



ҚР ДСМ Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы

Национальный центр общественного здравоохранения МЗ РК

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

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

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

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

Энергетикалық сусындарды тұтынудың алдын алу



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

КОФЕИННІҢ АРТЫҚ ДОЗАЛАНУЫ —

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



Энергетикалық сусындардың денсаулыққа әсері:



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



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



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



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



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



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



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



Кез-келген энергетикалық сусындарды балаларға ішуге болмайды.



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



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



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

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

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

АДАМНЫҢ ПАПИЛЛОМА ВИРУСЫ (ВПЧ)



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



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



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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2223-2931

Издается с 2002 г.

№ 4. 2024 г. (УДК 614.2.574)

Подписной индекс 75978

Учредитель:

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК. Свидетельство о постановке на учет средства массовой информации

№ KZ24VPY00064975 от 20.02.2023 г.

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

Ответственность за содержание публикуемых материалов несут авторы.

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

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

Главный редактор:

д.м.н., профессор Слажнева Т.И.

Редакционный совет:

Академик Шарманов Т.Ш. (Казахстан)

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

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

д.м.н. Токбергенов Е.Т. (Казахстан)

Адъюнкт- профессор Massimo Pignatelli (Казахстан)

PhD Antonio Sarría-Santamera (Казахстан)

Malcom A. Moore (Корея)

PhD Breda J. (Греция)

Технически редактор:

Акимбаева А.А.

Журнал сверстан и опечатан в типографии
НЦОЗ МЗ РК

Адрес редакции:

г. Астана, ул. Иманова 11

www.hls.kz

zhurnal.ncoz@hls.kzp

Заказ № 60 .Тираж 50 экз

МАЗМҰНЫ

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ

Оболенский Е.С., Балмуханова А.М. МСАҚ-та медициналық ақпараттық жүйелерді пайдалану.....	8
Мухаева А., Байгонова К.С. Прогрессивті патронаждың әмбебап моделін басқару ерекшеліктері.....	16

ЖҰҚПАЛЫ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ БАҚЫЛАУ. ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ БІЛІМ

Серікбай Д.Б., Дуйсекова С.Б., Камалбекова Г.М. Жастар арасында энергетикалық сусындарды тұтынудың әлеуметтік-психологиялық аспектілері.....	24
Сыздықов Н.Е. Студенттер арасында сүт безі қатерлі ісігінің қауіпті факторлары туралы ақпараттандырылуы: білім беру бағдарламаларын жетілдіру жолдары.....	29

ПРАКТИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ

Сыздықов Н.Е. Адам фигурасын түзетуге кешенді көзқарас: эстетикалық медицинадағы заманауи әдістер мен тәсілдерге шолу.....	39
---	----

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Оболенский Е.С., Балмуханова А.М. Использование медицинских информационных систем в ПМСП.....	8
Мухаева А., Байгонова К.С. Особенности менеджмента универсальной модели прогрессивного патронажа.....	16

ПРОФИЛАКТИКА И БОРЬБА С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ. САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ

Серікбай Д.Б., Дуйсекова С.Б., Камалбекова Г.М. Социально-психологические аспекты потребления энергетических напитков среди молодежи.....	24
Сыздыков Н.Е. Анализ осведомленности о факторах риска рака молочной железы среди студентов: пути совершенствования образовательных программ.....	29

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Сыздыков Н.Е. Комплексный взгляд на коррекцию фигуры человека: обзор современных методов и подходов в эстетической медицине	39
---	----

CONTENT

PUBLIC HEALTH

Obolensky E.S., Balmukhanova A.M. The use of medical information systems in primary health care.....	8
Mukhaeva A., Baygonova K.S. Features of the management of the universal model of progressive patronage.....	16

PREVENTION AND CONTROL OF NON-COMMUNICABLE DISEASES. HEALTH EDUCATION

Serikbay D.B., Duisekova S.B., Kamalbekova G.M. Socio-psychological aspects of energy drink consumption among young people.....	24
Syzdykov N.E. Awareness of breast cancer risk factors among students: pathways to improving educational programs.....	29

PRACTICAL HEALTH CARE

Syzdykov N.E. A comprehensive look at the correction of the human figure: review of modern methods and approaches in aesthetic medicine.....	39
--	----

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

PUBLIC HEALTH

УДК 614.2

МСАК-ТА МЕДИЦИНАЛЫҚ АҚПАРАТТЫҚ ЖҮЙЕЛЕРДІ ПАЙДАЛАНУ

¹Оболенский Е.С., ¹Балмуханова А.М.

¹Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті

ТҮЙІНДЕМЕ

Зерттеудің ғылыми жаңалығы. Зерттеу медициналық қызметтердің сапасы мен қолжетімділігін арттырудағы рөліне баса назар аудара отырып, Алғашқы медициналық-санитарлық көмек контекстінде медициналық ақпараттық жүйелерді қолдануды егжей-тегжейлі талдаудан тұрады. Жұмыстың практикалық маңыздылығы. Нәтижелер Денсаулық сақтау сапасын жақсарту және денсаулық сақтау процестерін оңтайландыру үшін пайдаланылуы мүмкін.

Түйінді сөздер: Медициналық ақпараттық жүйелер, алғашқы медициналық-санитарлық көмек.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В ПМСП

¹Оболенский Е.С., ¹Балмуханова А.М.

¹Казахский национальный университет им. аль-Фараби

РЕЗЮМЕ

Научная новизна исследования. Исследования заключается в детальном анализе применения медицинских информационных систем в контексте первичной медико-санитарной помощи, с акцентом на их роль в повышении качества и доступности медицинских услуг. Практическая значимость работы. Полученные данные могут быть использованы для улучшения качества медицинского обслуживания и оптимизации процессов в здравоохранении.

Ключевые слова: Медицинские информационные системы, первично медико - санитарная помощь.

THE USE OF MEDICAL INFORMATION SYSTEMS IN PRIMARY HEALTH CARE

¹Obolensky E.S., ¹Balmukhanova A.M.

¹Al-Farabi Kazakh National University

SUMMARY

The scientific novelty of the research. The research consists in a detailed analysis of the application

of medical information systems in the context of primary health care, with an emphasis on their role in improving the quality and accessibility of medical services. The practical significance of the work. The data obtained can be used to improve the quality of medical care and optimize processes in healthcare.

Keywords: Medical information systems, primary health care.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Медицинские информационные системы (МИС) приобретают все большее значение на пути к цифровизации структур здравоохранения и оптимизации процессов внутри лечебно-профилактических учреждений. Первичная медико-санитарная помощь является частью системы здравоохранения, первым контактным лицом и основным пунктом для людей, нуждающихся в медицинском обслуживании. Пациенты, нуждающиеся в специализированном медицинском обслуживании, направляются к соответствующим специалистам врачом общей практики, который координирует необходимую специализированную помощь. Врачи общей практики основывают свои решения частично на информации, ориентированной на пациента, и частично на результатах медицинских осмотров. Сегодня доступно множество информационных систем для первичной медико-санитарной помощи. Их главная цель - помочь врачу общей практики в выполнении его повседневных обязанностей, а пациенту - в сборе медицинских данных и самостоятельном лечении его состояния. Информационные системы, позволяющие пациенту собирать точную информацию о своем состоянии для самостоятельного управления своим состоянием, предоставляют точные данные, ориентированные на пациента, которые демонстрируют потенциал для повышения эффективности информации, ориентированной на пациента, которая, в свою очередь, основана на личных чувствах и восприятии пациента. Информация, ориентированная на пациента, является предвзятой. Помимо предоставления информации, ориентированной на пациента, информационные системы здравоохранения могут облегчить доступ к медицинским услугам, повысить качество, результативность и действенность медицинских услуг и могут способствовать сокращению медицинских расходов. С развитием технологий и информационных систем в современном мире стала актуальной проблема оптимизации и усовершенствования процессов в информационной среде. Для повышения эффективности работы и улучшения качества услуг необходимо постоянно совершенствовать информационные системы и процессы, связанные с их функционированием.

Цель исследования: Изучение использования медицинских информационных систем в первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) для улучшения качества предоставляемой медицинской помощи работниками медицинских учреждений.

Задачи исследования:

1. Изучить отечественную и зарубежную литературу по использованию медицинских информационных систем в ПМСП;
2. Провести анкетирование по удовлетворенности применения информационных систем в ПМСП (на примере Damumed) ;
3. Разработать рекомендации направленные на оптимизацию и процессы усовершенствование в информационных системах.

Материалы и методы исследования. На первом этапе была проанализирована литература из Казахстана, ближнего и дальнего зарубежья, а также интернет-источники (включая материалы из научных международных библиотечных систем, таких как PubMed, Springer, Elsevier, Web of Science и Cochrane). Для поиска источников были выбраны такие ключевые слова, как ПМСП, МИС, Damumed. Для прогнозной оценки использовались методы линейной регрессии и экспоненциального сглаживания. На основе проведенного анализа и с учетом действующих нормативно-правовых документов были разработаны рекомендации, направленные на повышение эффективности МИС в здравоохранении. Обработка материала проводилась с помощью пакета анализа данных Microsoft Excel, визуализация данных - с помощью Word 2019. В ходе реализации были использованы библиографический, информационно-аналитический, социологические и

статистические методы.

Первичная медико-санитарная помощь является частью системы здравоохранения, первым контактным лицом и основным пунктом для людей, нуждающихся в медицинском обслуживании [1]. Пациенты, нуждающиеся в специализированном медицинском обслуживании, направляются к соответствующим специалистам врачом общей практики, который координирует необходимую специализированную помощь. Врачи общей практики основывают свои решения частично на информации, ориентированной на пациента, и частично на результатах медицинских осмотров. Сегодня доступно множество информационных систем для первичной медико-санитарной помощи. Их главная цель - помочь врачу общей практики в выполнении его повседневных обязанностей, а пациенту - в сборе медицинских данных и самостоятельном лечении его состояния. Информационные системы, позволяющие пациенту собирать точную информацию о своем состоянии для самостоятельного управления своим состоянием, предоставляют точные данные, ориентированные на пациента, которые демонстрируют потенциал для повышения эффективности информации, ориентированной на пациента, которая, в свою очередь, основана на личных чувствах и восприятии пациента. Информация, ориентированная на пациента, является предвзятой. Помимо предоставления информации, ориентированной на пациента, информационные системы здравоохранения могут облегчить доступ к медицинским услугам, повысить качество, результативность и действенность медицинских услуг и могут способствовать сокращению медицинских расходов. С развитием технологий и информационных систем в современном мире стала актуальной проблема оптимизации и усовершенствования процессов в информационной среде. Для повышения эффективности работы и улучшения качества услуг необходимо постоянно совершенствовать информационные системы и процессы, связанные с их функционированием [2].

Руководители здравоохранения, специалисты в области общественного здравоохранения и технократы сделали реформу информационных систем здравоохранения приоритетной задачей. Хотя каждая из этих групп обещала значительные выгоды от усовершенствования информационных систем, недостаточное внимание уделялось ограничениям, накладываемым на теоретические возможности информационных технологий характеристиками системы здравоохранения, частью которой является информационная система [2]. Руководители ожидают повышения эффективности и рационального распределения ресурсов, но рациональное принятие решений не является автоматическим следствием улучшения информации. Эпидемиологи и специалисты общественного здравоохранения стремятся к созданию более эффективных и равноправных систем здравоохранения, однако методологические проблемы и дороговизна многих традиционных эпидемиологических подходов по-прежнему ограничивают полезность эпиднадзора за заболеваниями, мониторинга и оценки программ. Как менеджеры, так и эпидемиологи сталкиваются с конфликтами, возникающими при создании локальных информационных систем в централизованных системах здравоохранения. Технократы считают, что микрокомпьютеры необходимы для обеспечения подлинной эффективности информационных систем и как средство освобождения работников здравоохранения от рутинной работы по заполнению формуляров [3].

За последние несколько десятилетий технологии стали играть все большую роль в здравоохранении. Это нашло отражение во внедрении информационных технологий в систему здравоохранения. Электронные медицинские карты (ЭМК) - это одна из форм информационных технологий, которая может повлиять на состояние здоровья пациентов. ЭМК - это компьютеризированные карты пациентов, появившиеся в начале 1970-х годов. Однако они не получили широкого распространения в секторе здравоохранения до 1990-х годов и появления более доступных технологий.⁴ За поворотом дороги столетие ЭМК привлекли к себе внимание благодаря преимуществам, которые они могли предложить системе здравоохранения, таким как: организация информации о состоянии здоровья пациентов, улучшение координации оказания медицинской помощи, а также упрощение электронного доступа к медицинской информации и экспертным заключениям. Это побудило организации и правительства разработать программы, способствующие внедрению ЭМК [3-4].

Внедрение ЭМК в систему здравоохранения. Закон о медицинских информационных технологиях для экономического и клинического здравоохранения, вступивший в силу в 2009 году

в Соединенных Штатах, является примером таких попыток содействовать внедрению ЭМК. Некоторые исследования показывают, что для достижения заметных улучшений в состоянии здоровья пациентов после внедрения необходимо улучшить использование ЭМК. Таким образом, в последнее время внимание привлекло улучшение использования ЭМК для достижения желаемых результатов в отношении здоровья. Уже были предприняты некоторые попытки улучшить использование ЭМК путем разработки таких программ, как критерии осмысленного использования [5].

Использование ЭМК для:

- Повышения качества, безопасности, эффективности и сокращения неравенства в отношении здоровья.

- Улучшение координации медицинской помощи, а также популяцию и общественное здравоохранение.

- Поддержание конфиденциальности и безопасность информации о состоянии здоровья пациентов. Для целей настоящего обзора улучшенное использование ЭМК определяется как использование ЭМК в соответствии с приведенным выше определением.

Ожидалось, что с созданием и внедрением ЭМК в систему первичной медико - санитарной помощи они окажут положительное влияние на качество медицинской помощи. Ожидалось, что это будет достигнуто за счет использования ЭМК для улучшения качества данных за счет записи информации о пациентах и выполнения функций первичной медико-санитарной помощи. Однако, даже после увеличения числа внедрений, исследования продолжали показывать неоднозначные результаты о влиянии ЭМК на состояние здоровья пациентов. В то время как ЭМК успешно использовались в качестве электронного однако влияние использования более продвинутых функциональных возможностей на способ хранения информации о пациенте еще предстоит определить. Электронное хранение информации о пациентах обеспечивает быстрый и своевременный удаленный доступ к информации о пациентах, что может помочь ускорить оказание медицинской помощи [5-6].

Первичная медико-санитарная помощь является частью системы здравоохранения, первым контактным лицом и основным пунктом для людей, нуждающихся в медицинском обслуживании. Пациенты, нуждающиеся в специализированном медицинском обслуживании, направляются к соответствующим специалистам врачом общей практики, который координирует необходимую специализированную помощь.

Врачи общей практики основывают свои решения частично на информации, ориентированной на пациента, и частично на результатах медицинских осмотров. Сегодня доступно множество информационных систем для первичной медико-санитарной помощи. Их главная цель - помочь врачу общей практики в выполнении его повседневных обязанностей, а пациенту - в сборе медицинских данных и самостоятельном лечении его состояния.

Информационные системы, позволяющие пациенту собирать точную информацию о своем состоянии для самостоятельного управления своим состоянием, предоставляют точные данные, ориентированные на пациента, которые демонстрируют потенциал для повышения эффективности информации, ориентированной на пациента, которая, в свою очередь, основана на личных чувствах и восприятии пациента. Информация, ориентированная на пациента, является предвзятой. Помимо предоставления информации, ориентированной на пациента, информационные системы здравоохранения могут облегчить доступ к медицинским услугам, повысить качество, результативность и действенность медицинских услуг и могут способствовать сокращению медицинских расходов.

Использование (мобильных) медицинских карт пациентов во всем мире носит умеренный характер. Медицинские работники и учреждения по уходу (больницы, клиники и т.д.) имеют временные и необслуживаемые медицинские карты пациентов. Медицинские данные пациента разбросаны по всему миру и, следовательно, являются неполными в каждом конкретном случае. Подключенный ЭМК направлен на преодоление этих проблем при объединении данных в единую точку.

Информационные технологии в здравоохранении (ИТЗ): это область информационных и

коммуникационных технологий, в которой основное внимание уделяется автоматизации процессов и обработке медицинских данных для поддержки предоставления медицинских услуг, самоуправления пациентов и любых других связанных с ними процессов. Кратко описаны основные цели и приоритеты внедрения ИТЗ.

Качество медицинских данных. Очень важно повысить качество медицинских данных на этапе их сбора. Необъективные или неверные данные могут негативно сказаться на состоянии здоровья пациента. Сегодня, с развитием технологий, предпринимаются усилия для сбора точных и достоверных данных с использованием таких технологий, датчики и камеры. Интернет вещей - это широко распространенная сегодня парадигма автономного и автоматического сбора, обработки и хранения медицинских данных.

Гармонизация данных и функциональная совместимость. В аналитических целях необходима гармонизация данных. Однако гармонизация данных по-прежнему является сложной задачей. HL7 - это стандарт, который используется для решения проблем гармонизации.

Обработка и хранение данных. В эпоху цифровых технологий объем данных, производимых каждый день, быстро растет. Обработка и хранение таких данных являются сложной задачей. Вычисления с использованием больших объемов данных и наука о данных обеспечивают основу и технологии для решения проблем, связанных с быстрорастущими данными.

В системах здравоохранения используется множество устройств, использующих различные форматы данных. Во многих случаях взаимодействие и обмен данными между этими устройствами являются обязательными. Следовательно, приложение должно поддерживать любой формат данных (совместимость данных).

Интеграция и агрегирование источников данных. Благодаря цифровому веку и развитию технологий появилось множество источников данных. Развитие Интернета позволяет получать данные из социальных сетей, носимые технологии позволяют получать множество медицинских данных и т.д. Все эти данные необходимо интегрировать и агрегировать [6-11].

Тенденции и технологии, поддерживающие системы здравоохранения.

Системы здравоохранения во всем мире постоянно совершенствуются с учетом новых технологий, научных открытий и изменений в потребностях общества. Современные тенденции и технологии, поддерживающие здравоохранение, направлены на улучшение качества ухода, повышение доступности и эффективности медицинской помощи, а также на снижение затрат. Вот несколько ключевых тенденций и технологий, которые активно поддерживают системы здравоохранения:

Вспомогательные технологии. Появляется множество современных информационных и коммуникационных технологий, и сектор здравоохранения пользуется преимуществами этих технологий. Блокчейн (BC), искусственный интеллект (AI) и Интернет вещей (IoT) - это наиболее перспективные технологии, которые находят применение в сфере оказания медицинских услуг. Технологии больших данных поддерживают обработку огромного объема медицинских данных, которые изо дня в день генерируются системами ИКТ.

Благодаря новым информационным технологиям, таким как искусственный интеллект и аналитика больших данных, термин “персонализированная медицина” приобретает все большее значение. Мы окружены огромными медицинскими устройствами, которые постоянно собирают медицинские данные без пропусков. Таким образом, собранные данные являются точными и полными, поскольку эти устройства становятся все более точными, совершенными и мощными. Тем не менее, электронное здравоохранение сталкивается с критической проблемой, называемой совместимостью данных. Специально для устранения любой функциональной совместимости, которая может возникнуть при обмене данными, предусмотрена группа международных стандартов HL7—Health Level 7. HL7-FHIR - это стандарт в дополнение к HL7 для защиты медицинских данных пациентов. Сегодня блокчейн используется для достижения аналогичной цели - защиты данных .

Записи медицинских данных и медико-санитарной помощи. Несмотря на умеренное внедрение и использование электронных медицинских карт для управления медицинскими данными пациента, в каждом медицинском учреждении имеется относительно полная медицинская карта пациента,

которая используется для сбора и обработки части медицинских данных пациента. Эти данные используются для оказания надлежащей медицинской помощи. К сожалению, эти системы записи данных не связаны с другими системами за пределами данного медицинского центра. Таким образом, данные пациента рассредоточены по множеству небольших медицинских карт (частично электронных, частично бумажных). Медицинских карт, как надмножества всех медицинских карт пациента, не существует.

Анализ оказания услуг медицинской информационной системы (**Damumed**). Damumed - популярное отечественное приложение, которым успешно пользуется большое количество казахстанцев уже не один год. В нем регулярно появляются новые цифровые сервисы, которые помогают людям в важных жизненных ситуациях.

Приложение Damumed уже несколько лет уверенно занимает первую позицию среди бесплатных медицинских приложений в PlayMarket. Сервисом пользуются более 3 миллионов 900 тысяч населения. Если учесть, что к основным аккаунтам привязаны профили несовершеннолетних детей и пожилых родителей, для которых пользователь Damumed может получать медицинские цифровые сервисы, то охват приложением становится еще более впечатляющим - более 6 миллионов Казахстанцев. В среднем за последние полгода ежедневно приложением Damumed пользуются более 110 тысяч пациентов.

История создания Damumed - путь длиной более чем в 20 лет. Несмотря на то что бренд Damumed появился на рынке медицинских цифровых сервисов в 2015 году, история создания компанией собственных цифровых продуктов для здравоохранения началась гораздо раньше.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Опросы среди респондентов использующих систему Damumed, направлены на оценку удовлетворенности и выявление проблем в процессе эксплуатации системы. Анкета охватывала различные аспекты использования системы, включая удобство, скорость, функциональность и общую оценку системы. Результаты опроса помогут выявить ключевые проблемы и наметить пути улучшения работы в системе.

1. Использование электронных сервисов для получения медицинской помощи пациентами: 65% респондентов указали, что они использовали электронные сервисы для получения медицинской помощи, а 35% ответили отрицательно. Это подтверждает растущий интерес к использованию цифровых технологий в здравоохранении, а также необходимость расширения охвата системой остальных пользователей.

2. Осведомленность о медицинских информационных системах в медицинских учреждениях: 85% респондентов осведомлены о наличии медицинских информационных систем в медицинских учреждениях, что свидетельствует о высоком уровне внедрения и признания технологий в медицинскую практику. Однако 15% врачей не знакомы с существующей системой, что указывает на необходимость повышения осведомленности медицинского персонала.

3. Удовлетворенность качеством обслуживания в системе Damumed: 72% респондентов выразили полное удовлетворение качеством своих услуг в системе Damumed, таких как прием и консультации у врачей, которые положительно оценили функционирование системы, 19% сказали, что они не удовлетворены, а 9% сообщили о том что не используют данную ИС. Это указывает на то, что некоторые аспекты системы нуждаются в улучшении для улучшения общего пользовательского опыта.

4. Оценка качества информации в защищенной системе: 68% респондентов оценили качество информации в системе как полностью удовлетворительное, 22% сообщили, что информация в системе в целом удовлетворительная, но возможны улучшения. В то же время 8% выразили недовольство, указав, что могут возникнуть проблемы с точностью или полнотой данных в системе, 2% респондентов отметили, что информации в системе недостаточно, что требует анализа и уточнения данных и функций для обеспечения точности и полноты медицинской информации.

Таблица 1 – SWOT – анализ.

Сильные стороны	Слабые стороны
<p>-Широкий охват: Damumed интегрирован в большинстве государственных медицинских учреждений, что делает его доступным для пациентов по всей стране.</p> <p>-Централизованная платформа: Объединяет различные медицинские данные (история болезни, анализы, записи к врачу), что удобно для врачей и пациентов.</p> <p>-Удобство записи на прием: Пациенты могут записываться к врачам онлайн, что экономит время и снижает нагрузку на регистратуры.</p> <p>-Поддержка мобильных приложений: Damumed доступен не только в веб-версии, но и через мобильные приложения, что делает систему удобной в использовании.</p> <p>-Упрощение работы медицинского персонала: Снижение нагрузки на медработников за счет автоматизации многих процессов.</p>	<p>-Сложность интерфейса: Некоторые пользователи, особенно пожилые люди, находят интерфейс трудным для освоения и использования.</p> <p>-Проблемы с производительностью: Возможны задержки при загрузке данных и общая медлительность системы, что снижает эффективность работы врачей и неудобно для пациентов.</p> <p>-Ограниченная интеграция с частными клиниками: Система в основном ориентирована на государственные учреждения, и ее использование в частных клиниках ограничено.</p> <p>-Технические проблемы и баги: Пользователи иногда сталкиваются с техническими проблемами, такими как сбои в работе или ошибки при доступе к записям.</p>
Возможности	Угрозы
<p>-Расширение на частный сектор: Возможность интеграции системы с частными клиниками для расширения охвата пользователей и улучшения доступа к медицинской информации.</p> <p>-Внедрение искусственного интеллекта: Использование ИИ для помощи в диагностике и анализе данных, что повысит ценность системы для врачей.</p> <p>-Партнерство с медицинскими и фармацевтическими компаниями: Возможность сотрудничества с компаниями для улучшения предоставления медицинских услуг и внедрения инновационных решений.</p> <p>-Повышение уровня цифровой грамотности: Разработка обучающих материалов для пользователей может помочь в лучшем понимании и использовании системы, особенно для пожилых людей.</p> <p>-Разработка новых функций: Внедрение телемедицины, систем напоминаний для пациентов, функции обратной связи и других услуг для удобства пользователей.</p>	<p>-Конкуренция с другими медицинскими платформами: Возможность появления конкурирующих платформ, предлагающих улучшенные функции и удобство.</p> <p>-Риски безопасности и конфиденциальности: Угроза кибератак и утечки данных пациентов, что может негативно сказаться на репутации системы.</p> <p>-Изменения в законодательстве: Возможные изменения в политике здравоохранения или законах, регулирующих доступ к медицинским данным, что может ограничить функции системы.</p> <p>-Сопrotивление внедрению: Некоторые медицинские учреждения и врачи</p>

ВЫВОДЫ

1. Исследование литературных источников показало, что несмотря на достаточное количество исследовательских работ, посвященных вопросам совершенствования медицинских информационных систем в ПМСП практически мало изучена.
2. Были изучены и определены основные недостатки медицинских информационных систем путем анкетирования пациентов и медицинских работников, эффективность предоставления медицинских услуг.
3. Для успешной оптимизации процессов в информационных системах следует вести внедрить единую медицинскую информационную систему для аналитики данных, которые помогут анализировать статистику заболеваемости и эффективность лечения, что позволит улучшить планирование медицинской помощи.
4. Обучение и повышение квалификации персонала также играют важную роль, уметь эффективно использовать информационные системы, приведет к улучшению эффективности и качества работы медицинского персонала, сократит время на выполнение задач и повысит удовлетворенность пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group (ЕРОС). Data collection checklist: ЕРОС Taxonomy, 2015. Available: <http://epoc.cochrane.org/epoc-taxonomy>
2. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 августа 2021 года № ҚР ДСМ-80. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 10 августа 2021 года № 23926.
3. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года №193-IV;
4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 1 июня 2005 года N 548 о проекте Закона Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан».
5. Шандора, Н. Цифровизация системы здравоохранения: Опыт и перспективы // Наука и инновации – 2020. – С.28-43. 16 Население Земли вырастет до 9,7 млрд человек к 2050 году // <https://www.interfax.ru/world/665633>. Дата обращения: 13.02.2021 17
6. Информационные технологии в российской медицине: перспективы и возможности // Экономические науки. – 2017. – С.53-56.
7. Спатаев, Е.М., Романова, Ж.В., Есенбаев, Б.С. Современные подходы к формированию национальной стратегии электронного здравоохранения // Вестник КазНМУ. – 2018. – С.1-2.
8. В Казахстане запустили электронный паспорт здоровья // https://www.inform.kz/ru/v-kazahstane-zapustili-elektronnyu-pasport-zdorov-ya_a3575513 Дата обращения: 13.03.2021
9. Цифровая медицина в Эстонии // <https://tallinn.mhealth.events/article/vsyoo-tsifrovoy-meditsinskoj-reforme-v-estonii-97213> Дата обращения 27.03.2021
10. Отчет о цифровом здравоохранении в Южной Корее. — 13. Digital Health South Korea Market Intelligence Report June, 2019 // https://www.intralinkgroup.com/getmedia/3153c79b-463d-47c7-84e6-56848c98aab7/Intralink-Report_LifeSciences_June
11. Цифровые технологии активно внедряются в сферу здравоохранения // <https://alps-itsm.ru/interesting/informatsionnyie-tehnologii-v-zdravooohranenii/> Дата обращения: 5.05.21

ПРОГРЕССИВТІ ПАТРОНАЖДЫҢ ӘМБЕБАП МОДЕЛІН БАСҚАРУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

¹Мухаева А., ¹Байгонова К.С.

¹Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті

ТҮЙІНДЕМЕ

Зерттеудің ғылыми жаңалығы. Әзірленген теориялық ережелер мен тұжырымдардың жиынтығы патронатты басқарудың маңызды мәселесін шешуді қамтиды. Жұмыстың практикалық маңыздылығы. Алынған мәліметтер мейірбикенің патронаж жүйесін дамыту, түзету және жетілдіру жөніндегі жұмысында пайдаланылуы мүмкін.

Түйінді сөздер: Әмбебап прогрессивті патронаж моделі, патронаттық медбике.

ОСОБЕННОСТИ МЕНЕДЖМЕНТА УНИВЕРСАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ПРОГРЕССИВНОГО ПАТРОНАЖА

¹Мухаева А., ¹Байгонова К.С.

¹Казахский национальный университет им. аль-Фараби

РЕЗЮМЕ

Научная новизна исследования. Разработанная совокупность теоретических положений и выводов содержит решение важной проблемы управления патронажем. Практическая значимость работы. Полученные данные могут быть использованы в работе медицинской сестры по развитию, коррекции и усовершенствованию патронажной системы.

Ключевые слова: Модель универсально-прогрессирующего патронажа, патронажная медсестра.

FEATURES OF THE MANAGEMENT OF THE UNIVERSAL MODEL OF PROGRESSIVE PATRONAGE

¹Mukhaeva A., ¹Baygonova K.S.

¹Al-Farabi Kazakh National University

SUMMARY

The scientific novelty of the research. The developed set of theoretical provisions and conclusions contains a solution to an important problem of patronage management, The practical significance of the work. The data obtained can be used in the work of a nurse on the development, correction and improvement of the patronage system.

Keywords: A model of universal progressive patronage, a patronage nurse.

ВВЕДЕНИЕ

Принимая во внимание, что важнейшим фактором, определяющим успех лечения, является взаимодействие между пациентом и медработником, развитие кооперативности. Важными составляющими деятельности медицинской сестры являются не только ее знания и умения, особенности профессионального, но и организация работы. Особая актуальность данной работы обусловлена необходимостью получения максимально полной информации об патронажной работе наиболее рациональных способов организаций работы патронажной медсестры с целью выстраивания модели УПМП. Универсальная модель прогрессивного патронажа беременных женщин и младенцев (УПМП) рекомендована ВОЗ и ЮНИСЕФ как медицинская и социально ориентированная модель, отвечающая современным требованиям к качеству первичной медико-санитарной помощи.

Это высокоэффективная модель, поскольку она основана на последних международных научных данных. Она предусматривает дифференцированный подход к оказанию услуг. Дети, отнесенные к группе риска, получают расширенный пакет услуг, некоторые дети - интенсивный пакет услуг. Другие дети получают универсальный пакет услуг по патронажному воспитанию.

Цель исследования: изучить организацию работы патронажной медсестры по УПМП (детский патронаж).

Задачи исследования:

1. Изучить состояние проблемы УПМП в научной литературе;
2. Проанализировать по 1-му Универсальному модулю;
3. Провести анкетирование среди медсестер с целью оценки деятельности патронажной медсестры.

Материалы и методы исследования.

Библиографический метод – комплексный метод научного исследования, который проводится с помощью анализа потока документов по исследуемой теме и завершается составлением библиографического списка.

Информационно-аналитический – анализ директивных и нормативных документов, современных библиографических источников;

Социологический – в виде анкетирования – это метод сбора первичной информации через устное или письменное обращение исследователя к респондентам с вопросами, содержание которых освещает изучаемую им проблему. Статистический – расчет, обработка и анализ статистической информации.

Теоретические аспекты УПМП. Патронаж — это не только медицинское мероприятие, оно также направлено на то, чтобы поддержать молодую маму и помочь ей научиться ухаживать за новорожденным [1].

Термин "патронаж" дословно переводится с французского как "покровительство" (patronage). В медицине это означает комплекс действий, выполняемых врачом или медсестрой на дому у пациента, в задачи которых входит лечение пациента, профилактика его от различных заболеваний и его просвещение. В первый - третий день пребывания новорожденного дома к нему придет педиатр. Одной из важнейших задач государственной медицины (и медицины в целом) является воспитание здоровых, крепких детей с крепким иммунитетом. Участковые врачи и медсестры должны не только лечить маленьких пациентов, но и принимать все возможные меры для предотвращения их возможных заболеваний и отклонений в развитии.

Для персонала детской поликлиники важно своевременно проводить профилактику первичных заболеваний и нарушений развития у детей, которая заключается в проведении следующих мероприятий: медицинских психологических и педагогических [2].

Первое знакомство женщины с персоналом детской поликлиники происходит во время ее беременности. В первый раз детская медсестра посещает ее сразу после постановки на учет в женской консультации, чтобы оценить условия, в которых будет протекать беременность и родится ребенок, и дать некоторые рекомендации беременной женщине.

Позже, в середине третьего триместра, медсестра придет снова, чтобы проверить, выполняются ли ее рекомендации. Она проконсультирует будущую маму по уходу за новорожденными, грудному вскармливанию, организации послеродового периода в целом [2]. Новорожденный пациент появился на территории, обслуживаемой некой детской поликлиникой, сообщает медицинское учреждение родильному дому. На первый или третий день после выписки матери и ребенка на дом приходят участковый педиатр и медсестра. Этот визит называется первым педиатрическим осмотром новорожденного.

Сроки наблюдения за новорожденным и частота посещений педиатром и медсестрой зависят от состояния его здоровья и условий в семье. Если малыш развивается нормально, он здоров и растет в благоприятной атмосфере. Сестринский уход может осуществляться в разной последовательности и в разной атмосфере. Но есть некоторые общие принципы. Разъясняет характер протекания беременности и родов. Она изучает документы новорожденного, выданные в родильном доме, заводит и заполняет карточку ребенка.

Также важной задачей при первом патронаже новорожденного ребенка является обучение молодой мамы правильному уходу за ребенком:

- кормление;
- ежедневный туалет ребенка;
- купание;
- зарядка.

Патронаж медсестры над новорожденным не ограничивается осмотром только ребенка, но и предусматривает внимательное отношение к кормящей матери. Если возникают проблемы с грудным вскармливанием, она может задать интересующие ее вопросы. Медицинская сестра научит правильно сцеживать молоко, чтобы уменьшить тяжесть и шероховатость груди. При необходимости осмотрите молочные железы и дайте совет, как правильно прикладывать ребенка к груди. Кроме того, молодой маме, если она сомневается в правильности своего рациона, следует поинтересоваться у медсестры списком продуктов, разрешенных в период лактации. При последующих посещениях она проверяет, как выполняются ее советы и рекомендации, отвечает на появившиеся вопросы.

Послеродовой патронаж. В некоторых случаях под постоянным наблюдением специалистов находится не только ребенок, но и мать. Послеродовой патронаж проводится участковым врачом или акушеркой на дому в таких случаях, как:

- досрочная выписка роженицы;
- роды с хирургическим вмешательством;
- осложнения послеродового периода;
- неявка роженицы на гинекологический осмотр в установленное врачом время.

Патронаж новорожденного. Врач проводит общий осмотр женщины, уточняет информацию о том, как проходили роды, были ли у них осложнения (для матери и новорожденного) и отвечает на вопросы о послеродовом состоянии женщины. Осматривает ребенка, оценивает состояние его пупочной ранки, проверяет родничок, взвешивает малыша, измеряет его рост, размеры груди и головы. Также осматривается кожа малыша, его слизистые оболочки [5].

Оценивает его нервно-психическое состояние. Фиксирует наличие определенных рефлексов у крохи, оценивает работу его анализаторов. Так, через 10 дней отмечают, может ли ребенок удерживать движущийся предмет в поле зрения, через 20 дней - фиксировать взгляд на неподвижном предмете, через 1–3 месяца - поднимать и удерживать головку в положении на животе. Дает рекомендации относительно лечения пупочной ранки. Рекомендует посетить тех или иных врачей-специалистов, если для этого есть показания. Показывает, как делать малышам массаж и гимнастику. Оценивает условия жизни и эмоциональную атмосферу в семье. Дает рекомендации по улучшению условий жизни новорожденного.

Основные модели и подходы к организации УМП.

Патронажная служба — это организация и осуществление "посещений на дому" детей первого возраста, родовых и послеродовых женщин, проводимых патронажными медсестрами. Встреча с семьей в ее окружении дает специалисту важные возможности для понимания сути

патронажной службы [5].

Модель универсально-прогрессирующего патронажа представляет собой инновационный подход к управлению здравоохранением, который активно развивается в последние годы. Основными принципами этой модели являются индивидуализация заботы о пациентах, учет их потребностей и специфики заболеваний, а также постоянное совершенствование качества предоставляемых медицинских услуг.

Еще одной важной особенностью данной модели является использование инновационных технологий и методов диагностики и лечения. Это позволяет улучшить качество медицинского обслуживания, сократить время на постановку диагноза и оптимизировать лечебные программы. Чтобы успешно реализовать универсально-прогрессирующую модель патронажа, необходимо обеспечить высокий уровень квалификации медицинского персонала, провести обучение по принципам этой модели и обеспечить доступность медицинской помощи для всех категорий населения.

1. Универсальная (общая) модель - она охватывает патронажным наблюдением всех детей раннего возраста, беременных и рожениц и обеспечивает их необходимые визиты в определенных возрастных группах и ситуациях.

2. Прогрессивная (целевая) модель - охватывает лиц с высоким медицинским или психосоциальным риском, нуждающихся в особом уходе и патронажном наблюдении.

3. Универсально-прогрессивная (смешанная) модель патронажа — это смешанная модель, включающая " посещения на дому", которая сочетает в себе преимущества универсальной и целевой моделей, преодолевает ограничения и повышает эффективность. Согласно универсально-прогрессивной модели, универсальные (общие) услуги предоставляются всей семье, а прогрессивные (адресные) услуги предоставляются отдельным членам семьи на основе оценки рисков и потребностей [6-10].

Распространяется на семьи, испытывающие социально -экономические трудности, психосоциальные стрессовые ситуации и другие неудобства (трудности в кормлении, развитии, обеспечении безопасной среды и т.д.). Семьям с особо уязвимыми детьми оказывается интенсивная терапия, и для снижения риска необходима совместная поддержка со стороны служб здравоохранения, социальной защиты и образования.

При успешном внедрении универсально прогрессивной модели патронажа можно ожидать положительных результатов от детей, семей, родителей и общества в краткосрочной и долгосрочной перспективе.

Универсально-прогрессивная модель патронажной службы на ПМСП реализуется в виде универсальных/обязательных посещений медицинскими работниками детей в периоде новорожденности, в грудном и в дошкольном возрасте на дому в строго установленные сроки, в сочетании с «прогрессивной» моделью в тех семьях, где есть риски и потребности. Важно отметить, что прогрессивная модель может быть усиленной и интенсивной. Усиленная модель направлена на тех детей, в семьях которых отмечаются социально-экономические или психоэмоциональные трудности у родителей или лиц из близкого окружения. Для применения прогрессивной модели медицинскими работниками оцениваются социально-биологические, психоэмоциональные риски в каждой конкретной семье.

Анализ оказания патронажных услуг семьям с детьми. Ключевые убеждения новой модели патронажа:

- родители являются первыми воспитателями ребенка;
- любая семья имеет надежды и мечты в отношении своих детей, но семьи отличаются тем, как они поддерживают усилия своих детей в достижении этих целей; на результаты развития ребенка большее влияние оказывает поддержка ребенка семьей, чем социально-экономическое положение семьи;
- все родители имеют потенциал для поддержки развития своих детей и достижению ими успеха в жизни, но многим из них требуется поддержка для раскрытия своего потенциала, чтобы они могли почувствовать и развить свои сильные стороны;

- при предоставлении такой поддержки любая семья, в каких бы трудных условиях не находилась, способна дать лучший жизненный старт своему ребенку;
- лучше всего обращаться с родителями как с равными партнерами;
- патронажные работники могут способствовать повышению устойчивости семьи и повышению качества жизни детей и семей путем оценки потребностей и глубокого понимания ситуации, обнаружения 15 и поддержки сильных сторон (проактивный подход). При таком подходе семьи из потребителей услуг переходят в активные союзники;
- с любым родителем может быть «трудно установить контакт и работать», но основная ответственность за выстраивание взаимоотношений с родителями и семьями лежит на специалистах;
- необходимо подходить к родителям индивидуально – нельзя делать обобщения и навешивать ярлыки на основе их пола, этнической принадлежности, семейного положения, образования или материального благосостояния.

Отличие новой модели патронажа от традиционной:

- Акцент на качество проведения патронажных посещений, а не на их количество;
- Переход от принципа «выявить проблему и перенаправить», к принципу «вовремя выявить и устранить или значительно снизить риск, который может привести к проблеме»;
- Акцент на комплекс медицинских, социальных, образовательных и других мер по созданию здоровья, а не только на выявление болезней и чисто медицинские проблемы;
- Акцент на физическое, психоэмоциональное, социальное развитие, безопасность и благополучие ребенка, а не только на его физическое здоровье;
- Здоровье ребенка рассматривается в контексте семьи (например, наличие депрессии у матери или отца, пренебрежительное или жестокое обращение) и местного сообщества, а не изолированно от семьи и окружения;
- С родителями и членами семьи ребенка строятся равноправные партнерские отношения, к ним не относятся как к подчиненным, обязанным слепо выполнять советы медработника;
- Патронажный работник не работает изолированно, он – член команды вокруг ребенка наряду с врачом, социальным работником, психологом, другими специалистами. Развивается командная работа внутри ведомства и механизмы эффективного взаимодействия с другими ведомствами;
- Патронажная сестра становится главным доверенным лицом семьи, связующим звеном между существующими услугами и потребностями ребенка.

В глазах семьи патронажная сестра перестает играть второстепенную после врача роль.

Детский патронаж отличается от общего патронажа рядом особенностей, которые связаны с потребностями и особенностями ухода за детьми, особенно новорожденными и детьми раннего возраста. Основные отличия детского патронажа:

1. Специфика пациентов:

- Детский патронаж ориентирован на уход за новорожденными, младенцами и детьми дошкольного возраста.
- Уделяется внимание как физическому, так и психоэмоциональному развитию ребенка.
- Оценка здоровья детей проводится с учетом возрастных особенностей (рост, вес, развитие).

2. Профилактическая работа:

- Основной акцент делается на профилактике заболеваний, прививках, правильном уходе и развитии ребенка.
- Патронажная медсестра обучает родителей, как правильно ухаживать за ребенком (кормление, гигиена, сон, уход за кожей).
- Проводятся консультации по вопросам вакцинации, введения прикорма и правильного режима дня.

3. Частота визитов:

- В первые месяцы жизни ребенка визиты патронажной медсестры чаще, чем у взрослых пациентов. Обычно они проводятся на 1, 3, 7, 14 день жизни, а затем ежемесячно в течение первого года.

- По мере взросления ребенка визиты могут становиться реже, но продолжительность наблюдения может длиться до школьного возраста.

4. Оценка развития:

- Помимо контроля за здоровьем, медсестра следит за психомоторным развитием ребенка (умение держать голову, ползание, ходьба и т.д.).

- Ведется мониторинг речевого и социального развития ребенка.

5. Взаимодействие с семьей:

- В детском патронаже активно работают не только с ребенком, но и с его родителями. Основная задача – просветительская деятельность для создания комфортных и безопасных условий для ребенка.

- Медсестра может консультировать по вопросам грудного вскармливания, профилактики детских травм и ухода за ребенком в условиях домашних инфекций.

6. Психологический аспект:

- Визиты патронажной медсестры помогают родителям справляться с эмоциональной нагрузкой, связанной с заботой о новорожденном.

- Медсестра может оценивать психологическое состояние родителей, выявлять признаки послеродовой депрессии у матерей и направлять их к специалистам при необходимости. Таким образом, детский патронаж включает в себя не только медицинский контроль за состоянием ребенка, но и важную роль в поддержке и обучении родителей на разных этапах развития их ребенка.

Мы проанкетировали медсестер, данная информация может быть полезной для оценки их удовлетворенности работой, понимания условий труда и выявления потребностей для улучшения профессиональных навыков.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ опроса медсестер позволяет сделать несколько выводов по различным аспектам рабочей среды:

1. Большинство сотрудников (65%) оценивают рабочие условия как отличные или хорошие, что является позитивным показателем. Однако 29% сотрудников указали на удовлетворительные условия, а 6% – на плохие. Это сигнал о том, что есть зоны, требующие улучшений в рабочей среде, чтобы повысить комфорт и эффективность труда.

2. Большинство сотрудников (71%) получают необходимую поддержку от руководства всегда или чаще всего. Однако 21% сталкиваются с нерегулярной поддержкой, а 8% вообще не получают ее, что может негативно влиять на мотивацию и уровень доверия к руководству.

3. Большинство сотрудников (65%) оценивают условия труда положительно (отличные и хорошие). Это говорит о том, что условия работы в целом соответствуют ожиданиям работников. Однако 29% считают их удовлетворительными, и еще 6% оценивают их как плохие, что требует внимания со стороны руководства для улучшения рабочих мест и условий.

4. 86% сотрудников считают график работы удобным или приемлемым, что является положительным результатом. Однако 14% сталкиваются с неудобствами, из которых 8% находят график очень неудобным. Это может привести к снижению производительности и мотивации этих сотрудников, что стоит учесть для улучшения организации рабочего времени.

5. Взаимоотношения в коллективе оцениваются очень высоко: 98% сотрудников считают их хорошими или очень хорошими. Это положительный сигнал о здоровом климате в команде, который способствует эффективной командной работе и поддержке между коллегами.

6. Большинство сотрудников (81%) оценивают взаимодействие с медицинским персоналом как очень высокое или высокое, что свидетельствует о хорошей командной работе между медицинскими сотрудниками. Однако 19% респондентов считают это взаимодействие удовлетворительным или низким, что может свидетельствовать о необходимости улучшения коммуникации и совместной работы в определенных подразделениях или с определенными группами специалистов.

7. 90% сотрудников чувствуют себя удовлетворёнными своей работой, что является очень положительным результатом и указывает на высокий уровень вовлечённости и удовлетворенности в организации. Однако 10% сотрудников, частично или полностью неудовлетворённых своей работой, могут стать группой риска по снижению мотивации и производительности. Необходимо понять, какие факторы влияют на их недовольство, чтобы снизить этот показатель.

8. Практически все сотрудники (92%) выразили желание получать дополнительное обучение и профессиональное развитие, что указывает на высокий уровень стремления к саморазвитию и повышению квалификации. Это важный индикатор того, что организация должна инвестировать в программы обучения и профессионального роста, чтобы удерживать мотивированных сотрудников и повышать их эффективность.

Выводы: в целом, результаты опроса показывают положительные тенденции в оценке условий труда, командной работы и поддержки со стороны руководства. Основные проблемные зоны — это рабочие условия для части сотрудников и неудобный график для 8% респондентов. Также необходимо обратить внимание на поддержку руководства, чтобы снизить процент сотрудников, которые не получают или редко получают помощь.

•Рабочие условия в целом удовлетворяют большинство сотрудников, однако улучшение необходимо для тех, кто оценивает их как удовлетворительные или плохие.

•График работы комфортен для большинства, но нуждается в доработке для сотрудников, испытывающих трудности.

•Взаимоотношения в коллективе находятся на высоком уровне, что является сильной стороной компании.

•Поддержка руководства чаще всего присутствует, но необходимо усилить внимание к тем сотрудникам, которые не всегда получают необходимую помощь.

Рекомендуется провести дополнительные действия для улучшения условий труда и гибкости графика, а также усилить внимание к поддержке сотрудников со стороны руководства.

Общие выводы и рекомендации:

•Взаимодействие с медицинским персоналом оценивается в основном положительно, но стоит обратить внимание на 19% сотрудников, которые недовольны уровнем взаимодействия. Рекомендуется провести обсуждения или тренинги по улучшению командной работы и коммуникаций.

•Удовлетворенность работой очень высока, но стоит уделить внимание 10% сотрудников, испытывающих неудовлетворённость. Важно выяснить их причины недовольства и предпринять меры по улучшению условий труда или мотивационных факторов.

•Профессиональное развитие — ключевой фактор для большинства сотрудников. Рекомендуется разработать или расширить программы обучения и повышения квалификации, что позволит не только поддерживать мотивацию, но и повышать качество работы персонала.

Усиление поддержки в обучении и внимательное отношение к мотивационным факторам сотрудников помогут повысить общую эффективность работы команды и удержать высококвалифицированные кадры.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Оценка патронажной службы и предложения по ее оптимизации. Тамара Гоцадзе, февраль, 2015. ЮНИСЕФ, международный фонд «Curatio»

2. Отчет технической рабочей группы по внедрению универсальной-прогрессивной модели домашних визитов в Кызылординской области. ЮНИСЕФ Казахстан 2017.

3. ЮНИСЕФ, МОДУЛЬ 16 «Супервизия», Автор-разработчик – Др. Карен Витакер, Профессор Департамента материнства и детства. Университет Центрального Ланкашира, Объединенное королевство, 2017.

4. World report on hearing. World Health Organization. Geneva. 2021. ISBN 978-92-4-002048-1. OCLC 1295473345.

5. IFS. (2016, June). Conference on Early Childhood Development. Institute of Fiscal Studies, London.

6. Basics of applying the module "Fundamentals of a healthy child" in the practice of patronage nurses. Study guide 2020.

7. 35. Instruction on medical and social service, rehabilitation services, patronage service in primary health care institutions. 2019

8. World Health Organization (WHO). World health statistics overview 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; (WHO/DAD/2019.1); 2019. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

9. 42. Cameron AC, Trivedi PK. Regression analysis of count data. 2nd ed. New York: Cambridge University Press; 2013.

10. Dotse-Gborgbortsi W, Dwomoh D, Alegana V, Hill A, Tatem AJ, Wright J. The influence of distance and quality on utilisation of birthing services at health facilities in Eastern Region, Ghana. *BMJ global health*. 2020;4(Suppl 5).

**ЖҰҚПАЛЫ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ БАҚЫЛАУ.
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ БІЛІМ**

**ПРОФИЛАКТИКА И БОРЬБА С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.
САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ**

**PREVENTION AND CONTROL OF NON-COMMUNICABLE DISEASES.
HEALTH EDUCATION**

УДК 614.2

**ЖАСТАР АРАСЫНДА ЭНЕРГЕТИКАЛЫҚ СУСЫНДАРДЫ ТҰТЫНУДЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК-
ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ**

¹Серікбай Д.Б., ¹Дүйсекова С.Б., ¹Камалбекова Г.М.

¹КеАҚ "Астана Медицина Университеті"

ТҮЙІНДЕМЕ

Энергетикалық сусындар-құрамында кофеин мен қанттың жоғары дозалары бар танымал алкогольсіз тағамдар, сонымен қатар физикалық және психикалық белсенділікті арттыратын басқа стимуляторлар. Кейбір зерттеулерге сәйкес жасөспірімдердің ашуы, ашуланшақтығы, іздеу тәртібі және тіпті суицидтік ойлары энергетикалық сусындарды тұтынумен байланысты екенін көрсетеді.

Зерттеу әдістері: мәліметтер базасын жүйелі түрде іздеуді (MEDLINE/PubMed, Google Scholar және т.б.), сондай-ақ алдын-ала белгіленген критерийлер бойынша мақалаларды таңдауды қамтыды. Тұтыну үлгілері, тұтынудың әлеуметтік, психологиялық, білім беру салдары энергетикалық сусындар ерекше назар аударылды.

Нәтижелер: сусынның дәмі мен энергия алуға деген ұмтылыс тұтынудың негізгі себептері болды энергетикалық сусындар. Тұтыну ықтималдығы ата-ана бақылауының төмен деңгейін және құрдастарының әсерін арттырады. Тәуекелді мінез-құлық, стресске сезімталдық деңгейінің жоғарылауы, оқу үлгерімінің төмендігі тұтынумен байланысты энергетикалық сусындар. Тұтынудың жоғары деңгейі ықтимал тәуекелдер туралы шектеулі хабардарлықпен байланысты.

Бұл деректер жастар мен ата-аналарды тұтынудың ықтимал салдары туралы хабардар етудің маңыздылығын көрсетеді энергетикалық сусындар, сондай-ақ жас ұрпақты қорғау үшін заңнамалық шаралардың қажеттілігі.

Түйінді сөздер: энергетикалық сусындар, тұтынудың әлеуметтік-психологиялық аспектілері, жастар, энергетикалық сусындарды тұтыну.

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ
НАПИТКОВ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ**

¹Серікбай Д.Б., ¹Дүйсекова С.Б., ¹Камалбекова Г.М.

¹НАО "Медицинский Университет Астана"

РЕЗЮМЕ

Энергетические напитки— популярные безалкогольные продукты, содержащие высокие дозы кофеина и сахара, а также другие стимуляторы, способствующие повышению физической и

умственной активности. Гнев, раздражительность, поисковое поведение и даже суицидальные мысли подростков по некоторым исследованиям показывают связь с употреблением энергетических напитков.

Методы исследования: включали систематический поиск в базах данных (MEDLINE/PubMed, GoogleScholar и др.), и также отбор статей по критериям, которые были заранее установлены. Паттернам потребления, социальным, психологическим, образовательным последствиям употребления энергетические напитки уделялась особое внимание.

Результаты: вкус напитка и желание получить энергию были основными причинами употребления энергетические напитки. Вероятность потребления увеличивают низкий уровень родительского контроля и влияние со стороны сверстников. Рисковой формой поведения, повышенным уровнем чувствительности к стрессу, низкой успеваемостью отмечена связь с употреблением энергетические напитки. Высокий уровень потребления связано с ограниченным осознанием потенциальных рисков.

Эти данные подчеркивают важность информирования молодежи и родителей о возможных последствиях потребления энергетические напитки, а также необходимость законодательных мер для защиты подрастающего поколения.

Ключевые слова: энергетические напитки, социально-психологические аспекты потребления, молодежь, потребление энергетических напитков.

SOCIO-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF ENERGY DRINK CONSUMPTION AMONG YOUNG PEOPLE

¹Serikbay D.B., ¹Duisekova S.B., ¹Kamalbekova G.M.

¹NJSC "Astana Medical University"

SUMMARY

Energy drinks are popular non—alcoholic products containing high doses of caffeine and sugar, as well as other stimulants that enhance physical and mental activity. Anger, irritability, search behavior, and even suicidal thoughts of adolescents, according to some studies, show a connection with the use of energy drinks.

Research methods: included a systematic search in databases (MEDLINE/PubMed, Google Scholar, etc.), and also the selection of articles according to criteria that were pre-established. Special attention was paid to consumption patterns, social, psychological, and educational consequences of drinking energy drinks.

Results: the taste of the drink and the desire to get energy were the main reasons for drinking energy drinks. The likelihood of consumption is increased by a low level of parental control and peer influence. A risky form of behavior, an increased level of sensitivity to stress, and low academic performance were associated with the use of energy drinks. A high level of consumption is associated with a limited awareness of potential risks.

These data highlight the importance of informing young people and parents about the possible consequences of consuming energy drinks, as well as the need for legislative measures to protect the younger generation.

Keywords: energy drinks, socio-psychological aspects of consumption, youth, consumption of energy drinks.

ВВЕДЕНИЕ

Энергетические напитки (ЭН) — это безалкогольные напитки, содержащие высокие дозы кофеина (≥ 150 мг/л) и сахара, а также другие стимуляторы, такие как таурин, женьшень и гуарана [1,2]. ЭН представляют собой новое явление среди привычек, которые следуют за алкоголем,

табаком и наркотиками: такова последовательность их появления в истории человечества. Эти напитки, предназначенные для быстрого получения энергии, становятся особенно популярными среди молодежи. Однако воздействие ЭН на организм человека остается малоизученным. Общественное мнение еще не окончательно сформировало психологическую связь между "энергетиками" и потенциальными отрицательными последствиями – эта связь не всегда очевидна, особенно для детей и подростков [3].

ЭН впервые появились на прилавках в Европе в 1987 году, быстро распространившись по всему континенту, и появились на американском рынке в 1997 году [4]. В России же ЭН появились сравнительно недавно, в конце 90-х годов [5].

На просторах интернета, в статьях, в журналах не указаны точные годы появления ЭН в Казахстане, но в 2006 году был открыт и начался запуск производство напитка "Dizzy" в Казахстане.

Параллельно в 2006 году в мире было выпущено почти 500 новых марок ЭН [6]. Индустрия ЭН, начиная с 2006 года переживает впечатляющий рост, с продажами, оцененными на сумму более 12,5 миллиарда долларов США в 2012 году, что является увеличением на 60% по сравнению с 2008 по 2012 год [4].

В 2011 году Европейское управление по безопасности пищевых продуктов (EFSA) провело исследование с целью сбора данных о распространении потребления ЭН в 16 странах Европейского союза. Результаты показали, что 68% подростков (в возрасте 10-18 лет), 30% взрослых и 18% детей (<10 лет) употребляли ЭН. В разбивке по странам, уровень потребления среди подростков варьировался от 48% в Греции до 82% в Чехии, а среди детей — от 6% в Венгрии до 40% в Чехии. Средние объемы потребления составили 2 литра у подростков и 0,49 литра у детей [4].

В 2022 году Национальный центр общественного здравоохранения МЗ РК провел исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» - HBSC (HealthBehaviourinSchool-agedChildren) в сотрудничестве с Европейским региональным бюро ВОЗ. Среди подростков, школьников 11-13-15 лет, было выявлено, что ЭН не употребляют только 56,8 процента опрошенных, значит, более 40 процентов школьников потребляют эти напитки. Каждый пятый - это 22,5 процента, употребляют ЭН реже одного раза в неделю. 8,8 процента подростков пьют энергетики один раз в неделю, 6,4 процента - 2-4 раза в неделю. 2,3 процента - пьют энергетики 5-6 раз в неделю, 1,4 процента - один раз в день, 1,5 процента - указали, что потребляют энергетики более одного раза в день ежедневно [7]. В Казахстане 16,4% мальчиков и 17,0% девочек в возрасте 7-8 лет ежедневно употребляют сахаросодержащие напитки. Такой же показатель составляет 18% для 15-летних мальчиков и 17% для 15-летних девочек, которые ежедневно употребляют подслащенные безалкогольные напитки [7, 8].

Всвязи с этим целью данной работы является: понять мотивацию и причины, по которым молодежь потребляет ЭН.

Материалы и методы

Данная статья представляет собой обзор, основанный на анализе научной литературы, посвященной социально-психологическим аспектам потребления энергетических напитков среди молодежи. Для проведения систематического обзора был выполнен поиск публикаций в научных базах данных, включая **PubMed**, **GoogleScholar**, **Scopus** и **Web of Science**. В качестве критериев включения были определены исследования опубликованные с 2010 года по 2024 год, что обеспечивало актуальность представленных данных. Также работы, содержащие качественные, количественные или смешанные данные, описывающие социальные, психологические и маркетинговые аспекты.

Результаты

По полученным данным было выявлено, что вкус ЭН был основным мотивом употребление ЭН. Получение энергии от употребление было вторым мотивом у исследуемых. Для улучшения спортивных навыков мальчики чаще использовали ЭН. Другие вместо безалкогольных напитков употребляли ЭН. Джонс проводя исследование пришел к выводу, что на вечеринках употребляют ЭН для подъема настроения и веселья. Также подростки покупали ЭН по причине их упаковки, то есть упаковка как у безалкогольных напитков [9-12]. Привлекательный дизайн банок, яркие цвета и

разные элементы оформления создают визуальную идентичность, которая выделяется на полках магазинов. Некоторые бренды выпускают лимитированные серии с уникальным дизайном, что повышает интерес молодежи к ЭН. Также маркетинговые кампании часто сопровождаются раздачей подарков, таких как футболки, разного вида акции, кепки или браслеты с логотипами брендов. Это побуждает у молодежи желание приобрести ЭН.

По результатам также молодежь потребляли ЭН по одному основному фактору: реклама и лояльность к бренду. Они сообщили, что видели рекламу в магазинах, спортивных мероприятиях, в интернете, по телевизору, у блогеров и т.д. Таким образом, реклама энергетических напитков играет значительную роль в формировании привычек потребления среди молодежи. Современные рекламные стратегии ориентированы на создание яркого и привлекательного имиджа продукта, который ассоциируется с энергией, успехом и активным образом жизни. Это особенно заметно среди молодежной аудитории, которая является главной целевой группой производителей энергетиков.

В исследовании, которое проводили Ajibo и соавторы выявили связь между еженедельным потреблением ЭН и избыточным весом, употреблением алкоголя, запойным пьянством, еженедельным курением. Это указывает на то, что те кто ведут нездоровый и рискованный образ жизни чаще употребляют ЭН. Они предположили, что это связано с продвижением ЭН на рынке [13].

В данном исследовании принимали участие три возрастные группы (16–21, 22–28 и 29–35 лет), маркетинг отрасли уделял большое внимание на таргетирование конкретных видов напитка [8]. При принятии решений покупки ЭН к влиянию сверстников были более чувствительны самая младшая группа. Во всех исследованиях при потреблении ЭН общим контекстом было времяпрепровождение с друзьями. То есть социальное окружение играет ключевую роль. Употребление ЭН часто воспринимается как способ быть «на волне» или соответствовать групповым ожиданиям. Также родительские установки играют важную роль в формировании отношения молодежи к ЭН. Родители одобряя и поощряя употребление ЭН или запрещая и не одобряя употребление ЭН играли ключевую роль в отношении к ЭН [11].

Также были проведены исследования для изучения структур потребления ЭН детьми и подростками, отношение к этим напиткам и любые ассоциации со здоровьем или другими результатами. В большинстве исследований использовался кросс-секционный дизайн, участники были в возрасте 11-18 лет и проводились преимущественно в Северной Америке и в Европе. Гендерные различия были очевидны: мальчики потребляли больше, чем девочки. Уровень активности также сыграл свою роль: наибольшее потребление наблюдалось как у людей, ведущих наиболее, так и наименее сидячий образ жизни. Настораживает тот факт, что среди целевой аудитории отмечается низкий уровень осведомленности о возможных негативных последствиях [14].

По данным научной литературы мужчины употребляют ЭН значительно чаще, чем женщины, что соответствует результатам многих исследований [15, 16]. Американское исследование выявило, что потребление ЭН тесно связано с традиционными представлениями о маскулинности и склонностью к рискованному поведению [17].

Исследование показало, что даже с учетом возраста люди с низким уровнем образования употребляют ЭН чаще, чем те, кто обладает более высоким уровнем образования. Эпидемиологические данные указывают на связь между качеством питания и социально-экономическим статусом [18]. Также исследование среди студентов колледжей США показало, что частое потребление ЭН связано с более высокой вероятностью курения и проблем с алкоголем по сравнению с теми, кто их не употребляет. Аналогичные результаты были получены в другом национальном исследовании, где установлено, что люди, употребляющие спортивные и ЭН, чаще курят и употребляют алкоголь, чем те, кто их избегает [19].

Обсуждение

Результаты анализируемых исследований показывают, что основными мотивациями для употребления ЭН среди молодежи являются стремление повысить уровень энергии, улучшить спортивную выносливость и, что немаловажно, удовлетворить вкусовые предпочтения. Интересно,

что, несмотря на широкую известность ЭН, мотивы их потребления варьируются по возрастным группам и полу. Например, подростки и молодые люди (особенно мальчики) часто выбирают ЭН в качестве средства для достижения спортивных целей, что подтверждается высокими показателями потребления среди тех, кто активно занимается спортом.

Одним из значимых факторов, оказывающих влияние на выбор ЭН является упаковка и маркетинговая стратегия производителей. Дизайн упаковки, яркая реклама и доступность продукции через различные каналы — магазины, спортивные мероприятия и социальные сети — формируют у молодежи ассоциации с образами здорового и активного образа жизни. Исследования также показывают, что многие из них начинают потреблять ЭН не столько из-за их функциональных свойств, сколько из-за желания быть частью современной молодежной культуры и следовать трендам.

Выводы

На основании анализа существующих исследований можно утверждать, что потребление ЭН среди молодежи обусловлено несколькими ключевыми факторами. Это комбинация вкусовых предпочтений, влияния маркетинга и рекламы, а также социальных норм и культурных ценностей. Кроме того, выявлено, что потребление ЭН часто сопровождается другими нездоровыми привычками, такими как курение, злоупотребление алкоголем и избыточный вес.

ЭН становятся частью молодежной субкультуры, отражая тенденции к повышению уровня энергии, веселья в группе. Вместе с тем, отсутствие достаточной информированности о возможных негативных последствиях для здоровья и связь с другими рискованными поведенческими паттернами подчеркивают необходимость развития просветительских и профилактических мер.

С учетом полученных данных рекомендуется усилить деятельность по информированию подростков и молодежи о потенциальных рисках, связанных с частым или избыточным потреблением ЭН. Особое внимание следует уделять целевым программам, ориентированным на семьи, школы и молодежные сообщества, поскольку родительские установки, школьная среда и социальный круг имеют значимое влияние на формирование потребительского поведения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Pound C. M., Blair B. Energy and sports drinks in children and adolescents //Paediatrics& Child Health. – 2017. – Т. 22. – №. 7. – С. 406-410.
2. Nadeem I. M. et al. Energy drinks and their adverse health effects: a systematic review and meta-analysis //Sports health. – 2021. – Т. 13. – №. 3. – С. 265-277.
3. Сергеева Д. В., Сергеева А. Г. Изучение состава энергетических напитков и влияния на ткани растительного и животного происхождения.
4. Zucconi S. et al. Gathering consumption data on specific consumer groups of energy drinks //EFSA Supporting Publications. – 2013. – Т. 10. – №. 3. – С. 394E.
5. Радионова А. В. Анализ состояния и перспектив развития российского рынка функциональных напитков //Научный журнал НИУ ИТМО. Серия «Процессы и аппараты пищевых производств». – 2014. – №. 1. – С. 22.
6. Reissig C. J., Strain E. C., Griffiths R. R. Caffeinated energy drinks—a growing problem //Drug and alcohol dependence. – 2009. – Т. 99. – №. 1-3. – С. 1-10
7. Факторы образа жизни школьников Казахстана, их физическое, психическое здоровье и благополучие: национальный отчет. Ж.А.Калмакова, Ш.З. Абдрахманова, А.А. Адаева, Т.И. Слажнева, С.А. Назарова, К.А. Раисова, Д.М. Шамгунова, Н.А. Сулейманова // Астана-Алматы: Национальный центр общественного здравоохранения МЗ РК, 2023-121 стр.
8. Аскараров 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: национальный отчет 2020 год. - Нур-Султан: НЦОЗ МЗ РК, 2022. - 42 с.
9. Bunting H., Baggett A., Grigor J. Adolescent and young adult perceptions of caffeinated energy drinks. A qualitative approach //Appetite. – 2013. – Т. 65. – С. 132-138.

10. Costa B. M., Hayley A., Miller P. Young adolescents' perceptions, patterns, and contexts of energy drink use. A focus group study // *Appetite*. – 2014. – Т. 80. – С. 183-189.
11. Jones S. C. “You wouldn't know it had alcohol in it until you read the can”: Adolescents and alcohol-energy drinks // *Australasian Marketing Journal*. – 2011. – Т. 19. – №. 3. – С. 189-195.
12. O’dea J. A. Consumption of nutritional supplements among adolescents: usage and perceived benefits // *Health education research*. – 2003. – Т. 18. – №. 1. – С. 98-107.
13. Ajibo C. et al. Consumption of energy drinks by children and young people: a systematic review examining evidence of physical effects and consumer attitudes // *Public Health*. – 2024.
14. Visram S. et al. Consumption of energy drinks by children and young people: a rapid review examining evidence of physical effects and consumer attitudes // *BMJ open*. – 2016. – Т. 6. – №. 10. – С. e010380.
15. Berger L. K. et al. Sociodemographic correlates of energy drink consumption with and without alcohol: results of a community survey // *Addictive behaviors*. – 2011. – Т. 36. – №. 5. – С. 516-519.
16. Friis K. et al. Energy drink consumption and the relation to socio-demographic factors and health behaviour among young adults in Denmark. A population-based study // *The European Journal of Public Health*. – 2014. – Т. 24. – №. 5. – С. 840-844.
17. Wimer D. J., Levant R. F. Energy drink use and its relationship to masculinity, jock identity, and fraternity membership among men // *American journal of men's health*. – 2013. – Т. 7. – №. 4. – С. 317-328.
18. Darmon N. D. K (2008) Does social class predict diet quality // *Am J Clin Nutr*. Deshpande, AD, EA Dodson, I. Gorman & RC Brownson. – 2008.
19. Park S. et al. Characteristics associated with consumption of sports and energy drinks among US adults: National Health Interview Survey, 2010 // *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. – 2013. – Т. 113. – №. 1. – С. 112-119.

УДК 614.2

СТУДЕНТТЕР АРАСЫНДА СҮТ БЕЗІ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ ҚАУШПТІ ФАКТОРЛАРЫ ТУРАЛЫ АҚПАРАТТАНДЫРЫЛУЫ: БІЛІМ БЕРУ БАҒДАРЛАМАЛАРЫН ЖЕТІЛДІРУ ЖОЛДАРЫ

¹ Сыздықов Н. Е.

¹Қазақстан Республикасы Президенті жанындағы Мемлекеттік басқару академиясы,
Астана қ.

ТҮЙІНДЕМЕ

АКТУАЛДЫЛЫҒЫ: Сүт безі қатерлі ісігі (СБКІ) – әйелдер арасында өлім-жітімнің негізгі себептерінің бірі, барлық қатерлі ісік жағдайларының 25%-на дейінін құрайды. СБКІ алдын алу және қауіпті факторлар туралы ақпараттандырылу деңгейі, әсіресе жастар арасында, төмен деңгейде қалып отыр.

Мақсаты: Студенттердің СБКІ туралы білім деңгейін, скрининг пен алдын алу шараларына деген көзқарасын бағалау және білім беру бағдарламаларын жетілдіру бағыттарын анықтау.

Әдістер: 17–30 жас аралығындағы медициналық және медициналық емес мамандықтарда оқитын 300 студент арасында сауалнама жүргізілді. Статистикалық әдістер, оның ішінде корреляциялық талдау қолданылды.

Нәтижелер: Медициналық мамандықтар студенттерінің хабардарлығы жоғары болды (68% медициналық емес мамандықтар студенттерінің 35%-мен салыстырғанда). Қатысушылардың тек 30%-ы өзін-өзі үнемі тексеріп отырады, дегенмен 80%-ы алдын алуға оң көзқарас білдірді.

Скринингтің жүйелілігі туралы хабардар болу деңгейі 45%-ды құрады.

Қорытынды: Нәтижелер барлық мамандықтар бойынша білім беру бағдарламаларына СБҚІ алдын алу модульдерін енгізу қажеттілігін көрсетеді. Зерттеудің практикалық маңызы – жастар арасында СБҚІ алдын алуды насихаттауға және білімді арттыруға бағытталған ұсыныстар әзірлеу.

Түйінді сөздер: сүт безі қатерлі ісігі, ақпараттандырылу, студенттер, скрининг, білім беру бағдарламалары, өзін-өзі тексеру.

АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ О ФАКТОРАХ РИСКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ СТУДЕНТОВ: ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ

¹Сыздықов Н.Е.

¹Академия государственного управления при Президенте Республики Казахстан, Астана

РЕЗЮМЕ

Актуальность: Рак молочной железы (РМЖ) – одна из ведущих причин смертности среди женщин, на которую приходится до 25% всех случаев рака. Уровень осведомленности о факторах риска и профилактике остается низким, особенно среди молодежи.

Цель: Оценить уровень знаний студентов о РМЖ, их отношение к скринингу и профилактике, а также определить направления для улучшения образовательных программ.

Методы: Анкетирование 300 студентов в возрасте от 17 до 30 лет, обучающихся на медицинских и немедицинских специальностях. Применены статистические методы, включая корреляционный анализ.

Результаты: Медицинские студенты продемонстрировали более высокий уровень знаний о РМЖ (68% против 35% у немедицинских). Только 30% участников регулярно проводят самообследование, несмотря на положительное отношение к профилактике (80%). Осведомленность о регулярности скрининга составила 45%.

Заключение: Результаты подчеркивают необходимость интеграции модулей по профилактике РМЖ в образовательные программы всех специальностей. Практическая значимость заключается в разработке рекомендаций для повышения осведомленности и вовлеченности молодежи в профилактику РМЖ.

Ключевые слова: рак молочной железы, осведомленность, студенты, скрининг, образовательные программы, самообследование.

AWARENESS OF BREAST CANCER RISK FACTORS AMONG STUDENTS: PATHWAYS TO IMPROVING EDUCATIONAL PROGRAMS

¹ Syzdykov N.E.

¹Academy of Public Administration under the President of the Republic of Kazakhstan, Astana

SUMMARY

Background: Breast cancer (BC) is one of the leading causes of mortality among women, accounting for up to 25% of all cancer cases. Awareness of risk factors and prevention remains low, particularly among young people.

Objective: To assess the level of awareness about BC among students, their attitudes toward screening and prevention, and to identify directions for improving educational programs.

Methods: A survey was conducted among 300 students aged 17–30 years from medical and non-medical specialties. Statistical methods, including correlation analysis, were used.

Results: Medical students demonstrated higher awareness levels (68% vs. 35% among non-medical students). Only 30% of participants performed regular self-examinations, despite 80% expressing a positive attitude toward prevention. Awareness of screening regularity was 45%.

Conclusion: The results emphasize the need to integrate BC prevention modules into educational programs across all specialties. Practical significance lies in developing recommendations to increase awareness and engagement in BC prevention among youth.

Keywords: breast cancer, awareness, students, screening, educational programs, self-examination.

ВВЕДЕНИЕ

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, на РМЖ приходится до четверти всех случаев рака у женщин. Несмотря на достижения современной медицины, ключевым фактором, определяющим успех лечения и выживаемость пациентов, остается ранняя диагностика. Однако на пути к эффективному выявлению заболевания существует значительное препятствие — низкий уровень осведомленности о методах профилактики и диагностики, особенно среди молодых людей. Рак молочной железы остается одной из ведущих причин смертности среди женщин, составляя до 25% всех случаев рака [1].

Студенческая молодежь, находящаяся в периоде формирования своих взглядов и привычек, представляет собой перспективную группу для внедрения образовательных инициатив. Программы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) включают глобальную стратегию по борьбе с раком и кампанию «Screen. Treat. Survive» [2].

Уровень знаний о РМЖ среди студентов может существенно различаться в зависимости от направления их обучения, что открывает новые возможности для анализа и совершенствования образовательных подходов. В то же время ограниченность исследований, посвященных сравнению уровня знаний студентов медицинских и немедицинских специальностей, подчеркивает необходимость проведения подобного анализа.

Уникальность данного исследования заключается в сравнении уровня информированности о РМЖ среди студентов с разным образовательным бэкграундом в рамках одного образовательного учреждения. Такой подход может стать основой для формирования более универсальных и эффективных образовательных стратегий, направленных на популяризацию профилактических мероприятий и повышение осведомленности о ранней диагностике. Несмотря на достижения медицины, уровень знаний о профилактике остается низким, особенно среди молодежи [3, 4].

Цель данного исследования заключается в оценке уровня знаний студентов о РМЖ, их отношении к профилактическим мероприятиям и выявлении ключевых пробелов в информированности, которые могут быть устранены за счет внедрения современных образовательных программ.

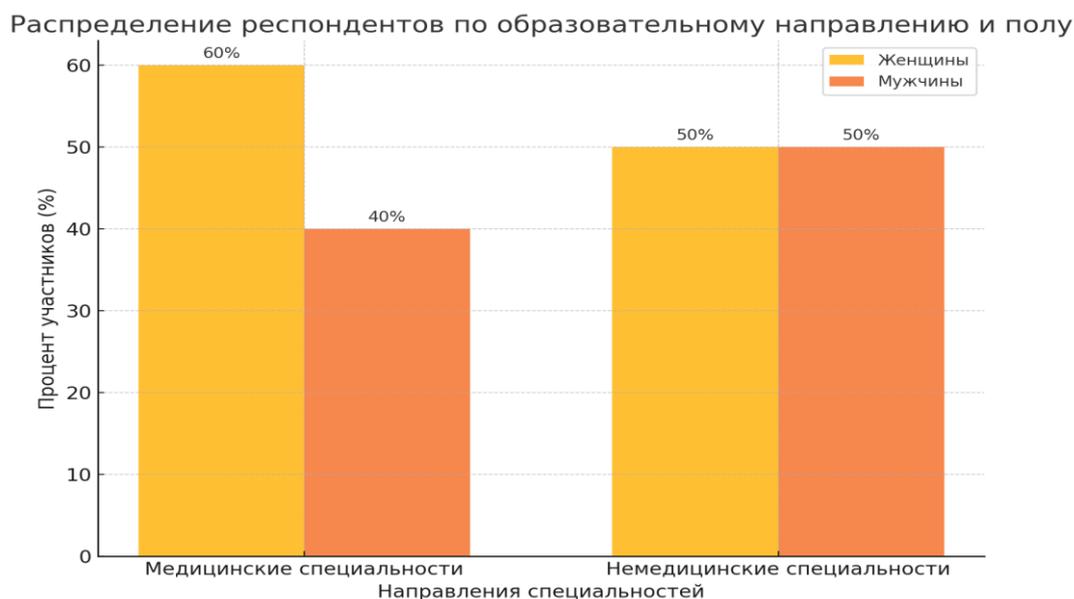
Особое внимание уделяется анализу различий в восприятии и знаниях между студентами медицинских и немедицинских специальностей, что позволяет оценить влияние образовательного контекста на формирование осведомленности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящее исследование было организовано с использованием кросс-секционного дизайна, что позволило получить моментальный срез данных о текущем уровне знаний и отношении студентов к профилактике рака молочной железы (РМЖ). Исследование проводилось в одном из ведущих вузов региона, предоставляющем широкий спектр образовательных программ, что обеспечивало репрезентативность выборки.

В исследовании приняли участие 300 студентов, равномерно разделенных на две группы. Первая группа включала студентов медицинских специальностей (50%), вторая — студентов, обучающихся на немедицинских направлениях (50%). Участники были в возрасте от 17 до 30 лет. Для более

глубокого понимания структуры выборки также учитывался пол респондентов: 60% составили женщины, 40% — мужчины. Такой подход позволил не только изучить различия между образовательными направлениями, но и рассмотреть возможные гендерные различия в восприятии информации о РМЖ.



Примечание: Разработано авторами

Рисунок 1. Гендерный дисбаланс в группе студентов медицинских специальностей

На рисунке 1, представлено распределение респондентов по образовательным направлениям (медицинские и немедицинские специальности) и полу (женщины и мужчины). Основные наблюдения среди студентов медицинских специальностей 60% составляют женщины. 40% — мужчины. Среди студентов немедицинских специальностей женщины и мужчины представлены равномерно, по 50% в каждой группе. Это помогает понять распределение выборки по двум ключевым категориям — образовательное направление и пол, что важно для интерпретации дальнейших результатов исследования. Диаграмма подчеркивает гендерный дисбаланс в группе студентов медицинских специальностей, где женщины составляют большинство. В то же время среди немедицинских специальностей наблюдается паритет между мужчинами и женщинами.

Для сбора данных использовался специально разработанный опросник, валидированный на этапе пилотного тестирования. Опросник состоял из 20 вопросов, сгруппированных по трем основным тематическим блокам: знание факторов риска, информированность о методах диагностики и отношение к профилактическим мероприятиям. Блок вопросов о факторах риска включал такие аспекты, как осведомленность о генетической предрасположенности, роли возраста, образа жизни и вредных привычек. Вопросы о методах диагностики касались уровня знаний о самообследовании, маммографии и клинических осмотрах. Третий блок был направлен на изучение отношения студентов к профилактике: их готовность участвовать в скрининговых программах, частота проведения самообследования и знание периодичности скрининга.

Для оценки ответов респондентов использовалась 5-балльная шкала Лайкерта, где 1 балл означал «совсем не согласен», а 5 баллов — «полностью согласен». Шкала Лайкерта была выбрана как надежный метод для количественной оценки отношения респондентов к профилактике [6]. Такой подход позволил количественно охарактеризовать уровень знаний, а также отношение к диагностическим и профилактическим мероприятиям. Надежность и внутреннюю согласованность опросника оценивали с помощью коэффициента альфа Кронбаха, который составил 0,87, что свидетельствует о высокой надежности и репрезентативности инструмента [5].

Процедура исследования включала несколько этапов. На первом этапе была разработана

версия опросника на основе анализа научной литературы и рекомендаций экспертов в области профилактики онкологических заболеваний. Для оценки валидности инструмента было проведено пилотное тестирование на выборке из 30 студентов, что позволило выявить возможные трудности в понимании вопросов и внести корректировки. На втором этапе проводился основной сбор данных. Анкетирование осуществлялось в электронном формате через платформу Google Forms, что обеспечило удобство для участников и позволило минимизировать временные затраты. На третьем этапе был проведен анализ собранных данных с использованием программного обеспечения SPSS версии 25.

Анализ включал следующие этапы: описание данных с помощью описательной статистики (вычисление средних значений и стандартных отклонений), корреляционный анализ для выявления взаимосвязи между образовательным направлением, уровнем знаний и отношением к профилактике, а также сравнение двух групп респондентов (медицинские и немедицинские специальности) с использованием t-критерия Стьюдента. Дополнительно были проанализированы различия по полу и возрасту.

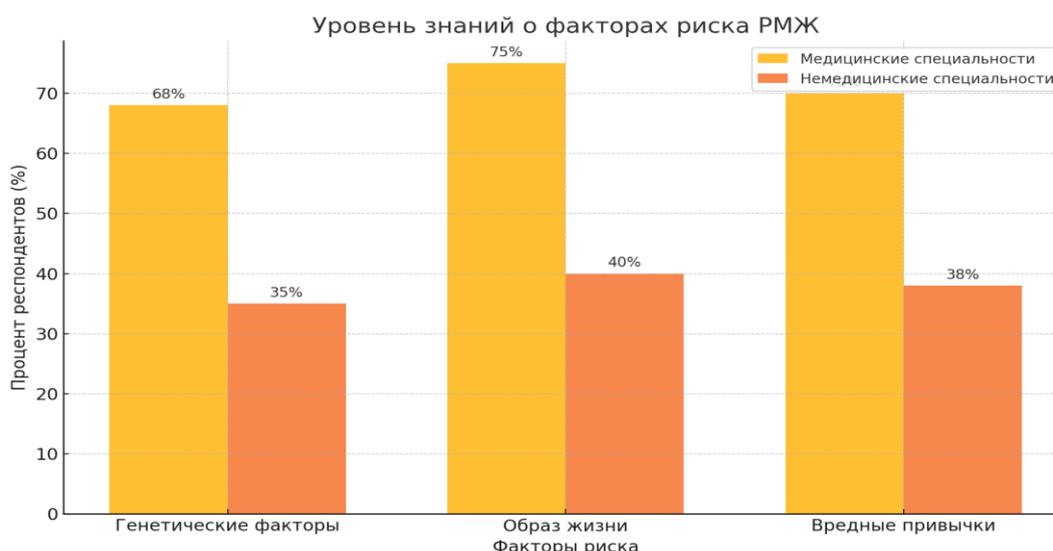
Ключевыми категориями анализа стали уровень знаний студентов о РМЖ, частота и регулярность проведения самообследования, осведомленность о скрининговых мероприятиях и отношении к профилактике в целом. Полученные данные легли в основу дальнейшего обсуждения и разработки рекомендаций по совершенствованию образовательных программ, направленных на устранение выявленных пробелов в знаниях студентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В рамках исследования были проанализированы данные, собранные у 300 студентов, разделенных на две равные группы: 50% обучались на медицинских специальностях, а оставшиеся 50% представляли немедицинские направления. Среди участников преобладали женщины (60%), что отражает их повышенную заинтересованность в теме профилактики рака молочной железы (РМЖ). Мужчины составили 40% выборки. Такой гендерный и образовательный разброс позволил глубже проанализировать особенности уровня знаний и отношения к профилактическим мероприятиям. Полученные данные согласуются с результатами международных исследований, которые показали, что уровень знаний среди молодежи значительно ниже ожидаемого [7].

Уровень знаний студентов о РМЖ

Полученные результаты подтвердили гипотезу о значительных различиях в уровне знаний между студентами медицинских и немедицинских специальностей. Медицинские студенты продемонстрировали более высокий уровень информированности о РМЖ, особенно в аспектах факторов риска и методов диагностики. В частности, 68% респондентов из медицинской группы знали о генетической предрасположенности как о значимом факторе риска РМЖ, тогда как среди студентов немедицинских направлений этот показатель составил всего 35%.



Примечание: Разработано авторами

Рисунок 2. Уровень знаний о факторах риска РМЖ

На рисунке 2 представлен уровень знаний студентов медицинских и немедицинских специальностей о факторах риска рака молочной железы (РМЖ).

Основные наблюдения. Генетические факторы: 68% студентов медицинских специальностей осведомлены о данном риске, тогда как среди студентов немедицинских направлений этот показатель составляет всего 35%. Образ жизни: 75% медицинских студентов указали на важность образа жизни как фактора риска, в сравнении с 40% студентов немедицинских специальностей. Вредные привычки: 70% студентов медицинских специальностей знакомы с этим фактором, против 38% немедицинских студентов.

Диаграмма ясно демонстрирует, что студенты медицинских направлений обладают более высоким уровнем знаний о всех анализируемых факторах риска РМЖ по сравнению с их коллегами из немедицинских специальностей. Эти различия подчеркивают необходимость внедрения образовательных инициатив, направленных на повышение осведомленности студентов немедицинских специальностей

Знания о методах диагностики также существенно различались. Например, 70% студентов медицинских специальностей отметили, что знакомы с методикой самообследования, тогда как среди немедицинских студентов осведомленность о данном методе составила лишь 30%. Ситуация с маммографией оказалась еще более показательной: 45% медицинских студентов знали о ее роли в ранней диагностике РМЖ, по сравнению с 20% среди студентов немедицинских направлений. Эти результаты подчеркивают необходимость интеграции базовых знаний о РМЖ в учебные программы не только медицинских, но и немедицинских специальностей.

Отношение к профилактике

Большинство участников исследования выразили положительное отношение к профилактическим мероприятиям: 80% респондентов признали важность регулярного скрининга и самообследования. Однако результаты показали, что реальные действия в области профилактики остаются на низком уровне. Регулярное проведение самообследования отметили только 30% участников, что свидетельствует о значительном разрыве между теоретическим пониманием важности профилактики и ее практической реализацией.



Примечание: Разработано авторами

Рисунок 3. Данные об отношении студентов к профилактике рака молочной железы (РМЖ) и их практических действиях

Основные наблюдения. 80% респондентов выразили положительное отношение к профилактическим мероприятиям, признавая их важность. Однако лишь 30% респондентов регулярно проводят самообследование. Выводы. Диаграмма иллюстрирует значительный разрыв между осознанием важности профилактики и реальным применением практик. Это подчеркивает необходимость образовательных инициатив, направленных не только на повышение осведомленности, но и на формирование устойчивых привычек, таких как регулярное самообследование.

Гендерные различия

Анализ гендерных аспектов осведомленности и поведения выявил, что женщины продемонстрировали более высокий уровень знаний о РМЖ по сравнению с мужчинами, независимо от направления их подготовки. Так, среди женщин 55% отметили, что знакомы с техникой самообследования, тогда как среди мужчин этот показатель составил всего 35%. Однако, несмотря на высокий уровень знаний, многие женщины не выполняют регулярное самообследование, что свидетельствует о необходимости усиления информационной работы с акцентом на практическое применение полученных знаний.

Влияние образовательного направления

Сравнение студентов медицинских и немедицинских направлений показало, что образовательный профиль оказывает значительное влияние на уровень знаний и отношение к профилактике. Студенты медицинских специальностей в целом были более осведомлены о факторах риска и методах диагностики, однако даже в этой группе наблюдались пробелы. Например, лишь 45% медицинских студентов знали о рекомендованной регулярности проведения маммографии, что указывает на недостаточную проработанность темы профилактики в их образовательной программе.

Визуализация данных

Для наглядного представления результатов исследования были разработаны графические материалы. Среди них диаграммы, отражающие различия в уровне знаний о факторах риска между студентами медицинских и немедицинских направлений, а также сравнительный анализ частоты самообследования в зависимости от пола. Эти данные позволяют более четко понять различия между группами и выявить области, требующие наибольшего внимания.

Основные выводы

Результаты исследования продемонстрировали, что уровень знаний о РМЖ среди студентов медицинских специальностей выше, чем у их коллег из немедицинских направлений. Однако даже среди медицинских студентов сохраняются пробелы, особенно в аспектах регулярности

профилактических мероприятий. Гендерные различия также играют важную роль: женщины показывают лучшую осведомленность, но редко применяют свои знания на практике.

Данные результаты подчеркивают необходимость внедрения образовательных программ, которые акцентируют внимание на практическом аспекте профилактики. Они должны быть направлены не только на улучшение теоретических знаний, но и на формирование устойчивых профилактических привычек среди молодежи.

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты данного исследования подтверждают наличие значительных различий в уровне знаний о раке молочной железы (РМЖ) между студентами медицинских и немедицинских направлений. Это подчеркивает важность адаптации образовательных программ к потребностям различных целевых аудиторий. Несмотря на более высокий уровень знаний среди студентов медицинских специальностей, даже у них сохраняются существенные пробелы, такие как недостаточное понимание важности регулярного скрининга и недостаточная вовлеченность в практическую профилактику.

Пробелы в знаниях

Одним из ключевых выводов исследования стало выявление недостатков в понимании профилактических мероприятий даже среди студентов, имеющих медицинскую подготовку. Только 45% студентов-медиков знали о регулярности проведения маммографии, а 70% были осведомлены о методике самообследования. Однако регулярное самообследование проводили лишь 30% всех респондентов. Причины этого могут включать недостаток акцента на профилактические мероприятия в образовательных программах и низкий уровень мотивации студентов применять свои знания на практике.

Международные исследования также подтверждают значимость образовательных подходов для устранения подобных пробелов. Например, в США программы, включающие интерактивные модули по самообследованию, способствовали увеличению числа практикующих регулярное самообследование женщин до 60%. Эти данные свидетельствуют о необходимости интеграции интерактивных образовательных форматов в учебный процесс.

Роль образовательных программ

На основании полученных данных можно утверждать, что образовательные программы играют ключевую роль в формировании знаний о РМЖ и профилактике. Однако программы должны быть не только информативными, но и мотивирующими. Важно не только обучать студентов фактам о РМЖ, но и формировать у них устойчивую привычку применять знания в повседневной жизни. Например, тренинги по самообследованию с использованием симуляторов и видеоматериалов могут способствовать более глубокому пониманию и закреплению знаний.

Несмотря на высокий уровень знаний среди студентов медицинских специальностей, выявлены пробелы в регулярности профилактических мероприятий. Например, в Южной Корее внедрение образовательных модулей, включающих интерактивные элементы, повысило осведомленность студентов о методах профилактики до 75% [9]. В то же время программы в США увеличили число женщин, практикующих регулярное самообследование, до 60% [8].

Рекомендации

Для устранения выявленных пробелов и повышения уровня вовлеченности студентов в профилактические мероприятия предлагается:

1. Интеграция в учебный процесс: Разработка и внедрение образовательных модулей, посвященных профилактике РМЖ, для студентов всех направлений подготовки. Такие модули должны быть включены в учебные планы не только медицинских, но и немедицинских специальностей.

2. Интерактивные подходы: Использование современных технологий, включая видеоуроки, симуляторы и мобильные приложения, которые позволяют студентам не только изучать теоретические аспекты профилактики, но и тренироваться в проведении самообследования.

3. Просвещение через медиа: Активное использование социальных сетей для распространения информации о РМЖ, публикации образовательных материалов и привлечения внимания молодежи к профилактическим мероприятиям.

Ограничения исследования

Настоящее исследование имеет несколько ограничений. Во-первых, оно было проведено на базе одного университета, что может ограничивать обобщаемость полученных результатов. Во-вторых, данные были собраны на основе самоотчетов респондентов, что может приводить к искажению информации из-за субъективности восприятия или социальной желательности ответов.

Будущие исследования должны охватывать более широкий круг вузов и использовать методы объективного контроля, такие как наблюдение или тестирование, чтобы подтвердить результаты. Также полезно было бы сравнить эффективность различных форматов образовательных программ и их влияние на долгосрочное поведение студентов.

Обсуждение выявленных проблем и потенциальных решений подчеркивает, что образовательные программы должны учитывать особенности целевой аудитории и использовать современные подходы для повышения их эффективности. Интеграция таких программ в учебные процессы всех направлений подготовки может способствовать устранению существующих пробелов в знаниях и формированию профилактических привычек у студентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Результаты проведенного исследования подтвердили наличие значительных различий в уровне знаний о раке молочной железы (РМЖ) между студентами медицинских и немедицинских специальностей. Несмотря на более высокий уровень осведомленности среди студентов медицинских направлений, даже в этой группе сохраняются существенные пробелы, особенно в аспектах регулярности профилактики и скрининга. Это указывает на недостаточную проработанность образовательных программ, направленных на формирование устойчивых профилактических навыков.

Результаты настоящего исследования показывают необходимость интеграции образовательных модулей по профилактике РМЖ во все направления подготовки. Например, комбинированные образовательные модули, подобные тем, что используются в странах с высоким уровнем профилактики, могут включать лекции, практические занятия и цифровые технологии [10].

Для устранения выявленных пробелов необходимо внедрение целенаправленных образовательных мероприятий. Одним из ключевых решений является разработка специализированных модулей, посвященных профилактике РМЖ, которые должны быть интегрированы в учебный процесс всех направлений подготовки. Эти модули должны включать как теоретические, так и практические компоненты, способствующие закреплению полученных знаний.

Интерактивные тренинги с использованием современных технологий, таких как симуляторы для обучения самообследованию, видеоматериалы и мобильные приложения, могут стать эффективным инструментом повышения осведомленности и практической вовлеченности студентов. Кроме того, акцент на просвещение через социальные медиа и цифровые платформы может помочь охватить более широкую аудиторию и популяризировать профилактические мероприятия.

Таким образом, результаты исследования подчеркивают необходимость системного подхода к обучению профилактике РМЖ, который будет включать не только передачу знаний, но и формирование мотивации к практическому применению этих знаний. Реализация таких мероприятий может внести существенный вклад в улучшение осведомленности молодежи о методах профилактики РМЖ и, в конечном итоге, в снижение заболеваемости и смертности от этого заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. World Health Organization (WHO). (2021). Breast cancer: Prevention and control. [Online] Available at: <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/> [Accessed 29 Nov. 2024].
2. Smith, R.A., Cokkinides, V. and Brawley, O.W. (2023). Breast cancer prevention and early detection. *Cancer Journal for Clinicians*, 73(2), pp.123-131.
3. Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R.L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A. and Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), pp.209-249. doi:10.3322/caac.21660.
4. Xu, H. and Xu, B. (2023). Breast cancer: Epidemiology, risk factors and screening. *Chinese Journal of Cancer Research*, 35(6), pp.565-583. doi:10.21147/j.issn.1000-9604.2023.06.02.
5. Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I. and Bray, F. (2020). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available at: <https://gco.iarc.fr/today> [Accessed 29 Nov. 2024].
6. Obeagu, E.I. and Obeagu, G.U. (2024). Breast cancer: A review of risk factors and diagnosis. *Medicine (Baltimore)*, 103(3), Article e36905. doi:10.1097/MD.00000000000036905.
7. Lim, Y.X., Lim, Z.L., Ho, P.J. and Li, J. (2022). Breast cancer in Asia: Incidence, mortality, early detection, mammography programs, and risk-based screening initiatives. *Cancers*, 14(17), p.4218. doi:10.3390/cancers14174218.
8. Tabár, L., Yen, A.M., Wu, W.Y., Chen, S.L., Chiu, S.Y., Fann, J.C., Ku, M.M. and Smith, R.A. (2015). Insights from the breast cancer screening trials: How screening affects the natural history of breast cancer and implications for evaluating service screening programs. *The Breast Journal*, 21(1), pp.13-20. doi:10.1111/tbj.12354.
9. Chukmaitov, A.S., Kaidarova, D.R., Talaeyva, S.T., Turdaliyeva, B. and Tanabayeva, S. (2018). Analysis of delays in breast cancer treatment and late-stage diagnosis in Kazakhstan. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(9), pp.2519-2525. doi:10.22034/APJCP.2018.19.9.2519.
10. Icanervilia, A.V., van der Schans, J., Cao, Q., et al. (2022). Economic evaluations of mammography to screen for breast cancer in low- and middle-income countries: A systematic review. *Journal of Global Health*, 12, Article 04048. doi:10.7189/jogh.12.04048.

ПРАКТИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

PRACTICAL HEALTH CARE

УДК 614.2

**АДАМ ФИГУРАСЫН ТҮЗЕТУГЕ КЕШЕНДІ КӨЗҚАРАС: ЭСТЕТИКАЛЫҚ
МЕДИЦИНАДАҒЫ ЗАМАНАУИ ӘДІСТЕР МЕН ТӘСІЛДЕРГЕ ШОЛУ**

^{1,2} Сыздықов Н.Е.

¹ Ақмола облысының денсаулық сақтау басқармасының басшысы

² Қазақстан Республикасының Президенті жанындағы Мемлекеттік басқару академиясы,
Астана қ.

ТҮЙІНДЕМЕ

Фигураны түзету – кешенді көзқарасты талап ететін күрделі міндет. Мақалада фигураны түзетудің заманауи әдістері, олардың классификациясы, сипаттамасы және талдауы ұсынылады. Инвазивті, инвазивті емес, фармакологиялық, психологиялық және диеталық тәсілдер қарастырылып, олардың тиімділігі, артықшылықтары мен шектеулері, сондай-ақ пәнаралық тәжірибедегі рөлі талданады. Лазерлік терапия, ультрадыбыстық кавитация, криолиполиз және радиожиілік әдістерін қоса алғанда, инновациялық технологияларға ерекше назар аударылған. Процедуралардың нәтижелілігін арттыруда жекелеңдірілген тәсілдер мен кешенді бағдарламалардың маңыздылығы көрсетілген. Мақала білімді жүйелеуге, пәнаралық көзқарасты дамытуға және әдістерді ұзақ мерзімді нәтижелерге қол жеткізу және пациенттердің өмір сүру сапасын жақсарту үшін біріктірудің болашағын талқылауға бағытталған. Жұмыстың мақсаты – қолданыстағы әдістерге шолу жасап, оларды түрлері мен тиімділігі бойынша жіктеу, ғылыми зерттеулердегі олқылықтарды анықтап, одан әрі дамыту бағыттарын ұсыну. Мақала фигураны түзетуде ғылыми негіздеме мен пәнаралық тәсілдің маңыздылығын ерекше атап көрсетеді.

Түйінді сөздер: фигураны түзету, эстетикалық медицина, косметология, инвазивті әдістер, инвазивті емес технологиялар, кешенді көзқарас.

**КОМПЛЕКСНЫЙ ВЗГЛЯД НА КОРРЕКЦИЮ ФИГУРЫ ЧЕЛОВЕКА: ОБЗОР
СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ И ПОДХОДОВ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ**

^{1,2} Сыздықов Н.Е.

¹Руководитель управления здравоохранения Акмолинской области

²Академия государственного управления при Президенте Республики Казахстан, г.Астана

РЕЗЮМЕ

Коррекция фигуры представляет собой сложную задачу, требующую комплексного подхода. В данной статье представлен обзор современных методов коррекции фигуры с их классификацией, описанием и анализом. Рассмотрены инвазивные, неинвазивные, медикаментозные, психологические и диетологические подходы, их эффективность, преимущества и ограничения, а также роль в междисциплинарной практике. Особое внимание уделено инновационным

технологиям, включая лазерную терапию, ультразвуковую кавитацию, криолиполиз и радиочастотные методы. Анализируется значение индивидуального подхода и комплексных программ в повышении результативности процедур. Статья направлена на систематизацию знаний, развитие междисциплинарного подхода и обсуждение перспектив интеграции методов для достижения долгосрочных результатов и улучшения качества жизни пациентов. Цель работы — предоставить обзор существующих методов, классифицировать их по типу и эффективности, выявить пробелы в научных исследованиях и предложить направления для дальнейшего развития. Настоящая статья акцентирует внимание на научной обоснованности и значении междисциплинарного подхода в коррекции фигуры.

Ключевые слова: коррекция фигуры, эстетическая медицина, косметология, инвазивные методы, неинвазивные технологии, комплексный подход.

A COMPREHENSIVE LOOK AT THE CORRECTION OF THE HUMAN FIGURE: REVIEW OF MODERN METHODS AND APPROACHES IN AESTHETIC MEDICINE

^{1,2} Syzdykov N.E.

¹ Head of the Healthcare Department of Akmola Region

² Academy of Public Administration under the President of the Republic of Kazakhstan, Astana

SUMMARY

Body contouring represents a complex challenge requiring an integrated approach. This article provides a review of modern body contouring methods, their classification, description, and analysis. Invasive, non-invasive, pharmacological, psychological, and dietary approaches are examined, highlighting their effectiveness, advantages, limitations, and role in interdisciplinary practice. Special attention is given to innovative technologies, including laser therapy, ultrasound cavitation, cryolipolysis, and radiofrequency techniques. The importance of personalized approaches and comprehensive programs in enhancing procedural outcomes is emphasized. The article aims to systematize knowledge, promote an interdisciplinary perspective, and discuss prospects for integrating methods to achieve long-term results and improve patient quality of life. The goal is to provide an overview of existing methods, classify them by type and effectiveness, identify research gaps, and suggest directions for further development. This article underscores the scientific validity and importance of an interdisciplinary approach in body contouring.

Keywords: body contouring, aesthetic medicine, cosmetology, invasive methods, non-invasive technologies, integrated approach.

ВВЕДЕНИЕ

Избыточный вес и ожирение остаются глобальными вызовами здравоохранения, ухудшающими качество жизни и повышающими риск хронических заболеваний, осложнений и инвалидизации [1]. В этом контексте коррекция фигуры и управление весом становятся ключевыми направлениями медицины и косметологии, объединяя междисциплинарные исследования в областях хирургии, диетологии, физической активности, медикаментозной терапии, психологических подходов и аппаратных технологий. Коррекция фигуры представляет собой не только медицинскую задачу, но и востребованное направление в эстетической медицине. Современные методы варьируются от неинвазивных процедур до хирургических вмешательств, ориентируясь не только на снижение массы тела, но и на гармонизацию контуров тела с учетом индивидуальных особенностей пациента. Общественные стандарты внешнего вида продолжают стимулировать развитие технологий в этой сфере. Несмотря на широкий выбор методов, их подбор требует учета индивидуальных особенностей пациента, состояния здоровья и ожидаемого результата. Эстетическая медицина динамично развивается, однако отсутствие систематизации

данных ограничивает её эффективность [2]. В данной статье проведен анализ шести ключевых категорий методов коррекции фигуры (Рисунок 1), включая их популярность, преимущества и ограничения. Аппаратные методы (25%) – криолиполиз, кавитация, радиочастотный лифтинг. Привлекают относительной безопасностью и минимальным восстановительным периодом. Хирургические методы (20%) – липосакция, бариатрическая хирургия, абдоминопластика. Востребованы для быстрого устранения выраженных проблем. Диетологические подходы (20%) – корректировка рациона питания, основа долгосрочной стратегии. Медикаментозные методы (15%) – препараты (GLP-1 агонисты, липолитики), перспективны, но требуют медицинского контроля. Физическая активность (10%) – кардио и силовые тренировки, требуют дисциплины и времени. Косметологические процедуры (10%) – мезотерапия, обёртывания, дающие быстрый, но временный эффект. Диаграмма иллюстрирует, что выбор подхода определяется не только научными данными об эффективности, но и такими факторами, как доступность, затраты времени, усилия и финансовые возможности. Настоящая работа систематизирует знания, анализирует существующие методы и их перспективы, предлагая стратегии для оптимального выбора подходов к коррекции фигуры.



Примечание : разработано автором.

Рисунок 1. Популярность методов коррекции фигуры у потребителей

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для подготовки обзора использовались данные из научных статей, опубликованных в международных журналах, а также материалы конференций и клинических исследований. Для поиска литературы использовались базы данных PubMed, Scopus, Web of Science. Были проанализированы такие аспекты как инвазивные и малоинвазивные методики коррекции фигуры, современные неинвазивные технологии, рекомендации по комбинированному применению методов. Методы исследования включали анализ литературы, систематизацию данных, а также сравнительный анализ эффективности и безопасности различных подходов. Все источники были отобраны с учётом их научной значимости и клинической применимости. Критериями включения были рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), метаанализы и систематические обзоры, опубликованные за последние 10 лет. Ключевыми параметрами являлись эффективность (потеря массы тела, уменьшение объемов), долгосрочные результаты, безопасность.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Коррекция фигуры включает широкий спектр методов, которые различаются по степени эффективности, доступности, долговечности результата и рискам. Основные подходы можно разделить на инвазивные, неинвазивные аппаратные, медикаментозные, диетологические, физические, психологические, косметологические и экспериментальные методы. Каждый из них имеет свои преимущества и ограничения, требующие внимательного анализа[3]. Инвазивные методы, такие как липосакция, бариатрическая хирургия и абдоминопластика, демонстрируют высокую эффективность. Например, бариатрическая хирургия позволяет пациентам терять от 50 до 70% избыточного веса в течение первых двух лет после операции, что значительно улучшает показатели здоровья, связанные с ожирением. Однако такие методы сопряжены с высокой стоимостью, длительным восстановительным периодом и рисками осложнений. Эти процедуры требуют тщательного предоперационного обследования и последующего наблюдения, чтобы минимизировать вероятность побочных эффектов[4]. Неинвазивные аппаратные методы, такие как криолиполиз, кавитация и радиочастотный лифтинг, предлагают менее травматичные альтернативы. Криолиполиз, например, обеспечивает уменьшение жировой прослойки на 20-25% в обрабатываемой зоне за одну процедуру, а кавитация позволяет снизить объемы на 2-5 см после курса из нескольких сеансов. Эти методы отличаются низким уровнем риска и не требуют долгой реабилитации, однако их эффективность обычно ниже, чем у хирургических подходов. Кроме того, для поддержания результата необходимы регулярные повторные процедуры. Медикаментозные методы, включая препараты GLP-1 агонистов, такие как лираглутид, и орлистат, направлены на снижение аппетита, регулирование метаболизма и уменьшение жировой массы. Лираглутид, например, способствует потере около 8% массы тела за 56 недель при соблюдении рекомендаций. Однако побочные эффекты, такие как желудочно-кишечные расстройства, и высокая стоимость ограничивают широкое применение этих методов. Инъекционные липолитики, такие как фосфатидилхолин, используются для локального уменьшения жировой ткани, но их долгосрочная эффективность остаётся под вопросом[5]. Диетологические методы, включая кетогенную диету и интервальное голодание, играют ключевую роль в долгосрочном управлении массой тела. Кетогенная диета, например, позволяет снизить вес на 5-7% за полгода. Однако такие подходы требуют значительной дисциплины и могут вызывать дефицит важных нутриентов при длительном использовании. Персонализированные программы питания, основанные на анализе генетики и микробиома, обещают улучшить результаты за счет учета индивидуальных особенностей метаболизма. Физическая активность, в частности кардиотренировки, силовые тренировки и высокоинтенсивные интервальные тренировки (НИИТ), способствует ускорению метаболизма и снижению массы тела. Регулярные аэробные нагрузки средней интенсивности помогают уменьшить массу тела на 2-3% за полгода, а силовые тренировки способствуют увеличению мышечной массы, что дополнительно улучшает метаболизм. Однако результаты требуют регулярности, а для достижения максимальной эффективности программы тренировок должны быть индивидуализированы[6]. Психологические методы, такие как когнитивно-поведенческая терапия и гипноз, оказывают значительное влияние на коррекцию пищевого поведения, что особенно важно при эмоциональном переедании. Когнитивно-поведенческая терапия в сочетании с диетой и физической активностью позволяет дополнительно снизить вес на 3-5% по сравнению с контрольными группами. Однако успех этих методов во многом зависит от квалификации терапевта и готовности пациента к сотрудничеству. Косметологические методы, включая мезотерапию и обёртывания, используются для локальной коррекции фигуры и улучшения состояния кожи. Хотя мезотерапия может уменьшить объемы на 1-2 см после курса процедур, её эффект чаще всего носит временный характер. Эти методы популярны благодаря своей доступности, но не обеспечивают значительного долгосрочного результата. Экспериментальные методы, такие как генная терапия и модуляция микробиома, представляют собой перспективные направления в коррекции фигуры[7].

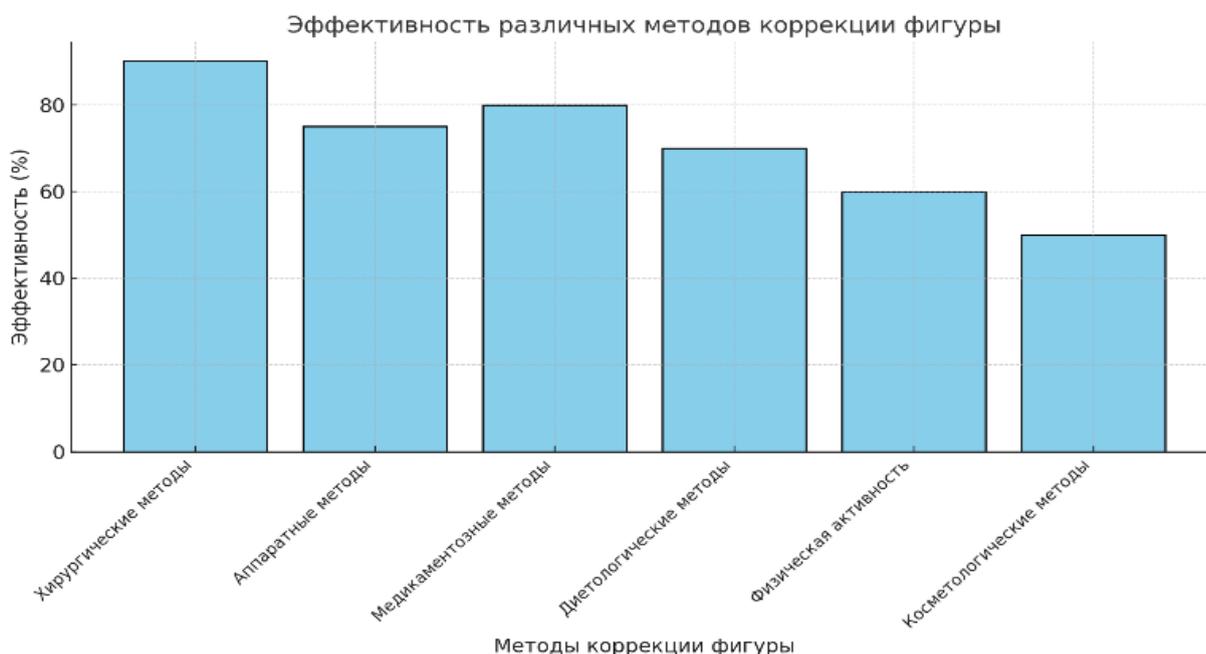
Таблица 1 - Анализ соотношения типа методов коррекции фигуры в зависимости от эффективности и рисков

Тип метода	Пример	Эффективность	Риски
Инвазивные методы	Липосакция, Бариатрическая хирургия, Абдоминопластика	Высокая (50-70% потеря избыточного веса для бариатрии)	Высокая стоимость, длительная реабилитация, риски.
Неинвазивные аппаратные методы	Криолиполиз, Кавитация, Радиочастотный лифтинг (RF)	Средняя (уменьшение жировой прослойки на 20-25% для криолиполиза)	Повторные процедуры, временный эффект.
Медикаментозные методы	GLP-1 агонисты, Орлистат, Инъекционные липолитики	Высокая для GLP-1 (8% потеря массы за 56 недель), Средняя для липолитиков	Побочные эффекты, высокая стоимость.
Диетологические методы	Кетогенная диета, Интервальное голодание	Средняя (5-7% потеря веса за 6 месяцев для кетодиеты)	Требуется длительного соблюдения, риск дефицита нутриентов.
Физическая активность	Кардиотренировки, Силовые тренировки, ПИТ	Средняя (2-3% потеря массы за 6 месяцев), высокая для мышечной массы	Требуется регулярности, индивидуальной программы.
Психологические методы	Когнитивно-поведенческая терапия (CBT), Гипноз	Средняя (дополнительно 3-5% к диете и физической активности)	Зависимость от квалификации терапевта.
Косметологические методы	Мезотерапия, Обёртывания	Низкая (1-2 см уменьшение объема временно)	Временный эффект, отсутствие долгосрочных данных.
Экспериментальные методы	Генная терапия, Модуляция микробиома	Потенциально высокая (исследования показывают значительные перспективы)	На стадии исследований, не подтверждены долгосрочные результаты.

Примечание: Разработано авторами.

Проведённое исследование подчёркивает значимость интеграции инновационных технологий и комплексного подхода для достижения оптимальных результатов в коррекции фигуры. Основные ограничения связаны с отсутствием долгосрочных данных по ряду новых методик и высокой стоимостью процедур. Кроме того, необходима стандартизация протоколов лечения и персонализированный подход для снижения рисков и увеличения эффективности. Комбинация инвазивных и неинвазивных методов может стать решением для пациентов с различными потребностями и состоянием здоровья. Методы коррекции фигуры варьируются по эффективности, стоимости и рискам. Хирургические и медикаментозные подходы демонстрируют высокую эффективность, но требуют комплексного сопровождения. Аппаратные и косметологические методы подходят для локальных изменений, однако их эффект ограничен. Диета и физическая активность остаются основой, особенно в долгосрочной перспективе.

В последние десятилетия методы коррекции фигуры претерпели значительные изменения, что подтверждается статистическими данными и научными исследованиями[8].



Примечание: Разработано автором

Рисунок 2. Эффективность методов коррекции фигуры

1. Хирургические методы. Липосакция: Согласно данным Американского общества пластических хирургов (ASPS), в 2023 году в США было выполнено более 250 000 процедур липосакции, что на 5% больше по сравнению с предыдущим годом. Средняя потеря жировой ткани составляет около 2,5 литров за процедуру.

Бариатрическая хирургия: Исследования показывают, что пациенты после бариатрических операций теряют от 50% до 70% избыточной массы тела в течение первых двух лет после процедуры. Долгосрочные наблюдения свидетельствуют о сохранении 60% потери избыточного веса через 5 лет.

2. Неинвазивные аппаратные методы. Криолиполиз: Клинические испытания демонстрируют уменьшение жировой прослойки на 20-25% в обрабатываемой зоне после одной процедуры. Пациенты отмечают видимые результаты через 2-3 месяца после сеанса.

Ультразвуковая кавитация: Среднее уменьшение окружности талии после курса из 6-10 процедур составляет 2-5 см. Эффективность зависит от индивидуальных особенностей пациента и соблюдения рекомендаций.

3. Медикаментозные методы. GLP-1 агонисты (например, лираглутид): Клинические исследования показывают, что использование лираглутида в дозировке 3,0 мг приводит к средней потере веса на 8% от исходной массы тела за 56 недель.

Орлистат: Применение орлистата в сочетании с низкокалорийной диетой способствует снижению веса на 5-10% в течение 6 месяцев. Однако побочные эффекты, такие как желудочно-кишечные расстройства, ограничивают его использование.

4. Психологические методы. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ): Метаанализы показывают, что КПТ в сочетании с диетой и физической активностью приводит к дополнительной потере веса на 3-5% по сравнению с контрольными группами.

5. Диетологические и физические методы. Низкоуглеводные диеты: Исследования демонстрируют потерю веса на 5-7% от исходной массы тела за 6 месяцев. Долгосрочные результаты зависят от соблюдения диеты.

Физическая активность: Регулярные аэробные упражнения средней интенсивности (150 минут в неделю) способствуют снижению веса на 2-3% за 6 месяцев. Комбинация с силовыми тренировками увеличивает эффективность.

6. Косметологические методы. Мезотерапия: Данные о снижении объема жировой ткани противоречивы. Некоторые исследования отмечают уменьшение окружности бедер на 1-2 см после курса процедур, однако необходимы дополнительные рандомизированные исследования для подтверждения эффективности.

7. Альтернативные методы. Акупунктура: Систематические обзоры показывают незначительное снижение веса (около 1-2 кг) при использовании акупунктуры в сочетании с диетой. Однако качество доказательств остается низким.

8. Экспериментальные методы. Модуляция микробиома: Предварительные исследования указывают на потенциальную связь между составом кишечной микрофлоры и массой тела. Однако клинические испытания по использованию пробиотиков для снижения веса пока не дают однозначных результатов.

Эти данные подчеркивают важность индивидуального подхода при выборе методов коррекции фигуры и необходимость дальнейших исследований для оценки их эффективности и безопасности[9].

Таблица 2 - Пример соотношения методов коррекции фигуры

Метод	Эффективность	Долгосрочность	Стоимость	Риски
Липосакция	Высокая	Средняя	Высокая	Инвазивность
Криолиполиз	Средняя	Средняя	Средняя	Минимальные
GLP-1 агонисты	Высокая	Высокая	Высокая	Побочные эффекты

Примечание: Разработано автором

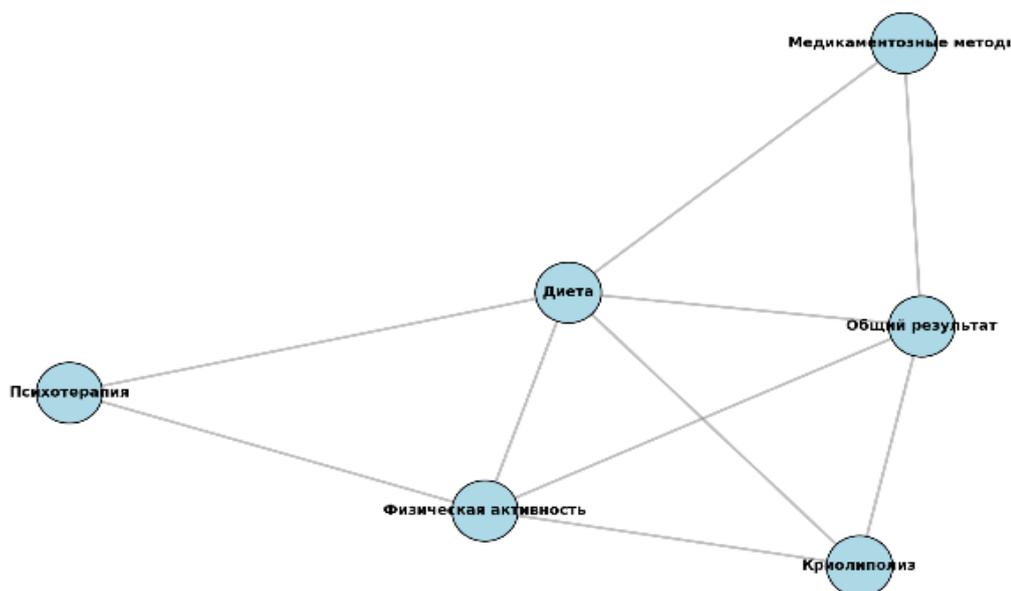
ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Исследования показывают связь между составом кишечной микрофлоры и массой тела, что открывает новые возможности для персонализированного лечения. Однако эти подходы находятся на стадии разработки, и их эффективность и безопасность требуют дальнейших исследований.

Таким образом, выбор метода коррекции фигуры зависит от множества факторов, включая исходное состояние здоровья, цели пациента, доступные ресурсы и готовность к изменению образа жизни. Хирургические и медикаментозные методы демонстрируют высокую эффективность, но требуют значительных инвестиций и несут определённые риски. Аппаратные и косметологические методы подходят для локальных изменений, а диета, физическая активность и психологическая поддержка остаются основой долгосрочного управления массой тела. Экспериментальные подходы открывают новые горизонты, но пока не являются стандартом. Персонализированный подход, основанный на комбинации различных методов, представляется наиболее оптимальной стратегией.

Коррекция фигуры представляет собой многофакторный процесс, требующий комплексного подхода, основанного на научных данных, индивидуальных потребностях пациента и междисциплинарном взаимодействии. Анализ существующих методов показывает, что каждый из них имеет свои сильные и слабые стороны, которые необходимо учитывать при выборе стратегии.

Сетевой график: комбинированный подход к коррекции фигуры



Примечание : Разработано автором

Рисунок 3. Комбинированный подход к коррекции фигуры

Сетевой график (Рисунок 3) подчеркивает важность комплексного подхода в коррекции фигуры. Вместо изолированного применения отдельных методов, их комбинация позволяет достичь значительных и устойчивых результатов, улучшая не только внешний вид, но и общее состояние организма. Такой подход требует координации между специалистами, включая диетологов, тренеров, врачей и психологов, что делает коррекцию фигуры междисциплинарной задачей.

Инвазивные методы, такие как липосакция и бариатрическая хирургия, демонстрируют высокую эффективность, особенно в случаях значительного избыточного веса, но связаны с рисками и длительным восстановлением. Неинвазивные аппаратные подходы, такие как криолиполиз и кавитация, предоставляют менее травматичные альтернативы, однако их эффективность ограничена локальным воздействием и необходимостью регулярных процедур[10].

Медикаментозные методы, в частности GLP-1 агонисты и липолитики, открывают новые возможности для лечения ожирения и локальных жировых отложений, но требуют тщательного медицинского контроля из-за возможных побочных эффектов. Диетологические и физические методы остаются основой коррекции фигуры, особенно в долгосрочной перспективе, но требуют от пациента дисциплины и мотивации. Психологическая поддержка помогает устранить эмоциональные и поведенческие барьеры, усиливая эффективность других методов. Косметологические процедуры часто используются для улучшения эстетики и состояния кожи, но их эффект носит временный характер. Экспериментальные методы, такие как генная терапия и модуляция микробиома, обладают значительным потенциалом, но пока не являются стандартом клинической практики.

Диаграмма показывает, что основными компонентами успешной коррекции фигуры являются диета (30%) и физическая активность (25%), которые закладывают базу для долгосрочного результата. Аппаратные методы, такие как криолиполиз (20%), и психотерапия (15%) усиливают эффект, тогда как медикаментозные методы (10%) играют вспомогательную роль. Комбинация этих подходов обеспечивает наиболее устойчивый и эффективный результат (Рисунок 4).



Рисунок 4. Вклад различных методов коррекции фигуры в общий результат при комбинированном подходе.

Для достижения устойчивых результатов необходим индивидуальный подход, учитывающий не только медицинские показания, но и образ жизни пациента, его мотивацию и доступность ресурсов. Комбинация нескольких методов, адаптированная под конкретные потребности, обеспечивает оптимальный результат с минимальными рисками[11].

Перспективы дальнейших исследований в области коррекции фигуры связаны с развитием персонализированных подходов, интеграцией передовых технологий, таких как искусственный интеллект и геномика, а также стандартизацией процедур для повышения их эффективности и безопасности. Гармоничное сочетание современных методов с индивидуальным подходом представляет собой наиболее перспективное направление в этой области. При этом часто необходимо различать направления коррекции фигур по принципам. Диетология и физическая активность представляют собой два самостоятельных подхода в коррекции фигуры. Хотя они могут усиливать друг друга, их стратегии, принципы и целевые механизмы различны.

Таблица 3- Различия между диетологией и физкультурой

Параметр	Диетология	Физическая активность
Основной механизм	Контроль потребления калорий	Расход калорий
Целевая область	Регуляция веса через питание	Улучшение метаболизма и тонуса
Результаты	Постепенное снижение массы тела	Формирование фигуры и тонуса
Потребность в энергии	Снижение	Повышение

Примечание: Разработано автором.

Коррекция фигуры требует комплексного и научно обоснованного подхода. Сочетание медицинских, психологических и технологических методов позволяет добиться устойчивых результатов, улучшая как физическое, так и психологическое состояние пациента. Будущее данной области связано с развитием персонализированной медицины и интеграцией инновационных технологий.

Для достижения устойчивых результатов необходимо сочетание различных методов. Взаимодействие эндокринологов, диетологов, психологов и косметологов. Индивидуализация подходов в зависимости от состояния пациента.

Использование комбинированных стратегий, включающих медикаменты, технологии и изменения образа жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. GBD 2019 Risk Factor Collaborators. “Global Burden of 87 Risk Factors in 204 Countries and Territories, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019”. *Lancet*. 2020;396:1223–1249.
2. Каминский А. В. Методы коррекции избыточной массы тела и ожирения // *Здоровье Украины*. 2005. № 3. С. 21-27.
3. Okunogbe et al., “Economic Impacts of Overweight and Obesity.” 2nd Edition with Estimates for 161 Countries. World Obesity Federation, 2022.
4. Anderson R.R., Parrish J.A. Selective Photothermolysis: Precise Microsurgery by Selective Absorption of Pulsed Radiation // *Science*. 1983. Vol. 220. No. 4596. P. 524-527.
5. Moreno-Moraga J. et al. Body Contouring by Non-invasive Transdermal Focused Ultrasound // *Lasers in Surgery and Medicine*. 2007. Vol. 39. No. 4. P. 315-323.
6. Manstein D. et al. Selective Cryolipolysis: A Novel Method of Non-invasive Fat Removal // *Lasers in Surgery and Medicine*. 2008. Vol. 40. No. 9. P. 595-604.
7. Fodor P.B. Reflections on Liposuction: Past, Present, and Future // *Aesthetic Surgery Journal*. 2011. Vol. 31. No. 2. P. 210-214.
8. Alster T.S., Tanzi E.L. Cellulite Treatment Using a Novel Combination Radiofrequency, Infrared Light, and Mechanical Tissue Manipulation Device // *Journal of Drugs in Dermatology*. 2005. Vol. 4. No. 6. P. 848-854.
9. Коррекция массы тела в зависимости от соматотипа человека / С.В. Орлова, Л.С. Василевская, Л.И. Карушина, А.С. Белоусова. - Москва : РУДН, 2002. - 79 с.
10. Питкин В.А. Питание студентов в режиме рабочего дня / В.А. Питкин, Л.А. Холодная // *Вестник Воронежского государственного университета инженерных технологий*. - 2021. - Т. 83, № 2 (88). - С. 67-71.
11. Питкин В.А. Основные требования к питанию студентов, занимающихся физической культурой и спортом. / Питкин В.А. // *Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта*. - 2023. - № 1 (215). - С. 381-384.

Мақалалардың мазмұнына қойылатын талаптар

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

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

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

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

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

Мұқаба беті

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

Түйіндеме (аннотация)

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

Кіріспе

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

Зерттеу материалдары мен әдістері

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

1. Зерттеу түрі

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

2. Деректерді ұсыну және өңдеу әдісі

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

Нәтижелер және талқылау

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

Қорытынды (заключение)

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

Қорытындылар (выводы)

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

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

Әдебиеттер тізіміндегі нөмірлеу алфавиттік ретпен емес, дәйексөз бойынша жүзеге асырылады. Соңғы 5-7 жыл ішінде шығарылған дереккөздерді пайдалану ұсынылады. Отандық авторлардың тегі түпнұсқа тілінде шетелдік авторлардың аты-жөні, тегі, аты, әкесінің аты жазылады. Библиография 1,5 аралық бағанмен басылуы керек. Түпнұсқа мақалалар үшін дереккөздер саны 25-30, ал шолу мақалалары үшін 60-тан аспауы керек. Әдебиеттер тізіміне конференциялардың тезистері енгізілмейді, конференциялардың баяндамалары интернетте қол жетімді болса және анықтаған жағдайда ғана әдебиеттер тізіміне енгізілуі мүмкін-бұл ретте URL ссылкасы, нормативтік және заңнамалық актілер (қаулылар, заңдар, нұсқаулықтар және т.б.), баяндамалар, есептер, хаттамалар көрсетіледі. Журналдардағы мақалаларды сипаттау кезінде авторлардың аты-жөні, мақаланың атауы және журналдың атауы, жылы, көлемі, бет нөмірі көрсетіледі. Жинақтардағы мақалаларды сипаттау кезінде авторлардың аты-жөні, мақаланың атауы, жинақтың атауы, шыққан жері мен жылы, беттер саны көрсетіледі. Монографияны сипаттау кезінде авторлардың аты-жөні, монографияның атауы, басылымның орны, баспаның атауы, шыққан жылы, беттер саны

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

Мақалалар орыс, қазақ немесе ағылшын тілдерінде қабылданады.

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

Требования к содержанию статей

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

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

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

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

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

Титульная страница

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

Резюме (аннотация)

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

Введение

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

Материалы и методы исследования

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

1. Тип исследования

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

2. Способ представления и обработки данных

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

Результаты и обсуждение

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

Заключение

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

Выводы

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

Список использованной литературы

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

При описании статей из журналов указываются ФИО авторов, название статьи и название журнала, год, том, номер страницы. При описании *статей из сборников* указываются ФИО авторов, название статьи, название сборника, место и год издания, количество страниц. При описании *монографии* указываются ФИО авторов, название монографии, место издания, название издательства, год издания, количество страниц. При описании *главы из монографии* указываются

ФИО авторов главы, название главы, ФИО авторов монографии, название монографии, место и год издания, количество страниц. Работа, написанная *коллективом авторов* (более 3 человек) приводится в списке по названию книги. Через косую черту после названия указываются ФИО 4 авторов, если авторов 5 и более – ФИО 3 авторов, затем- и др.

Статьи принимаются на русском, казахском или английском языках.

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

Профилактика потребления энергетических напитков



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

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



Влияние энергетических напитков на здоровье:



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



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



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



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



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



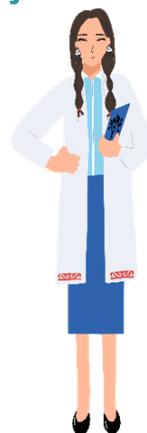
Все энергетические напитки высококалорийны, т.е. в том числе способствуют накоплению лишнего веса.



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



Любые энергетические напитки противопоказано пить детям.



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



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



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

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

ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА (ВПЧ)



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



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

