



ҚР ДСМ Қоғамдық денсаулық
сақтау ұлттық орталығы
Национальный центр общественного
здравоохранения МЗ РК
National Center for Public Health of the
Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

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

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

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

Қазақстанда COVID-19-ға қарсы екпені қайталап егу. Нені білу керек?



Екпені қайталап салу үшін вакцинаның 1 дозасы пайдаланылатын болады.

Екпенің толық курсын алғаннан кейін 6-9 айдан соң қосымша дозаны салу ұсынылады.



векторлық вакциналармен вакциналанған адамдарға белсенділігі жойылған немесе мРНҚ вакциналар 9 айдан кейін қайталап егіледі



белсенділігі жойылған вакциналармен вакциналанған адамдарға векторлық немесе мРНҚ вакциналар 6 айдан кейін қайталап егіледі



сондай-ақ, екпені қайталап егу кезінде ұқсас вакциналарды пайдалануға жол беріледі

Қазақстанда екпені қайталап егу
2021 жылдың 22 қарашасында
басталды.



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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2223-2931

Издается с 2002 г.

№ 3, 4. 2021 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.

Главный редактор:

Аскаров К.К.

Зам. главного редактора:

д.б.н., профессор Имашева Б.С.

Редакционный совет:

Академик Шарманов Т.Ш. (Казахстан)

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

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

Адъюнкт-профессор Massimo Pignatelli (Казахстан)

PhD Antonio Sarria-Santamera (Казахстан)

Malcom A. Moore (Корея)

PhD Breda J. (Москва)

Журнал сверстан и отпечатан в типографии
НЦОЗ МЗ РК

Адрес редакции:

г. Алматы, ул. Кунаева, 86

www.hls.kz

zhurnal.ncoz@hls.kz

Заказ № 82. Тираж 300 экз.

МАЗМҰНЫ

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ

Аскаров К.А., Токбергенов Е.Т., Тлеубергенов Ж.

Қазақстандағы еңбек медицинасының жағдайы..... 7

Акимбаева А.А., Адаева А.А., Сулейманова Н.А., Абдрахманова Ш.З., Слажнева Т.И., Калмакова Ж.А., Жуманова М.

2021 жылы Ұлттық отбасы күніне орайластырылған «Дені сау отбасы - салауатты ел» Ұлттық бағдарламасы шеңберіндегі іс-шараларды талдау..... 12

Амирсеитова Ф.Т., Мусина А.А., Сулейменова Р.К., Аманова А.Д., Жунисали Н.К.

Жеке тұлғаның психологиялық тұрақтылығы кәсіби қажуды жеңудің факторы ретінде 20

Имашева Б.С., Аскаров А.М., Имашев М.С., Терликбаева Г.С.

Қашықтықтан оқыту кезеңінде Қазақстанда оқушылардың COVID-19 ауруына шалдығуы 29

ЖҰҚПАЛЫ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН-АЛУ

Токбергенов Е.Т., Аскаров К.А.

Жаһандық климаттың өзгеруінің Қазақстан Республикасы халқының денсаулығына әсері (шолу мақаласы) 35

Абдрахманова Ш.З., Адаева А.А., Слажнева Т.И., Акимбаева А.А., Сулейманова Н.А., Жуманова М.

Қазақстан Республикасындағы тамақ өнімдері мен сусындардың балаларға бағытталған телевизиялық жарнамасының сипаттамасы 40

ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУЛАР, АИТВ/АИТС, АЛКОГОЛИЗМ, ТЕМЕКІ ТАРТУ ЖӘНЕ НАШАҚОРЛЫҚ ПРОФИЛАКТИКАСЫ

Текебаев Қ.Ө., Бекенов Ж.Е.

Қауіпсіз инъекциялар және медициналық көмек көрсетуге байланысты инфекциялардың алдын алу-дағы рөлі 51

Адаева А.А., Абдрахманова Ш.З., Слажнева Т.И., Акимбаева А.А., Сулейманова Н.А.

Қазақстанның ересек тұрғындары арасында электрондық темекілерді тұтынудың таралуы..... 58

РЕПРОДУКТИВТІ ДЕНСАУЛЫҚ. АНАНЫ ЖӘНЕ БАЛАНЫ ҚОРҒАУ

Жунисали Н.К., Мусина А.А., Сулейменова Р.К., Амирсеитова Ф.Т.

Жасөспірімдер арасындағы интернет-тәуелділік (шолу мақаласы)..... 66

Калмакова Ж.А., Назарова С.А., Раисова К.А.

Қазақстан Республикасындағы салауатты өмір салтын қалыптастырудағы жастар денсаулық орталықтарының рөлі..... 72

ГИГИЕНА ЖӘНЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Мұқашева К.М., Мусина А.А., Рымбаева З.С., Белгібекова К.М.

Қазақстан Республикасында медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекцияның эпидемиологиялық сипаттамасы 82

Мусина А.А., Сулейменова Р.К., Исмаилова А.А., Амирсеитова Ф.Т., Маликова Д.

«Қазақстан-Теміржолы» компанияның негізгі және қосалқы кәсіптері қызметкерлерінің денсаулық жағдайы..... 87

ПРАКТИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ

Адилова М.Т.

Стоматологиялық қызмет сапасын әлеуметтік бағалау 93

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Аскарров К.А., Токбергенов Е.Т., Тлеубергенов Ж.	
Состояние медицины труда Казахстана.....	7
Акимбаева А.А., Адаева А.А., Сулейманова Н.А., Абдрахманова Ш.З., Слажнева Т.И., Калмакова Ж.А., Жуманова М.	
Анализ мероприятий в рамках Национальной программы «Здоровая семья - здоровая страна», приуроченной к Национальному дню семьи, 2021 год	12
Амирсеитова Ф.Т., Мусина А.А., Сулейменова Р.К., Аманова А.Д., Жунисали Н.К.	
Психологическая устойчивость личности как фактор преодоления профессиональных стрессов ..	20
Имашева Б.С., Аскарров А.М., Имашев М.С., Терликбаева Г.С.	
Заболеваемость школьников COVID-19 в Казахстане в период дистанционного обучения	29

ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Токбергенов Е.Т., Аскарров К.А.	
Влияние глобального изменения климата на здоровье населения Республики Казахстан (обзорная статья).....	35
Абдрахманова Ш.З., Адаева А.А., Слажнева Т.И., Акимбаева А.А., Сулейманова Н.А., Жуманова М.	
Характеристика ориентированной на детей телевизионной рекламы продуктов питания и напитков в Республике Казахстан	40

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, АЛКОГОЛИЗМА, ТАБАКОКУРЕНИЯ И НАРКОМАНИИ

Текебаев К.О., Бекенов Ж.Е.	
Безопасные инъекции и их роль в профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.....	51
Адаева А.А., Абдрахманова Ш.З., Слажнева Т.И., Акимбаева А.А., Сулейманова Н.А.	
Распространенность потребления электронных сигарет среди взрослого населения Казахстана ...	58

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ. ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Жунисали Н.К., Мусина А.А., Сулейменова Р.К., Амирсеитова Ф.Т.	
Интернет-зависимость у подростков (обзорная статья).....	66
Калмакова Ж.А., Назарова С.А., Раисова К.А.	
Роль молодежных центров здоровья в формировании здорового образа жизни молодежи в Республике Казахстан	72

ГИГИЕНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

К.М.Мукашева, А.А.Мусина, З.С.Рымбаева, К.М.Белгибекова	
Эпидемиологическая характеристика инфекции, связанных с оказанием медицинской помощи в Республике Казахстан	82
Мусина А.А., Сулейменова Р.К., Исмаилова А.А., Амирсеитова Ф.Т., Маликова Д.	
Состояние здоровья работников основных и вспомогательных профессий компании «Казахстан-Теміржолы»	87

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Адилова М.Т.	
Социальная оценка качества стоматологических услуг	93

CONTENT

PUBLIC HEALTH

Askarov K., Tokbergenov E., Tleubergenov J.

The state of occupational medicine in Kazakhstan..... 7

Akimbayeva A. A., Adayeva A. A., Suleimanova N.A., Abdrakhmanova Sh. Z., Slazhnyova T. I., Kalmakova Zh.A., Zhumanova M.

Analysis of activities within the framework of “Healthy Family - healthy country” National program dedicated to the National family day, 2021 12

Amirseitova F.T., Musina A.A., Suleimenova R.K., Amanova A.D., Zhunisali N.K.

Psychological stability of personality as a factor of overcoming professional stresses 20

Imasheva B.S., Askarov A.M., Imashev M.S., Terlikbaeva G.S.

The incidence of COVID-19 schoolchildren in Kazakhstan during distance learning..... 29

NONCOMMUNICABLE DISEASE PREVENTION

Tokbergenov E., Askarov K.

Impact of global climate change on the health of the population of the Republic of Kazakhstan (review article) 35

Abdrakhmanova Sh. Z., Adayeva A. A., Slazhnyova T. I., Akimbayeva A. A., Suleimanova N. A., Zhumanova M.

Characteristics of TV food and beverages marketing to children in the Republic of Kazakhstan 40

PREVENTION OF INFECTIOUS DISEASES, HIV / AIDS, ALCOHOLISM TOBACCO USE AND DRUG ADDICTION

Tekebaev K.O., Bekenov J.E.

Safe injections and their role in the prevention of infections related to the provision of medical care..... 51

Adayeva A.A., Abdrakhmanova Sh. Z., Slazhnyova T. I., Akimbayeva A. A., Suleimanova N. A.

Prevalence of e-cigarette use among the adult population of Kazakhstan..... 58

REPRODUCTIVE HEALTH. MATERNAL AND CHILD HEALTH

Junisali N.K., A.A. Musina A.A., Suleimenova R.K., Amirseitova F.T.

Internet addiction in adolescents (review article) 66

Kalmakova Z.A., Nazarova S. A., Raisova K.A.

The role of youth health centers in formation of a healthy lifestyle of youth in the Republic of Kazakhstan..... 72

HYGIENE AND EPIDEMIOLOGY

Mukasheva K., Mussina A., Rymbaeva Z., Belgibekova K.

Epidemiological characteristics of infection related to the provision of medical care In the Republic of Kazakhstan..... 82

Musina A.A., Suleimenova R.K., Ismailova A.A., Amirseitova F.T., Malikova D.

Health status of employees of the main and auxiliary professions of the «Kazakhstan-Temirzholy» company 87

PRACTICAL HEALTH CARE

M.T. Adilova

Social assessment of the quality of dental services 93

**ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
PUBLIC HEALTH**

УДК 613.62:6/027-069 – 614.258

**ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ЕҢБЕК МЕДИЦИНАСЫНЫҢ ЖАҒДАЙЫ
(шолу мақаласы)****Қ.А. Асқаров¹, Е.Т. Токбергенов¹, Ж. Тлеубергенов²**¹ ҚР ДСМ «Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы» ШЖҚ РМК² «Нұр-Сұлтан қаласының Қоғамдық денсаулық сақтау басқармасы» ММ
kuandyk103@mail.ru, azpp60@mail.ru, astanaprofzh@mail.ru**ТҮЙІНДЕМЕ**

Қазақстан Республикасында денсаулық сақтауды реформалау жағдайындағы кәсіби патологиялық қызметтің жағдайы. Кәсіби сырқаттанушылықтың талдау және олардың пайда болу факторларының себеп-салдарлық байланысы ұсынылды: алдын-алу шараларының тиімсіздігі, өнеркәсіптік кәсіпорындарда зиянды өндірістік факторларды төмендету бойынша заманауи технологиялар мен іс-шараларды енгізудің

болмауы. Республика бойынша өнеркәсіптік кәсіпорындарда жұмыс орындарының санитариялық-гигиеналық нормативтерге сәйкес келмеуі, кәсіптік еңбекке қабілеттілігін айыра отырып, кәсіптік патологиялардың асқынған сырқаттанушылық үлесінің ұлғаюы мен жоғары кәсіптік сырқаттанушылықтың сақталуы.

Түйін сөздер: еңбек медицинасы, жұмысшы халық, кәсіби сырқаттанушылық, зиянды еңбек жағдайлары.

**СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНЫ ТРУДА КАЗАХСТАНА
(обзорная статья)****Қ.А. Асқаров¹, Е.Т. Токбергенов¹, Ж. Тлеубергенов²**¹ РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» МЗ РК² ГУ «Управление общественного здравоохранения города Нур-Султан»
kuandyk103@mail.ru, azpp60@mail.ru, astanaprofzh@mail.ru**РЕЗЮМЕ**

Состояние профпатологической службы в условиях реформирования здравоохранения в Республике Казахстан. Представлен анализ профессиональной заболеваемости и причинно-следственные связи факторов их возникновения: неэффективность профилактической работы, отсутствия внедрения современной технологии и мероприятий по снижению вредных производственных факторов на промышленных

предприятиях. По республике на промышленных предприятиях сохраняются несоответствие рабочих мест к санитарно-гигиеническим нормативам, высокая профессиональная заболеваемость с увеличением доли осложненных форм профессиональных патологий с утратой профессиональной трудоспособности.

Ключевые слова: медицина труда, работающее население, профессиональная заболеваемость, вредные условия труда.

THE STATE OF OCCUPATIONAL MEDICINE IN KAZAKHSTAN

(review article)

K. Askarov¹, E. Tokbergenov¹, J. Tleubergenov²

¹ RSE on REM «National center for public health» of the Ministry of health of the Republic of Kazakhstan

² SI «Public Health Department of Nur-Sultan City»

kuandyk103@mail.ru, azpp60@mail.ru, astanaprofzh@mail.ru

SUMMARY

The state of the occupational pathology service in the conditions of healthcare reform in the Republic of Kazakhstan. The analysis of occupational morbidity and causal relationships of the factors of their occurrence is presented: inefficiency of preventive work, reduction of repair work and lack of introduction of modern technology and measures to reduce harmful production factors at industrial

enterprises. In the republic, industrial enterprises continue to have non-compliance of workplaces with sanitary and hygienic standards, high occupational morbidity with an increase in the proportion of complicated forms of occupational pathologies with loss of professional ability to work.

Key words: occupational medicine, working population, occupational morbidity, harmful working conditions.

Социально-экономические преобразования, проведенные в Республике Казахстан в годы независимости, привели к реформированию многих отраслей, в том числе и здравоохранения. В результате была реорганизована профпатологическая служба страны, а именно процессы сохранения и укрепления здоровья работающего контингента в различных отраслях экономики. В настоящее время в Республике для обслуживания работающего контингента созданы медицинские службы в составе промышленных предприятий (ведомственные), также в этом процессе активно участвуют частные медицинские организации. Однако, в указанных медицинских организациях уровень медико-социального и санитарного обеспечения работающих не отвечает современным требованиям. В медицинском обслуживании работающего населения отсутствуют системный и этапный подходы, что привело к снижению уровня профессионального здоровья.

Анализ причинно-следственной связи профессиональной заболеваемости показал, что из-за неэффективности профилактической работы, сокращения ремонтных работ и отсутствия внедрения современной технологии на промышленных предприятиях, мероприятия по снижению вредных производственных факторов остаются неудовлетворительными. Так, по республике на большинстве промышленных предприятий

сохраняется несоответствие рабочих мест к санитарно-гигиеническим нормативам, наблюдается высокая профессиональная заболеваемость с увеличением доли осложненных форм профессиональных патологий с утратой профессиональной трудоспособности. Например, за 9 месяцев 2021 года показатель профессиональной заболеваемости на 10 тысяч работающих во вредных условиях труда составил 4,2 против 1,9 за соответствующий период прошлого года (2,2 в 2019 г.) [1], для сравнения данный показатель по Российской Федерации в среднем составляет 2,0-2,5 [2]. А общее число хронической профессиональной патологий с утратой трудоспособности составляет 135 случая против 107 за 9 месяцев в 2021 года (96 в 2019 г.) [1,3].

Изучение причин и обстоятельств, приводящих к возникновению профессиональных заболеваний в РК, показало, что 95,7% занимает несовершенство технологических процессов, конструктивные недостатки машин, механизмов, оборудования и несовершенство санитарно-технических установок. Результаты оценки интенсивности вредных производственных факторов на рабочих местах в 2020 году показали, что превышение предельно допустимых концентрации до 2 раз имеет место в 173 случаях, от 3 до 5 раз имеет место в 25 случаях и свыше 10 раз в 33 случаях установления пер-

вичного диагноза связи заболевания с профессией [1,3,4].

Статистические данные по профессиональной заболеваемости показали, что в 2020 году по республике данный показатель на 10 тысяч работающих увеличился в 2,7 раза. Ведущими факторами в возникновении профессиональной патологии явились несовершенство технологических процессов, конструктивные недостатки машин и механизмов. В структуре нозологических форм увеличивается доля осложненных форм профессиональных патологий с утратой профессиональной трудоспособности [3,4,5]. Из общего числа больных за 2018-2020 годы – у 804 (79,1%) установлена утрата профессиональной трудоспособности, в 213 (20,9%) случаях профессиональная трудоспособность была сохранена. Среди больных наибольший удельный вес по возрасту составил лица старше 50 лет – 49,2%; у лиц от 40 до 50 лет – 37,0%, от 30 до 40 лет – 13,3%, от 20 до 30 лет – 4,5%. По стажу: стаж работы свыше 20 лет занимает удельный вес – 52,9%, от 15 до 20 лет – 28,0%, от 10 до 15 лет – 12,8%, от 5 до 10 лет – 5,0%, до 5 лет – 1,1% [1,3,4].

В соответствии с Глобальным Планом действий по здоровью работающих на 2008-2017 годы, принятым на 60-й сессии Всемирной Ассамблеи ВОЗ [6], проблема охраны здоровья рабочего населения приобретает особую активность и требует соответствующей разработки национальных проектов, внесения необходимых поправок в законодательные документы по охране здоровья работающих, а также принятие государственных подходов в решении этой важной проблемы. За решение указанных проблемных вопросов в республике полную ответственность нес Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний Министерства здравоохранения Республика Казахстан, организованный в 2002 году в Караганде. Центр функционировавший в составе: головного (Караганда) и его филиалы, в городах Усть-Каменогорск, Шымкент и Актобе, оказывали практическую, организационно-методическую и лечебно-диагностическую помощь по вопросам профессиональной патологии в курируемых регионах.

В соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан № 646 от 16

октября 2018 года о создании некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Караганды», Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗ РК был реорганизован и передан в состав Клиники «Медицинского университета Караганды», которая за прошлый год превратилась в отделение на несколько коек. Тем самым, весь Казахстан, лишился единственного центра практического здравоохранения и научно-исследовательского подразделения, которая на республиканском уровне курировала вопросы охраны здоровья работающего населения, занималась проблемами медицины труда и профессиональной патологии.

Известно, что по данным Международной организации труда (МОТ, 1998) задачами медицины труда являются: профилактика, укрепление здоровья, лечение, оказание первой помощи, реабилитация и компенсация при необходимости, а также меры для скорого восстановления и возвращения к работе [7]. На современном этапе по действующим нормативно-правовым актам уполномоченного органа, в нашей стране первичное звено медицинского обслуживания работающего населения отсутствует. А количество работающих во вредных и опасных условиях труда, по данным уполномоченного органа по статистике, из 1,6 млн работников, обследованных в 2020 году предприятий Казахстана, 367 тыс., или каждый четвертый (22%), были заняты во вредных и опасных условиях труда – «очень малая часть работающих» [1,3]. А если взять во внимание то, что в различных отраслях экономики, так или иначе имеющих контакт с профессиональными вредностями, которые не входят вышеуказанную статистику (медицинские работники, которые имеют профессиональный контакт с КВИ, работники среднего и малого бизнеса, которые имеют профессиональный контакт с «химией»), то это цифра увеличиться в десятки раз и работающих во вредных и опасных условиях труда в Казахстане с легкостью превысит 8 миллионов человек.

Республика Казахстан является членом Всемирной торговой организации, но Международные стандарты, конвенции МОТ, решения Ассамблей ВОЗ об организации службы медицина

труда (профилактики профзаболеваний) в государствах, являющихся членами ВОЗ и МОТ, для медико-санитарного обеспечения работающих контингентов в настоящее время выполняются ограниченно. А именно ратифицированы Конвенции МОТ (№ 148 «О защите трудящихся от профессионального риска, вызываемого загрязнением воздуха, шумом и вибрацией на рабочих местах», № 155 «О безопасности и гигиене труда и производственной среде», № 167 «О безопасности и гигиене труда в строительстве», № 187 «Конвенция об основах, содействующих безопасности и гигиене труда») [7,8,9].

В настоящее время вся работающая часть населения, прикрепляется к территориальным амбулаторно-поликлиническим учреждениям, где зачастую отсутствует врач-профпатолог (не предусмотрен штатом). Среди них есть, определенная доля лиц, работающих в относительно неблагоприятных условиях труда (условно допущенных). Доказано, что длительная работа в этих условиях оказывает существенное влияние на состояние организма работников за счет тяжести и напряженности труда. Даже безопасные (допустимые) уровни показателей производственной среды и трудового процесса (тяжести и напряженности) не могут в полной мере исключить функционального перенапряжения организма работников.

К этой категории относится большая группа работников бюджетной сферы с высокой напряженностью в трудовом процессе, подвергающихся к профессиональному стрессу: работники госслужбы, работники правоохранительной, судебной системы, работники охранной структуры, работники экстренных служб (пожарники, спасатели), врачи, учителя, работающие с ПК, строители, работники технического обслуживания, автозаправочных станций, электрики, энергетики, работники сельхозпредприятий, работники бытовых услуг и сервиса, водители, ремонтники автодорог и многие другие.

Кто им оказывают медицинскую помощь? На стадии первичной медико-санитарной помощи им оказывают медицинскую помощь: участковые врачи, врачи ВОП и врачи узких специальностей по месту их прикрепления. На этом этапе профпатологи по штату не предусмотрены, хотя

социальные работники и психологи появились. Как правило, вышеперечисленные врачи знанием и практическим умением в области охраны здоровья работающих, сохранения профессионального здоровья и методологией профилактики и раннего распознавания профессиональных, производственно-обусловленных и экологических заболеваний не владеют.

В рамках реализации стратегического плана развития здравоохранения в сохранении и укреплении здоровья населения в Республике Казахстан необходимо также устранить пробелы в подготовке врачей до дипломного уровня. К примеру, врачи ВОП, терапевты и врачи узких специальностей должны быть подготовлены по вопросам медицины труда (профессиональной патологии). Однако, в программе подготовки указанных врачей до дипломных и последипломных уровней вопросы, посвященные медицине труда и охране здоровья работающего населения, в том числе диагностика, профилактика, медико-социальной экспертизе профессиональной, производственно-обусловленной и экологической патологий полностью отсутствуют. К сожалению, в медицинских вузах Республики профессиональную, производственно-обусловленную и экологическую патологию до дипломного уровня не преподают и интернатуры по профессиональной патологии не предусмотрена.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании вышеизложенного, для улучшения охраны здоровья работающего населения в стране, следует необходимо совершенствовать службу по охране здоровья трудоспособного населения с учетом международных норм и требований, а также следует пересмотреть программу подготовки научно-педагогических и врачебных кадров, принимающих участие в сохранении профессионального здоровья и долголетия.

При этом подлежат решению следующие вопросы:

1. Совершенствование организации медико-санитарного обеспечения работающего населения на первичном этапе оказания профилактической помощи с проведением корректировки в нормативной базе, регулирующей кадровые вопросы медицина труда (профессиональной патологии);

2. Предусмотреть возможности внедрения рациональные формы медицинского обслуживания работающих лиц, рекомендованной ВОЗ и МОТ, адаптированной для республики в условиях обязательного медицинского страхования;

3. Совершенствование подготовки врачей-профпатологов и специалистов высшего и среднего звена по оказанию медицинской помощи работающему населению на этапах первичной медико-санитарной помощи с обеспечением их полноценной теоретической и практической профессиональной компетентности, преемственности в процессе обучения по профессиональной и экологической патологии на до и последипломном уровне;

С целью эффективного управления и совершенствования системы медико-социального обеспечения работающего населения в республике необходимо направить все усилия на развитие службы по охране и укрепления здоровья работающих контингентов, для чего; необходимо создать новую модель профпатологической службы или службы медицины труда, взамен существующей, предусмотрев:

1 ступень. Первичная медико-санитарная помощь, городские и районные поликлиники (утверждение штатных единиц врача-профпатолога и медсестры, организация профпатологических кабинетов, обеспеченных квалифицированными врачами-профпатологами);

2 ступень. В областях где имеются медицинские университеты – открытие кафедр (курсов) медицина труда (профессиональные болезни) и экологической патологии, а в университетских клиниках – профпатологические отделения (койки) или дневные стационары. В крупных промышленных городах: Астана, Алматы, Тараз, Шымкент, Костанай, Павлодар, Семей, Актау, Актобе, Атырау, Усть-Каменогорск и Караганда создать центры медицины труда.

3 ступень. Головной координирующий центр по службе медицины труда (профессиональной патологии) и экологических и производственно-обусловленных болезней должен быть организован в столице Республики – Нур-Султане.

ВЫВОДЫ

Таким образом, в рамках реформирования и совершенствования службы медицины труда, основными задачами деятельности медицинских организаций, оказывающих в условиях обязательного медицинского страхования первичную и специализированную помощь, являются:

- профилактика и выявление на ранних стадиях профессиональной, производственно-обусловленной и экологической заболеваемости;
- определение связи заболеваний с факторами окружающей среды, условиями производственной среды и трудового процесса;
- разработка и внедрение стандартов по экспертизе профессиональной пригодности;
- совершенствование стандарта по оказанию профпатологической помощи населению;
- повышение качества и эффективности проводимых обязательных медицинских осмотров работающих, анализ причин и условий, формирующих профессиональных и производственно-обусловленных и экологических заболеваний;
- разработка и внедрение современных методов ранней диагностики, профилактики и реабилитации, рационального трудоустройства профессиональных, производственно-обусловленных и экологических заболеваний;
- сохранение и продление профессиональной трудоспособности и как следствие в целом долголетия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения: Статистические сборники РЦРЗ 2018-2020: <https://www.rcrz.kz/index.php/ru/statistika-zdravookhraneniya-2>.
2. Пиктушанская Т.Е., Шабалкин А.И., Оляда А.М. и др. Организация медицинской помощи работающему населению. // Профессиональное здоровье и трудовое долголетие. Материалы Международной научно-практической конференции. – 2018. С. 119-124.
3. 2019 жылда Қазақстан Республикасы халқының денсаулығы және денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі: Статистикалық жинақ.

4. Информация о состоянии профессиональных заболеваний и отравлений (форма 152) в Республике Казахстан за 9 месяцев 2021 года: <https://www.gov.kz/memleket/entities/press/news/details/rus>

5. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях // Психологический журнал. – 2012. -№13. С. 85-95.

6. Предоставление качественных услуг здравоохранения: обязательное условие всеобщего охвата услугами здравоохранения на мировом уровне. / Всемирная организация здравоохранения. – 2019.: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312003>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

7. Резолюции и решения 60-й сессии Всемир-

ной Ассамблеи здравоохранения Всемирной организации здравоохранения. // Первая специальная сессия / Приложение. – 2007. Женева. Том I, 50 стр.

8. Обзор механизма реализации Декларации 86-й сессии МОТ от 1998 года об основополагающих принципах и правах в сфере труда и механизм ее реализации. // Международная конференция труда, 99-я сессия 2010. Женева. 20 стр.

9. Глобальный доклад VI Основополагающие принципы и права в сфере труда: от добровольных обязательств – к действиям. Международное бюро труда, в соответствии с механизмом реализации Декларации МОТ. // Международная организация труда, 101-я сессия – 2012. Женева. 121 стр.

УДК 37.018.26

2021 ЖЫЛЫ ҰЛТТЫҚ ОТБАСЫ КҮНІНЕ ОРАЙЛАСТЫРЫЛҒАН «ДЕНІ САУ ОТБАСЫ – САЛАУАТТЫ ЕЛ» ҰЛТТЫҚ БАҒДАРЛАМАСЫ ШЕҢБЕРІНДЕГІ ІС- ШАРАЛАРДЫ ТАЛДАУ

А.А. Акимбаева, А.А. Адаева, Н.А. Сулейманова, Ш.З. Абдрахманова, Т.И. Слажнева, Ж.А. Калмакова, М. Жуманова

ҚР ДСМ «Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы» ШЖҚ РМК, Алматы қ.,
Қазақстан

anar_a29@mail.ru, adai-taji@mail.ru, suleimanova72@mail.ru, sh.abdrahmanova@hls.kz,
010845@mail.ru, zh.kalmakova@hls.kz,
morch_kz@mail.ru

ТҮЙІНДЕМЕ

Қоғамдық денсаулық сақтау орталығының ұйымдастырушылық – әдістемелік басшылығымен Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2019 жылғы 26 желтоқсандағы № 982 қаулысымен бекітілген Денсаулық сақтауды дамытудың 2020-2025 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасының іс-шаралар жоспарын тиімді іске асыру шеңберінде Ұлттық 2021 жылғы 10 қыркүйекте республика өңірлерінде Ұлттық Отбасы күніне

орайластырылған «Дені сау отбасы – салауатты ел» ұлттық бағдарламасы іске асырылды. Бұл мақала ҚР – да «Дені сау отбасы – салауатты ел» ұлттық бағдарламасын орындау нәтижелерінің жиынтық талдамалық деректерін ұсынады. Өңірлердің ұсынылған деректеріне сәйкес, есепті кезеңде республикада 8293 іс – шара өткізіліп, 124802 адам қамтылды.

Түйін сөздер: отбасы, денсаулық, ұлттық бағдарлама

АНАЛИЗ МЕРОПРИЯТИЙ В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВАЯ СЕМЬЯ – ЗДОРОВАЯ СТРАНА», ПРИУРОЧЕННОЙ К НАЦИОНАЛЬНОМУ ДНЮ СЕМЬИ, 2021 ГОД

А.А. Акимбаева, А.А. Адаева, Н.А. Сулейманова, Ш.З. Абдрахманова, Т.И. Слажнева, Ж.А. Калмакова, М. Жуманова

**РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» МЗ РК, г. Алматы,
Казахстан**

**anar_a29@mail.ru, adai-taji@mail.ru, suleimanova72@mail.ru, sh.abdrahmanova@hls.kz,
010845@mail.ru, zh.kalmakova@hls.kz, morch_kz@mail.ru**

РЕЗЮМЕ

В рамках эффективной реализации плана мероприятий Государственной программы развития здравоохранения на 2020-2025 годы, утвержденной постановлением Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года № 982, при организационно-методическом руководстве Национального центра общественного здравоохранения 10 сентября 2021 года в регионах республики реализована Национальная программа «Здоровая семья – здоровая страна»,

приуроченная Национальному дню семьи. Данная статья представляет сводные аналитические данные результатов выполнения Национальной программы «Здоровая семья – здоровая страна» в РК. Согласно предоставленным данным регионов, за отчетный период в республике проведено – 8293 мероприятия, с общим охватом – 124802 человека.

Ключевые слова: семья, здоровье, национальная программа

ANALYSIS OF ACTIVITIES WITHIN THE FRAMEWORK OF “HEALTHY FAMILY – HEALTHY COUNTRY” NATIONAL PROGRAM DEDICATED TO THE NATIONAL FAMILY DAY, 2021

**A.A. Akimbayeva, A. A. Adayeva, N. A. Suleimanova, Sh. Z. Abdrakhmanova, T. I. Slazhnyova,
Zh.A. Kalmakova, M. Zhumanova**

National Center of Public health of the Ministry of Health RK

**anar_a29@mail.ru, adai-taji@mail.ru, suleimanova72@mail.ru, sh.abdrahmanova@hls.kz,
010845@mail.ru, zh.kalmakova@hls.kz, morch_kz@mail.ru**

SUMMARY

As part of the effective implementation of the action plan of the State Program for the Development of Healthcare for 2020-2025, approved by the Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan dated December 26, 2019 No. 982, under the organizational and methodological guidance of the National Center for Public Health, “Healthy Family – Healthy Country” National Program was implemented in the regions of the

country on September 10, 2021, dedicated to the National Family Day. This article presents summary analytical data on the results of “Healthy family – healthy country” National Program implementation in the Republic of Kazakhstan. According to the data provided by the regions, 8293 events were held in the republic during the reporting period, with a total coverage of 124,802 people.

Keywords: family, health, national program

ВВЕДЕНИЕ

Стабильность государства, его экономическое развитие в значительной мере зависят от физического и духовного здоровья семьи, отношения государства к ее проблемам, интересам и потребностям. В основе, лежит привлечение общественного внимания к ведению активного образа жизни; формирование приверженности к регулярным занятиям физической активностью

и правильному питанию; повышение уровня информированности населения о последствиях физической инертности и вредных привычек; создание информационного поля для формирования здорового образа жизни среди населения; формирование общественного позитивного мнения в пользу сохранения и укрепления здоровья.

Так, среди факторов, влияющих на семейное благополучие, международные эксперты отме-

тили уровень дохода; место жительства; уровень и качество образования; наличие собственной семьи (родительской); опыт выстраивания отношений с партнером; здоровье; осознанное заключение брака; ответственность за семью; чувство любви; взаимоуважение; забота по отношению к члену семьи; гармония в доме; проведение совместного досуга, совместное времяпровождение; наличие детей; наличие общих целей и другое [1-5].

Казахстан в международном рейтинге субъективного благополучия семьи занимает 50 место из 150 стран мира, в процессах гендерного развития отмечается отрицательная динамика, а по оценке Глобального индекса детского процветания, который проводят Воз и ЮНИСЕФ из 180 стран Казахстан занимает 59 место.

Что такое здоровая семья? Здоровая семья – это семья, в которой присутствует здоровый психологический климат, духовная культура, приверженность к сохранению и укреплению здоровья с детства и до преклонного возраста, социальное и материальное благополучие. Семья – это основное звено, где формируются здоровые привычки и отвергаются вредные.

Для того, чтобы семья была счастливой, имеет влияние множество факторов. Одним из главных факторов является здоровье семьи. На здоровье влияют различные психологические условия, стрессы. Улучшение репродуктивного здоровья населения, их способности к качественному воспроизводству населения является одной из важных стратегических задач здравоохранения как в Республике Казахстан, так и во всем мире.

Главной особенностью 2021 года является то, что в текущем году весь мир продолжает жить в условиях массовой пандемии COVID-19, что, безусловно, не могло не отразиться на казахстанских семьях. Специалисты озабочены возможностью появления «потерянного поколения» детей из-за «долгосрочного воздействия» пандемии на их образование, питание и общее благополучие. Среди проблем, с которыми столкнулась казахстанская семья, эксперты отметили серьезные последствия пандемии коронавируса, что привело к снижению доходов, увеличению числа безработных, получению образования в режиме

онлайн, отсутствию доступа к интернету, отсутствию компьютеров во многих казахстанских семьях и другие. Главная задача сегодня это профилактика пандемии и она играет важнейшую роль в современном развитии страны.

Целью Национальной программы «Здоровая семья – здоровая страна!», которая была реализована в 2021 году, является привлечение внимания общественности, широких масс населения к ведению активного образа жизни в семье, сохранению и укреплению института семьи, формирование установок на здоровый образ жизни на всех этапах жизни, помочь людям делать выбор и принимать решения в пользу здоровья для себя и своей семьи.

Отчет подготовлен на основании информации, представленной Управлениями здравоохранения Акмолинской, Актюбинской, Алматинской, Восточно-Казахстанской, Жамбылской, Карагандинской, Костанайской, Кызылординской, Мангистауской, Павлодарской, Северо-Казахстанской, Туркестанской областей и г.Алматы. Управлениями здравоохранения Западно-Казахстанской, Атырауской областей и гг. Шымкент, Нур-Султан информация не представлена.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основным элементом механизма реализации является совместная деятельность организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, городских и областных управлений здравоохранения и образования на единой методологической основе с практической реализацией данных мероприятий на региональном уровне.

Целевая группа – население РК, в т.ч.

- дети от 3 до 6 лет
- дети от 7 до 10 лет
- дети и подростки от 11 до 14 лет
- подростки от 15 до 17 лет
- молодежь от 18 до 29 лет
- взрослое население от 30 до 64 лет
- взрослое население старше 64 лет

Задачи программы: повышение информированности населения о значимости формирования навыков здоровьесберегающего поведения в семье, профилактике важнейших эпидемических заболеваний; охрана репродуктивного здоровья в течение всей жизни; создание информа-

ционного поля для формирования активного и здорового образа жизни в семье, профилактики болезней и поведенческих факторов риска; формирование общественного позитивного мнения в пользу сохранения и укрепления здоровья среди всех членов семьи, в том числе, положительное отношение к вакцинации; повышение роли института семьи для укрепления здоровья.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На рисунках 1 и 2 представлены количество проведенных в 2021 году мероприятий и охват населения в разрезе регионов.

В текущем году по количеству проведенных мероприятий в рамках программы лидируют Карагандинская (2536 мероприятий) и Туркестанская области (1806 мероприятий). Достаточно высокий показатель и в Жамбылской области (1380 мероприятий). Наименьшее количество мероприятий зафиксировано в Кызылординской, Мангыстауской областях – 35 и 60 мероприятий соответственно. В г. Алматы, Актюбинской и Акмолинской области количество проведенных мероприятий составило менее 200. Среднереспубликанский показатель по количеству проведенных мероприятий составил 638 (рисунок 1).

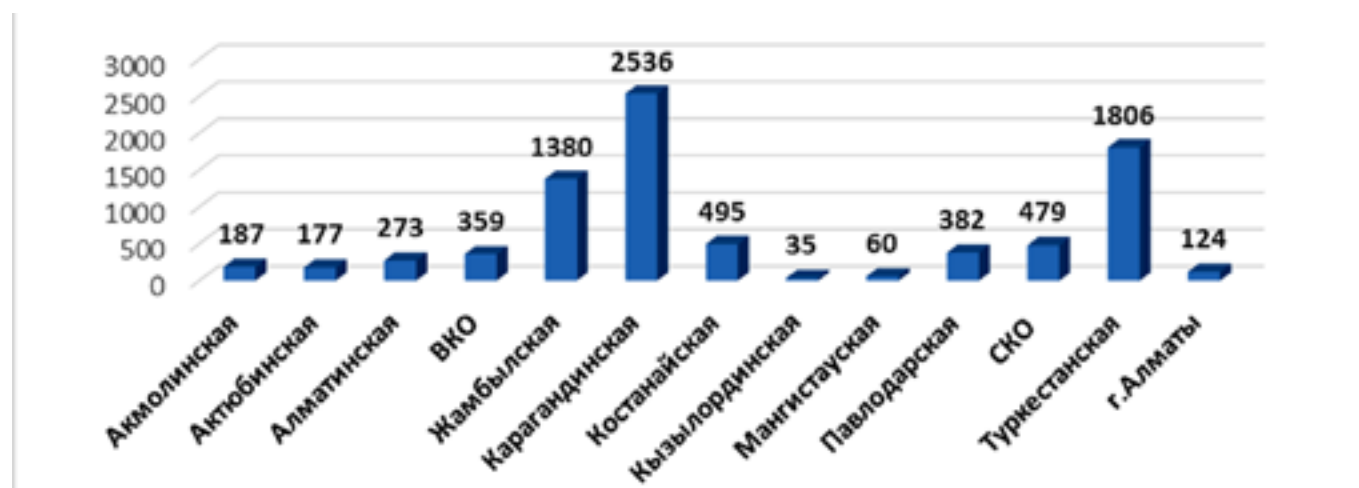


Рисунок 1. Количество мероприятий в разрезе регионов за 2021 год

Высокий охват населения – 34986 человек в Туркестанской области и 26059 человек в Жамбылской (рисунок 2). Наименьший охват населения в Восточно-Казахстанской области – 600 человек, Мангыстауской – 1202 человека, и Кы-

зылординской – 1206 человек. Актюбинская область (1766 человек) также находится среди областей с низким охватом. Среднереспубликанский показатель по охвату населения составил 9600 человек (рисунок 2).

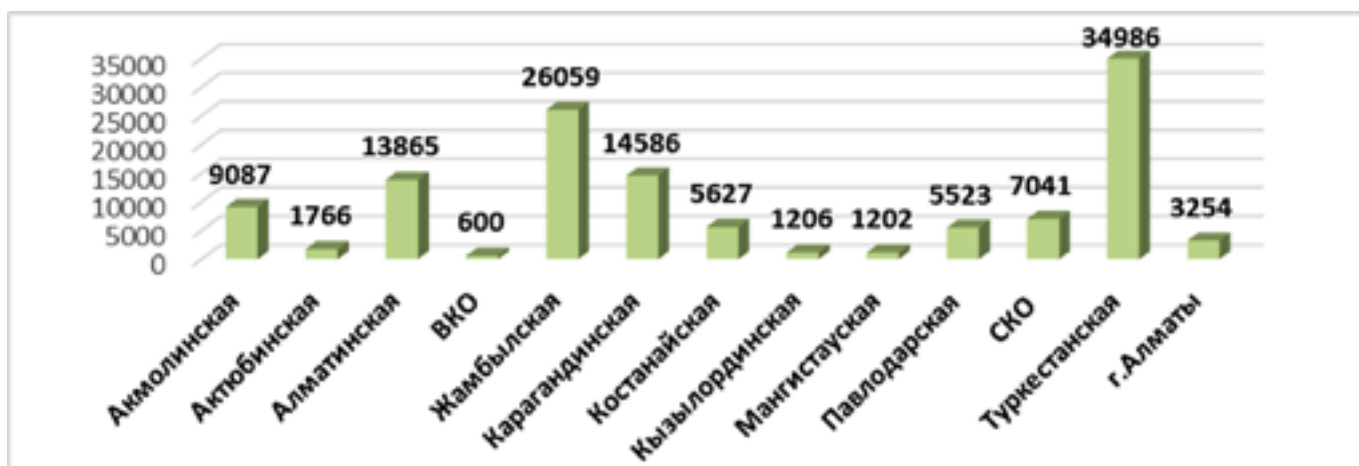


Рисунок 2. Охват населения за 2021 год в разрезе регионов

В целевой группе от 3 до 6 лет в ДДУ, кабинетах здорового ребенка организовано 458 мероприятий, с привлечением 6638 человек, в том числе: 173 тематических занятия (игры, рассказы) с охватом 2605 детей, 51 творческих мероприятий (конкурс рисунков) с участием 714 человек, 32 спортивных мероприятия с охватом 626 человек, 48 родительских собрания с охватом 727 человек, 2 мероприятия в ПМСП с охватом 91 человек и 103 других мероприятия с охватом 977 детей.

В целевой группе от 7 до 10 лет в общеобразовательных учреждениях проведено в офлайн и онлайн формате 893 мероприятия с охватом 22720 человек, в том числе: 50 тематических занятий (сочинения, диктанты) с участием 1203 детей, 241 классных часов с охватом 6452 детей, 152 творческих конкурсов с участием 2364 детей, 22 семинар-тренинга с охватом 410 детей, 201 спортивных мероприятий с охватом 6640 человек и 119 других мероприятий с охватом 1113 человек.

В целевой группе от 11 до 14 лет в общеобразовательных учреждениях проведено в онлайн формате 1658 мероприятий с охватом 28278 человек, в том числе: 42 тематических занятия (сочинения, диктанты) с участием 906 детей, 289 классных часов с охватом 7428 детей, 33 творческих конкурсов с участием 1002 человек, 9 широкомасштабных акций с охватом 192 человека, 259 семинар-тренингов с охватом 4738 человек, 95 спортивных мероприятий с охватом 3753 человека и 350 других мероприятий с привлечением 3690 человек.

В целевой группе от 15 до 17 лет в общеобразовательных учреждениях, средне-специальных учебных заведениях организовано в онлайн и офлайн формате 915 мероприятий с охватом 20642 человека, в том числе: 8 тематических занятий (сочинения, диктанты) с охватом 115 человек, 121 классных и кураторских часов с охватом 4212 человек, 27 творческих мероприятий с охватом 321 человек, 15 широкомасштабных акций с охватом 337 человек, 286 семинаров с охватом 5832 человека, 53 диспутов и дебатов с охватом 842 человека, 41 спортивных мероприятий с охватом 1071 человек и 286 других мероприятий с охватом 3689 человек.

В целевой группе от 18 до 29 лет в средне-специальных и высших учебных заведениях, рабочих коллективах проведено в комбинированной (онлайн и офлайн) форме 1302 мероприятий с привлечением 20478 человек, в том числе: 10 классных, кураторских часов с охватом 322 человека, 14 широкомасштабных акций с охватом 405 человек, 95 мероприятия в ПМСП с охватом 2712 человека, 8 конференций с участием 1167 человек, 404 семинар-тренинга с охватом 7699 человека, 20 спортивных мероприятий с охватом 414 человек и 621 других мероприятий с привлечением 5237 человек.

В целевой группе от 30 до 64 лет в организациях ПМСП, стационарах, школах здоровья, организованных коллективах организованы 1548 мероприятия с охватом 19407 человек, в том числе: 113 мероприятий в организациях ПМСП с охватом 4563 человека, 18 широкомасштабных акций с охватом 56 человек, 29 конференции с участием 463 человек, 19 круглых столов с участием 349 человек, 224 семинар-тренинга с охватом 4214 человек, 357 диспутов и дебатов с охватом 1861 человек и 768 других мероприятий с охватом 7338 человек.

В целевой группе старше от 64 лет в школах пожилых людей, организациях ПМСП, стационарах организованы 1555 мероприятий с привлечением 6639 человека, в том числе: 36 мероприятий в организациях ПМСП с охватом 959 человек, 38 вечеров вопросов и ответов с участием 606 человек, и 360 других мероприятий с охватом 3466 человек.

Всего по республике в СМИ было организовано 16648 мероприятий, в том числе: 7 выступлений на телевидении, 27 публикаций в периодической печати, 12 выступлений на радиостанциях, 28 ротаций аудио роликов на радиостанциях, 1783 ротаций видеороликов на телевидении, 371 выступлений по радио трансляционному узлу, 389 публикаций размещены в социальных сетях, 115 информации размещены на веб-сайтах медицинских организаций, 41 публикация на веб-сайтах Управлений здравоохранения, 12424 трансляций видеороликов на LED-мониторах, 16 выпусков наружной рекламы (светодиодные дисплей, баннеры, билборды, информационные стойки, Roll-up стойки и

т.д.), 1086 рассылок информации посредством: SMS-сообщений через мобильную связь, социальные сети, платежные квитанции по оплате коммунальных услуг, расклеивание информации в лифтах, подъездах жилых домов и 339 других мероприятий.

Максимальное количество мероприятий в СМИ проведено в Жамбылской (5687 мероприятий) и Северо-Казахстанской (4778 мероприятий) областях. Минимальное – в г. Алматы (20 мероприятий), Кызылординской (31) и Алма-тинской областях (31) (рисунок 3).

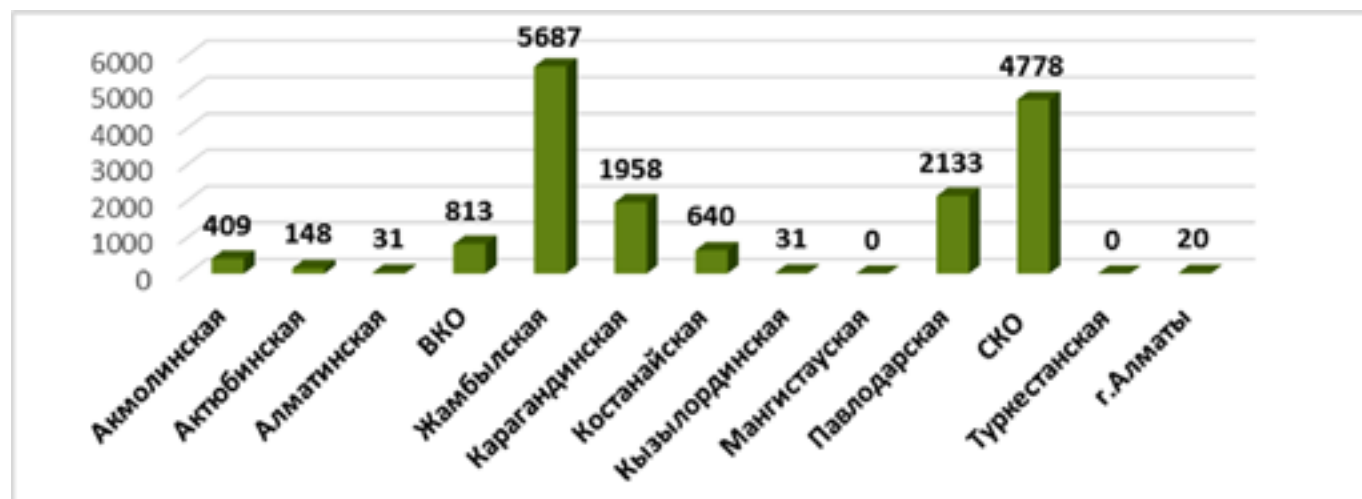


Рисунок 3. Количество мероприятий в СМИ в разрезе регионов за 2021 год

В рамках реализации Национальной программы распространено 43521 единица информационно-образовательных материалов, в том числе: 18099 буклет-инфографиков, 2436 плакатов, 18496 листовок, 4490 других материалов.

Сравнительные данные за 2019 и 2021 годы в разрезе регионов

В рамках реализации Национальной программы в 2021 году было организовано и проведено 8209 мероприятий в рамках Национальной программы «Здоровая семья – здоровая страна», что

в 2 раза меньше по сравнению с 2019 годом (рисунок 4). Количество лиц, охваченных мероприятиями, составило 124802 человека, что в почти в 2 раза меньше в сравнении с 2019 годом (рисунок 4).

Снижение, главным образом, связано с пандемией коронавирусной инфекции. В Республике Казахстан в связи пандемией было принято Постановление Главного государственного санитарного врача РК о запрете проведения широкомасштабных мероприятий среди населения.



Рисунок 4. Количество проведенных мероприятий и охват за 2019 и 2021 годы

Сравнительный анализ количества мероприятий показал резкое снижение количества мероприятий в 2021 году в большинстве регионов (рисунок 5). Среднереспубликанский уровень (638 мероприятия) в 2021 году превысили три области: Карагандинская – 2536 мероприятий, Туркестанская – 1806 и Жамбылская – 1380. Тогда как в 2019 году среднереспубликанский показатель составил – 1160 мероприятий, его превысили Карагандинская (6187 мероприятий), Туркестанская (2192 мероприятия), Восточно-Казахстанская (1764 мероприятия), Костанайская (1557 мероприятия) и Северо-Казах-

станская (1285 мероприятий) области. Значимая разница между показателями 2019 и 2021 годами наблюдается в Восточно-Казахстанской (уменьшение в 5 раз), Костанайской (уменьшение в 3 раза), Карагандинской области (уменьшение в 2,5 раза). Напротив, в Жамбылской области наблюдается рост числа мероприятий (почти в 7 раз), также в Павлодарской области: несмотря на небольшое количество мероприятий, отмечается увеличение числа мероприятий почти в 3 раза. В Мангистауской и Кызылординской областях охват мероприятиями как в 2019, так и в текущем году остается низким (рисунок 5).

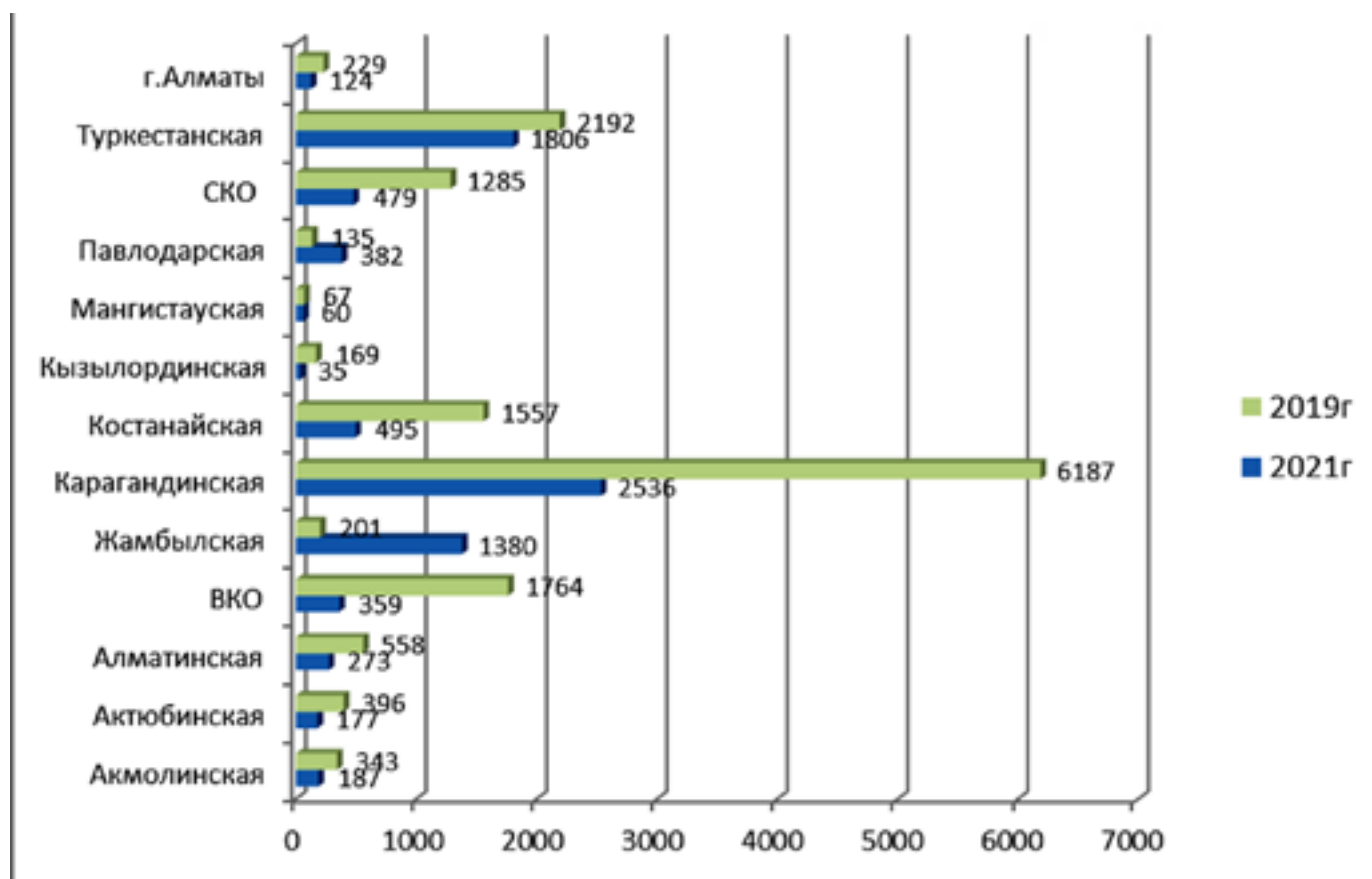


Рисунок 5. Количество мероприятий в разрезе регионов за 2019 и 2021 годы

Сравнение данных по охвату населения также показал резкое снижение количества населения, привлеченного к мероприятиям в рамках Национальной программы «Здоровая семья – здоровая страна» (рисунок 6). Если в 2019 году среднереспубликанский показатель по охвату составлял 17039 человек, то в 2021 году почти в два раза меньше – 9600 человек. Во многих регионах количество охваченного мероприятиями насе-

ления снизилось. Значительное снижение отмечено в Кызылординской (почти в 20 раз), Актюбинской (в 11,7 раз), Костанайской (в 5,5 раз), Акмолинской (в 3,3 раза) областях. Напротив, в Жамбылской и Туркестанской областях наблюдается рост числа привлеченного населения (в 5 и 1,7 раз соответственно). В Мангистауской области охват остался, как и прежде на низком уровне. (рисунок 6).

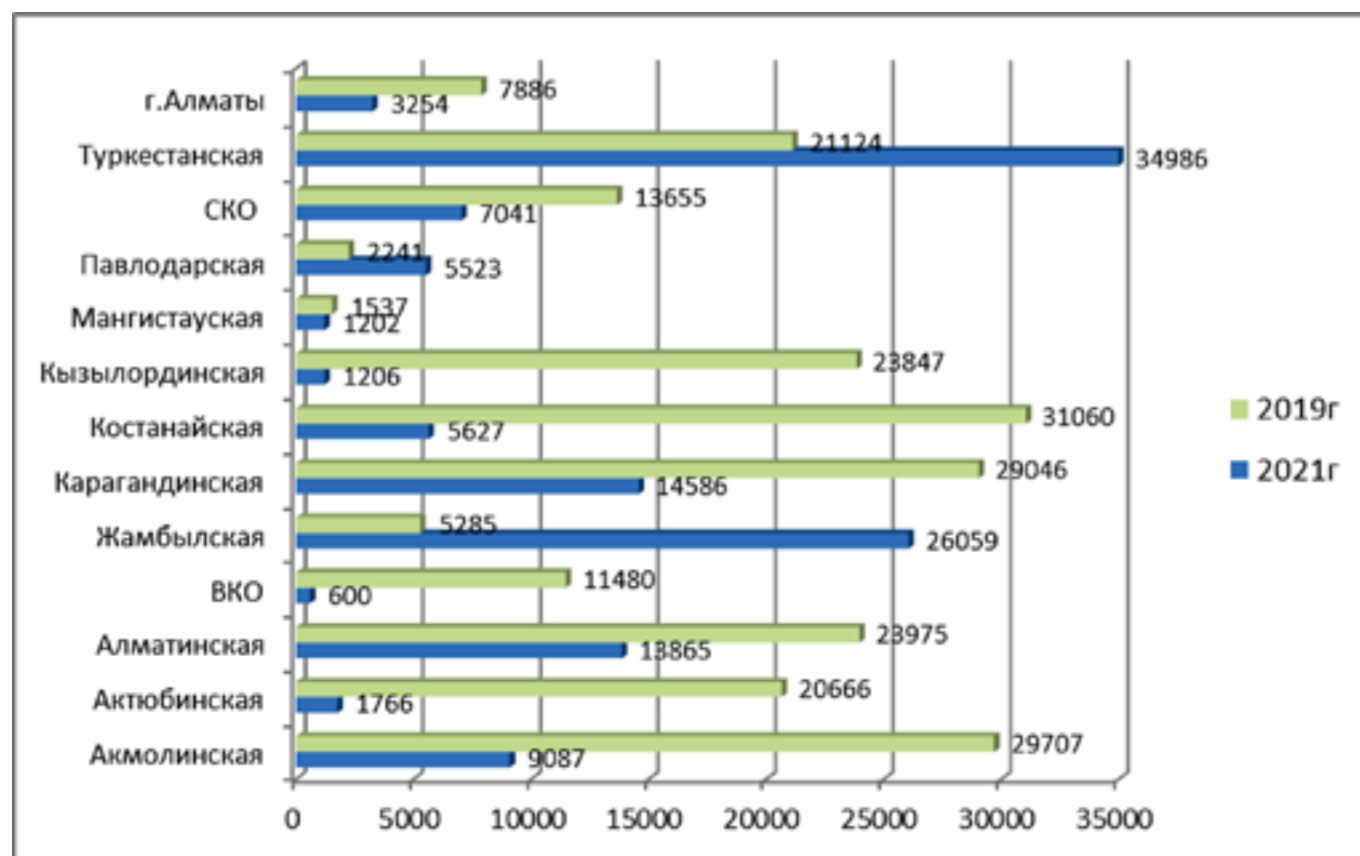


Рисунок 6. Охват населения за 2019 и 2021 годы в разрезе регионов

ВЫВОДЫ

В рамках реализации Национальной программы всего проведено 24941 мероприятие, в том числе: 8293 организационных мероприятия в разрезе целевых групп с охватом 124802 человека и 16648 мероприятий в СМИ.

Для отдельных целевых групп населения республики организованы 8293 мероприятия, в том числе: 275 тематических занятий (игры, рассказы) в детских дошкольных учреждениях, 284 родительских собрания, 692 классных часа, 271 творческих конкурса (конкурсы рисунков, поделок, фото и др.), 61 широкомасштабных акций, 299 мероприятий в ПМСП, 100 конференций, 1273 семинар-тренинга, 73 круглых стола, 970 вечеров вопросов и ответов, 1419 спортивных мероприятий и 2612 других мероприятий с общим охватом 124802 человека.

Все мероприятия, которые были проведены в рамках реализации Национальной программы, проведены с соблюдением пунктов Постановления Главного государственного санитарного врача РК.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Г.Абдыкаликова. «Беречь величайшую ценность» // «Казахстанская правда» 4 марта 2015 года.
2. Анализ положения детей и женщин в Республике Казахстан. ЮНИСЕФ 2012г. 72 с.
3. ЮНИСЕФ, Улучшение качества обслуживания в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Республике Казахстан: Оценка равенства и социально-экономических детерминант здоровья, ЮНИСЕФ, 2012 г.
4. Thomas PA, Liu H, Umberson D. Family Relationships and Well-Being. *Innov Aging*. 2017;1(3):igx025. doi:10.1093/geroni/igx025
5. Barnes MD, Hanson CL, Novilla LB, Magnusson BM, Crandall AC, Bradford G. Family-Centered Health Promotion: Perspectives for Engaging Families and Achieving Better Health Outcomes. *Inquiry*. 2020;57:46958020923537. doi:10.1177/0046958020923537

УДК 159.9.072

ЖЕКЕ ТҰЛҒАНЫҢ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ТҰРАҚТЫЛЫҒЫ КӘСІБИ ҚАЖУДЫ ЖЕҢУДІҢ ФАКТОРЫ РЕТІНДЕ

Ф.Т. Амирсеитова, А.А. Мусина, Р.К. Сулейменова, А.Д. Аманова, Н.К. Жунисали

«Астана медицина университеті» КеАҚ

amirseitova.f@amu.kz, mussina.a@amu.kz, suleimenova.r@amu.kz, Amanova.a@amu.kz,
zhunissali.n@amu.kz

ТҮЙІНДЕМЕ

Жеке тұлғаның психологиялық тұрақтылығы-психологиядағы ең көп қырлы тұжырымдамалардың бірі, оның ішінде адамның айналасындағы әлемдегі тез өзгеретін өмір сүру жағдайымен бірге өзгеруіне мүмкіндік беретін көптеген жеке тұлғалық қасиеттер, осы жағдайларға бейімделу, адамның психикасы мен қызметіне әсер етудің теріс факторларына қарсы тұру. Бүгінгі күні бұл жеке тұлғаның психикасының өміршеңдігі, оның сыртқы қажудың әсеріне төзімділігі деп сеніммен айтуға болады. Кәсіби қызмет психиканың өзіне де, жалпы біздің өмірімізге де үлкен әсер етеді. Ол бізге жауапкершілік, жинақылық сезімін тәрбиелейді, тұлғааралық қарым-қатынасты, бағынуды үйретеді және көбінесе жеке ұмтылыстар мен кәсіби өсуді, еңбек жағдайлары мен өнімділігін жақсарту бойынша шығармашылық көріністер мен инновациялық ұсыныстарды қатаң шеңбермен шектейді. Бұл көптеген адамдар үшін «сау пси-

хикаға», адамдарда фобияның, қорқыныштың, апатияның қалыптасуына, депрессия мен кәсіби қажудың ғана емес, сонымен қатар физикалық аурулар мен аурулардың дамуына әсер ететін қажулық фактор дененің физиологиялық функцияларына әсер етеді.

Аурулардың, қажудың және депрессиялардың пайда болуына қарсы тұруға мүмкіндік беретін жеке қасиеттердің бірі-адамның психологиялық тұрақтылығы, қиын және қиын еңбек пен өмір жағдайындағы өміршеңдік.

Сонымен бірге, соңғы 5-10 жыл ішінде кәсіби қажу мен депрессияны жеңу үшін оның ерекшеліктерін дамытумен бірге психологиялық тұрақтылықтың жеке қасиеттерін зерттеу аз жүргізілді және негізінен ғылыми конференциялар мен ғылыми семинарлардағы есептерде сипатталған, бұл мәселені кеңінен зерттеу аясында жеткіліксіз.

Түйін сөздер: қажу, қарсылық, депрессия, қарсылық, жанжал жағдайы, қажуға төзімділік

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ ЛИЧНОСТИ КАК ФАКТОР ПРЕОДОЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СТРЕССОВ

Ф.Т. Амирсеитова, А.А. Мусина, Р.К. Сулейменова, А.Д. Аманова, Н.К. Жунисали

НАО «Медицинский университет Астана»

amirseitova.f@amu.kz, mussina.a@amu.kz, suleimenova.r@amu.kz, Amanova.a@amu.kz,
zhunissali.n@amu.kz

РЕЗЮМЕ

Психологическая устойчивость личности — одно из самых многогранных понятий в психологии, включающее в себя множество индивидуальных свойств личности, позволяющих человеку меняться вместе со стремительно меняющимися

условиями существования в окружающем мире, подстраиваться под эти условия, противостоять негативным факторам воздействия на психику и деятельность индивида. Сегодня можно с уверенностью утверждать, что это некая жизнестойкость психики личности, её стрессоустойчивость

к воздействию внешних стрессоров. Профессиональная деятельность оказывает огромное влияние как на саму психику, так и на нашу жизнь в целом. Она воспитывает в нас чувство ответственности, собранности, учит межличностному общению, субординации и зачастую ограничивает жёсткими рамками личностные стремления и профессиональный рост, творческие проявления и инновационные предложения по улучшению условий и производительности труда. Именно профессиональная деятельность является для большинства людей стрессогенным фактором, оказывающим свое влияние на «здоровую психику», на формирование у человека фобий, страхов, апатий, на развитие не только депрессий и профессиональных стрессов, но и физических недугов и заболеваний, т. е. оказывает воздействие на физиологические функции организма.

Одним из свойств личности, позволяющих противостоять возникновению недугов, стрессов и депрессий, является психологическая устойчивость личности, жизнестойкость в сложных и тяжёлых условиях труда и жизнедеятельности.

Вместе с тем изучение отдельных свойств психологической устойчивости в совокупности с развитием её особенностей для преодоления профессионального стресса и депрессии за последние 5–10 лет проводилось мало и описано в основном в трудах научных конференций и докладов на научно-практических семинарах, что само по себе недостаточно в рамках обширного изучения данной проблемы.

Ключевые слова: стресс, противодействие, депрессия, сопротивляемость, конфликтная ситуация, стрессоустойчивость

PSYCHOLOGICAL STABILITY OF PERSONALITY AS A FACTOR OF OVERCOMING PROFESSIONAL STRESSES

F.T.Amirseitova, A.A. Musin¹, R.K.Suleimenova, A.D. Amanova, N.K. Zhunisali

NpJSC “Astana Medical University”

amirseitova.f@amu.kz, mussina.a@amu.kz, suleimenova.r@amu.kz, Amanova.a@amu.kz, zhunissali.n@amu.kz

SUMMARY

Psychological stability of personality is one of the most multifaceted concepts in psychology, which includes many individual personality traits that allow a person to change along with rapidly changing conditions of existence in the surrounding world, adapt to these conditions, resist negative factors affecting the psyche and activity of an individual. Today it is safe to say that this is a kind of resilience of the personality's psyche, its stress resistance to the effects of external stressors. Professional activity has a huge impact both on the psyche itself and on our life as a whole. It instills in us a sense of responsibility, composure, teaches interpersonal communication, subordination and often limits personal aspirations and professional growth, creative manifestations and innovative proposals to improve working conditions and productivity. It is professional activity that is a stressful factor for most people, exerting its influence on the «healthy psyche», on the formation of phobias,

fears, apathy in a person, on the development of not only depression and professional stress, but also physical ailments and diseases, i.e. it affects the physiological functions of the body.

One of the personality traits that make it possible to resist the emergence of ailments, stresses and depressions is the psychological stability of the individual, resilience in difficult and difficult working and living conditions.

At the same time, the study of individual properties of psychological stability in conjunction with the development of its features to overcome professional stress and depression over the past 5-10 years has been carried out little and is described mainly in the proceedings of scientific conferences and reports at scientific and practical seminars, which in itself is not enough in the framework of an extensive study of this problem.

Key words: stress, counteraction, depression, resistance, conflict situation, stress resistance

ВВЕДЕНИЕ

Психологическая устойчивость личности – одно из самых многогранных понятий в психологии, включающее в себя множество индивидуальных свойств личности, позволяющих человеку меняться вместе со стремительно меняющимися условиями существования в окружающем мире, подстраиваться под эти условия, противостоять негативным факторам воздействия на психику и деятельность индивида. Сегодня можно с уверенностью утверждать, что это некая жизнестойкость психики личности, её стрессоустойчивость к воздействию внешних стрессоров. Профессиональная деятельность оказывает огромное влияние как на саму психику, так и на нашу жизнь в целом. Она воспитывает в нас чувство ответственности, собранности, учит межличностному общению, субординации и зачастую ограничивает жёсткими рамками личностные стремления и профессиональный рост, творческие проявления и инновационные предложения по улучшению условий и производительности труда. Именно профессиональная деятельность является для большинства людей стрессогенным фактором, оказывающим свое влияние на «здоровую психику», на формирование у человека фобий, страхов, апатий, на развитие не только депрессий и профессиональных стрессов, но и физических недугов и заболеваний, т. е. оказывает воздействие на физиологические функции организма.

Одним из свойств личности, позволяющих противостоять возникновению недугов, стрессов и депрессий, является психологическая устойчивость личности, жизнестойкость в сложных и тяжёлых условиях труда и жизнедеятельности.

Вместе с тем изучение отдельных свойств психологической устойчивости в совокупности с развитием её особенностей для преодоления профессионального стресса и депрессии за последние 5–10 лет проводилось мало и описано в основном в трудах научных конференций и докладов на научно-практических семинарах, что само по себе недостаточно в рамках обширного изучения данной проблемы.

Цель исследования: теоретически обосновать и изучить с помощью эмпирических исследований причины возникновения профессиональных

стрессов, выявить наиболее значимые стрессовые ситуации в профессиональной деятельности, их взаимосвязь с уровнем самооценки и влияние этих факторов на психологическую устойчивость личности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено теоретическое изучение и анализ научных трудов и материалов по данной проблематике исследования; адаптированный опросник Андерсона и Маркса (Anderson, 1972, Marx, 1975), состоящий из десяти смоделированных ситуаций, отражающих наиболее оптимально подходящие к нашему исследованию утверждения; методика «самооценки личности» О. И. Моткова; неформализованная беседа с каждым испытуемым для более глубокого и детального изучения проблематики, связанной с профессиональными стрессами, личностных характеристик испытуемых и индивидуальных особенностей по преодолению профессиональных депрессий.

Статистическая обработка результатов эмпирического исследования производилась с использованием метода вычисления t-критерия Стьюдента из пакета SPSS Statistics 20. Применялись сравнительный анализ средних показателей результатов исследования, группировка наиболее важных критериев исследования по количественному соотношению показателей для определения наиболее значимых стрессовых ситуаций в профессиональной деятельности, дополнительно применены методы графического представления отдельных показателей исследования для наглядности отображения чётких различий полученных результатов. Деятельность человека, его взаимодействие с окружающим миром, является основным фактором развития личности, физический и умственный труд – залог успеха существования человека в современном мире с его постоянно меняющимися и развивающимися условиями труда. Если понятие «деятельность» – это довольно широкое понятие, включающее в себя все аспекты жизнедеятельности человека и его взаимодействие с окружающим миром, то понятие «профессиональная деятельность» – намного уже и явля-

ется довольно значимой составляющей частью развития личности. Профессиональная деятельность не хаотична, она организована, структурирована, нацелена на создание определённого результата. Здесь чётко определены задачи и мотивы и конкретные потребности, ради которых она осуществляется. И в качестве таких основных потребностей выступают материальные, т. е. естественная потребность в обеспечении своей жизнедеятельности и психологической удовлетворённости [1].

Вся профессиональная деятельность человека затрагивает так или иначе все элементы психологических характеристик и установок личности, оказывает огромное влияние на психические процессы, формирующие поведение, отношение к окружающим, межличностное общение и отношение к себе, самооценку. Благодаря этой деятельности человек попадает в определённую нишу того окружения, которое помогает ему развиваться или же, наоборот, вызывает стагнацию, тревогу, неудовлетворённость и приводит в конечном итоге к развитию стресса и депрессиям [2]. Именно в результате формирования профессиональных стрессов и депрессий человек теряет свою энергию и у него развивается психосоматическая усталость, снижается самооценка и появляются немотивированная тревога, страх, раздражительность и эмоциональное истощение – «выгорание» [3].

Довольно много научных исследовательских работ посвящено проблемам «профессионального выгорания» и «профессионального стресса», в которых описываются причины возникновения такого рода проблем, пути их профилактики и решения [4].

Анализ исследований, проведённых за последние 10–15 лет, говорит о том, что профессиональная деятельность рассматривается многими авторами как один из основных факторов возникновения стрессов и депрессий, потери интереса к ярким событиям в жизни, к саморазвитию и межличностному общению. Сегодня профессиональная деятельность человека в отдельных отраслях приводит к серьёзным проблемам, таким как нарушение психофизиологических функций организма и ослабление здоровья человека вплоть до инвалидности, зачастую ведёт к

нервным срывам, а иногда и к суициду [5]. Это следствие того, что наша деятельность направлена в первую очередь на удовлетворение естественных потребностей и в большинстве случаев не удовлетворяет их и не оправдывает наших ожиданий, что и влечёт за собой негативное влияние стрессоров на психику человека.

Профессиональная деятельность занимает в нашей жизни почти всё основное время, от 8 до 12, а иногда и до 14 часов в сутки, оказывает большое влияние на нашу психическую деятельность, внутренний мир установок и притязаний, физическое и психологическое здоровье. В последнее время, 10–15 лет, на рынке труда нет хорошо оплачиваемых рабочих мест, молодые специалисты, заканчивая учебные заведения, в условиях современной реальности не могут получить ожидаемую работу по специальности и трудоустроиться. Уже в начале своего трудового пути молодёжь не удовлетворена условиями труда, заработной платой, отношением руководства и предлагаемым социальным пакетом, что, в свою очередь, влечёт к возникновению слабой мотивации, психической напряжённости, апатии и в конечном счёте запускает механизмы возникновения стрессов и депрессий.

Страх, тревога, неопределённость в завтрашнем дне, переполненный рынок труда, потребность в получении небольшой, но стабильной ежемесячной заработной платы заставляют человека оставаться на своём рабочем месте, страдать от ненадлежащих условий труда, находиться в психологической напряжённости и психической подавленности вместо того, чтобы сделать правильный выбор, побороть тревогу и сменить работу, выйти из окружения дискомфорта [1].

Рассматривая стресс, связанный с профессиональной деятельностью, можно с уверенностью утверждать, что это реакция организма на завышенные требования работодателя, несоответствующие уровню знаний и навыков сотрудников [5].

В 2006 г. было проведено масштабное исследование в 15 странах Европейского союза: 56 % рабочих отмечали высокие темпы работы, 60 % жёсткие сроки её выполнения, 40% её монотонность и свыше трети не имели возможности

оказать своё влияние на порядок выполнения поставленных заданий. Связанные с работой стрессовые факторы способствуют развитию и проблем с самочувствием. Так, 15 % опрошенных жаловались на головную боль, 23 % – на боль в области шеи и плеч, 23 % отмечали общую усталость организма, 28 % – на стрессовое состояние и 33 % – на боль в спине. Приведённые данные свидетельствуют в первую очередь о «психосоматической усталости».

Теоретический анализ научной литературы, затрагивающей проблематику мотивационной сферы профессиональной деятельности, возникновение стрессов и депрессии у специалистов различных профессий, показывает, что в преодолении стрессовых ситуаций неоспоримую и важную роль играет психологическая (эмоциональная) устойчивость личности, её жизнестойкость, т. е. способность «правильно реагировать» на сложившиеся ситуации, умение грамотно решать возникающие тревожные состояния и психологические страхи, адаптироваться к условиям среды [3].

Следует отметить тот факт, что существуют индивидуальные различия в той степени, в которой люди эффективно реагируют и справляются со стрессовыми ситуациями. Эта идея, возможно, лучше всего представлена такой личностной чертой, известной как психологическая устойчивость, которая описывает предрасположенность человека быть стойким к вредному воздействию стрессоров и эффективно адаптироваться и справляться с окружающей и требовательной средой. В частности, психологически устойчивые люди глубоко привержены и вовлечены во многие различные жизненные сферы (например, семью, друзей, работу и т. д.). Они, как правило, считают, что контролируют то, что происходит в их жизни, и они склонны воспринимать сложные ситуации как вызовы, а не как угрозы. Таким образом, психологическая устойчивость объясняет, почему некоторые люди не подвержены влиянию стрессовой среды. Несмотря на то, что психологическая устойчивость считается существенным показателем нескольких важных критериев, концептуализация устойчивости всё ещё обсуждается и привлекает значительное исследовательское внимание.

Прежде чем рассмотреть механизмы развития профессиональных стрессов, пути их преодоления посредством развития характеристик психологической устойчивости личности, необходимо дать понятие этому определению. Так, Б. Х. Варданыан определяет её как форму особого взаимодействия всех компонентов психической деятельности, в том числе эмоциональных. Он считает, что устойчивость «...можно более правильно определить, как свойство личности, которое обеспечивает гармоничное отношение между всеми компонентами психической деятельности в эмоциональной ситуации и тем самым содействует успешному выполнению деятельности» [6].

П. Б. Зильберман предлагает своё определение устойчивости, рассматривая её как некое внутреннее свойство личности, которое характеризуется как определённое взаимодействие эмоционально-волевых, интеллектуальных и мотивационных свойств психической деятельности личности, обеспечивающих оптимальное и успешное достижение цели в сложной обстановке [2].

Исходя из приведённых определений устойчивости личности, данный феномен рассматривается как характеристика, которая влияет на продуктивность деятельности человека.

Зарубежными исследователями устойчивость обычно определяется как некая многомерная конструкция, состоящая из трёх компонентов: приверженность, контроль и вызов. В данной работе даётся более широкое понятие психологической устойчивости как многомерного качества личности, включающее уравновешенность, сопротивляемость, стойкость, обеспечивающее возможность противостоять неблагоприятному давлению на неё со стороны различных стрессоров, связанных в основном с профессиональной деятельностью.

Устойчивость – это лишь одна из многих личностных характеристик, которые привлекли внимание исследователей стресса. Некоторые теоретики утверждают, что различные черты личности могут определять степень уязвимости человека перед воздействием стрессовых ситуаций [3]. Например, человек с высоким уровнем психологической устойчивости предрасположен

к тому, чтобы воспринимать меньшее количество стрессоров во внешней среде. Личность с высоким уровнем психологической устойчивости может противодействовать внешнему негативному воздействию, а каждый компонент устойчивости может привести к увеличению определённых ресурсов личности, которые можно использовать для борьбы со стрессом. Важно отметить, что развитие стресса в профессиональной деятельности является острой и серьёзной проблемой. В научных обзорах литературы по этой теме показано, что ряд стрессогенных факторов, таких как профессиональная неопределённость, конфликты, рабочие перегрузки и проч., зачастую бывают тесно связаны с психическим и психосоматическим напряжением, изменениями в поведении и в неблагоприятных последствиях жизнедеятельности [7].

Таким образом, стресс является для личности такой угрозой, эмоциональное переживание которой оказывает влияние на её способность эффективно осуществлять свою деятельность.

Анализ психологической литературы по взаимовлиянию устойчивости на производительность в различных областях показал, что между этими понятиями существует прямая зависимость, т. е. высокий уровень психологической устойчивости личности способствует повышению производительности труда, что может быть особенно заметно при выполнении заданий в стрессовых ситуациях.

В исследовании вопроса психологической устойчивости большое внимание учёными было уделено ответным реакциям людей, которые подвержены стрессовым воздействиям (копинг-стратегиям). Эти стратегии совладающего поведения можно разделить на две группы: активные и регрессивные стратегии выживания. Активные, или трансформационные стратегии преодоления включают в себя здоровые средства борьбы со стрессорами путём преобразования окружающей среды с высоким уровнем стресса в благоприятный жизненный опыт [8].

Более того, целеустремленность, свойственная личности с высоким уровнем психологической устойчивости, может побуждать её к активному деятельностному поведению без регрессивных, нерезультативных копинг-стратегий.

Важно заметить, что психологическая устойчивость личности положительно связана с социальной поддержкой, так как предполагает активное участие в различных жизненных сферах, таких как семья, друзья, работа и различные социальные действия [2]. Другая возможность состоит в том, что психически уравновешенные и устойчивые люди, как правило, более социально «привлекательны», и это облегчает им получение поддержки.

Бесспорно, развитие свойств психологической устойчивости личности ведёт к стрессоустойчивости человека, его жизнестойкости при негативном воздействии стрессоров.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На первом этапе исследования для выявления наиболее значимых стрессовых ситуаций в профессиональной деятельности, оказывающих своё большое влияние на человека, испытуемым предлагалось выстроить стрессовые ситуации по мере их значимости по десятибалльной шкале, где 10 – высокий показатель стресса и 1 – низкий, всего в адаптированном опроснике описано 10 ситуаций (рис. 1).

Проведённый сравнительный анализ средних показателей результатов исследования продемонстрировал, что наиболее значимой стрессовой ситуацией для испытуемых является «потеря работы, увольнение» – 63,6 %, наименее значимой: «ненормированный рабочий день» – 18 %.

Таким образом, теоретический обзор проблематики, указывающий, что страх, тревога и неопределённость вынуждают человека жертвовать своими профессиональными требованиями и притязаниями, т. е. оставаться в зоне профессионального и психического дискомфорта, подтверждается полученными результатами исследования: человек в большей мере всегда заинтересован в стабильности, его «пугает» факт потери работы. Результат такого исследования позволяет утверждать, что потеря работы является «постоянным стрессом внутри самой личности», и не важно, на каком этапе карьеры он присутствует уже в начале профессионального пути и является, бесспорно, неким мотивационным.

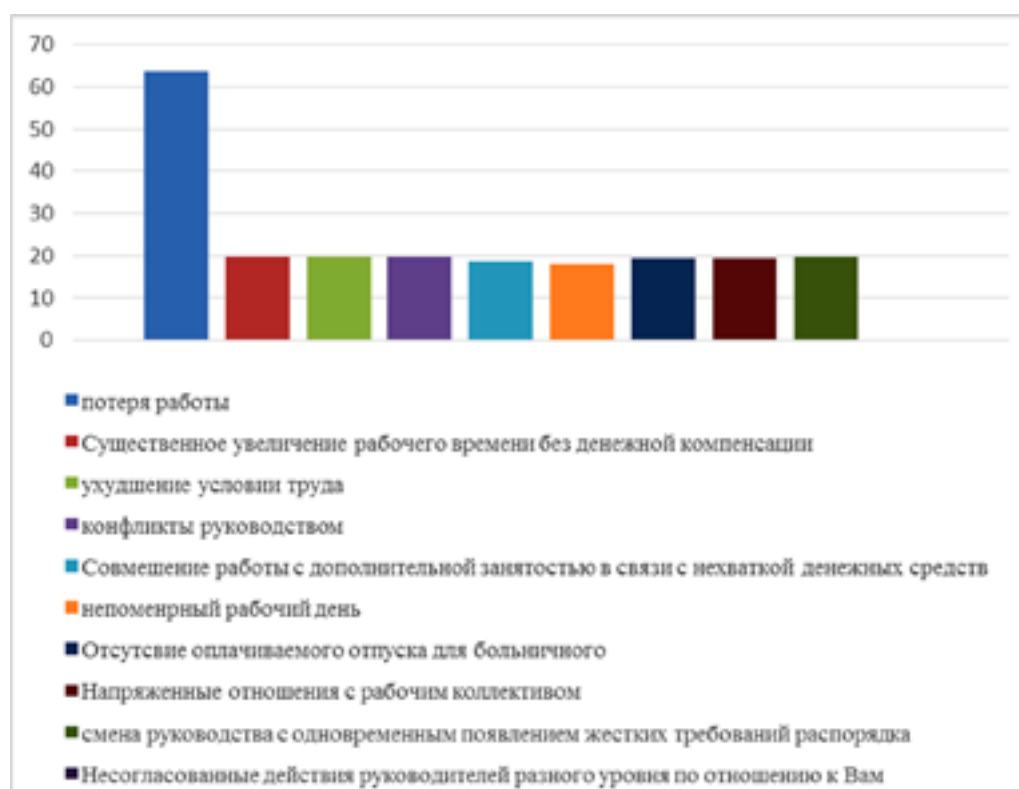


Рисунок 1. Общие показатели оценки стрессовых ситуаций в процентном соотношении фактором для осуществления деятельности.

На втором этапе исследования изучалась самооценка личности респондентов и предлагалась методика «самооценка личности» О. И. Моткова. В результате кластерного анализа, применённого к массиву данных, выборка испытуемых была разделена на две группы: с высоким уровнем самооценки – 24 человека; со средним уровнем и уровнем ниже среднего – 20 человек (табл. 1).

Полученные показатели оценки личностных качеств испытуемыми свидетельствуют о том, что для первой группы характерны высокие показатели по волевым качествам, самостоятельности, гармоничности и креативности. Вторая группа продемонстрировала высокие показатели по самостоятельности и гармоничности. Данные результа-

тов самооценки в первой группе свидетельствуют о более реалистичной оценке своих личностных качеств испытуемыми, показывают позитивную динамику развития личностных качеств и высокую согласованность своего выбора и принимаемых решений. Сравнительный анализ результатов исследования позволяет прогнозировать вывод, что успешность деятельности в профессиональной сфере в первой группе будет выше, чем во второй. Показатели первой и второй группы по t-критерию Стьюдента выявили значимые различия между двумя группами: $t = 2,582$, $p < 0,05$, следовательно, статистически достоверные различия между двумя группами установлены и подтверждаются результатами исследования.

Таблица 1

СРЕДНИЕ ОЦЕНОЧНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛИЧНОСТНЫХ КАЧЕСТВ

№	Показатель (фактор личности)	Самооценка качеств личности 1-й группы	Уровень самооценки 1-й группы	Самооценка качеств личности 2-й группы	Уровень самооценки 2-й группы	Нормативные показатели
1	Воля	4,27	высокий	3,67	средний	2,91-3,70
2	Нравственность	3,65	средний	3,58	средний	3,71-4,50
3	Самостоятельность	4,42	высокий	3,92	высокий	3,71-4,50
4	Гармоничность	3,80	высокий	3,77	высокий	2,91-3,70

№	Показатель (фактор личности)	Самооценка качеств личности 1-й группы	Уровень самооценки 1-й группы	Самооценка качеств лич- ности 2-й группы	Уровень самооценки 2-й группы	Нормативные показатели
5	Креативность	4,21	высокий	3,18	средний	2,91-3,70
6	Экстраверсия	3,64	средний	3,60	средний	3,71-4,50
	Общая самооценка (средний показатель)	3,99	высокий	3,62	средний	2,91-3,70

При проведении анализа полученных результатов первого и второго этапов исследования установлено, что в первой группе испытуемых с высокой самооценкой всего 9 (37,5 %) человек, меньшая часть группы, оценили наиболее значимой для себя ситуацию с потерей работы, тогда как во второй группе испытуемых эта стрессовая ситуация была выбрана в качестве основной – 19 (95 %) человек. Более того, во второй группе наблюдалось значительное количество максимальных показателей (значение 10) при оценке той или иной стрессовой ситуации, при этом 4 (20 %) человека из этой группы имеют действующие дисциплинарные взыскания: выговор и строгий выговор. Вторая группа оценивала стрессовые ситуации с выставлением максимальных значений, тогда как первая группа оценивала эти же стрессовые ситуации с проставлением баллов не выше 6-ти или 7-ми, что является средним или чуть выше среднего показателем оценки значимости ситуации. Таким образом, сделав вывод по двум этапам проведённого исследования, мы выявили личностные особенности людей с высокой самооценкой, для которых в большей мере стресс – это всего лишь очередное препятствие к достижению цели и воспринимается ими как преодолимый барьер. Такие характеристики личности позволяют без ущерба деятельности, психики и здоровья находить оптимальные пути решения возникающих проблем и профессиональных задач, выходить победителем и усваивать определённые уроки из таких ситуаций.

На третьем этапе исследования с каждым испытуемым проводилась неформализованная беседа для более детального изучения способов противодействия профессиональным стрессам. В результате анализа полученных от респондентов ответов для первой группы наиболее характерными способами борьбы со стрессами и де-

прессиями явились такие способы, как занятие спортом, отдых на природе с семьёй, в компании друзей или коллег. Для второй группы наиболее характерны отдых в кино, встреча с близкими друзьями, отдых в кругу семьи. В целом существенных различий между группами респондентов по выявленным способам борьбы со стрессами не установлено, что свидетельствует о схожести механизмов противодействия стрессам у людей с разным уровнем самооценки, самостоятельности, воли и нравственности.

Подводя итог исследований, можем утверждать наличие прямой взаимосвязи самооценки личности и её стрессоустойчивости в профессиональной деятельности, а также более высокую адаптивность психики к внешним раздражителям [8]. Чем выше самооценка, тем личность более стрессоустойчива, самодостаточна и самостоятельна, имеет более высокие волевые качества. Такая личность наименее восприимчива к депрессивным состояниям, в том числе в своей профессиональной деятельности, она психологически лучше готова к резким жизненным изменениям или потрясениям, характеризуется способностью разумно и чётко корректировать свои действия и находить правильные решения из затруднительных ситуаций как в жизни, так и в профессии. Личность с высокой самооценкой способна адекватно оценивать свои силы и способности, грамотно планировать свою деятельность, такая личность устойчива к внешним раздражителям, более жизнестойка в любых ситуациях и обладает достаточными ресурсами психологической устойчивости для противодействия стрессам.

Таким образом, можно прогнозировать, что высокие показатели индивидуально-психологических свойств личности взаимосвязаны с уровнем психологической устойчивости к стрессам и позволяют успешно развиваться в профессио-

нальной деятельности, адаптироваться к неблагоприятным обстоятельствам, конструктивно преодолевать их и двигаться к намеченной цели.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Возникающие в процессе профессиональной деятельности стрессы, депрессии, психосоматические недомогания сопровождают человека на протяжении всей его сознательной жизни и несут деструктивное воздействие на психику человека и его здоровье. В современных условиях существования человеку не хватает времени на саморазвитие, самообразование, отдых и развитие своих социально-психологических навыков, способствующих противодействовать окружающим его стрессорам. Удовлетворение своих жизненно необходимых материальных потребностей заставляет проводить большую часть своей жизни на работе, ограничивая творческие и креативные способности человека, погружает личность в негативную, давящую и жестокую «среду обитания». Вследствие чего личность перестает гармонично развиваться, адекватно реагировать на различные ситуации, развиваются апатия и стресс, что приводит к угасанию профессиональных навыков и в конечном итоге к потере работы. Люди с низкой самооценкой не способны справляться с такими проблемами без ущерба для себя, преодолевать стресс, извлекая из него положительный урок и мотивировать себя на дальнейшее саморазвитие и самообучение.

И, наоборот, человек с высокой самооценкой и уверенностью в своих силах всегда найдёт правильное решение поставленной задачи и преодолеет встречающиеся на его пути профессиональные неудачи с положительным опытом, мотивируя себя на повышение своего уровня подготовки и развитие личностных ресурсов психологической устойчивости, стрессоустойчивости.

Таким образом, необходимо уделять большое внимание развитию психологической устойчивости, которая является сложным и многогранным свойством личности, основные критерии которой проявляются именно в профессиональной деятельности человека и неразрывно с ней связаны.

Развитие качеств психологической устойчивости личности является основным фактором

противодействия негативному влиянию окружающих стрессоров. Для эффективного преодоления профессиональных стрессов необходимо повышать уровень мотивации, волевые качества, интеллектуальные способности и когнитивные процессы, а для этого необходимы не только работа личности над собой и своим физическим здоровьем, но и грамотная комплексная профилактика деятельности сотрудников штатными психологами, а также морально-психологическая подготовка сотрудников к деятельности в сложных условиях, организация различных психологических тренингов, досуга для работников и членов их семей, проведение командных соревнований и выездных туристических мероприятий для повышения сплочённости коллектива, воспитательская работа по повышению веры сотрудников в свои силы и способности, постоянное обучение работников и повышение их квалификации. Личность с высоким уровнем психологической устойчивости либо будет иметь, либо получит ресурсы, необходимые для борьбы с профессиональными стрессами.

Учитывая, что устойчивость была первоначально описана как характеристика, имеющая возможность сознательного развития, безусловно, при разработке тренингов по развитию психологической устойчивости для противодействия профессиональным стрессам специалистам и психологам необходимо принимать во внимание многогранность её компонентов, уникальную разницу в её критериях, учитывать психологические особенности и направленность личности, а также совокупность устойчивых мотивов, ориентирующих деятельность человека в целом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Авдиенко Г. Ю. Психологическая устойчивость военнослужащих. Сущность, методика ее повышения // Материалы XI Международной научно-практической конференции молодых ученых. СПб., 2016. С. 103–106.
2. Казымова Н. Н. Индивидуально-психологические ресурсы устойчивости человека к переживанию террористической угрозы: дис. ... канд. психол. наук. М., 2018. 135 с.

3. Алахверанова Т. Ф. Психологическая устойчивость личности // Аллея науки. 2019. Т. 4. № 1. С. 270–274.

4. Совмиз З. Р. Психологические ресурсы личности как субъекта преодоления стресса в условиях командной деятельности: дис. канд. психол. наук. Краснодар, 2017. 275 с.

5. Барышева Т. Д. Устойчивость личности как фактор социально-психологического благополучия человека // Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Мурманск. 2015. С. 6–13.

6. Денисов А. А., Терехина Н. В. Психология эмоционального выгорания (на материалах эм-

пирического исследования профессиональной деятельности стоматологов) // Практическая социология, психология и педагогика. 2017. № 3. С. 205–221.

7. Геляхова Л. А. Устойчивость сотрудников ОВД к экстремальным ситуациям служебной деятельности // Теория и практика общественного развития. 2014. № 2. С. 130–132.

8. Поведение человека в трудных ситуациях / М. К. Кадырова, Д. Э. Абдувахובה, О. Э. Эшмуратов, Б. У. Расулов, Н. Х. Абдукадырова // Актуальные вопросы современной психологии: материалы IV Международной научной конференции. Краснодар, 2017. С. 17–20.

УДК 616.98-053.5:578.834.1:371.3:004.9(574)

КАШЫҚТЫҚТАН ОҚЫТУ КЕЗЕҢІНДЕ ҚАЗАҚСТАНДА ОҚУШЫЛАРДЫҢ COVID-19 АУРУЫНА ШАЛДЫҒУЫ

Б. С. Имашева¹, А. М. Асқаров¹, М. С. Имашев², Г. С. Терликбаева¹

¹ ҚР ДСМ Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы ШЖҚ РМК

² «Астана медицина университеті» КЕАҚ

b.imasheva@hls.kz, a.askarov@hls.kz, g.terlikbayeva@hls.kz

ТҮЙІНДЕМЕ

Мақалада қашықтықтан оқыту кезеңінде оқушылардың коронавирустық инфекциямен сырқаттануына мониторинг жүргізу бойынша деректер ұсынылған. Нәтижесінде қашықтықтан оқыту нысанындағы оқушылардың аурушаң-

дығы күндізгі оқу нысанындағы оқушыларға қарағанда 25% – ға жоғары, ал бірқатар өңірлерде одан да жоғары екені анықталды.

Түйін сөздер: ауру, коронавирустық инфекция, мектеп оқушылары, қашықтықтан және күндізгі оқыту.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ШКОЛЬНИКОВ COVID-19 В КАЗАХСТАНЕ В ПЕРИОД ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

Б.С. Имашева¹, А.М. Асқаров¹, М.С. Имашев², Г. С. Терликбаева¹

¹ РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» МЗ РК

² НАО «Медицинский университет Астана»

b.imasheva@hls.kz, a.askarov@hls.kz, g.terlikbayeva@hls.kz

РЕЗЮМЕ

В статье представлены данные мониторинга заболеваемости коронавирусной инфекцией среди школьников в период дистанционного обучения. По результатам анализа выявлено, что заболеваемость школьников, находящихся на

дистанционной форме обучения оказалась на 25% выше, чем среди учащихся в очной форме обучения, а в ряде регионов еще выше.

Ключевые слова: заболеваемость, коронавирусная инфекция, школьники, дистанционная и очная форма обучения.

THE INCIDENCE OF COVID-19 SCHOOLCHILDREN IN KAZAKHSTAN DURING DISTANCE LEARNING

B.S. Imasheva¹, A.M. Askarov¹, M.S. Imashev², G.S. Terlikbaeva¹

¹ RGP on the PCV “National Center of Public Health” of the Ministry of Health of the Republic
of Kazakhstan

² NAO “Astana Medical University”

b.imasheva@hls.kz, a.askarov@hls.kz, g.terlikbayeva@hls.kz

SUMMARY

The article presents data on monitoring the incidence of coronavirus infection of schoolchildren during distance learning. As a result, it was revealed that the morbidity of schoolchildren who are on

distance learning was 25% higher than among full-time students, and even higher in some regions.

Key words: morbidity, coronavirus infection, schoolchildren, distance and full-time education.

ВВЕДЕНИЕ

Пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19), ставшая глобальной проблемой человечества вызвана вирусом SARS-CoV-2, вспышка которой впервые была зарегистрирована в декабре 2019 года в г. Ухань, Китайской Народной Республики. В Казахстане первые случаи COVID-19 выявлены 13 марта 2020 года среди лиц, прибывших из Германии. Случаи болезни в последующем в геометрической прогрессии увеличились во всем мире. Высокая миграционная активность населения способствовала распространению новой коронавирусной инфекции по всему миру. В современных условиях, когда в стране и мире активно распространяется COVID-19, функционирование всех сфер жизнедеятельности сильно изменилось. В Казахстане в связи с угрозой массового распространения инфекции Главой государства было объявлено чрезвычайное положение. В целях предотвращения дальнейшего распространения коронавирусной инфекции, Министерство образования и науки РК рекомендовало школам перейти на дистанционную форму обучения.

В этот период система образования во всем мире приняла меры по организации образования в условиях пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19). Пришлось столкнуться с неожиданными трудностями в связи с введением режима самоизоляции [1]. Дистанционное обучение должно было исключить контакты среди учащихся и включать в себя все элементы учеб-

ного процесса, что в совокупности дает универсальный способ общения учителя с учащимися. В результате получается универсальный аппарат развития детей, позволяя общаться не только с определенным кругом людей по какому-то определенному вопросу, но и расширяя при этом возможности решения поставленных задач, проблем [2].

Дистанционное образование (ДО) заменило традиционный метод очного обучения и стало основным методом обучения школьников. ДО – это запланированная учебная деятельность, выполняемая отдельными людьми в разных местах, которые общаются и взаимодействуют друг с другом с помощью технологических инструментов. Для осуществления дистанционного обучения преподаватели должны владеть активными методами обучения и помогать, обучающимся формировать, собственные стили обучения в онлайн-режиме, овладевать возможностями платформы онлайн-обучения и необходимым программным обеспечением, преодолевать трудности и барьеры электронного общения. Для эффективного управления онлайн-курсом преподавателям нужно использовать инструменты стимулирования обучающихся к освоению дисциплин, вырабатывать у них навыки соблюдения сроков выполнения заданий, осуществлять своевременную оценку работ и предоставлять оперативную обратную связь [3].

Целью работы явилось проведение мониторинга за заболеваемостью коронавирусной

инфекцией (КВИ) школьников в период дистанционного обучения и его влияния на заболеваемость среди них.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследования проведены на основе официальной ежедневно представляемой статистической информации по заболеваемости школьников по всем областям и городам республиканского значения в Оперативный центр по чрезвычайным ситуациям в общественном здравоохранении Национального центра общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

РЕЗУЛЬТАТЫ

2020-2021 учебный год школьники нашей

страны в основной массе занимались в дистанционном формате за исключением учащихся 1,4,9,11 классов, которые посещали школу и учащихся малокомплектных школ вместимостью до 300 человек, согласно Постановления Главного государственного санитарного врача РК, в зависимости от эпидемиологической ситуации в РК регионах.

Нами проведен анализ заболеваемостью коронавирусом инфекцией за один учебный год в разрезе 14 областей и 3 городов республиканского значения. Всего в Казахстане функционировало 7 099 школ, в которых обучалось за 2020-2021 учебный год 3 414 527 школьников. Количество школ и учащихся в разрезе регионов представлено в таблице №1.

Таблица 1.

КОЛИЧЕСТВО ШКОЛ И УЧАЩИХСЯ В ШКОЛАХ РК

п/п	Название территорий	Количество школ	Количество учащихся в школах
1	Акмолинская	546	130 134
2	Актюбинская	401	157 053
3	Алматинская	765	432 318
4	Атырауская	196	134 838
5	Восточно-Казахстанская	646	191 758
6	Жамбылская	442	238 174
7	Западно-Казахстанская	380	111 282
8	Карагандинская	490	193 719
9	Костанайская	493	109 883
10	Кызылординская	296	170 843
11	Мангистауская	147	158 490
12	Павлодарская	356	111 536
13	Северо-Казахстанская	464	71 818
14	Туркестанская	916	498 895
15	г. Алматы	264	288 246
16	г. Нур-Султан	127	195 021
17	г. Шымкент	170	220 519
	Всего по РК	7 099	3 414 527

Следующим этапом наших исследований было: определение общего количества случаев COVID-19 среди школьников, обучающихся в офф-лайн и он-лайн формате и из их числа заболевших учащихся по областям и городам республиканского значения.

Количество учащихся обучавшихся в очной форме обучения (офф-лайн формате) составило по республике – 1 180 589 человек или 34,5%, на дистанционной форме обучения он-лайн формате) – 2 233 938 человек или 65,5%.

Так, на рисунке 1. показано количество выявленных случаев заболевания школьников коронавирусной инфекцией. Наибольшее количество случаев заболевания COVID-19 выявлено среди учащихся средних школ в городах Нур-Султан, Алматы, Карагандинской, Павлодарской, Акмолинской, Алматинской и Западно – Казахстанской областях, где выявлено от 1338 случаев в Западно-Казахстанской области до 5145 случаев в г. Нур – Султан. Значительно ниже уровень заболевших школьников в Жамбылской, Туркестанской областях.

станской, Кызылординской и Актюбинской областях, где количество заболевших школьников

составило от 374 в Жамбылской до 625 в Актюбинской областях.

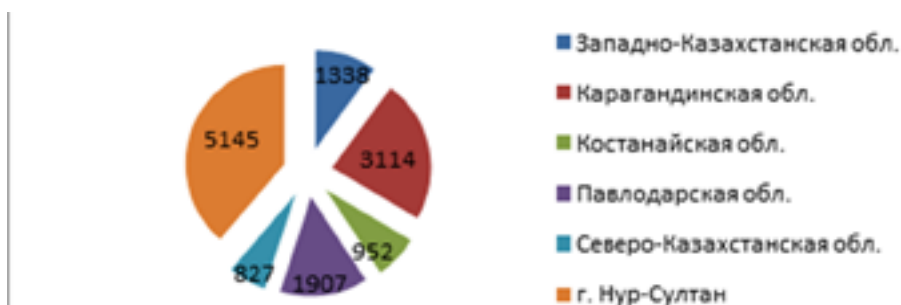


Рисунок 1- Общее количество случаев КВИ среди учащихся школ

На рисунке 2. представлено количество школьников обучавшихся в очном формате, наибольшее количество учащихся посещали школы в Жамбылской, Алматинской, г. Шымкент, Ман-

гистауской и Карагандинской областях, и наименьшее количество в Северо-Казахстанской и Костанайской областях.

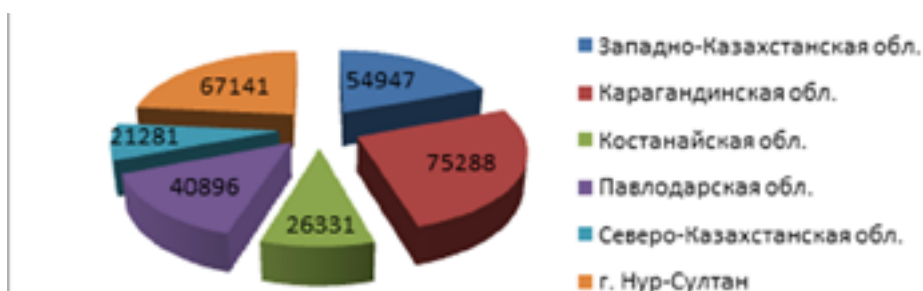


Рисунок 2. Количество учащихся обучавшихся в офф-лайн формате

На рисунке 3 показано количество школьников заболевших коронавирусной инфекцией обучавшихся в очном формате. Следует, отметить, что наибольшее количество школьников в офф-лайн формате обучалось в Карагандинской области и соответственно и заболело 1642 учащихся, что составило 2,2%. В г. Нур-Султан очно обучалось 67141 человек, заболело 813 учащихся – 1,1%. В Павлодарской области заболело КВИ 619 школьников, что составило 1,5%. В Северо-Казахстан-

ской области в офф-лайн формате обучалось меньше всего школьников по сравнению со всеми областями РК, однако, заболело 539 учащихся, что составило 2,5%. Полученные данные, свидетельствуют о том, что учащиеся при посещении школ, меньше болеют по сравнению со школьниками, которые обучались дистанционно. Вероятно, это связано с более высоким контролем со стороны школьной администрации, соблюдения всех санитарных норм и правил.

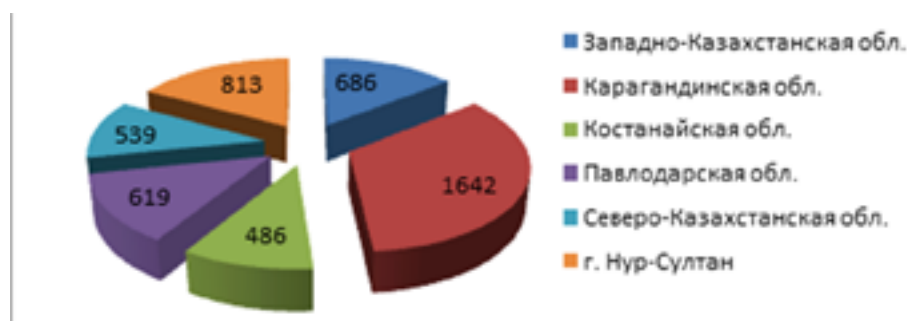


Рисунок 3. Количество школьников заболевших КВИ, обучавшихся в очном формате

На рисунке 4. показано общее количество школьников обучавшихся дистанционно. Так, наибольшее количество учащихся в г. Нур-Султан

-127880 человек, затем Карагандинской и Павлодарской областях.

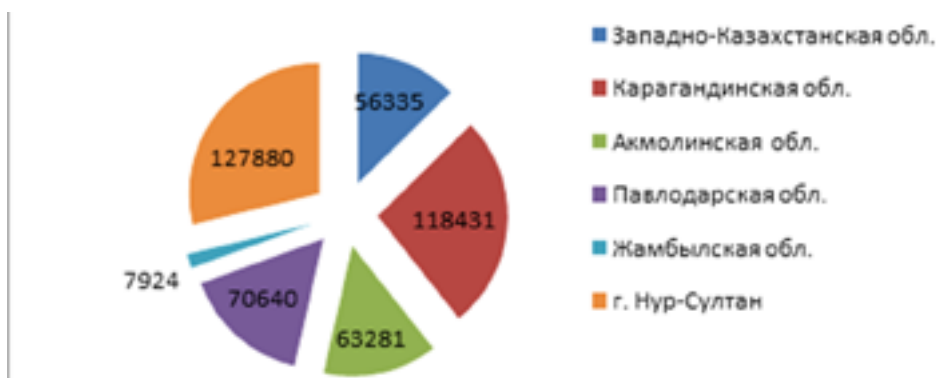


Рисунок 4. Общее количество школьников обучавшихся дистанционно

Анализ, проведенных исследований в целом по Казахстану показал, что заболеваемость школьников обучавшихся в он-лайн формате (дистанционно) оказалась на 25 % выше, чем заболеваемость школьников обучавшихся в офф-лайн формате или очно.

Удельный вес заболевших коронавирусной инфекцией среди учащихся в он-лайн формате (дистанционно) составил 0,85 % или 19 028 школьников из 2 236 577 обучавшихся в данном формате.

Удельный вес заболевших коронавирусной инфекцией среди учащихся в офф-лайн формате составил 0,65 % или 7792 школьника из 1 193 041 обучавшихся в данном формате.

При анализе данных в разрезе регионов тенденция увеличения числа заболевших школьников КВИ на дистанционной форме обучения носит более выраженный характер. Так в г. Нур-Султан на дистанционной форме обучения находилось 127 880 учащихся, на очной форме

67 141 или в 1,9 раза больше. В тоже время, количество заболевших школьников находящихся на дистанционной форме ссоставило – 4332, против – 813 заболевших на офф-лайн обучении, что в 5,3 раза выше. Аналогичные данные выявлены в Павлодарской области, где заболело 1288 учащихся на дистанционной форме обучения, что в 2,0 раза превышает число заболевших с очным форматом обучения. В Алматинской и Атырауской областях заболеваемость школьников КВИ на дистанционной форме обучения превышает заболеваемость учащихся в очной форме обучения в 10,8 и 6,1 раза, при том, что разница в количестве обучаемых в дистанционном и очном формате не превышает 2 раз.

Вероятно, это связано с ослаблением контроля за соблюдением санитарных правил и требований в домашних условиях, большей самостоятельностью/свободой действий учащихся и соответственно большим количеством контактов школьников с остальным населением в общественных местах.

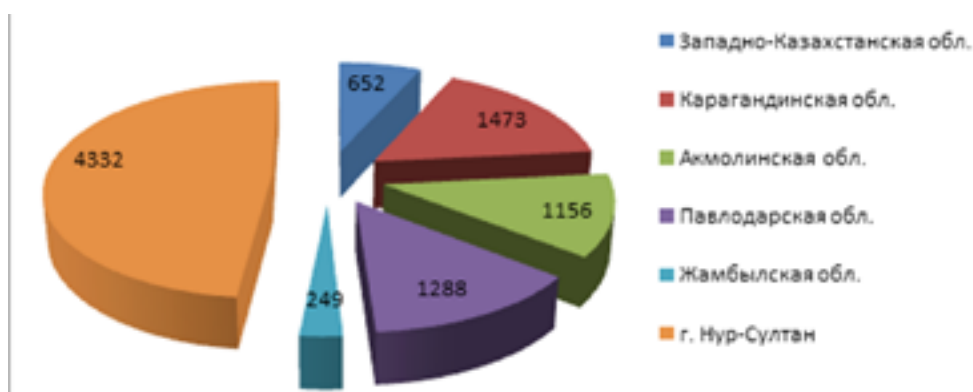


Рисунок 5 – количество школьников, заболевших КВИ при дистанционной форме обучения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В условиях, когда невозможно осуществлять образовательный процесс в традиционной форме и традиционными средствами, существуют альтернативы. Альтернативные формы, методы и средства обучения не могут полностью заменить традиционные и они требуют уточнения и доработки, но в случаях форс-мажорных обстоятельств могут прийти на помощь. Перевод большей части учащихся школ на дистанционную форму обучения не привел предупреждению и ожидаемому снижению заболеваемости коронавирусной инфекцией среди них. Наоборот, заболеваемость школьников, находящихся на дистанционной форме обучения оказалась на 25% выше, чем среди учащихся в очной форме обучения, а в ряде регионов эти показатели еще выше.

С сентября 2021 года обучение школьников начато в очном формате при этом необходимо по возможности обеспечить вакцинацию преподавательского состава, вспомогательного персонала против коронавирусной инфекции и обеспечить безусловное соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в образовательных организациях.

К сожалению, в настоящее время практически отсутствуют аналогичные исследования по другим странам, чтобы подтвердить или опровергнуть полученные данным исследованием результаты по заболеваемости коронавирусной инфекцией школьников в Казахстане.

Вместе с тем, имеется много данных по различным странам о снижении качества образовательного процесса в дистанционном форме обучения.

Так в совместном заявлении экспертов по вопросам здравоохранения Великобритании го-

ворится, что «Провалы в образовании для детей куда серьезнее риска заболеть COVID-19». Также отмечается, что удаленное обучение обострило социальное неравенство. И Англия не единственная страна, где это так: в Испании 15 процентов школьников просто не имели технической возможности заниматься онлайн. А в более бедных странах, например, Индии, этот процент выше — там доступа к дистанционке не имеет больше половины школьников [4].

ВЫВОДЫ

Для оценки заболеваемости коронавирусной инфекцией школьников, необходимо дальнейшее всестороннее исследование для последующей выработки рекомендаций по принятию оптимального решения по формату обучения учащихся.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Лутфуллаев Г.У., Лутфуллаев У.Л., Кобилова Ш.Ш., Неъматов У.С. Опыт дистанционного обучения в условиях пандемии covid-19//Проблемы педагогики -2020г.-№4(51) с. 66-69.
- 2.Абдуллаев Д.А., Мещурова З.М. Организация дистанционного обучения в школе//Мир науки, культуры, образования-2019г.-№3(76). – с. 168-169.
3. Новоселова Д. В., Новоселов Д. В. Дистанционное обучение в условиях пандемии// //Психология, педагогика, экономика и управление-2020г.- №3 (11) с.35-39.
4. https://aif.ru/society/education/uroki_vtoroy_volny_kak_shkolniki_mira_uchatsya_v_pandemiyu

**ЖҰҚПАЛЫ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН-АЛУ
ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
NONCOMMUNICABLE DISEASE PREVENTION**

УДК 614.71-3:614.771

**ЖАҒАНДЫҚ КЛИМАТТЫҢ ӨЗГЕРУІНІҢ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
ХАЛЫҚЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ
(шолу мақаласы)****Е.Т. Тоқбергенов, Қ.А. Асқаров****ҚР ДСМ «Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы» ШЖҚ РМК
azpp60@mail.ru, kuandyk103@mail.ru****ТҮЙІНДЕМЕ**

Адам денсаулығына әсер ететін маңызды факторға климаттың өзгеруі жатады, әсіресе ауа мен судың физикалық қасиеттері адам ағзасына және оның денсаулығына өте қажет болып табылады. Мысалы, күндік ауа температурасының 1°C-қа жоғарылауы цереброваскулярлық жүйе жағдайына теріс әсер етеді, церебральды қан тамырларының патологиялық өзгерістері

өлімге себебі болып, жүректің ишемиялық ауруынан кейін екінші орын алады. Егде жастағы және ауру адамдарда ауа-райының шамадан тыс ысуы созылмалы өкпе мен жүрек жеткіліксіздігін күшейтеді, олардың ағзасы ысып, бұлшықет құрысулары мен қан тамырлы тарылуымен сипатталады.

Түйін сөздер: климат, экологиялық жағдай, аурушаңдық, ауа температурасы.

**ВЛИЯНИЕ ГЛОБАЛЬНОГО ИЗМЕНЕНИЯ КЛИМАТА
НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
(обзорная статья)****Е.Т. Токбергенов, К.А. Аскаров****РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» МЗ РК
azpp60@mail.ru, kuandyk103@mail.ru****РЕЗЮМЕ**

Важным фактором, оказывающим влияние на здоровье человека, являются изменения климата, особенно изменяются физические свойства воздуха и воды, которые жизненно необходимы для организма человека и его здоровья. Так повышение температуры воздуха в день на 1°C негативно влияя на состояние цереброваскулярной системы является причиной смерти от патологических изменений церебральных кровеносных

сосудов и занимает второе место после ишемической болезни сердца. Избыточное тепло у пожилых и больных людей усугубляет хроническую легочную и сердечную недостаточность, которые сопровождаются тепловым ударом, мышечными судорогами, спазмами сосудов от перегрева.

Ключевые слова: климат, экологическая ситуация, заболеваемость, температуры воздуха.

IMPACT OF GLOBAL CLIMATE CHANGE ON THE HEALTH OF THE POPULATION OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN (review article)

E. Tokbergenov, K. Askarov

«National Center for Public Health» of the Ministry of Healthcare of the Republic Kazakhstan
azpp60@mail.ru, kuandyk103@mail.ru

SUMMARY

Climate change is an important factor affecting human health, especially the physical properties of air and water, which are vital for the human body and its health, are changing. Thus, an increase in air temperature per day by 1 ° C negatively affecting the state of the cerebrovascular system is the cause of death from pathological changes in cerebral

blood vessels and ranks second after coronary heart disease. Excessive heat in elderly and sick people aggravates chronic pulmonary and heart failure, which are accompanied by heat stroke, muscle cramps, vascular spasms from overheating.

Keywords: climate, ecological situation, morbidity, air temperatures.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время изменение климата рассматривается как один из важных факторов, оказывающих влияние на здоровье человека. По оценкам ВОЗ климатические изменения в настоящее время являются причиной примерно 150 тыс. преждевременных смертей в мире и 55 млн. человеко-лет нетрудоспособности в среднем в год (что составляет, соответственно, 0,3% и 0,4% мировых показателей смертности и нетрудоспособности) [1].

Из года в год в Казахстане все больше ухудшается экологическая ситуация. Понимание взаимосвязи между климатом и здоровьем человека является основой для принятия защитных мер, в связи с чем, согласно программе ВОЗ, необходима подготовка органов здравоохранения (адаптация) к изменению климата: обмен опытом, результатами научных исследований, информацией, технологиями и методическими разработками в области изменения климата, окружающей среды и охраны здоровья [1,2].

Основным риском влияния изменения климата на здоровье человека и увеличение смертности населения является, прежде всего, повышение температуры воздуха и рост повторяемости и продолжительности волн тепла. За последние 10 лет в Республике Казахстан наблюдается постепенное повышение температуры воздуха [1,3]. И, согласно прогнозам ученых, температу-

ра воздуха продолжит повышаться и в последующие десять лет (по разным источникам, от 1 до 1,5 °C). Вместе с этим, участились так называемые «магнитные» дни. То есть, несколько дней подряд в воздухе держится довольно высокая температура (в разрезе одного месяца можно заметить невыносимую жару днем и резкий холод ночью).

По результатам исследований ученых, повышение температуры воздуха в день на 1°C с первого летнего месяца ведет к увеличению cerebrovasкулярных заболеваний (что ведет к патологическим изменениям церебральных кровеносных вен). А смертность от данного вида заболевания стоит на втором месте после ишемического заболевания сердца. Вместе с этим, климатические изменения оказывают негативное влияние на воздух и воду, которые жизненно необходимы для организма человека и его здоровья. Так, климатические изменения могут привести к проблеме дефицита питьевой воды. Уменьшение водных ресурсов, в свою очередь, приведет к дисбалансу в сельском хозяйстве, что, несомненно, скажется на здоровье и жизни в целом всего населения [3,4,5,6].

Избыточное тепло может усугубить хроническую легочную и сердечную недостаточность, особенно у пожилых и больных людей. Даже для здоровых людей продолжительная и интенсивная жара может привести к значительным

расстройствам здоровья, сопровождающимся тепловым или солнечным ударом, мышечными судорогами, спазмами сосудов от перегрева. Особенно страдают от последствий глобального потепления пожилые люди, младенцы, пациенты с хроническими заболеваниями, а также те, чья профессия связана с тяжелой физической работой на открытом воздухе [3,6,7].

РЕЗУЛЬТАТЫ

Согласно исследованиям ученых, с 1980 года средняя температура на земном шаре поднялась на 1 °С. И, если коснуться глубже, то 19 климатических изменений из 20 приходится на последние пол века. Несмотря на некоторые расхождения мнений ученых по поводу изменения климатических условий, все они сходятся в одном: это ни к чему хорошему не приведет. К примеру, по словам аналитиков, наводнения, произошедшие с 1980 годов, нанесли ущерб экономике населения Евросоюза на сумму более 90 миллиардов евро. В связи с этим, все чаще ставится вопрос об обращении внимания мирового сообщества на проведение научных исследований в области изменения климата окружающей среды, особенно, природно-климатических изменений, тесно связанных с сельским хозяйством, обеспечивающим продовольственную безопасность. И эта тема как никогда важна, прежде всего, для нашего государства, где широкое развитие получают сельское и животноводческое хозяйства.

Если остановиться на климате Казахстана, то можно отметить, что за последние 10 лет в стране наблюдается постепенное повышение температуры воздуха. И, согласно прогнозам ученых, температура воздуха продолжит повышаться и в последующие годы. Вместе с этим, участились так называемые «магнитные» дни. То есть, в последние годы несколько дней подряд в воздухе держится довольно высокая температура. Увеличение таких жарких дней наблюдалось и в этом году. Так, в разрезе одного месяца можно было заметить невыносимую жару днем и резкий холод ночью.

К этому добавим экстремальные явления природы, или – наводнения и ливневые дожди, ведущие к селевым потокам и сходам. Данные и другие природные явления оказывают нега-

тивное воздействие на климатические изменения, а также на здоровье и жизнь человека. Так, климатические изменения могут привести к проблеме дефицита питьевой воды. Уменьшение водных ресурсов, в свою очередь, приведет к дисбалансу в сельском хозяйстве, что, несомненно, скажется на здоровье и жизни в целом всего населения.

Согласно сведениям Евросоюза, один только человек в год выбрасывает в окружающую среду 5 тонн отходов. Выделение большого количества углекислого газа в воздух также связано, прежде всего, с постоянным использованием человечеством продукции нефти и угля. Например, только в Казахстане 87 млн. тонн нефти потребляется для производства электрической энергии. К сожалению, страны монополисты не спешат переходить на альтернативные источники энергии. Так, по данным экспертов Ассоциацией экологических организаций Казахстана, Фонда имени Konrada Adenauera совместно с акимом города Алматы, на «круглом столе» на тему: «Обсуждение проблем по оздоровлению окружающей среды города Алматы», всесторонне рассматривался данный вопрос. Помимо этого, Министерством здравоохранения РК запланировано проведение схематичного анализа расхода энергии и устойчивости к экстремальной погоде медицинских учреждений. А также тесное взаимодействие органов здравоохранения с организациями сельского хозяйства и водных ресурсов в целях охраны здоровья населения от воздействий климатических условий.

Необходимо отметить, что климат Казахстана за последние десятилетия стал более неустойчивым. Для сравнения, зимой температура воздуха достигает минус 40 градусов, а летом – плюс 40 градусов. Это, конечно, не может не сказываться на здоровье человека. Мегаполисы загрязняют воздух, так как перемещение чистого воздуха в городах затруднено. К тому же рынки, расположенные внутри городов и его близи, наполнены мусором и бытовыми отходами. В связи с этим становится актуальным вопрос о необходимости сбора мусора, его переработке и полезном использовании, т.е. о необходимости строения заводов по переработке ТБО с использованием зарубежного опыта.

Изменение климата в регионах напрямую связано с загрязнением окружающей среды в крупных городах, отсутствием должного внимания проблеме бытовых отходов и очистке от мусора рек и озер. В мире есть город Мехико с 20 миллионным населением, города Тегеран, Шанхай, Нью-Йорк, Лос-Анжелес, Лондон, Стамбул, Токио и Москва с 17 миллионным населением. И конечно же трудно сопоставить с ними относительно небольшие города в Казахстане.

В ряды чистых городов земного шара можно отнести города, расположенные в Европе. Здесь большое внимание уделяется обращениям и пожеланиям жителей. Например, в немецком городе Франкфурт, расположенном возле реки Майн, воздух сравним с чистым горным воздухом. Здесь есть и экологические улицы, где вместо камней высажены деревья и цветы, превращенные в большие аллеи. По просьбе горожан и другие улицы превращаются в «экологические». А мы же, не можем очистить реку Есентай, текущую в городе Алматы. Не можем решить проблему с переработкой твердых бытовых отходов, вывозимых ежедневно. Ядовитый газ, выделяемый миллионных тонн отходов, собираемых на мусорных полигонах, не только отравляет окружающую среду, но и увеличивает количество углекислого газа, а также влияет на изменение климата.

Одним из путей решения данной проблемы эксперты считают активизацию деятельности общественных организаций. Так как, сами организации и учреждения сферы экологии не всегда понимают свои обязанности и ответственность. Видя противоправные действия в отношении загрязнения природы, не проявляют активность по их предупреждениям и недопущениям, из года в год увеличивается количество природных чрезвычайных ситуаций и растет их сложность.

Таким образом, что ни говори, а изменения климатических условий сегодня стала одной из актуальных проблем. И она влияет не только на экологию, но и на социально-экономическое положение, здоровье и другие сферы жизнедеятельности страны. Поэтому необходимо раньше начать предупреждение данного явления. Для этого нужен переход на «зеленую экономику».

На настоящий момент времени в этом направлении хорошие результаты показывают такие страны, как Германия и Южная Корея. В связи с этим и Казахстан вынужден прибегнуть к примерам передовых стран мира [3,6]. Важный шаг перехода на «зеленую экономику» – это работа над переработкой мусора, промышленных и бытовых отходов и вторичного их использования, над ветровой энергией и экономией электроэнергии. Работа в этих направлениях начата, и об этом мы поговорим в следующем материале.

Согласно данным Регионального экологического центра Центральной Азии, самые южные области, такие, как Алматинская, Жамбылская и Туркестанская, а также Западный Казахстан, Атырау и Мангыстау, наиболее подвержены изменению климата в виде усиления засухи (рисунок 1) [5,7].

Сектор здравоохранения больше всего страдает от жары и засухи на местном уровне. Количество обращений в больницу в среднем увеличивается на каждый градус выше 25°C. Воздействие сильно связано с кардиологическими и респираторными заболеваниями и уровнем ожирения. Кроме того, пожилые люди более уязвимы по сравнению с молодыми. Также существует прямая взаимосвязь между несчастными случаями во время труда, дорожным движением и жарой.

Высокие риски, спровоцированные жарой, наблюдались и у людей с заболеваниями нервной системы (симптомы дисфории, преобладание тоскливо-злобного, раздражительного, агрессивного настроений, бессонницей).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Потепление климата оказывает влияние на частоту распространенности природно-очаговых заболеваний, изменяя условия существования популяций их переносчиков и условия развития возбудителей в переносчике, что влечет за собой изменение путей и зоны распространения многих болезней человека и животных. Так, например, потепление климата будет способствовать расширению границы распространения переносчиков клещевого энцефалита, геморрагической лихорадки, расширению ареала малярии, чумы, сибирской язвы и т.д.

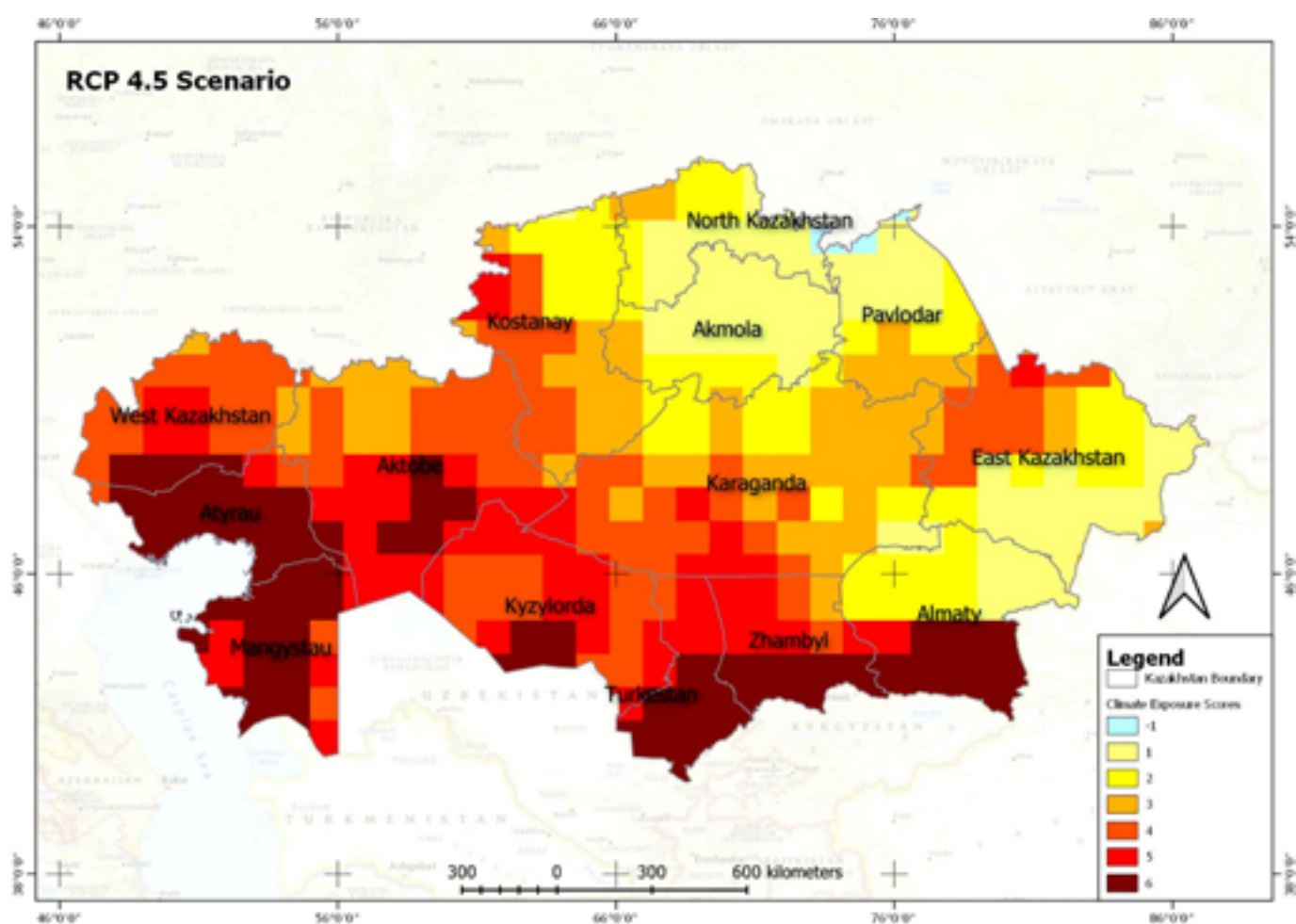


Рисунок 1. Воздействие изменения климата для Казахстана

Продолжительный период высокой температуры воздуха, ранняя теплая весна и длительная осень могут явиться причиной периодических всплесков заболеваемости тифопаратифозными заболеваниями в южных регионах страны (сальмонеллезные инфекции, острые кишечные инфекции, энтеровирусные инфекции, острые вирусные гепатиты).

Глобальное потепление уже сегодня сказывается на здоровье миллионов людей во многих частях мира, и особенно страдают от изменения климата дети и пожилые люди. Основываясь на ключевых показателях непосредственных и долгосрочных угроз для здоровья от изменения климата, эксперты выделили пять наиболее серьезных негативных факторов для детского организма.

1. Бактерии, патогенные микроорганизмы, вызывающие диарею, особенно хорошо развиваются в условиях влажного и теплого климата. Потепление уже чувствуется в странах Балтии и на северо-востоке США. Наиболее опасны

бактерии *Vibrio cholerae*: изменение климата повышает вероятность вспышек болезни в тех странах, в которых ранее она не встречалась, пишут авторы Lancet Countdown. То же самое относится к вирусам, которые передаются комарами, такими как возбудитель лихорадки денге. Глобальное потепление позволяет комарам распространяться на север. Согласно отчету, почти половина населения мира в настоящее время вынуждена жить с риском развития денге.

2. Повышение температуры влияет на урожайность. По всему миру собрано на 4% меньше кукурузы, на 6% меньше озимой пшеницы, на 3% меньше сои и на 4% меньше риса по сравнению с 1989 годом. Последствия недоедания для детей – это задержка роста, ослабление иммунной системы и нарушения развития.

3. Из-за изменения климата периоды цветения растений удлиняются, что увеличивает количество пыльцы, т.е. аллергии, которое наиболее распространенное хроническое заболевание.

4. Дети будут дышать «отравленным» воздухом, что скажется на функции легких и увеличении риска сердечно-сосудистых заболеваний.

5. Жара – это очередной фактор увеличения смертности. Количество жертв в жаркие сезоны сопоставимо с количеством смертельных случаев от ежегодной эпидемии гриппа. 2018 год поставил своеобразный рекорд, когда «220 миллионов человек в возрасте старше 65 лет во всем мире подвергались воздействию особенно высоких температур в течение длительного периода времени».

ВЫВОДЫ

Оценка последствий изменения климата для здоровья может быть только весьма приближенной. Тем не менее, согласно оценке ВОЗ, учитывающей только ряд возможных последствий для здоровья, и исходя из предположения о продолжении экономического роста и прогресса в области здравоохранения, был сделан вывод о том, что изменение климата, как ожидается, вызовет порядка 250 000 смертей дополнительно в год в период 2030 по 2050 год от общей смертности населения (38 000 человек пожилого возраста умрут из-за жары, 48 000 – из-за диареи, 60 000 – из-за малярии и 95 000 – из-за детского недоедания).

Изменения климатических условий сегодня влияет не только на экологию, но и на социально-экономическое положение, здоровье и другие сферы жизнедеятельности человека. Поэтому необходимо раньше начать предупреждение данного явления. В связи с этим и Казахстану необходимо прибегнуть к примерам передовых стран мира, как Германия, Южная Корея и др.,

которые показывают хорошие результаты в направлении перехода на «зеленую экономику»: применение ветровой и солнечной энергии, экономия электроэнергии с переработкой промышленных и бытовых отходов и вторичное их использование.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Edenhofer O, R. Pichs-Madruga, Y. Sokona et al. Summary for Policymakers. Climate Change – 2014. – p. 19.
2. Mitigation of Climate Change Contribution of Working Group III to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge, United Kingdom and New York, NY, USA.: Cambridge University Press; – 2019. P. 136-138
3. Robine JM, Cheung SL, Le Roy S et al. Death toll exceeded 70,000 in Europe during the summer of 2003. C R Biol. – 2018; 331(2). P. 17-18.
4. Zhou XN, Yang GJ, Yang K et al. Potential Impact of Climate Change on Schistosomiasis Transmission in China. Am J Trop Med Hyg. – 2018; 78(2). P. 88-94.
5. WHO. Quantitative risk assessment of the effects of climate change on selected causes of death, 2030s and 2050s. Geneva: World Health Organization, – 2014. – p. 66.
6. The 2019 report of The Lancet Countdown on health and climate change: ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate – 2019. P. 1836-1878
7. Climate Change Adaptation and Mitigation Program in the Aral Sea Basin (CAMP4ASB) : <http://zhetysu-gazeti.kz/news/cat-9/2917>

УДК: 614.613.96/330.659.1 (574)

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ТАМАҚ ӨНІМДЕРІ МЕН СУСЫНДАРДЫҢ БАЛАЛАРҒА БАҒЫТТАЛҒАН ТЕЛЕВИЗИЯЛЫҚ ЖАРНАМАСЫНЫҢ СИПАТТАМАСЫ

Ш.З. Абдрахманова, А.А. Адаева, Т.И. Слажнева, А.А. Акимбаева, Н.А. Сулейманова,
М. Жуманова

ҚР ДСМ «Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы» ШЖҚ РМК
sh.abdrahmanova@hls.kz, 010845@mail.ru, adai-taji@mail.ru, anar_a29@mail.ru,
suleimanova72@mail.ru, morch_kz@mail.ru

ТҮЙІНДЕМЕ

Мақалада ДДҰ-ның ұсынысы бойынша балаларға бағытталған маркетингке рұқсат етілмеген тамақ өнімдерінің теледидарлық жарнамасын алғашқы ұлттық зерттеу нәтижелері келтірілген. Зерттеу 2018 жылы Қазақстан Республикасында жүргізілді. Онда қаныққан майлар, бос қант және/немесе тұз мөлшері жоғары өнімдердің теледидарлық жарнамасының балаларына әсер ету ауқымы мен сипаты қарастырылады. Жалпы, тамақ өнімдері мен сусындарды жарнамалау барлық жарнамалар арасында ең көп таралғаны анықталды (32,8%). Сусындар азық-түлік жарнамасының 22,0%-ын құрады, одан кейін шоколад, кондитерлік өнімдер және энергетикалық батончик (17,1%), йогурт, қаймақ және ұқсас өнімдер

(10,6%). Теледидарда жарнамаланған өнімдер мен сусындардың 72,3%-ы балаларға жарнамалау мен маркетинг үшін тыйым салынған.

Мақалада сондай-ақ алынған нәтижелерді Ресей Федерациясы мен Қырғыз Республикасында жүргізілген ұқсас зерттеулермен салыстыру келтірілген.

Зерттеу нәтижелерін теледидарда да, басқа бұқаралық ақпарат құралдарында да құрамында қаныққан майлар, бос қант және/немесе тұз мөлшері жоғары өнімдердің маркетингін шектеу және реттеу саясатын анықтайтын адамдар қолдана алады.

Түйін сөздер: ТД маркетингі, балалар, құрамында май, қант және/немесе тұзы көп азық-түліктер

ХАРАКТЕРИСТИКА ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА ДЕТЕЙ ТЕЛЕВИЗИОННОЙ РЕКЛАМЫ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ И НАПИТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Ш.З. Абдрахманова, А.А. Адаева, Т.И. Слажнева, А.А. Акимбаева, Н.А. Сулейманова, М. Жуманова

**РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» МЗ РК
sh.abdrahmanova@hls.kz, 010845@mail.ru, adai-taji@mail.ru, anar_a29@mail.ru,
suleimanova72@mail.ru, morch_kz@mail.ru**

РЕЗЮМЕ

В статье представлены результаты первого национального исследования телевизионной рекламы продуктов питания, которые по рекомендации ВОЗ не разрешены к маркетингу, ориентированному на детей. Исследование проведено в Республике Казахстан в 2018 году. В нем рассматриваются масштабы и характер воздействия на детей телевизионной рекламы продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, свободных сахаров и / или соли. Выявлено, что в целом, реклама продуктов питания и напитков является наиболее распространенной (32,8%) среди всех реклам. Напитки составили 22,0% объема пищевой рекламы, за которыми следовали шоколад, кондитерские изделия и энергетические батончики (17,1%), йогурт, сметана и

аналогичные продукты (10,6%). 72,3% рекламируемых на телевидении продуктов и напитков запрещены для рекламы и маркетинга детям.

В статье также приводится сравнение полученных результатов с аналогичными исследованиями, проведенными в Российской Федерации и Кыргызской Республике.

Результаты исследования могут быть использованы лицами, определяющими политику по ограничению и регулированию маркетинга продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, свободных сахаров и / или соли как на телевидении, так и в других средствах массовой информации.

Ключевые слова: ТВ маркетинг, дети, продукты с высоким содержанием жиров, сахара и/или соли

CHARACTERISTICS OF TV FOOD AND BEVERAGES MARKETING TO CHILDREN IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Sh. Z. Abdrakhmanova, A. A. Adayeva, T. I. Slazhnyova, A. A. Akimbayeva, N. A. Suleimanova,
M. Zhumanova

«National Center for Public Health» of the Ministry of Healthcare of the Republic Kazakhstan
sh.abdrahmanova@hls.kz, 010845@mail.ru, adai-taji@mail.ru, anar_a29@mail.ru,
suleimanova72@mail.ru, morch_kz@mail.ru

SUMMARY

The article presents the results of the first national study of television advertising of food not allowed for marketing to children according to WHO recommendations. The study was conducted in the Republic of Kazakhstan in 2018. It examines the extent and nature of the impact on children of television advertising of foods high in saturated fats, free sugars and/or salt. It was revealed that in general, food and beverage advertising is the most common (32.8%) among all ads. Soft drinks accounted for 22.0% of food advertising, followed by chocolate, confectionery and energy bars (17.1%), yogurt,

sour cream and similar products (10.6%). 72.3% of food and drink advertised on television are not permissible for marketing to children.

The article also compares the results obtained with similar studies conducted in the Russian Federation and the Kyrgyz Republic.

The results of the study can be used by policymakers to restrict and regulate the marketing of food high in saturated fats, sugars and/or salt, both on television and in other media.

Key words: TV marketing, children, food high in fat, sugar and/or salt

ВВЕДЕНИЕ

За последние десятилетия во многих странах мира окружающая среда в отношении питания в значительной мере стала способствовать росту показателей избыточной массы тела и ожирения, как среди взрослых, так и среди детей. Доступность, продвижение и рост потребления продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжиров, свободных сахаров и/или соли (далее продукты ВЖСС) и снижение потребления более здоровых по питательной ценности продуктов (овощей и фруктов) являются ключевыми элементами пищевой среды- потенциальной детерминанты роста ожирения [1-4].

Важным аспектом среды, способствующей нездоровому питанию и ожирению, является маркетинг пищевых продуктов. Дети и молодежь –это группа населения, на которую нацелены маркетинговые стратегии пищевой индустрии [2,3].

По международным данным реклама продуктов питания, в частности, ориентированная на детей и молодежь, преимущественно сконцентрирована на продвижении продуктов ВЖСС, таких как сладкие безалкогольные напитки, сладости, фаст-фуд, сухие завтраки, также отмечается увеличение количества рекламы нездоровой

пищи [1,3,5]. Результаты и выводы многих исследований основаны на изучении телевизионной рекламы пищевых продуктов. Продвижение продуктов ВЖСС составляет основную долю среди рекламы пищевых продуктов на телевидении [6-9]. Так, например, изучение телевизионной рекламы продуктов питания, ориентированной на детей в Австралии, ряде стран Азии, Западной Европы, Северной и Южной Америки показало, что реклама нездоровых продуктов питания и напитков составила от 53% до 87% всей пищевой рекламы [5-10], в Германии этот показатель был самым высоким-87% пищевой рекламы на телевидении составляла реклама неосновных (менее полезных для здоровья) продуктов питания (2008) [11].

По данным исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC) за 2017-2018гг. в Казахстане около половины детей и подростков проводят два и более часов в день за просмотром телевизора (42% 11-летних и 51% 15-летних детей) [12]. В другом исследовании в рамках Европейской инициативы ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением, 2020 г. (the Childhood obesity surveillance initiative, COSI) выявлено, что в стране 23,2% детей 6-9

лет проводят два и более часов за просмотром телевизора и других электронных устройств в будний день [13].

Подверженность детей рекламе продуктов ВЖСС связана с плохим рационом питания, повышенным уровнем потребляемой энергии, особенно среди детей с избыточной массой тела и ожирением [5,7].

Учитывая активный маркетинг пищевых продуктов, его размах, высокую долю продуктов ВЖСС в маркетинге и его воздействие на пищевой рацион детей, ВОЗ в 2010 году разработал “Свод рекомендаций по маркетингу пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированному на детей” в качестве руководств государствам – членам по разработке и/или усилению мер, направленных на защиту детей от воздействия маркетинга пищевых продуктов и напитков с ВЖСС [14,15].

Маркетинг пищевых продуктов должен быть ответственным с соответствующими правилами и механизмами для сокращения воздействия вредных для здоровья продуктов [14].

Страны нуждаются в системе классификации пищевых продуктов, устанавливающей продукты, маркетинг которых требуется ограничить или запретить. В этой связи Европейское бюро ВОЗ разработало классификацию – региональную Модель профилей питательных веществ (далее по тексту – Модель профилей ВОЗ), которая включает 17 категорий продуктов питания, среди которых маркетинг пяти категорий запрещен полностью без каких-либо пороговых значений питательных веществ. К данным пяти категориям продуктов относятся шоколад и сладкие кондитерские изделия; торты, конфеты и печенье; энергетические напитки; фруктовые соки; сладкие замороженные продукты. Использование данной региональной модели профилей питательных веществ может способствовать оценке существующего положения по маркетингу продуктов ВЖСС в государствах-членах для формирования ответных мер, а также определить степень эффективности существующих инициатив и подходов в отношении ограничения маркетинга пищевых продуктов [15, 16].

ВОЗ призывает страны ввести всеобъемлющие ограничения на маркетинг продуктов питания с высокой энергетической плотностью и бедными по питательному составу. В Республике Казахстан возникла необходимость в мониторинге рекламы пищевых продуктов на телевидении, ориентированной на детей для оценки воздействия маркетинга и принятия мер по внедрению ограничений на рекламу и рассмотрению вопроса разработки системы классификации продуктов питания согласно модели профилей питательных веществ. В этой связи в Казахстане необходимы фактические данные для информирования и продвижения политики по данному направлению.

В Республике Казахстан ранее не проводились исследования маркетинга пищевых продуктов, ориентированного на детей на телевидении, поэтому данное исследование является своевременным и вносит важный вклад в оценку ситуации с телевизионным пищевым маркетингом в стране.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Целью исследования было оценить масштабы и характер телевизионной рекламы продуктов питания, ориентированной на детей в Казахстане.

Это первое исследование в стране, сообщаемое эмпирические данные о диапазоне и характере телевизионного маркетинга пищевых продуктов питания и напитков, нацеленного на детей.

В качестве инструмента количественной оценки маркетинга пищевой продукции на телевидении был взят протокол Европейского региона ВОЗ «Мониторинг маркетинга пищевых продуктов и напитков детям на телевидении и в Интернете» [17]. Категория пищевых продуктов и напитков, их пищевая ценность, и выявление разрешенных или запрещенных к маркетингу продуктов в соответствии с пороговыми значениями определялись в соответствии с Моделью профилей питательных веществ Европейского регионального бюро ВОЗ [16].

Нами были выбраны телеканалы национального распространения, предоставляемые бесплатно, доступные большей части как городского, так и сельского населения.

Выбор каналов для мониторинга осуществлялся с учетом следующих критерий: популярность, доступность, национальное вещание, охват детской аудитории (дети до 16 лет). В республике имеется один национальный канал для детей «Балапан», казахстанского производства с казахским языком вещания. Другие телеканалы в основном имеют разновозрастную целевую аудиторию и включают в программу вещания детские, развлекательные, информационно-познавательные передачи. На основании анализа нами было отобрано 6 каналов: «Balapan», «1 Channel Eurasia», «NTK», «31 Channel», «Astana TV», «Qazaqstan». Запись телевизионных данных каждого канала производилась в течение четырех дней (двух рабочих и двух выходных дней) с 6:00 до 22:00 часов с марта по май 2018 года [18].

Все записанное время телевещания было просмотрено (быстрой перемоткой вперед) на наличие рекламы и был проведен необходимый анализ содержания рекламных роликов. Все рекламные объявления пищевых продуктов и напитков были закодированы согласно пунктам протокола, которые включали фирменное название продукта, производителя, описание продукта, код категории продукта питания в соответствии с Моделью профилей ВОЗ, пищевая ценность, основное побуждающее обращение рекламы и другие.

Данные вносились в базу Excel с учетом адаптации и добавления некоторых пунктов в связи с особенностями рекламы.

В ряде случаев отсутствовала количественная информация о добавленных сахарах, подсластителях, насыщенных жирах, транс-жирах. В случае отсутствия необходимой информации для определения того, разрешен ли продукт к маркетингу детям согласно Модели профилей ВОЗ, продукт относился к категории «Неизвестно» в отношении маркетинга детям.

Также кодировалась информация о действительности, содержании рекламы (основное побуждающее обращение, утверждение о пользе для здоровья, целевая аудитория и другие), согласно методике, представленной в протоколе Европейского Регионального бюро ВОЗ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В целом, было просмотрено 10642 рекламы на 6 телевизионных каналах национального вещания (Балапан, Astana TV, Qazaqstan, 31 Канал, НТК, 1 канал Евразия), что составило 374 часа эфирного времени.

Реклама пищевых продуктов и напитков (32,8%, 3 494 рекламы) являлась наиболее часто встречающейся рекламой, количество которой значительно превышает другие виды рекламы. На втором месте по распространенности – реклама туалетных принадлежностей (включая мыло, шампунь для волос, косметику, памперсы, предметы гигиены) – 16,6%, за которой следует реклама канала – 15,7%, бытовых чистящих / моющих средств (включая жидкость для мытья посуды, стиральные порошки, чистящие жидкости) – 7,5%, фармацевтических продуктов (включая лекарственные средства, витамины, освежители дыхания) – 7,4%. Была выявлена реклама детского питания до 1 года (молочная смесь, детские пюре, каши) – 2,0% (Рисунок 1).

По телеканалам доля рекламы пищевых продуктов напитков составила 36,9% на НТК, 35,1% на 31 Канале, 34,8% на ASTANA TV, 34,7% на 1 Канале Евразия, 20,7% на Балапан, 19,1% на Qazaqstan (рисунок 2). Следует отметить, что на национальном детском телеканале Балапан присутствовала реклама двух продуктов: сладкого газированного напитка и жевательной конфеты, остальные виды рекламы включали рекламу канала, социальная реклама и другое.

Это выше, чем доля пищевой рекламы в Германии (18,5% в 2010 г.) [11], несколько больше, чем в Китае, где среди 5527 рекламных роликов 25,5% была реклама продуктов питания (2012 г.) [19], в Греции (29% в 2007-2008 гг.) [10], значительно выше, чем в Великобритании (12,8% в 2008 г.) [20] и Италии (13,9%) [21].

В нашей выборке телевизионных каналов Казахстана подавляющее большинство рекламируемых продуктов питания и напитков (72,3%) являются запрещенными для рекламы и маркетинга в соответствии с Моделью профилей пищевых веществ ВОЗ. Этот показатель значительно выше, по сравнению с Великобританией 56% [20], Китаем (48,1%) [19] и ниже, чем в Германии 98,2% [11].

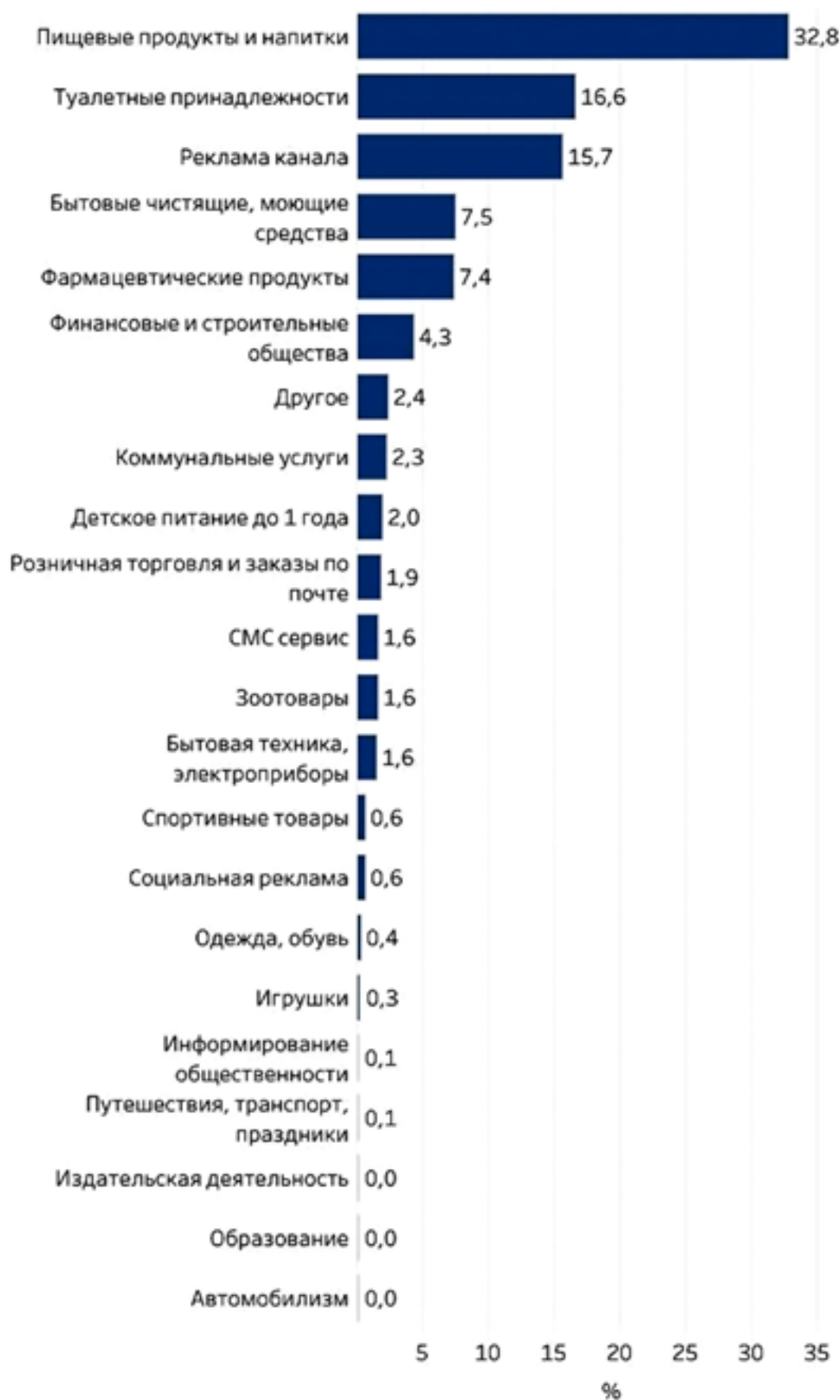


Рисунок 1. Соотношение рекламы по виду рекламируемого товара, в %

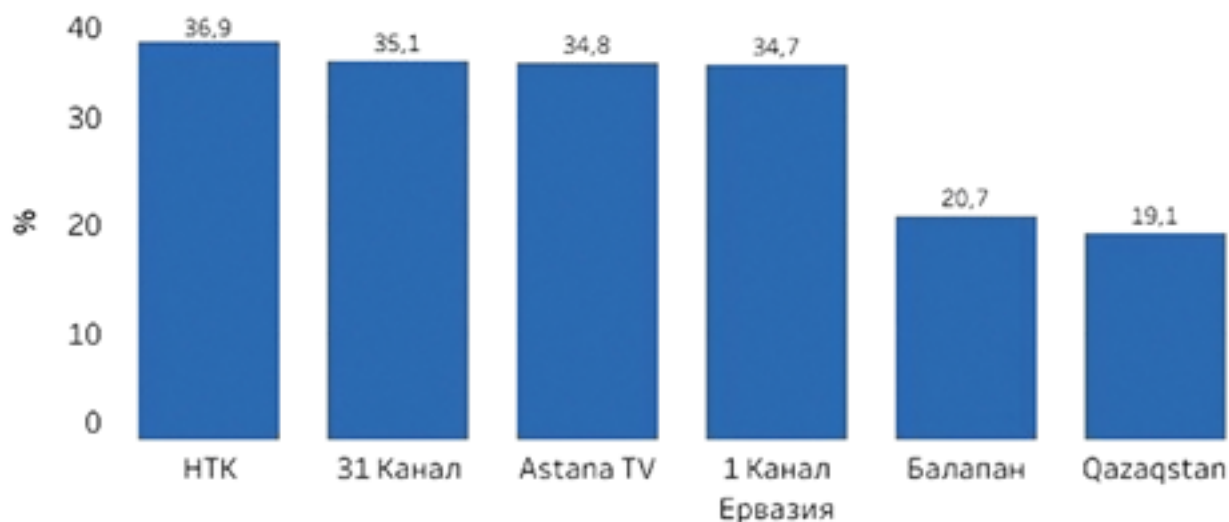


Рисунок 2. Объем рекламы продуктов питания и напитков среди всей рекламы в разбивке по каналам, в %.

Среди рекламы продуктов питания и напитков на первом месте в Казахстане находится реклама напитков (включая колу, лимонад, оранжад; другие безалкогольные напитки, минеральная и/или ароматизированная вода (включая газированную) с добавлением сахаров) – 22,0%, на втором месте – шоколад и кондитерские изделия из сахара, энергетические батончики – 17,1%. На третьем месте – йогурты, кефир, сметана и другие подобные продукты – 10,6%. На канале Балапан, ориентированном на детей, 100% рекламы продуктов питания составили кондитерские изделия из сахара (79,5%) и напитки (20,5%), запрещенные к маркетингу детям, в целом, на данном канале доля рекламы продуктов питания составила (20,7%) среди всей рекламы, и частота рекламы довольно низкая – 0,6 рекламных роликов в час (Рисунок 3).

72,3% рекламируемых на телевидении продуктов и напитков запрещены для рекламы и маркетинга детям согласно рекомендациям ВОЗ. В связи с недостаточной информацией о пищевой ценности на упаковках, 8,2% продуктов не были классифицированы в отношении маркетинга. На Рисунке 4 представлено распределение рекламы продуктов на каналах относительно того, разрешен ли маркетинг детям или не разрешен, или неизвестно.

В среднем наибольшее количество рекламы пищевых продуктов телезритель смотрит на 31 Канале – 18,9 роликов в час, далее следуют

НТК – 11,4 и Astana TV – 10,6. Самое низкое количество рекламы на канале Балапан – 0,6 рекламных роликов в час. Среднее количество в час рекламы пищевых продуктов, запрещенных для маркетинга детям, также больше всех на 31 канале – 12,6 и НТК – 9,3.

В более чем половине случаев (56,8%) в рекламе продуктов питания, маркетинг которых не разрешен, использовались динамические аудиовизуальные компоненты. Бренд персонажи, лицензированные персонажи и герои мультфильмов использовались в 8,7%, 8,0% и 5,3% рекламы «нездоровых продуктов» питания и напитков соответственно. В рекламных роликах продуктов, не разрешенных к маркетингу согласно Модели профилей ВОЗ, в 10,0% случаев привлекались знаменитости шоу-бизнеса, а в 2,4% – спортсмены.

Наиболее распространенными визуальными компонентами рассматриваемой рекламы были следующие элементы: изображение продукта или упаковки (100%), присутствие логотипа бренда (76,3%) и использование детей или похожих на детей персонажей, отличающихся от бренд-персонажей (36,1%), изображение физической активности (16,8%).

Таким образом, в рекламе продуктов с высоким содержанием сахара, жиров или соли, которая нацелена на детскую аудиторию, широко используются динамические аудиовизуальные компоненты, а также ряд визуальных эффектов.

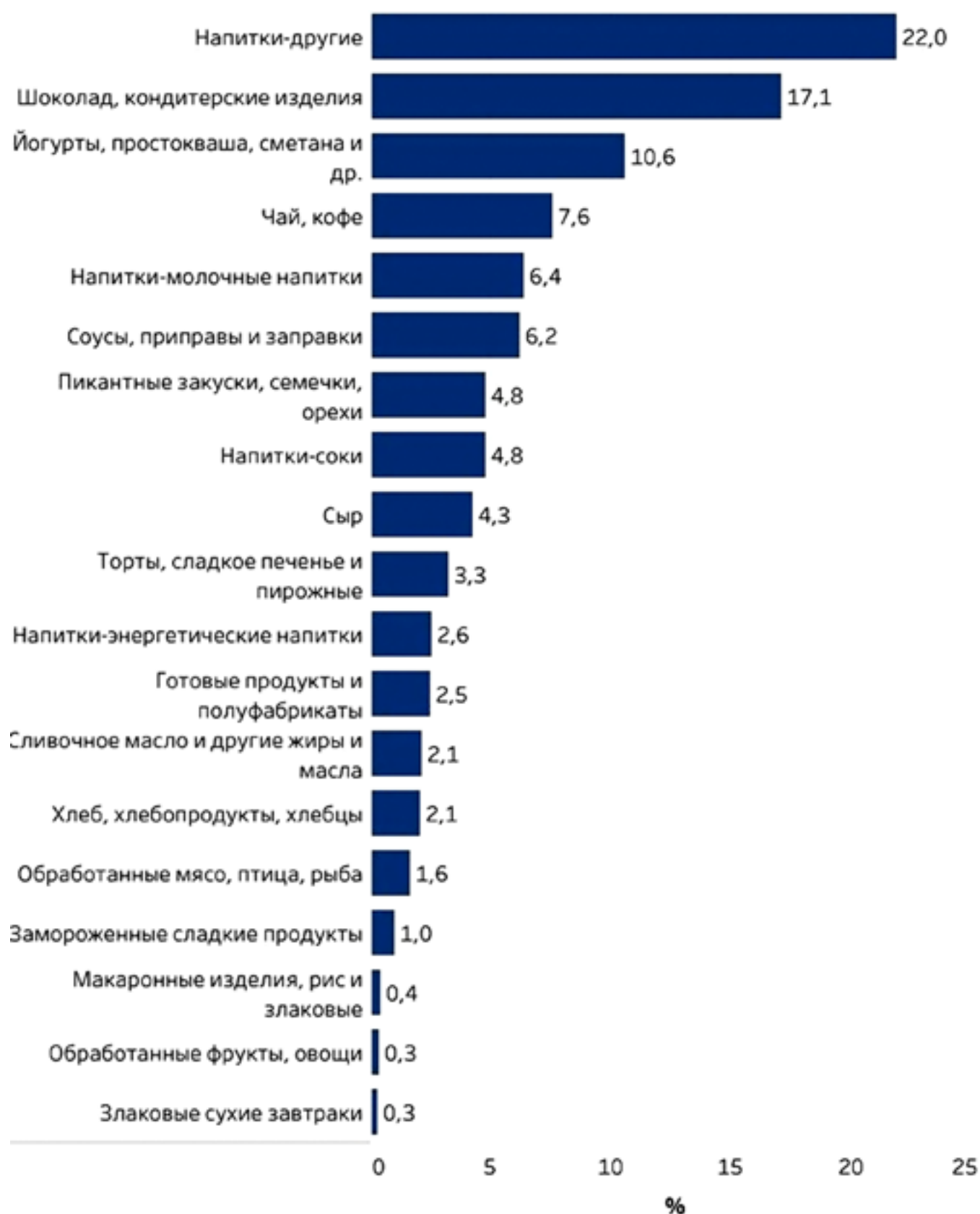


Рисунок 3. Доля рекламы различных видов продуктов питания и напитков среди рекламы еды и напитков

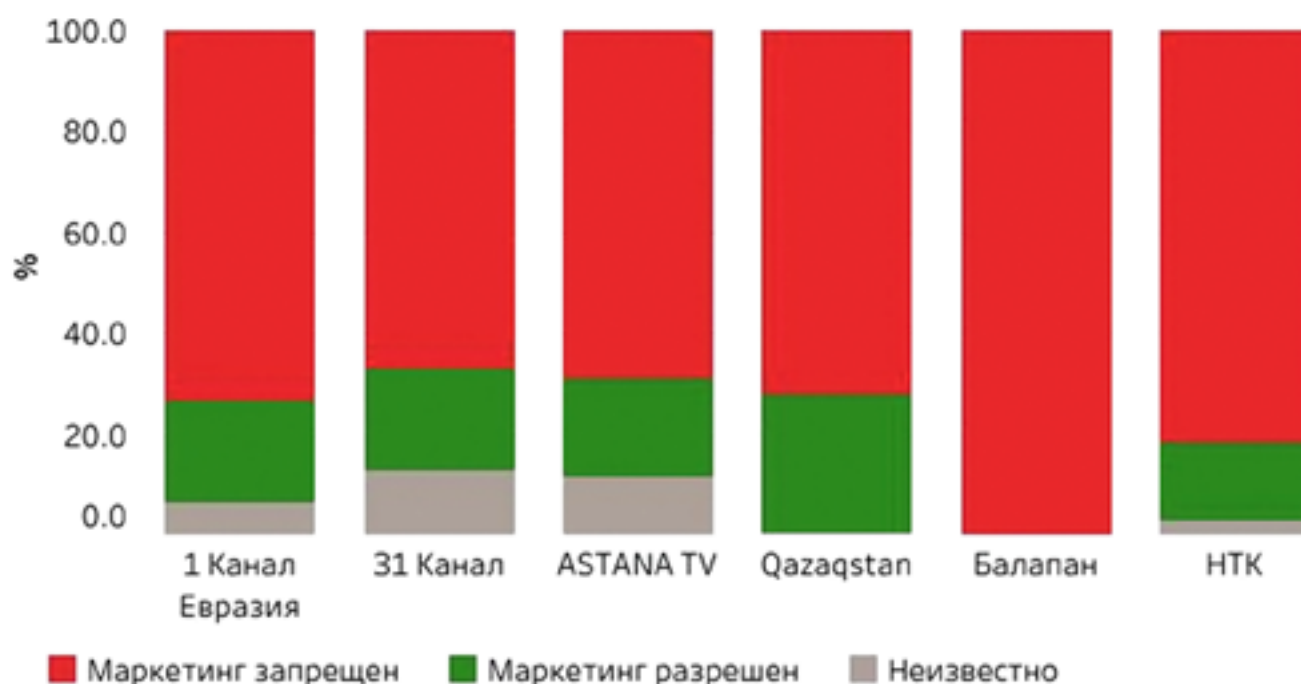


Рисунок 4. Распределение рекламы продуктов, маркетинг которых запрещен, разрешен или неизвестно

Эти приемы повышают действенность рекламы, ее привлекательность для детей и узнаваемость продукции, тем самым увеличивая спрос и потребление данных продуктов детьми, что может способствовать увеличению риска развития неблагоприятных для здоровья детей последствий.

По сравнению с результатами в других странах, в Казахстане частота показа пищевой рекламы такая же, как в Греции – 9 в час, но выше, чем в Великобритании, где реклама бесполезных продуктов питания демонстрировалась в среднем с частотой 2 в час (максимально 7,4 на канале), а реклама полезных пищевых продуктов – 0,7 в час (максимум 4,3), в Китае – 6 реклам в час на канал, включая 3 рекламы нездоровой пищи [10, 20-21].

Аналогичное по методологии исследование телевизионной рекламы было проведено в Российской Федерации (РФ) и Кыргызстане [22-23].

В Российской Федерации и Казахстане самым распространенным видом рекламы на телевидении была реклама продуктов питания и напитков (19,2% и 32,8% соответственно). В Кыргызстане на первом месте оказалась реклама телеканалов (19,3%), а доля рекламы продуктов питания и напитков составила 7,2%.

В отличие от Казахстана, в РФ второй наиболее часто рекламируемой категорией являлись лекарства (17,0%) и телеканалы (17%).

Среди рекламы пищевых продуктов и напитков, наиболее распространенными в РФ были: йогурты, простокваша, сливки и другие аналогичные продукты (15,0%); в то время как в Казахстане и Кыргызстане лидерами рекламы являлись сахаросодержащие напитки, включая колу, лимонад и т. п. (22% и 49,7% соответственно).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты исследования Казахстана подтверждают данные из других стран, что в телевизионной рекламе лидирующие позиции занимает реклама нездоровых продуктов с высоким содержанием жиров, добавленного сахара или соли. Дети в Казахстане находятся под воздействием мощного телевизионного маркетинга продуктов питания и напитков.

Изученные параметры /особенности телемаркетинга пищевых продуктов в Казахстане (такие как типы рекламируемых продуктов, классификация на разрешенные и запрещенные продукты к маркетингу, частота и другие) представляют

возможность для выработки целенаправленных политических решений по ограничению маркетинга продуктов питания и напитков детям. Нерегулируемая реклама еда и напитков создает среду, стимулирующую к употреблению продукции, с высоким содержанием жиров, сахара или соли, что вызывает каскадный эффект, приводящий в конечном итоге к избыточному весу и ожирению. Для принятия соответствующих норм и решений по регулированию пищевого маркетинга в Казахстане требуется система классификации продуктов питания и напитков, которая определит разрешенные и запрещенные к маркетингу продукцию. Подобная система разработана ВОЗ в виде модели профилей питательных веществ и продемонстрировала свою действенность в целом ряде исследований.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. План действий в области пищевых продуктов и питания на 2015-2020 гг. Всемирная организация здравоохранения, 2015 г. – 40с.
2. WHO. Media centre: obesity and overweight. Factsheet WHO. 16 February 2018. (<http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, accessed 4 May 2018)
3. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, Gortmaker SL. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments // *Lancet*. 2011 Aug 27;378(9793):804-14. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60813-1.
4. Доклад комиссии по ликвидации детского ожирения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066_eng.pdf;jsessionid=C6626697824140C1A30358F018EF3E0D?sequence=1, accessed 31 January 2016)
5. Sonntag D, Schneider S, Mdege N, Ali S, Schmidt B. Beyond Food Promotion: A Systematic Review on the Influence of the Food Industry on Obesity-Related Dietary Behaviour among Children // *Nutrients*. 2015;7(10):8565-8576. doi:10.3390/nu7105414.
6. Boyland EJ, Whalen R. Food advertising to children and its effects on diet: review of recent prevalence and impact data // *Pediatr Diabetes*. 2015 Aug;16(5):331-7. doi: 10.1111/pedi.12278.
7. Beckerman JP, Alike Q, Lovin E, Tamez M, Mattei J. The Development and Public Health Implications of Food Preferences in Children // *Front. Nutr.*, 18 December 2017. <https://doi.org/10.3389/fnut.2017.00066>
8. Powell LM, Schermbeck RM, Szczypka G, Chaloupka FJ, Braunschweig CL. Trends in the Nutritional Content of TV Food Advertisements Seen by Children in the US: Analyses by Age, Food Categories and Companies // *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011 Dec; 165(12): 1078–1086. doi:10.1001/archpediatrics.2011.131
9. Schwartz M B., Kunkel D, DeLucia S. Food Marketing to Youth: Pervasive, Powerful, and Pernicious Communication Research Trends; 2013, Vol. 32 Issue 2, p.4
10. Kelly B., Halford J. C.G., Boyland E.J., Chapman K., Bautista-Castaño I., Berg C., Caroli M., Cook B., Coutinho J.G., Effertz T., Grammatikaki E., Keller K, et al. Television Food Advertising to Children: A Global Perspective // *Am J Public Health*. 2010 September; 100(9): 1730–1736. doi:10.2105/AJPH.2009.179267
11. Effertz T, Wilcke AC. Do television food commercials target children in Germany? // *Public Health Nutr*. 2012 Aug;15(8):1466-73. doi: 10.1017/S1368980011003223.
12. Ш.З. Абдрахманова, В.И. Ахметов, А.А. Адаева, Т.И. Слажнева Факторы, формирующие здоровье и благополучие детей и подростков Казахстана. Национальный отчет. – Нур-Султан: Национальный Центр общественного здравоохранения, 2019. – 150 с.
13. Аскарров К.К., Абдрахманова Ш.З., Слажнева Т.И., Адаева А.А., Калмакова Ж.А., Акимбаева А.А., Сулейманова Н.А. Эпидемиологический надзор за детским ожирением, питанием и физической активностью в Республике Казахстан, 2020 год. Национальный отчет. – Нур-Султан, 2021 г. – 48с.
14. Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Geneva: World Health Organization; 2010.
15. Jewell J., Rayner M., Breda J., Nishida C., Galea G. Jewell J., Rayner M., Breda J., Nishida C., Galea G. Решение проблемы маркетинга продуктов питания для детей: модель профилей пита-

тельных веществ, разработанная Европейским региональным бюро ВОЗ в качестве единого инструмента // Панорама Общественного Здравоохранения. 2015 декабрь; Том 1 (Выпуск 3):230-240.

16. Модель профилей питательных веществ Европейского Регионального бюро ВОЗ. Копенгаген: Европейское Региональное бюро ВОЗ; 2015

17. Мониторинг маркетинга пищевых продуктов и напитков детям на телевидении и в Интернете. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения; 2016

18. Мониторинг ориентированного на детей маркетинга пищевых продуктов и напитков на телевидении в Казахстане. Основные результаты 2019 г. Национальный центр общественного здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения, 2019г.

19. Li D,Wang T,Cheng Y,Zhang M,Yang X,Zhu Z,Liu D,Yang W,Zeng L. The extent and nature of television food advertising to children in Xi'an, China//BMC Public Health.2016 Aug 11;16(1):770. doi: 10.1186/s12889-016-3468-0.

20. Boyland EJ, Harrold JA, Kirkham TC, Halford JC. The extent of food advertising to children on UK television in 2008 // Int J Pediatr Obes.2011 Oct;6(5-6):455-61. doi: 10.3109/17477166.2011.608801.

21. Pellai A,Vetrano S, Nobile M, Luti C. The reverse pyramid: a quali-quantitative study about food advertising inside children's television programmes // Minerva Pediatr.2012 Feb;64(1):15-26.

22. Баланова Ю.А., Имаева А.Э., Концевая А.В., Капустина А.В., Jewell J., Boyland E., Breda J. Драпкина О.М. Маркетинг продуктов питания и напитков на телевизионных каналах с детской аудиторией в Российской Федерации // Профилактическая медицина. 2018;21(5):98-106. <https://doi.org/10.17116/profmed20182105198>

23. Толебаева А.А., Полупанов А.Г., Сабиров И.С. Профиль рекламируемых пищевых продуктов и напитков для детской и подростковой аудитории в Кыргызской Республике // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана, № 3, 2019: 140-145. DOI:10.26104/NNTIK.2019.45.557

**ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУЛАР, АИТВ/АИТС, АЛКОГОЛИЗМ, ТЕМЕКІ
ТАРТУ ЖӘНЕ НАШАҚОРЛЫҚ ПРОФИЛАКТИКАСЫ
ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, АЛКОГОЛИЗМА,
ТАБАКОКУРЕНИЯ И НАРКОМАНИИ
PREVENTION OF INFECTIOUS DISEASES, HIV / AIDS, ALCOHOLISM
TOBACCO USE AND DRUG ADDICTION**

УДК 614.47:616.9-084

**ҚАУІПСІЗ ИНЪЕКЦИЯЛАР ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУГЕ
БАЙЛАНЫСТЫ ИНФЕКЦИЯЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУДАҒЫ РӨЛІ**

Қ.Ө. Текебаев, Ж.Е. Бекенов

ҚР ДСМ «Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы» ШЖҚ РМК
kanat_7@mail.ru, bekenov62@bk.ru

ТҮЙІНДЕМЕ

Мақалада қауіпсіз инъекция мәселелері және олардың медициналық көмек көрсетуге байланысты инфекциялардың алдын алудағы рөлі көрсетілген.

Инъекция қауіпсіздігі инфекцияны бақылау бағдарламасының маңызды құрамдас бөлігі болып табылады. Қауіпсіз тәжірибемен біріктірілген «стандартты қауіпсіздік тәжірибесі» тұжырымдамасы міндетті болып табылады және

әрбір адам инфекцияның ықтимал көзі ретінде қарастырылатын барлық денсаулық сақтау орындарында күнделікті негізде қолданылуы керек. Қауіпсіз инъекцияның негізгі компоненттері келтірілген.

Түйін сөздер: қауіпсіз инъекциялар; медициналық көмек көрсетуге байланысты инфекциялар; тәуекел; медициналық қызметтің эпидемиологиялық қауіпсіздігі.

**БЕЗОПАСНЫЕ ИНЪЕКЦИИ И ИХ РОЛЬ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ,
СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

К.О. Текебаев, Ж.Е. Бекенов

РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» МЗ РК
kanat_7@mail.ru, bekenov62@bk.ru

РЕЗЮМЕ

В статье изложены вопросы безопасных инъекций и их роль в профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Безопасность инъекций является важным компонентом программы инфекционного контроля. Концепция «стандартных правил техники безопасности» в сочетании с безопасной практикой является обязательной, и должна ежедневно

применяться во всех лечебных учреждениях, где каждый человек должен рассматриваться как потенциальный источник инфекции. Приводятся основные компоненты безопасных инъекций.

Ключевые слова: безопасные инъекции; инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи; риск; эпидемиологическая безопасность медицинской деятельности.

SAFE INJECTIONS AND THEIR ROLE IN THE PREVENTION OF INFECTIONS RELATED TO THE PROVISION OF MEDICAL CARE

K.O. Tekebaev, J.E. Bekenov

«National Center for Public Health» of the Ministry of Healthcare of the Republic Kazakhstan
kanat_7@mail.ru, bekenov62@bk.ru

SUMMARY

The article outlines the issues of safe injections and their role in the prevention of infections associated with the provision of medical care.

Injection safety is an important component of an infection control program. The concept of “standard safety practices”, combined with safe practice, is

mandatory and should be applied on a daily basis in all healthcare settings, where everyone should be treated as a potential source of infection. The main components of safe injection are given.

Key words: safe injections; infections associated with the provision of medical care; risk; epidemiological safety of medical activity.

ВВЕДЕНИЕ

В соответствии с Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 января 2013 года № 19 «Об утверждении Правил проведения инфекционного контроля в медицинских организациях», внутрибольничная инфекция (далее – ВБИ) – это любое инфекционное заболевание бактериального, вирусного, паразитарного или грибкового происхождения, связанная с получением медицинских услуг пациентом в организациях здравоохранения или инфекционное заболевание сотрудника медицинской организации вследствие его работы в данном учреждении.

В зарубежной литературе для обсуждения данной проблемы используют термин «Healthcare-associated infections – HAIs», что в переводе означает «инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи» (ИСМП). Таким образом, понятие ИСМП соответствует терминологии ВОЗ и гармонизации отечественных нормативных документов с международными требованиями.

В современных условиях профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), является одной из глобальных мировых проблем. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ни один тип лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) ни в одной стране не может претендовать на то, чтобы быть свободным от риска возникновения ИСМП [1].

Проблемы инфекций, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), относятся к числу сложных, мультидисциплинарных [2, 3].

ИСМП имеют широкое распространение во всех странах мира, приводят к увеличению летальности и инвалидизации пациентов, а также увеличению финансовых затрат на их лечение и ликвидацию последствий. ИСМП занимают первое место среди профессиональных заболеваний у персонала [4].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

При работе над статьей использовался литературный обзор, ретроспективное исследование процессов и данные заболеваемости ИСПМ в Республике Казахстан.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В условиях пандемии COVID-19 медицинские работники и члены их семей оказались подвержены беспрецедентно высокому риску. Данные по многим странам в разных регионах ВОЗ, пусть не всегда репрезентативные, указывают на то, что показатели инфицирования COVID-19 среди медицинских работников намного превышают средние по населению. [5]

Так в Казахстане, по данным Министерства здравоохранения в 2020 году было зарегистрировано 4988 случаев ИСМП, что составило 2,26 на 1000 госпитализированных. При этом на долю медицинских работников пришлось 4488 случаев, что составило 90% от всей ИСМП, в основном за счет коронавируса.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) призывает правительства стран и руково-

дителей органов и учреждений здравоохранения принять меры по устранению факторов, систематически угрожающих здоровью и безопасности медицинских работников и пациентов.

«Пандемия COVID-19 напомнила нам о незаменимой роли работников здравоохранения в облегчении страданий и спасении жизней, – заявил Генеральный директор ВОЗ д-р Тедрос Адханом Гебрейесус. – Ни одна страна, больница или медицинское учреждение не смогут обеспечить безопасность пациентов, если не будет обеспечена безопасность медицинского персонала.

Работники здравоохранения всего мира находятся на переднем крае повседневной борьбы с заболеваниями, ради спасения жизни людей, нередко рискуя собственным здоровьем, а иногда и своей жизнью. Небезопасные условия труда повышают риск профессиональных заболеваний и травм среди работников здравоохранения и ставят под угрозу безопасность пациентов, качество медицинской помощи и стабильность систем здравоохранения в целом.

Для профилактики инфекций и инфекционного контроля (ПИИК) в медицинских организациях разрабатывается и утверждается программа инфекционного контроля целью которой является внедрения стандартов, стратегии инфекционного контроля, предотвращающих возникновение, распространение ИСМП в ЛПУ на основании выявленных инфекционных рисков.

ПИИК – это практический, научно обоснованный подход, направленный на профилактику заражения пациентов и работников здравоохранения инфекциями, которых можно было бы избежать. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), позволяет не нанести излишнего вреда, а иногда даже спасти от смерти; она экономит средства и уменьшает распространение устойчивости к противомикробным препаратам (УПП) [6].

Безопасность инъекций является важным компонентом программы инфекционного контроля. Концепция «стандартных правил техники безопасности» в сочетании с безопасной практикой является обязательной, и должна ежедневно применяться во всех лечебных учреждениях, где каждый человек должен рассматриваться как потенциальный источник инфекции.

Безопасная инъекция – это инъекция, которая не наносит вреда пациенту, не подвергает медработника какому-либо предотвратимому риску и не создает отходы, опасные для общества. Практика инъекций, представляющих опасность для жизни и здоровья, может привести к передаче переносимых с кровью патогенных микроорганизмов с сопутствующим бременем болезни.

Стратегия ВОЗ по безопасному и надлежащему осуществлению инъекций во всем мире преследует четыре цели:

- Разработка национальных политик и планов по безопасному и надлежащему осуществлению инъекций;
- Обеспечение качества и безопасности инъекционных устройств;
- Содействие равноправному доступу к практике безопасных инъекций и устройствам;
- Достижение надлежащего, рационального и экономически эффективного осуществления инъекций.

Небезопасные инфекции могут стать причиной передачи различных патогенных микроорганизмов, включая вирусы, бактерии, грибы и паразитов [7]. Они могут также стать причиной осложнений неинфекционного характера, таких как: абсцессы и токсические реакции. Повторное использование шприцев или игл, может привести к прямому (через контаминированное оборудование) или непрямоу (через контаминированные медицинские пробирки) заражению пациентов патогенными микроорганизмами [8, 9]. Риски, связанные с практикой небезопасных инъекций, были подтверждены документально в отношении трех основных гемоконтактных патогенных микроорганизмов – вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), вирус гепатита В (ВГВ) и вирус гепатита С (ВГС). По оценкам, глобальное бремя болезней на 2000 год в результате применения практики небезопасных инъекций по этим патогенным микроорганизмам включало [10]:

- 21 миллион случаев заболевания ВГВ (32% новых случаев заболевания ВГВ);
- 2 миллиона случаев заболевания ВГС (40% новых случаев заболевания ВГС);
- 260 000 случаев заболевания ВИЧ (5% новых случаев заболевания ВИЧ).

Эти патогенные микроорганизмы стали причиной заболеваний среди медперсонала. Почти 4,4% случаев заболеваний ВИЧ и 39% случаев заболевания ВГВ и ВГС были связаны с производственными травмами [10]. Среди уязвимой группы медработников, не получавших ПКП, риск инфицирования после травмы от укола иглой составил 23–62% по ВИЧ и 0–7% по ВГС [11]. Инфекции могут также передаваться (другим медработникам и пациентам) через перекрестную контаминацию от рук медработников, лекарственных препаратов, медицинских приспособлений или экологических поверхностей. Следовательно, надлежащая методика и процедуры проведения инъекций повышают безопасность, как для пациентов, так и медперсонала.

Лучший способ профилактики инфекций, связанных с инъекциями, это отменить ненужные инъекции. По оценкам, в мире ежегодно производится 16 миллиардов инъекций. В некоторых странах, до 70% инъекций не являются необходимыми с медицинской точки зрения [12].

Если можно подобрать альтернативные методы лечения (оральные или ректальные), то это более предпочтительно, так как снижает риск контакта с кровью и инфицированными препаратами, а значит и риск инфекции.

Также важную роль в защите как медперсонала, так и пациентов играет вакцинация медработников вакциной против гепатита В.

Методы снижения риска и профилактики передачи инфекций включают: гигиену рук, использование перчаток, минимальные манипуляции с острыми инструментами (включая приспособления для инъекций) и надлежащее разделение и удаление острых отходов.

Инъекции считаются небезопасными, если они выполняются с использованием нестерильного или ненадлежащего оборудования, или с применением неправильной методики. Очень важно не допускать контаминации инъекционных приспособлений. Физическое разделение чистых и контаминированных инструментов и материалов помогает предотвратить перекрестную контаминацию. Первым шагом безопасной практики удаления отходов является немедленная утилизация использованных иглы и шприца в специальный безопасный контейнер, находящийся на расстоянии вытянутой руки от рабочего места медработника.

Защита медработников также требует принятия своевременных ответных мер и учета всех производственных травм.

Зачастую под термином «безопасные инъекции» подразумевают «безопасную технику инъекции», однако данное понятие более широкое и включает в себя несколько компонентов (рис 1).



Рисунок 1. Компоненты стратегии «Безопасных инъекций»

Безопасность инъекции является важной мерой профилактики и ее следует рассматривать с точки зрения «Мультимодальной стратегии», как комплексную реализацию нескольких компонентов с целью улучшения результатов. Безопасность инъекции состоит из таких компонентов как, чистое рабочее место, гигиена рук, использование одноразового стерильного оборудования для инъекций и лекарств, правильная обработка места инъекции, правильная техника инъекции, и правильная утилизация медицинских отходов, образующихся в процессе проведения инъекций.

Подготовка рабочего места к проведению манипуляций, является первым компонентом стратегии безопасных инъекций. Чистое рабочее место определяет готовность к проведению безопасных инъекций, оно подразумевает не только чистоту рабочих поверхностей (уборка, дезинфекция), но и удаление всех опасных предметов с рабочего стола, не имеющих отношения к проведению манипуляций в целях создания комфортных и безопасных условий для работы, расстановка мебели и причастного оборудования и инвентаря на расстоянии и в последовательности выполнения запланированных манипуляций.

Гигиена рук является универсальным методом профилактики ИСМП. Защита пациентов от ИСМП может быть обеспечена благодаря улучшенной гигиене рук, которую следует проводить, учитывая пять ключевых моментов, причем предпочтительнее использовать спиртосодержащее средство для мытья рук или вымыть руки с обычным мылом и водой, если они явно загрязнены. Основные моменты, когда следует проводить гигиену рук:

1. До контакта с пациентом;
2. до подготовки к проведению и после проведения инъекций;
3. после контакта с биологическими жидкостями;
4. после контакта с пациентом;
5. после контакта с предметами из окружения пациента.

Медицинские перчатки рекомендуется использовать по двум основным причинам:

1. уменьшить риск загрязнения рук медицинского персонала кровью и другими биологическими жидкостями;

2. снизить риск контаминации объектов внешней среды потенциально патогенными микроорганизмами и передачу их от медицинского персонала к пациенту и обратно, а также от одного пациента к другому.

Поэтому перчатки следует использовать при проведении всех манипуляций, которые могут быть связаны с контактом с кровью и другими биологическими жидкостями (включая контакт со слизистыми оболочками и поврежденной кожей), а также при применении контактных мер предосторожности и во время вспышек.

Следует помнить, что медицинские перчатки не предотвращают от травмы рук колющими острыми и режущими предметами.

Использование других одноразовых средств индивидуальной защиты при проведении инъекции подразумевает использование масок, защитных очков или щитки при риске разбрызгивания крови и/или других биологических материалов.

Одним из компонентов безопасных инъекций является обработка места инъекции. При дезинфекции кожного покрова следует придерживаться следующих правил: использовать для обработки места инъекции одноразовый марлевый или ватный тампон смоченный 70% спиртовым раствором (изопропиловый или этиловый спирт). Нельзя использовать метиловый спирт или метиловый алкоголь, так как они не являются безопасными для применения человеком.

ВОЗ рекомендует протирание участка кожи от центра места прокола к его краям, не протирая одно и то же место дважды. Протирать раствором кожную поверхность в течение 30 секунд, а затем дайте коже высохнуть, так как остаточный спирт может вступить в реакцию с лекарственным средством [10].

Правильная техника инъекций предполагает непосредственное выполнение процедуры введения лекарственного препарата. Различные виды инъекций имеют разные техники введения препаратов (место, путь, угол наклона иглы и т.д.). Существуют подкожные, внутрискожные, внутримышечные и внутривенные инъекции.

Однако существуют общие требования при подготовке и выполнении инъекций. Инъекции можно выполнять в условиях процедурного кабинета или у постели больного с помощью при-

готовленного манипуляционного столика. Алгоритм пред инъекционных действий включает [13]:

1. Необходимо представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры, проверить лист назначений или назначение лекарства, имя пациента и дозу лекарства. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство.

2. Предложить/помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лежа. Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата.

3. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой инъекции для того, чтобы избежать возможных осложнений.

4. Обработать руки гигиеническим способом (мытьё рук, обработка антисептиком), осушить.

5. Подготовить шприц. Проверить срок годности, герметичность упаковки. Откройте упаковку перед пациентом, чтобы он видел, что шприц с иглой не использовались ранее.

6. Набрать лекарственный препарат в шприц.

7. Обработать руки антисептиком, осушить.

8. Надеть перчатки, обработать их антисептиком, осушить.

9. Обработать кожные покровы пациента.

10. Выполнить инъекцию специальным способом (в зависимости от вида инъекции).

В целях снижения риска получения травмирования медицинских работников и пациентов при проведении инъекции, разрабатываются и внедряются современные инъекционные устройства и лекарственные препараты. В 1987 г. ВОЗ в рамках Программы расширенной иммунизации выступила с призывом к внедрению в производство технологий, предупреждающих повторное использование одноразовых шприцев. В итоге появились оригинальные механизмы, позволяющие блокировать и частично разрушать одноразовый шприц после его использования. Самоблокирующиеся шприцы нашли широкое применение при проведении массовой иммунизации.

Есть и ещё один распространенный способ предупреждения повторного использования одноразового шприца – это его саморазрушение

при вытеснении из него содержимого, которое обеспечивается встроенными в шток-поршень режущими кромками или лезвиями, повреждающими цилиндр шприца. В результате одноразовый шприц в дальнейшем уже не выполняет своих функций, а следовательно, и не пригоден к дальнейшему использованию.

В настоящее время выпускаются безопасные шприцы, представляющие собой стандартные инъекционные устройства, снабженные особыми защитными экранами, которые после использования закрывают иглу, предохраняя медсестру от последующего контакта с острием. Затем шприц подлежит утилизации.

Также не маловажную роль для безопасных инъекций играют упаковки лекарственных средств. Так ампулы с отламывающимся кончиком менее травм опасны, чем ампулы где необходима металлическая пластина для их вскрытия. Также по возможности надо использовать флаконы с лекарственными средствами для одноразового применения для каждого пациента с целью снижения перекрестной контаминации между пациентами. Флаконы (многодозовые флаконы) для многократного применения следует использовать только, если нет другой альтернативы.

Профилактика травм от уколов иглой медицинского персонала включает в себя несколько видов контроля.

Наиболее эффективной профилактикой травм от уколов иглой медицинского персонала является исключение всех ненужных инъекций.

Одним из видов контроля являются технические виды контроля, исключение вредных факторов, удаление всех опасных предметов с рабочего места. Использование безопасных инъекционных устройств. Удаление острых предметов и игл, по возможности (например, заменить иглы и шприцы безыгольными инъекторами, или применение безыгольных внутривенных систем). Безопасное расположение контейнеров для удаления острых отходов.

К административным видам контроля относятся методики, такие как стандартные операционные процедуры (СОП), нацеленные на снижение риска контакта с опасными предметами, распределение ресурсов, демонстрирующее приверженность делу защиты медработников.

Создание и работа комиссий по профилактике травм от укола иглой. Последовательное обучение по использованию средств защиты.

Контроль производственной практики включает в себя виды контроля, нацеленные на изменение поведения медработников в целях снижения риска производственных травм (не надевать повторно защитный колпачок на иглу, установка контейнера для острых отходов на уровне глаз и на расстоянии вытянутой руки, запечатывание и утилизация контейнеров для острых отходов, когда они заполнены на три четверти и т.д.).

Правильная утилизация медицинских отходов в лечебных учреждениях предотвращает распространение инфекции за пределы больниц и снижает случаи заболеваемости среди медицинских работников. При сборе, хранении и утилизации колющих и острых предметов должны использоваться специальные не прокалываемые и водостойкие контейнеры безопасного сбора и утилизации (КБСУ). При наличии специальных устройств для отделения игл (иглосъемники, иглодеструкторы, иглоотсекатели) использованные шприцы без игл собираются в одноразовые мягкие (пакеты) с другими медицинскими отходами класса «Б», подвергающиеся обеззараживанию на специальных установках. КБСУ заполняются не более чем на три четвертых объема. По заполнению КБСУ плотно закрываются крышкой и направляются в помещение для хранения медицинских отходов, где хранятся не более трех суток. Одноразовые емкости (пакеты, КБСУ) маркируются соответствующими надписями: «Медицинские отходы. Класс «Б» или «В», с указанием названия подразделения, даты, фамилии, имени и отчества (при его наличии) лица, ответственного за сбор отходов [14].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи ИСМП имеют широкое распространение во всех странах мира, приводят к увеличению летальности и инвалидизации пациентов, а также увеличению финансовых затрат на их лечение и ликвидацию последствий.

В условиях пандемии COVID-19 медицинские работники и члены их семей оказались подвержены беспрецедентно высокому риску.

Безопасные инъекции является важным компонентом программы инфекционного контроля. Концепция «стандартных правил техники безопасности» в сочетании с безопасной практикой является обязательной, и должна ежедневно применяться во всех лечебных учреждениях, где каждый человек должен рассматриваться как потенциальный источник инфекции.

ВЫВОДЫ

Безопасные инъекции являются одним из важных компонентов снижения ИСМП в лечебных учреждениях, которые следует рассматривать с точки зрения «Мультимодальной стратегии», как комплексную реализацию нескольких компонентов с целью улучшения результатов программы инфекционного контроля.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Алимов А. В. с соавторами. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи на территории Урало-Сибирского региона. Информационный бюллетень за 2016 год. ФБУН «ЕНИИВИ» Роспотребнадзор. Екатеринбург, 2017. С.16.
2. Покровский В.И., Акимкин В.Г., Брико Н.И., Брусина Е.Б., Зуева Л.П., Ковалишена О.В. и др. Внутрибольничные инфекции: новые горизонты профилактики. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2011; 1: С.4 – 7.
3. Al-Tawfiq J.A., Tambyah P.A. Healthcare associated infections (HAI) perspectives. J. Infect. Public. Health. 2014; 7 (4): 339 – 344.
4. «Инфекционный контроль» под редакцией Айкимбаева А.М., г. Алматы, 2010 г. С.29.
5. WHO. Report on the burden of endemic health care-associated infection Worldwide. A systematic review of the literature. – World Health Organization, 2011. – 40 с.
6. Козлов Р.С. Устойчивость к антибиотикам как одна из основных проблем современного здравоохранения. Вестник Росздравнадзора, №4 – 2017 г., С. 28.
7. Wilburn S, Eijkemans G. Protecting health workers from occupational exposure to HIV, hepatitis, and other bloodborne pathogens: from

research to practice. Asian-Pacific Newsletter on Occupational Health and Safety, 2007, 13:8–12.

8. Hutin YJ, Hauri AM, Armstrong GL. Use of injections in healthcare settings worldwide, 2000: literature review and regional estimates. British Medical Journal, 2003, 327(7423):1075.

9. Injection safety at a glance. Safe Injection Global Network, 9-03.

10. Комплект методических материалов по безопасности инъекций и сопутствующим процедурам. ВОЗ, 2011 год. С.7.

11. Prüss-Üstün A, Rapiti E, Hutin Y. Introduction and methods: assessing the environmental burden of disease at national and local levels. Geneva, WHO, 2003.

12. Injection safety. Guiding principles to ensure injection device security. Geneva, World Health Organization, 2003.

13. В. Б. Петрова, А. И. Петрова, Е. С. Лаптева. Парентеральное введение лекарственных веществ. Внутривенная капельная инфузия. Взятие венозной крови. Постинъекционные осложнения. Часть 2. Учебно-методическое пособие. Санкт-Петербург. Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова 2013. С.6.

14. Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения» утвержденные Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2020 года № ҚР ДСМ -96/2020.

УДК:613.84:616-036.22 (574)

ҚАЗАҚСТАННЫҢ ЕРЕСЕК ТҰРҒЫНДАРЫ АРАСЫНДА ЭЛЕКТРОНДЫҚ ТЕМЕКІЛЕРДІ ТҰТЫНУДЫҢ ТАРАЛУЫ

А.А. Адаева, Ш.З. Әбдірахманова, Т.И. Слажнева, А.А. Әкімбаева, Н.А. Сулейманова

ҚР ДСМ Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы ШЖҚ РМК
adai-taji@mail.ru, sh.abdrahmanova@hls.kz, 010845@mail.ru,
anar_a29@mail.ru, suleimanova72@mail.ru

ТҮЙІНДЕМЕ

Соңғы жылдары көптеген елдерде электронды темекі тұтынудың өсуі байқалды, әсіресе жастар арасында. Көптеген зерттеулер электронды темекінің темекі түтініне зиянсыз балама емес екенін растайды. Электрондық темекілерді тұтынудың таралу проблемасы Қазақстанда ересек халықтың темекі тұтыну туралы Жаһандық сауалнамасы (GATS) шеңберінде де зерделенді. GATS 2019-бұл Қазақстанда тұратын 15 және одан жоғары жастағы ересектер, әйелдер мен ерлер арасында жүргізілген ұлттық өкілдік кросс-секциялық зерттеу. Зерттеу үш сатылы, географиялық стратификацияланған іріктемеге негізделген. Іріктеменің соңғы бірлігі 15 және одан жоғары жастағы іріктелген үй шаруашылығының резиденті болды. Таңдалған үй шаруашылықтарының жалпы саны – 11 501.

Зерттеу нәтижелері бойынша ересек тұрғындардың 8,5%-ы бұрын электронды темекіні тұтынған, олардың 1%-ы күн сайын темекі шегетін. Электрондық темекіні қазіргі тұтынушылардың үлесі 1,3% құрайды. Басым көпшілігі – ерлер – 2,0%, әйелдер-тек 0,6%. Қалада электронды темекіні тұтынушылар ауылға қарағанда (0,8%) екі есе көп (1,7%). Тұтынушылардың негізгі бөлігі – 15-24 жас аралығындағы жастар.

Тұтынушылардың хабардарлығын арттыру және электрондық темекілерді пайдаланудан бас тарту мақсатында жастарға назар аударатын, вейптарды тұтынушыларға консультациялық көмек көрсету жөніндегі жұмысты жаппай жандандыру қажет.

Түйін сөздер: электрондық темекі, GATS, вейп тұтынушылары.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ СРЕДИ
ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА****А.А. Адаева, Ш.З. Абдрахманова, Т.И. Слажнева, А.А. Акимбаева, Н.А. Сулейманова****РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» МЗ РК, г. Алматы,
Казахстан****adai-taji@mail.ru, sh.abdrahmanova@hls.kz, 010845@mail.ru,
anar_a29@mail.ru, suleimanova72@mail.ru****РЕЗЮМЕ**

В последние годы во многих странах наблюдается рост потребления электронных сигарет, особенно среди молодежи. Многочисленные исследования подтверждают, что электронные сигареты не являются безвредной альтернативой табачному дыму. Проблема распространенности потребления электронных сигарет была изучена и в Казахстане в рамках Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (GATS). GATS 2019 – это национальное репрезентативное кросс-секционное исследование, которое проводилось среди взрослых, женщин и мужчин, в возрасте 15 лет и старше, проживающих в Казахстане. В основе исследования трехэтапная, географически стратифицированная выборка. Конечной единицей выборки являлся резидент отобранного домохозяйства в воз-

расте 15 лет и старше. Общее количество выбранных домохозяйств – 11 501.

По результатам исследования 8,5% взрослого населения потребляли электронные сигареты в прошлом, из них 1% – курили их ежедневно. Удельный вес нынешних потребителей электронных сигарет – 1,3%. Доминирующее большинство – мужчины – 2,0%, женщин – только 0,6%. В городе потребителей электронных сигарет в два раза больше (1,7%), чем в селе (0,8%). Основная масса потребителей – молодые люди в возрасте 15-24 лет.

В целях повышения осведомленности потребителей и отказа от использования электронных сигарет необходима повсеместная активизация работы по оказанию консультативной помощи потребителям вейпов с акцентом на молодежь.

Ключевые слова: электронные сигареты, GATS, потребители вейпов.

**PREVALENCE OF E-CIGARETTE USE AMONG THE ADULT POPULATION OF
KAZAKHSTAN****A.A. Adayeva, Sh. Z. Abdrakhmanova, T. I. Slazhnyova, A. A. Akimbayeva, N. A. Suleimanova****National Center of Public health of the Ministry of Health RK
adai-taji@mail.ru, sh.abdrahmanova@hls.kz, 010845@mail.ru,
anar_a29@mail.ru, suleimanova72@mail.ru****SUMMARY**

In recent years, there has been an increase in the consumption of electronic cigarettes in many countries, especially among young people. Numerous studies confirm that e-cigarettes are not a harmless alternative to tobacco smoke. The problem of the prevalence of e-cigarette consumption was also studied in Kazakhstan as part of the Global Adult Tobacco Survey (GATS). GATS 2019 is a

nationally representative cross-sectional study that was conducted among adults, women and men, aged 15 years and older, living in Kazakhstan. The study is based on a three-stage, geographically stratified sample. The final sampling unit was a resident of the selected household aged 15 years and older. The total number of selected households is 11,501.

According to the results of the study, 8.5% of the adult population used e-cigarettes in the past, of

which 1% smoked them daily. The share of current users of electronic cigarettes is 1.3%. The dominant majority are men – 2.0%, women – only 0.6%. There are twice as many electronic cigarettes users in the city (1.7%) than in the village (0.8%). The majority of users are young people aged 15-24 years.

ВВЕДЕНИЕ

Сегодня на мировом рынке и в Казахстане пользуются спросом современные технологичные устройства для альтернативной доставки никотина: одним из них являются электронные системы доставки никотина (ЭСДН) больше известные как «электронные сигареты» или «вейпы». Они представляют собой изделия, образующие аэрозоль, который вдыхается пользователем. Аэрозоль образуется в процессе нагревания в устройствах специальной жидкости. В составе аэрозоля может содержаться никотин, в свою очередь, есть и варианты без содержания никотина. В числе основных ингредиентов наполнителей электронных сигарет находится пропиленгликоль с добавлением глицерина или без него, а также ароматизаторы. В электронных сигаретах не содержится табак, однако они являются вредными для здоровья [1,2].

Доклинические, так и клинические данные, полученные из краткосрочных и долгосрочных исследований сердечно-сосудистых эффектов употребления электронных сигарет, подтверждают, что электронные сигареты не являются безвредной альтернативой табачному дыму. Однако данные в основном получены из исследований острых заболеваний. Долгосрочные эффекты использования электронных сигарет для самого потребителя и окружающих пока до конца не изучены [3-4].

Результаты позволяют предположить, что электронные сигареты не могут быть эффективным средством прекращения курения для взрослых курильщиков и, вместо этого, могут способствовать сохранению никотиновой зависимости [6-8].

Никотин, входящий в состав жидкостей для вейпа, относится к нейротоксинам и алкалоидам, которые формируют стойкую физическую и психическую зависимость, что перечеркивает все доводы о пользе электронных сигарет в

In order to raise consumer awareness and refuse to use electronic cigarettes, it is necessary to intensify work on providing advisory assistance to vape users with an emphasis on young people.

Key words: electronic cigarettes, GATS, vape users

борьбе с никотиновой зависимостью. По словам экспертов, есть и другой риск при курении таких вейпов: быстрое привыкание к никотину особенно у подростков и молодых людей, которые ранее не курили обычные сигареты. Это вещество вызывает у них стойкие изменения в соединениях коры головного мозга, что вызывает не только значительный риск зависимости, но и повышает склонность к развитию психических заболеваний в зрелом возрасте (биполярное расстройство, депрессия) [9-12].

Существует безникотиновый вариант использования устройства, когда курильщик вдыхает исключительно ароматизированный пар. По данным экспертов Американского центра по изучению зависимостей безникотиновый вариант вызывает психологическую зависимость от вейпов, которая, как и в случае зависимости от обычных сигарет, включает в себя тягу, тревогу, перепады настроения и т. д., когда курение невозможно.

Электронные сигареты выбрасывают в воздух кроме никотина еще и разнообразные токсины, что особенно вредно для пассивных курильщиков [13-14].

Некоторые страны, где проводится мониторинг использования электронных сигарет молодежью, наблюдают значительный рост распространенности их использования на протяжении последних лет. В Италии текущая распространенность использования электронных сигарет выросла с 8,4% в 2014 г. до 17,5% в 2018 г., в Грузии – с 5,7% в 2014 г. до 13,2% в 2017 г., тогда как в Латвии она составляла 9,1% в 2011 г. и 18% в 2019 г. [15] Распространенность потребления электронных сигарет в России составляет 2,5%, наиболее высокая – среди людей моложе 25 лет [16]. В числе стран с самыми крупными продавцами электронных сигарет – Швеция, Италия, Норвегия и Германия.

В Республике Казахстан употребление табачных изделий регулируется Кодексом Республики

Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения», статья 110, где электронные сигареты приравнены к табачным изделиям, таким образом, вейпы регулируются законом как табачные изделия и на них распространяются все запреты и ограничения как для обычных сигарет, согласно статье 110 Кодекса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS) 2019 – это национальное репрезентативное кросс-секционное исследование, которое проводилось среди взрослых, женщин и мужчин, в возрасте 15 лет и старше, проживающих в Казахстане.

Для второго раунда GATS был использован самостоятельный дизайн выборки с применением трехэтапной, географически стратифицированной методологии ее формирования.

Первый этап формирования выборки использовал в качестве первичных единиц выборки – населенные пункты, которые были выбраны случайным образом с вероятностью, пропорциональной объему, из национального перечня населенных пунктов Комитета по статистике Министерства национальной экономики РК. Всего для исследования были отобраны случайным образом 371 населенный пункт, которые были стратифицированы за счет распределения по 31 слою выборки. 28 из этих слоев были определены как городские и сельские населенные пункты в 14 областях с 3 дополнительными городскими слоями для городов Нур-Султан, Алматы и Шымкент.

Второй этап выборки формировался путем отбора вторичных единиц выборки (ВЕВ), которыми выступают адреса домохозяйств из республиканского регистра жилищного фонда, который регулярно обновляется Комитетом по статистике Республики Казахстан.

Третий этап выборки заключался в случайном отборе конечной единицы выборки, то есть одного резидента домохозяйства из списка жителей домохозяйства в возрасте 15 лет и старше, которые соответствовали требованиям. Была сформирована окончательная выборка для полу-

чения 4 535 выбранных респондентов-женщин и 5 102 выбранных респондентов-мужчин из общего количества выбранных домохозяйств – 11 501.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно данным опроса около половины взрослого населения (47,8%) знают или что-либо слышали об электронных сигаретах (мужчин 55,4%, женщин 41,1%). Срез по типу поселения показал, что среди горожан (56,6%) значительно больше людей, знающих об электронных сигаретах, чем среди сельчан (35,1%).

Вполне ожидаемой выглядит и возрастная специфика показателей, молодое поколение имеет лучшую осведомленность (15-24 летние – 57,5%, 25-44 летние – 56,4%), чем старшее поколение (45-64 летние – 39,1%, 65+ – 23,3%).

В свою очередь, четко прослеживается зависимость в показателях по уровню образования взрослых: чем выше уровень образования, тем значимо больше лиц, имеющих представление об электронных сигаретах. Среди населения с высшим образованием об электронных сигаретах знают 59,7%, со средним профессиональным – 44,4%, со средним – 27,8%, с начальным – 14,6%.

Как показало исследование, 8,5% взрослого населения отметили, что потребляли электронные сигареты в прошлом, из них 1,0% – курили их ежедневно.

Удельный вес нынешних потребителей электронных сигарет составил 1,3% (сюда вошли как курящие ежедневно, так и периодически). Доминирующее большинство из них – мужчины – 2,0%, в то время как женщин – только 0,6%. Такая же значимая разница между группами наблюдается и в показателях в срезе по типу поселения: в городе нынешних потребителей электронных сигарет оказалось в два раза больше (1,7%), чем в селе (0,8%). Возрастной состав потребителей электронных сигарет следующий: 2,3% – молодые люди в возрасте 15-24 лет; 1,9% – в возрасте 25-44 лет, что значимо отличается от доли потребителей старшего поколения: 0,3% – 45-64-летних, 0,1% – в возрасте 65 лет и старше (рисунок 1).

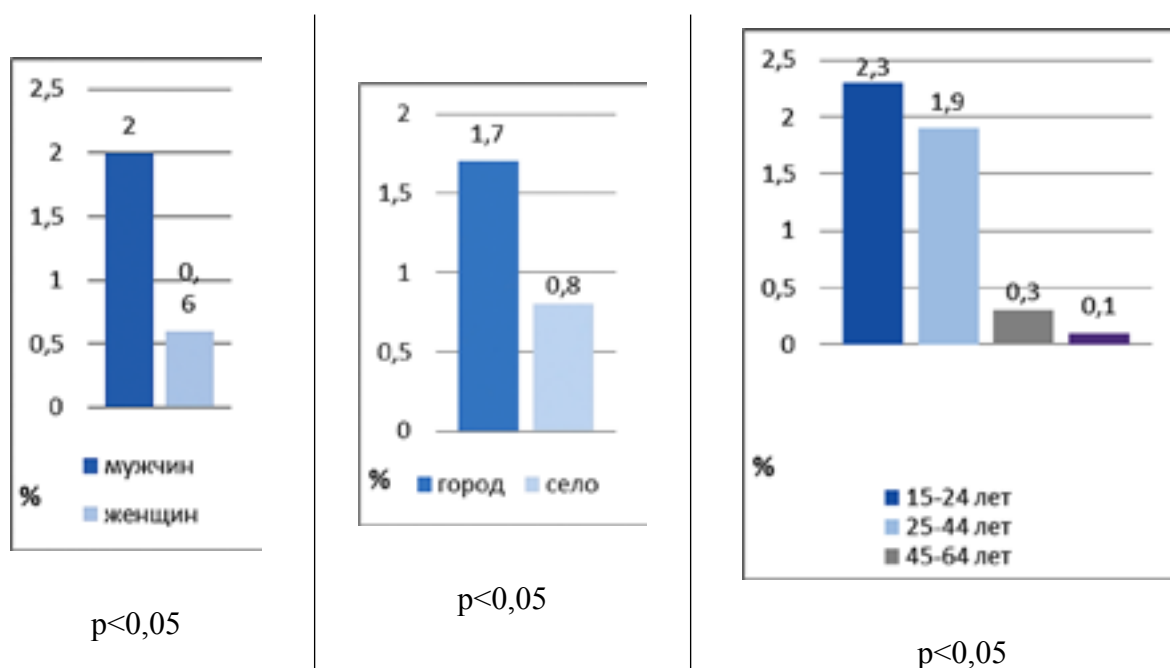


Рисунок 1. Распространенность потребления электронных сигарет в разрезе по категориям, 2019 г.

В числе нынешних курильщиков электронных сигарет больше тех, кто потребляет их периодически (1,0%), ежедневно курят электронные сигареты 0,3% взрослых. Статистически значимая разница по группам наблюдается только среди непостоянных потребителей: мужчин – 1,6%, женщин в 4 раза меньше – 0,4%; городских жителей – 1,3%, сельских – только 0,6%.

Среди казахстанцев, ежедневно использующих электронные сигареты – треть утверждают, что курят ежедневно не более месяца, четверть курят ежедневно на протяжении 1-3 месяцев, еще каждый пятый – 4-11 месяцев, 12,7% – имеют опыт ежедневного курения от одного до двух лет, и 8,7% – более двух лет (рисунок 2).



Рисунок 2. Стаж курения электронных сигарет среди нынешних потребителей

Среди тех, кто в настоящее время не потребляет электронные сигареты, 0,5% курили их в

прошлом ежедневно (0,6% мужчин, 0,3% женщин), причем таковых в городе зафиксировано значительно больше (0,7%), чем в селе (0,1%). В

возрастном срезе также имеется статистически значимая разница с преобладанием групп молодых людей (15-44 лет).

В числе ключевых причин потребления электронных сигарет были названы следующие варианты: «обладание приятными ароматами» (75,6%), «убеждение о меньшей вредности по сравнению с курением табака» (72,7%), а также «получение удовольствия от употребления» (68,3%). Следующими в рейтинге причин стояли: «возможность использования там, где курение табака запрещено» (53,6%) и «с целью прекращения курения табака» (51,2%). Еще реже называли позиции «по причине употребления другом или членом семьи» (43,1%) и «чтобы избежать возвращения к курению табака» (42,4%). Меньше всего выбирали вариант «пристрастие» (22,6%).

Существенные отличия заметны в срезе по типу поселения. Так, для городских жителей причина «получение удовольствия от употребления электронных сигарет» является главной (75,9%), тогда как среди сельчан эта позиция не фигурирует в числе важных (42,3%). Показательно, что наиболее распространенной причиной у сельских жителей является использование электронных сигарет с целью прекращения курения табака (70,0%), тогда как у горожан – это причина указывалась гораздо реже (45,9%).

Наиболее предпочитаемыми ароматами среди пользователей электронных сигарет в настоящее время являются ароматы ментола/мяты (28,3%) и фруктов (27,3%). Чуть реже выбирают сладкие ароматы – шоколада, десерта, конфет, сладостей (17,8%). Табачный запах предпочитают 11,9% потребителей. 4,2% предпочитают не ароматизированные электронные сигареты, чуть больше 2% выбирают ароматы специй и безалкогольных напитков.

Результаты опроса касательно содержания никотина в электронных сигаретах, потребляемых курильщиками в настоящее время, были следующими: половина (50,4%) нынешних потребителей утверждают, что курят электронные сигареты без никотина, менее трети (29,3%) курят электронные сигареты, содержащие никотин, и пятая часть курильщиков (20,4%) ответили, что не знают о том, имеют ли они никотин в своем составе или нет.

Сравнительный анализ результатов исследования GATS 2014 и 2019 гг., касающихся потребления электронных сигарет, демонстрирует значимое снижение показателя осведомленности и показателя распространенности нынешнего потребления электронных сигарет [17].

Если в 2014 г. об электронных сигаретах знали или когда-либо слышали 53,7% взрослого населения, то в 2019 г. данный показатель снизился до 47,8%. Относительная убыль статистически значимая в размере и составила 10,9%. В большей мере на данное снижение повлияла динамика показателя у мужчин (относительная убыль среди мужчин 13,6%, среди женщин – 7,4%). Практически одинаково значимо на снижение показателя повлияли данные как жителей сельских населенных пунктов (относительное изменение -4,4), так и городских (относительное изменение -10,8%). В возрастной структуре в показателях осведомленности населения заметны явные изменения у лиц в возрасте 25-44 лет (относительное снижение на 9,4%) и 45-64 лет (относительное снижение 17,2%).

Динамика показателей нынешних потребителей электронных сигарет характеризуется относительным снижением в 22,2%; распространенность потребления электронных сигарет в 2014 г. составляла 1,7%, в 2019 г. – 1,3%, однако данные различия не являются статистически значимыми. В большей мере снизился показатель среди женщин – относительное изменение -31,2% (у мужчин – -18,3%) и показатели жителей города (относительное снижение – 27,9%). Значимое влияние оказали данные курильщиков электронных сигарет из возрастной группы – 45-64 лет (относительное снижение – 64,8%) и потребителей с высшим образованием (относительное снижение – 38,6%).

Появление в продаже электронных сигарет –вейпов, вызвало большой ажиотаж среди людей, страдающих никотиновой зависимостью. Электронные сигареты, продвигаемые производителями как безопасная альтернатива обычным и как способ обойти закон о запрете курения в общественных местах, набирают популярность среди молодежи. Обобщающие исследования ученых призывают к отказу от использования электронных имитаторов сигарет и к разработке новых способов отказа от курения.

Исследователи пришли к выводам, что использование таких курительных имитаторов значительно снижает шансы для возможности бросить курить, а «безопасный водяной пар» от них только загрязняет воздух в помещениях. Кроме того, большинство вместе с электронными сигаретами курят и обычные, у подростков, курящих электронные заменители, привыкание к никотину начинается с электронных сигарет.

Споры о вреде таких устройств ведутся до сих пор, но уже проведенные клинические исследования показали, что электронные сигареты опасны для здоровья. По итогам научно-исследовательской работы «Проведение исследований рынка новых видов никотиносодержащей продукции, международной практики правового регулирования обращения такой продукции и разработка предложений по установлению в рамках евразийского экономического союза обязательных требований к новым видам никотиносодержащей продукции и рекомендаций по механизмам их реализации», выполненной для нужд Комиссии в 2018 году Всероссийским научно-исследовательским институтом табака и табачных изделий, сделан вывод: использование никотиносодержащей продукции не является безвредным; в аэрозоле никотиносодержащей продукции, вдыхаемом потребителями, могут обнаруживаться вещества по списку основных вредных веществ Всемирной организации здравоохранения (формальдегид, ацетальдегид, акролеин, нитрозонорникотин и 4-(N-метил-N-нитрозамино-)-1-(3-Пиридил-)-1-Бутанон, бензол, 1,3-бутадиен и бенз(а)пирен), которые могут оказывать негативное воздействие на здоровье потребителя.

Риск развития заболеваний от курения вейпа особенно велик для детей, подростков, беременных женщин, пожилых людей, людей с заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также страдающих аллергическими реакциями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Безопасных форм курения не существует, а отсутствие симптомов не означает, что нет пагубного воздействия на организм. Коронавирусная инфекция, безусловно, вносит свой вклад в

статистику, но хочется отметить, что рост количества заболеваний дыхательной системы наблюдается в течение нескольких лет.

Сейчас агрессивная маркетинговая политика популярных брендов позволяет компаниям быстро захватывать рынок. Уязвимым населением становятся подростки и молодежь. Опираясь на полученные данные проведенного в Казахстане исследования GATS – необходимо принять во внимание, что требуется повсеместная активизация работы по оказанию помощи курильщикам и потребителям электронных систем в их намерении отказаться от потребления с акцентом на подростков и молодежь.

Известно, что комплексные вмешательства по отказу от курения очень важны и эффективны для снижения потребления табака. Стоит отметить, что на сегодняшний день услуги по отказу от потребления табака и других не табачных изделий предоставляются с использованием новых технологий – онлайн-приложений, смартфонов, социальных сетей, горячих телефонных линий, а также путем кратких советов, консультирования по изменению поведения, которым обучают на онлайн-семинарах от Всемирной организации здравоохранения, предоставления никотинзамещающей терапии в медицинских организациях.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Табак. Информационный бюллетень ВОЗ. 27 июля 2021г. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Pebbles Fagan, Pallav Pokhrel, Thaddeus A Herzog, Eric T Moolchan, Kevin D Cassel, Adrian A Franke, et al. Addictive Carcinogens Workgroup, Sugar and Aldehyde Content in Flavored Electronic Cigarette Liquids, Nicotine & Tobacco Research, Volume 20, Issue 8, August 2018, Pages 985–992, <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx234>
3. Nicholas D Buchanan, Jacob A Grimmer, Vineeta Tanwar, Neill Schwieterman, Peter J Mohler, Loren E Wold, Cardiovascular risk of electronic cigarettes: a review of preclinical and clinical studies, Cardiovascular Research, Volume 116, Issue 1, 1 January 2020, Pages 40–50, <https://doi.org/10.1093/cvr/cvz256>
4. Kathleen Stratton, Leslie Y. Kwan, and David

L. Eaton A Consensus Study Report of Public Health Consequences of E-Cigarettes THE NATIONAL ACADEMIES PRESS Washington, DC. -2018 p 155-171.

5. Electronic cigarettes cause alteration in cardiac structure and function in diet-induced obese mice. Hasan KM, Friedman TC, Parveen M, Espinoza-Derout J, Bautista F, Razipour MM, Shao XM, Jordan MC, Roos KP, Mahata SK, Sinha-Hikim AP. *PLoS One*. 2020 Oct 1;15(10):e0239671. doi: 10.1371/journal.pone.0239671. eCollection 2020.

6. Ruifeng Chen, John P Pierce, Eric C Leas, Martha M White, Sheila Kealey, David R Strong, Dennis R Trinidad, Tarik Benmarhnia, Karen Messer, Use of Electronic Cigarettes to Aid Long-Term Smoking Cessation in the United States: Prospective Evidence From the PATH Cohort Study, *American Journal of Epidemiology*, Volume 189, Issue 12, December 2020, Pages 1529–1537, <https://doi.org/10.1093/aje/kwaa161>

7. Shihadeh A, Eissenberg T. Electronic cigarette effectiveness and abuse liability. *Nicotine Tob Res*. 2015;17(2):158-162.

8. Impact of electronic nicotine delivery systems and other respondent characteristics on tobacco use transitions among a U.S. national sample of women of reproductive age. Kurti AN, Bunn JY, Tang K, Nighbor T, Gaalema DE, Coleman-Cowger V, Coleman SRM, Higgins ST. *Drug Alcohol Depend*. 2020 Feb 1;207:107801. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.107801. Epub 2019 Dec 10.

9. Kong G, Morean ME, Cavallo DA, et al. Reasons for electronic cigarette experimentation and discontinuation among adolescents and young adults. *Nicotine Tob Res*. 2015;17(7):847-854.

10. Vickerman KA, Carpenter KM, Altman T, Nash CM, Zbikowski SM. Use of electronic cigarettes among state tobacco cessation quitline callers. *Nicotine Tob Res*. 2013 Oct;15(10):1787-91. doi: 10.1093/ntr/ntt061. Epub 2013 May 8. PMID: 23658395.

11. Perialathan K, Rahman AB, Lim KH, et al. Prevalence and associated factors of ever use of electronic cigarettes: Findings from a hospitals and health clinics study based in Malaysia. *Tob Induc Dis*. 2018;16:55. Published 2018 Nov 23. doi:10.18332/tid/99258

12. Mark Lucherini, PhD, Catriona Rooke, PhD, Amanda Amos, PhD, “They’re thinking, well it’s not as bad, I probably won’t get addicted to that. But it’s still got the nicotine in it, so...”: Maturity, Control, and Socializing: Negotiating Identities in Relation to Smoking and Vaping—A Qualitative Study of Young Adults in Scotland, *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 21, Issue 1, January 2019, Pages 81–87, <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx245>

13. Jan Czogala, PhD, Maciej L. Goniewicz, PharmD, PhD, Bartłomiej Fidelus, PharmD, Wioleta Zielinska-Danch, PhD, Mark J. Travers, PhD, Andrzej Sobczak, PhD, Secondhand Exposure to Vapors From Electronic Cigarettes, *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 16, Issue 6, June 2014, Pages 655–662, <https://doi.org/10.1093/ntr/ntt203>

14. Susan Mello, PhD, Cabral A. Bigman, PhD, Ashley Sanders-Jackson, PhD, Andy S. L. Tan, MBBS, MPH, MBA, PhD, Perceived Harm of Secondhand Electronic Cigarette Vapors and Policy Support to Restrict Public Vaping: Results From a National Survey of US Adults, *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 18, Issue 5, May 2016, Pages 686–693, <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv232>

15. Резюме результатов глобального обследования употребления табака среди молодежи в отдельных странах Европейского региона ВОЗ. <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/tobacco/news/news/2020/12/new-who-report-reveals-that-while-smoking-continues-to-decline-among-european-adolescents,-the-use-of-electronic-cigarettes-by-young-people-is-on-the-rise>

16. Гамбарян М. Г., Калинина А. М., Попович М. В., Старовойтов М. Л., Драпкина О. М., Бойцов С. А., Салагай О. О. Вся правда об электронных сигаретах: российская реальность. Часть II. Потребление электронных сигарет в России: связь с демографическими факторами, рекламой и продвижением, курением табака и попытками бросить курить. Результаты репрезентативного опроса вз. *Профилактическая медицина*. 2019; 22(6):14-27.

17. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака в Республике Казахстан, 2014. Страновой отчет.- Алматы 2015. – 171 С.

**РЕПРОДУКТИВТІ ДЕНСАУЛЫҚ. АНАНЫ ЖӘНЕ БАЛАНЫ ҚОРҒАУ
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ. ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА
REPRODUCTIVE HEALTH. MATHERNAL AND CHILD HEALTH**

УДК: 159.9

**ЖАСӨСПІМДЕР АРАСЫНДАҒЫ ИНТЕРНЕТ-ТӘУЕЛДІЛІК
(шолу мақаласы)**

Н.К. Жунисали, А.А. Мусина, Р.К.Сүлейменова, Ф.Т.Амирсеитова

«Астана медицина университеті» КеАҚ

zhunissali.n@amu.kz, mussina.a@amu.kz, suleimenova.r@amu.kz, amirseitova.f@amu.kz

ТҮЙІНДЕМЕ

Қазіргі жоғары технологиялық қоғамдастықта көптеген азғырулар пайда болды. Интернеттің арқасында біз кез келген қызықтыратын ақпаратты ала аламыз, өйткені желіде адамзат өзінің бүкіл тарихында жинақтаған барлық нәрсені таба аласыз. «еркін» энциклопедиялар түрінде арнайы порталдар бар, онда кез-келген адам

өзі жақсы түсінетін тақырып бойынша ақпарат бере алады. Интернет, мысалы, GPS сияқты жаңа технологиялардың дамуына серпін берді. Бүкіләлемдік ғаламтор кез – келген жағдайға байланысты адам бара алмайтын әлемнің кез-келген бұрышына «баруға» мүмкіндік береді.

Түйін сөздер: интернетке тәуелділік, аддиктология, геймер, ауытқу, тұлғаның стигматизациясы.

**ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ У ПОДРОСТКОВ
(обзорная статья)**

Н.К. Жунисали, А.А. Мусина, Р.К.Сүлейменова, Ф.Т.Амирсеитова

НАО «Медицинский университет Астана»

zhunissali.n@amu.kz, mussina.a@amu.kz, suleimenova.r@amu.kz, amirseitova.f@amu.kz

РЕЗЮМЕ

В современном хайтек-сообществе появилось немало соблазнов. Благодаря интернету мы можем получить любую интересующую нас информацию, т. к. в сети можно найти все, что накопило человечество за всю свою историю. Есть специальные порталы, существующие в виде «свободных» энциклопедий, где любой желающий может выложить информацию по тому

предмету, в котором он хорошо разбирается. Интернет дал толчок к развитию новых технологий – таких, как, например, GPS. Всемирная паутина дает возможность «побывать» в любом уголке мира которые человек не может посетить в связи с какими-либо обстоятельствами.

Ключевые слова: интернет-зависимость, аддиктология, геймер, девиация, стигматизация личности.

**INTERNET ADDICTION IN ADOLESCENTS
(review article)**

N.K. Junisali, A.A. Musina, R.K.Suleimenova, F.T.Amirseitova

NpJSC “Astana Medical University”

zhunissali.n@amu.kz, mussina.a@amu.kz, suleimenova.r@amu.kz, amirseitova.f@amu.kz

SUMMARY

There are many temptations in the modern high-tech community. Thanks to the Internet, we can get any information we are interested in, because on the Web you can find everything that humanity has accumulated over its entire history. There are special portals that exist in the form of “free” encyclopedias, where anyone can post information on the subject

Возможности интернета возрастают с каждым днем, все больше людей пользуются компьютерами для игры и работы, все больше и больше людей по всему земному шару становятся посетителями всемирной паутины. Еще один способ проводить время в интернете – это просмотр видеофайлов в видеохостинге «youtube.com», где собран видеоматериал самого разного характера со всего света.

Но это только одна из сторон, есть и обратная сторона медали. Компьютерная индустрия создает разнообразные компьютерные игры, наращивает темпы в производстве новых высокотехнологичных продуктов, где графика фото реалистична, а мир очень похож на реальный. Одно из последних направлений – это онлайн-игры, в которых молодые люди не только проводят часы, сутки, недели и месяцы, но и тратят в онлайн-мире реальные деньги.

Увлечение компьютерными играми называется геймерством, а игроки, соответственно, геймерами. Геймеры со всего мира играют в одном виртуальном пространстве, сражаясь между собой за виртуальные очки, теряя связь с реальным миром.

Также существуют социальные сети, в которых люди проводят много времени, общаясь между собой, но при этом, не видя собеседника в живую. Такое общение дает возможностей, но и таит в себе большое количество опасностей. Благодаря интернету теперь можно общаться с людьми, находящимися на другом конце света, в режиме реального времени. Но виртуальный собеседник может оказаться совсем не тем, за кого себя выдает. Каждый в сети может выдать себя за кого угодно, может спрятаться за придуманную маску, не боясь разоблачения. Фактором, толкающим людей на пользование интернетом для общения, является анонимность. Анонимность

in which he is well versed. The Internet has given impetus to the development of new technologies—such as, for example, GPS. The World Wide Web makes it possible to “visit” any corner of the world that a person cannot visit due to any circumstances.

Key words: internet addiction, addictology, gamer, deviation, personality stigmatization.

может помочь при знакомствах, т. к. человек, общающийся в Сети, не видит лица, мимики и жестов своего собеседника, что, в свою очередь, сильно упрощает процесс знакомства.

Интернет и игровую зависимость можно отнести к такой зависимости, как например алкогольная или наркотическая. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), интернет-зависимость считается болезнью за номером F63.0. Количество людей, подверженных этой зависимости, все время возрастает, особенно быстрый рост интернет-зависимых наблюдается среди подростков.

Существуют такие виды компьютерных зависимостей, как зависимость от работы на компьютере, зависимость от социальных сетей и гэмблинг – патологическое стремление индивида к азартным играм. Основное внимание уделяется изучению игровой компьютерной зависимости. По статистике 28% интернет-аддиктов от общего числа зависимых составляют люди, которые играют в многопользовательские игры [1].

Известно, что в специальной литературе термин «отклоняющееся поведение» нередко заменяется синонимом – девиантное поведение (от лат. *deviatio* – отклонение). Далее мы будем использовать оба термина – «отклоняющееся» и «девиантное» – в качестве взаимозаменяемых, отдавая предпочтение первому, как более ясному и привычному.

Очевидная сложность определения изучаемого понятия обусловлена прежде всего его междисциплинарным характером. В настоящее время термин «отклоняющееся поведение» используется в двух основных значениях. В значении «поступок, действия человека, не соответствующие официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе нормам» [2]. Девиантное поведение выступает

предметом психологии, педагогики и психиатрии. В значении «социальное явление, выражающееся в относительно массовых и устойчивых формах человеческой деятельности, не соответствующих официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе нормам и ожиданиям» оно является предметом социологии, права, социальной психологии.

Отклоняющееся поведение личности — это поведение, которое не соответствует общепринятым или официально установленным социальным нормам. Иначе говоря, это действия, не соответствующие существующим законам, правилам, традициям и социальным установкам. Определяя девиантное поведение как поведение, отклоняющееся от норм, следует помнить, что социальные нормы изменяются. Это, в свою очередь, придает отклоняющемуся поведению исторически преходящий характер. В качестве примера можно привести различное, в зависимости от эпохи и страны, отношение к курению. Следовательно, девиантное поведение — это нарушение не любых, а лишь наиболее важных для данного общества в данное время социальных норм.

Девиантное поведение и личность, его проявляющая, вызывают негативную оценку со стороны других людей. Негативная оценка может иметь форму общественного осуждения или социальных санкций, в том числе уголовного наказания. Прежде всего санкции выполняют функцию предотвращения нежелательного поведения. Но, с другой стороны, они могут приводить к такому негативному явлению, как стигматизация личности — навешивание на нее ярлыка. Например, хорошо известны трудности реадaptации человека, отбывшего срок наказания и вернувшегося в «нормальную» жизнь.

Попытки человека начать новую жизнь зачастую разбиваются о недоверие и отвержение окружающих людей. Постепенно ярлык девианта (наркоман, преступник, самоубийца и т.п.) формирует девиантную идентичность (самоощущение). Таким образом, дурная репутация усиливает опасную изоляцию, препятствует позитивным переменам и вызывает рецидивы девиантного поведения.

Особенностью отклоняющегося поведения является то, что оно на носит реальный ущерб

самой личности или окружающим людям. Это может быть дестабилизация существующего порядка, причинение морального и материального ущерба, физическое насилие и причинение боли, ухудшение здоровья. В крайних своих проявлениях девиантное поведение представляет непосредственную угрозу для жизни, например, суицидальное поведение, насильственные преступления, употребление «тяжелых» наркотиков. Психологическим маркером ущерба является страдание, переживаемое самим человеком или окружающими людьми. Данный признак означает, что отклоняющееся поведение в зависимости от формы является разрушительным — деструктивным или аутодеструктивным. Не удовлетворяют данному признаку и не являются отклоняющимся поведением такие близкие социальные явления, как радикализм, креативность и маргинальность. Несмотря на то, что они также отклоняются от общепринятых норм, вызывая раздражение консервативно настроенной части населения, эти феномены скорее полезны для общества, чем опасны. Так, радикально настроенные личности нацелены на коренные преобразования в обществе, что стимулирует прогрессивные изменения в нем. Креаторы, отличаясь нестандартностью, выступают исследователями и первооткрывателями. Маргиналы противопоставляют себя большинству, расширяя границы социальных норм. Перечисленные феномены могут сочетаться. Например, поведение подростков нередко отражает все три тенденции. Подросток, экспериментирующий с пирсингом, татуировкой или даже шрамированием, не может быть однозначно отнесен к группе девиантов. Но тот же подросток, употребляющий героин, демонстрирует явно отклоняющееся поведение с высоким риском для жизни. Таким образом, отклоняющееся поведение деструктивно по своей сути. Рассматриваемое поведение преимущественно можно охарактеризовать как стойко повторяющееся (многократное или длительное). Так, если ребенок семи лет один раз взял без спросу небольшую сумму денег у родителей на сладости, без последующих эксцессов, определение данного поведения как отклоняющегося будет недостаточно корректным. Напротив, систематическое осознанное воровство денег под-

ростком будет являться одной из форм отклоняющегося поведения. Другой распространенный пример: эпизодическое употребление спиртного в ряде случаев признается вполне допустимым или даже полезным.

Особенностью отклоняющегося поведения является то, что оно рассматривается в пределах медицинской нормы. Оно не должно отождествляться с психическими заболеваниями или патологическими состояниями, хотя и может сочетаться с последними. В случае психического расстройства имеет место патологическое поведение психически больного человека. Патологическое поведение отклоняется от медицинских норм, требует первостепенного медицинского вмешательства и изучается психиатрией как, например, девиантное поведение психически больных. Патологическое поведение подразумевает, что под воздействием болезненного состояния способность личности осознавать и контролировать свои действия существенно снижается или вовсе перестает быть подконтрольным.

В то же время, при определенных условиях, отклоняющееся поведение может переходить в патологическое. Например, зависимое поведение может перерасти в системное заболевание – алкоголизм, наркоманию. Таким образом, личность с отклоняющимся поведением может занимать любое место на психопатологической оси «здоровье – предболезнь – болезнь».

Особенностью отклоняющегося поведения является то, что оно сопровождается различными проявлениями социальной дезадаптации. Данное поведение совсем не обязательно приводит к болезни или смерти, но закономерно вызывает или усиливает состояние социальной дезадаптации. Состояние дезадаптации, в свою очередь, может быть самостоятельной причиной отклоняющегося поведения личности. В качестве последнего признака отклоняющегося поведения можно отметить его выраженное индивидуальное и возрастно-половое своеобразие. Отклоняющееся поведение прежде всего отражает внешнее бытие личности в социуме. Оно может быть чрезвычайно разнообразным «изнутри». Одни и те же виды девиантного поведения по-разному проявляются у различных людей в разном возрасте.

Индивидуальные различия людей затрагивают мотивы поведения, формы проявления, динамику, частоту и степень выраженности. Например, форма девиации и степень ее выраженности являются наиболее очевидными характеристиками отклоняющегося поведения личности. Они могут варьировать от вполне безобидных проявлений до тотального нарушения жизнедеятельности личности.

Другая важная индивидуальная особенность касается того, как человек переживает отклоняющееся поведение – как нежелательное для себя, как временно удовлетворяющее или как обычное и привлекательное. Отношение личности к отклоняющемуся поведению (личностная позиция) во многом определяет его судьбу.

Следует заметить, что термин «отклоняющееся поведение» может применяться к детям не младше 5 лет, а в строгом смысле – после 9 лет. Ранее 5 лет необходимые представления о социальных нормах в сознании ребенка просто отсутствуют, а самоконтроль осуществляется с помощью взрослых. Только к 9–10 годам можно говорить о наличии у ребенка способности самостоятельно следовать социальным нормам. Если же поведение ребенка младше 5 лет существенно отклоняется от возрастной нормы, то его целесообразно рассматривать как одно из проявлений незрелости, невротических реакций или нарушений психического развития.

Исходя из всего сказанного выше, можно дать следующее определение отклоняющегося (девиантного) поведения – это устойчивое поведение личности, отклоняющееся от наиболее важных социальных норм, причиняющее реальный ущерб обществу или самой личности, а также сопровождающееся ее социальной дезадаптацией.

К сфере ее основных интересов относится проблематика зависимых (аддиктивных) форм поведения как психологического, так и психопатологического уровня. Аддиктология является мультидисциплинарной наукой, системно и комплексно изучающей все формы и типы аддиктивного поведения, его механизмы, профилактику, терапию и реабилитацию пациентов/клиентов.

Данные поведенческие расстройства диагностируются при наличии нескольких характерных симптомов, которые при этом должны сохраняться не менее 6 месяцев.

Расстройство поведения диагностируется только в том случае, если оно не отвечает критериям других расстройств, таких, как диссоциальное расстройство личности, шизофрения, маниакальный эпизод, гиперкинетическое расстройство, депрессивный эпизод, эмоциональное расстройство.

Интернет-зависимость – психическое расстройство, навязчивое желание подключиться к интернету и болезненная неспособность вовремя отключиться от интернета [3].

Выделяют основные пять типов интернет-зависимости:

1. Навязчивый веб-серфинг – бесконечные путешествия по всемирной паутине, поиск информации.

2. Пристрастие к виртуальному общению и виртуальным знакомствам – большие объемы переписки, постоянное участие в чатах, веб-форумах, социальных сетях, избыточность знакомых и друзей в Сети.

3. Игровая зависимость – навязчивое увлечение компьютерными играми в Сети.

4. Навязчивая финансовая потребность – игра в Сети в азартные игры, ненужные покупки в интернет-магазинах или постоянные участия в интернет-аукционах.

5. Киберсексуальная зависимость – навязчивое влечение к посещению порносайтов и занятию киберсексом.

Статистика так распределяет сетевые услуги по частоте интернет-зависимости:

1. Чаты – 37 %.

2. Многопользовательские игры – 28 %.

3. Телеконференции в Сети – 15 %.

4. Электронная почта – 13 %.

5. Сайты всемирной паутины – 7 %.

6. Иные сетевые протоколы (ftp, gopher, Википедия и пр.) – 2 %.

Эта патология проявляется как простое блуждание в Сети, так и посещение различных форумов или RPG-серверов. В каком бы из обликов не проявлялась зависимость, она губительна. Молодой человек перестает обращать внимание на окружающий мир, все больше уходит в виртуальную реальность.

Впервые расстройство было описано в 1995 г. Иваном Голдбергом. Несмотря на то, что в цели Голдберга не входило включение этого расстройства в официальные психиатрические стандарты, предложенная им формулировка базируется на описании расстройств, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами [4]. Голдберг выделил следующие основные характеристики Интернет-зависимости:

- использование интернета вызывает болезненное негативное стрессовое состояние или дистресс;

- использование интернета причиняет ущерб физическому, психологическому, межличностному, экономическому или социальному статусу.

Также этим вопросом занималась Кимберли Янг. В 1994 году она разработала и поместила на веб-сайт специальный опросник, определяющий интернет-аддикцию и вскоре получила почти 500 ответов, авторы 400 из которых были признаны, согласно выбранному критерию, интернет-зависимыми людьми. Оказалось, что распространенность этого расстройства сходна с распространенностью патологической азартности и составляет от 1 до 5 % пользователей интернета. Стоит отметить, что тесты на интернет-аддикцию должны подбираться к каждому лицу индивидуально, это будет способствовать более точным результатам.

Четыре симптома интернет-аддикции, которые приводит Янг:

1. Навязчивое желание проверить e-mail.

2. Постоянное ожидание следующего выхода в интернет.

3. Жалобы окружающих на то, что человек проводит слишком много времени в интернете.

4. Жалобы окружающих на то, что человек тратит слишком много денег на интернет.

Предрасположенность к интернет-зависимости проявляется у тех, у кого есть определенный фон, т.е. некие личностные особенности, способствующие формированию собственно аддиктивно зависимой личности, либо аддиктивной реализации с помощью интернета у уже сформировавшегося аддикта.

За интернет-зависимостью нередко скрываются другие, намного более опасные психоло-

гические отклонения или же трудности в жизни (например: депрессия, трудности в общении и т.д.), от которых человек пытается «убежать» или «спрятаться» в Сети. Во всем цивилизованном мире уже создаются интернет-сайты, куда можно обратиться за помощью, группы взаимопомощи, созданные по типу «анонимных алкоголиков» и даже клиники по излечению от этого «недуга» [5].

Еще одной из разновидностей интернет-зависимости можно считать длительное общение – «зависание» в социальных сетях, что может приводить к изменению образа жизни, возникновению заболеваний, потере настоящих «живых» друзей.

Общение в основном через интернет приводит к тому, что люди все чаще прячутся за интернет-псевдонимом, «никому», выдавая себя за кого-то другого, признаются в любви «виртуально», не видя человека. Ведь это так просто – сидеть на другом конце провода не боясь последствий, благодаря полной анонимности, представлять себя таким супергероем. Это позволяет скрывать настоящие переживания, жить в измененной реальности. Многие интернет-зависимые люди боятся общества, не умеют с ним контактировать. Все большее развитие приобретает так называемый «киберсекс» – зависимость от просмотра порносайтов, что часто вызывает отказ от реальных партнеров. Обычно такого рода зависимость возникает у психологически слабых, замкнутых, имеющих много комплексов людей. Эти люди не справляются с реальностью, бегут от действительности, уходя, таким образом, в виртуальную реальность [6].

Исследователи отмечают, что большая часть интернет-зависимых (91%) пользуется сервисами интернета, связанными с общением. Другую часть зависимых привлекают информационные сервисы Сети [7].

Человеку необходимо чувство того, что он не одинок, что он нужен в этом мире хоть кому-нибудь. Если он одинок, он постепенно сходит с ума, поэтому в тюрьме считается одним из самых строгих наказаний одиночная камера. Некоторым из нас тяжело общаться в этом мире, таких людей называют некоммуникабельными. Но если им тяжело искать себе собеседников

по интересам среди «живых» индивидов, то они обращаются к интернету. Ведь там все просто – ты не отвечаешь за свои поступки, слова, а если и натворил что-то, то можно с легкостью поменять свой «ник». Ты можешь представить, кем угодно, указать любой пол и возраст. Это своеобразное бегство из настоящего мира. Также через чаты можно добиться новых ощущений. Например, виртуальная смена пола, и это не обязательно связано с гомосексуализмом или трансвестизмом, зачастую этим занимаются подростки, которые не разобрались в себе. В таких людях живет частичка от противоположного пола, и таким образом она самореализуется. Но это все говорит о не полной реализации своего «Я» в настоящем мире, и поэтому возникает желание создать виртуальную личность.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Андреева Г.М. Социальная психология // Учебник – М., 2016. – с.95
2. Змановская Е.В. Девиантология: психология отклоняющегося поведения // Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М., 2003. – с. 65
3. Владимирова Н. Как не попасть в «паутину». Борьба с интернет-зависимостью / Н. Владимирова // Основы безопасности жизнедеятельности. – 2018. – № 1. – С. 25-31.
4. Гурин Г.Г. Интернет-зависимость-проблемы интерпретации в условиях бурного развития электронных технологий / Г.Г. Гурин // Гарантии прав ребенка – безопасность детства : сб. науч. тр. / Департамент образования г. Москвы, Гос. авт. образоват. учреждение высш. образования г. Москвы «Моск. гор. пед. ун-т» (ГАОУ ВО МГПУ), Ин-т Права и Управления ; [ред. совет : О.В. Ефимова, А.В. Звонарев, Н.М. Ладнушкина ; отв. ред. О.В. Ефимова, А.В. Звонарев]. – М., 2019. – Вып. 2. – С. 28-33.
5. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи // – СПб., 2018. – с.36
6. Бучкова, А. Современные гаджеты, девайсы и интернет. Как воспитывать детей в таких условиях? / А. Бучкова // Дошкольное воспитание. – 2017. – № 1. – С. 67-73.
7. Жичкина А. Социально-психологические аспекты общения в Интернете // – М., 2014. – с.48

УДК 316.346.32-053 (574)

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДАҒЫ ЖАСТАР ДЕНСАУЛЫҚ ОРТАЛЫҚТАРЫНЫҢ РӨЛІ

Калмакова Ж.А. , Назарова С.А. , Раисова К.А.

ҚР ДСМ Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы ШЖҚ РМК
zh.kalmazova@hls.kz, s.nazarova@hls.kz, k.raisoa@mail.ru

ТҮЙІНДЕМЕ

Жастар халықтың үмітті тобы ретінде еліміздің қоғамдық дамуының маңызды әлеуетін білдіреді. Жас ұрпақтың денсаулығы ерекше маңызға ие, өйткені ол болашақ еңбекке қабілетті халықтың денсаулығының кепілі және ұлттың репродуктивті әлеуетінің көзі болып табылады.

Бұл мақалада Қазақстан Республикасындағы Жастар денсаулық орталықтарының қызметін және желісін кеңейту талдауы берілген. Жастар

денсаулық орталықтарының жұмыс істеуінің проблемалық мәселелеріне, жасөспірімдер мен жастардың репродуктивті және психикалық денсаулығын қорғау бойынша медициналық көмекті ұйымдастыруға көп көңіл бөлінеді. Қорытындылай келе, Жастар денсаулық орталықтарының желісін дамыту, жақсарту және кеңейту бойынша ұсыныстар берілді.

Түйін сөздер: Жастар денсаулық орталықтары, жасөспірімдер мен жастар, мамандар, жүгіну, консультациялар.

РОЛЬ МОЛОДЕЖНЫХ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ МОЛОДЕЖИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Калмакова Ж.А. , Назарова С.А., Раисова К.А.

РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» МЗ РК
zh.kalmazova@hls.kz, s.nazarova@hls.kz, k.raisoa@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Молодежь, как перспективная группа населения, представляет собой важный потенциал общественного развития нашей страны. Здоровье молодого поколения приобретает особую важность, так как является залогом здоровья будущего трудоспособного населения и источником репродуктивного потенциала нации.

В данной статье представлен анализ деятельности и расширение сети Молодежных центров здоровья по Республике Казахстан. Большое

внимание уделено проблемным вопросам по функционированию Молодежных центров здоровья, организации медицинской помощи по охране репродуктивного и психического здоровья подростков и молодежи. В заключении даны рекомендации по развитию, усовершенствованию и расширению сети Молодежных центров здоровья.

Ключевые слова: Молодежные центры здоровья, подростки и молодежь, специалисты, обращаемость, консультации.

THE ROLE OF YOUTH HEALTH CENTERS IN FORMATION OF A HEALTHY LIFESTYLE OF YOUTH IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Kalmazova Z.A. , Nazarova S. A. , Raisova K.A.

National Center of Public health of the Ministry of Health RK

zh.kalmakova@hls.kz, s.nazarova@hls.kz, k.raisoa@mail.ru

SUMMARY

Young people, as a promising group of the population, represent an important potential for the social development of our country. The health of the younger generation is of particular importance, as it is the key to the health of the future able-bodied population and the source of the reproductive potential of the nation.

This article presents an analysis of the activities and expansion of the network of Youth health centers

in the Republic of Kazakhstan. Much attention is paid to problematic issues related to the functioning of Youth health centers, the organization of medical care for the protection of reproductive and mental health of adolescents and youth. In conclusion, recommendations are given for the development, improvement and expansion of the network of Youth health centers.

Key words: Youth health centers, adolescents and youth, specialists, referrals, consultations.

ВВЕДЕНИЕ

Экономический и интеллектуальный потенциал любой страны в значительной мере определяется здоровьем молодежи. Решение проблемы здоровья подростков является важной проблемой общественного здравоохранения, поскольку рискованное поведение в подростковом возрасте вносит существенный вклад в глобальное бремя болезней, и признано, что за последние пятьдесят лет общее улучшение здоровья подростков было минимальным.

В Казахстане созданы Молодежные центры здоровья (далее – МЦЗ) по принципу клиник, дружественной молодежи (далее – КДМ), с целью сохранения здоровья и обеспечения благоприятных условий для социализации детей, подростков, молодежи путем предоставления медико-психосоциальной и бесплатной медико-социальной помощи с использованием современных медицинских практики и технологий.

По данным ЮНФПА (2019 год), коэффициент подростковой рождаемости значительно выше чем в странах ОЭСР (23,2 в 2019 г. против 2,0–5,8 на 1000 девушек в возрасте 15-19 лет). Ежегодный рост новых случаев ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-19 лет (2017 г. – 37 новых случаев, 208 г. – 39, 2019 год – 44, 2020 год – 53). Комплексные знания о путях передачи ВИЧ имеют только 9% подростков в возрасте 15-19 лет. Более 60% подростков в возрасте 15-19 лет не осведомлены о методах профилактики инфекций, передающихся половым путем и нежелательной беременности. Уровень распространенности ИППП среди взрослого населения превышает данные официальной статистики в 3,5 раза.

Цель исследования: Изучить деятельность Молодежных центров здоровья в Республике Казахстан и дать практические рекомендации по совершенствованию деятельности МЦЗ в формировании здорового образа жизни подростков и молодежи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

МЦЗ – субъект здравоохранения, предоставляющий несовершеннолетним в возрасте от 10 до 29 лет и молодежи комплексную лечебно-профилактическую помощь, а также психосоциальные и юридические услуги, с соблюдением противоэпидемического режима работы на основании действующих нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а также на основе принципов добровольности, доступности, доверия и доброжелательности с соблюдением конфиденциальности.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По данным Управлений здравоохранения 14 областей и городов Алматы, Нур-Султан и Шымкент в 2021 году в республике функционируют 163 МЦЗ, которые оказывают комплексные медико-психосоциальные услуги подросткам и молодежи. По сравнению с аналогичным периодом 2019 года (117 МЦЗ) наблюдается увеличение количества МЦЗ в данный период на 28,3%.

В разрезе регионов в 2021 году функционируют МЦЗ в областях: Акмолинской – 5, Актюбинской – 14, Алматинской – 20, Атырауской – 13, Восточно-Казахстанской – 6, Западно-Казахстанской – 3, Карагандинской – 10, Кызылординской – 8, Костанайской – 1, Мангистауской – 1,

Жамбылской – 16, Павлодарской – 3, Туркестанской – 11, Северо-Казастанской – 9 и в городах Алматы – 11, Нур-Султан – 12, Шымкент – 20 (рисунок 1).



Рисунок 1. Молодежные центры здоровья в 2021 и 2019 годах в разрезе регионов

По итогам III квартала 2021 года наибольшее количество МЦЗ в Алматинской области – 20, г. Шымкент – 20, Жамбылской области – 16, Актобинской области – 14, Атырауской области – 13, Туркестанской области – 11, г. Нур-Султан – 12 и в г. Алматы – 11.

Наименьшее количество МЦЗ в Костанай-

ской – 1, Мангистауской – 1, Павлодарской – 3 и в Западно-Казахстанской областях – 3.

В городах республики функционируют 100 молодежных центров здоровья. По данному показателю лидируют: г. Шымкент – 20, г. Нур-Султан – 12, г. Алматы – 11, Карагандинская область – 10 МЦЗ (рисунок 2).

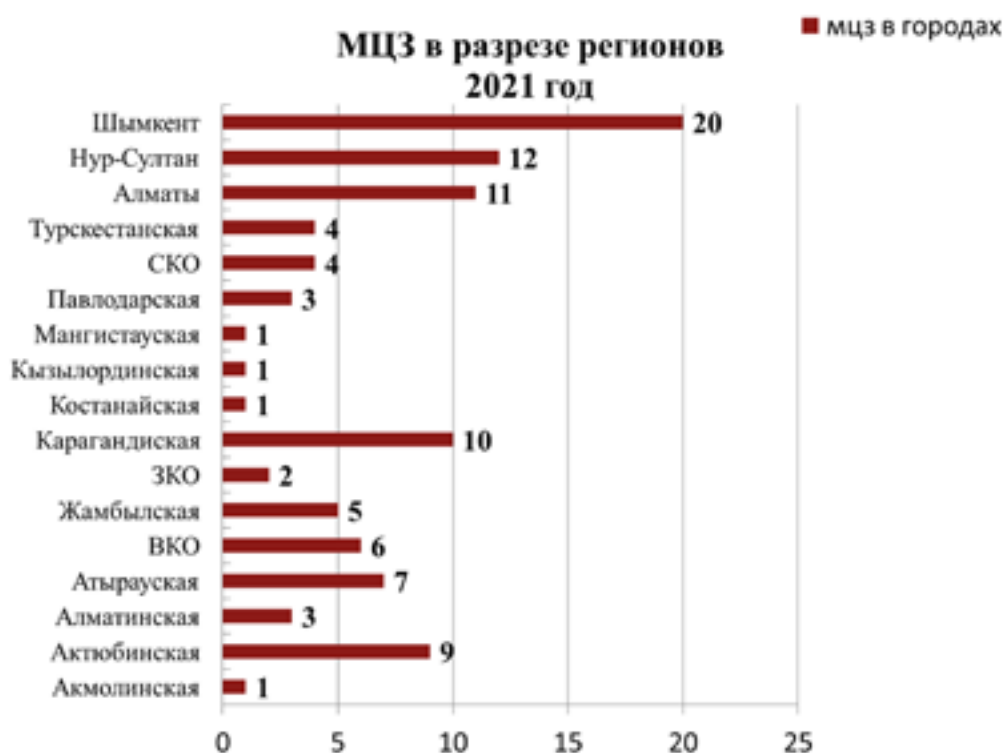


Рисунок 2. Количество молодежных центров здоровья в городах

В 2021 году наблюдается увеличение количества МЦЗ в городах республики на 1,3 раза в сравнении с аналогичным периодом 2019 года (78 МЦЗ)

В сельских регионах Республики Казахстан функционируют 63 молодежных центров здоровья. Наибольшее количество МЦЗ в сельской местности наблюдаются в Алматинской обла-

сти – 17, в Жамбылской области – 11, Туркестанской области – 7, Кызылординской области – 7, Атырауской области – 6. Наименьшее количество МЦЗ наблюдается в Актюбинской области – 5, Северо-Казахстанской области – 5, Акмолинской области – 4 и Западно-Казахстанской области – 1 (рисунок 3).

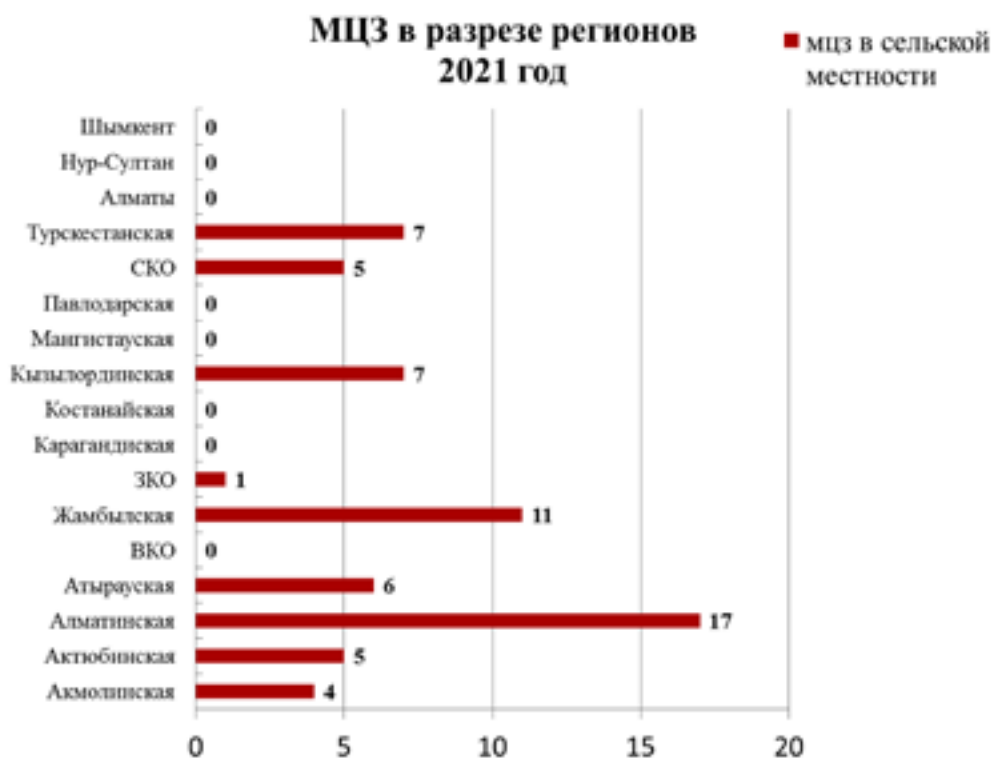


Рисунок 3. Количество МЦЗ в сельской местности

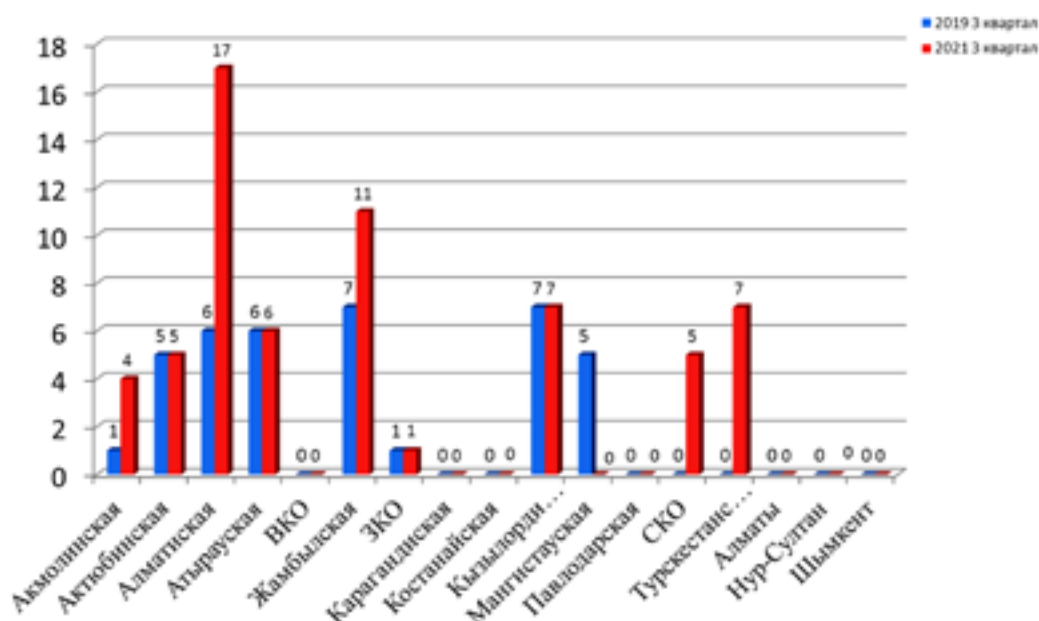


Рисунок 4. Количество МЦЗ в сельской местности в разрезе регионов за 2021 год в сравнении с 2019 годом

В 2021 году по республике наблюдается увеличение МЦЗ в сельской местности на 1,6 раза в сравнении с аналогичным периодом 2019 года (38 МЦЗ) (рисунок 4).

Во всех МЦЗ республики прием ведут 893 специалиста, из них психологов – 331, гинекологов – 155, урологов – 79, дерматовенерологов – 67, социальных работников – 138, ВОП – 52, юристов, м/с и др. – 128 (Таблица 1).

Таблица 1.

КОЛИЧЕСТВО СТАВОК СПЕЦИАЛИСТОВ В МЦЗ В РАЗРЕЗЕ РЕГИОНОВ В 2021 ГОДУ

№	Регионы	психолог	гинеколог	уролог	Дермато-ве- неролог	Соц. работ- ник	ВОП	Юрист и другие
1	Акмолинская	5	3	2	3	1	1	1
2	Актюбинская	17	22	7	13	20	0	12
3	Алматинская	162	20	3	9	7	8	0
4	Атырауская	9	7	1	1	7	0	0
5	ВКО	6	5	3	1	5	1	1
6	Жамбылская	20	12	9	7	15	6	4
7	ЗКО	2	0,25	0,25	0,25	0,25	0	0,5
8	Карагандинская	11	9	5	7	9	2	6
9	Костанайская	2	2	2	1	2	0	0
10	Кызылординская	16	2	2	2	2	1	9
11	Мангистауская	1	1	0	0	0	0	0
12	Павлодарская	3	3	2	0	5	0	2
13	СКО	17	10	5	4	11	8	8
14	Туркестанская	9	8,5	9	5	6	3,5	12
15	Алматы	13	11	9	5	15	5	4
16	Нур-Султан	15	10	7	5	11	12	5
17	Шымкент	23	29	13	4	22	5	6
	РК	331	154,75	79,25	67,25	138,25	52,5	70,5

Наибольшее количество специалистов в МЦЗ – психологи 331, что на 2,4 раза или на 192 специалиста больше по сравнению с аналогичным периодом 2019 года (139). Недостаточно укомплектованы данными специалистами в Атырауской области – 9, при общем количестве МЦЗ – 13.

На втором месте – гинекологи 154,75 штатных единиц, что на 1,6 раза больше или на 59,75 специалиста по сравнению с аналогичным периодом 2019 года (95).

На третьем месте социальные работники 138,25, наблюдается увеличение в 1,3 раза или на 38 специалиста по сравнению с аналогичным периодом 2019 года (100).

Наименьшая укомплектованность специалистами МЦЗ в Мангистауской области, в Павлодарской области, в Западно-Казахстанской областях.

В целом по Республике Казахстан в 2021 году наблюдается увеличение количества специалистов МЦЗ на 1,8 раза или на 414,5 специалиста в сравнении с аналогичным периодом 2019 года (479) (рисунок 5).

Общее количество подростков и молодежи, обратившихся к специалистам МЦЗ за 3 квартал 2021 года составило 55 329 человек, что на 24 % больше по сравнению с 3 кварталом 2019 года (42129). Из них лица мужского пола – 19864 (35,9%), женского пола – 35465 (64,1) (рисунок 6).

В III квартале 2021 года из общего числа обратившихся к специалистам МЦЗ – 55 329 человек, из них 64,4 % – 35657 городские жители и 35,6 % – 19672 жители села.

По возрастным группам: 11-14 лет – 10684 (19,3 %) человек, 15-18 лет – 18208 (32,9 %) человек, 19-24 лет – 13745 (24,9 %) человек и 25-29 лет – 12692 (22,9 %) человек (рисунок 7).



Рисунок 5. Количество специалистов МЦЗ в 2021 году в сравнении с 2019 годом

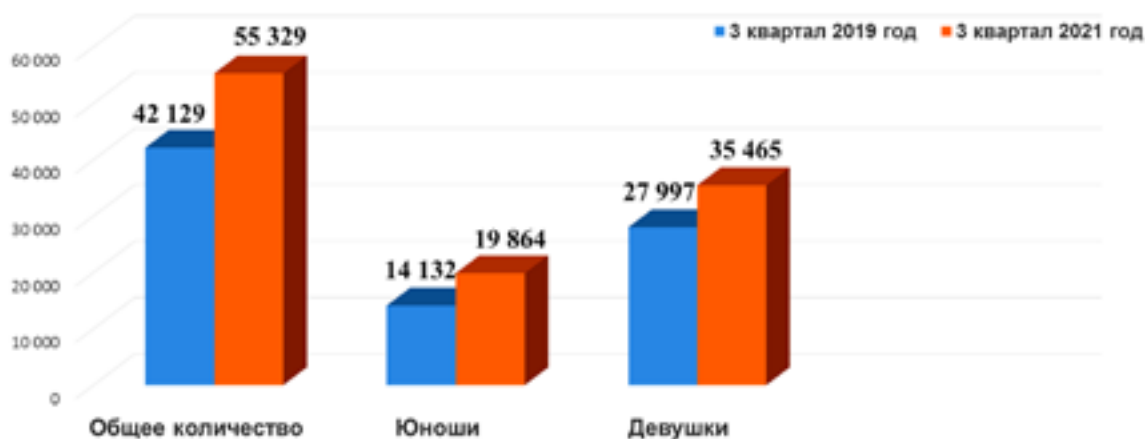


Рисунок 6. Количество обращений в Молодежные центры здоровья в сравнении за III квартал 2019 г. и 2021 г.



Рисунок 7. Количество обращений в МЦЗ по возрастной градации

Анализ обращаемости в разрезе регионов показал, что наибольший показатель обращаемости в МЦЗ в Туркестанской области – 8485, в г. Нур-Султан – 7943, в Алматинской области –

7326, в Кызылординской области – 7244, также в Карагандинской области – 5398 человек (рисунок 8).



Рисунок 8. Количество обращений за 3 квартал 2021 года в разрезе регион

Среднереспубликанский показатель посещения подростков и молодежи специалистов МЦЗ по итогам 3 квартала 2021 года составил – 3952, что выше среднего показателя за аналогичный период 2019 года на 19 % (2019 г. средняя по РК- 2633).

При анализе обращаемости в Молодежные центры здоровья (рисунок 9), представители целевой группы обращались в первую очередь к

психологу – 16258 (29,4%), дерматовенерологу – 9304 (16,8%), гинекологу – 9275 (16,8%), ВОП – 8282 (15%), социальному работнику – 5664 (10,2%). Наименьшее обращение наблюдается к урологу – 2085 (3,8%), за юридической консультацией обратилось 837 (1,5 %) подростков и молодежи, 3624 (6,5%) человек были вовлечены в мероприятия, организованные в комнатах досуга.

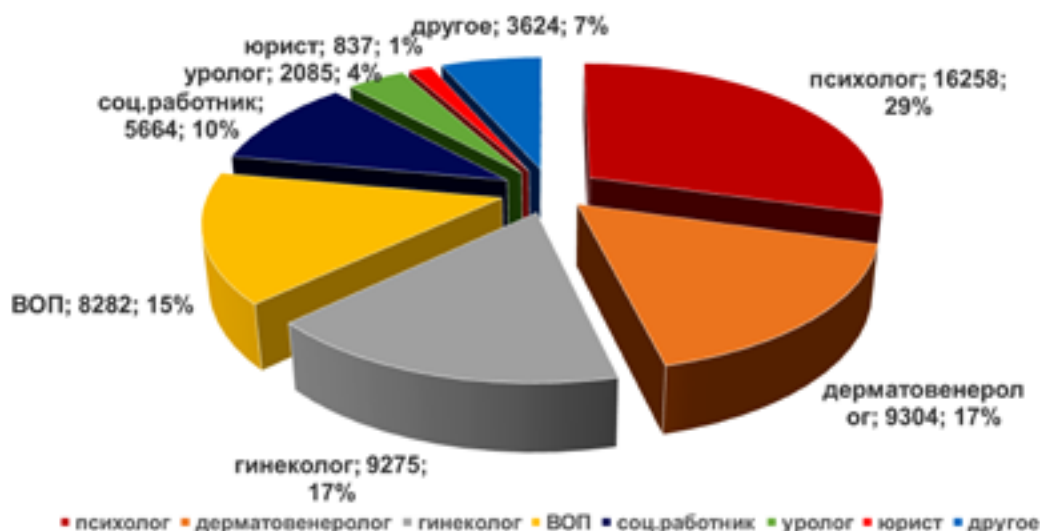


Рисунок 9. Структура обращений к специалистам МЦЗ

В среднем по РК исходя из кадрового состава молодежных центров здоровья и структуры обращений к специалистам в 2021 году:

- на одного ВОП составило – 158 посещений;
- на одного дерматовенеролога – 139 посещений;

- на одного гинеколога – 60 посещений;
- на одного психолога – 49 посещений;
- на одного уролога – 26 посещений;
- на одного социального работника – 41 посещений;
- на одного юриста – 12 посещений;

Показатель первичных обращений в МЦЗ составил – 45517 (82,3%), повторных обращений – 9812 (17,7%).

Из числа всех повторных обращений к специалистам лидируют повторные обращения к дерматовенерологу – 3973 (74,5%) из 9304 всего посещений, к урологу – 512 (32,5%) из 2085 всего посещений, а также повторные посещения социального работника – 1639 (28,9%) из 5664 всего посещений (рисунок 10).

Немного меньше повторных посещений у юриста – 148 (17,6%) из 837 всего посетивших, гинеколога – 1002 (10,8%) из 9275 всего посетивших и низкая повторная посещаемость наблюдаются у ВОП – 563 (7,2%) из 8282 всего посещений, а также у психолога – 1255 (7,7%) из 16258 всего обратившихся.

Показатели повторных посещений специалистов свидетельствуют о качестве оказываемых услуг в молодежных центрах здоровья.

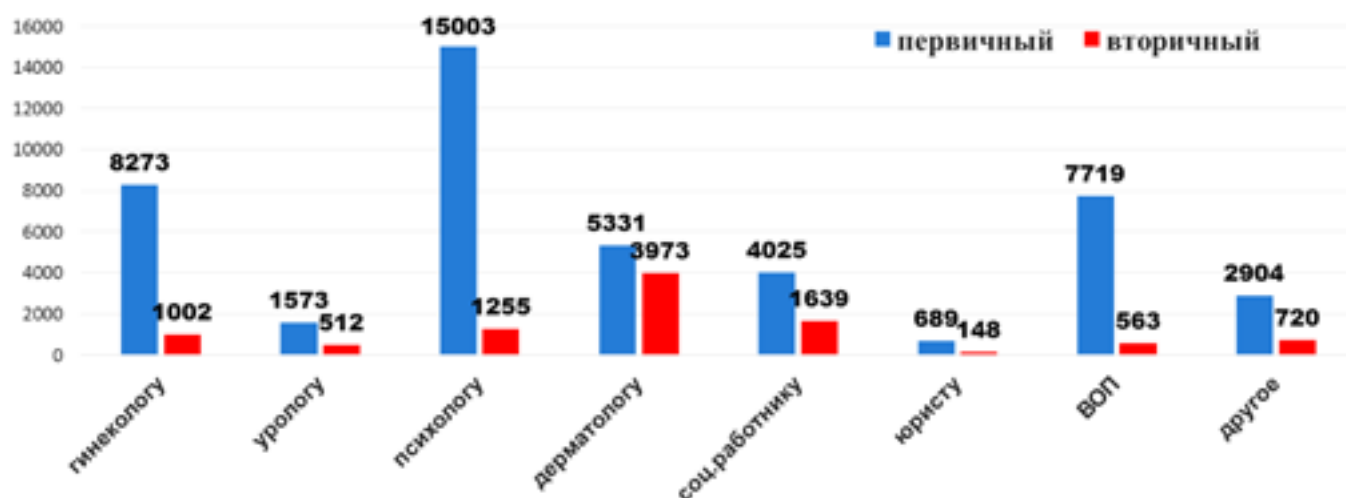


Рисунок 10. Структура первичных и повторных обращений к специалистам МЦЗ за 3 квартал 2021 года

По обращаемости к специалистам МЦЗ на первом месте стоит обращаемость к психологу. За 3 квартал 2021 года к психологу зафиксировано 16258 обращений (29,4%).

В Молодежных центрах здоровья функционируют телефоны «Горячей линии». По итогам 3

квартала 2021 года всего на «Горячую линию» поступило – 6246 звонков, из них наибольшее количество обращений отмечается в г. Нур-Султан 4728 (75,7%) и в Кызылординской области – 1170 (18,7%). (рисунок 11).



Рисунок 11. Количество звонков по телефону «Горячей линии» за 3 квартал 2021 года

В целях усиления работы по сохранению и укреплению здоровья среди подрастающего молодого поколения и привития навыков формирования здорового образа жизни в целом по республике за 3 квартал 2021 года специалистами МЦЗ проведено 16 688 мероприятий (9 436 – 2 квартал 2021г.), что на 1,7 раза больше, чем за 2 квартал 2021 года, с общим охватом 157 934 человек, что на 1,9 раза больше, чем за 2 квартал 2021 года (83672 – 2 квартал 2021 г.), из них семинар-тренинги – 1156, акции – 442, заседания круглых столов – 277, конкурсы и спортивные мероприятия – 477, конференции – 285, Дни открытых дверей – 478, другие мероприятия – 1949.

В средствах массовой информации было организовано всего 46817 мероприятий, из них: 28931 трансляций телепередач, видеороликов, аудиороликов на местных каналах, на LED-мониторах, в общественном транспорте, в местах массового пребывания населения, в организациях ПМСП, в системе образования; 872 наружных реклам, 454 публикаций в печатных изданиях, 2402 информации было размещено на веб-сайтах ПМСП, в социальных сетях.

Количество розданных информационно-коммуникационных материалов – 131 82546, из них буклет-инфографик – 40946, плакатов – 3017, листовок – 74615, брошюр – 18517, другие – 1608.

Деятельность МЦЗ способствует повышению сознательности целевой группы в вопросах сексуального и репродуктивного здоровья и психологического благополучия, профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний, формированию у молодых людей отношения и навыков, сберегающих здоровье.

Медико-психосоциальная помощь и консультация подросткам оказывается врачами гинекологами, урологами, дерматовенерологами, врачами общей практики, психологами, по правовым вопросам – юристом. Молодые люди обращаются в центры по собственной инициативе (самообращения), по направлению специалиста или педагога. На приём можно предварительно зарегистрироваться или прийти сразу. Пришедших на приём без предварительной регистрации молодых людей принимают в тот же день в порядке «живой очереди». Зарегистрироваться на приём можно на месте или по телефону.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Анализируя показатели и результаты деятельности молодежных центров здоровья в Республике Казахстан и оценивая их значимость в укреплении здоровья и социальной защищенности подростков и молодежи, определены следующие рекомендации:

1) Необходимо дальнейшее развитие, усовершенствование, и расширение сети молодежных центров здоровья путем укомплектации специалистами. Несмотря на увеличение специалистов МЦЗ в 2021 году, все еще наблюдается недостаточная укомплектованность специалистами в регионах, в частности дерматовенерологами и урологами, т.к. наблюдается высокий спрос услуг дерматовенеролога и уролога среди подростков и молодежи

2) Необходимо усилить разъяснительную и организационную работу для повышения доверия молодежи к МЦЗ в регионах и повысить среднереспубликанский показатель посещений на 1-го специалиста в МЦЗ к врачам общей практики, дерматовенерологу, гинекологу, психологу, урологу, социальному работнику, юристу.

3) Необходимо увеличить в регионах показатель повторных обращений к специалистам, в особенности гинеколога, психолога, и др. Показатели повторных посещений специалистов свидетельствуют о качестве оказываемых услуг в молодежных центрах здоровья.

4) Рекомендуются привлечение подростков и молодежи, а также известных личностей к деятельности МЦЗ, что позволит привлечь внимание к проблемам подрастающего поколения.

5) Проводить повышение квалификации специалистов, распространение информации о телефонах «Горячей линии» МЦЗ.

6) Необходимо обеспечить МЦЗ научно-методической литературой, где будут даны подробные рекомендации по оказанию медико-психологической помощи подросткам и молодежи.

7) Необходимо стандартизировать услуги МЦЗ, с целью устойчивой и последовательной работы центров, проведение оценки качества эффективности предоставляемых услуг, проведение аттестации МЦЗ с целью определения соответствия их работы принципам работы клиник, дружественных к молодежи.

8) Проведение рейтинга МЦЗ для повышения значимости и мотивации, а также повышения доверия подростков и молодежи к молодежным центрам здоровья.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан №491 от 19 октября 2006 года «О внедрении услуг, дружественных к молодежи».
2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан №7 от 5 января 2011 г. «Положение о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь».
3. Назарова Е.Н. Основы здорового образа жизни: Учебник /Е.Н. Назарова— М.: Academia, 2019. — 536 с.
4. Чукаева, И.И. Основы формирования здорового образа жизни / И.И. Чукаева. — М.: КноРус, 2018. — 64 с.

**ГИГИЕНА ЖӘНЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ
ГИГИЕНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ
HYGIENE AND EPIDEMIOLOGY**

ӘОЖ: 614:88:616.9-036.22 (574)

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУМЕН
БАЙЛАНЫСТЫ ИНФЕКЦИЯНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ**

К.М. Мұқашева, А.А. Мусина, З.С. Рымбаева, К.М. Белгібекова

«Астана медицина университеті» КеАҚ

mukasheva.k@amu.kz, mussina.a@amu.kz, rymbaeva.r@amu.kz, belgibekova.k@amu.kz

ТҮЙІНДЕМЕ

Медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекциялар (МККБИ) проблемасының өзектілігі әртүрлі бейіндегі медициналық ұйымдарда олардың кеңінен таралуымен және осы аурулардың халық денсаулығына елеулі залал келтіруімен айқындалады.

Қазақстан Республикасы бойынша медициналық көмек көрсетумен байланысты инфек-

циялардың динамикасын бағалау ұсынылды. МККБИ қоздырғыштарының саны негізінен шартты-патогенді микроорганизмдердің есебінен артатыны анықталды.

Түйін сөздер: антибиотикке төзімділік, сырқаттанушылық, микробтық пейзаж, шартты-патогенді микроорганизмдер, эпидемиологиялық мониторинг.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИИ, СВЯЗАННЫХ С
ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

К.М.Мукашева, А.А.Мусина, З.С.Рымбаева, К.М.Белгибекова

НАО «Медицинский университет Астана»

mukasheva.k@amu.kz, mussina.a@amu.kz, rymbaeva.r@amu.kz, belgibekova.k@amu.kz

РЕЗЮМЕ

Актуальность проблемы инфекций, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП) определяется широким распространением их в медицинских организациях различного профиля и значительным ущербом наносимым этим заболеваниями здоровью населения.

Представлена оценка динамики инфекций,

связанные с оказанием медицинской помощи по Республике Казахстан. Выявлено, что число возбудителей ИСМП увеличивается преимущественно за счет условно-патогенных микроорганизмов.

Ключевые слова: антибиотикорезистентность, заболеваемость, микробный пейзаж, условно-патогенные микроорганизмы, эпидемиологический мониторинг.

**EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF INFECTION RELATED TO THE
PROVISION OF MEDICAL CARE IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

Mukasheva K., Mussina A., Rymbaeva Z., Belgibekova K.

NJSC “Astana Medical University”

mukasheva.k@amu.kz, mussina.a@amu.kz, rymbaeva.r@amu.kz, belgibekova.k@amu.kz

SUMMARY

The urgency of the problem of infections associated with the provision of medical care (Healthcare Associated Infections – HAI) is determined by their widespread occurrence in medical organizations of various profiles and the significant damage caused by these diseases to the health of the population.

КІРІСПЕ

Медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекцияларды зерттеу мен оларға қарсы күрестің ұзақ кезеңі ішінде олардың пайда болуы мен таралу заңдылықтарын түсінуде айтарлықтай өзгерістер болды, бұл эпидемиологиялық қадағалау жүйесін жетілдіруде ғана емес, сонымен қатар пайдаланылатын терминологияда да көрініс тапты.

Соңғы уақытта ДДҰ-ның жарияланымдарында және әлемнің көптеген елдерінің нормативтік құжаттарында «медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекциялар» термині пайдаланылады.

Медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекциялар проблемасы денсаулық сақтаудың әртүрлі салаларын қозғайтындықтан, өзекті және көпжақты болып табылады. Оны шешу үшін әртүрлі бейіндегі мамандардың – эпидемиологтардың, микробиологтардың, терапевттердің, хирургтардың, акушер-гинекологтардың, мейіргерлердің, денсаулық сақтауды ұйымдастырушылардың және басқалардың күш-жігері қажет етіледі.

Денсаулық сақтаудың стратегиялық міндеттері медициналық көмектің сапасын қамтамасыз ету және медициналық ұйымдардағы пациенттер мен қызметкерлер үшін қауіпсіз болу ортасын құру болып табылатындығын ескере отырып, МКМИ-дың пайда болуы пациенттердің, персоналдың денсаулығына және мемлекет экономикасына кері әсерін тигізеді [1].

Бұл инфекциялар тобының өзектілігі бір жағынан, пациенттердің денсаулығына келтірілген сырқаттанушылықтың, өлімнің, әлеуметтік-экономикалық зиянның жоғары деңгейіне негізделеді, екінші жағынан, ауруханаішілік инфекциялар медицина персоналының денсаулығына айтарлықтай зиян келтіреді [2].

An assessment of the dynamics of infections associated with the provision of medical care in the Republic of Kazakhstan is presented. It was revealed that the number of HAI pathogens increases mainly due to opportunistic microorganisms.

Key words: antibiotic resistance, morbidity, microbial landscape, opportunistic microorganisms, epidemiological monitoring.

Жыл сайын инфекция жұқтырған үш миллион адам қайтыс болады — бұл өте жоғары көрсеткіш. В және С гепатиттері де, АИТВ да қан арқылы берілетін типтік инфекциялар. Сондықтан, үлкен көлемде қанмен байланысты жұмыс жүргізілетін ауруханаларда бұл инфекциялар пациенттер үшін ғана емес, сонымен қатар олардың туыстары мен медицина қызметкерлері үшін өте қауіпті [3].

Жүргізілген статистика ауруханадағы барлық инфекциялардың 30%-на толығымен жол бермеуге болатындығын растайды. Германия бойынша осы жағдайды қарастыра отырып, мынадай сандарды аламыз:

- Германияда 600 000-ға жуық адам АИИ-мен ауырады;

- АИИ-дан шамамен 40 000 адам қайтыс болады;

- егер АИИ-нің 30%-ның алдын алған болса, онда инфекцияны жұқтыру 180 000 жағдайға аз болар еді, яғни 12 000 адам аман болып, отбасыларымен бірге болар еді [3].

АҚШ-та Ауруларды бақылау және алдын алу орталықтарының бағалауы бойынша микроорганизмдердің барлық түрлерінен туындаған ауруханаішілік инфекциялардың 1,7 миллионға жуық жағдайы жыл сайын 99000 адамның өліміне әкеледі немесе себепші болады [3].

Еуропада жүргізілген госпитальдық зерттеулердің нәтижелері бойынша ауруханаішілік инфекциялардан болатын өлім-жітім жылына 25 000 жағдайды құрайды, оның үштен екісі грамтеріс микроорганизмдерден туындаған.

Ресейде жыл сайын шамамен 30 мың жағдай ресми түрде тіркеледі, бұл статистиканың кемшіліктерін көрсетеді. Елдің 32 жедел көмек көрсету ауруханасында жүргізілген зерттеу ауруханадағы инфекциялардың стационарда емделіп жатқан науқастардың 7,6 пайызында дамиды.

нын көрсетіп отыр. Егер Ресейдегі стационарларда емделген пациенттердің саны шамамен 31-32 миллион пациентті құрайтынын ескерсек, онда бізде жылына 2 миллион 300 мың жағдай болуы тиіс [3]. Біздің республикамыз да олардан ерекшеленбейді.

Жұмыстың мақсаты: Қазақстан Республикасында медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекциялардың динамикасын бағалау.

ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама және мониторинг ғылыми-практикалық орталығының 10 жылдағы, сондай-ақ соңғы екі жылдағы (2019-2020 жж.) статистикалық материалдары талданды.

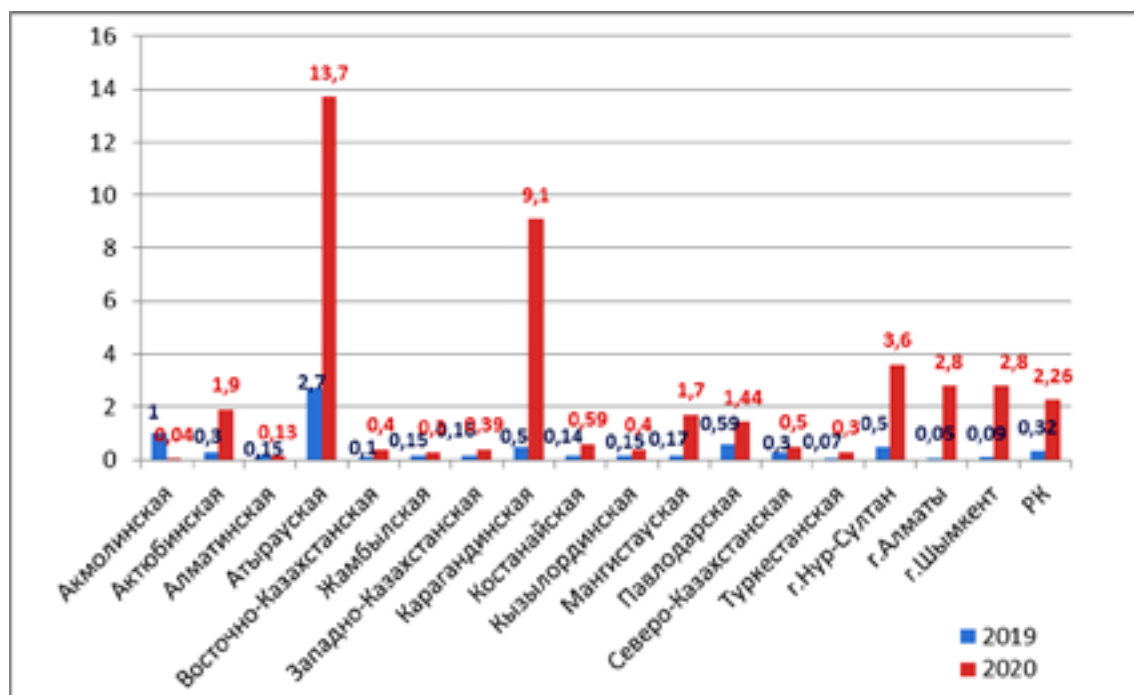
Бағалау ҚР өңірлерінде алдын алу үшін жүргізілетін ұйымдастыру іс-шараларының материалдарынан (жоспарлар, есептік нысандар, ақпа-

раттық бюллетеньдер, сондай-ақ Инфекциялық бақылау комитетінің мәліметтері) алып жүргізілді.

НӘТИЖЕЛЕР ЖӘНЕ ОЛАРДЫ ТАЛҚЫЛАУ

2020 жылы медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекциялар бойынша эпидемиологиялық жағдай 2019 жылмен салыстырғанда денсаулық сақтау ұйымдарында COVID-19 сырқаттанушылық есебінен емдеуге жатқызылған 1000 адамға шаққанда сырқаттанушылық көрсеткішінің 0,32-ден (858 жағд.) 2,26-ға дейін (4988 жағд.) өскені сипатталады [4]. 1-диаграмма.

2019 жылы МККБИ-мен сырқаттанушылық қызылша ауруының есебінен өсті, бұл медициналық ұйымдарда профилактикалық және эпидемияға қарсы іс-шараларды ұйымдастыру және жүргізу бойынша инфекциялық бақылау комитеттерінің жұмысының төмендігін көрсетеді.



1-диаграмма. ҚР-да 2019-2020 жылдардағы МККБИ-мен сырқаттанушылық (емдеуге жатқызылған 1000 адамға шаққанда сырқаттанушылық көрсеткіші)

Құрылымында МКББИ-мен жалпы сырқаттанушылықтың үлес салмағы 3,8% (190 жағд.) іріңді-септикалық инфекцияларға (бұдан әрі – ИСИ) жатады, оның ішінде хирургиялық бейіндегі медициналық ұйымдарда 22,1%, босандыру бөлімдерінде 50,5%, инъекциядан кейінгі асқы-

ну – 17,4%, басқа мекемелерде – 10,0%[4].

Оның себептері: 27 жағдайда (28%) медицина қызметкерінің қол өңдеу қағидаларын бұзуы, 18 жағдайда асептика және антисептика қағидаларын бұзу болып табылады, бұл 19%-ды құрайды, 12 жағдайда құрал-саймандарды дезинфек-

циялау және стерилдеу қағидаларын бұзылуы (12%), 39 жағдайда (41%) – басқа себептер [4].

Босанған әйелдер арасында 1000 босануға шаққанда МККБИ көрсеткіші өткен жылмен салыстырғанда 0,32-ден (126 жағд.) 0,17-ге дейін (71 жағд.) төмендеген. Жыл сайын кесарь тілігінен кейін МККБИ дамуының жоғары үлес салмағы 46,4% сақталуда, оның ішінде 102 жағдай (81,0) зертханалық расталған.

Республикада 2010-2020 жылдары МККБИ-мен сырқаттанушылық жағдайы төмендегенін көрсетеді: 2010 жылы – 361 жағдай, көрсеткіш – 0,15, 2011 жылы – 315 жағдай, көрсеткіш – 0,13, 2012 жылы – 299 жағдай, көрсеткіш – 0,12, 2013 жылы – 325 жағдайға дейін, көрсеткіш – 0,1, 2004 жылы – 326 жағдай, көрсеткіш – 0,13, көрсеткіш – 0,13, 2013 жылы – 325 жағдай, көрсеткіш – 0,1, 2004 жылы – 326 жағдай, көрсеткіш – 0,13, 2015 жылы – 302 жағдайдың төмендеуі, көрсеткіш – 0,12, 2016 жылы 313 жағдайдың өсуі, көрсеткіш – 0,09, 2017 жылы – 371 жағдай, көрсеткіш – 0,14, 2018 жылы – 484 жағдай, көрсеткіш – 0,18, 2019 жылы МККБИ өсуі – 858 жағдай, көрсеткіш – 0,32, 2020 жылы – 4988 жағд., көрсеткіші – 2,26 [4].

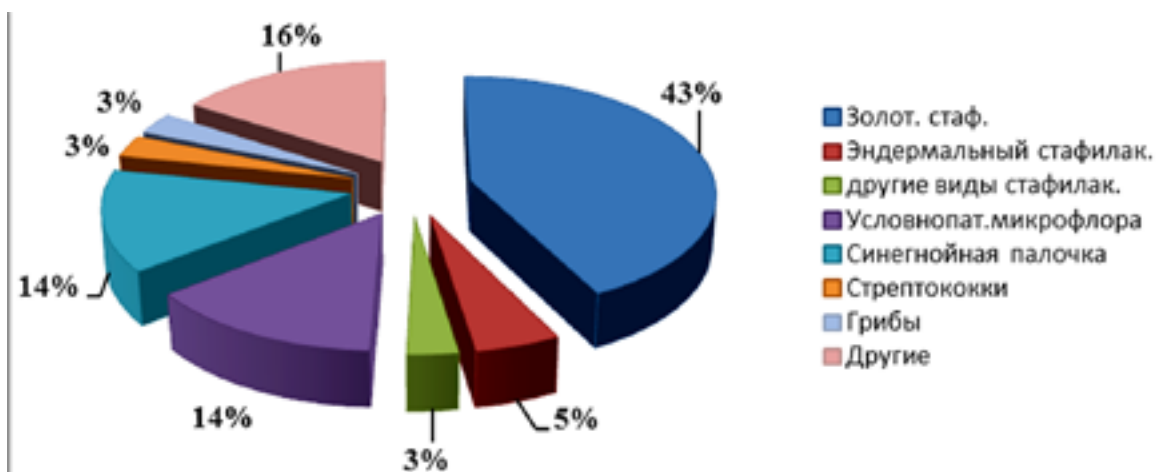
Соңғы үш жылда МККБИ өсу қарқыны байқалады. Ауыр, жалпыланған түрлер мен асқыну-

ларға қарай ауысуы орын алуда. Бұл тенденция медициналық мекемелер «жеңіл» донозологиялық түрлерді байқамайды немесе жасырады және нәтижесінде инфекцияның ауыр түрлерін тіркеу пайда болады, бұл аурудың өршуіне әкелуі мүмкін.

МККБИ патогенді және шартты-патогенді микроорганизмдерді қамтитын микроорганизмдердің үлкен тобынан пайда болады. Қазіргі кезеңдегі МККБИ-нің негізгі бөлігі шартты-патогенді патогендерден туындайды.

Оларға мыналар жатады: стафилококктар, стрептококктар, көк ірің таяқшасы, *E. coli*, клебсиелла және басқа микроорганизмдер. МККБИ этиологиясында тұмау вирустары, аденовирустар, ротавирустар, энтеровирустар, вирустық гепатит қоздырғыштары және басқа вирустар маңызды орын алады.

Жыл сайын МККБИ қоздырғыштарының саны көбінесе шартты-патогенді микроорганизмдер есебінен артып келеді. Қазіргі кезеңде стафилококктар (МККБИ барлық жағдайларының 60% – на дейін), грам-теріс микрофлора, респираторлық вирустар және вирустық госпитальдық штамдарды білдіретін *Candida* тектес саңырауқұлақтар жетекші рөл атқарады.



2-диаграмма. Хирургиялық асқынулардың микробтық пейзажының бөлінген өсірінділерінің үлес салмағы, ҚР, 2020ж.(%)

МККБИ сыртқы және ішкі ортаның белгілі бір жағдайларында қоздырғыш пен макроорганизмнің өзара әрекеттесуінің күрделі процесін білдіретін инфекциялық процесс нәтижесінде дамиды. Инфекциялық процесс патогендік ми-

кроорганизм көбейетін және жинақталатын инфекция көзінің, микроорганизм мен сезімтал микроорганизмнің берілу жолдары мен факторларының болуын білдіреді. Осы байланыстардың бірінде инфекциялық процестің үзілуі ин-

фекцияның ықтималдығын едәуір төмендетуі мүмкін. Осы мақсатта стационарда бірқатар алдын алу шаралары жүзеге асырылады.

Хирургиялық бөлімшеде ауруханаішілік инфекцияның ең көп таралған қоздырғыштары – алтын түстес стафилококк, көк іріңді таяқша, ішек таяқшасы, стрептококк, протей сияқты ерекше емес іріңді флораның өкілдері болып табылады. Бұл микробтардың ауруханалық штамдары жоғары антибиотикке төзімділікпен, вируленттілікпен және патогенділігімен ерекшеленеді.

Микроорганизмдердің антибиотиктерге төзімділігі мәселесі және бүкіл әлемде анықталған төзімді штамдар санының өсуі жыл сайын мемлекеттерді көп алаңдатады және бүкіл адамзаттың проблемасына айналды.

Өртүрлі инфекциялық аурулар қоздырғыштарының антибиотиктерге төзімділігі көрсетілетін медициналық қызмет сапасының төмендеуіне әкеледі.

2020 жылы шолғыншы медициналық ұйымдардан антибиотикке сезімталдыққа 744 зерттеу жүргізілді, нәтижесінде 86 микроорганизм, оның ішінде 20 (23,2%) орташа сезімтал және 40 (46,5%) сезімтал, 26 (30,2%) резистентті микроорганизм анықталды. Резистенттілік басым патогендер бойынша жүргізілген: 36% *Escherichia coli*, 8,1% *Staphylococcus aureus*, 5,8% *Enterococcus faecalis* 4,6% *Klebsiella pneumonia*, 2,3% *Pseudomonas aeruginosa*, 41,8% басқалары.

Staphylococcus aureus басым қоздырғыштардың ішінен *Tetracycline*, *Ofloxacin*, *Moxifloxacin* антибиотиктеріне төзімділіктің ең көп пайызын көрсетті. Аминогликозидтерге (гентамицин, амикацин) алтын түстес стафилококктың жоғары төзімділігі (сәйкесінше 55-60%). Алтын түстес стафилококктарда макролидтерге (азитромицин) төзімділігі жоғары, 10% жағдайда резистентті изоляттар және 30% жағдайда аралық сезімталдығы бар изоляттар бөлінген.

Соңғы жылдардағы МККБИ эпидемиологиялық ерекшеліктері: инфекция көздерінің көптігі, науқастардың хирургиялық бөлімшелерде, күйік, урологиялық және туберкулез стационарларында инфекция көзі ретінде басым болуы болып табылады. Балалар бөлімшелерінде және АИТВ-инфекциясы бөлімшелерінде жоғарғы

тыныс алу жолдарындағы жіті ішек инфекцияларында медицина персоналы арасында тасымалдаушыларға маңызды рөл атқарады.

Стационардағы эпидемиялық жағдайды объективті бағалауға, сондай-ақ оларға қарсы күрес және профилактика шараларын болжау және ғылыми негіздеуге, сондай-ақ басқарушылық шешімдер қабылдау үшін ақпаратты беруге және талдауға арналған эпидемиологиялық қадағалаудың маңызы жоғары болып табылады. [6]

МККБИ-ды эпидемиологиялық қадағалау – олардың эпидемиялық процесінің серпінін (сырқаттанушылықты, тасымалдаушылықты, өлімді), олардың таралуына ықпал ететін факторлар мен жағдайларды тұрақты бақылау жүйесі, сондай-ақ оларға қарсы күрес және профилактика шараларының ғылыми негізделген жүйесін әзірлеу үшін алынған ақпаратты талдау және қорытындылау.

Медицина персоналының сырқаттанушылығының, еңбекке жарамсыздығының және өлім-жітімінің профилактикасы және оларды азайту үшін МККБИ кезінде мынадай мақсатты шаралар қолданылады [6]:

- Диспансерлік бақылау барысында МККБИ-ның стандартты жағдайын анықтау негізінде МККБИ анықтау және есепке алу.

- Өртүрлі типтегі ауруханалардағы персонал арасында тәуекел факторлары мен тәуекел топтарын анықтау.

- Медицина персоналында этиология, патологиялық процесті оқшаулау бойынша МККБИ-ның таралуын қамтамасыз ететін жетекші себептер мен факторларды анықтай отырып, МККБИ сырқаттанушылығына және патогенді және шартты-патогенді микроорганизмдердің тасымалдауына эпидемиологиялық талдау жүргізу.

- Медицина персоналының спецификалық профилактикасын ұйымдастыру және т. б.

Медициналық ұйымдарда жүргізілетін санитариялық-гигиеналық және эпидемияға қарсы іс-шаралар негізгі және неғұрлым қауіпті асқыну ретінде МККБИ-ның алдын алуға бағытталған.

ҚОРЫТЫНДЫ

Осылайша, МККБИ эпидемиологиялық ерекшеліктері стационарлардағы науқастар санының, шартты-патогенді микроорганизмдердің

өсуі болып табылады. МККБИ стационарларда, хирургиялық бөлімшелерде, күйік, урологиялық және туберкулез бейініндегі бөлімшелерде кеңінен таралған.

Медициналық ұйымдарда жүргізілетін санитариялық-эпидемияға қарсы іс-шаралар медициналық мекеме қызметкерлерін еңбек қызметі процесінде жұқтырудан (немесе жұқтыру тәуекелін азайтуға) қорғауға, пациенттердің сырқаттануы мен өлім-жітімін азайтуға көбірек бағытталуы тиіс.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В., Кухтевич Е.В., Гришина Ю.Ю. Эпидемиология инфекционных болезней//«Гэотар-Медиа», – Москва, – 2016г. – с. 408.

2. Яновская О.А., Новикова А.П. Безопасная больничная среда. Инфекционная безопасность. Внутрибольничная инфекция. Актуальность проблемы. // Учебное пособие. «Иркутский го-

сударственный медицинский университет», – Иркутск, – 2014 г. – с.7.

3. Вольфганг Меркенс. Опасность внутрибольничной инфекции // Медицинский алфавит Эпидемиология и санитария. -Гамбург, Германия. – 2011. -Т. 1 – с.21.

4. Тулеушова Г.А., Жарылкасынова А.Е. Заболеваемость инфекциями, связанных с оказанием медицинской помощи за 2020 год. //Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга. – 2020 г. – с.1-3.

5. Осипова В.Л. Внутрибольничная инфекция. // «Гэотар-Медиа», – Москва, – 2012 г. – с.24.

6. Брико Н.И., Покровский В.И. Эпидемиология Гэотар-Медиа, – Москва, – 2015 г. – с.321.

7. Мониторинг заболеваемости внутрибольничными инфекциями областей за 2010-2020 гг.: Анализ. – Алматы: Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга, 2020. – 1 с.

УДК 613.62

«ҚАЗАҚСТАН-ТЕМІРЖОЛЫ» КОМПАНИЯНЫҢ НЕГІЗГІ ЖӘНЕ ҚОСАЛҚЫ КӘСІПТЕРІ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

А.А. Мусина, Р.К.Сулейменова, А.А. Исмаилова, Ф.Т. Амирсеитова, Д. Маликова

«Астана медицина университеті» КеАҚ

mussina.a@amu.kz, suleimenova.r@amu.kz, ismailova.a@amu.kz,
amirseitova.a@amu.kz, malikova.d@amu.kz

ТҮЙІНДЕМЕ

Теміржол көлігі өндірістің жетекші салаларының бірі болып табылады, онда әртүрлі мамандықтағы жұмысшылар жұмыс істейді. Еңбек қызметі процесінде теміржол көлігінің негізгі кәсіптерінің қызметкерлері қолайсыз факторларға ұшырайды.

Өндірістік және шартты факторлардың ұзақ мерзімді әсері нақты және нақты емес аурулардың даму себептерінің бірі болуы мүмкін екендігі белгілі. Қоршаған ортаның қолайсыз факторларының әсері организмде айқын функционалды өзгерістер тудырады.

Түйін сөздер: денсаулық жағдайы, мамандық, темір жол, өндірістік фактор.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ОСНОВНЫХ И ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ПРОФЕССИЙ КОМПАНИИ «ҚАЗАҚСТАН-ТЕМІРЖОЛЫ»

А.А. Мусина, Р.К.Сулейменова, А.А. Исмаилова, Ф.Т. Амирсеитова, Д. Маликова

НАО «Медицинский университет Астана»

mussina.a@amu.kz, suleimenova.r@amu.kz, ismailova.a@amu.kz,

amirseitova.a@amu.kz, malikova.d@amu.kz

РЕЗЮМЕ

Железнодорожный транспорт является одной из ведущих отраслей производства, где трудятся рабочие самых различных профессий. В процессе трудовой деятельности работники основных профессий железнодорожного транспорта подвергаются воздействию неблагоприятных факторов.

Известно, что длительное воздействие производственно-обусловленных факторов может стать одной из причин развития как специфических, так и не специфических заболеваний. Действие неблагоприятных факторов среды вызывает в организме выраженные функциональные изменения.

Ключевые слова: состояние здоровья, профессия, железная дорога, производственный фактор.

HEALTH STATUS OF EMPLOYEES OF THE MAIN AND AUXILIARY PROFESSIONS OF THE «KAZAKHSTAN-TEMIRZHOLY» COMPANY

A.A. Musina, R.K. Suleimenova, A.A. Ismailova, F.T. Amirseitova, D. Malikova

NpJSC “Astana Medical University”

mussina.a@amu.kz, suleimenova.r@amu.kz, ismailova.a@amu.kz,
amirseitova.a@amu.kz, malikova.d@amu.kz

SUMMARY

Railway transport is one of the leading sectors of production, employing workers of a wide variety of professions. In the process of working, they are exposed to hazardous factors.

It is known that long-term exposure to production-

stimulated factors can cause the development of specific as well as non-specific diseases. The action of unfavorable environmental factors in the body, improved functional changes.

Key words: health status, profession, railway, production factor.

КІРІСПЕ

Теміржол көлігі өндірістің жетекші салаларының бірі болып табылады, онда әртүрлі мамандықтағы жұмысшылар жұмыс істейді. Еңбек қызметі процесінде теміржол көлігінің негізгі кәсіптерінің қызметкерлері қолайсыз факторларға ұшырайды [1,2].

Өндірістік және шартты факторлардың ұзақ мерзімді әсері нақты және нақты емес ауру-

лардың даму себептерінің бірі болуы мүмкін екендігі белгілі. Қоршаған ортаның қолайсыз факторларының әсері организмде айқын функционалды өзгерістер тудырады [3].

Жұмыстың мақсаты: «Қазақстан-Теміржолы» компаниясы қызметкерлерінің денсаулық жағдайын бағалау болды.

Кәсіби құрам келесі мамандықтармен ұсынылды:

1-кесте

ҚТЖ ТЕКСЕРІЛГЕН ӘЙЕЛДЕР МЕН КӘСІПТЕРДІҢ САНЫ

№	Кәсіп атауы	Зерттелгендер саны
1	жылжымалы құрамды жуушы жинаушы	8
2	ауа бөлу аппаратшысы	8
3	аккумуляторшы	10
4	оттегі баллондарын толтырушы қызметкерлер	12
5	компрессорлық қондырғылардың машинисті	36
6	көмекші мамандықтар	30
	Барлығы	104

Еңбек процесін гигиеналық бағалауға жұмыс күнінің ұзақтығы, еңбек процесінің қарқын- дылығын бағалау кірді.

**НӘТИЖЕЛЕР ЖӘНЕ ОЛАРДЫ
ТАЛҚЫЛАУ**

№ 1 кестеден көріп отырғанымыздай, 69,4 сұралғандардың 7,5% – ы ауысымның соңында

шаршағанын көрсетті. Респонденттердің үштен бір бөлігі шаршаудың ауырлығы, әдетте, орташа болғанын атап өтті.

№ 1 кесте

**ҚОЛАЙСЫЗ ФАКТОРЛАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ МЕН ЖҰМЫСҚА
ҚАБІЛЕТТІЛІГІНЕ ӘСЕРІН БАҒАЛАУ %**

Сауалнамалар-дың атауы	Жауап нұсқа-лары	Жылжыма-лы құрам-ды жуушы жинаушы (n=8)	Ауа бөлу аппа-ратшысы (n=8)	Аккумуля-торшы (n=10)	Оттегі баллон-дарын толты-рушы қызмет-керлер (n=12)	Компрессор-лық қонды-рғылардың машинисі (n=36)
Шаршау қай уақытта жиі кездеседі	Басында Ортасында Соңында	10,3+4,8 20,3+6,3 69,4+7,5	16,2+6,3 24,4+7,4 59,4+8,4	16,1+6,6 34,1+8,5 49,8+8,9	10,3+5,7 40,3+9,3 49,4+9,4	10,3+5,3 30,3+7,9 59,4+8,5
Шаршау ауыр-лығы	Белгіленбеді Орташа Күшті	38,1+7,7 35,1+7,5 26,8+7,0	30,3+7,9 39,4+8,4 30,3+7,9	29,1+8,1 36,2+8,6 34,7+8,5	28,1+8,5 25,1+8,2 46,8+9,1	38,1+8,4 45,1+8,7 16,8+6,5
Жоғалған күштерді қалпына келтіру уақыты	Ауысымнан кейін Ұйқыдан кейін Демалыс күндері	62,4+7,6 26,8+7,0 10,8+4,9	42,7+8,5 35,5+8,2 21,8+7,1	42,2+8,9 34,1+8,5 23,7+7,6	32,4+8,8 46,8+9,4 20,8+7,7	52,4+8,7 36,8+8,4 10,8+5,4
Шаршау орны	Артқа Қолды, аяқты Бүкіл денеде	40,7+7,8 30,2+7,2 29,1+7,1	52,4+8,6 36,8+8,3 10,8+5,3	31,7+8,3 38,8+8,7 29,5+8,2	40,7+9,3 30,2+8,7 29,1+8,6	30,7+8,0 50,2+7,9 19,1+8,5
Өндіріс фактор-ларының әсерін бағалау	Шаршатады Кедергі Тітіркендіргіш	36,2+7,6 32,7+7,5 29,1+6,3	38,2+8,3 36,3+8,2 25,5+7,5	29,7+8,2 44,4+8,9 25,9+7,9	36,2+9,2 34,7+8,9 29,1+8,6	36,2+8,2 44,7+8,7 19,1+6,8
Жұмыс шие-леністі қажет етеді	Назар Көру Есту	43,3+8,5 33,1+7,4 23,6+6,7	36,1+8,2 34,1+8,1 29,8+7,8	26,8+7,9 35,1+7,6 38,1+8,7	36,1+3,1 44,1+9,4 19,8+7,5	36,5+8,4 44,6+8,6 18,9+6,8

16% – ға жуық шаршау сезімі ауысымның басында, ал 40% – дан астам көмекші мамандықтар ауысымның ортасында байқалды. Келесі ауысымның басында жоғалған күштер респонденттердің үшінші бөлігінде толығымен қалпына келтірілді, ал демалыс күндері демалу сұралған жұмысшылардың тек 2/3 бөлігінде шаршауды толығымен жойды.

Негізгі кәсіптердің 43,3-тен 8,5% – ы көңіл кернеуімен, 38,1-тен 8,7% – ы есту органының кернеуімен қосалқы кәсіптермен қатар жүрді.

Еңбектің жалпы ерекшелігі-физикалық және нейропсихиатриялық жүктемелердің бір уақытта жұмыс істейтін зиянды факторлардың едәуір санымен үйлесуі.

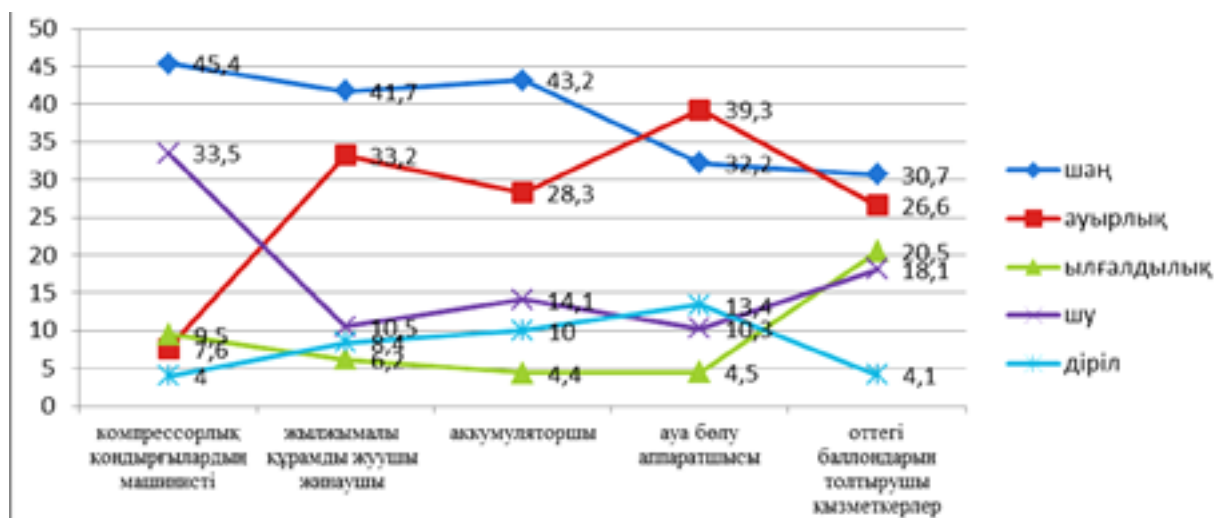
Хронометраждық зерттеулердің нәтижелері жұмыстың негізгі түрлерін орындауға ауысым-

дық уақыттың 45,9% – дан астамы жұмсалғанын көрсетті. Келесі еңбек факторлары басым болды (1-сурет).

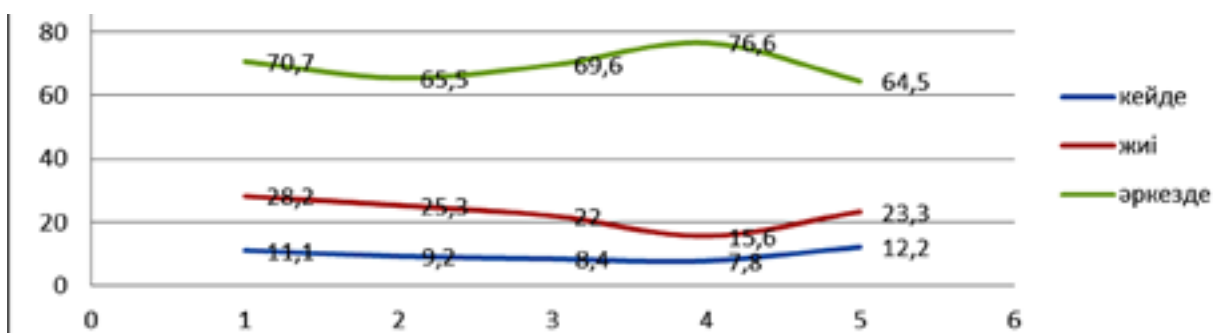
Техниканы басқару кезінде қызметкерлердің үштен бірінен астамы (33,5% 4,1%) қарқынды шу мен 13,4% жергілікті дірілдің әсерін бастан өткерді.

2-суреттен көрініп тұрғандай, еңбек операцияларын орындау дененің мәжбүрлі жағдайымен бірге жүрді.

76,6-дан астам жылжымалы құрамды жуушылардың 4,2% – ы жұмысты ыңғайсыз жұмыс жағдайында орындады (құрамдарды жинау кезінде). Ең бастысы, дененің алға және бүйірге бұралуы, бұл артқы және төменгі аяқтардың бұлшық еттерінің айтарлықтай кернеуімен байланысты.



Сурет 1. Еңбек факторлары

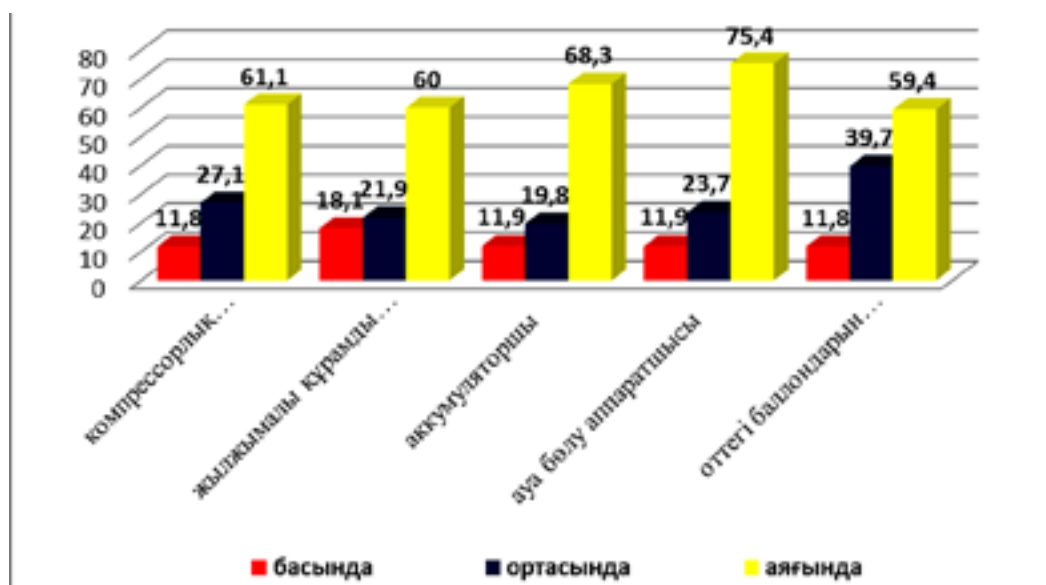


Сурет 2. Еңбек сипаты

70,7-ден астам компрессорлық қондырғылар машинистерінің 4,0% – ы өндірістік тапсырмаларды жылдам қарқынмен орындады, үнемі «отыру» жағдайында болды. Жабдықты басқару пультінің тұтқаларын жылдам ауыстыру сенсоримоторлы

анализаторлар мен мотор анализаторларының жылдам реакциясымен байланысты болды.

Аккумуляторшылардың 64,5% – ға жуығы, еңбек қол құралдарын қолдана отырып, дененің мәжбүрлі жағдайымен қатар жүрді.



Сурет 3. Жұмыс ауысымының динамикасындағы шаршаудың көрінісі

Шамамен 42,5% машинистер мен аккумуляторшылардың 9,9% – ы шаршау көру және есту анализаторларына жоғары сенсомоторлы жүктемелермен байланысты деп жауап берді. Техниканы басқару 62,0-де орындалады, 8,9% жиі «отырады» және жүктеме омыртқаға көбірек сезіледі 43,2 шамамен 3,1%.

Қолмен жасалатын операцияларды орындау мамандықтар бойынша аяқ-қол бұлшықеттеріне айтарлықтай динамикалық жүктемелермен байланысты.

Өндірістік тапсырмаларды орындау кезінде олар сезінетін жалпы шаршауға қарамастан, респонденттердің 68,1-ден астамы 9,7% – ы жоғалған күштер жұмыс аяқталғаннан кейін 3-4 сағаттан кейін қалпына келетінін атап өтті.

Нәтижелер тексерілгендердің 59% – дан астамы өндірістік қызметті жылдам қарқынмен орындағанын көрсетті (№2 кесте).

Бұл ретте жұмыс 71,7% – дан 80,8% – ға дейін денені алға (43,5% – дан 53,1% – ға дейін) және жағына (34,6% – дан 45,4% – ға дейін) бұрып тұрып орындалды. Қолданыстағы еңбек режимдерінде бұлшықет күші мен төзімділіктің өзгеруі статистикалық төзімділікті төмендетеді, бұл тек жоғарғы аяқ-қолдардың бұлшықет тобының ғана емес, сонымен бірге бүкіл қозғалтқыш аппаратының шаршауын көрсетеді. Негізгі учаскелердің технологиялық процестері мен еңбек сипатын зерттеу олардың жұмысы үлкен физикалық жүктемемен және нейро-эмоционалды кернеумен байланысты екенін көрсетті.

№ 2 кесте

ЖҰМЫСҚА ҚАБІЛЕТТІЛІКТІ БАҒАЛАУ, %

Сұрақтардың атауы	Жауаптар нұсқаулары	Жылжымалы құрамды жуушы жинаушы (n=8)	Ауа бөлу аппаратышы (n=8)	Аккумуляторшы (n=10)	Оттегі баллондарын толтырушы қызметкерлер (n=12)
Жұмыстың орындалу қарқыны	монотонды	10,3±5,2	11,2±5,6	9,7±5,6	15,2±6,2
	тез	59,4±8,4	59,1±8,8	69,2±8,7	58,3±8,6
	өте тез	30,3±7,9	34,7±8,5	21,1±7,7	26,8±7,7
Жұмыс позасы	Тұрып	80,7±6,7	72,4±8,0	80,8±7,4	71,7±7,8
	отыру	10,2±5,2	16,8±6,7	8,2±5,2	18,8±6,8
	полусидя	9,1±4,9	10,8±5,6	11,0±5,9	9,5±5,1
Корпустың бұрылыстары	Алға	53,1±7,9	45,5± 8,9	43,5±9,4	49,1±8,7
	жағына	35,3±5,8	38,5± 8,7	45,4±9,4	34,6±8,3
	артқа	12,5±5,7	16,0± 6,6	11,1±5,9	17,2±6,5

№4 суреттен көріп отырғанымыздай, 31,8 шамасында сұралған негізгі жұмыс топтарының 17,1% – ы және көмекші кәсіби топтардың үштен бірі (2,4% – дың 38,2-сі) авариялық жағдайлардың және өндірістік жарақаттанудың пайда болу қаупі технологиялық жабдықтың тозуымен, уақтылы жөнделмеуімен және ескірген техниканы ауыстырумен байланысты деп санайды.

Негізгі топтың қызметкерлері (еңбек жағдайларының класы 3.1) бел аймағындағы ауырсынуға – 35%; іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну – 26%, жалпы әлсіздік – 18,0%, температураның жоғарылауы – 12,0%, жиі зәр шығару – 12% және ауыр ағызу – 9%.

ҚОРЫТЫНДЫ

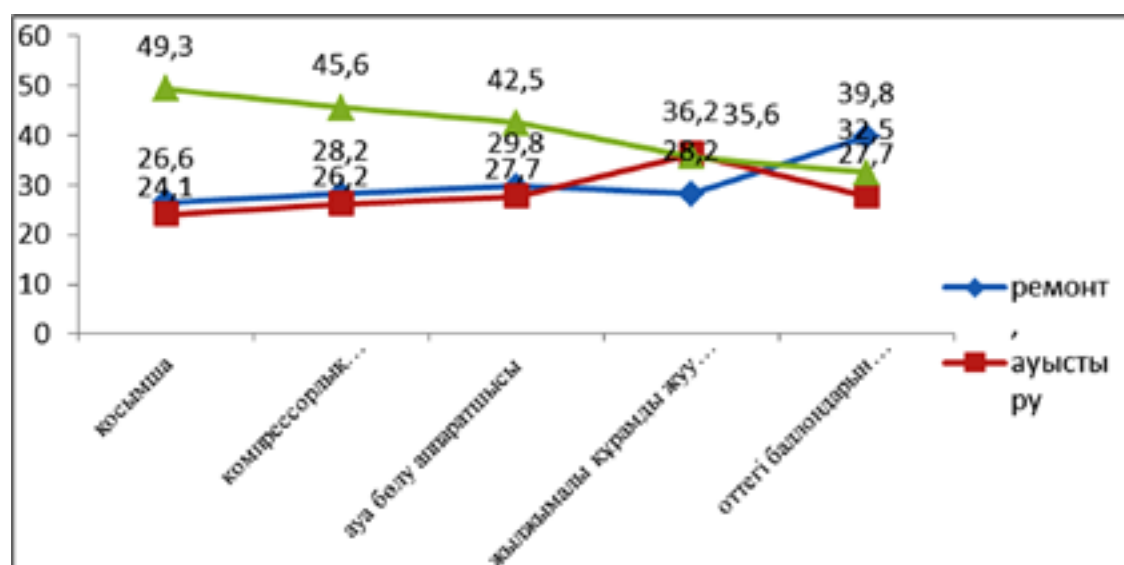
Осылайша, өндірістік факторлардың әсері реттеуші механизмдердің кернеуімен дененің

негізгі жүйелерінің функционалды күйінің әсерін күшейтеді. Еңбек қызметі қолайсыз өндірістік факторлардың әсер ету жағдайында жүреді. Санитарлық-гигиеналық және медициналық-профилактикалық іс-шаралар жүйесі қызметкерлердің денсаулық жағдайын жақсартуға, сондай-ақ қауіп-қатер факторларын төмендетуге бағытталуы тиіс.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Логинова В.А. Гигиеническая оценка условий труда и профессионального риска здоровью работников на объектах железнодорожного транспорта// Ж.Анализ риска здоровью. 2017. № 2. – с. 96-101.

2. Абилов А.К., Есбетова Ж.Х., Танабаева А.Е. Оценка безопасности производственного оборудования на предприятиях железнодорожной отрасли Республики Казахстан// Мат. Межд.



Сурет 4. Кәсіптердегі авариялық жағдайлар, в %

Научно-практической конференции. – Издательство: Общество с ограниченной ответственностью «Агентство международных исследований» (Уфа) – 2018 – с. 6-9.

3. Логинова В.А., Онищенко Г.Г. Гигиеническая оценка условий формирования факторов

риска для работающих на железнодорожном транспорте и населения (на примере юго-восточной железной дороги)// Ж. Анализ риска здоровью. – 2018.- № 1 – с. 78-82.

**ПРАКТИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
PRACTICAL HEALTH CARE**

УДК 316:616.31

СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТ САПАСЫН ӘЛЕУМЕТТІК БАҒАЛАУ

М.Т. Адилова

**ҚР ДСМ «ҚДСҰО» ШЖҚ РМК «Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама және
мониторинг ғылыми-практикалық орталығы» филиалы
Tmanshuk76@mail.ru**

ТҮЙІНДЕМЕ

Мақалада стоматологиялық емханалардың қоршаған ортасының санитарлық жағдайы мен көрсетілетін қызмет сапасына қанағаттану деңгейіне әлеуметтік зерттеулер арқылы субъективтік баға берілген.

Түйін сөздер: стоматология, сапа, қоршаған орта, санитарлық-эпидемияға қарсы шаралар, сауалнама

СОЦИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

М. Т. Адилова

**Филиал «Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и
мониторинга «РГП на ПХВ «НЦОЗ» МЗ РК
Tmanshuk76@mail.ru**

РЕЗЮМЕ

В статье дана субъективная оценка уровня удовлетворенности качеством предоставляемых услуг и санитарным состоянием окружающей среды стоматологических по-

ликлиник посредством социологических исследований.

Ключевые слова: стоматология, качество, окружающая среда, санитарно-противоэпидемические мероприятия, анкетирование

SOCIAL ASSESSMENT OF THE QUALITY OF DENTAL SERVICES

M.T. Adilova

**The branch of «Scientific and Practical Centre for Sanitary and Epidemiological Expertise and Monitoring» Republican State Enterprise for the Right of Economic Management «National Centre for Public Health» Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan
Tmanshuk76@mail.ru**

SUMMARY

The article provides a subjective assessment of the level of satisfaction with the quality of services provided and the sanitary state

of the environment of dental clinics through sociological research.

Keywords: dentistry, quality, environment, sanitary and anti-epidemic measures, survey

КІРІСПЕ

Қазіргі уақытта әлеуметтік зерттеулер науқастардың пікірін зерттеу бойынша алынған дәлелдемелер мен құнды пікірлер, ой көзқарастары мен ақпараттары денсаулық сақтау саласын басқару кезінде өте маңызды рөл атқарады. Тұрғындардың қанағаттануын зерттеу денсаулық сақтау саласының саясатын қалыптастыру кезеңінде ең маңызды фактор болып табылады. Сондай ақ, осы бағыт бойынша көрсетілген көмектің тиімділігін жоғарылату, сапасын жақсарту тәрізді шараларды орындауға және оны жүзеге асыруға мүмкіндік береді. Стоматологиялық көмектің түрі мен оның тиімділігіне және сапасына елімізге нарықтық экономиканың қарқынды енгізілуіне байланысты біршама өзгерістер енгізілді. Нарықтық экономиканың белең алуымен байланысты елімізде мемлекеттік және жеке меншік бағытында жұмыс атқаратын стоматологиялық емханалар мен кабинеттердің көбейді. Осыған байланысты стоматологиялық емханалар арасында бәсекелестік жағдайлардың туындауына да әкелді[1].

Стоматологиялық емханалар бір – бірінен озып шығу мақсатында олар өзара бәсекелесті. Осыған орай олар стоматологиялық ем көрсетуді қамтамасыздайтын заманауи типтегі құрал – жабдықтармен жабдықтады, дәрі – дәрістердің сапасы жоғарылады, орналасқан ғимараттардың да барынша санитарлық талаптарға сәйкес келуін қадағалады және бұл жөнінде біршама жұмыстар талқыланып, атқарылды. Емдеу әдістерінің тиімділігін жоғарылатумен қатар, науқастарға заманауи технологиялық үрдістермен

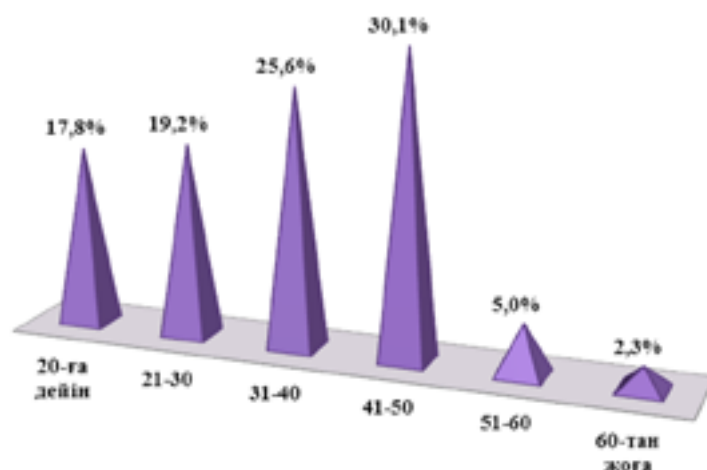
қамтамасыз етілген емнің түрлерін ұсынды. Сөйтіп нарықта өз орындарын сақтап қалуға, беделділікке және басты орында тұруға ұмтылды. Нарықтық экономиканың да бұл жағынан оң әсері бар. Алайда, нарықта қазіргі жағдайда көбінесе тұрғындардың ем алатын қоршаған ортасына назар аудару екінші орында қалып бара жатқандай. Ал қоршаған ортаның комфортты және санитарлық талаптарға сәйкес болуы көрсетілген көмектің де тиімділігін жоғарылататындығы сөзсіз[2].

МАТЕРИАЛДАР ЖӘНЕ ӘДІСТЕР

Стоматологиялық емханалардың қоршаған орта жағдайы мен қызмет көрсету сапасына сауалнама нәтижелерін талдау негізінде субъективтік баға берілді. Осы зерттеу аясында 219 әлеуметтік сауалнама құрастырылды. Сауалнама сұрақтары 21 сұрақтан тұрды, әрбір сұраққа қатысты 5 нұсқалы жауаптары болды. Жүргізілген сауалнама нәтижесін өңдеу жасау мақсатында базаға енгізілген материалдар мәліметтері вариациялық статистиканың заманауи әдістері мен бағдарламалық қамтуларды (SPSS және MS Excel.7.0) қолдана отырып өңделінді. Осы өңделген мәліметтерді көрнекілік сипаттау үшін кестелер мен графикалар қолданылды.

НӘТИЖЕЛЕР ЖӘНЕ ТАЛҚЫЛАУ

Респонденттердің сипаттамасы сауалнама бойынша 219 респонденттер жауап берді. Олардың – 40% ер адамдар және 60% – әйел адамдар. Респонденттердің сауалнамаға жауап беруі кезінде ең алдымен жас сипатына талдау жүргізілді. (Сурет1)

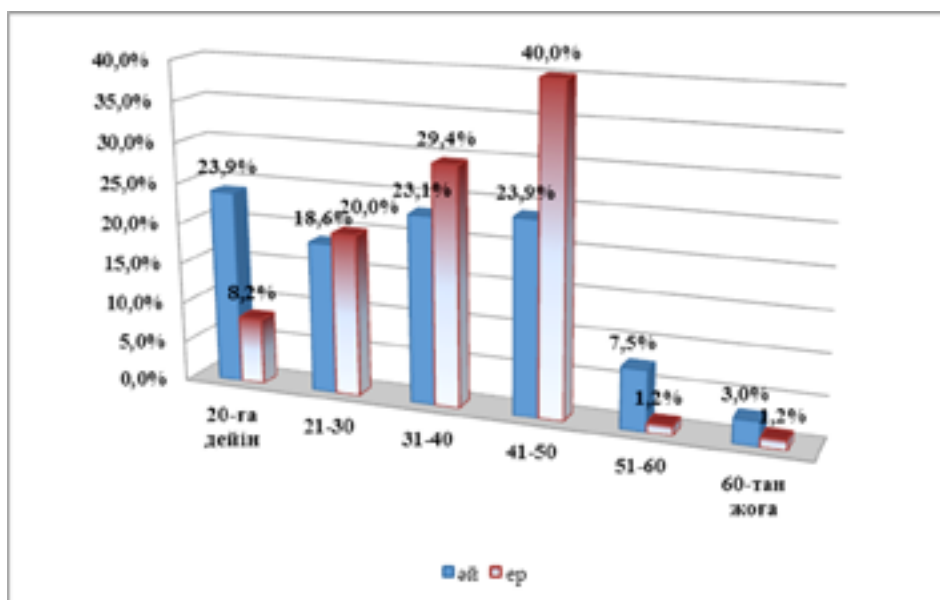


Сурет 1. Респонденттердің жасы бойынша сипаты

1-нші суретке байланысты жас саны бойынша жауап бергендер ішінде басымдылық 41-50 жастағы адамдар 30.1% құрады. Бұл дегеніміз осы жаста тістің кальций жетіспеушілігіне байланысты босап түсуі, немесе тіс жегісіне жиі ұшырауы, жалпы ағза жағдайымен байланыстыруға болады. Ал ең аз көрсеткіште егде жастағы адамдарға тиісті. Яғни ол көрсеткіш бойынша 60-тан жоғарылар 2.3% және 51-60жастағылар 5.0% құрады. Бұның себебін көбінесе тіс протезімен жүретіндіктен стоматологиялық көмекке жиі жүгіне бермейтіндігін көруге болады

Респонденттердің жас жынысы бойынша ең көп үлесі ер адамдар, оның ішінде жасы бойынша 41-50 жастағы адамдар $40,0 \pm 5,31$ (орта есеппен

40,0%) болды, ал әйел адамдардың жасы бойынша $(23,9 \pm 3,68)$ 20-ға дейінгілермен бірге, 41-50 жас аралығындағылар $(23,9 \pm 3,68)$ 23.9% құрап отыр. Бұлардың жас жыныстық топтары бойынша үлестік айырмашылығы орта есеппен 5% құрайды. 31-40 жас аралығындағы ер адамдарда әйелдерге қарағанда басым көрсеткішке ие, атап көрсеткенде ер адамдар $(29,4 \pm 4,94)$, 29.4 %, әйел адамдар $23,1 \pm 3,64$ құрайды. Бұндағы ең төмен көрсеткіш 51-60 және 60-тан жоғары жастағы ер адамдар болды. Топтар жасы бойынша да абсолютті түрде салыстырмалы болды. Жас жыныстық құрамы бойынша салыстырмалы талдау үшін қабылданады (сурет 2).



Сурет 2. Респонденттердің жасы мен жынысы бойынша бөліну сипаты

Стоматологиялық қызмет сапасына қанағаттану деңгейін анықтауда респонденттердің білім деңгейі де маңызды орын алады. Салыстырмалы түрде мына көрсеткіштерді құрады. Жоғарғы білімі бар әйел адамдар үшін $59,7 \pm 4,24\%$ ал ер адамдар $69,4 \pm 5,00\%$, $23,9 \pm 3,68\%$ – аяқтал-

маған жоғарғы білімі бар әйел адамдар, ер адамдар $7,1 \pm 2,79\%$ болды, жалпы орта білімі бар әйел адамдар $3,7 \pm 1,63\%$ болса, ер адамдар $14,1 \pm 3,77\%$ болды. Сонымен бірге арнайы орта білімі бар әйел адамдар $12,7 \pm 2,88$ болса, ал ер адамдар $9,4 \pm 3,17$ көрсеткішті құрады. (кесте 1)

Кесте 2

БІЛІМ ДЕҢГЕЙІ БОЙЫНША РЕСПОНДЕНТТЕРДІҢ САНДЫҚ СИПАТТАМАСЫ

Білім деңгейі	Жынысы бойынша				Барлығы	
	Әйел		Ер			
	Абс. сан	Барлығы %	Абс. сан	Барлығы %	Абс. сан	Барлығы %
Жоғарғы білім	80	59,7±4,24	59	69,4±5,00	139	63,5±3,25
Арнайы орта білім	17	12,7±2,88	8	9,4±3,17	25	11,4±2,15

Білім деңгейі	Жынысы бойынша				Барлығы	
	Әйел		Ер			
	Абс. сан	Барлығы %	Абс. сан	Барлығы %	Абс. сан	Барлығы %
Аяқталмаған жоғарғы білім	32	23,9±3,68	6	7,1±2,79	38	17,3±2,56
Жалпы орта білім	5	3,7±1,63	12	14,1±3,77	17	7,8±1,81
Барлығы	134	100,0	85	100,0	219	100,0

Осы кестеге байланысты, стоматологиялық көмекке көп жүгінетіндердің пайызын жоғары білімі барлар, бұл 63,5±3,25% көрсеткішті құрады. Ал ең кіші көрсеткіш жалпы орта білімі бар респонденттер болды. Сұралған респонденттердің барлығының білім деңгейі қамтылған. Сауалнама барысында жынысына қарай әлеуметтік статустық құрылымын талдау мына мәліметтерге сүйене отырып сипатталды. (Кесте 2)

тердің барлығының білім деңгейі қамтылған. Сауалнама барысында жынысына қарай әлеуметтік статустық құрылымын талдау мына мәліметтерге сүйене отырып сипатталды. (Кесте 2)

Кесте 2

РЕСПОНДЕНТТЕРДІҢ ЖЫНЫСЫНА ҚАРАЙ ӘЛЕУМЕТТІК ҚҰРЫЛЫМЫ

Әлеуметтік құрылымы	Әйел		Ер		Барлығы	
	Абс. сан	Барлығы %	Абс. сан	Барлығы %	Абс. сан	Барлығы %
Жеке кәсіп	10	7,5±2,28	17	20,0±4,34	27	12,3±2,22
Жұмыссыз	2	1,5±1,05	4	4,7±2,30	6	2,8±1,11
Жұмысшы	5	3,7±1,63	21	24,7±4,68	26	11,9±2,19
Зейнеткер	3	2,2±1,27	2	2,4±1,66	5	2,3±1,01
Қызметкер	58	43,3±4,28	29	34,1±5,14	87	39,7±3,31
Студент	46	34,3±4,10	11	12,9±3,64	57	26,0±2,96
Үй шаруасында	10	7,5±2,28	1	1,2±1,18	11	5,0±1,47
Барлығы	134	100,0	85	100,0	219	100,0

Сауалнамада тұрғындардың барлық әлеуметтік топтары қамтылған. Бұнымен бірге респонденттер арасында қызметкерлердің үлестік салмағы жоғарғы көрсеткішке ие болды..

Барлық топтар репрезентативті, яғни алынған топтар популяцияның жалпы сипаттамасына сәйкес келеді. Осыған байланысты статистикалық талдау мақсатында қабылдана алады.

Сауалнамаға тартылған респонденттердің нәтижелерін саралағаннан кейін, стоматологиялық емхананың қоршаған ортасы тұрғындарға көрсетілетін емнің сапасына әсер ету деңгейі бойынша берген жауаптары мен пікірлері талданды.

Жүргізілген әлеуметтік сауалнама стоматологиялық емхананың ішкі ортасындағы жағдайды тұрғындар немесе науқастардың тарапынан көруге және бағалауға мүмкіндік береді. Қойылған сұрақтарға тұрғындардың жауаптарын зерттеу арқылы олардың пікірлерін білуге мүмкіндік туылады. Респонденттердің басым бөлігіне «емхананың қоршаған ортасының жағдайы емнің тиімділігі мен сапасына әсер етеді ме?» деген сұрақты қою барысында бірқатар пікірлері мен көзқарастарын анықтадық. (Кесте 3)

Кесте 3

МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК САПАСЫНА САНИТАРЛЫҚ-ГИГИЕНАЛЫҚ ЖАҒДАЙЛАРДЫҢ ӘСЕР ЕТУІН ТҰРҒЫНДАР ТАРПЫНАН БАҒАЛАУ

Әсерін бағалау көрсеткіштері	Әйел		Ер		Барлығы	
	Абс. сан	Барлығы %	Абс. сан	Барлығы %	Абс. сан	Барлығы %
Әсер етеді	121	90,3±2,56	75	88,2±3,5	196	89,5±2,07
Әсер етпейді	4	3,0±1,47	8	9,4±3,17	12	5,5±1,54
Жауап беруге киналамын	9	6,7±2,16	2	2,4±1,66	11	5,0±1,47
Барлығы	134	100,0	85	100,0	219	100,0

3-нші кестеден көріп отырғанымыздай, көрсетілетін емнің сапасы мен тиімділігіне емхана ортасының жағдайы «Әсер етеді» деген пікірде респонденттердің басым бөлігі $89,5 \pm 2,07$ (оның ішінде әйелдер- $90,3 \pm 2,56\%$; ер адамдар $88,2 \pm 3,5\%$) жауап берді. «Әсер етпейді» немесе «Жауап беруге қиналамын» дегендер сауалнама сұрағының маңыздылығына көңіл аудармағындығымен байланыстыруға болады.

Жоғарғы немесе орта білімі барлар кез келген

мекемелердің жағдайына жете мән беріп қарайды. Сондықтанда олардың тараптарынан қойылатын талаптардың да деңгейі жоғары болады. Сұралған респонденттердің басым көпшілігі жоғарғы білімді және қызметкерлер болуымен де байланыстыруға болады. Әрине, бұл нақты нәтиже емес, тек пікір ретінде санауға болады. Сауалнама барысында стоматолог-дәрігердің қызмет сапасына қанағаттану деңгейі бойынша нәтижелерін талдап көруге тырыстық. (кесте 24)

Кесте 4

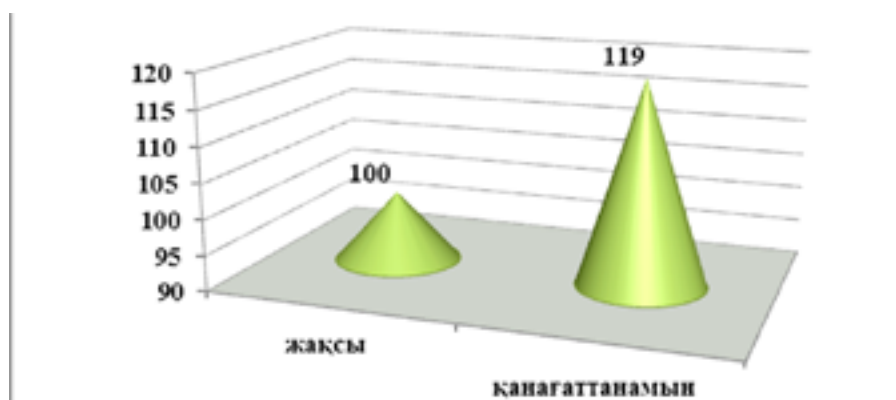
СТОМАТОЛОГ-ДӘРІГЕРДІҢ ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУ САПАСЫНА ҚАНАҒАТТАНУ ДЕҢГЕЙІ

Бағалау көрсеткіші	Әйел		Ер		Барлығы	
	Абс. сан	Барлығы %	Абс. сан	Барлығы %	Абс. сан	Барлығы %
Қанағаттанбаймын	8	$6,0 \pm 2,05$	2	$2,3 \pm 1,63$	10	$4,6 \pm 1,42$
Толығымен қанағаттанамын	80	$59,7 \pm 4,24$	39	$45,9 \pm 5,40$	119	$54,3 \pm 3,37$
Толық қанағаттанбаймын	46	$34,3 \pm 4,10$	44	$51,8 \pm 5,42$	90	$41,1 \pm 3,32$
Барлығы	134	100,0	85	100,0	219	100,0

4-нші кестеден көріп отырғанымыздай, стоматологиялық қызмет сапасына толық қанағаттанатын респонденттердің басым көпшілік саны $54,3 \pm 3,37\%$ құрады. Қазіргі нарықтық жағдайда осы бағытқа басым бет бұрған медициналық мекемелер ішіндегі стоматологиялық кабинеттердің бәсекелестік жағдайда болуымен тұрғындарға қызмет көрсету сапасының жоғары деңгейде болуымен байланыстыруға болады.

Стоматологиялық кабинеттердің ерекшелігін

есепке ала отырып, жекелеген әрбір кабинеттердің санитарлық-гигиеналық жағдайын бағалау бойынша талдау нәтижелерін көрсетуді де дұрыс деп санадық. Осыған байланысты, «емханада жеке бас гигиенасын сақтауға арналған жағдайды қалай бағалайсыз» деген сұраққа респонденттер екі топқа бөлінді, жақсы $45,7 \pm 3,37\%$ деп баға бергендерден гөрі қанағаттанарлық жауабын нұсқағандар саны $54,3 \pm 3,37\%$ болды. (Сурет 3).



Сурет 3. Стоматологиялық емханада жеке бас гигиенасын сақтауға арналған жағдайларды тұрғындардың сипаттау көрсеткіштері

Суреттен көргеніміздей, емханада жеке бас гигиенасын сақтауға арналған жағдайларды тұрғындардың сипаттау көрсеткіштері суреттегі кескіндер бойынша бейнеленді. Яғни бұдан

алатын қорытынды сұралған респонденттердің басым бөлігі «қанағаттанамын» $54,3 \pm 3,37\%$ деп бағаласа, ал «жақсы» деп баға бергендер санының пайыздық үлесі $45,7 \pm 3,37\%$ құрады. Респон-

денттердің «жақсы» деп емес, «қанағаттанамын» деп берген жауаптарын егжей тегжейлі талдап қарастыра келе санитарлық-гигиеналық жағдайларының, оның ішінде жеке бас гигиенасын сақтау мақсатында стоматологиялық емханалардың санитарлық тораптармен қамтамасыз етілуі «Емхана бойынша тек бір ғана санитарлық түйінмен қамтамасыз етілген» деп жауап бергендер $12,3 \pm 2,22\%$, «иә» деп жауап бергендер $71,2 \pm 3,06\%$, оның ішінде тек раковинасыз «әжетханамен ғана жабдықталған» деп жауап бергендер $23,7 \pm 2,87\%$ 220 адамның ішінен 52 адам жауап бергенінің өзі ойландыратын жайт. Себебі сауалнама тек Алматы қаласы бойынша ғана жүргізілген. Әрине, қалалық жерде стоматологиялық емханаларда раковинасы бар әжетханамен қамтамасыз етілмеген дегеннің өзі шындыққа жанаспауы да мүмкін. Дегенменде бұнда зерттеуге алынған емханалардың географиялық орналасқан аудананың өзі де біраз

маңызды рөл ойнайды. Респонденттердің жеке бас гигиенасына арналған жағдайлармен тұрғындардың қанағаттанбаушылық себептері мына көрсеткіштерді қамтып отыр, ыстық сумен қамтамасыз етілуі бойынша «жоқ» деп жауап бергендер саны $17,6 \pm 2,7\%$ құрады. Респондент пікірін талдай келе, сауалнама жүргізілген уақытта емханадағы әжетханаға жөндеу жұмыстарының жүргізіліп жатқандығымен байланыстырғандығын түсіндік. Ауыз сумен қамтамасыз етілу жағдайын бағалау барысында да қанағаттанбаушылық пайыздарын да көруге болады. Яғни, қамтамасыз етілмеген «жоқ» деп жауап бергендер $21,1 \pm 2,89\%$ құрады. Қала бойынша қолайлыландырылған санитарлық түйіннің болмауы дегендер $18,1 \pm 2,73\%$ құрады. Сондай ақ, $43,2 \pm 3,51\%$ респонденттер санитарлық түйінде жеке бастың тазалығын сақтауға арналған құралдармен қамтамасыз етілмегендігін белгілеген. (Кесте 5)

Кесте 5

РЕСПОНДЕНТТЕРДІҢ ЖЕКЕ БАС ГИГИЕНАСЫНА АРНАЛҒАН ЖАҒДАЙЛАРМЕН ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ҚАНАҒАТТАНБАУШЫЛЫҚ СЕБЕПТЕРІНІҢ ЖАЛПЫ СИПАТТАМАСЫ

Рет сан	Қанағаттанбаушылық себебі бойынша көрсеткіштер	Қанағаттанбаушылық себептерін атаған респонденттердің саны	
		Абс. сан	Барлығы %
1	Ыстық сумен қамтамасыз етілмеуі:	35	$17,6 \pm 2,7$
2	Ауыз сумен қамтамасыз етілмеуі	42	$21,1 \pm 2,89$
3	Қолайлыландырылған санитарлық түйіннің болмауы	36	$18,1 \pm 2,73$
4	Гигиеналық қажетті заттармен (әжетхана қағазы, жуынуға арналған сабын) қамтамасыз етілмеуі	86	$43,2 \pm 3,51$
5	Барлығы	199	$100 \pm 0,0$

Стоматологиялық қызмет сапасына емхананың комфорттық деңгейі де әсер етеді және маңызды факторлардың бірі болып табылады. Сондықтан осы көрсеткіш бойынша респонденттердің пікірлерін білуге тырыстық, нәтижесінде емханалардағы жалпы комфорттық жағдайды

$28,8 \pm 3,06\%$ «жоғары»; $62,6 \pm 3,27\%$ «орташа деңгейде», ал «төмен деңгейде» – $8,7 \pm 1,9\%$ респонденттер атап көрсетті. «Өте төмен» деңгейді бағалаған респонденттер болмады, яғни 0-ге тең. (кесте 6).

Кесте 6

СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ ЕМХАНАНЫ КОМФОРТТЫҚ ДЕҢГЕЙІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ БАҒАЛАУ

Комфорттық деңгейі	Респонденттер саны	
	Абсолюттік саны	Барлығы % , $X \pm \sigma X$
Жоғары	63	$28,8 \pm 3,06$
Орташа	137	$62,6 \pm 3,27$
Төмен	19	$8,7 \pm 1,9$
Өте төмен	0	0
Барлығы	219	$100 \pm 0,0$

6-ншы кестеден көргеніміздей, емхананың жайлылық деңгейіне қанағаттанбаушылық дәрежесі білімділік деңгейінің әртүрлі болуымен едәуір ерекшеленеді, Атап айтқанда жоғарғы білімі бар респонденттер емхананың жайлылық деңгейіне қанағаттанбаушылығын жоғары, орташа және төмен бағаларымен

көрсетті. Тіс емханасында күнделікті тазарту жұмыстарының жүргізілуі мен ағымдық дезинфекциялық тәртіптің сақталуын сауалнама жүргізілген респонденттердің басым көпшілігі жоғары деңгейде бағалап отыр (кесте7).

Кесте 7

ТАЗАРТУ ЖҰМЫСЫ МЕН ДЕЗИНФЕКЦИЯЛЫҚ ТӘРТІПТІҢ САҚТАЛУЫ

Көрсеткіштер	Сәйкес баға берген респонденттердің саны	
	Абсолюттік саны	Барлығы %, $X \pm \Sigma X$
Жақсы	140	63,9 $\pm$ 3,25
Қанағаттанарлық	50	22,8 $\pm$ 2,84
Қанағаттанарлықсыз	0	0
Жауап беруге қиналамын	29	13,2 $\pm$ 2,29
Барлығы	219	100 $\pm$ 0

7-нші кестеден көргеніміздей, «дезинфекциялық тәртібі сақталған, иә» деп баға берген респонденттердің пайызы 63,9 $\pm$ 3,25% құраса, ал «қанағаттанарлық» деңгейді көрсеткендер 22,8 $\pm$ 2,84% көрсеткіште болды. Шамамен 13,2 $\pm$ 2,29 % «жауап беруге қиналамын», ал «қанағаттанарлықсыз» деп жауап бергендер 0-ге тең болды. Микроклиматтық параметр-

лерді тұрғындар тарапынан бағалау мақсатында стоматологиялық емханалардағы жылулық тәртіп бойынша да көзқарастарын білуге тырыстық. Нәтижесінде жылдың суық мезгілінде стоматологиялық кабинеттердегі жылулық жағдайлары мына көрсеткіштерді қамтыды (Кесте 8)

Кесте 8

ЖЫЛДЫҢ САЛҚЫН МЕЗГІЛІНДЕ ТЕМПЕРАТУРАЛЫҚ ТӘРТІПТІ БАҒАЛАУ

Бағалау Көрсеткіші	Жынысы				Барлығы	
	Әйел		Ер			
	Абс саны	Барлығы % , $X \pm \Sigma x$	Абс саны	Барлығы % , $X \pm \Sigma x$	Абс саны	Барлығы % $X \pm \Sigma x$
Жауап беруге қина- ламын	2	1,5 $\pm$ 1,05	1	1,2 $\pm$ 1,18	3	1,4 $\pm$ 0,79
Жылы, қолайлы	100	74,6 $\pm$ 3,76	48	56,5 $\pm$ 5,38	148	67,6 $\pm$ 3,16
Өте жылы	20	14,9 $\pm$ 3,08	21	24,7 $\pm$ 4,68	41	18,7 $\pm$ 2,63
Салқын	7	5,2 $\pm$ 1,92	9	10,6 $\pm$ 3,34	16	7,3 $\pm$ 1,76
Суық	5	3,8 $\pm$ 1,65	6	7,0 $\pm$ 2,77	11	5,0 $\pm$ 1,47
Барлығы	134	100.0	85	100.0	219	100.0

Осы кестеден көріп отырғанымыздай, жылулық тәртіпті жылдың суық мезгілінде бағалау барысын тұрғындар мына көрсеткіште атап өтті, яғни «Жылы, қолайлы» деп жауап бергендер басым көпшілігі болып отыр, бұл мына көрсеткішті қамтыды 67,6 $\pm$ 3,16%, «Өте жылы» деп баға бергендер 18,7 $\pm$ 2,63%, ал сәйкесінше салқын дегендер 7,3 $\pm$ 1,76%, «Суық» дегендер 5,0 $\pm$ 1,47% деп баға берді. Бұдан

шығатын ортақ қорытынды стоматологиялық кабинеттерде жылдың салқын мезгілінде температуралық жағдайды қолайлы деп баға беруге болады. Стоматологиялық мекемелердің жылдың жылы мезгіліндегі респонденттер тарапынан температуралық тәртіпті бағалау бойынша пікірлерін талдай келе мына нәрсеге көз жеткіздік. (кесте 9)

Кесте 9

ЖЫЛДЫҢ ЖЫЛЫ МЕЗГІЛІНДЕ ТЕМПЕРАТУРАЛЫҚ ТӘРТІПТІ БАҒАЛАУ

Бағалау көрсеткіші	Жынысы				Барлығы	
	Әйел		Ер			
	Абс саны	Барлығы % X±σX	Абс саны	Барлығы % X±σX	Абс саны	Барлығы % X±σX
Жауап беруге қиналамын	4	3,0±1,47	1	1,2±1,18	5	2,3±1,01
Қолайлы	105	78,4±3,55	67	78,8±4,43	172	78,5±2,78
Өте ыстық	7	5,2±1,92	6	7,1±2,79	13	5,9±1,59
Ыстық	18	13,4±2,94	11	12,9±3,64	29	13,3±2,29
Барлығы	134	100.0	85	100.0	219	100.0

Жоғарыда берілген 9-нші кестедегі мәліметтерге сүйене отырып, мынадай баға беруге болады, яғни жылдың жылы мезгілінде температуралық тәртіпті «қолайлы» деп бағалағандар сұралған респонденттердің басым көпшілігін алып отыр, 78,5 $\pm$ 2,78%; «Өте ыстық» 5,9 $\pm$ 1,59%, «Ыстық» 13,3 $\pm$ 2,29%, «Жауап беруге киналамын» 2,3 $\pm$ 1,01% деген пайыздық мәндер «Өте ыстық» деп баға бергендер жергілікті жердегі кабинеттердегі желдету жүйесінің нашарлығын байқауға болады. Ал, «Жауап беруге киналамын» жауабын сұрақтың мағынасын түсінбеу немесе мән бермеуімен байланыстыруға болады.

Стоматологиялық мекемелердің жабдықталуы барысында желдету жүйесінің маңызы рөл атқарады. Қолайлы микроклиматтық жағдайларды туындату үшін желдету жұмысының тиімділігі жоғары болуы тиіс, сондықтан да кабинеттерге заманауи талаптарға сәйкес кондиционерлік жүйелерді орналастырудың маңызы өте зор. Сауалнамадағы бізді қызықтыратын сұрақ ол стоматологиялық емханалардың абаттандырылуы мен оның аумағына және ғимаратына жөндеу жұмыстарының жасалуы деңгейін қаншалықты деңгейге өзгергендігін білу болды. (Кесте 10)

Кесте 10

СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ ЕМХАНАЛАРДЫҢ АБАТТАНДАРЫЛУЫН БАҒАЛАУ

Бағалау көрсеткіші	Жынысы				Барлығы	
	Әйел		Ер			
	Абс саны	Барлығы % , $X \pm \sigma X$	Абс саны	Барлығы % , $X \pm \sigma X$	Абс саны	Барлығы % , $X \pm \sigma X$
Жақсарған	66	49,3±4,32	40	47,0±5,41	106	48,4±3,38
Жауап беруге қинала- мын	8	6,0±2,05	6	7,1±2,79	14	6,4±1,65
Нашарлаған	1	0,7±0,72	4	4,7±2,30	5	2,3±1,01
Өзгермеген	59	44,0±4,29	35	41,2±5,34	94	42,9±3,34
Барлығы	134	100,0	85	100,0	219	100,0

Кестеден көргеніміздей, «Сіздің барып жүрген стоматологиялық емхананың (кабинет) санитарлық жағдайы соңғы 2-3 жылда өзгерген ба?» деген сауалнама сұрағына «Жақсарған» деп жауап бергендер 48,4 $\pm$ 3,38%, «Өзгермеген» деп жауап бергендер 42,9 $\pm$ 3,34% болды. Ал «Нашарлаған» деп жауап бергендер 2,3 $\pm$ 1,01%.

Бұдан қорытындылайтынымыз қазіргі бәсекелестік нарық заманында медициналық ұйымдарда басты конкуренциялық деңгейде дәл осы стоматологиялық мекемелер болды. Осыған байланысты ем – шараны көрсетуде, мекемелердің

қажетті құрал-жабдықтармен қамтамасыз етілуі, сыртқы және ішкі жөндеу жұмыстарының жүргізілуі де заман талабына сәйкес деп айтуға болады. Сондықтан стоматологиялық мекемелердің жағдайы жақсарған деп қорытынды береміз.

Соңында, «Стоматологиялық емхана қызметіне жүгіну барысында сіз үшін қандай көрсеткіші маңызды?» деген сұрақты респонденттерімізге қойдық. Бұндағы мақсат респонденттердің стоматологиялық көмекке қандай көрсеткіш бойынша жүгінетіндіктерін анықтау болған еді. (Кесте 11)

Кесте 11

СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ ЕМХАНА ҚЫЗМЕТІНЕ ЖҮГІНУДЕГІ МАҢЫЗДЫ КӨРСЕТКІШ

Бағалау Көрсеткіші	Жынысы				Барлығы	
	Әйел		Ер			
	Абс саны	Барлығы % X±σX	Абс саны	Барлығы % X±σX	Абс саны	Барлығы % X±σX
Бағаның тиімді болуы	15	11,2±2,72	11	12,9±3,64	26	11,9±2,19
Емнің сапалы болуы	90	67,2±4,06	56	65,9±5,14	146	66,7±3,18
Емхананы жарнамасы бойынша	0	0,0	1	1,2±1,18	1	0,4±0,40
Емхананың танымал-ды-лығына байланысты	2	1,5±1,05	2	2,4±1,66	4	1,8±0,90
Таныс дәрігер-стомато-логтың болуы	18	13,4±2,94	7	8,2±2,98	25	11,4±2,15
Таныстар мен достар-дың ұсынысы бойынша	9	6,7±2,16	8	9,4±3,17	17	7,8±1,81
Барлығы	134	100,0	85	100,0	219	100,0

Осы кестеден көріп отырғанымыздай, респонденттердің басым көпшілігінің 66,7 $\pm$ 3,18% емнің сапалы болуына мән беретіндігін анықтадық. Екінші бөлігі 11,9 $\pm$ 2,19%, бағаның тиімділігіне назар аударатындықтарын байқадық. Сонымен бірге, осы көрсеткішпен пара-пар деңгейде таныс дәрігер-стоматологтың болуы дегендер 11,4 $\pm$ 2,15% болды. Әріне бұдан шығаратын қорытынды ең бірінші ретте емнің сапалы болуы, бағаның тиімділігі және өзі білетін таныс дәрігердің көмегіне жүгінетіндіктерін, жарнама бойынша бармайтындықтарын анықтадық. Көп жағдайда жарнама бұл маркетингтік бағытта көп жүргізілетіндіктен тұрғындар үшін бұл көрсеткіш маңызды емес болып шықты.

ҚОРЫТЫНДЫ

Жүргізілген зерттеулер барысында мыналарға көз жеткізілді: стоматологиялық мекемелер Қазақстан бойынша медициналық көмек көрсету бойынша ең көп сұранысқа ие болған мекеме. Нарықтың өзінің де қояр талаптары жоғары. Жеке меншік бағыттағы стоматологиялық емханалардың тез дамуы стоматологиялық емнің және құрал-жабдықтардың сапалы болуын қамтамасыз етеді. Сонымен бірге бұл салада мамандардың дәрігерлерге сұраныс жоғарылап отыр.

Стоматологиялық құрал – жабдықтардың елімізде өндірілмейтіндігі себепті, Қазақстан елі барлық стоматологиялық емханаларға қаты-

сты жабдықтарды импорттауға мәжбүр болып отыр. Бүгінде стоматологиялық қызметтің бәсекелестік деңгейі жоғары болып табылады. Осы талаптарына сәйкес болуы үшін тек сырттан импортталған құрал – жабдықтармен ғана қамтамасыз ету ғана емес, сонымен қатар тұрғындарға ем сапасын тиімді көрсету барысында емхананың қоршаған ортасының санитарлық – гигиеналық талаптарға сәйкес болуымен қатар эпидемияға қарсы шаралардың да орындалуын жүзеге асыру және оны бақылап отыру да бүгінгі таңда өзекті болып табылады.

Дегенменде айта кететін жайт, мемлекеттік емханаларға жүгінетіндер саны жеке меншікке қарағанда әлдеқайда төмен болып келеді. Осыған байланысты емдік – профилактикалық мекемелер құрамында жұмыс істейтін стоматологиялық кабинеттердің заманауи талаптарға сәйкес жабдықтылып, санитарлық – гигиеналық және санитарлық – эпидемияға қарсы шараларды өз деңгейінде жүргізіп отырса, ол мекеменің көмегіне жүгінетіндердің қарасы көбейер еді, қазіргі уақытта мемлекеттік стоматологиялық кабинеттерге тек жалпы медициналық тексеру жұмыстарынан өткен кезде, анықтамаларға қол қойдырту бағытында қызметтерін пайдаланатындығы өкінішті. Сондықтан нарықта стоматологиялық қызмет басқа да медициналық қызмет түрлерімен қатар, тіпті бір саты жоғары деңгейде тұрғанда мемлекеттік бағытта жұмыс істейтін емханалардың жалпы деңгейін көте-

ру қажет. 2006 мен 2010 жылдар аралығында стоматологиялық жеке меншік кабинеттердің өсу қарқындылығы жоғарылады. Осыған байланысты жаңа медициналық технологияларды талап етіп, үнемі стоматология саласындағы мамандардың білім жағынан жетілдіруді талап етіп отырды. Осылайша, сауалнама жүргізілген қала тұрғындарының берген жауаптары мен пікірін зерттей келе, тіс емханасының санитарлық жағдайын олардың тарапынан бағалау бойынша қызықты, қазіргі уақытта өзекті, әлі де зерттеуді қажет ететін нәтижелер алынды. Респонденттердің басым бөлігі стоматологиялық емхананың қоршаған ортасының жағдайы мен көрсетілетін қызмет пен ем сапасына өз әсерін беретіндігіне сенімді екендерін білуге болады. Стоматологиялық емханалардың жабдықталуы барысында қойылатын талаптар мен ішкі санитарлық эпидемияға қарсы шаралардың қатаң жүргізілуі және оның сақталуы емханаға келуші науқастардың алатын емінің сапалы болуына, аурудың асқынбауына жол бермеуде маңызды болып табылады. Медициналық көмек сапасы түсінігінің аясында стоматологиялық қызметтің де сапалық элементтері айқын аталуы қажет. Олардың қатарына нормативтік-құқықтық актілерге сәйкес, науқастар үшін комфортты жағдайды қамтамасыз ететін санитарлық-гигиеналық және тұрмыстық жағдайларды да енгізу қажет. Стоматологиялық қызмет көрсету сапасы да осы аталған жағдайларға нақты тәуелді екендігін айтуға болады.

Стоматологиялық қызметтің сапасы жөніндегі сұрақтарды жан-жақты талдай келе ұсынылады:

1) Стоматологиялық қызмет көрсету сапасы – медицина ғылымының заманауи даму деңгейіне сәйкес келе отырып, тұрғындарға сапалы ем жүргізу үшін санитарлық-гигиеналық талап қағидаларына да сай болуы керек;

2) Стоматологиялық емханалардың жұмысын оңтайландыру үшін санитарлық-гигиеналық жағдайлар емханада бақылауға алынып, стоматологиялық қызмет түрін пайдаланатын науқастар мен тұрғындардың пікірлерін есепке алып, оған талдау жүргізе отырып, барлық алынған мәліметтерді ұйымдастыру және басқармалық шешімдерді қабылдау барысында қолдану қажет;

3) Стоматологиялық практикаға науқастар мен стоматологиялық қызметке жүгінетін тұрғындар арасында мекеменің санитарлық – гигиеналық жағдайына қанағаттану деңгейін анықтау мақсатында кезеңді түрде сауалнама жүргізіліп отыру керек;

4) Сауалнама нәтижелеріндегі орын алған және атап көрсетілген кемшіліктерді жою бойынша шаралар жоспарын даярлау үшін осы нәтижелерді қолдану қажет;

5) Емханадағы санитарлық-гигиеналық жағдайды жақсартуға бағытталған жұмыстарды жоспарлап және оны жүзеге асыруда ең алдымен сауалнамада аталған кемшіліктерге көңіл аударған жөн; .

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Хабриев Р.У., Воробьев П.А., Юрьев А.С. и др. Индикаторы качества оказания медицинской помощи (региональный уровень) // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. – № 10. – С. 9-30.

2. Токмурзиева Г.Ж. Доступность и качество медицинской помощи в Казахстане (результаты социологического опроса, проведенного в рамках года здоровья) // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – 2003. – № 26. – С. 18-21.

3. Исаков А.Ж., Боев В.М., Засорин Б.В. Оценка риска для здоровья населения факторов окружающей среды // Гигиена и санитария. – 2013. – №1. – С.4-5.

4. Фомичев, И. В. Роль гигиениста стоматологического в комплексной программе профилактики стоматологических заболеваний для работников вредных производств и с особо опасными условиями труда [Текст] / И. В. Фомичев, Г. М. Флейшер // Клиническая стоматология. – 2015. – № 2. – С. 54-59.

5. Организация и оснащение стоматологической поликлиники, кабинета. Санитарно-гигиенические требования. Эргономические основы работы врача-стоматолога. Учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 960 с.

6. Ликстанов М.И. Количественные методы исследования качества оказания медицинских услуг. Анкетирование пациентов ГКБ № 3. <http://www.kemoms.ru/DOCS/konfl10y/teslikst.htm/>

ТРЕБОВАНИЯ

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

Статья должна содержать изложение собственных выводов и промежуточных или окончательных результатов научного исследования, экспериментальной или аналитической деятельности, авторские разработки, выводы, рекомендации, ранее не опубликованные и обладающие новизной. Также принимаются к публикации систематические обзоры, посвященные рассмотрению ранее опубликованных научных статей, связанных общей темой.

Рукопись принимается с: сопроводительным письмом руководителя учреждения (вложенным файлом), в котором выполнялась работа.

Рецензией, заверенной в отделе кадров.

Заключением локального этического комитета (при наличии).

Структура научной статьи включает название, резюме, ключевые слова, введение, материалы и методы, результаты, обсуждение, заключение, информацию о финансировании (при наличии), список литературы.

Титульная часть статьи содержит:

1. УДК (Универсальная десятичная классификация)
2. Название статьи-краткое, не более 10 слов, но информативное
3. Инициалы и Фамилия авторов
4. Название организации, департамента, отдела
5. электронный адрес авторов

Титульная часть статьи подается на трех языках-казахском, русском, английском.

Резюме

В резюме излагаются суть и использованные методы исследования, обобщаются наиболее важные результаты и их значимость.

Объем резюме не более 300 слов (несколько предложений).

Ключевые слова не более 6 слов или коротких фраз, предназначены для поиска текста статьи и определения ее предметной области.

Резюме и ключевые слова составляются на трех языках (на русском, английском и казахском) языках.

Текст статьи должен соответствовать следующей структуре:

- Введение (с указанием цели исследования)-обосновывается актуальность исследования или тематики, формулируется цель работы.

- Материалы и методы.

- На общепринятые методы исследования — достаточно ссылок; на опубликованные, но недостаточно широко известные — краткое описание; требуется описать новые или существенно модифицированные методы, дать обоснование их применения и оценку их ограничений. Математические формулы, нормативы содержания веществ, ПДК, все использованные лекарства и химические вещества: генерическое и коммерческое название (фирма-производитель), дозы, способы применения, пути введения и т.д.

- Таблицы необходимо печатать после ссылки на таблицу в тексте, озаглавить каждый столбец, разъяснение терминов и аббревиатур дайте в примечаниях к таблице. Рисунки должны быть выполнены на компьютере. Снизу рисунка проставить его номер, название, при необходимости указать верх и низ рисунка. Микрофотографии должны иметь метки внутреннего масштаба.

- Химические формулы, дозы, математические формулы должны быть тщательно выверены и завизированы автором на полях.

- Результаты
- Обсуждение и заключение
- Выводы
- Список литературы

Фотографии, диаграммы, рисунки сканируются и вносятся в текст по ходу статьи. Таблицы не должны превышать объем в одну треть листа А 4. Шрифт в таблицах 10. Таблицы должны быть озаглавлены и пронумерованы, если таковых больше одной.

Сокращение слов, имен, названий, кроме общепринятых, не допускается. Меры даются в системе СИ.

Аббревиатуры расшифровываются после первого упоминания в тексте и остаются неизменными.

Требования к списку литературы

Фамилии отечественных авторов пишутся с инициалами, фамилии, имена, отчества иностранных авторов на языке оригинала. Библиография должна быть напечатана колонкой через 1,5 интервала.

Список литературы составляется по ходу статьи, по мере употребления в тексте. В тексте дается библиографическая ссылка на порядковый номер источника в квадратных скобках. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются. 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. Количество источников в статье не должно превышать 20, в обзоре литературы от 43 до 50 (за прошедшие 5-10 лет).

20).

Количество источников в статье не должно превышать 20, в обзоре литературы от 43 до 50 (за прошедшие 5-10 лет).

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 – 14 пт, отступ 10 мм. Использовать только шрифт **TimesNewRoman**.

Статья может содержать до 10 страниц формата А 4, обзоры – до 12-14 страниц

Отправлять рукописи на электронный адрес: zhurnal.ncoz@hls.kz

Қазақстанда COVID-19-ға қарсы екпені қайталап егу. Нені білу керек?



Келесі қауіпті топтағы азаматтар санатына:

- ✓ медицина қызметкерлері
- ✓ Педагогтар
- ✓ ЖӨБ мен жабық мекемелердің қызметкерлері мен контингенті
- ✓ әлеуетті құрылымдар қызметкерлері
- ✓ 60 жастан асқан адамдар
- ✓ өз бетінше зерттеуден өткен және КВИ-ға қарсы антиденелерге теріс тест нәтижесі бар адамдарға екпені қайталап алу мерзімдерін сақтамай қайталап екпе егіледі



Ревакцинация от COVID-19 в Казахстане. Что нужно знать?



Для ревакцинации будет использована 1 доза вакцины.
Дополнительную дозу рекомендуется вводить через 6-9 месяцев после полного курса вакцинации.

✓ лица, вакцинированные векторными вакцинами, – ревакцинация через 9 месяцев инактивированными или мРНК вакцинами;

✓ лица, вакцинированные инактивированными вакцинами, – ревакцинация через 6 месяцев векторной или мРНК вакцинами;

✓ также при ревакцинации допускается использование идентичных вакцин.

Ревакцинация в Казахстане
стартовала
22 ноября 2021 года

