 755 (652, рост на 15,8%), женщин – 144 (123, рост на 17,1%). Кроме того, необходимо обратить внимание на рост суицидов совершенных женщинами в возрасте 18-24 года – 116 (111, рост на 4,5%).

С 2016 года в Республике Казахстан отмечают Всемирный день психического здоровья, цель которого – информирование общества о значимости сохранения и укрепления психического здоровья. В рамках Всемирного Дня психического здоровья по республике за 2 года проведено 39 562 мероприятия, в том числе: акции, конференции, круглые столы, дни открытых дверей, семинары, тренинги, конкурсы, культурные и спортивные мероприятия, дебаты, диспуты, лекции, беседы, консультации, анкетирования, классные часы, родительские собрания, изложения, диктанты, выставки, оформление стендов, сан.уголков, санбюллетеней и т.д. с общим охватом 360 339 человек.

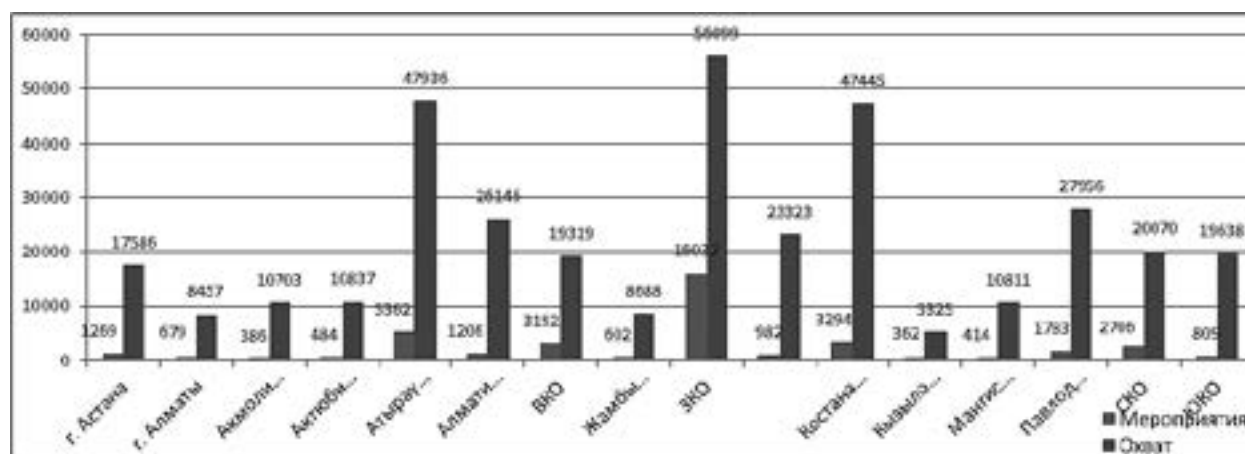


Рисунок 1. Количество проведенных мероприятий и охват целевой группы, привлеченной к мероприятиям в разрезе регионов в 2016-2017 гг.

Депрессия является одной из важных проблем 21 века. От депрессии страдает большая часть населения мира. Она причиняет не только психические страдания, но и отражается на способности человека выполнять даже самые

простые повседневные задачи и иногда может иметь катастрофические последствия для взаимоотношений человека с близкими и друзьями, а также способности человека зарабатывать себе на жизнь. В крайних случаях депрессия может

привести к самоубийству – на сегодня второй ведущей причиной смерти среди людей в возрасте 15-29 лет. По оценкам ВОЗ, от депрессии страдает 350 миллионов человек во всем мире.

Депрессия развивается в результате сложного взаимодействия социальных, психологических и биологических факторов. У людей, переживших какие-либо неблагоприятные события (потерю работы, тяжелую утрату, психологическую травму и др.), с большей вероятностью развивается депрессия. Существует взаимосвязь между депрессией и физическим здоровьем. Например, сердечно-сосудистые болезни могут приводить к развитию депрессии и наоборот [4].

В связи со значимостью данной проблемы, в 2017 году основной темой Всемирного дня здоровья стала депрессия, под девизом ВОЗ «Депрессия, давай поговорим». В Казахстане, в рамках Всемирного дня здоровья, проведено 17 380 мероприятий. В том числе: конкурсы, культурные и спортивные мероприятия (852), лекции, беседы, консультации, анкетирование, классные часы, родительские собрания, изложения, диктанты и т.д. (14 784), с общим охватом 380 089 человек.

В целях охраны и укрепления психического здоровья детям и подросткам оказывается комплексная социально-психологическая помощь в Молодежных центрах здоровья (далее – МЦЗ).

Состояние здоровья в подростковом возрасте оказывает влияние на здоровье на протяжении всей жизни. Эффективные действия в течение подросткового периода обеспечивают сохранность инвестиций общественного здравоохранения в выживание детей и их раннее развитие. В то же время, подростковый период дает возможность исправить проблемы, возникшие в течение первого десятилетия. Например, меры, принимаемые в течение подросткового периода, могут смягчить пагубное влияние пережитых в детстве насилия и злоупотреблений, или недостаточного питания, и помешать этим факторам нанести вред здоровью в будущем. Медико-психосоциальную помощь подросткам оказывают специалисты Молодежных центров здоровья. На сегодняшний день функционирует 94 МЦЗ, в которые обратилось 412 460 человек, из них лиц мужского пола – 171 622, женского пола –

240 838, в том числе, к психологу обратилось 117 489 человек.

Основным принципам создания благоприятной среды для сохранения и укрепления психического здоровья способствуют профильные Школы здоровья. В республике при организациях ПМСП функционируют 4 728 профильных Школ здоровья, из них – 686 Школ поведенческих факторов риска. В Школах поведенческих факторов риска, помимо освещения вопросов правильного питания, физической активности, отказа от употребления алкоголя, табакокурения, рассматриваются вопросы по предупреждению стрессов и профилактики депрессии, привитию навыков стрессоустойчивости, коммуникативных навыков, правильного выхода из конфликтных ситуаций.

Здоровье человека формируется с малых лет. Каждый гражданин нашей страны несет солидарную ответственность за свое здоровье, что влияет на охрану общественного здоровья в целом. Статистика заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами у школьников требует детального анализа для принятия адекватных мер на государственном уровне. Необходимо активное привлечение родителей, учителей, специалистов в области здравоохранения и психологии, общественности к реализации всех совместных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Информационный бюллетень. – Копенгаген: ВОЗ, апрель, 2017г.
2. План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013г.
3. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения: Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 г.
4. Всемирный день здоровья 2017 г.: Ключевые аспекты кампании. – Женева: ВОЗ, 2017.

ТҮЙЫН

Мақалада адамның өмір бойы психикалық денсаулығын сақтау мен нығайтудың маңызы туралы ақпарат беріліп, осы саладағы ЖДО, МСАК мамандарының қызметі, оның ішінде Мінез-құлықтық

қауіпті факторлардың алдын алу мектебінің жұмысы, Дүниежүзілік психикалық денсаулық күні шеңберінде өткізілген шаралар жарияланған.

Кілт сөздер: психикалық денсаулық, депрессия, күйзеліс, суицид, мінез-құлықтың бұзылуы.

SUMMARY

The article gives information on the importance of protecting and promotion of mental health of the

person at all stages of life, the activity of the workers of the Youth Health Centers, PHC in this area, in particular, the work of Schools of Behavioral Risk Factors, as well as the events held as part of the World Mental Health Day.

Keywords: mental health, depression, stress, suicide, behavioral disorders.

МРНТИ: 76.01.33

УДК:61:81

М.Е. Жұманова, тіл маманы¹

¹ ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалаптастыру проблемаларының Ұлттық орталығы
Алматы қ., Қазақстан

ЖАЛПЫХАЛЫҚТЫҚ ТІЛДЕГІ МЕДИЦИНА ТЕРМИНДЕРІ

ТҮЙІНДЕМЕ

Терминология – тілдік зерттеу нысаны. Сондықтан біріншіден, терминдер жүйесін қолданылу ортасымен, сол терминдер қызмет ететін арнаулы саламен тығыз байланыста зерттеу өзекті. Салалық терминологияның дамуы арнайы ғылыми ақпаратты беруде арнаулы лексикалық қордың құрылуымен тығыз байланысты болып келеді.

Тірек сөздер: Салалық терминология, термин, жалпыхалықтық сөздер, байырғы сөздер.

Қазақ тілінің мемлекеттік тіл мәртебесіне ие болуына орай ана тіліміздің шешімін күтіп тұрған көкейтесті мәселелері жеткілікті. Тілімізді сақтап қалу, дамытып, күшейтудің басты амалдарының бірі – ұлттық ғылым тілін, оның терминологиясын дамыту. Ғылымның кез келген саласының дамуында терминдердің атқаратын маңызы зор. Терминологияны толықтыратын, әрі дамытатын – салалық терминдер. Қазақ тілі білімінде 90 жылдардан бері ұлттық ғылым тілінің даму үрдісі жаңа белеске көтерілді. Оның басты себебі – қазақ тілінің ғылым тіліндегі мәртебесін көтеру, қазақ тілінің ғылым тіліне қызмет ету мүмкіндігін жан-жақты қарастыру. Әсіресе, салалық ғылымдар бойынша жарық көрген оқулықтар мен сөздіктер және мақалалар көптеп саналады. Тілдің кейбір қабаттары ұғымдық атаулармен толығып, өзгеріп отырады. Бұл құбылыс, әсіресе тілдің терминология саласына тән деуге болады. Себебі, термин дегеніміздің өзі «белгілі бір салада қолданылатын ғылыми лексика» деген анықтамаға жүгінер болсақ, қоғамдық өзгерістердің сан алуан тармақтары өзіндік қызметімен, арнаулы лексикалық қолданыстағы ерекшелігімен айқындалады.

Терминология – үздіксіз дамып отыратын ғылым саласы. Оның Қазан төңкерісінен кейінгі жылдарда ілгерілеуіне біршама үлес қосқан, терминологиялық лексиканы зерттеуде және оның қоғам үшін мәнін, маңызын анықтауда А.А.Реформатскийдің, В.В.Виноградовтың, Н.А.Баскаковтың, В.И.Сифоровтың, Р.А.Будоговтың, О.С.Ахманованың, Б.О.Орузбаеваның, М.Ш.Гасымовтың, Т.Бертағаевтың т.б зерттеуші ғалымдардың еңбектерінің мәні зор болды.

Сонымен қатар, түрколог ғалымдар А.Байтұрсынұлы, Қ.Жұбанов, С. Аманжолов, Н.Сауранбаев, С.Бәйішев, Ә.Қайдаров, М.Балақаев, Ғ.Мұсабаев, Ш.Сарыбаев, Ө.Айтбаев, Ә.Әбдірахманов, С.Исаев, т.б еңбектерінде термин жасаудың принциптері мен шарттары белгіленіп, анықталып салалық термин жасау мәселесі жолға қойылды.

Қазақ тілінде ғылым терминологиясын, соның ішінде медицина терминдерін құру республикада ғылыми-зерттеу және емдеу мекемелерінің пайда болуымен, жоғары және орта медициналық оқу орындарының ашылуымен, сонымен қатар жергілікті халықтан дәрігерлер мен меди-

цина қызметкерлерін даярлаудың басталуымен сәйкес келеді.

Қазақ медициналық терминологиясының пайда болуы, қалыптасуы мен даму үш кезеңге бөлінеді: төңкеріске дейінгі кезең, 1926-1950 жылдар аралығы мен 1950 жылдан бастап бүгінгі күнге дейін.

Қоғам дамуының жаңа кезеңіне көтерілгенде, халық тұрмысына, ғылымға, салалық өзгерістер енгенде көптеген жаңа атаулар, соны ұғымдар пайда болып, соған байланысты тілдегі бұрыннан бар сөздердің мағыналары көбейеді немесе мүлдем жаңа сөздер, терминдер туады. Осындай жолмен туындайтын, халық тұрмысына өзгерістер болған сайын жетілдіріп отыруды қажет ететін терминология саласының бірі – медицина саласының терминдері.

Медицина ғылымының өзі тірі ағзаның қызметінің бұзылуын қалпына келтіру деп аталатын күрделі мәселені зерттегендіктен, медициналық терминдердің жалпы халық арасында жиі қолданылуы, яғни жалпыхалықтық тілге енуі қалыпты. Жалпыхалықтық тіл негізгі қатынас құрал ретінде өмірдің барлық саласында қолданылады.

Терминжасау тәсілдерінің бірі – лексика-семантикалық тәсіл. Оны басқа тәсілдерге қарағанда термин жасаудың басты негізгі тәсілі деп бағалауға да болады. Өйткені ұлт тілі негізінде жасалған ғылыми терминдердің көпшілігі осы тәсіл арқылы арқылы жасалған терминдер.

Ғылыми еңбектерінде терминжасамның бұл тәсілі әр түрлі аталынып жүр. Мәселен, түрколог ғалым К.Мусаев терминжасамның бұл өнімді тәсілін халықтық лексиканың терминденуі деп атаса, Ө.Айтбаев бұл тәсілді мәністік тәсіл деп атайды. Терминжасамның бұл тәсілі мәністік ғалымдардың (В.В. Иванов, О.П. Фролова, Г.Ц. Пюрбеев, А.В. Суперанская) соңғы жылдары жарық көрген еңбектерінде терминологизация терминімен аталып жүр. А.В. Суперанская: «... в лексике отмечается два противоположных процесса: терминологизация, переход лексических единиц общего языка в специализированный, и банализация (детерминологизация), переход специализированных терминов в общий язык [1, 202]». Ал Ш.Құрманбайұлы оны терминдену деп атайды. Терминдену дегеніміз не?

Терминдену дегеніміз – әдеттегі жалпыхалықтық сөздің арнайы терминологиялық мәнде жұмсалуды. Бұл процесс байырғы сөз мағынасын өзгерту арқылы, нақтырақ айтсақ, сөз мағынасының кеңеюі немесе тарылуы арқылы жүзеге асады.

Жалпыхалықтық сөз терминдену үшін, ол ең алдымен белгілі бір терминологиялық өріске өтіп, өз мағынасының үстіне ғылыми мағына үстеп алуы керек. Басқаша айтсақ, жалпы қолданыстағы сөздер – терминологиялық лексиканы байытудың бір көзі болып табылады.

Тілімізде төл терминдерді қалыптастыруға байланысты қағидаттар заңды түрде қабылданды. Олардың бірі – көнерген сөздерді терминге айналдыру. Ұлттық терминологияны қалыптастыруда көне тіл қабаттарын пайдалану дамыған елдердің тәжірибесінде кездеседі және бұл тәсіл терминжасамдағы басты принциптердің бірі болып табылады. Жоғарыдағы және т.б. елдердің ұлттық терминдерді қалыптастырудағы тәжірибесін басшылыққа ала отырып, қазақ тілінде ұлттық терминдерді қалыптастыруға болады. Бұл бір жағынан тілімізде сақталған ұлттық рух пен сананы жаңғыртып, жаңа сапаға көтерілуге бағыт алған ұлт болашағын дамытудың өзекті арқауы болмақ. Осы бағытта, яғни ұлттық болмысты басты назарда ұстап, терминдерді қалыптастыру барысында, негізінен, тіліміздегі жалпықолданыстағы сөздерді терминдендіру болып табылады. Терминдердің жалпы халық тілінен сараланып шығу үдерісі тілдегі ішкі және сыртқы факторлардың әсерімен белгілі бір уақыт аралығында жүзеге асады. Байырғы сөздерден жасалған терминдер негізінен терминдік мағынасымен бірге жалпы қолданыстағы лексикалық мағынасын да сақтайды. Осындай қатардағы қайта жаңғырып, тілдік қолданысқа термин ретінде қалыптасқан көптеген шешек, қылтамақ, сарыауру, оташы, мерез, жемсау, алапес, есекжем, ірің, қояншық, қылтамақ т.с.с. сөздерді атап көрсетуге болады және бұл бағыттағы шараларды барынша жандандыру керек деп ойлаймыз. Аталған бағыт жөніндегі Ш. Құрманбайұлының пікірін келтіре кетейік: «... көнерген сөздерді әлі де ұмыт бола қоймаған өз мағынасында немесе олардың мағынасын жаңғыртып, сәл қосымша мән үстеп

қажетімізге жаратуға болады» [2, 145]. Терминологиямызды қалыптастыруда бұл басты бағыттар әр кезеңде өзекті мәселелердің қатарынан түспеген секілді. Бұны ұлттық терминологияның негізін салушы А.Байтұрсыновтың мына пікірі: «Мәдени жұрттардың тіліндегі әдебиеттерін, ғылыми кітаптарын қазақ тіліне аударғанда пән сөздерінің даярлығына қызықпай, ана тілімізден қарастырып, сөз табуымыз керек. Сонда біздің әдебиетіміздің тілі таза болады» [3, 350] деп дәлелдей түссе, 90-жылдардағы терминология саласын қарастырған

Ә. Қайдаров та «Салалық терминдер мен атауларды жаңадан жасауда, өзгертуде, ауыстыруда, ең алдымен, қазақ тілінің төл және бұрыннан қалыптасқан байырғы лексикалық байлығын сарқа пайдалану» [4, 9] деп, көнерген сөздерді термин жасау барысында қайта жаңғыртып, қолдану керектігін баса айтады.

Қазіргі таңда жарыққа шыққан терминологиялық сөздіктегі терминдердің негізі жалпықолданыстағы атаулардың терминдік сипатқа еніп, қолданысқа енгенін байқадық. Мысалы:

1-кесте

Жалпыхалықтық сөз	Орыс тілінде	Терминденуі
Шешек, қорасан	Оспа	Шешек
Мерез	Сифилис	Мерез
Шешек	Ветрянка	Желшешек
Сақина, бас сақинасы	Мигрень	Сақина
Қояншық	Эпилепсия	Қояншық
Тамақ ауруы	Ангина	Баспа
Өңеш	Пищевод	Өңеш

Қазіргі кезде медицинада қалыптасқан терминдердің бірі – оташы термині. Оташы термині хирург терминін ығыстырып, медициналық термин ретінде қалыптасты. Қазақ халқының тарихында бұл атау кездеседі: «кез келген денедегі жараны пышақпен емдейтін емшіні қазақ халқы оташы деп атаған». «Қояншық» термині – аузынан ақ көбік ағып, талып жығылатын ұстама-лы ауру; талма, «Баспа» термині – ауыз қуысы мен тамаққа суық тигеннен пайда болатын ауру, «Қылтамақ» – тамақтан ас өтпей қалатын ауру, «Мерез» – денені ірітіп-шірітіп жіберетін аса жұқпалы ауру [5].

Терминжасамда ұлттық дүниетанымды ескере отырып, тілдегі лексикалық қорды пайдалану керек. Қазіргі таңда термин ретінде қолданылып жүрген атаулардың көпшілігі қазақ халқының тұрмыс-тіршілігінде, мәдениетінде кездеседі. Біздің міндетіміз оларды жаңғыртып, термин ретінде орынды қалыптастыру. Ұлт тілінде қалыптасқан терминдерде сол халықтың тұрмыс-тіршілігі, мәдениеті мен тарихы бейнеленеді және ол атаулар халыққа жат емес, түсінікті болып келеді.

ДЕРЕККӨЗДЕР:

1. Суперанская А.В., Подольска Н.В., Васильева Н.В. Общая терминология: Вопросы теории. М.: Едиториал УРСС, 2004. – 248с.
2. Құрманбайұлы Ш. Терминқор қалыптастыру көздері мен термин-жасам тәсілдері. – Алматы: Сөздік-Словарь, 2005.
3. Байтұрсынов А. Ақ жол. – Алматы, 1993
4. Қайдаров Ә. Қазақ терминологиясына жаңаша көзқарас. – Алматы, 1993.
5. Қазақ тілінің түсіндірме сөздігі/Жалпы редакциясын басқарған Т.Жанұзақов. – Алматы: Дайк-Пресс, 2008. – 968 б.

АННОТАЦИЯ

Терминология является целью исследования языка. Поэтому, во-первых, систему терминов актуально исследовать в тесной связи со средой ее использования и со специальной областью функционирования этих терминов. Развитие отраслевой терминологии находится в тесной связи с составлением специального лексического фонда в предоставлении научной информации.

Ключевые слова: Отраслевая терминология, термин, общенародные слова, исконные слова.

ABSTRACT

Terminology is the object of language investigation. That's why, first of all, it is relevant to invertidate the system of terms in close connection

with the sphere of their use and with a special sphere of functioning of the terms. Development of the branch terminology is in close connection with compiling of a special lexical fund in rendering scientific information.

Key words: branch terminology, a term, public words, aboriginal words.

МРНТИ: 76.75.00

УДК:614.2:368.04

Н.А. Сулейманова¹

¹ Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК
Алматы, Казахстан

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ

АННОТАЦИЯ

В статье представлены особенности организации обязательного медицинского страхования на примере Швеции, дан сравнительный анализ особенностей медицинского страхования в странах Европы и Америки с целью лучшего опыта в Республике Казахстан.

Ключевые слова: медицинское страхование, модель медицинского страхования, обязательное медицинское страхование в Республике Казахстан.

Актуальность

Главной целью социального развития в государстве является сохранение здоровья человека, предупреждение развития болезней и инвалидности, поскольку в системе человеческих ценностей здоровье имеет особое значение – при его потере или существенном ухудшении все остальное теряет свой смысл. Здоровье граждан в значительной степени влияет на процессы и результаты экономического, социального и культурного развития страны, демографическую ситуацию, состояние национальной безопасности и является важным социальным критерием развития и благополучия общества.

Организация здравоохранения, обеспечивающая право каждого гражданина на получение медицинской помощи, предусматривает создание эффективной системы медицинского страхования в условиях рыночной экономики. Цель введения медицинского страхования – гарантирование гражданам, в случае возникновения страхового случая, получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансирование профилактических мероприятий.

Медицинское страхование осуществляется в обязательной и добровольной формах. Добровольное медицинское страхование может быть индивидуальным и коллективным. Выбор формы медицинского страхования в каждой стране зависит от конкретных экономических и культурно-исторических условий, от особенностей демографических и социальных показателей, уровня заболеваемости и других факторов, характеризующих уровень медицинского обслуживания. Обязательное медицинское страхование является частью гарантий государства в обеспечении граждан качественной медицинской помощью и основной формой медицинского обслуживания во Франции, Канаде, Германии, Нидерландах, Швеции, Бельгии, Российской Федерации и других странах.

Шведское социальное государство в 90-е годы 20-го столетия представляло собой далеко не идиллическую картину. Этот период можно охарактеризовать как время сокращения социального сектора и пересмотра его основных принципов. В конце 90-х годов ситуация значительно улучшилась, что дало повод некоторым

исследователям сделать вывод о том, что можно говорить не о сокращении социальных гарантий, а, скорее, о их модернизации и приспособлении к новым экономическим условиям. Важным компонентом шведского социального государства является система здравоохранения и медицинского страхования. Изменения в социальной политике страны не обошли ее стороной, что выразилось в попытках реформирования. В общей сложности, в 90-е годы в Швеции было проведено 5 реформ здравоохранения, основная цель которых — повышение его эффективности и качества медицинских услуг. В настоящее время шведская система здравоохранения представляет собой успешный пример бюджетной модели, построенной на принципе децентрализации.

Организацией амбулаторной медицинской помощи в Швеции занимаются окружные советы (ландстинги) и муниципалитеты, представляющие собой контролируемые центральным правительством регионы с числом жителей от 60,000 до 1,7 млн. человек. Каждый регион, в соответствии со своим размером и числом проживающих в нем жителей, располагает одним или несколькими центрами здравоохранения, в которых работают как врачи общего профиля, так и врачи-специалисты. В системе первичной медицинской помощи функционируют программы всеобщего медицинского обследования, профилактических обследований, а также консультационные отделения по уходу за детьми. В общих чертах, шведская система первичной медицинской помощи, представленная центрами здравоохранения, схожа с российской системой поликлинической помощи, построенной на принципе совместной работы врачей разных профилей. Наряду с учреждениями первичной медицинской помощи, в каждом регионе существует сеть домов престарелых, финансовое обеспечение которых, в соответствии с коммунальной реформой 1992 г., возложено на местные органы власти — муниципалитеты. В 1993 г. в Швеции была введена система врачей общей практики (семейных врачей). Благодаря этому пациенты получили, отсутствовавшее до этого, право свободного выбора врача: либо частного врача общей практики, либо штатно-

го — в центре здравоохранения. До этого момента пациент, как правило, направлялся к дежурному врачу центра здравоохранения. Оплата услуг врача общей практики предусматривалась из двух источников. Во-первых, из средств местных бюджетов, средства которых должны были покрывать от 68 до 86% расходов врача. Сумма средств, перечисляемых на счет врача, была установлена в твердом размере, однако ее величина все же находилась в зависимости от возраста пациента. Во-вторых, из личных средств пациента, который должен был доплачивать до полной стоимости лечения при каждом посещении врача. Введение системы врачей общей практики в Швеции преследовало цель повышения эффективности обслуживания пациентов и снижения издержек на оказываемую медицинскую помощь. Это достигалось за счет свободного выбора пациентом не только врача общей практики, но и врача-специалиста. Кроме того, это означало улучшение качества обслуживания (большая ориентация на пациента) и снижение издержек, связанных с повышением конкуренции за пациента среди врачей.

Организация амбулаторной стоматологической помощи в Швеции находится в компетенции местных органов власти. Наряду с государственным, в стране существует большой сектор (около 50%) частных врачей-стоматологов. При оказании зубоврачебной помощи в стране действует довольно высокий уровень участия пациентов в оплате издержек. Как и в ряде других стран ЕС, в Швеции существует определенный предел оплаты стоматологической помощи. Однако, в случае повышенных медицинских издержек, предусмотрено снижение доли участия пациента в их оплате. Как правило, максимальный предел оплаты стоматологической помощи со стороны пациента составляет 60%, тогда как минимальный (в случае повышенной стоимости медицинской помощи) — 25%. Разница между долей издержек, оплаченных пациентом, и полной стоимостью лечения покрывается за счет средств медицинского страхования. В рамках профилактической помощи размер доплаты за стоматологические услуги не превышает 25%. Стоматологическая помощь детям до 18 лет предоставляется бесплатно. Важным моментом

организации амбулаторной стоматологической помощи в Швеции является наличие жесткой тарифной системы, в рамках которой работают шведские стоматологи.

Система социального страхования в Швеции представляет собой один из вариантов универсальных систем социальной защиты, которая охватывает всех длительно проживающих в стране лиц (в том числе иностранцев). По данным

государственного института социального страхования Швеции, количество охваченных социальным страхованием лиц в стране в середине 90-х годов составляло 6982 млн. человек. Система медицинского страхования Швеции осуществляет финансирование.

В таблице 1 приведены сравнительные данные финансирования систем здравоохранения Великобритании и Швеции.

Таблица 1

Модели финансирования системы здравоохранения

Тип модели	Государственная	Социально-страховая
Страна	Великобритания	Швеция
Базовые положения формирования модели	Медицинская услуга – общественное благо. Богатый платит за бедного здоровый – за больного	Здоровье – фактор, определяющий качество «человеческого капитала». Медицинская услуга – расходы, необходимые для поддержания здоровья
Расходы на здравоохранение (ВВП), %	8,5	5,4
Финансирование, %	Государственный бюджет	ОМС – 60 ДМС-10 Госбюджет – 15 Личные средства -15
Контроль эффективности расходов	Государство через Министерство здравоохранения	Частные и государственные страховые фирмы
Доступность медицинского обслуживания	Общая доступность	90% населения – ОМС, 10%-ДМС, 3% из них имеет и ОМС и ДМС
Ассортимент доступных медицинских услуг	Широкий спектр профилактических мероприятий, перечень лечебных услуг ограничен производственными возможностями	Широкий спектр услуг за счет сочетания ОМС и ДМС
Регулирование цен на медицинские услуги	Финансирование рассчитывается на основании норматив с учетом поло возрастного состава населения	Цены в виде «баллов», цена «балла» зависит от экономического состояния

Таким образом, наибольший процент ВВП на медицинское страхование обеспечивается в США (14%). В Англии этот показатель составляет 8,5%, в Швеции – 5,4%. Такую разницу можно объяснить спецификой государственной политики каждого государства в сфере социальной защиты: в США население получает наименьшую помощь за счет государства, поэтому в данной стране действует система самостоятельного финансирования медицинского страхования. В Швеции, как в стране с наиболее социально направленной экономикой, граждане в меньшей степени финансируют медицинское страхование, поскольку само государство обе-

спечивает всеобщее бесплатное медицинское обслуживание. Часть финансирования в ВВП Англии занимает, в сравнении с анализируемыми странами, центральную позицию, поскольку в Англии финансирование медицинского обслуживания производится примерно поровну со стороны государства и населения. Внедрение обязательного социального медицинского страхования в Казахстане позволит обеспечить солидарную ответственность государства, работодателей и граждан за здоровье, а также повысить качество и доступность медицинских услуг, в первую очередь, за счет приоритетного развития первичной медико-санитарной помо-

щи, развития частной медицины и повышения конкуренции между медицинскими организациями. Кроме того, создание Фонда социального медицинского страхования будет способствовать снижению уровня неформальных платежей.

При формировании казахстанской системы обязательного медицинского страхования представляется необходимым сравнительный анализ опыта зарубежных развитых стран, в которых подобные системы успешно функционируют в течение длительного периода времени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пилипцевич Н. Н. Зарубежный опыт реализации различных моделей финансирования здравоохранения // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2006. – № 1. – С. 47 – 70.

2. Системы здравоохранения в Европе: Анализ современных стратегий/ Европейское региональное бюро ВОЗ. – М.: ГЕОТАР Медицина, 2000. – 431 с.

ТҮЙЫН

Мақалада Швециядағы мысал ретінде міндетті медициналық сақтандыруды ұйымдастыру ерекшеліктері көрсетілген, Қазақстан Республикасында үздік тәжірибе алу мақсатында Еуропа мен Америка елдеріндегі медициналық сақтандыру ерекшеліктеріне салыстырмалы талдау берілген.

Кілт сөздер: медициналық сақтандыру, медициналық сақтандыру үлгісі, Қазақстан Республикасындағы міндетті медициналық сақтандыру.

SUMMARY

The article presents the features of the organization of compulsory medical insurance on the example of Sweden, comparative analysis of the features of medical insurance in Europe and America for the purpose of better experience in the Republic of Kazakhstan.

Keywords: medical insurance, model of medical insurance, compulsory medical insurance in the Republic of Kazakhstan.

МРНТИ:76.75.29

УДК:614.2:613.84-084-053.5/.7

Н.А.Сулейманова¹

¹ Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК
Алматы, Казахстан

ПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ И МЕРЫ ПО СНИЖЕНИЮ СПРОСА И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТАБАКОКУРЕНИЯ, ДИЗАЙН ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ К ЭПИДНАДЗОРУ ЗА ПОТРЕБЛЕНИЕМ ТАБАКА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

АННОТАЦИЯ

В статье дан анализ распространенности курения в детской и подростковой среде, его влияния на растущий организм, а также меры, предпринимаемые для профилактики курения, основанные на результатах социологического исследования, описан опыт межсекторального взаимодействия в этой сфере.

Ключевые слова: табак, курение, дети и подростки, факторы риска, профилактика, социологическое исследование.

Всемирная организация здравоохранения (далее – ВОЗ) рассматривает здоровье молодежи, посредством ключевых индикаторов, включая табакокурение, которое является одной из основных причин высокой заболеваемости и смертности среди взрослого населения.

Регулярно курящие подростки, независимо от количества потребляемых в день табачных изделий, составляют группу риска, у которой к окончанию школы формируются серьезные отклонения в состоянии здоровья. Курение табака детьми и подростками определяет форми-

рование множества патологических процессов в центральной, вегетативной нервной, сердечно-сосудистой и эндокринной системах, в системе органов дыхания [1, 2]. Воздействие никотина в пубертатном периоде филогенеза является наиболее злокачественным механизмом в образовании гуморальной несогласованности автономной нервной системы, ЦНС и сердечно-сосудистой системы [7].

Состояние и развитие психофизиологических функций подростков находится в сильной зависимости и образа жизни и, конечно, от наличия у них вредных привычек. Курение является одной из форм проявления девиантного поведения подростков, которое во многом связано с относительно низким уровнем интеллектуального развития, с незавершенностью процесса формирования личности, зависимостью от ближайшего окружения и принятых в нем ценностных ориентаций [4]. У курящих подростков отмечается замедление латентного времени реакции на свет, что отражается в снижении функциональной лабильности зрительного анализатора, проявляется также снижение когнитивных функций. Замедляется скорость переключения внимания, наблюдается более низкий объем кратковременной зрительной памяти. Снижается точность и скорость логических операций, скорость тормозных процессов, развивается также изменение психоэмоционального состояния, что особенно сильно проявляется у курящих девушек. В первую очередь, стоит обратить внимание на сильно выраженную экстраверсию. Другой психологической особенностью является более высокий уровень нейротизма.

Табакокурение у лиц молодого возраста приводит к возникновению дисфункции кардиореспираторной системы, появлению риска развития хронических обструктивных заболеваний дыхательных путей и закономерному росту распространенности ХОБЛ. Разработан интегральный показатель – респираторно-газовый индекс, характеризующий выраженность дисфункций, возникающих при табакокурении и ассоциированных с ним ХОБЛ. Установлено, что дисфункции кардиореспираторной системы приводят к более частому развитию хронического бронхита, расширяют спектр и усиливают выражен-

ность основных клинических проявлений указанных заболеваний у лиц молодого возраста [3].

Анализ эпидемиологических исследований потребления табака среди подростков, проведенный Центром по профилактике и контролю над заболеваниями (CDC) CUIA за период 2000—2007 гг. в 140 государствах-членах ВОЗ показал, что распространенность курения у мальчиков и девочек находится примерно на одном уровне во многих странах. Постоянными курильщиками сигарет являлись 9,5% школьников 13-15 лет. Распространенность курения среди подростков была самой высокой в странах Европы (19,2%), а самый низкий уровень выявлен в странах Восточного Средиземноморья (4,9%). Распространенность курения сигарет и использования других табачных изделий также имела схожую тенденцию во всех исследованных странах. Половина школьников сообщила, что они подвергались воздействию пассивного курения в общественных местах в течение недели, предшествовавшей опросу. Восемь из 10 школьников 13-15 лет выступали за запрет курения в общественных местах. Семь из 10 курильщиков сигарет школьного возраста сообщили, что они хотели бы бросить курить. Шесть из 10 школьников сообщили о том, что в школе они получали информацию о вредных последствиях курения в течение года, предшествовавшего опросу.

Среди некурящей молодежи у 19,1% выявлены признаки восприимчивости к курению в течение следующего года. Этот показатель был наивысшим в странах Европейского региона ВОЗ – 29,8% и наименьшим в странах Западной части Тихого океана – 13,4% [8]. Эти результаты свидетельствуют о том, что меры, способствующие уменьшению потребления табака молодежью (например, увеличение акцизов, кампании в СМИ, школьные программы в сочетании с вмешательствами общества и мероприятий, уменьшающих доступ табака для несовершеннолетних) должны быть широко распространены и иметь государственную поддержку. Если эффективные программы не будут разработаны и внедрены в ближайшее время, то в будущем заболеваемость и смертность от последствий потребления табака, вероятно, будет возрастать [9].

Результаты Глобального обзора потребления табака среди молодежи, инициативы ВОЗ и Центров по борьбе с болезнями и профилактики болезней (ЦББ), свидетельствуют о том, что во многих странах распространенность потребления подростками некурильных табачных изделий (11,2%) выше, чем распространенность потребления сигарет (8,9%).

Таким образом, употребление табака молодежью – это важнейший вопрос здравоохранения во всем мире. Каждый день около 80-100 тыс. молодых людей во всем мире приучаются к табаку. Согласно прогнозам, при сохранении данной тенденции 250 миллионов живущих сегодня детей умрут от заболеваний, связанных с употреблением табака. Многие люди начинают курить до того, как им исполняется 18 лет, и практически четверть из них начинает курить до того, как они достигают 10-летнего возраста.

Учитывая бремя заболеваемости и смертности от болезней, вызванных потреблением табака и начало пристрастия к курению в молодом возрасте, необходим систематический мониторинг употребления табака среди школьников и взрослого населения (курение и иные способы) и отслеживание основных индикаторов контроля табака по репрезентативной выборке населения. Данные исследований распространенности потребления табака и других ключевых индикаторов спроса на табачные изделия являются основой для дальнейшего внедрения и совершенствования мер, определенных Конвенцией против курения табака, в рамках национальных программ по контролю табачных эпидемий и антитабачных кампаний.

Дети и подростки являются наиболее уязвимой группой населения, которая наиболее подвержена влиянию среды и социальных условий. Большинство детей и подростков не рассматривают отдаленные последствия курения для здоровья тогда, когда они начинают курить, и никотин, вызывающий очень сильное привыкание, способствует сохранению данной привычки. Многие продолжают курить и в зрелом возрасте, что часто приводит к последствиям со смертельным исходом. Ученые выявили, что если молодые люди не начинают потреблять табак до 18 лет, то есть большая вероятность того, что они никогда не начнут курить [1-3].

Потребление табака детьми и подростками в любой форме является небезопасным [4]. 9 из 10 курильщиков сигарет впервые попробовали курить в возрасте до 18 лет [5]. Учитывая важность проблемы, ученые изучают влияние и последствия потребления табака на детский и подростковый организм.

Курение влияет на общее здоровье, самооценку, физическое и психологическое здоровье молодых людей. Установлена зависимость между курением и депрессией, состояниями тревожности и стресса у подростков [6]. Курильщики молодого возраста, как правило, имеют плохую физическую форму по сравнению с их некурящими сверстниками, а общая физическая подготовленность снижается с увеличением уровня потребления табака. Курящие подростки хуже оценивают свое здоровье и имеют больше жалоб на его состояние [7], они чаще подвержены вирусным респираторным заболеваниям [8]. Курение в юном возрасте повышает риск развития рака легкого. Для большинства онкологических заболеваний, риски увеличиваются по мере продолжения курения [9].

При курении сигарет в подростковом и юношеском возрасте начинаются патологические процессы, которые способствуют развитию сердечно-сосудистых заболеваний [6]. Даже нечастое курение на регулярной основе (менее 1 пачки сигарет в неделю на протяжении не менее 1 года) связано с острыми и хроническими нарушениями функций артерий, что вызывает развитие атеросклероза и сердечно-сосудистых осложнений в будущем у здоровых, в остальном, молодых людей 20-26 лет [10].

Существует множество факторов и причин, по которым дети начинают курить [12]. Во многом это зависит от натуры ребенка, от его ближайшего окружения: кто-то подражает сверстникам и взрослым, кто-то подвержен влиянию модели поведения в семье и среди сверстников, включая низкую поддержку в семье. Среди причин могут быть: любопытство, потребность казаться сильным, «досрочно» взрослым, потребность в экспериментировании, желание бросить вызов обществу, поддержание уверенности в себе; контроль веса; попытки избавления от негативных эмоций – депрессии и других нарушений пси-

хического здоровья; курение родителей. Физиологические причины: эффект никотина, оксида углерода.

Курению часто предшествуют потребление запрещенных наркотиков, злоупотребление психоактивными веществами [13].

Большое значение имеет модель поведения родителей в отношении курения, даже если родители бросили курить, когда ребенок уже подросток. Курение родителей сегодня – это фактор риска будущего отношения ребенка к табаку и вероятности начала курения в будущем [14]. Таким образом, факторы, способствующие приобщению подростков к курению, являются многочисленными и многообразными. Большинство этих аспектов можно предотвратить или воздействовать на них.

Курение и воздействие вторичного дыма вредны для здоровья на всех этапах жизни, начиная с рождения и даже внутриутробного развития. Ряд последствий для здоровья может оставаться на протяжении жизни. Поэтому осведомленность родителей и членов семьи о рисках табака для здоровья и о способах сокращения или предотвращения этих последствий поможет принять верное решение в отношении курения. Информация для семей должна соответствовать возрасту ребенка, способствовать развитию мотиваций, созданию негативного имиджа табака. То есть, фокус должен быть на семье. Информирование родителей о положительных последствиях прекращения курения во время беременности и первых лет жизни их ребенка является эффективной профилактикой.

При консультировании/беседе с детьми и подростками акцент должен быть сделан на ближайшие негативные последствия для здоровья, так как отдаленные последствия не сильно значимы для сознания молодых людей. Воспитание, при котором родители проявляют большой интерес к подростку и заботу о нем в комбинации с установлением правил, является важным элементом эффективных вмешательств в этой возрастной группе [15].

Меры по профилактике и снижению курения на уровне школ

Необходимо усиление контроля исполнения законодательства о запрете курения в учебных заведениях на всей территории, включая места

на открытом воздухе и в других общественных местах, особенно среди школьного персонала. Требуется регулярное просвещение учащихся о негативных последствиях употребления табака для здоровья в рамках учебных программ начальной и средней школы и высших учебных заведений и их сочетание с общественными программами. Учителя должны проходить обучение профилактике табакокурения с опытными тренерами и отрабатывать полученные навыки. Вовлечение родителей и членов семьи в антитабачную политику школ и программы повышают эффективность мероприятий.

Необходимо регулярно проводить скрининг на курение и консультирование по прекращению курения. Курящий персонал школ и школьники нуждаются в помощи по отказу от курения путем предоставления информации, направления к специалисту.

Однако, исследования показали, что одной только направленности на информирование недостаточно. Без развития социальных навыков (социальные влияния) невозможно добиться значительных результатов [15].

Регулярная оценка эффективности школьных антитабачных программ важна для определения успешных и слабых сторон, демонстрации положительных результатов школьникам, родителям, представителям других школ и для корректировки мероприятий.

Работники здравоохранения несут основную ответственность за профилактику употребления табака среди молодежи и членов их семей. Специалисты первичной медико-санитарной помощи должны быть осведомлены об эффективных методах профилактики и прекращения курения. Необходимо интегрировать консультирование по вопросам потребления табака при оценке состояния здоровья подростков. Важно понимать и знать о роли, которую семьи, общество и государство играют в борьбе с табаком.

Сегодня все большее значение приобретает межсекторальное взаимодействие, вовлечение различных ведомств в укрепление антитабачной политики государства. Такая политика включает повышение налогов на табачные изделия; защиту людей от табачного дыма; предложение помощи населению в целях отказа от потребления таба-

ка, информирование об опасностях, связанных с потреблением табака; мониторинг потребления табака и мер контроля табака; соблюдение запрета на рекламу табака, стимулирование продаж и спонсорство со стороны табачных компаний.

Республика Казахстан является государством-членом Европейского Регионального бюро ВОЗ и является страной с уровнем дохода выше среднего. В 2015 году в Республике был проведен Глобальный опрос молодежи о потреблении табака. Целью исследования – мониторинг потребления табака среди детей, направленный на расширение национальных программ по профилактике и борьбе против табака, обеспечение сопоставительного анализа распространенности табакокурения со странами-участницами аналогичных исследований.

Методология исследования

Целевой группой явились дети 13-15 лет. Исследование проведено на базе общеобразовательных школ с применением двухступенчатой кластерной выборки. Выборка состояла из всех общеобразовательных школ, среди учащихся 7-9 классов. На первом этапе были выбраны школы с вероятностью выбора, пропорциональ-

ной количеству учащихся этой школы подходящего возраста. Второй этап выборки состоял из систематического отбора с равной вероятностью (со случайным стартом) классов из каждой школы, выбранной на первом этапе. Обследование было проведено в 26 школах и 91 классе. В данном исследовании 2083 учащихся. Весовой коэффициент был применен к записи каждого учащегося для корректировки вероятности отбора, отсутствия ответа и корректировки после стратификации в соответствии с показателями по населению. Пакет программного обеспечения SUDAAN для статистического анализа сложных данных обследования был использован для расчета взвешенных оценок распространенности и стандартных ошибок (SE) оценок (доверительные интервалы [ДИ] 95% были рассчитаны из SE). Показатели соответствуют РКБТ ВОЗ и техническому комплекту мер MPOWER.

Результаты исследования

Выявлено, что 2,8% школьников 13-15 лет на момент исследования курили какие-либо табачные изделия, то есть были нынешними курильщиками табака. 3,5% мальчиков и 1,9% девочек являлись нынешними курильщиками табака (таблица 2).

Таблица 2

Статус учащихся 13-15 лет по употреблению табака, Казахстан, 2015

	В общем	Мальчики	Девочки
Процент (95% ДИ)			
Курильный табак			
Нынешние курильщики табака 1*	2.8 (2.0- 3.9)	3.5 (2.2-5.3)	1.9 (1.1-3.2)
Нынешние курильщики сигарет 2*	1.7 (1.1-2.5)	2.0 (1.1-3.7)	1.3 (0.8-2.2)
Часто курящие сигареты 3	0.3 (0.1-0.8)	0.4 (0.2-1.0)	0.1 (0.0-1.1)
Нынешние курильщики других табачных изделий 4*	1.4 (0.9-2.2)	1.7 (1.0-2.8)	0.9 (0.5-1.8)
Когда-либо курившие табак 5*	12.4 (10.0-15.3)	15.9 (12.3-20.3)	8.8 (6.0-12.7)
Когда-либо курившие сигареты 6*	9.4 (7.4- 1.8)	11.9 (8.8-16.0)	6.9 (4.4-10.6)
Когда-либо курившие другие табачные изделия 7*	5.1 (3.4-7.6)	7.2 (4.6-11.0)	2.8 (1.7-4.4)
Когда-либо курившие кальян 8*	8.9 (6.1-12.8)	12.5 (8.8-17.6)	5.2 (2.9-9.0)
Бездымный табак			
Нынешние потребители бездымного табака 9*	0.6 (0.3-1.3)	0.8 (0.3-1.9)	0.4 (0.1-1.2)
Когда-либо потреблявшие бездымный табак 10*	2.7 (1.5-4.9)	3.6 (2.4-5.5)	1.7 (0.5-5.2)
Потребление табака			
Нынешние потребители табака 11*	3.2 (2.3-4.5)	3.9 (2.6-5.7)	2.3 (1.3-4.0)
Когда-либо потреблявшие табак 12*	13.9 (11.2-17.3)	17.4 (13.7-21.8)	10.4 (6.7-15.9)

	В общем	Мальчики	Девочки
Восприимчивость к потреблению табака			
Никогда не употреблявшие табак, склонные к употреблению табака в будущем 13*	5.9 (4.2-8.1)	7.3 (5.3-10.0)	4.7 (3.0-7.2)
Никогда не курившие, считающие, что им бы понравилось выкурить сигарету 14*	2.7 (1.6-4.6)	3.0 (1.5-5.8)	2.4 (1.2-4.8)
Электронные сигареты			
Нынешние курильщики электронных сигарет 15*	1.6 (1.1-2.5)	2.0 (1.0-3.9)	1.1 (0.5-2.1)

1*. Курили табак в течение последних 30 дней. 2*. Курили сигареты в течение последних 30 дней. 3*. Курили сигареты 20 или более дней из последних 30 дней. 4*. Курили другой табак, кроме сигарет в течение последних 30 дней. 5*. Курили когда-либо любой табак, даже одну или две затяжки. 6*. Курили когда-либо сигареты, даже одну или две затяжки. 7*. Курили когда-либо другой табак, кроме сигарет, даже одну или две затяжки. 8*. Курили когда-либо кальян, даже одну или две затяжки. 9*. Употребляли бездымный табак в течение последних 30 дней. 10*. Употребляли когда-либо бездымный табак. 11*. Курили табак и/или употребляли бездымный табак в течение последних 30 дней. 12*. Курили когда-либо табак и/или употребляли бездымный табак.

Респонденты, склонные к употреблению табака в будущем включают в себя тех, кто ответил «Определенно да», «Возможно да», или «Возможно нет» на вопрос об употреблении табака в случае, если один из лучших друзей предложит его им, или те, кто ответил «Определенно да», «Возможно да», или «Возможно нет» на вопрос об употреблении табака в течение следующих 12 месяцев. 14*. Те, кто ответил «Согласен» или «Полностью согласен» с утверждением: «Я думаю, мне бы понравилось выкурить сигарету». 15*. Курили электронные сигареты один или более дней в течение последних 30 дней.

Распространенность курения сигарет (курили сигареты в течение последних 30 дней) составила в общем 1,7%, среди мальчиков – 2,0%, среди девочек – 1,3%. Показатель часто курящих сигареты школьников Казахстана составил 0,3% (мальчиков – 0,4%, девочек – 0,1%).

1,4% школьников являлись нынешними курильщиками других табачных изделий, кроме сигарет (1,7% мальчиков, 0,9% девочек).

12,4% молодых людей (мальчиков – 15,9%, девочек – 8,8%) когда-либо курили какие-либо табачные изделия. Когда-либо курили сигареты, даже одну или две затяжки, 9,4% школьников (11,9% мальчиков и 6,9% девочек).

Курили когда-либо другие табачные изделия 5,1% школьников. Причем, процент мальчиков выше более чем в 2,5 раза (мальчики – 7,2%, девочки – 2,8%). Когда-либо курили кальян, хотя бы

одну или две затяжки 8,9% школьников (12,5% мальчиков, 5,2% девочек).

0,6% школьников 13-15 лет являлись нынешними потребителями бездымного табака (0,8% мальчиков и 0,4% девочек). Когда-либо употребляли бездымный табак 2,7% школьников (3,6% мальчиков и 1,7% девочек).

3,2% школьников 13-15 лет на момент проведения исследования курили табак и/или употребляли бездымный табак в течение последних 30 дней. Среди мальчиков этот показатель составил 3,9%, среди девочек – 2,3%. Когда-либо курили табак и/или употребляли бездымный табак 13,9% школьников (мальчиков 17,4%, девочек 10,4%).

5,9% школьников (7,3% мальчиков и 4,7% девочек), никогда не употреблявших табак, проявили склонность к употреблению табака в будущем. Склонность к курению сигарет была выявлена у 2,7% учащихся (3,0% мальчиков и 2,4% девочек).

Электронные сигареты курили один раз или чаще в течение последних 30 дней 1,6% школьников, то есть являлись нынешними потребителями электронных сигарет (2,0% мальчиков и 1,1% девочек).

Результаты исследования показали, что 31,6% школьников (32,1% мальчиков и 29,3% девочек) впервые попробовали курить сигареты в возрасте 7 лет и младше, 26,8% школьников (24,4% мальчиков и 31,9% девочек) впервые закурили сигареты в возрасте 12 – 13 лет, 17,2% (12,7%

мальчиков и 26,2% девочек) – в 14 или 15 лет, 13,3% школьников (16,0% мальчиков и 8,4% девочек) впервые закурили сигареты в 10-11 лет, и 11,2% (14,9% мальчиков и 4,3% девочек) в 8-9 лет – без значимых различий.

Таким образом, результаты проведенного глобального опроса детей 13-15 лет заложили основы системы эпидемиологического мониторинга потребления табака среди детей 13-15 лет, отвечающего международным рекомендациям. Мониторинг потребления табака, основанный на систематическом проведении данного исследования, позволит:

- комплексно оценить проводимую в Республике Казахстан политику борьбы против табака, с позиций реализации ключевых положений Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака;

- совершенствовать технологии и инструменты реализации политики школ по профилактике и борьбе с употреблением табака, повышению осведомленности школьного сообщества (включая учителей, родителей) о вреде потребления различных видов табачных изделий (не только сигарет и пассивного курения) путем регулярных и систематических информационных кампаний в школах, СМИ и внедрения в школьную программу соответствующих тем, дальнейшего внедрения принципов сети «Здоровые школы», способствующих сохранению и укреплению здоровья учащихся;

- на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) – активизировать работу медицинского персонала по проведению информационно-коммуникационных мероприятий и внедрению профилактических программ по снижению распространенности потребления табака среди молодежи на базе антитабачных кабинетов, молодежных центров здоровья, в отделениях профилактики и социально-психологической помощи;

- в связи с доступностью табачных изделий для населения Казахстана, обосновать регулярное повышение налогов на табачные изделия, направленное на предотвращение начала курения среди молодых людей;

- усилить межсекторальное взаимодействие с активным вовлечением неправительственных организаций в борьбу против табака на всех уровнях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Баранов А.А. Табакокурение детей и подростков: Гигиенические и медико-социальные проблемы и пути решения / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, И.В. Звездина. – М.: Литтерра, 2007. – 213 с.

2. Дедух Е.Л. Факторы, влияющие на табакокурение учащихся среднего школьного возраста Москвы / Е.Л. Дедух, Н.А. Ручкина, Н.Б. Мирская // Гигиена и санитария. – 2011. – № 3. – С. 58-62.

3. Гноевых В.В. и др. Дисфункции кардио-респираторной системы при табакокурении у лиц молодого возраста / В.В. Гноевых, С.П. Григорьев, О.В. Александров, В.А. Семенов, А.Ю. Смирнова, А.А. Куприянов, Р.М. Хайретдинова // Российский медицинский журнал. – 2008. – № 4. – С. 13-14.

4. Касаткин В.Н. и др. Здоровье: Программа профилактики курения в школе / В.Н. Касаткин, И.А. Паршутин, О.Л. Рязанова, Т.П. Константинова. – М., 2005. – 132 с.

5. Маркова А.И. и др. Отношение школьников к табакокурению: социально-гигиеническое исследование / А.И. Маркова, А.В. Ляхович, А.С. Лозовская // Гигиена и санитария. – 2011. – № 3. – 3.

6. Положение детей в мире, 2011 год. Использование возможностей подросткового возраста. – Нью-Йорк: ЮНИСЕФ, 2011. – с.185.

7. Prokhorov A.V. et al. Tobacco Consortium, American Academy of Pediatrics Center for Child Health Research: youth tobacco use: a global perspective for child health care clinicians // Pediatrics. – 2006. -118(3). – P.890-903.

8. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General/ U.S. Department of Health and Human Services. – Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014. – Printed with corrections, January 2014.

9. Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General/ U.S. Department of Health and Human Services. – Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human

Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.

10. Botello-Harbaum M., Haynie D. L., Murray K. W. and Iannotti R. J., Cigarette smoking status and recurrent subjective health complaints among US school-aged adolescents//Child: Care, Health and Development. Vol. 2011. – Vol. 37: 551–558.

11. Kark J.D. et al. Cigarette Smoking as a Risk Factor For Epidemic a(h1n1) Influenza in Young Men// New England Journal of Medicine. – October 21, 1982.- Vol. 307(17):1042-46.

12. Abel E.L., Di Giovanni J. Environmental carcinogenesis//In: Mendelsohn J, Howley PM, Israel MA, Gray JW, Thompson CB, editors. The Molecular Basis of Cancer//3rd ed. Philadelphia: Elsevier. – Vol. 2008:91-113. С. 69-74.

13. Синцова С.В. Табакокурение – эпидемия XXI века / С.В. Синцова,

Е.Н. Чичерина // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – № 3. – С. 8-14.

ТҮЙЫН

Мақалада балалар мен жасөспірімдер арасында темекі шегудің таралуы, оның өсіп келе жатқан ағзаға зияны, сонымен қатар әлеуметтік зерттеулер нәтижесіне негізделген шылым шегудің алдын алу үшін қабылданатын шараларға талдау жасалып, осы саладағы сектораралық өзара іс-қимылдар тәжірибесі көрсетілген.

Кілт сөздер: темекі, темекі шегу, балалар мен жасөспірімдер, қауіпті факторлар, профилактика, әлеуметтік зерттеу.

SUMMARY

The article analyzes the prevalence of smoking in children and adolescents, impact of smoking on the growing organism, as well as the measures taken to prevent smoking, based on the results of a sociological survey. The experience of intersectoral interaction in this area is described.

Keywords: tobacco, smoking, children and adolescents, risk factors, prevention, sociological survey.

ТРЕБОВАНИЯ

к публикациям в журнале «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья»

1. Для публикации принимаются статьи на казахском, русском и английском языках.
2. В Журнале освещаются вопросы общественного здоровья и здравоохранения, управления, организации медицинской помощи, профилактики, сохранения и укрепления здоровья населения, формирования здорового образа жизни.
3. Публикации платные. Стоимость статьи не более 3-х страниц – 4 тыс. тенге, каждая следующая страница – 800 тенге.
4. Объем статьи: научная статья – 5-10 стр.; случай из практики – 3-4 стр.; обзорная статья, лекция – не более 12 стр.
5. Формат статьи – А4; текст должен быть набран на компьютере в программе MS Word с использованием шрифта Times New Roman, 14 шрифт, полуторный межстрочный интервал, поля: верхнее и нижнее – 2 см, левое – 3 см, правое – 1,5 см. Перенос слов не делать.
6. Сокращения в тексте работ, кроме общепринятых, расшифровываются при первом упоминании или даются отдельным списком.
7. Статья должна сопровождаться рецензией с заключением о возможности публикации в открытой печати.
8. В редакцию необходимо предоставить электронную версию статьи (USB-накопитель или на диске) или по e-mail (указ. ниже), а также на бумажном носителе с подписью автора.

ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЬИ

1. В левом верхнем углу индекс УДК.
2. Сведения об авторе (авторах): инициалы и фамилия автора, ученое звание, степень (прописными буквами); место работы (наименование организации без сокращений); город, страна (курсив).
3. Название статьи (прописными буквами) на русском, казахском, английском языках.
4. Аннотация на трех языках: русский, казахский, английский. Аннотация – краткая характеристика документа с точки зрения его назначения, содержания, вида, формы и других особенностей.
5. Ключевые слова (от 3 до 6) – это определенные слова из текста, по которым может вестись оценка и поиск статьи. В качестве ключевых слов могут использоваться термины из: названия статьи, аннотации к статье, вступительной и заключительной части текста статьи.
6. Текст публикуемой статьи, состоящий из разделов: актуальность, цель исследования, материал и методы, результаты и их обсуждение, выводы.

В разделе «Введение» описывается состояние изучаемой проблемы и её актуальность. Указывается цель исследования.

В разделе «Материал и методы» укажите использованные методики, аппаратуру (с уточнением названия и адреса фирмы-производителя) и процедуры настолько подробно, насколько это необходимо, чтобы другие исследователи могли воспроизвести полученные результаты. Все используемые лекарственные препараты и химические вещества, включая названия дженериков, дозы и пути введения, должны быть чётко указаны. Авторы обзорных статей должны включать раздел, описывающий методы, которые были использованы при поиске, отборе, выделении и обобщении данных. Эти методы также должны быть вкратце описаны в резюме.

Раздел «Результаты» должен быть представлен в логической последовательности, в виде текста, таблиц и иллюстраций. В первую очередь следует описывать наиболее важные результаты. При обобщении данных в разделе «Результаты» следует представлять численную информацию не только в виде производных (например, процентов), но также в виде абсолютных значений, на основании которых были рассчитаны эти производные. Кроме того, необходимо указать статистические методы,

использованные для анализа данных. Число таблиц и рисунков должно быть ограничено, с включением лишь тех, которые необходимы для объяснения основной идеи статьи и оценки подтверждающих данных. Графики следует использовать как альтернативу чрезмерно объемным таблицам; при этом не должно быть дублирования данных в графиках и таблицах. В таблицах и рисунках не должно быть разночтений в обозначении символов, знаков. Фотографии таблиц не принимаются. Каждая таблица должна иметь краткий заголовок, № колонок таблиц и подзаголовков. Рисунки и диаграммы должны быть представлены в виде контрастных изображений. Ссылки, представленные только в таблицах или подписях под рисунками, должны быть пронумерованы в последовательности, соответствующей первому упоминанию в тексте определённой таблицы или рисунка. Названия таблиц приводятся сверху, а подписи к рисункам – снизу. Рисунки должны быть доступны для редактирования. При использовании фотографий с изображением пациентов их личность не должна быть узнаваема.

Раздел «Обсуждение»: особое внимание необходимо уделять новым и важным аспектам исследования и следующим из них выводам.

Необходимо сопоставить выводы с целями исследования, избегая недостаточно подтверждённых фактами заявлений и выводов. В частности, следует избегать утверждений об экономической выгоде, если только статья не содержит соответствующие экономические данные и их анализ. Не стоит заявлять о первостепенной значимости исследования или ссылаться на работу, которая полностью не закончена.

7. Список литературы оформляется в соответствии с ГОСТом 7.1-2003 и составляется на языке оригинала. Библиографические ссылки в тексте, таблицах и подписях к иллюстрациям нумеруются в порядке упоминания арабскими цифрами в [] скобках. Список должен включать только те публикации, которые указаны в тексте.

Образец:

Для книг: Фамилии и инициалы авторов. Заглавие. — Сведения о повторности издания. — Место издания: Издательство, Год издания. — Количество страниц.

Для статей из журналов: Фамилии и инициалы авторов. Название статьи //Заглавие издания. — Год издания. — Том, Номер. — Страницы.

Для сборников трудов: Фамилии и инициалы авторов. Название статьи //Заглавие издания: Вид издания. — Место, год издания. — Страницы.

Для материалов конференций: Фамилии и инициалы авторов. Название статьи //Вид издания. Место, Год издания. — Страницы.

Для авторефератов: Фамилия и инициалы автора. Заглавие: автореф. ... канд. мед. наук: шифр. — Место: Издательство, Год издания. — Страницы.

Иностранная литература оформляется по тем же правилам.

8. Резюме. В статье обязательно должно быть представлено резюме, раскрывающее содержание статьи высылать на русском языке, перевод на казахский и английский языки производится в редакции.

В конце статьи необходимо указать сведения обо всех авторах: фамилия, имя, отчество, ученая степень, полное название организации, ее адрес с индексом, телефон, факс, адрес электронной почты.

Статья подписывается лично автором (авторами) как свидетельство полной аутентичности данных материала, ответственности автора (авторов) за содержание статьи.

Статьи, оформление которых не соответствует указанным требованиям, к публикациям не принимаются. Редакция оставляет за собой право сокращать статьи и вносить поправки.

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН, 050010, Г. АЛМАТЫ, УЛ. КУНАЕВА, 86, УГ. УЛ.
ТОЛЕ БИ, 3 ЭТАЖ, НЦПФЗОЖ МЗСР РК, ТЕЛ.: 8 (727) 291-20-81

БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ (оплата за статьи):

ИИК № KZ616010131000121747

РНН 600500055870

БИК HSBKKZKX

АОФ НАРОДНЫЙ БАНК КАЗАХСТАНА

КБЕ 16 КНП 859

БИН 930840000646

ПРИМЕР ОФОРМЛЕНИЯ

УДК 616.65-002-007.61

**Новые подходы в консервативной терапии доброкачественной гиперплазии
предстательной железы**

Ф.И.О. – д.м.н., профессор, Ф.И.О. – к.м.н., доцент

Место работы

Аннотация

В статье представлены результаты лечения 30 мужчин препаратом «дуодарт», которые показывают, что применение вышеуказанного препарата является достаточно эффективным и снижает риск оперативных вмешательств у мужчин с ДГПЖ.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, объем простаты, международная шкала симптомов предстательной железы, объем остаточной мочи.

Текст статьи

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) продолжает оставаться одной из основных проблем современной урологии. Прежде всего, это связано с высокой распространенностью данного заболевания: среди мужчин в возрасте 60 лет она составляет 60% и среди пациентов 80 лет и старше – 80% [1].

Литература:

1. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Локшин К.Л., Спивак Л.Г. Выбор метода лечения больных гиперплазией предстательной железы. Методические рекомендации. – Кострома, 2005. – 132 с.
2. Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Под ред. Н.А. Лопаткина, Москва, 1999. – 78 с.
3. Girman C.J., Chute C.G., Panser L.A., et al. The prevalence of prostatism: a population-based survey of urinary symptoms // J. Urol. 1993. 150. P. 85-9.

Түйін

Перевод: Новые подходы в консервативной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Ф.И.О. – д.м.н., профессор, Ф.И.О. – к.м.н., доцент

Место работы

Түйін сөздер: _____

Summary

Перевод: Новые подходы в консервативной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Ф.И.О. – д.м.н., профессор, Ф.И.О. – к.м.н., доцент

Место работы

Keywords: _____

[illegible]

[illegible]

[illegible]



Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі
Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығы
Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы

АУРУЛАРДЫ БАСҚАРУ БАҒДАРЛАМАСЫ

Қазақстанда Ауруларды Басқару Бағдарламасы енгізілуде. Бұл бағдарлама созылмалы ауруларды басқаруды жақсартуға және **ауруларды басқару мен өлім-жітім санын төмендетуге**, артериялық гипертензия, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі мен қант диабеті секілді созылмалы аурулары бар тұлғалардың өмір сапасын жақсартуға бағытталған.

Созылмалы жұқпалы емес аурулар – ұзаққа созылатын аурулар. **Дегенмен, егер денсаулығыңызды қолыңызға алып, ауруды басқара алсаңыз қанағаттанарлықтай өмір сүре аласыз.**

АУРУЛАРДЫ БАСҚАРУ БАҒДАРЛАМАСЫН ЕНГІЗУ КЕЛЕСІ КЕЗЕҢДЕРДЕН ТҰРАДЫ:

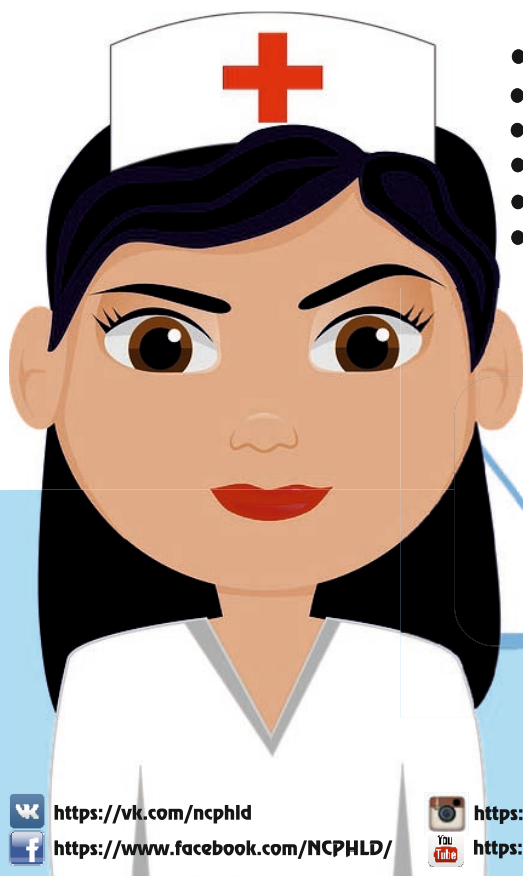
2013 жылдан бастап -
Солтүстік-Қазақстан
және Павлодар
облыстарында

2016 жылдан бастап -
Астана, Алматы
қалаларында, Батыс-
Қазақстан, Қарағанды,
Қостанай
облыстарында

2017- 2018 жылдары -
Республика бойынша

2019 жылдан бастап -
Республика бойынша
қосымша екі ауру түрі
қосылады

Ауруларды Басқару Бағдарламасының басты элементі - созылмалы аурумен ауратын хабардар, белсенді адамның емхананың бейінді маманымен, яғни мультитертіпті команда мүшесімен тиімді өзара әрекеті:



- Жалпы тәжірибе дәрігері/учаскелік терапевт
- Кардиолог/эндокринолог
- Участкелік мейірбике
- Әлеуметтік қызметкер
- Психолог
- Салауатты өмір салты маманы



<https://vk.com/ncphld>



<https://www.facebook.com/NCPHLD/>



https://www.instagram.com/be_healthy_kz/



<https://www.youtube.com/channel/UC0lfZqp4fuCEuHOvUBIFZVg>

WWW.HLS.KZ



Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни
Республиканский научно - практический центр психического здоровья

Управление стрессом



Не стоит бояться стресса - стрессом надо управлять



<https://vk.com/ncphld>



<https://www.facebook.com/NCPHLD/>



https://www.instagram.com/be_healthy_kz/



<https://www.youtube.com/channel/UColfZqp4fuCEuHOvUBIFZVg>

WWW.HLS.KZ