

Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

ӘОЖ: 614.2 (574.5) (043)

Қолжазба құқығында

ӘЛІПБЕКОВА САНДУҒАШ НҰРЛЫБЕКҚЫЗЫ

**Түркістан облысының еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының
денсаулық жағдайын жетілдіруді ғылыми негіздеу**

6D110200 – «Қоғамдық денсаулық сақтау»

Философия докторы (PhD) дәрежесін іздену диссертациясы

Ғылыми кеңесші:

м.ғ.д., профессор Булешов М.А.

Шетелдік ғылыми кеңесші:

PhD, профессор Гржибовский А.М.

Қазақстан Республикасы
Түркістан, 2025

МАЗМҰНЫ	
НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР	3
АНЫҚТАМАЛАР	4
БЕЛГІЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР	5
КІРІСПЕ	6
1 Тұрғындардың денсаулық көрсеткіштерінің заманауи медициналық-әлеуметтік аспектілері (әдеби шолу)	9
1.1 Еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың аурушандық және өлім-жітім көрсеткіштерінің заманауи медициналық-әлеуметтік аспектілері	16
1.2 Еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың денсаулық көрсеткіштерін бағалау және профилактикалық шараларды ұйымдастыру	21
2 Зерттеу мәліметтері және әдістері	24
2.1 Зерттеу әдістері мен бағдарламасы	27
3 Түркістан облысы әкімшілік аудандары тұрғындарының аурушандық көрсеткіштерінің қалыптасу ерекшеліктері	32
3.1 Түркістан облысы бойынша тұрғындарды медициналық көмекпен қамтамасыз ету жүйесі	32
3.2 Еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың аурушандығының құрамы және динамикалық көрсеткіштері	45
4 Түркістан облыстық әкімшілік аумақтарды тұрғындардың аурушандық көрсеткіштерінің құрамы мен деңгейі бойынша топтастыру	57
4.1 Әлеуметтік-гигиеналық, экологиялық-гигиеналық себептердің қатерлілік қуатына тәуелді аурушандық көрсеткіштеріне байланысты аумақтардың жіктелуі	57
4.2 Әкімшілік аудандарындағы қауіптілік дәрежесіне қарай әлеуметтік мәні бар аурулардың динамикасы және гипотетикалық даму деңгейі	64
5 Облыстық денсаулық сақтау жүйесінің негізгі қорлармен қамтамасыз етілуін және медициналық-профилактикалық шаралардың тиімділігін бағалау	74
5.1 Түркістан облысы денсаулық сақтаудың негізгі қорлармен қамтамасыз ету көрсеткіштерінің негізінде интегралдық көрсеткіштерді болжау	74
5.2 Түркістан облысының аудандарында жүзеге асырылған алдын алу шараларына баға беру	93
ҚОРЫТЫНДЫ	99
ТҰЖЫРЫМ	106
ТӘЖІРИБЕЛІК ҰСЫНЫСТАР	109
ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ	110
ҚОСЫМШАЛАР	119

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР

Диссертациялық жұмыста келесідей сілтемелер көрсетілген:

- «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі №360-VI ҚРЗ Кодексі.
- Мемлекет басшысы Қасым-Жомарт Тоқаевтың «Әділетті мемлекет, Біртұтас ұлт, Берекелі қоғам» Халыққа жолдауы.-2022 жыл.
- «Дені сау ұлт» әрбір азамат үшін сапалы және қолжетімді денсаулық сақтау» ұлттық жобасын бекіту туралы Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2021 жылғы 12 қазандағы №725 қаулысы.
- Түркістан облысының 2021-2025 жылдарға арналған даму жоспары
- «Ауылда денсаулық сақтауды жаңғырту» пилоттық ұлттық жобасын бекіту туралы Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2022 жылғы 30 қарашадағы №962 қаулысы.
- Әлеуметтік мәні бар аурулардың тізбесін бекіту туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 23 қыркүйектегі №ҚР ДСМ – 108/2020 бұйрығы.
- Динамикалық байқауға жататын созылмалы аурулардың тізбесін бекіту туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 23 қыркүйектегі №ҚР ДСМ – 109/2020 бұйрығы.
- «Жоғары технологиялық медициналық көмек түрлерін айқындау тәртібін және олардың тізбесін, сондай-ақ жоғары технологиялық медициналық көмек түрлерінің мамандандырылған медициналық көмектің көрсетілетін қызметтері тізбесіне өту өлшемшарттарын бекіту туралы» ҚР ДСМ 2020 жылғы 16 қазанда №ҚР ДСМ – 134/2020 бұйрығы.
- «Жоспарлы нысанда стационарлық жағдайлардағы мамандандырылған медициналық көмек көрсетілетін аурулардың тізбесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы ДСМ 2020 жылғы 11 желтоқсандағы №ҚР ДСМ – 258/2020 бұйрығы.
- «Агроөнеркәсіптік кешенді және ауылдық аумақтарды дамытуды мемлекеттік реттеу туралы» Қазақстан Республикасының 2005 жылғы 8 шілдедегі N 66 Заңы.
- «Медициналық оңалту көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы» ҚР ДСМ 2023 жылғы 7 сәуірдегі № 65 бұйрығы.
- «Медициналық оңалту көрсету қағидаларын бекіту туралы» ҚР ДСМ 2020 жылғы 7 қазандағы №ҚР ДСМ-116/2020 бұйрығы.

АНЫҚТАМАЛАР

Диссертациялық жұмыс бойынша келесідей анықтамалар қолданылды:

Еңбекке қабілетті жас – Қазақстан Республикасының Еңбек кодексіне және «Қазақстан Республикасының азаматтарын зейнетақымен қамсыздандыру туралы» Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес еңбекке қабілетті жастағы адамдарға 16 жасқа толғаннан бастап 63 жасқа дейінгі ер адамдар, 58 жасқа дейінгі әйелдер жатады.

Еңбекке қабілетті жас – Қазақстан Республикасының Еңбек кодексіне және "Қазақстан Республикасының азаматтарын зейнетақымен қамсыздандыру туралы" Қазақстан Республикасының Заңына сәйкес еңбекке қабілетті жастағы адамдарға 16 жасқа толғаннан бастап 63 жасқа дейінгі ер адамдар, 58 жасқа дейінгі әйелдер жатады.

Медициналық көмекке деген қажеттілік – медициналық көмек шеңберінде қанағаттандырылуы тиіс емдеуге деген жеке сұраныс.

Жоғары технологиялық медициналық көмекке қажеттіліктер – ЖТМК белгіленген түрлері бойынша аурулар болған кезде емдеуге жеке сұраныстар.

Маман қоры – еңбек (лауазымдық) міндеттеріне медициналық қызметті жүзеге асыру кіретін маман (медициналық немесе өзге де білімі бар медицина қызметкерлеріне); медициналық қызметті тікелей жүзеге асыратын дара кәсіпкерлер болып табылатын жеке тұлғалар.

Қаржы қоры – қаржылық (республикалық, аймақтық, жергілікті деңгейде, ведомствалық бағынысты медициналық мекемелердегі денсаулық сақтау секторының иелігіндегі ақша қаражаты.

Материалдық-техникалық қор – материалдық-техникалық құралдар (медициналық ұйымдар орналасқан ғимараттар, құрылыстар, олардың инфрақұрылымы, көлігі).

БЕЛГІЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР

АА	– Аудандық аурухана
ДА	– Дәрігердік амбулатория
ДДСҰ	– Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
ДМ	– Дәлелді медицина
ЕПМ	– Емдеу-профилактикалық мекеме
ЖМКС	– Жедел медициналық көмек станциясы
ИК	– Интегралды көрсеткіш
ҚЕ	– Қалалық емхана
ҚИК	– Қызметтің интегралды көрсеткіші
ҚР ДСМ	– Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі
МСАК	– Медициналық-санитариялық алғашқы көмек
НҚҚЕИК	– Негізгі қорлармен қамтамасыз етудің интегралды көрсеткіші
ОАА	– Орталық аудандық аурухана
ОКА	– Облыстық клиникалық аурухана
ТО	– Түркістан облысы
ФАП	– Фельдшерлік-акушерлік пункт
ХДИК	– Халық денсаулығының интегралдық көрсеткіші

КІРІСПЕ

Зерттеудің өзектілігі

Президентіміздің денсаулық сақтауды дамытуға арналған бағдарламасының мақсаты мемлекетті әлеуметтік және экономикалық дамыту үшін тұрғындардың денсаулық жағдайын нығайту болып табылады.

Денсаулық (Health) – БДҰ Жарғысы бойынша, тек қана аурудың немесе дене ақауларының болмауы ғана емес, бұл физикалық, психикалық және әлеуметтік толық аман есендік. Яғни, денсаулық дегеніміз – нақты климаттық – географиялық, экологиялық және әлеуметтік жағдайларда физикалық, психикалық, әлеуметтік және моральдық тұрғыдан өзін жайлы сезінуге мүмкіндік беретін ағзаның осындай сапалы күйі [1,2].

Денсаулық еңбек ресурстарының сапасына, еңбек өнімділігіне, сонымен қатар қоғамның экономикалық дамуына айтарлықтай әсер етеді. Денсаулыққа медициналық қызмет түріндегі, алдын алу шаралары және оңтайлы еңбек пен демалыс режимін ұйымдастыру түріндегі инвестиция қажет [3].

Тұрғындардың денсаулық жағдайын жақсарту бағыттары, міндеттері мен шаралары – халықтың өлім-жітімін төмендету жөніндегі шараларды жүзеге асыру. Жүрек-қан тамырлары және онкологиялық аурулардан, жол-көлік жарақаттарынан болатын өлім-жітімді азайтуға бағытталған медициналық-ұйымдастырушылық және емдеу-диагностикалық технологиялардың тиімділігін арттыру қажет [4].

Денсаулықты сақтау және жақсарту білікті жұмыс күшін қалыптастыруға, еңбек өнімділігін арттыруға мүмкіндік береді; экономикалық өсудің жеделдеуіне және ұлттық байлықтың жинақталуына ықпал етеді, бұл жалпы мемлекеттің жаһандық бәсекеге қабілеттілік деңгейін көтереді [5].

Алайда, Түркістан облысы тұрғындарының денсаулық көрсеткіштері әкімшілік аудандарға қарай жіктелу ерекшеліктеріне сай әлі де жете зерттелмеген. Яғни аумақтық бөлінісі бойынша халық аурушандығы мен мүгедектігі, өлім көрсеткіштерінің динамикалық өзгерістері, олардың құрылымдық және деңгейлік қалыптасу заңдылықтары анықталмаған.

Зерттеудің мақсаты

Түркістан облысының еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының денсаулығын нығайту және аурушандық көрсеткіштерінің деңгейін төмендетуге бағытталған медициналық-профилактикалық іс-шараларының ұйымдастырылуын жетілдіру.

Зерттеудің міндеттері

1. Түркістан облысы және оның аудандары бойынша еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының денсаулық жағдайы мен аурушандық көрсеткіштерінің динамикасын кешенді бағалау.

2. Әкімшілік аудандардағы денсаулық көрсеткіштерінің қалыптасуына әсер ететін қатерлі себептерді анықтай отырып, ерекшеліктеріне қарай топтастыру.

3. Денсаулық сақтау саласының негізгі қорларымен қамтамасыз етілуін бағалай отырып, аумақтық аурушандық көрсеткіштерінің құрылымдық деңгейлерін анықтау және әлеуметтік-гигиеналық шаралар моделін құрастыру.

4. Интегралды бағалауды қолдана отырып, әкімшілік аудандар бойынша тұрғындардың денсаулық топтарын құрастыру және сауықтыру шараларын ғылыми негіздеу.

Зерттеудің ғылыми жаңалығы

1. Түркістан облысы еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының денсаулық көрсеткіштерінің қалыптасқан динамикасына ретроспективті түрде бағалау жүргізілді.

2. Тұрғындардың денсаулық көрсеткіштері мен оған әсер ететін қауіп себептері арасындағы байланыс анықталды.

3. Аймақтың денсаулық көрсеткіштерінің шынайы деңгейлерінің жиынтығы бойынша Түркістан облысы аудандарының әлеуметтік-медициналық топтары түзіліп, денсаулық көрсеткіштерінің деңгейі мен құрылымына сәйкес профилактикалық бағдарламалардың моделі құрастырылды.

4. Анықталған деректі көрсеткіштердің қалыптасу заңдылықтарына сай әкімшілік аудандарда жүзеге асырылатын нақты медициналық-экономикалық, әлеуметтік-гигиеналық және экологиялық-гигиеналық шаралардың жүйесі жасалды.

Зерттеудің теориялық және тәжірибелік маңыздылығы

Түркістан облысы және оның аудандары бойынша еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының денсаулығы мен аурушандық жағдайларының кешенді сипаты жергілікті денсаулық сақтаудың құзыретті ұйымдарының тәжірибелік жұмысында кәсіби шешімдер қабылдауда маңызды болып табылады.

Түркістан облысының еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының денсаулығын нығайтудың медициналық-профилактикалық іс-шараларын ұйымдастыруды жетілдіру моделі ұсынылды.

Зерттеу жұмысы нәтижелеріне сүйене дайындалған профилактикалық бағдарламалар моделіне сай құрастырылған тәжірибелік ұсыныстарды емханалық-ауруханалық мекемелердің жұмысына енгізу тұрғындардың денсаулығын жақсартуға, негізгі әлеуметтік мәні бар аурулардың алдын алуға, ерте диагностикалауға, жалпы аурушандық пен өлім-жітім көрсеткіштерін төмендетуге мүмкіндік береді.

Қорғауға ұсынылатын негізгі қағидалар

1. Түркістан облысы тұрғындарының денсаулық көрсеткіштерінің даму деңгейі мен құрылымы олардың туындауының қатерлі себептерінің таралу заңдылықтарына тәуелді;

2. Тұрғындардың денсаулық көрсеткіштері мен аурушандық көрсеткіштері әкімшілік аудандардың әлеуметтік-медициналық және экологиялық-гигиеналық ерекшеліктері бойынша топтастыруға негіз бола отырып, профилактикалық іс-шаралар тиімділігін арттырады;

3. Әкімшілік аудандардың профилактикалық бағдарламасының үлгісі мен оның нәтижелілігі зерттеудегі қауіп факторларын тежеудегі денсаулық сақтау жүйесінің әлеуметтік-материалдық қорларымен қамтамасыз ету мүмкіндіктерімен негізделеді.

Диссертация тақырыбы бойынша жарияланымдар тізімі

Диссертация тақырыбы бойынша 11 мақала жарияланды. Оның ішінде: Scopus мәліметтер базасында – 1 мақала; Қазақстан Республикасы Ғылым және Жоғары білім министрлігінің Ғылым және жоғары білім саласында сапаны қамтамасыз ету комитеті ұсынатын ғылыми басылымдарда – 5 мақала; Халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференцияларда – 3 тезис. Басқа ғылыми басылымдарында – 2 мақала.

Жұмыстың апробациясы

Диссертациялық жұмыстың нәтижелері келесі ғылыми-конференцияларда баяндалды:

1. Десятая международная научная-практическая конференция «Глобальная наука и инновация 2020: Центральная Азия». Казахстан, Нур-Султан, 17 августа 2020 года.

2. 11th international conference. Science and society – Methods and problems of practical application. Held in Hamilton, Canada. 15th March 2021.

3. Қазақстан Республикасының Тәуелсіздігіне 30 жыл толуына арналған «Медициналық ЖОО Фундаменталды пәндерді оқытуды жетілдіруін дамыту бағыты ретінде халықаралық интеграция» Халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференция 09 сәуір 2021 жыл. Семей қаласы

Зерттеу нәтижелерін енгізу

Медициналық – әлеуметтік көрсеткіштер нәтижесін қолдана отырып, еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарға медициналық көмекті ұйымдастыру жүйесінің технологиялық моделі бойынша тәжірибелік ұсынысқа ғылыми зерттеу нәтижелерін енгізу актілері алынды:

- Ордабасы аудандық ауруханасы;
- Бәйдібек аудандық ауруханасы;
- «Талғат» клиникасы;
- Арыс аудандық орталық ауруханасы;
- Түркістан қалалық емханасы.
- Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ клиника-диагностикалық орталық

Диссертацияның құрылымы және көлемі

Диссертация 141 бетте баяндалған, кіріспе, әдеби шолу, зерттеу материалдары мен әдістері, зерттеу бөлімдерінен, қорытынды, тұжырым және тәжірибелік ұсыныстардан тұрады. Әдебиеттер тізімі 121. Диссертация 18 кесте, 14 сурет және қосымшамен үйлестірілген.

1 ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ЗАМАНАУИ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ (ӘДЕБИ ШОЛУ)

Еуропалық аймақтағы денсаулық жағдайы. «Денсаулық-2020» саясатындағы денсаулықтың әлеуметтік детерминанттарымен – сәбилер өлімі, өмір сүру ұзақтығы, бастауыш сыныптарға баруы және жұмыссыздықпен байланысты индикаторларға арналған, ең жоғарғы және ең төменгі мемлекеттердің арасындағы айырмашылықтар уақыт өте келе азайды. Алдын ала алынған мәліметтер бойынша бұл тенденция жалғасуда. Аталған оң тенденцияға қарамастан, мемлекеттер арасындағы айырмашылықтар жоғары болып қала береді [6].

Сонымен қатар, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының "Салауатты ауылдар" жобасы іске асыруда ауылдар арасында конкурстар жарияланып, оның міндеті-жергілікті билік ұйымдарының назарын ауыл мәселелеріне аудару, жобаның негізгі мақсатына жету үшін сектораралық ынтымақтастықты жолға қою арқылы ауыл халқының денсаулығын сақтау және нығайту болып табылды. Себебі ауыл тұрғындарының денсаулық көрсеткіштері мен медициналық көмекпен қамтамасыз етілу деңгейі төмен. Тұрғындардың денсаулығының нашарлауына бірден бір себеп экологиялық жағдайлардың нашарлығы және ауыз сумен қамтамасыз етілу деңгейінің төмендігінде болып отыр. Сонымен қатар медициналық мекемелердің де қорлармен қамтамасыз етілуі де талап етілгеннен төмен деңгейде.

Медициналық мекемелер заманауи медициналық жабдықтармен, санитариялық автокөлікпен жеткіліксіз жарақтандырылды. Ауылдық денсаулық сақтау нысандары дәріханалармен жеткілікті жабдықталмаған [7].

Денсаулық көрсеткіштерін кешенді жүйелі талдау тұрғындар арасында өлім-жітімді азайту және медициналық көмек көрсетуді жетілдірудің аймақтық стратегиясына арналған ақпараттық базасы және маңызды құрамдас бөлігі болып табылады [8].

Өлім-жітімді төмендетудің және тұрғындардың өмір сүру ұзақтығын жоғарылатудың негізгі бағыты тұрғындардың өз денсаулығын өмірдің маңызды құндылықтарының бірі ретінде қабылдауы болып табылады [9].

Жеке адамның денсаулығына әсер ететін факторлардың негізгі топтары және олардың әсер ету дәрежесі (сарапшылардың пікірі бойынша). Факторлар тобы: өмір салты – 50%, қоршаған орта жағдайы – 20%, тұқым қуалаушылық – 15-20%, медициналық көмекпен қамтамасыз ету – 10-15% [10].

Денсаулық сақтау саласында құжаттар дайындалып, бекітілді, олардың мақсаты денсаулық сақтау ұйымдарының қызметін ретке келтіруді, көп бейінді ауруханалар желісін құруды, медициналық қызметтердің, ең алдымен, ауыл халқына қолжетімділігін қамтамасыз етуді көздейді.

Қазақстан халқының жартысына жуығы ауылдық жерлерде тұрады, бірақ қазіргі заманғы медицина ауыл тұрғындарына әлі толық көлемде қол жетімді емес. Норматив ауылдық ауруханалардың орнына дәрігерлік амбулаторияларды ұлғайту көзделетіндей етіп өзгертілді. Яғни, денсаулық сақтау ұйымдары

желісінің стандарттары бойынша барлық жүктеме амбулаториялық мекемелерге ауыстырылды. Бұл деңгей негізделген мемлекеттік стандарттарға толық сәйкес келуі керек, ал стандарттар адамдардың ең шұғыл қажеттіліктеріне сәйкес келуі және бүкіл халықты қамтуы керек. Қолданыстағы нормативтер 50 адамнан кем халқы бар ауылдық елді мекендерде медициналық қызмет көрсетуді көздемейді. Әртүрлі бағалаулар бойынша мұндай елді мекендер 400-ден асады. Ауылда әлі де дәрігерлер мен фельдшерлер, амбулаториялар мен фельдшерлік-акушерлік пункттер жетіспейді. Медициналық жабдықтармен, автотранспортпен жеткіліксіз жабдықталу, білікті медициналық кадрлардың тапшылығы – ауыл медицинасының күнделікті көрінісі.

Халықтың аурушандығы қоғамда болып жатқан күрделі әлеуметтік - экономикалық процестердің көрінісі болып табылады. Емдеу-алдын алу ұйымдары желісінің қысқаруына байланысты медициналық көмекке қол жеткізудегі шектеулер де әсер етеді.

Соңғы жылдары емдеу-профилактикалық ұйымдар желісін біртіндеп қалпына келтіру медициналық көмектің қолжетімділігін кеңейтеді, соның салдарынан тіркелген сырқаттанушылықтың өсуі байқалады. Ауру көрсеткіштерінің өсу қарқыны аурудың жекелеген класстары бойынша әртүрлі [11,12].

Салауатты өмір салты адамның өмір бойына мақсатты және тұрақты түрде қалыптасып отыруы керек, оқиғаларға немесе өмірлік жағдайларға тәуелді болмауы керек [13].

Салауатты өмір салты, тіпті егде жаста да физикалық жағдайдың жақсаруына алып келеді, ауруға бейімділікті төмендетуі және ұзақ өмір сүрудің кілті болуы мүмкін [14].

Бүкіл өмір бойына адамның дені сау болуы ықтималдығы көбінесе денсаулықтың әлеуметтік детерминанттарына байланысты [15].

Денсаулық сақтаудың жекелеген детерминанттарына жынысы, жасы, мектепке дейінгі білім беру және дамыту, тіл және сауаттылық, өмір салты, тұрғын үй мен жұмыс жағдайлары, кедейлік, тұрғылықты аумағы, азық-түлік қауіпсіздігі және салауатты тамақтануға қолжетімділік, әлеуметтік белсенділік, әлеуметтік қызметтерге, біріншілік медициналық көмек және медициналық қызметтерге қолжетімділік, медициналық сауаттылық, денсаулық сақтау жүйесінің деңгейі, көлік инфрақұрылымын дамыту, мүмкіндігі шектеулі адамдар үшін ортаның қолжетімдігі, қоршаған орта жағдайлары, мемлекеттік және аумақтық денсаулық сақтау саясаты, сонымен қатар кірістерді бөлу, БАҚ, қауіпсіздік кіреді [16].

Халықтың денсаулығына тікелей және жанама әсер ететін факторлардың (медициналық-биологиялық, әлеуметтік - экономикалық, демографиялық және т.б.) күрделі өзара әрекеттесуін сипаттайтын көрсеткіштер халықтың денсаулығының маңызды және объективті сипаттамасы болып табылады. Сондықтан олардың деңгейі Денсаулық сақтау ұйымдарының бірінші кезектегі назарын талап етеді [17,18].

Түркістан облысы бойынша жүргізілген зерттеулерге қарағанда, еңбектеріне әдеби шолу жүргізу нәтижесінде бірінші орында тыныс алу жүйесінің аурулары, екінші орында жүйке жүйесі және сезім мүшелері аурулары, үшінші орында қанайналу жүйесінің аурулары екендігі дәлелденген [19].

Тұрғындардың денсаулық жағдайын жақсартуға арналған шаралар және міндеттер, бағыттар – тұрғындардың арасындағы өлім-жітімді төмендетуге бағытталған шараларды жүзеге асыру. Жүрек қантамыр жүйесі аурулары және онкологиялық аурулардан, жол-көлік жарақаттарынан туындайтын өлім-жітімді азайтуға бағытталған медициналық-ұйымдастырушылық және емдік-диагностикалық технологиялардың тиімділігін жоғарылату қажет [20].

Өмір сапасы бұл денсаулық сапасы және табиғи ортаның сапасы сияқты компоненттердің өзара байланысының күрделі құрылымы. Өмір сапасын жақсарту тұрғындардың денсаулығы саласындағы мемлекеттік саясатты жүзеге асырудың маңызды шарты болып табылады [21].

Қоғамдық денсаулық сақтау бағдарламаларын жақсарту үшін аурудың ауыртпалығын, денсаулыққа салдарын, денсаулыққа туындататын қатері мен айырмашылықтарын атап өту маңызды. Сонымен қатар нақты бағдарламаларды қолданатын және әрекетсіздіктен зардап шеккен адамдардың өмірінен мысал келтіру пайдалы [22].

Денсаулық сақтау жүйесі жұмысының тиімділігі және оның алдына қойған тұрғындардың денсаулық жағдайын жетілдіруге арналған мақсаттарына жету дәрежесі басқарудың нақты әдістерін жүзеге асырумен ғана емес, оларды жүзеге асырудың әлеуметтік-экономикалық жағдайларымен және қолданыстағы медициналық көмек көрсету жүйесімен де байланысты [23].

Денсаулық сақтау саласын мемлекеттік басқарудың тиімділігі дамыған нарықтық қатынастар жағдайында мүмкін, бірақ қатысушылар халыққа қолжетімді және сапалы медициналық көмек көрсету жөніндегі міндеттерін сақтаған жағдайда [24].

2010 жылғы GBD зерттеулері әлемнің көп бөлігінде адамдардың ұзақ өмір сүре бастағандығын және жалпы алғанда тұрғындардың қартайғандығын анықтады [25].

Қазіргі заманда тұрғындардың жарақаттанып, ауруға ұшырауы біздің елімізде ғана емес, басқа шет мемлекеттерде де арнайы мәселелердің бірі болып қала беруде. Қазақстан Республикасы тұрғындарының аурушаңдық, мүгедектік, өлім-жітім көрсеткіштерінің құрамында жарақаттардың себебінен туындау үшінші орында. Оның бірден бір себебі жол-көлік апаттарынан туындайтын өлім көрсеткішін азайту мақсатында жүргізілген іс-шаралар нәтижесінде өлім-жітім көрсеткішін 2016 жылы азайтуға мүмкіндік берді [26].

Жарақаттардың жол-көлік апаттарынан туындау себебін азайту үшін мемлекетімізде жаңа жоба жүзеге асырылды. Аталған жоба бойынша республикалық деңгейде маңызды деп танылған жолдардың бойында травматология бөлімшелерін орнату және оларды қазіргі заман талабына сәйкестендіруді қамтамасыз ету жолға қойылуда [27-29].

2016 жылы халық саны 1 миллионнан асатын мемлекеттер арасында, туылу кезіндегі өмір сүру ұзақтығы бойынша ең жоғарғы көрсеткіш Жапонияда әйел адамдарда - 86,9 жас (95% UI 86,7–87,2), ал Сингапурда ер адамдарда 81,3.(78 · 8–83 · 7) жасты құрады [30].

Денсаулық пен өлімді әдетте бір медальдың екі жағы аурушандық пен өлім-жітім деп қарастырады, сәйкесінше аурушандық тұрғындар арасында аурудың таралуы, ал өлім-жітім өлімнің сипаты болып табылады [31].

Әлемдегі өлімнің басты себебі жүрек ауруы болып қалуда. 2019 жылы жүрек-қан тамырлары ауруларының салдарынан 2000 жылмен салыстырғанда 2 миллионға көп адам қайтыс болды. Бұл туралы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымынан (ДДСҰ) хабарлады. ДДСҰ мәліметтері бойынша, жүрек-қан тамырлары аурулары әлемдегі барлық өлімнің 16 пайызының себебі болып табылады. Сонымен қатар, ДДҰ Еуропалық аймағында соңғы 20 жыл ішінде жүрек ауруы салдарынан қайтыс болғандар саны 15 пайызға азайды. Негізгі "өлтірушілердің" алғашқы ондығына жеті инфекциялық емес аурулар кірді. Атап айтқанда, бұл тізімде алғашқылардың бірі Альцгеймер ауруы және қант диабеті болды. Қант диабетінен өлім 20 жылда 70 пайызға өсті [32].

Global Cancer Observatory 2018 мәліметтер базасынан алынған 185 елдің қатерлі ісікті бағалау туралы мәліметтер. 2018 жылы Жатыр мойны қатерлі ісігінің ауруларынан шамамен 570 000 жағдай және осы аурудан 311 000 өлім жағдайлары тіркелді. Жатыр мойын ісігі аурулары әйелдерде сүт безі қатерлі ісігінен кейін (2,1 миллион жағдай), колоректалды қатерлі ісінен (0,8 миллион) және өкпе қатерлі ісінен (0,7 миллион) кейінгі төртінші орында [33].

Жүрек-қан тамыр жүйесі аурулары АҚШ-тағы өлімнің басты себебі болып табылады және денсаулық сақтау жүйесіне айтарлықтай жүктеме түсіреді. Олардың үлесіне АҚШ-тағы барлық өлім-жітімнің 1/3-і сәйкес келеді [34].

2020 жылдың 1 наурыз айы мен 2020 жылдың 25 сәуір айы аралығында АҚШ-та барлығы 505 059 өлім тіркелді; 87 001 (95% ДИ, 86578-87 423) артық өлім болды, олардың 56 246 (65%) COVID-19-бен байланысты болды. 14 штатта қосымша өлімнің 50%-дан астамы COVID-19-дан өзгеше себептерге байланысты болды; оларға Калифорния (қосымша өлімнің 55%) және Техас (артық өлімнің 64%) штаттары кіреді [35].

Қытайдың Гуанчжоу қаласында 21 қаңтардан бастап (Гуанчжоуда алғашқы COVID-19 оқиғасы болған күн) 2020 жылдың 30 маусымына дейін COVID-19-дың үш кезеңі болды: бірінші толқын, екінші толқын және қалпына келтіру кезеңі, 21 қаңтардан 11 наурызға дейін және 2020 жылғы 17 мамыр тиісінше. Атап айтқанда, COVID-19 өршуі болмаған кезде күтілетін өлім көрсеткішімен салыстырғанда пневмония мен тұмаудан болатын өлім көрсеткіші 49,2%-ға айтарлықтай төмендеді, ал гипертония мен миокард инфарктісінен болатын өлім көрсеткіші тиісінше 14,5 және 8,6%-ға ұлғайды. Ауруханаларда барлық себептерден болатын өлім көрсеткіші 10,2%-ға төмендеді. [36]

Еуропалық аймақта нақты себептер бойынша өлім-жітім деңгейі (әйелдер және ер адамдар арасында және барлық жас топтары жиынтығы бойынша), 1990 және 2009 жж. аралығында төмендеді. 2009 ж. өлім-жітімнің кең таралған

себептерінің бірі – шамамен 80% оқиға – инфекциялық емес аурулар болып табылады. Келесі жиілігі бойынша ең көп таралған себеп – қатерлі ісік аурулары; аймақтағы өлім-жітімнің 20%-ын – кейбір елдерде 5%-дан 30%-ға дейін көрсеткішті құрайды. Үшінші негізгі топ – өлім-жітімнің сыртқы себептері (жарақаттар және уланулар), жалпы өлім-жітімнің 8%-ын құрайды, сонымен қатар мемлекеттер арасындағы өзгерістерге байланысты [37].

Еуропада болжамдарға сәйкес, ЕО-да ісіктен болатын өлім көрсеткіші жалпы деңгейі 100 000 ер адамға шаққанда 130,1-ге дейін (2015 жылдан бастап -5,4%) және 2020 жылы әйелдер арасында 82,2-ге (-4,1%) төмендейді. Өлім көрсеткішінің болжамды саны 4,7% - ға артып, 2020 жылы 1 428 800-ге жетеді.

Болжамдарға сәйкес, әйелдерде өкпе қатерлі ісігінің өсу тенденциясы сақталады және 2020 жылы 100 000-ға шаққанда 15,1-ді құрады (әйелдерге қарағанда 13,5-ке жоғары) болады [38].

Дамыған және дамушы елдерде жарақаттар аурушандық және өлім-жітімнің маңызды негізгі себебі болып қала береді. 2013 жылы 973 миллион адам (белгісіздік аралығы (UI) 942 ден 993-ке дейін) жарақат алды, оның ішінде жарақаттардан 4,8 миллион (UI 4,5-тен 5,1-ге дейін) адам қайтыс болды және медициналық көмекті қажет етті [39].

Италияда 1990-2017 жылдар аралығында жүрек-қантамырлары ауруларынан туындайтын жас бойынша стандартталған өлім-жітім 53,7% (белгісіздік аралығы 95%–56,1 ден –51,4-ге дейін), неоплазмалардан 28,2% (–32,3 –тен –24,6-ке дейін), және көлік жарақаттарынан 62,1% (64,6-дан –59,2-ге дейін) құрайды [40].

Италияда COVID-19-дан туындайтын жалпы өлім көрсеткіші 2020 жылдың наурыз-сәуір айларында өткен жылдардың сол айларында тіркелген өлім көрсеткішінің орташа санымен салыстырғанда өте жоғары болды, бұл COVID-19-дың наурыз және сәуір айларында тіркелген өлім көрсеткішінен 28000 жағдай асады.

2016 жылы Австралияда ер адамдар арасында жүректің ишемиялық ауруы, ал әйелдер арасында деменция және Альцгеймер ауруы өлім-жітімнің негізін құрады. Өлім-жітімнің негізгі себептері жас ерекшеліктері бойынша да ерекшеленеді. Жалпы алғанда, жазатайым оқиғалар, өзін-өзі өлтіру және кездейсоқ уланулар сияқты себептер 15-44 жас аралығындағы адамдарда, ал созылмалы аурулар 45 жас және одан жоғары жастағы адамдарды жиі байқалады[41].

Финляндияның шығысында еңбекке қабілетті жастағы тұрғындар, ерлер мен әйелдер арасында жүректің ишемиялық ауруынан туындайтын өлім-жітім. 1970 жылдары жүрек-қантамыр жүйесі ауруларының үш негізгі қауіп факторларының төмендеуі барлық жүректің ишемиялық ауруларынан туындайтын өлім-жітімнің төмендеуіне алып келді. Бірақ 1980 жылы өлім-жітім көрсеткіштері тез төмендей бастады. 1990 жылы тәуекел факторының үш деңгейі жүректің ишемиялық ауруларынан туындайтын өлім-жітімнің $\frac{3}{4}$ бөлігінің төмендеуіне әсерін тигізді [42];

Жалпы алғанда Испанияда инфекциялық емес аурулар өлім-жітімнің негізгі себебін құрады: 388 617 (белгісіздік аралығы 95% 374 959–402486), сәйкесінше барлық өлім-жітімнің 92,8%-ын құрайды. Одан кейін 3,6% жарақаттар 15 052 (13 902–17107) оқиға және инфекциялық аурулардан 14 847 (13 208–16482) оқиға құрайды. Өлім-жітімнің бес негізгі алдыңғы қатарлы себептері жүректің ишемиялық аурулары (ЖИА, барлық өлім-жітімнің 14,6%-ын құрайды), Альцгеймер ауруы және басқа да деменциялар (13,6%), инсульт (7,1%), созылмалы обструктивті өкпе ауруы (6,9%), және өкпе ісігі (5,0%) құрайды [43].

Бельгияда 2016 жылы ерлер арасындағы өлім-жітімнің негізгі себептері жүректің ишемиялық аурулары (100000 адамға шаққанда 161 өлім [95% UI 143–180]), өкпе, трахея және бронх ісігі (100000 адамға шаққанда 95 өлім оқиғалары [95% UI 83–109]) және Альцгеймер ауруы (100000 адамға шаққанда 69 өлім [95% UI 56–84]) болып табылады [44].

Ресейде 2010-2016 жж. соңғы онжылдықта аурулардың келесі түрлерінен туындайтын жалпы аурушандық төмендеді: даму ақаулары (туа пайда болған аномалиялар), деформация және хромосомалық бұзылыстар – 12,3%-ға; құлақ аппаратының аурулары 4,2%-ға; көз аурулары - 1,6%-ға; жүйке жүйесі аурулары - 0,8%-ға [45].

Ресей Федерациясында 2016 жылы аурулардың негізгі кластары бойынша тұрғындар арасындағы өлім-жітім құрылымында бірінші орында қанайналым жүйесі аурулары (47,8%), екінші орында – қатерлі ісіктер (15,8%), үшінші орында – сыртқы себептер (8,9%) құрайды [46].

2019 жылдың тамыз айында Ресейде өлім көрсеткіші шамамен 143,4 мың адамды құрады. Ағымдағы жылдың қаңтар-тамыз айларында қайтыс болғандар саны 1,285 миллион адамды құрады және өткен жылдың сәйкес кезеңімен салыстырғанда 5,9%-ға өсті (2019 жылдың қаңтар-тамыз айында қайтыс болғандар саны 1,213 миллион адамды құрады). Ресейде пневмониядан болатын өлім көрсеткіші 2020 жылы 2,4 есе өсті (+34,4 мың адам), Росстаттың мәліметтеріне сәйкес (2019 жылы пневмониядан болатын өлім көрсеткіші 6,7%-ға төмендеді);

Қазақстанда орташа өмір сүру ұзақтығы ерлер мен әйелдерде 68,5 жас. Әлемде тұрғындардың орташа өмір сүру ұзақтығы 71 жас. Ер адамдарда 63,2 жас, әйелдерде 74,1 жасты құрайды.

Қазақстан Республикасында тұрғындар арасындағы аурушандық, өлім-жітім, мүгедектіктің негізгі себептерін – қанайналым жүйесі аурулары, қатерлі ісіктер, туберкулез, жарақаттар және уланулар құрайды [47-50].

Аурушандық көрсеткіштері бойынша тыныс алу жүйесінің аурулары 100 мың тұрғынға шаққанда 1-ші орынды құрайды. Өлім-жітім көрсеткіштері бойынша 1-ші орында қанайналым жүйесі аурулары құрайды, ал тыныс алу жүйесінің аурулары 2-ші орынды құрайды [51].

Он жыл бойы азаматтардың басым бөлігі қан айналымы жүйесі ауруларынан қайтыс болды: атеросклероз, артериялық гипертензия, жүрек

ақауы, жүрек жеткіліксіздігі, ревматизм, миокардит, варикоз қазақстандықтардың өліміне себеп болды [52].

Аурулар құрылымын талдау бойынша ҚР қала тұрғындарының алғашқы аурушандығының негізгі себебі 2014ж. – тыныс алу жүйелерінің аурулары - барлық аурулардың 40,2%-ын (24116,6‰), жарақаттар мен уланулар - 6,8% (4539,7‰), зәр шығару жүйесінің аурулары - 6,5% (3873,4‰), асқорыту жүйесінің аурулары 6,3% (2371,2‰), тері және тері асты жасушалары аурулары - 5,4% (3812,0‰) құрады. Аталған 5 топ барлық аурулардың 65,2%-ын құраған. Тұрғындардың алғашқы аурушандық деңгейі қаралу мәліметтері бойынша 2012 жылдан 2014 жыл аралығында ҚР-да 10,4-17,8%-ды құрады [53].

Қазақстанда аурушандық құрылымы, уақытша еңбекке жарамсыздық және өлім-жітім көрсеткіштері бойынша, сонымен қатар мүгедектікке шығу көрсеткіштері бойынша үшінші орынды жарақаттар құрайды. Жазатайым оқиғалардан және жарақаттардан туындайтын өлім-жітім 2014 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 87,6-дан 2015 жылы 77,52-ге төмендеді [54]. 2016 жылдың қорытындысы бойынша республиканың барлық тұрғындарының аурушандық көрсеткіштері 100 мың тұрғынға шаққанда 56823,0 адамды құрады, 2015 жылы 52410,7. Қанайналым жүйесі ауруларынан туындайтын аурушандық көрсеткіштері 2016 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 2413,0-ді құраса, 2015 жылы 2429,7-ні құрап отыр. Аталған аурушандық бойынша жоғары көрсеткіштер Алматы (3180,1) және Солтүстік Қазақстан (3137,3), Шығыс Қазақстан (2999,3), Оңтүстік Қазақстан (2807,8), Жамбыл (2703,7) және Қызылорда (2683,1) облыстарында [55].

Оңтүстік Қазақстан облысында 2011-2017 жылдар аралығында жүргізілген зерттеулер бойынша жалпы аурушандық көрсеткішінің деңгейі орта есеппен 3425,36‰ құрайды. Әйелдер арасында қалыптасқан аурушандықтың деңгейі 968,62‰, ал ер кісілерде – 892,81‰ болып отыр [56].

Түркістан облысында табиғи өсім 2020 жылы 2019 жылмен салыстырғанда 9%-ға жоғарылағандығы байқалады.

Қанайналым жүйесінен туындайтын аурушандық көрсеткіштері айтарлықтай тұрақты деңгейде, жыл сайын кейбір нозологиялар бойынша 100 мың тұрғынға шаққанда біршама жоғарылайды [57,58].

Түркістан облысының Қазығұрт, Мақтаарал, Ордабасы аудандарында өлім-жітімге алып келетін алдыңғы қатардағы аурулар тізіміне – қанайналым жүйесі аурулары кіреді [59].

Созылмалы өкпе ауруларынан туындаған мүгедектікке әсер ететін әлеуметтік-гигиеналық факторлар Түркістан қаласында еңбекке қабілетті 40 жастан асқан тұрғындарда салыстырмалы көрсеткіштердің арасында анықталды. Әйелдерде мүгедектік $47,5 \pm 0,4$ жаста, ер адамдарда $49,3 \pm 0,4$ жаста туындайтыны анықталды [60].

Өндірістік дамыған тұрғын аймақтарда ересектерде де, балаларда да аурушандық көрсеткішінің жоғарылауымен сипатталады. Аурулардың ең көп таралуы Жаңаөзен қаласында байқалды [61].

2020 жыл өлім көрсеткіші бойынша төмен көрсеткішті құрады және 2020 жылдың қаңтар-ақпан айларында қайтыс болғандардың саны алдыңғы жылдармен салыстырғанда сәйкесінше 9 және 5% төмен болды [62].

Өлім-жітімнің көрсеткіштерінің жоғарылауының негізгі себебі болып табылатын инфекциялық емес аурулар жүрек-қантамыр жүйесі ауруларынан (17,9 миллион өлім-жітім, инфекциялық емес аурулардан туындайтын өлім-жітімнің 44%-ын, әлемдегі барлық өлім-жітімнің 31%-ын құрайды) болып табылады; Ісік аурулары (9 миллион, инфекциялық емес аурулардан туындайтын өлім-жітімнің 22%-ын, әлемдегі барлық өлім-жітімнің 16%-ын) құрайды; созылмалы респираторлық аурулар (3,8 миллион, инфекциялық емес аурулардың 9%-ын, әлемдегі барлық өлім-жітімнің 7%-ын) құрайды және диабет (1,6 миллион, инфекциялық емес аурулардың 4%-ын, әлемдегі барлық өлім-жітімнің 3%-ын) құрайды [63].

1.1 Еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың аурушандық және өлім-жітім көрсеткіштерінің замануи медициналық-әлеуметтік аспектілері

Барлық тұрғындардың қолайлы өмір сүруіне жағдай жасау кезеңінде экономикалық әлеуетті мемлекеттің әлеуетін дамыту барлық әлеуметтік қайта құрулардың мақсаты мен басты факторы болған кезде мемлекеттің әлауқатының басым бағыттарына бағытталуы қажет [64].

Әлеуметтік-экономикалық жағдай барлық тұрғындардың, сонымен қатар еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың денсаулығының сапасына әсер етеді және болашақта да үлкен әсерін тигізеді. Кез келген дағдарыс кезеңінде аурушандық, мүгедектік, өлім-жітім көрсеткіштерінің жоғарылауынан көрініс табатын, қоғамдық денсаулық көрсеткіштерінің төмендеуі байқалады. Сәйкесінше еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың саны және сапасы азаяды және мемлекеттің және аймақтың әлеуметтік-еңбек потенциалы төмендейді [65].

2050 жылға дейінгі болжамдарға назар аударсақ тұрғындарды қолдау екі есе төмендейді, еңбекке қабілетті жасынан асқан бір тұрғынға шамамен үш адам сәйкес келеді [66].

Тұрақты жұмыс орнының болмауы, болашағы жоқ өндіріс орнында жұмыс жасау, жұмыс орнының жиі мәжбүрлі түрде өзгеруі, жұмыссыздық жағдайында және мамандықты өзгертудің немесе біліктілікті жоғарылатудың мүмкін еместігі, әсіресе жастарды стресске, ауруларға алып келеді [67].

Әдебиеттерге сүйенсек, отандық және шетелдік сарапшылар алдағы 15-20 жылда еңбекке қабілетті халық санының төмендеуін және оның елдің жалпы тұрғындар санындағы үлесінің төмендеуін болжайды, бұл қартайған жұмыс күшімен қатар жүретіндігі анықталды. Мүгедектік, өлім-жітім және өмір сүру ұзақтығының көрсеткіштері бойынша осы жас тобының денсаулығы ауыр жағдайда деп бағаланады [68].

Жұмыспен қамтуға сәйкес жұмыссыздық еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың психикалық денсаулығының нашарлауымен байланысты. Жұмыссыздық жұмысшылардың психикалық денсаулығына айтарлықтай кері

әсерін тигізеді. Жұмыссыз еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың психикалық денсаулығы жұмыс жасайтындармен салыстырғанда айтарлықтай нашар [69].

Денсаулық жағдайының жақсы болуы еңбек өнімділігінің мен еңбек ресурстарының тиімділігінің жоғарылауына, қартаю процесінің дұрыс болуына және еңбекке жарамсыздыққа байланысты төленетін жәрдемақы мен әлеуметтік көмектің азаюына алып келеді [70].

Көптеген зерттеулер дені сау адамдардың әлеуметтік жағдайы жоғары екендігін дәлелдеді. Бұл жағдай олардың жеке (неке құру, балалы болу) және мансаптық мақсаттарға (жұмысқа орналасу) қол жеткізу мүмкіндіктерін арттырады. Еңбек потенциалын басқару тұрғындар денсаулығымен байланысты мәселелерді шешусіз мүмкін емес [71].

60 жас және одан жоғары жастағы тұрғындардың денсаулығына байланысты өмір сүру сапасын зерттеуде, өмір сапасының ең жоғары көрсеткіштері жынысына қарамастан өмірлік басымдықтары бойынша бірінші орында «жұмыс» болып табылатын адамдарда байқалды. Керісінше, «отбасылық құндылықтар», тіпті «денсаулық» сияқты өмірлік басымдықтар дене белсенділігінің, жалпы денсаулықтың, психикалық денсаулықтың, физикалық және эмоционалды жағдайға байланысты жұмыс деңгейінің төменгі көрсеткіштерімен үйлеседі, сонымен қатар өмірлік белсенділіктің төменгі көрсеткіштерін анықтайды [72].

Еңбекке қабілетті жастағы тұрғындар үшін сәйкесінше ұзақ, жиі және интенсивті физикалық белсенділік олардың жалпы өмір сапасын және оның нақты бағыттарын: физикалық, психологиялық, әлеуметтік және экологиялық маңызды фактор болып табылады [73].

Орташа өмір сүру ұзақтығы жасқа байланысты өлім-жітімнің ажырамас бөлігі ретінде, тұрғындардың белгілі бір уақыт кезеңіндегі өмірге қабілеттілігін нақты сипаттайды, немесе бұл көрсеткіштің мәні мен оның динамикасына – еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың өлім-жітім көрсеткіштері әсер етеді [74].

Еңбек ресурстарының денсаулығын сақтау мәселелерін шешуге жүйелі көзқарас еңбекке қабілетті халық денсаулығының стратегиялық әлеует, ұлттық қауіпсіздік, қоғамның тұрақтылығы мен әл-ауқатының факторы ретінде шешуші орнын танудан тұрады. Өндіріс – бұл Қазақстанның әл-ауқатының тірегі, ол жұмыс күшінің денсаулық жағдайына негізделеді. Қауіпті еңбек жағдайлары көптеген салаларда сақталады. Халықтың жалпы саны 16,5 миллионды құрайды. Еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың үлесі – 53% құрайды – бұл өнеркәсіптік кәсіпорындар мен ауыл шаруашылығы саласындағы жұмысшылар [75].

Еңбек әлеуетінің саны мен құрылымы, оның экономикалық белсенділігі, сандық және сапалық компоненттері көбінесе аймақтың ерекшеліктерімен анықталады [76].

Аурушандықтың аймақтық таралуы айқы. Спецификаға ие, себебі аурушандықтың негізгі себептерінің құрылымы, бір жағынан, мүгедектік пен өлім-жітім, екінші жағынан, түбегейлі ерекшеленеді [77].

Еңбекке қабілетті жастағы тұрғындар арасында өлім-жітімнің аймақтық ерекшеліктерінің болуы аталған жағдайдың мониторингін ұйымдастырудың, сәйкес қауіп факторларын орнату, тәуекел уақыты мен тәуекел контингенттерін белгілеу қажеттілігін көрсетеді. Бұл міндет еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың үлес салмағының біртіндеп қысқаруымен жүзеге асырылуда. Сыртқы себептердің еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың өлім себептері құрылымына қосатын үлесінің арту фактісі, медициналық-демографиялық жағдайдың, әлеуметтік-экономикалық дамудың және аймақтағы әл-ауқаттың қолайсыз болжамының индикаторы ретінде қарастырылуы керек [78].

Соңғы онжылдықта шығындарды азайту, еңбек өнімділігі мен тиімділігін арттыру экономиканы дамытудың негізгі басымдықтарының бірі болып табылды, ал еңбекті қорғау мен қауіпсіздігі туралы мәселелер екінші орынға қойылды. Аталған жағдайдың нәтижесінде өндірістегі жазатайым оқиғалар мен жарақаттардың көбеюіне, адам шығындарының артуына алып келді [79].

Макроэкономикалық орта – бұл еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың өлім-жітім көрсеткіштерінің деңгейіне тікелей және жанама әсер ететін қозғаушы күш. Шартты түрде келесідей көрінуі мүмкін: мемлекеттегі макроэкономикалық жағдайдың нашарлауы әлеуметтік саланы қаржыландыруға бюджеттік шығындардың азаюын анықтайды. Әрі қарай аталған жағдай аурушандық көрсеткіштерінің нашарлауынан, бұл медициналық дәрі-дәрмектерді, құрал-жабдықтарды сатып алудың төмендеуінен, персоналдардың қысқаруынан және т.б. көрінуі мүмкін.

Өз кезегінде, бұл жағдай ауруларды анықтау деңгейін төмендетіп қана қоймай, мемлекеттегі еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың өлім-жітім көрсеткіштерін нашарлатуы мүмкін [80].

Зерттелген аймақтардың көпшілігінде өлім-жітімнің орташа деңгейі тіркелді; әсіресе, еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың өлім-жітімінің жоғары деңгейі ерекше алаңдатады [81].

Ұлы рецессия жұмыссыздық көрсеткіштерінің өсуімен толық түсіндірілмейтін, психикалық денсаулықтың жағымсыз салдарымен бірге жүреді. Ер адамдар арасында аталған жағдай зейнеткерлерді қоспағанда, барлық қызметкерлерді қамтыды, елеулі өзгерістер жұмыспен қамтылған адамдардың арасында орын алды. Әйелдерде нашар психикалық денсаулық жұмыссыздар арасында едәуір өсті [82].

Жұмыссыздық физикалық және психикалық денсаулықтың әртүрлі салдарын анықтайтын маңызды фактор болып табылады [83].

Еңбекке қабілетті жастағы адамдар арасында өлім-жітімнің негізгі себебі – ҚЖА болып табылады, темекі шегу, тамақтану, гиподинамия сияқты қауіп факторлары зерттелген [84].

Уақытша еңбекке жарамсыздықтың негізгі себебі – аурушандық болып табылады. Бірінші орынды тыныс алу жүйесінің аурулары құрайды

(жағдайлардың 47, 5%, күндердің 37,8%) және 100 жұмысшыға шаққанда 46,6 жағдай мен 475,1 күн мүгедектікті құрайды. Уақытша еңбекке жарамсыздық аурушандығының құрылымында екінші орынды тірек-қимыл аппараты және дәнекер тін аурулары алады және 100 жұмысшыға шаққанда 9,1 жағдай және 129,6 күнді құрайды. Аурушандық құрылымында үшінші орынды қанайналым жүйесінің аурулары алады (8,2 жағдай мен 132,1 күн). Төртінші орында – жарақаттар, уланулар және сыртқы себептердің кейбір басқа салдары. Бесінші орында жүйке жүйесінің аурулары, олардың 5,2%-ы жағдай және еңбекке жарамсыз күндерінің 6,8%-ын құрайды (100 жұмысшыға шаққанда 5,1 жағдай және 85,5 күн) [85].

Уақытша еңбекке жарамсыздықпен аурушандықтың деңгейі әлеуметтік-экономикалық маңыздылығына байланысты аурушандық статистикасында ерекше орын алады [86].

Әлемдегі орташа жас 1950 жылы 26,6 жастан 2017 жылы 32,1 жасқа дейін жоғарылады, ал еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың үлесі (15-тен 64 жасқа дейін) 59,9%-дан до 65,3%-ға дейін жоғарылады [87].

Еуропадан, Америка Құрама Штаттарынан және Жапониядан алынған мәліметтерге шолу жұмыс жүктемесі және ұзақ жұмыс уақыты сияқты кәсіптік стресс факторлары жүректің ишемиялық ауруы мен инсульт қаупінің орташа жоғарылауымен байланысты екенін көрсетеді [88].

Швецияда сүт безі қатерлі ісігі еңбекке қабілеттілікке кері әсер етуі мүмкін. Әйелдер сүт безі қатерлі ісігінің тек соңғы сатыларында ғана емес, алғашқы сатыларында да еңбек жылдарын жлғалтты. 50 жастағы әйелдер аурудың I кезеңін анықтаған кезде орташа есеппен жұмыс уақытының 0,5 жылын жоғалтты (95% ДИ, 0,2-0,7); сәйкес бағалау II кезеңде 0,9 жыл (0,5–1,2), III кезеңде 2,5 жыл IV кезеңде 8,1 жыл (6,5–9,7) құрады [89].

Швецияда стресстің күшеюі, ауыр жұмыс және ұйқының бұзылуы – бұл еңбекке қабілетті жастағы адамдарда НПБ қаупін азайту үшін алдын-алу шараларын іске асыру кезеңінде ескеру қажет факторлар. Біз ұйқының бұзылуы жоғары кернеу мен жағымсыз НПВП арасындағы байланысты өзгерте алады деп болжаймыз [90].

Словакия тұрғындарының арасында қазіргі уақытта жұмыс тобының (25-44 жас) еңбек потенциалына цереброваскулярлық ауруларынан туындайтын өлім-жітім, ал еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарға (45-64 жас) созылмалы жүректің ишемиялық ауруларынан туындайтын өлім-жітім қауіп төндіреді [91].

Сібірдің еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының денсаулық жағдайы динамикада негізінен бүкіл елге тән тенденцияларды қайталайды. Алайда, оны бірқатар аймақтардағы неғұрлым қатал өмір жағдайлары және зиянды және қиын еңбек жағдайлары бар салалардың басымдылығымен сипатталатын өндірістің ерекшелігі қиындатады. Алынған нәтижелер көрсеткендей, Сібір Федералды Округіндегі еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарда біріншілік және жалпы аурушандық көрсеткіштерінің жоғары болуымен сипатталады [92].

Бельгияда жұмыссыз ер адамдар мен әйел адамдарда жұмыс істейтін әріптестеріне қарағанда барлық себептерден және белгілі себептерден болатын

өлім қаупі жоғары. Жұмыссыз бельгиялықтардың өлім-жітімі эндокриндік және асқорыту ауруларынан, психикалық бұзылулардан және құлаудан ерлер арасында әйелдерге қарағанда жоғары көрсеткішті құрады [93].

Данияда тұрғылықты аймақтағы жұмыссыздық деңгейі өлім-жітімнің жоғарылауымен байланысты болды (тәуекел коэффициенті ең жоғары және төменгі квантиль 1,35: 0,14–1,60), 1980 жылы жұмыссыздық тәжірибесін түзеткеннен кейін де, бұл тәуекел факторы болып қалды (тәуекел коэффициенті иә/жоқ 1,38: 1,16–1,64) [94].

Грецияда жұмыссыздықтың әрбір қосымша пайызы еңбекке қабілетті жастағы ер адамдар арасында өзін-өзі өлтіру жағдайларының 0,19 / 100000 тұрғынға (95% ДИ 0,11–0,26) өсуімен байланысты болды [95].

Жапонияда жұмыс істейтін тұрғындар арасында темекі шегу барлық себептерден және ерекше себептерден (жүрек-қан тамырлары аурулары мен темекі шегумен байланысты қатерлі ісіктерді қоса алғанда) өлім қаупінің жоғарылауымен байланысты болды, дегенмен бұл қауіп темекі шегуден бас тартқаннан кейін 5 жыл өткен соң азайды [96].

Ресей тұрғындарының арасында денсаулығы мен мүгедектігінің қанағаттанарлықсыз жағдайы: 15-49 жас тобында: психикалық бұзылыстар 35,1% құрайды және мүгедектікке алып келеді), сонымен қатар АИТВ/ЖИТС/Туберкулез және жүрек-қан тамырлары аурулары (мезгілсіз өлім-жітімді туындатады [97]

Қарастырылып отырған кезеңде (2011-2017 жж.) Қазақстан Республикасында әйелдер мен ер адамдар арасында қатерлі ісік ауруы көбейді (өсу қарқыны ерлерде 5,4%, әйелдерде 11,8% құрады) [98].

Жыл сайын ҚІ ауруынан 17 мың адам қайтыс болуда, оның шамамен 42%-ы еңбек ету жасындағы науқастар. 10 жылда статистикалық есеп бойынша ОҚО ҚІ сырқаттанушылықтың таралу деңгейі 2006 жылы 361,9 100 000 халыққа шаққанда кездесе, ал 2016 жылы 409,3 100 000 халыққа шаққанда жоғарылап отыр [99].

Өлім-жітімді талдау нәтижелері көрсеткендей, 2010 жылмен салыстырғанда 2012 жылы Оңтүстік Қазақстан облысының еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының жалпы өлім-жітім көрсеткіштері 8,3%-ға төмендеп, 1000 тұрғынға шаққанда 8,3 жағдайды құрады, ал орташа өмір ауру ұзақтығы 1,1 есеге өсті. Оң өзгерістер Қазақстанда жүргізіліп жатқан реформаларға сәйкес көбірек байқалады [100].

Түркістан облысында негізгі аурулар бойынша аурушандық көрсеткіштеріне баға беру нәтижесінде тұрғындардың денсаулығын сақтау және нығайту бойынша ғылыми ұсыныстарды, бағдарламаларды дайындау арқылы басқаруға болады [101].

Түркістан облысы тұрғындарының денсаулық жағдайын субъективті бағалау нәтижесінде денсаулық сақтауда әлеуметтік айырмашылықтар туралы қазақстандық ғалымдардың жүргізген зерттеулерін толықтырады және денсаулық сақтау көрсеткіштерімен қоса әлеуметтік теңсіздікті бақылау қажеттігін растайды. Еңбекке қабілетті жастағы тұрғындар денсаулығы

сәйкесінше нашар, қанағаттанарлық, жақсы, өте жақсы көрсеткіштер 4,4%, 27,1%, 55,3%, 13,2%-ды құрайды [102].

15-59 және 15-64 жас аралығындағы ер адамдарда және 15-54 және 15-59 жас аралығындағы әйел адамдарда тұрғындардың өлім-жітімінің стандартталған көрсеткіштерін салыстырмалы талдау Ресей мен ЕО-28 елдерінің айтарлықтай артта қалушылығын көрсетті. Өлім-жітім көрсеткіштеріндегі айырмашылықтар ер адамдарда ЕО-28 елдерімен салыстырғанда 15-59 жас топтарында 3,1 есе, 15-64 жас топтарында – 2,8 есе құрайды. Әйелдерде 15-54 жаста – 2,5 есе, 15-59 жас топтарында 2,2 есе жоғары көрсеткішті құрайды [103].

Қазіргі уақытта еңбекке қабілетті жастағы 1 954 543 (1,45%) индонезиялықтар жүректің ишемиялық ауруымен ауырады. Жүректің ишемиялық ауруы (ЖИА) зейнет жасында 32 492 (36,6%) артық өлімге алып келді, 128 132 (0,5%) жыл өмірінен айырылды (потеря годы жизни), 2 331 495 (10,5%) QALY жоғалтуына (потеря) және 1 589 490 (6,9%) DALY жоғалуына (потеря) алып келді деп бағаланды [104].

Әйелдерде де, ер адамдарда да көбінесе еңбекке қабілетті жаста пневмониядан қайтыс болады. Бұл диагноз тыныс алу жүйелері салдарынан туындайтын өлім-жітімнің $\frac{3}{4}$ бөлігін құрайды. Ер адамдарда созылмалы обструктивті өкпе ауруынан (СОӨА) 15-59 жас аралығындағы өлім-жітімнің пайыздық көрсеткіші ($t = 5,6$) әйелдерге қарағанда айтарлықтай жоғары, сәйкесінше $11,8 \pm 1,3$ және $2,8 \pm 0,9$.

СОӨА егде жастағы және кәрі жастағы адамдардың өлім-жітімінің себебі болып табылатындығын көруге болады, 60-74 жас аралығындағы адамдардың өлім-жітімі 100 мың тұрғынға шаққанда 228 жағдайды құрады, ал 75 жас және одан жоғары жаста ол 3,2 есе егде жастағы адамдарға қарағанда жоғары, ал 15-59 жас аралығындағы 9,7. Тыныс алу жүйесі аурулары нәтижесінде туындайтын өлім-жітім науқастардың жасының ұлғаюымен айтарлықтай жоғарылайды. 50-59 жас аралығындағы тұрғындардың өлім-жітім көрсеткіштері 20-29 жас аралығындағы тұрғындардың өлім-жітім көрсеткіштерімен салыстырғанда 14,6 есе жоғары (ерлер арасындағы өлім-жітім 21,1 есе, әйелдер – 5 есе өсті). Жасы ұлғайған сайын, ер адамдардың өлім-жітімінің әйел адамдардың өлім-жітімінің деңгейінен асып түсуі соғұрлым жоғары болады: 30-39 жаста олардың артуы 3,7 есе, 50-59 жаста – 8 есе [105].

1.2 Еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың денсаулық көрсеткіштерін бағалау және профилактикалық шараларды ұйымдастыру

Ресей Федерациясының ересек тұрғындарының аурушандық пен мүгедектіктің, өлім-жітімнің себептерін және құрылымын талдау мемлекеттік денсаулық сақтау саясатының басымдығы еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың денсаулығын жақсартуға бағытталуы керектігін көрсетті, және қанайналым жүйесі аурулары және өлімнің сыртқы себептері (атап айтқанда, жол-көлік оқиғалары мен өзін-өзі өлтіру) және қатерлі ісіктермен күресуге басымдық беру қажет [106].

Украина тұрғындарының денсаулығына әсер ететін медициналық-әлеуметтік қауіп факторлары ретровирусқа қарсы терапиямен жеткіліксіз қамтылуы, ішімдік пен темекі тұтынудың жоғары таралуы және денсаулықты қорғау шараларын жеткіліксіз қаржыландыру болып табылады [107].

Жұмысшылардың денсаулығын сақтау жөніндегі іс-шаралардың негізгі бағыты әр жұмыс орнында кәсіби тәуекелдерді басқару жүйесін енгізу арқылы еңбек жағдайларын жақсарту, қызметкерлердің денсаулығын қорғау және еңбек қауіпсіздігін қамтамасыз ету болып табылады [108].

Жұмыс психикалық денсаулыққа пайдалы. Алайда, зейнеткерлік жаста жұмысты тоқтату психикалық денсаулыққа пайдалы болуы мүмкін. Денсаулықтан басқа, қаржылық факторлар, өмір салты, еңбек мотивациясы және еңбек шарттары еңбек ету мерзімін ұзартуда маңызды рөл атақарады [109].

Дене жұмысындағы жүктемелердің жоғары болуы еңбек өмірінің қысқаруына және еңбекке жарамсыздық пен жұмыссыздық жылдарының көбеюіне қауіпті фактор болып табылады [110].

Қоғамдық денсаулық сақтау бағдарламаларын жақсарту үшін аурудың қоайсыз ауыртпалығын, денсаулыққа салдарын, денсаулыққа қатысты айырмашылықтар мен қауіп-қатерлерді атап өту маңызды. Сондай-ақ, әрекетсіздіктен зардап шеккен немесе нақты бағдарламаларды қолданған адамдардың өмірінен мысалдар келтірген пайдалы [111].

Денсаулық сақтау жүйесі жұмысының тиімділігі мен халықтың денсаулығын жақсарту мақсатына қол жеткізу дәрежесі менеджменттің нақты әдістерін жүзеге асырумен ғана емес, оларды жүзеге асырудың әлеуметтік-экономикалық жағдайларымен, медициналық көмектің қолданыстағы жүйесімен де байланысты [112].

Денсаулық бұзылыстарын ерте диагностикалау, дұрыс емдеу және оңалту, нәтижесінде – елдің еңбек әлеуетін сақтау болып табылады [113].

Кешенді клиникалық тексеруді қолдана отырып, еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарды медициналық тексеру жүйесі денсаулық жағдайындағы ең алғашқы ауытқуларды, бұрын анықталған патологиялық процестердің динамикасын анықтауға, сәйкес профилактикалық және оңалту шараларын әзірлеуге мүмкіндік береді. Кәсіби медицинадағы мониторинг – бұл алдын-алу мақсатында жүйелі түрде жинау, талдау, түсіндіру және тарату. Мониторинг кәсіптік денсаулық сақтау бағдарламаларын жоспарлау, іске асыру және бағалау үшін, сондай-ақ кәсіби денсаулықтың мәселелері мен жарақаттарды бақылау үшін, сондай-ақ жұмысшылардың денсаулығын сақтау мен нығайту үшін өте маңызды [114].

Денсаулық пен жұмыс күшінің денсаулығын жақсарту көп қырлы болып табылады және жұмыс күшінің ұзақ мерзімді даму стратегиясында кешенді әдіс-тәсілдерді қажет етеді [115].

Міндетті алдын-ала және мерзімді медициналық тексерулер тұрғысынан жұмысшыларды медициналық тексеруден өткізуді регламенттейтін Қазақстан Республикасы заңнамасының даму тарихына шолу жұмысшылардың және

жалпы халықтың денсаулығын сақтаудағы профилактиканың басымдығын көрсетеді (кәсіптік аурулар және жағдайлар, жарақаттардың алдын алу, инфекциялық және паразиттік аурулардың алдын-алу). Сондай-ақ экономикалық және әр түрлі типтегі кәсіпорындардың қолданыстағы стандарттардың орындалуына мемлекеттік және қоғамдық ұйымдардың бақылауы маңызды [116].

Жекелей зерттеулердің қорытындысына қарағанда Түркістан облысының ауылдық жеріндегі тұрғындардың арасында ас қорыту жүйесі, эндокриндік жүйе, қан айналу жүйесі және зат алмасу органдары аурулары, қатерлі ісік, жарақаттар мен уланулар жиі ұшырасады. Сонымен қатар созылмалы гастрит пен асқазанның ойық жарасы аурулары да жиі ұшырасады [117,118].

Сонымен қатар жекелей зерттеулердің қорытындыларына қарағанда, Түркістан облысының аудандарында жүргізілген алдын алу шаралары келесідей нәтиже көрсетті. Қауіптілігі төмен аудандарда алдын алу шараларының нәтижелілігіне қарай гепатит В,С, түрлері 2,56 промилледен 2,43 промиллеге дейін азайса, қант диабеті ауруы 115,36 промилледен 113,72 промиллеге дейін төмендеді. Түркістан облысы бойынша әлеуметтік мәні бар аурулардың алдын алу үшін профилактикалық шараларға өзгерістерді енгізіп, оның тиімділігіне әлеуметтік-гигиеналық тұрғыда баға беру қажет [119].

Қорытындылай келе, Түркістан облысының еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының денсаулық көрсеткіштерінің әкімшілік аудандарға қарай жіктелу ерекшеліктері осы күнге дейін зерттелмеген. Басқаша айтқанда, осы күнге дейін Түркістан облысының еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының әкімшілік аудандар бойынша аурушандық және өлім-жітім көрсеткіштері динамикалық тұрғыда зерттеліп, олардың құрамдық және деңгейлік қалыптасу заңдылықтары анықталмаған. Сонымен қатар Түркістан облысы тұрғындарының денсаулық көрсеткіштерін әкімшілік аудандардағы әлеуметтік-экономикалық жағдайға қарай топтастыру осы күнге дейін жүзеге асырылмаған. Басқаша айтқанда, тұрғындарының әкімшілік аудандар бойынша қалыптасқан аурушандық және өлім көрсеткіштері динамикалық тұрғыда зерттеліп, олардың құрамдық және деңгейлік қалыптасу заңдылықтарын анықтаудың ғылыми әдістері жасалмаған. Диссертациялық жұмыста жоғарыда атап көрсетілген кемшіліктерді толықтырып, қажетті әдістемелерді жасап, тұрғындардың денсаулығын жақсартудың ғылыми негіздерін жасауға көңіл бөлінген.

2 ЗЕРТТЕУ МӘЛІМЕТТЕРІ ЖӘНЕ ӘДІСТЕРІ

Бүгінгі күнгі Түркістан облысы өңірінің әлеуметтік-экономикалық даму сипатына келетін болсақ, облыс бойынша 2021 жылғы халық саны 2137,7 мың адамды құрайды. 2021 жылғы қаңтар-қыркүйектегі халықтың табиғи өсуінің абсолюттік көрсеткіші 34,1 мың адамды құрады, осы кезеңде 41,5 мың (96,8%) – туу, 7,4 мың (100,2%) - өлім оқиғасы тіркелді.

Халықтың тұрмыс деңгейіне келетін болсақ, 2021 жылдың екінші жартысында орташа көрсеткішпен алынғандағы табысы 101690 теңгені құрап, бір жыл бұрынғы тиісті кезеңмен салыстырғанда 19,2%, нақты ақшалай табыс – 3,6% өсті.

Жұмыспен қамту статистикасына қатысты жұмыссыздар саны – 41,7 мың адамды құрады. Жұмыссыздық деңгейі жұмыс күшіне 5% құраған. Бүгінгі таңда, қызметкерлерге есептелген орташа айлық атаулы жалақы 248905 теңгені құрап, алдыңғы жылмен салыстырғанда 14,9% өсті.

Баға статистикасы бойынша азық-түлік тауарларының бағасы 4,5%, азық-түлік емес тауарлары – 8,1%, халыққа ақылы қызмет көрсету – 15,1% көтерілді. Нақты жалпы өңірлік өнім құрылымында тауар өндіру үлесі 34,6%, қызмет көрсету – 56,8% құрады. Қазақстан Республикасында еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың көрсеткіші Астана және Алматы қалаларында, ал облыстық деңгейде Қостанай және Павлодар қалаларында жоғары көрсеткішті құрады. Солтүстік Қазақстан облысында еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың үлес салмағы салыстырмалы түрде жоғары көрсеткішті көрсетсе, қарама-қарсы, Түркістан облысы халқының жас-жыныстық пирамидасы егде жастағы халықтың төмен үлесін және 16 жасқа дейінгі балалардың көрсеткіші жоғары екендігін көрсетеді. Сонымен қатар жасөспірім жастағылардың көрсеткіші Жамбыл облысы мен Қызылорда облысында 7,0%, Түркістан облысында –8,0%, Шымкентте – 7,8% құрайды. Еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардан жасы ұлғайған тұрғындар тарапынан демографиялық жүктеме жалпы Қазақстан бойынша айтарлықтай төмен. Зерттеу кезеңін қамтыған жылдар арасында Қазақстанның облыстары мен қалаларында туудың жиынтық коэффициентін талдау оның ең үлкен шамасы 2019 жылы Түркістан облысында тіркелгенін анықтады. Аталған көрсеткіш Солтүстік Қазақстан облысында Түркістан облысының көрсеткішінен қарағанда 2 есе аз, Қостанай және Алматы қалаларында ең төменгі деңгейді құрайды. Ғылыми жұмыстың алдына қойған мақсаттары мен міндеттеріне байланысты зерттеу барысында кешенді және заманауи зерттеу әдістері қолданылды. Жүйелік мониторингті және өңірлік денсаулық сақтау жүйесін көп деңгейлі модельдеуді іске асыру үшін кешенді зерттеу әдістемесі жасалды. Тиісті деңгейдегі денсаулық сақтауды талдаудың негізіне зерттеу нысанына жүйелік тәсілдің кибернетикалық қағидасы алынды, бұл жағдайда жеке алынған нысан, біздің жағдайда ауданның, қаланың және облыстың денсаулық сақтау жүйесі «кіру», «шығу» бар жүйе және кері байланысы бар басқарушы ұйым ретінде қарастырылады.

Басқару шешімдерін қабылдау үшін қажетті ақпараттық ағындар тек жоғарыдан төмен қарай ғана емес (бұл басқарудың әкімшілік әдістерінде басым), сонымен қатар төменнен жоғары (бұл нарықтық қатынастарға тән) бағытталуы тиіс. Алайда, басқару деңгейі (кіші жүйе) төмен болған сайын, дәлелді ақпараттар көлемін алу әдістемелерінің жеткіліксіздігі мәселесі орын алады, себебі, жергілікті жерлерде басқару шешімдерін қабылдау үшін жан-жақты ақпарат қажет. Ал керісінше, басқару жүйесінің деңгейі жоғарылаған сайын, тұтастай алғанда денсаулық сақтауды басқару үшін қажетті ақпарат ағыны «толассыз» болады. Осыған байланысты, тиісті деңгейдегі денсаулық сақтау жүйесін басқару үшін қажетті сапалы және көлемді ақпаратты алу үшін деректердің ақпараттық базасын көпдеңгейлі қалыптастырудың тұжырымдамалық моделі әзірленді: аудандық, қалалық және облыстық деңгейлерде декомпозиция жүргізілген, сондай-ақ жоғары тұрған басқару ұйымына ұсынылатын ақпарат ағындарын «шектегіштер» анықталған. Аудандық, қалалық және облыстық деңгейлерде басқарушылық шешімдердің нұсқаларын әзірлеу үшін денсаулық сақтау жүйесінің (кіші жүйесінің) экономикалық жағдайының оның қызметімен және тиісті өңір халқының денсаулық жағдайымен өзара әрекеттестік байланысының тұжырымдамалық жұмыс моделі әзірленді.

Осылайша, зерттеу әдістемесінің ерекшеліктері: кешенді сипат, жүйелі тәсіл, денсаулық сақтау жүйесінің тиісті деңгейдегі тиімді қызметін қамтамасыз ету мақсатында оңтайлы басқару шешімінің нұсқаларын құру үшін қазіргі заманғы әлеуметтік-гигиеналық және компьютерлендірілген ақпараттық әдістерді пайдалану болып табылады.

Денсаулық сақтау жүйесін ресурстық қамтамасыз етуді талдау үшін денсаулық сақтаудың тиісті деңгейіндегі (ауданның, қаланың, облыстың) емдеу-профилактикалық мекемелері жүйесінің жалпы сипаттамасы, стационарлық және амбулаторлық-емханалық көмек көрсету жағдайы, мамандар құрамының сипаттамасы, қаржыландыру, ауруларды диагностикалау және емдеудің тиімділігін арттыру үшін жаңа емдеу-диагностикалық, оның ішінде лазерлік технологияларды енгізу қарастырылды. Зерттеумен қамтылған өңір халқының денсаулығын бағалау мынадай көрсеткіштер бойынша жүргізілді: қарастырылған зерттеу жылдары бойынша динамикадағы туу, жалпы өлім, жалпы аурушандық және алғашқы сырқаттану (аурушандық), жарақаттану, мүгедектік.

Жүйелік тәсіл мен жүйелік талдау басқарудың тиісті деңгейінде басқарушылық шешімдерді қабылдау үрдісінде медициналық ақпаратты жедел жинау, өңдеу, талдау және пайдалану үшін компьютерлік технологияларды пайдалану қажеттігін көрсетті. Ақпараттық деректер базасын статистикалық өңдеу және талдау компьютерлік STATISTICA for Windows 6.0, Statgraphics for Window XP және т.б. статистикалық пакеттерді пайдалана отырып орындалды. Осындай әдістемелік жүйе бірнеше экологиялық-гигиеналық, әлеуметтік-медициналық сипаттары бойынша әкімшілік аудандарды жіктеуге мүмкіндік берді. Олар қауіптілігі бойынша төмен дәрежелі, орта дәрежелі, жоғары

дәрежелі және аса жоғары дәрежелі әкімшілік аудандар деп топтастырылды. Бұл аудандағы тұрғындардың денсаулығын салыстыру мақсатында жалпы аурушандық, алғашқы сырқаттану, әлеуметтік мәні бар аурулармен аурушандық көрсеткіштерінің көпжылдық динамикалық деңгейі мен құрылымы бағаланды. Облыс аудандарын жалпы аурушандық көрсеткішінің деңгейі бойынша топтастыру үшін Академик Ю.П.Лисицын жіктеуі (2002ж.) қолданылды [120]:

1. Жалпы аурушандықтың төменгі деңгейі – 796,2-874,5‰, тұрғындар денсаулығының қалыптасуындағы қауіптілігі төмен.

2. Жалпы аурушандықтың орташа деңгейі – 874,6-1053,2‰, тұрғындар денсаулығының қалыптасуындағы қауіптілігі орташа.

3. Жалпы аурушандықтың жоғары деңгейі – 1053,3-1178,4‰, тұрғындар денсаулығының қалыптасуындағы қауіптілігі жоғары.

4. Жалпы аурушандықтың аса жоғары деңгейі – 1208,4-1315,9‰, тұрғындар денсаулығының қалыптасуындағы қауіптілігі аса жоғары.

Аурушандық көрсеткіштерінің құрамы мен деңгейін 1000 тұрғынға шағып есептеп, оның гипотетикалық даму бағытын ғылыми мәліметтерде келтірілген әдістерге сәйкес анықтадық. Әлеуметтік мәні бар ауруларды зерттеу барысында 100 мың тұрғынға шағып есептегендегі деңгейі мен құрылымы бағаланды. Әлеуметтік мәні бар аурулар болып ҚР ДСМ-108/2020 бұйрығымен бекітілген патологиялар есепке алынды. Олардың қатарында: қатерлі ісік, туберкулез, миокард инфаркты, вирустық гепатит В,С, қант диабеті, психикалық ауытқу мен мінез-құлықтық өзгерістер, церебральдық салдану, ревматизм, орталық жүйке жүйесінің тұқым қуалайтын дегенеративтік аурулары, орталық жүйке жүйесінің демиелинизацияға алып келетін аурулары, дәнекер тінінің жүйелі зақымдануы. Әдеби шолуларда зерделенген ғылыми әдістемелерге сәйкес, берілген зерттеу жұмысында денсаулық көрсеткіштері мен қатерлі себептердің байланыс тығыздығын анықтау үшін олардың арасындағы корреляциялық көрсеткіші анықталды. Сол арқылы қауіптілігі төмен аумақтардағы көрсеткіштердің қалыпты шамасының артуына өмір сүру салтына қатысты себептер және медициналық көмек сапасының жоғары дәрежеде әсер ететіндігі анықталды. Ал тұрғындардың денсаулығына орта дәрежедегі қауіп туғызатын әкімшілік аудандардағы негізгі қауіп-қатерлерге ауыл шаруашылығында қолданылатын минералдық тыңайтқыштардың ауыз судағы жоғарғы дәрежедегі шоғырлануы жатады. Сонымен қатар, осы әкімшілік аудандардағы тұрғындардың өмір сүру салтындағы денсаулыққа зиянды әсер ететін себептер болып отыр. Денсаулыққа қауіптілігі жоғары дәрежедегі аудандардағы қатерлі себептерге ауыз судың құрамындағы пестицидтердің қалыпты шамадан жоғары деңгейде шоғырлануы жатады. Денсаулыққа аса қауіпті әкімшілік аудандардағы негізгі себеп уран өндіру орындарынан бөлінетін радиацияның денсаулыққа көп жылдық әсерімен байланысты. Сонымен, жұмысты орындау барысында қолданылған әдістеме зерттеуге алынған аудандарды дұрыс топтастыру арқылы ғылыми тұрғыда негізделген профилактикалық шараларды ұйымдастыруға мүмкіндік берді.

2.1 Зерттеу әдістері мен бағдарламасы

Зерттеу бағдарламасы бірнеше кезеңдерде орындалды (кесте 1):

Ауыл тұрғындарының денсаулығы мен денсаулық сақтау мәселелері жөнінде ғылыми әдебиеттерге талдау жасалып, Түркістан облысы тұрғындарының денсаулық көрсеткіштері, олардың қалыптасу ерекшеліктері мен қатерлі себептері арасындағы байланысын талдау, Түркістан облысы әкімшілік аудандары тұрғындарының зерттеу міндеттеріне сәйкес мәселелері анықталып зерттелді. Еңбекке қабілетті жастағы тұрғындар арасында денсаулыққа әсер ететін факторларды анықтау мақсатында сауалнама жүргізілді. Сауалнамаға Түркістан облысы бойынша қала және аудандарында 1148 адам қатысты. Сауалнаманы өңдеуде көлденеңінен зерттеу әдісі қолданылды. Еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың денсаулығы және оған әсер ететін факторларды анықтау денсаулық сақтау мекемелерінің мамандарымен жүзеге асырылды. Тұрғындардың жалпы денсаулық жағдайын субъективті бағалау, жасы, жынысы, отбасылық жағдайы, білімі, зиянды әдеттермен әуестенуі, этникалық құндылығы, тұрып жатқан жері және т.б. сұрақтармен қамтылды.

Белгілер арасындағы байланысты талдау көпөлшемді логистикалық регрессиялық талдау әдісі арқылы сенімділік интервалы 95 % анықталды [102].

Тұрғындардың денсаулық жағдайын субъективті бағалау нашар, қанағаттанарлық, жақсы және өте жақсы көрсеткіштері сәйкесінше 4,4 %, 27,1 % 55,3 % және 13,2 %-ды құрады.

Түркістан облысы әкімшілік аудандарындағы тұрғындар арасындағы әлеуметтік мәні бар аурулардың таралу жиілігі мен динамикасы анықталды. Өңірдегі әкімшілік аудандар аурушандық пен оны туындататын қатерлі себептердің қалыптасу заңдылықтарына қарай топтастырылды. Аурулар мен оны туындататын қатерлі себептердің корреляциялық байланысына сараптама жасалды.

Кесте 1 - Зерттеу бағдарламасы

Зерттеу кезеңдері	Зерттеу әдістері	Зерттеу нысандары
1	2	3
1. Халықтың денсаулық көрсеткіштері, олардың қалыптасу ерекшеліктері мен қауіпті себептері арасындағы байланысын талдау Түркістан облысы әкімшілік аудандары тұрғындарының зерттеу бағыттарына сай мәселелерін зерттеу.	библиографиялық, құжат көздерін зерттеу, ақпараттық-аналитикалық, социологиялық, статистикалық	Отандық және шет елдік 121 ғылыми-әдеби дерек көздері. Ресми медициналық-статистикалық мәліметтер

1-ші кестенің жалғасы

1	2	3
2.Түркістан облысы әкімшілік аудандарындағы тұрғындар арасындағы әлеуметтік мәні бар аурулардың таралу жиілігі мен динамикасын анықтау.	құжат көздерін талдау, тарихи, ақпараттық-аналитикалық	Ресми медициналық-статистикалық құжаттар, есеп беру мәліметтері негізінде тұрғындардың әлеуметтік мәні бар аурулармен аурушаңдығының 2014-2021 жж. көрсеткіштері.
3.Түркістан облысының әкімшілік аудандарын аурушаңдық пен оны туындататын қатерлі себептердің қалыптасу заңдылықтарына қарай топтастыру. Аурулар мен оны туындататын қатерлі себептердің корреляциялық байланысын сараптау	әлеуметтік-гигиеналық, статистикалық, медициналық құжат көздерін талдау, ақпараттық-аналитикалық, экология туралы деректер	Аурушаңдық көрсеткіштерінің 2014-2021 жж. деңгейі мен құрылымы, гипотетикалық даму бағыты. Аурушаңдық және оның қатерлі себептері арасындағы корреляциялық байланыс тығыздығы. Тұрғындар саны-80593 (облыс тұрғындарының 4%-ы) Іріктелген статистикалық карта саны – 7285
4.Интегралды бағалауды қолдана отырып, әкімшілік аудандардағы тұрғындардың сауықтыру шараларының моделін құрастыру	ақпараттық-аналитикалық, сараптамалық, тәжірибелік модельдеу	Аурушаңдық және оның қатерлі себептері арасындағы корреляциялық байланыс тығыздығы. Тұрғындар саны-80593 (облыс тұрғындарының 4%-ы) Іріктелген статистикалық карта саны – 7285

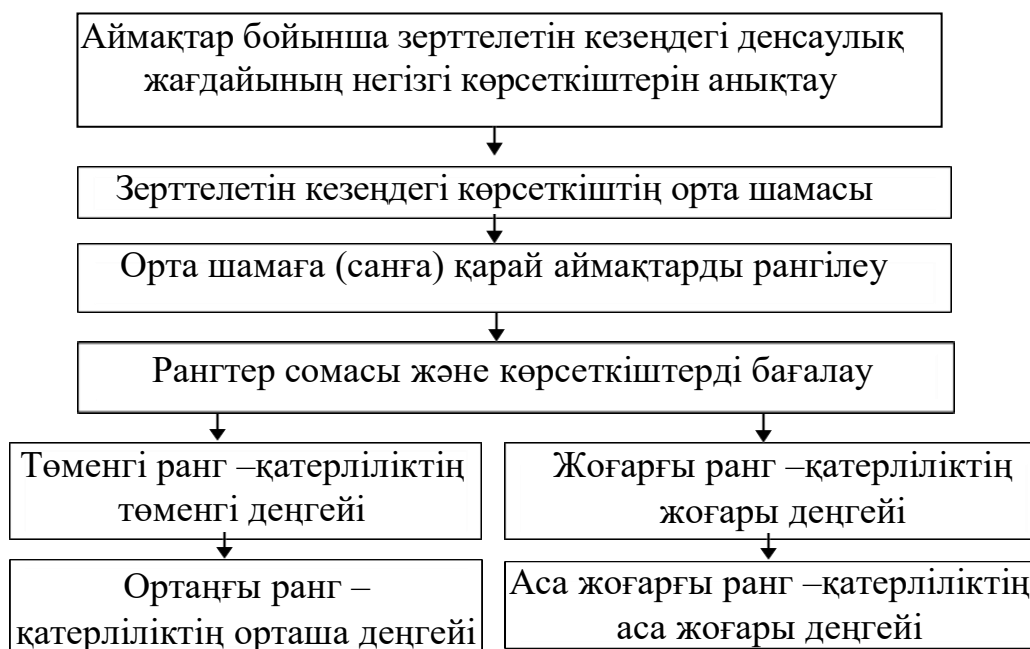
Интегралды бағалауды қолдана отырып, әкімшілік аудандардағы тұрғындардың сауықтыру шараларының моделі құрастырылып, тәжірибелік ұсыныстар берілді. Зерттеу нәтижелері талданып, математикалық-статистикалық өңдеу жүргізілді. Диссертациялық жұмыста тұжырымдалған негізгі қағидалар, қорытындылар мен нәтижелер отандық және шетелдік ғылыми басылымдарда жарияланды.

Денсаулық көрсеткіштері мен аурушаңдық жағдайларын интегралды көрсеткішпен бағалау әдісі.

Еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының денсаулық жағдайын бағалау үшін түрлі статистикалық көрсеткіштер қолданылады, бірақ олардың өзара байланысын талдап кешенді қолдану маңызды. Аурушаңдық көрсеткіштері денсаулық жағдайының шиеленісін бағалауға мүмкіндік береді.

Соңғы жылдары денсаулық жағдайын интегралды бағалау көрсеткіштерін есептеумен, соның ішінде бағалаудың объективтілік дәрежесін арттыратын статистикалық деректерді өңдеудің заманауи компьютерлік бағдарламаларын қолдана отырып, жалпыланған бағалаудың әртүрлі әдістері ұсынылды, бұл адекватты басқару шешімдерін қабылдауға мүмкіндік береді. ИК есептеу алгоритмі келесідей (сурет 1).

Интегралды бағалау облыстың барлық топтастырылған аудандары бойынша жүргізілді. Интегралдық бағалауды қорытындылау нәтижесінде Түркістан облысының әкімшілік аймақтары бойынша қатерлілік деңгейлері анықталды. Аурудың жоғары көрсеткіштері бар, сондай-ақ қатерлілік белсенділігі төмен аудандардан (қалалар) аса жоғарыға дейінгі аудандар топтары жіктелді, бұл профилактикалық стратегияларды өңдеу (А, Б, В, Г қосымшалары) және олардың бағытын айқындауға мүмкіндік береді.



Сурет 1 – Әкімшілік аумақтардағы денсаулық жағдайы мен аурушаңдықты кешенді бағалаудың интегралды көрсеткішін шығару алгоритмі

Қысқа мерзімді болжау әдісі. Қысқа мерзімді болжамды Microsoft Excel арқылы графикалық түрде жүзеге асыруға болады. Болжам жуықтайтын (аппроксимациялау) сызықты – тренд сызығын қолдана отырып, ең кіші квадраттар әдісіне негізделген. Тренд сызығын таңдағанда, Microsoft Excel жуықтаудың сенімділігін сипаттайтын R2 көрсеткішінің мәнін автоматты түрде есептейді: R2 мәні неғұрлым бірге жақындаған сайын, соғұрлым тренд сызығы зерттелетін құбылысты аппроксимациялайды (жуықтатады).

Төмендегі 2-суретте облыс тұрғындарының денсаулық көрсеткіштерімен байланысты детерминанттар ішкі компоненттерімен келтірілген:

1. Медициналық көмекті ұйымдастырудың сапасы мен деңгейі
2. Экологиялық-гигиеналық жағдай
3. Медициналық – демографиялық жағдай
4. Әлеуметтік-гигиеналық жағдай

Сызбада көрсетілгендей, денсаулық детерминанттарының денсаулыққа әсерін ішкі компоненттерінің көрсеткіштері арқылы сипаттау мүмкіндігі және осы жүйені басқару үшін қажетті сапалы және көлемді ақпарат алу үшін тиісті деңгейдегі денсаулық сақтау субъектілерінің жүйедегі орны мен рөлі сәйкес деңгейлерде басқарушылық шешімдерін әзірлеуге қажет механизм болып табылады.



Сурет 2 – Тұрғындардың денсаулық көрсеткіштерімен байланысты детерминанттар

3 ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫНЫҢ ӘКІМШІЛІК АУДАНДАРЫ ТҮРҒЫНДАРЫНЫҢ АУРУШАҢДЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ҚАЛЫПТАСУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

3.1 Түркістан облысы бойынша тұрғындарды медициналық көмекпен қамтамасыз ету жүйесі

Түркістан облысының аудандары мен қалалары бойынша халық санының динамикасына назар аударсақ (кесте 2), халық санында біркелкі динамикалық өсу байқалмайды. Әкімшілік аудандардың ірілену немесе ықшамдалуына байланысты құбылмалы өзгергіштік айқындалады. Атап айтқанда, 2017ж. Түркістан қаласында 260 728 адам құраған халық саны 2018ж. – 162 976 болып тіркелген. Ал, керісінше, Кентау қаласында 95 825 тең халық санында 2018ж. – 199 170 адам статистикалық тіркелген.

Жалпы Түркістан облысы бойынша, 2017ж. –2 901 089 адам тіркелгені жөніндегі ресми дерек 2018ж. – 1 972 963 халық санын құраған.

3-кесте мәліметтерінде көрсетілгендей, ретроспективті зерттеу мерзімі бойынша, барлығы Түркістан облысында 2011ж.–118 ауруханалық мекемелер саны 2015ж.–101-ге, 2018ж.–30-ға, 2021 ж.–33-ке дейін оптимизацияланған. Орталық аудандық аурухана санында 3-жылдық интервалдық статистикалық жинақ мәліметтері бойынша, өзгеріс болмаған (12). Өзге аудандық ауруханалар саны 2011 жылғы 6-дан келесі интервалдық тіркеу кезеңдерінде 5-ке төмендеген.

Облыс деңгейіндегі қалалық ауруханалар саны құбылмалы өзгерген: 2011ж.–4-тен келесі кезеңде (2015ж.)–5-ке артып, кейінгі зерттеу кезеңдерінде (2018 ж., 2021 ж.)–3 қалалық аурухана болып қысқарған. Балалар ауруханасы болса, алдыңғы екі кезеңдегі – 4 мекемеден кейінгі кезеңдерде –2 мекемені құраған.

Өңірдегі басқа денсаулық сақтау мекемелердің (облыстық периналдық орталық /босану үйлері, тері-всєрологиялық диспансер, облыстық фтизиатриялық орталықтар /туберкулезге қарсы диспансерлер, психикалық денсаулық орталықтары /психоневрологиялық диспансерлер) барлығының дерлік санында қысқару айқын.

Ескеретін жайт, реабилитациялық орталықтар /облыстық балалар реабилитациялық орталықтар санында ілгерілеу байқалады: 2011 ж. – 2 -ден 2021 ж. – 4-ке артқан; Облыстық клиникалық аурухана – 1; 2015 жылғы 5 санаторийден 2021 ж. – 1 ғана тіркелген.

Кесте 2 - Түркістан облысының аудандары мен қалалары бойынша халық санының динамикасы (абс.саны)

№	Аудандар мен қалалар атауы	Орташа жылдық халық саны										
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Арыс	64500	66100	67400	68200	73374	73374	74097	73994	74047	75285	76608
2	Бәйдібек	53700	54 000	54100	54500	55031	55031	54939	54137	53777	54083	54309
3	Қазығұрт	103600	105500	106700	107600	108908	108908	107957	106621	105930	106859	108055
4	Жетісай					111416	111416	110234		169840	171822	173675
5	Мақтаарал	290800	294500	296200	299300	304354	304354	305165	303902	133423	132423	132551
6	Ордабасы	107600	110900	114200	116800	116840	116840	117962	118679	118808	120410	121964
7	Отырар	54300	55600	56300	56800	54190	54190	54560	54202	53849	53991	54164
8	Сайрам	295200	302700	311100	319300	197211	197211	204407	204243	204280	210648	216726
9	Сары-ағаш	286500	295900	302900	309100	318835	318835	325361	326651	184786	188211	192212
10	Келес									142468	142288	142877
11	Созақ	54200	55500	56800	58200	60328	60328	61873	61649	61346	61779	62491
12	Төлеби	127200	130200	132100	133300	116101	116101	117748	117568	117331	118361	119804
13	Түлкібас	100600	103900	106600	108100	109648	109648	111006	111008	111029	111879	112767
14	Шардара	76400	77600	78500	79200	79379	79379	78751	78168	77898	78475	79074
15	Кентау қ.	84700	87200	89400	90700	93321	93321	95825	199170	201826	204972	208229

2-ші кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
16	Түркістан	235800	239600	243900	248400	255062	255062	260728	162976	164688	168441	175825
Жалпы Түркістан облысы бойынша		256310 0	262210 0	267890 0	273090 0	281452 9	281452 9	290108 9	197296 3	197532 3	199992 4	203132 6

* Тіркелген халық регистрі порталы мәліметтері

Кесте 3 – Түркістан облыстық ауруханалық мекемелер торабы (мемлекеттік сектор)

Аудандар мен қалалар атауы	жыл	Аурухана мекемелері	Соның ішінде өз алдына Жеке	Соның ішінде										Басқа
				ОАА	Аудандық аурухана	Қалалық аурухана	Балалар ауруханасы	Перинатальдық орталық	Теривенерологиялық диспансер	Туберкулезге қарсы диспансер	Психиатриялық диспансер	Реабилитациялық орталық	ОКА	Санатория
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Арыс	2011	5		1				1		1				
	2015	5		1						1				
	2018	1	1	1										
	2021	1	1	1										
Бәйдібек	2011	9		1						1				
	2015	9		1						1				
	2018	1	1	1										
	2021	1	1	1										
Қазығұрт	2011	6		1										
	2015	5		1										
	2018	1	1	1										
	2021	1	1	1										
	2011													
	2015													

3-ші кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Жетісай	2018													
	2021	2	2	1	1									
Мақтаарал	2011	6		1	3				1	1				
	2015	4		1	3									
	2018	4	4	1	3									
	2021	2	2		2									
Ордабасы	2011	3		1										
	2015	2		1										
	2018	1	1	1										
	2021	1	1	1										
Отырар	2011	8		1										
	2015	6		1						1				
	2018	1	1	1										
	2021	1	1	1										
Сайрам	2011	7		1	2			1		1				
	2015	5		1	1					1				
	2018	2	2	1	1									
	2021	2	2	1	1									
Сарыағаш	2011	14		1	1				1	1				
	2015	14		1	1					1				1
	2018	2	2	1	1									1
	2021	1	1	1										1

3-ші кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Келес	2011													
	2015													
	2018													
	2021	1	1		1									
Созақ	2011	9		1						1				
	2015	8		1										
	2018	1	1	1										
	2021	1	1	1										
Төлеби	2011	2		1		1								
	2015	2		1		1								
	2018	2	2	1		1								
	2021	2	2	1		1								
Түлкібас	2011	4		1										
	2015	5		1										1
	2018	1	1	1										1
	2021	3	3	1								2		
Шардара	2011	3		1						1				
	2015	2		1										
	2018	1	1	1										
	2021	1	1	1										
Кентау	2011	5				1		1				1		
	2015	3				1								1

3-ші кестенің жалғасы

	2018	1	1			1								1
	2021	2	2			1						1		
Түркістан	2011	9				1	1		1	1				
	2015	7				1	1			1				
	2018	3	3			1	1	1						
	2021	3	3			1	1	1						
Барлығы Түркістан облысы бойынша	2011	118		12	6	4	4	8	4	10	2	2	1	
	2015	101		12	5	5	4	4	1	8	1	2	1	5
	2018	30	30	12	5	3	2	3	1	1	1	1	1	4
	2021	33	33	12	5	3	2	3	1	1	1	4	1	1

4-кесте мәліметтерінде көрсетілгендей, зерттеудің үш жылдық интервалдық кезеңдерінде Түркістан облысында мемлекеттік секторға қарасты амбулаторлық-емханалық мекемелердің санын талдау мәліметтері бойынша, өңір бойынша барлығы МСАК саны – 2011ж. – 261-ден 2015ж. – 750-ге артып, 2018ж. – 709-ға (соның ішінде өз алдына жеке-3) қысқарып барып, 2021ж. – 712-ге (соның ішінде өз алдына жеке-3) тұрақталған.

Қалалық /аудандық емханалар санында айтарлық өзгерістер бар: 2011ж. – 30-дан 2015 ж. – 35-ке артып, кейінгі интервалдық зерттеу кезеңдерінде (2018ж., 2021ж.) – 3-ке қысқарғанын көруге болады.

Орталық аудандық аурухана, аудандық аурухана, қалалық емхана құрамындағы аудандық емханалар саны кейінгі зерттеу кезеңдеріне сәйкес 2018, 2021 жылдары – 17 мекеме санымен тіркелген; Қалалық емханалар саны 2018ж. – 1-ден 2021ж. – 2-ге артқан. Сәйкесінше, МСАК орталықтарының саны да осы жылдары 25-тен 27-ге жоғарылағаны тіркелген.

Өңір бойынша дәрігерлік амбулаториялар саны құбылмалы өзгеріп, 2011ж. – 207-ден 2021ж. – 189-бен шектелген. Бірақ, фельдшерлік-акушерлік пункттер саны 2011ж. – 71-ден 2021ж. – 265-ке артқаны көрініп тұр.

Барлығы басқа МСАК мекемелері арасында жедел медициналық көмек станциясына назар аударсақ, 2011ж. – 8-ден құлдырап, 2021ж. – 1 ғана сәйкес байқауға болады.

Кесте 4 – Түркістан облыстық амбулаторлық-емханалық мекемелердің торабы (мемлекеттік сектор)

Аудандар мен қалалар атауы	жыл	Барлығы МСАК	Соның ішінде өз алдына жеке	Қалалық, ауд. емханалар	ОАА, АА, ҚЕ құрамында						Барлығы басқа	Соның ішінде				
					Аудандық емханалар	Қалалық емханалар	МСАК орталықтары	Дәрігерлік амбулатория	ФАП	Медициналық пункт		ЖМКС	Патолого-анатом. бюро	Арнайы меджабдық	Колледждер	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Арыс	2011	10		1				6		22	23	1				
	2015	31		1				7	4	19						
	2018	26			1			7	5	13						
	2021	26			1			7	5	13						
Бәйдібек	2011	11		1				10		41	41					
	2015	53		1				12	15	26						
	2018	49			1			12	8	28						
	2021	49			1			12	8	28						
Қазығұрт	2011	15		1				14	25	15	41	1				
	2015	56		1				12	25	15	1					
	2018	55			1		3	11	25	15						

4-ші кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Жетісай	2021	55			1		3	11	25	15						
	2011															
	2015															
	2018															
	2021	68			2	1	3	16	37	9	1				1	
Мақтаарал	2011	43		5				38		83	84	1			1	
	2015	125		5				33	67	16	2				1	
	2018	126			4	1	3	36	66	16	1				1	
	2021	57			2			21	28	6						
Ордабасы	2011	14		1				12		41	41					
	2015	52		1				8	21	18						
	2018	52			1		4	8	18	21						
	2021	50			1		3	8	22	16						
Отырар	2011	13		1				12		30	30					
	2015	38		1				11	10	16						
	2018	37			1			13	7	16						
	2021	35			1			13	9	12						
Сайрам	2011	20		3				15		42	43	1				
	2015	43		2				9	12	18						
	2018	39			2		4	11	12	10						

4-ші кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Сарыағаш	2021	39			2		4	11	12	10						
	2011	34		2				32	29	69	10 1	2				
	2015	130		2				38	50	37						
	2018	131			2		4	37	54	34						
	2021	67			1		4	18	28	16						
Келес	2011															
	2015															
	2018															
	2021	66			1		2	18	25	20						
Созақ	2011	9		1				8		18	18					
	2015	28		1				9		18						
	2018	28			1		1	9	4	13						
	2021	28			1		1	9	4	13						
Толеби	2011	14		2				10		51	51					
	2015	52		2				10	24	16						
	2018	52	1	1	1		1	11	22	16						
	2021	52	1	1	1		1	11	23	15						
Түлкібас	2011	14		1				11		40	41					
	2015	52		1				9	21	19						

4-ші кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	2018	52			1		2	11	20	18						
	2021	52			1		2	10	21	18						
Шардара	2011	12		1				11		6	6					
	2015	23		1				13		8	1					
	2018	20			1			11	1	7						
	2021	27			1		1	10	1	14						
Кентау	2011	8		1				3	2		4	1				
	2015	6		1				3	2							
	2018	7	1	1			3	14	17	4						
	2021	39	1	1			3	14	17	4						
Түркістан	2011	21		1				16	14	3	20	1			1	
	2015	37		1				14	15	4	2	1			1	
	2018	35	1	1				2			2	1			1	
	2021	1	1	1							2	1			1	
Облыстық мекемелер	2011	3									8		1		1	1
	2015	9									9		1	1	1	1
	2018										2		1	1		1
	2021	1				1					2		1	1		1

4-ші кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				
Барлығы Түркістан облысы бойынша	2011	261		30				207	71	461	55 5	8	1	1	3	1
	2015	750		35				188	266	230	16	2	1	1	3	1
	2018	709	3	3	17	1	25	193	259	211	5	1	1	1	2	1
	2021	712	3	3	17	2	27	189	265	209	5	1	1	1	2	1

3.2 Еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың аурушандығының құрамы және динамикалық көрсеткіштері

Тұрғындардың денсаулығын сақтау мен денсаулық сақтау саласын қайта құрудың 2020 жылға дейінгі кезеңдегі негізгі бағыттары бойынша әрбір өңірде тұрғындарды медициналық көмекпен қамтамасыз етудің нормативтерімен, демографиялық үрдістердің, аумақтардың әлеуметтік және экономикалық даму ерекшеліктерінің, олардың экологиялық және басқа да сипаттамаларының, тұрғындар денсаулығы жай-күйін тереңдетіп зерттеудің негізінде денсаулық сақтау ұйымдары жүйесінің жағдайы мен дамуының рационалды схемаларын дайындап, қамтамасыз ету қарастырылған.

Жалпы зерттеуге іріктеу әдісін қолдана отырып іріктеп алынған 80593 тұрғын қатысты. Іріктелген жиынтық облыстағы тұрғындарының 4%-ын құрайды. Респонденттер саны зерттеу мақсатына байланысты қажетті бақылау санын құрап, зерттеу репрезентативтілігін қамтамасыз етеді. Біріншілік медициналық құжаттамалардан деректерді көшіріп жазып алу арқылы қажетті мәліметтер жинақталғаннан кейін, барлық толтырылған 14156 статистикалық карталарды шифрлеу жүргізілді. Осының нәтижесінде 7285 статистикалық карта іріктелді. Сонымен қатар одан әрі тереңдетіп зерттеу жүргізу үшін механикалық іріктеу жолымен 1320 карта іріктеп алынды. Жинақталған ақпарат логикалық бақылау және шифрлеу жүргізілгеннен кейін компьютерлік бағдарламамен өңделді.

Түркістан облысы бойынша тұрғындардың, 1000 тұрғынға шаққандағы, жалпы аурушандық көрсеткіші (емханаға қаралуы бойынша) - 1092,7‰ құрады. Орта деңгейден жоғары болып қалыптасқан аурушандық көрсеткіші – Түркістан қаласында (1148,5‰), төмен көрсеткіш – Кентау және Сарыағаш аудандарында (873,6‰) тіркелді. Зерттеу барысында анықталғандай, облыс тұрғындарының жалпы аурушандық көрсеткіштерінің деңгейінде, әртүрлі кезеңдерде бірқатар авторлардың жүргізген зерттеулеріндегі көрсеткіштерден айтарлықтай айырмашылықтар байқалмайды.

Облыс тұрғындарының жалпы аурушандығы бойынша жас-жыныстық ерекшеліктеріне жүргізілген талдау әйелдердің арасында қалыптасқан аурушандық деңгейінің (1176,7‰) ерлердің көрсеткіштерінің деңгейіне қарағанда (995,9‰) жоғары екендігін көрсетті.

Тұрғындар арасындағы жалпы аурушандықтың ең жоғары деңгейі 0-14 жастағыларда - 1734,4‰ қалыптасса, 15-19 жастағылар арасында бұл көрсеткіштің ең төменгі деңгейі тіркелген (657,3‰). Осы жас тобынан кейін оның деңгейі біртіндеп қайта көтеріліп, 60-69 жаста көрсеткіштің деңгейі ең жоғары мағынаға жетеді (1289,8‰), ал одан кейінгі 70 және одан жоғары жаста шамалы бәсеңдейді (1252,9‰), бірақ басқа үлкен жастағылар топтарымен салыстырғанда жоғары болып қала береді.

Әртүрлі жас-жыныстық топтардағы жалпы аурушандық көрсеткішінің құрылымын сараптама жасау барлық аурушандық көрсеткіші деңгейінің 33,3% – 0-14 жастағыларға тиесілі болса, 3,9% – 15-19 жастағыларға, 51,4% – 20-59

жастағы еңбек етуге қабілетті тұрғындардың бөлігі, ал 11,4% – 60 және одан жоғары жастағылар арасында қалыптасқанын анықтады.

Жалпы аурушандықтың емдеу-профилактикалық мекемелерге қаралуы бойынша анықталған жоғары деңгейі (428,6‰) – тыныс алу жүйесі ауруларына байланысты, бұл көрсеткіш жалпы құрылым деңгейінің 39,2% құрайды (кесте 5). Осы аурулар тобының құрылымының 68,5%-ын тұмау мен жоғары тыныс жолдарының жіті жұқпалары әрі олар қаралу барысында тіркелген барлық аурулардың 25%-дан астамын құрайды. Тыныс жолдары ауруларынан кейінгі орында – жүйке жүйесі мен сезім мүшелері аурулары, 1000 тұрғынға шаққанда 91,0‰ шамасында немесе жалпы аурушандықтың 8,3%-ын құрайды. Олардың құрылымында көз және оның қосалқы аппараты, сондай-ақ, құлақ және емізік тәрізді өсінді ауруларының үлес салмағы басым. Олар емдеу-профилактикалық мекемеге қаралуы бойынша анықталған аурушандықтың 87,4% -ын құрайды.

Үшінші рангілі орын – қан айналу жүйесі ауруларына тиесілі және 1000 тұрғынға есептегенде 83,8‰, яғни емдеу-профилактикалық мекемелерге қаралуы бойынша анықталған аурушандықтың 7,7%-ын құрайды. Аталған аурулардың аса маңызды нозологиялық түрлерінің бірі гипертониялық және цереброваскулярлық аурулар болып табылады, олардың үлес салмағы бұл аурулардың 73,5%-на жетеді. Одан кейінгі төртінші рангілі орында – асқорыту жүйесінің аурулары орналасқан (73‰), ал олардың үлес салмағы 6,7%-ға дейін жетеді. Асқорыту жүйесінің аурулары бойынша емдеу-профилактикалық мекемеге қаралудың жартысына жуығы (47,4%) – асқазан және он екі елі ішектің ойық жарасы, гастрит және дуоденит ауруларына байланысты туындайды.

Жұқпалы және паразитарлық аурулар – бесінші рангілі орынды алады, ал оның таралу деңгейі алдыңғы рангілі орындағы аурулардың таралуынан айтарлықтай төмен (71,1‰) немесе жалпы көрсеткіштің 6,5%-ын құрайды. Осы аурулардың 20,9%-ын жұқпалы ішек аурулары құрайды.

Алтыншы орында – сүйек-бұлшықет жүйесі және дәнекер тіні аурулары, 1000 тұрғынға шаққанда – 69,6 қаралуды құрайды. Жалпы аурушандық құрылымында жетінші және сегізінші рангілі орындарды, тиісінше, тері және тері асты шелі аурулары – 58,4‰ (5,3%) және зәр шығару жүйесінің аурулары 53,4‰(4,9%) құрайды. Аталған аурулар емдеу-профилактикалық мекемеге жүгініп тіркелген барлық аурулардың 85%-ын құрайды.

Ер және әйел ағзасының анатомиялық-физиологиялық ерекшеліктерінің болуы, оларға сыртқы орта әсерінің әртүрлі интенсивтілігі тұрғындардың ерлер және әйелдер арасындағы аурушандықтың экстенсивті көрсеткіштеріндегі (қаралу бойынша) айырмашылықтарды анықтайды. Ерлерде де, әйелдерде де алғашқы үш орынды тыныс алу жүйелері, жүйке жүйесі және сезім мүшелері, қан айналым жүйесі аурулары құраса, аурушандықтың қалған құрылымында, жынысы бойынша таралуында, айырмашылықтар бар. Ер адамдарда келесі рангілі орындарды жұқпалы және паразитарлық аурулар, сүйек-бұлшықет жүйесі және дәнекер тіні, асқорыту мүшелері, тері асты шелі, зәр шығару жүйесі аурулары алады. Әйелдерде 4-ші орында – зәр шығару жүйесі аурулары,

5-орында – асқорыту жүйесі, 6-шы орында – жұқпалы және паразитарлық аурулар, 7-орында – сүйек-бұлшықет жүйесі және дәнекер тіні аурулары, 8-ші орында – тері және тері асты шелі аурулары құрайды.

Тұрғындардың медициналық көмек алу үшін емдеу-профилактикалық мекемелеріне қаралуын сараптауда тұрғындардың амбулаторлық-емханалық және стационарлық мекемелерге қаралуларын жіктеу маңызды болды. Мұндай мүмкіндік алынған материалдарды шифрлеу және мәліметтерді электрондық-есептеу машиналарында өңдеу үшін бағдарламаға қажетті техникалық тапсырманы құрастыру кезінде алдын ала қарастырылған.

Жалпы аурушандық құрылымында қала тұрғындарының амбулаторлық-емханалық мекемелерге келушілер (қаралу бойынша) үлесі – 88,6%, оның ішінде Түркістан қаласының тұрғындары - 1046,4 (932,3‰ - ерлер, 1152,9‰ - әйелдер), Кентау мен Сарыағашта, әрбір 1000 тұрғынға, – 661,7 жағдай (тиісінше ер - 652,4 және әйел - 670,0‰). Тұтас алғанда, Түркістан облысында қала тұрғындарының амбулаторлық-емханалық мекемелерге қаралу деңгейі – 968,2‰ (тиісінше ерлер - 867,7, әйелдер - 1056,6‰).

Аурушандық құрылымының (амбулаторлық-емханалық мекемелерге қаралу бойынша) жалпы аурушандық құрылымынан (қаралу бойынша) ерекшеленіп тұратын айырмашылықтары бар. Амбулаторлық-емханалық мекемеге жүгіну құрылымында алғашқы үш орын жалпы аурушандық (қаралу бойынша) құрылымындағыдай: тыныс алу мүшелері аурулары – 41,9%, жүйке жүйелері және сезім мүшелері – 8,7%, қан айналым жүйесі аурулары 7,5%. Сүйек-бұлшықет жүйелері және дәнекер тіні аурулары (6,4%) амбулаторлық-емханалық қаралулар бойынша 4-ші орынды құрайды. Жалпы аурушандық қаралу құрылымында 4-ші орындағы асқорыту жүйелерінің аурулары амбулаторлық-емханалық ұйымдарға қаралу құрылымында 6%-ды құрай отырып, 5-ші орындағы жұқпалы және паразитарлық аурулардан кейінгі (6,1%) 6-шы орынды иемденген.

Аурушандықтың құрылымдық ерекшеліктері (амбулаторлық-емханалық мекемелерге қаралу бойынша) госпитальдық диагноздар деңгейімен байланысты, олар бойынша жыл бойы амбулаторлық-профилактикалық қаралулар тіркелмеген, осыған байланысты жалпы аурушандық (қаралу бойынша) көрсеткішінің құрылымдық компоненті болып табылады. Кентау қаласында жүргізілген зерттеу мәліметтері бойынша, амбулаторлық-емханалық мекемелерге белгісіз (айқындалғанға дейінгі) госпитальдық диагноздардың үлес салмағы 7%-ды құрады, немесе 1000 тұрғынға шаққандағы 53 жағдайды құрайды. Алынған мәліметтер бойынша, стационарлық мекемелерге қаралу көрсеткіштері (амбулаторлық-емханалық мекемелерге бұрын белгісіз болып келген аурулар бойынша) - 124,5‰-ды құрады. Қала тұрғындарының амбулаторлық-емханалық мекемелерге қаралулар құрылымындағы госпитальдық диагноздардың үлесі 11,4%-ды құрады (Түркістан қаласында – 8,9%).

Госпитальдық диагноздар (анықталғанға дейінгі) ең аз үлес салмағы – 0-14 жас (7,6%), ең көп үлес салмағы – 15-19 жас (18,6%) бойынша тіркелген.

Тұрғындардың амбулаторлық-емханалық мекемелерде қаралуларын әйелдердің стационарлық диагноздары - 10,2% жағдайда, ерлерде - 12,8% жағдайда толықтырған. Стационар жағдайларында жүктіліктің, босану және босанудан кейінгі кезеңдерде асқынуларға қатысты диагноздардың максималды саны (96,6%) анықталды. Жалпы аурушандық көрсеткішінде стационарлық диагноздардың ең төменгі үлес салмағын тыныс алу жүйесі ауруларының тобы құрады – 5,3%. Жалпы аурушандық көрсеткішінің жоғарылауы пневмонияның жіті түрінің госпитальдық диагноздары есебінен – 46,4%, асқорыту мүшелері ауруларынан – 20,9%, зәр шығару жүйесі ауруларынан – 16,5% байқалды. Бұл аурулар туралы қалалық амбулаторлық-емханалық жүйеде мәліметтер болмаған. Сонымен қатар госпитальдық диагноздардың ішінде 36,8% – созылмалы ауруларға жатады.

Аурушандық (қаралулар бойынша) тұрғындар аурушандығының шынайы деңгейін көрсетпейді, себебі ұзаққа созылатын созылмалы аурумен ауыратын науқастар жыл сайын дәрігерлерге жүгінбейді, үзілістермен 1-2 жылда немесе одан да сирек қаралады. Аурушандық туралы толық ақпарат алу үшін тұрғындарға кешенді медициналық тексерулер жүргізілді, ол тексерулер анықталмаған (немесе олар бойынша жыл бойы қаралулар тіркелмеген) созылмалы аурулар мен олардың жай-күйлері есебінен аурушандық деңгейі (қаралу бойынша) мен құрылымында елеулі түзетулер енгізді.

Жүргізілген зерттеулер нәтижесінде (әрбір 1000 тіркелген адамға шаққанда), жыл бойында, 2585,4 – белгісіз созылмалы аурулар мен жағдайлары анықталды. Қаралу мәліметтері жыл бойы белгісіз болып тіркелмеген жүйке жүйелері мен сезім мүшелері (90,5% - ке қарсы 630,30%) аурулары, қан айналым жүйесі (83,81% - ке қарсы 263,76%), асқорыту мүшелері аурулары (72,99% - ке қарсы 263,76%) есебінен толықтырылды.

Бұл ретте, жұқпалы және паразитарлық аурулар деңгейін сипаттайтын көрсеткіштер өсімі азырақ байқалады (70,95% - ға қарсы 72,16%), сол сияқты тері және тері асты жасушалары аурулары көрсеткіштерінің де динамикалық өзгерістері баяу (58,37% - ға 68,90%).

Жаңадан пайда болған топта аурушандық көрсеткіштерінің өсуі жаңадан пайда болған зарарсыз ісікпен шартты негізделген, ал эндокриндік жүйе аурулары, тамақтанудың бұзылуы, иммунитет және зат алмасу бұзылуы тобында 65%-ға жаңадан белгілі болған қалқанша безі ауруларының есебінен болды. Қаралулармен салыстырғанда, медициналық тексерулер кезінде аяқ-қол тамырларының варикоздық кеңеюі жағдайлары – 32 есеге, құрсақ қабырғалары жарығы – 6,5 есеге, бадамша безі және аденоидтардың созылмалы аурулары – 6 есеге, ЖИА (жүрек ишемиялық аурулары) жағдайлары – 4 есеге артық екені анықталды. Микоздар, аккомодация және рефракция аномалиялары, сөйлеу бұзылыстарының әртүрлі формаларының айтарлық үлес салмағы анықталды.

Жүктілік, босану және босанудан кейінгі кезеңдегі асқынулар медициналық тексерулер нәтижесінде тіркелген әйелдерде аз мөлшерде, 1000 тексерілген әйелге шаққанда, 0,41 кездеседі.

Кесте 5 – Түркістан облысы тұрғындарының жалпы аурушандық, амбулаторлық-емханалық мекемелерге қаралуы, госпитальдық аурушандық, медициналық тексеру бойынша (1000 тұрғынға шаққандағы) көрсеткіштері

Аурулар тобы	Жалпы аурушандық	АЕМ-ға қаралу бойынша аурушандық	Госпитальдық аурушандық	Медициналық тексерулер нәтижесінде анықталған созылмалы аурулардың қосымша жиілігі және жағдайы	Дәрігерлік бақылауға немесе мед.көмекке тәуелді емес қосымша анықталған созылмалы аурулардың жиілігі және жағдайы	Жалпы аурушандық (емханаға қаралу және медициналық тексеру мәліметтері)
1	2	3	4	5	6	7
Жұқпалы және паразитарлық аурулар	70,95	57,98	12,97	72,16	8,15	79,10
Жаңа пайда болған аурулар	21,08	18,02	3,06	47,29	19,57	40,65
Эндокриндік жүйе аурулары, тамақтану бұзылуы, иммунитет және зат алмасу бұзылуы	16,22	14,67	1,55	97,43	59,11	75,33
Қан және қан тудырушы ағзалар аурулары	1,94	1,70	0,24	5,3	3,67	5,61
Психикалық бұзылыстар	58,85	53,17	5,68	139,83	23,35	82,20

5-ші кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7
Жүйке жүйесі және сезім мүшелері аурулары	90,95	84,25	6,7	630,25	161,03	251,98
Қанайналым жүйесі аурулары	83,81	72,99	10,82	450,47	363,91	447,72
Тыныс алу жүйесі аурулары	428,59	405,91	22,68	308,60	170,40	598,99
Асқорыту жүйесі аурулары	72,99	57,74	15,25	263,76	220,55	293,54
Зәр шығару жүйесі аурулары	53,37	44,58	8,79	146,76	113,74	167,11
Жүктілік, босану және босанудан кейінгі кезеңдегі асқынулар	16,12	4,42	11,70	0,41	0,41	16,53
Тері және тері асты жасушалары аурулары	58,37	54,00	4,37	68,90	14,68	73,05
Сүйек-бұлшықет және байланыстырушы тін аурулары	69,64	62,30	7,34	308,60	246,64	316,28
Туа біткен ақаулар	4,90	4,08	0,82	8,56	4,48	9,38
Перинатальды кезеңде пайда болған жекелеген жағдайлар	0,53	0,39	0,14	-	-	0,53

5-ші кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7
Нақты анықталмаған жағдайлар, белгілер және симптомдар	5,39	3,84	1,55	10,60	7,34	12,73
Жарақаттар және уланулар	38,95	28,02	10,93	26,51	21,20	60,15
Барлық класс бойынша	1092,65	968,19	124,46	2585,4	1438,20	2530,85

Кешенді медициналық тексерулер барысында анықталған созылмалы аурулар және олардың жағдайы жөніндегі ақпаратқа түрлі сараптамалық бағалаулар жасалды: жекелеген созылмалы аурулар кезіндегі медициналық көмекке қажеттілікті анықтау, емдеу жағдайы және дәрігерге қаралу; денсаулық топтары бойынша тексерілген тұлғаларға қорытынды бағалау жүргізу.

Барлық созылмалы аурулар мен патологиялық жай-күйлерін медициналық тексерулерден өткізгенде Г.В.Базиянның [121] созылмалы аурулар және олардың жағдайына қатысты зерттеу нәтижелеріне (диагноз қойылғандардың ішінен II топ - 40,1%, III топ - 53,3%, IV топ - 6,3%, V топ - 0,3% құраған) 43,4% жағдайда ұқсайтын мәліметтер алынған.

Аурулар топтары бойынша II топқа жататын аурушандықтың үлес салмағы 1,9%-дан (қан айналым жүйесі аурулары) 88,7% (инфекциялық және паразитарлық аурулар) арасында ауытқиды. Дерматофития жағдайлары орташа көрсеткіштерден жоғары болып II топқа жатқызылды - 96,1%, жүйке бұзылыстары - 73,2%, рефракция аномалиялары - 81,7%, жүктілік пен босану асқынулары - 72,3%, геморрой - 55,2%, тері және тері асты шелі аурулары - 78,7% (кесте 6).

III топқа жататын аурулардың үлес салмағын қант диабеті - 81%, орталық жүйке жүйесі асқынулары аурулары - 65,8%, құлақ аурулары - 70%-ды, гипертониялық ауру - 89,1%, гастрит және дуоденит 96,9%, созылмалы бронхит, өкпе эмфиземасы - 71,4%, өт аурулары - 92,7%, бел-сегізкөз аурулары - 96,9%-ды құрады. IV топқа туберкулез - 50,0%, ревматизм - 52,9%, ЖИА - 34,8%, атеросклероз - 65,5%, бронхиалды демікпе - 66,7%, бас сүйек жарақатынан басқа бас сүйек ішілік жарақаттар - 42,9% жатқызылды.

Аурулардың арасында жаңадан пайда болған ісік аурулары - 28,6 %, туа біткен аномалиялар - 9,5 % құрайды.

Созылмалы аурулардың үлес салмағы ерлерге қарағанда (55,5%), әйелдерде (62,3%) жоғары болып келеді.

Ауырлық дәрежесіне қарай әртүрлі жастағы аурушандыққа бөлуде, сараптама жасағанда жасы ұлғайған сайын II топтағы (0-14 жас - 81,7%, 70 жас және одан жоғары 25,5%), аурушандықтың үлес салмағының азаюы және III, IV, V топтарға жатқызылған (0-14 жас - 18,3%, 70 жас және одан жоғары - 74,6 %) аурушандықтың үлес салмағының көбеюі байқалады.

Емдеуді немесе дәрігерлік бақылауды қажет ететін аурулар қатарына сарапшылар (1000 адамға шаққанда) медициналық бақылауда анықталған 2585,4 жағдайдың 1438,2-сін немесе 55,6%-ын жатқызады. Бұл жағдай басқа медициналық тексерулерде диагностикаланған жағдайлар арасында емдеуді және дәрігерлік бақылауды қажет ететіндер 51,0% тобына жатады.

Кесте 6 - Емханалық мекемеге медициналық көмек алуға жүгінген және тереңдетілген медициналық тексеруден өткен тұрғындардың жас-жыныстық ерекшеліктері бойынша денсаулық топтарына таралуы (%).

Жастық топтар, жылдар	Жынысы	Денсаулық топтары					
		I	II	III+IV+V	III	IV	V
0-14	Е	9,5	59,1	31,4	26,8	4,5	
	Ә	14,3	59,6	26,1	23,6	2,5	-
	жалпы	11,5	59,3	29,2	25,5	3,7	
15-19	Е	20,0	40,0	40,0	20,0	20,0	
	Ә	14,9	31,9	53,2	43,2		-
	жалпы	16,1	33,9	50,0	45,2	4,8	
20-29	Е	25,0	26,9	48,1	40,4	6,7	1,0
	Ә	8,6	25,8	65,7	59,1	6,6	-
	жалпы	14,2	26,2	59,6	52,6	6,6	0,3
30-39	Е	13,6	15,8	70,6	59,3	10,7	0,6
	Ә	4,5	13,1	82,4	75,1	7,3	-
	жалпы	7,9	14,2	77,9	69,1	8,6	0,2
40-49	Е	4,9	9,4	85,7	63,5	21,7	0,5
	Ә	1,0	3,6	95,4	74,7	20,1	0,7
	жалпы	2,6	5,9	91,5	70,2	20,7	0,6
50-59	Е	1,8	4,9	93,3	55,8	33,1	4,3
	Ә	0,4	0,7	98,9	63,6	34,6	0,7
	жалпы	0,9	2,3	96,8	60,6	34,0	2,1
60-69	Е	-	-	100,0	37,5	57,5	5,0
	Ә	0,7	1,5	97,8	46,3	49,3	2,2
	жалпы	0,5	0,9	98,6	43,0	52,3	3,3
70 жас және одан жоғары	Е	-	3,4	96,6	6,9	79,3	10,3
	Ә	-		101,11	31,5	64,8	3,7
	жалпы	-	1,2	98,8	22,9	69,9	6,0
Барлық жас топтары бойынша қорытынды	Е	8,8	22,2	69,0	46,5	20,8	1,7
	Ә	4,5	14,8	80,8	60,0	20,1	0,6
	жалпы	6,2	17,8	76,0	54,6	20,4	1,0

Түркістан облысы тұрғындарының аурушандығы туралы зерттеу нәтижесінде алынған мәліметтер амбулаторлық-емханалық көмек көлемінің мәліметтерімен қатар тұрғындардың медициналық көмектің барлық түрлеріне деген қажеттіліктерінің нормативтерін анықтауға; перспективалық кезеңге облыстың емдеу-профилактикалық мекемелері жүйесін дамыту бойынша жоспарлы-нормативтік ұсыныстарды қорытуға; дәрілік заттарға қажеттіліктерді анықтауға; тұрғындарды жалпылай диспансерлеуден өткізу кезеңдеріндегі

емдеу және зертханалық-диагностикалық көмектің қажетті көлемін анықтауға; облыстың денсаулық сақтау саласындағы кешенді және мақсатты бағдарламаларын жасау үшін маңызды.

Мысалы, зерттеу деректерінен облыс тұрғындарының денсаулығына орта дәрежедегі қауіп туғызатын әкімшілік аудандардағы негізгі қауіп-қатерлерге ауыл шаруашылығында қолданылатын пестицидтер жататыны анықталды.

Аталған міндеттерді шешу үшін Түркістан облысы әкімшілік аудандары тұрғындарының жалпы аурушандық көрсеткіштері кешенді түрде зерттелді.

Түркістан облысы республиканың өзге облыстарына қарағанда тұрғындарының аурушандығы жоғары аймаққа жатады. Орта есеппен алғанда бұл көрсеткіштің деңгейі 950-980 жетеді. Ал кейбір ауданның тұрғындарының аурушандығы көрсетілген деңгейден де артық болып қалыптасқан. Егер аудандардың аурушандық көрсеткіштерін салыстыра отырып зерттесек, онда бұл көрсеткіштердің деңгейлері айтарлықтай өзгешеліктер байқалады. Оның ең маңызды себептеріне облыс аудандарындағы экологиялық-гигиеналық, медициналық-санитарлық, климатологиялық және ішімдік судың ластану деңгейлеріндегі айырмашылықтар жататандығы белгілі болды. Осы айырмашылықтардың нақтылығына көз жеткізу үшін облыстың орташа аурушандық көрсеткіштерін аудандарда қалыптасқан көрсеткіштермен салыстыра отырып бағаладық.

Айта кететін жағдай, облыстық аурушандық көрсеткішінің (2015 жылы-1000 тұрғынға балап есептегенде 976,1 оқиғаны құрады) құрамындағы тыныс алу ағзаларының патологияларының үлесі 17,59% құраса, қан айналу жүйесі ауруларының үлес салмағы 13,87% жетеді. Ал асқорыту ағзаларының аурушандығы жалпы көрсеткіштің құрамында 9,12% түзейді. Осы патологияның даму бағыты үнемі өсумен сипатталады. Келесі рангалық орындарда жүйке жүйесі аурулары (6,83%) мен көру ағзаларының патологиялары орналасқан (5,98%). Жұқпалы инфекциялық және паразитарлық аурулар (5,81%) да жиі ұшырасады. Жарақаттар мен уланулар (5,69%) , сүйек-бұлшықеттердің аурушандығы (5,52%) да аз емес. Жалпы аурушандықтың құрамында тері және тері асты тіндерінің ауруларының үлес салмағы 5,31%-ға дейін жетеді. Әйелдердің жүктілік, босану және босанудан кейін туындайтын аурулары 4,15%-ды құрайды.

Созақ ауданындағы тұрғындарының арасында өте жиі кездесетін қатерлі ісік ауруларын 100% деп есептесек, онда оның ішінен ең жиі кездесетін түрі еріннің қатерлі ісігі, сүт безінің қатерлі ісігі (9,4%) және өкпе қатерлі ісігі (14,42%), жатырдың қатерлі ісігі (7,18%) екендігі анықталды. Сүйек бұлшықет жүйесімен дәнекер тінінің аурулары (55,8%-ден 57,3%-ге дейін) жоғарылағандығы байқалады. Алайда, біздің жүргізген зерттеулерімізден жүйке жүйесінің аурулары, тыныс жүйесінің патологиялары, асқорыту мүшелерінің аурулары, тері мен теріасты шелінің аурулары айтарлықтай динамикалық тұрғыда жоғарылағаны байқалады.

Кесте 7 – Түркістан облысы тұрғындары арасындағы 2014-2021 жылдары қалыптасқан жалпы аурушаңдық көрсеткішінің деңгейі мен құрамының көпжылдық динамикасы (1000 тұрғынға шағып есептегенде)

Аурулар тобы	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2014-2021 жж. көрсеткіштердің орта деңгейі	%-бен есепте генде
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Кейбір инфекциялық паразитарлық аурулар	57,2	56,8	54,7	55,4	56,1	54,5	55,3	53,5	55,9±5,2	5,78
Қатерлі ісіктер (обыр аурулары)	22,21	24,3	22,9	23,0	24,7	25,6	24,3	23,0	23,2±2,2	2,41
Қан мен қан жасау аурулары	25,7	26,1	23,7	26,4	25,1	25,4	26,4	23,7	25,8±2,4	2,67
Эндокриндік жүйе, тамақтаудың бұзылу және зат алмасу аурулары	34,6	33,5	34,6	34,2	34,8	35,7	34,5	33,5	34,6±3,3	3,6
Психиканың бұзылысы мен мінез-құлықтың өзгерістері	39,9	39,3	38,4	39,8	39,6	38,8	38,5	39,7	39,1±3,7	4,97
Жүйке жүйесінің аурулары	65,2	65,3	64,8	65,4	64,7	64,2	64,5	65,5	64,6±6,5	6,68
Көз бен оның қосалқы аппаратының аурулары	58,0	58,4	58,9	58,1	58,3	59,6	58,3	58,1	58,2±5,7	6,02
Құлақ пен емізік тектес өсіндінің аурулары	32,5	32,3	31,8	32,6	31,7	32,8	31,7	32,3	32,0±3,1	3,31
Қан айналу жүйесінің аурулары	136,3	134,1	133,6	134,7	135,3	133,8	133,5	134,7	134,4±10,9	13,91
Тыныс алу жүйелерінің аурулары	169,9	166,4	169,7	168,0	169,2	168,9	166,3	169,5	168,6±15,3	17,45

7 – ші кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Асқорыту жүйелерінің аурулары	89,4	88,6	88,8	88,7	89,5	88,7	88,3	88,7	88,5±7,8	9,16
Тері мен тері асты шелі аурулары	51,8	50,4	53,3	51,9	51,0	53,2	52,9	53,1	51,6±4,9	5,34
Сүйек-бұлшық ет жүйесі мен дәнекер тінінің аурулары	55,8	56,9	58,6	57,5	59,8	57,3	57,5	58,3	57,2±5,4	5,45
Зәр шығару-жыныс жүйесінің аурулары	36,7	33,1	37,8	35,9	35,3	36,4	35,3	36,1	35,8±3,3	3,70
Жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезең	40,9	40,6	41,4	40,7	38,6	42,8	41,4	41,8	40,2±3,7	4,16
Туа біткен аномалиялар	1,8	1,6	1,7	1,4	1,8	1,3	1,6	1,4	1,5±0,2	0,15
Қалыптан ауытқу симптомдары, белгілері және бұзылыстары	2,0	2,9	2,7	2,3	2,6	2,2	2,5	2,2	2,4±0,1	0,25
Жарақаттар, уланулар және жекелей сыртқы себептердің әсер ету қалдықтары	55,6	55,8	54,7	55,8	56,8	54,7	55,7	54,7	55,2±5,7	5,71
Жалпы	969,7	967,2	967,4	965,1	967,4	966,7	965,0	965,3	965,9±92,4	100,0

4 ТҮРКІСТАН ОБЛЫСТЫҚ ӘКІМШІЛІК АУМАҚТАРДЫ ТҮРҒЫНДАРДЫҢ АУРУШАНДЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ҚҰРАМЫ МЕН ДЕНГЕЙІ БОЙЫНША ТОПТАСТЫРУ

4.1 Әлеуметтік-гигиеналық, экологиялық-гигиеналық себептердің қатерлілік қуатына тәуелді аурушандық көрсеткіштеріне байланысты аумақтардың жіктелуі

Алдымызға қойылған міндеттерге сәйкес Түркістан облысы тұрғындарының аурушандық көрсеткіштерін қалыптасуына әсер ететін аумақтық ерекшеліктеріне сай топтастыра отырып зерттедік. Аумақтардың қауіптілік деңгейлері қатерлі әлеуметтік-гигиеналық, экологиялық, медициналық-биологиялық, өмір сүру салты себептеріне байланысты жіктелді.

8-кестеде 2014-2021 жылдар аралығында ауыл тұрғындары арасында әлеуметтік-гигиеналық қауіптің таралу деңгейіне қарай жалпы аурушандық көрсеткіші әртүрлі деңгейде қалыптасқандығы көрсетілген. Ағзаға қауіптілік дәрежесі төмен аумақта жалпы аурушандықтың деңгейі – 796,2‰ қалыптасқан. Аурушандықтың қалыптасуына, негізінен, тыныс алу мүшелерінің аурулары (24,8%), қан айналу жүйесінің аурулары –14,7%, жарақаттар мен уланулар (10,3%), сүйек - бұлшық ет жүйесі мен дәнекер тінінің аурулары (8,8%), асқорыту мүшелерінің аурулары (7,2%), зәр шығару-жыныс жүйесінің аурулары (5,7%), көз бен қосалқы мүшелерінің аурулары (5,7%) және жүктілік, босану және босанғанан кейінгі аурулары (5,1%) негізгі үлесін қосады.

Денсаулыққа қауіптілігі орташа дәрежедегі аумақта тұратын тұрғындардың денсаулығы қауіптілігі төмен дәрежедегі аумаққа қарағанда нашар. Аталған аумақта тұрғындардың денсаулығының нашарлауы кейбір жұқпалы және паразитарлық аурулардың деңгейінің жоғарылығымен, қан мен қан жасау аурулары және эндокриндік жүйе, тамақтанудың бұзылуы мен зат алмасу ауруларының жоғарылауымен, психикалық бұзылыстармен, мінез-құлықтың өзгерістерімен, жүйке жүйесі ауруларының жоғарғы дәрежеде қалыптасуымен, қан мен қан айналу жүйесі ауруларының деңгейінің артуымен, асқорыту мүшелерінің ауруларының көбеюімен, тері мен теріасты шелінің, сүйек - бұлшық ет жүйесі ауруларының жоғарылауымен тікелей байланысты. Сонымен қатар тұрғындар денсаулығына ауыл шаруашылығында қолданылатын минералдық заттардың, судың, топырақтың құрамында гигиеналық қалыпты шамадан жоғары болуымен тікелей байланысты.

Денсаулыққа қауіптілігі жоғары аумақта тұратын тұрғындардың арасында кейбір жұқпалы және паразитарлық аурулардың, қан мен қан жасау мүшелерінің ауруларының, эндокриндік жүйе, тамақтанудың бұзылуы, зат алмасудың нашарлауы, психикалық бұзылыстар мен мінез-құлық өзгерістері, жүйке жүйесінің аурулары, қан айналу жүйесінің аурулары, асқорыту мүшелерінің аурулары, тері мен теріасты шелінің аурулары, сүйек - бұлшық ет жүйесі мен дәнекер тінінің аурулары, зәр шығару - жыныс жүйесінің аурулары жоғары деңгейде екендігі анықталды. Бұл көрсеткіштердің деңгейі қауіптілігі төмен және орта дәрежедегі аумақтарда тұратын тұрғындардың көрсеткішінен

нақты жоғары. Бұл аумақтарда мақта шаруашылығымен айналысатын өндіріс орындарынан ауыз суы мен топырақтың ластануы, сонымен қатар пестицидтермен ластану да қалыпты гигиеналық шектік шамадан айтарлықтай жоғары.

Қауіптілігі аса жоғары аумақта тұратын тұрғындардың арасында қатерлі ісіктер қан мен қан жасау мүшелерінің аурулары, эндокриндік жүйенің аурулары, психикалық бұзылыстар, жүйке жүйесінің аурулары, қан айналу жүйесінің патологиялары, тыныс алу мүшелері мен асқорыту мүшелерінің аурулары айтарлықтай жоғары болып қалыптасқан. Сүйек - бұлшық ет жүйесімен дәнекер тінінің аурулары өзге аумақ тұрғындарының көрсеткіштеріне қарағанда нақты жоғары. Осы аумақта тұратын тұрғындардың арасында туа біткен аномалиялар, қалыптыдан ауытқу сиптомдары өте жоғары деңгейде таралған. Бұл аймақтарда уран өндірісінен бөлінетін зиянды химиялық заттар қалыпты гигиеналық шамадан нақты жоғары.

Кесте 8 - 2014-2021 жж. аралығында ауыл тұрғындары арасындағы әлеуметтік-гигиеналық қауіпті себептердің таралу деңгейіне қарай жалпы аурушаңдық көрсеткіштерінің қалыптасу ерекшеліктері (1000 тұрғынға шаққанда)

Аурулар тобы	Қауіптіліктің төменгі деңгейі		Қауіптіліктің орта деңгейі		Қауіптіліктің жоғары деңгейі		Қауіптіліктің аса жоғары деңгейі	
	көрсеткіш	%	көрсеткіш	%	көрсеткіш	%	көрсеткіш	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Кейбір инфекциялық паразитарлық аурулар	13,7±1,3	1,7	54,6±5,3	5,7	59,7±5,5	5,3	67,9±2,3	5,4
Қатерлі ісіктер (обыр аурулары)	26,8±2,6	3,5	21,3±1,8	2,2	15,7±1,4	1,4	34,8±3,1	3,02
Қан мен қан жасау аурулары	12,4±1,1	1,6	24,5±2,3	2,5	28,9±2,7	2,6	30,5±2,4	2,7
Эндокриндік жүйе, тамақтанудың бұзылу және зат алмасу аурулары	23,6±2,0	2,9	35,4±3,3	3,6	37,8±3,6	3,4	38,9±3,6	3,4
Психиканың бұзылысы мен мінез-құлықтың өзгерістері	16,4±1,4	1,9	38,5±3,6	4,0	39,9±3,4	3,2	42,1±3,9	3,7
Жүйке жүйесінің аурулары	23,3±2,1	2,8	68,3±6,3	7,1	84,7±7,8	7,7	99,2±7,3	7,7
Көз бен оның қосалқы аппаратының аурулары	45,2±4,2	5,7	57,5±5,5	6,0	58,9±5,7	5,3	63,5±4,6	4,6
Құлақ пен емізік тектес өсіндінің аурулары	11,6±1,1	1,6	31,4±2,8	3,3	24,7±2,2	2,2	29,1±2,5	2,5
Қан айналу жүйесінің аурулары	117,8±10,8	14,7	134,5±11,2	13,9	155,3±14,6	14,0	182,7±17,9	14,1
Тыныс алу жүйелерінің аурулары	199,8±17,7	24,8	167,0±14,3	17,3	185,7±16,8	16,7	201,6±16,5	17,5
Асқорыту жүйелерінің аурулары	56,4±4,6	7,2	89,3±8,1	9,0	122,9±10,8	11,0	151,4±22,7	11,4
Тері мен тері асты шелі ауруы	21,0±1,8	2,6	50,4±4,2	5,2	45,4±4,6	4,1	59,6±5,8	4,3

8-ші кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Сүйек-бұлшық ет жүйесі мен дәнекер тінінің аурулары	61,3±6,7	8,8	56,3±5,2	5,8	90,5±8,3	8,1	102,4±9,1	8,0
Зәр шығару-жыныс жүйесінің аурулары	44,4±4,2	5,7	37,6±3,5	3,8	54,9±4,8	4,9	58,7±4,8	5,1
Жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезең	41,1±3,6	5,1	39,2±3,8	4,1	38,5±3,4	3,5	42,3±3,7	3,7
Туа біткен аномалиялар	0,3±0,01	0,04	1,4±0,01	0,1	1,8±0,01	0,2	2,9±0,2	0,2
Қалыптан ауытқу симптомдары, белгілері және бұзылыстары	0,4±0,03	0,05	2,2±0,2	0,2	3,1±0,2	0,3	3,6±0,3	0,3
Жарақаттар, уланулар және жекелей сыртқы себептердің әсер ету қалдықтары	81,6±7,9	10,3	61,9±5,6	6,1	69,2±6,2	6,0	59,2±4,8	5,1
Жалпы	796,2±78,3	100,0	963,9±89,3	100,0	1115,8±92,6	100,0	1208,4±107,5	100,0

Сонымен қатар осы аумақтардағы тұрғындардың жастарына қарай алғашқы және жалпы аурушандық көрсеткіштері анықталды (кесте 9). 2014-2021 жылдары қалыптасқан алғашқы аурушандық көрсеткіші 0-14 жастағы балаларда өте жоғары деңгейде қалыптасқан. Оның ең жоғары деңгейі қатерлі қуаты аса жоғары аумақтағы балалардың арасында кездеседі. Бұл көрсеткіштің деңгейі – 1963,1% -ге дейін жетеді. Ал қатерлілік қуаты төмен аумақтарда алғашқы аурушандықтың деңгейі – 1194,7%. Қатерлілік қуаты орташа аумақта – 1278,2%, қатерлілік қуаты жоғары аумақта – 1837,2% болып қалыптасқан.

Алғашқы аурушандық көрсеткіш жоғары деңгейдегі жас топтарының қатарына жасөспірімдер де жатады. Қауіптілік қатерлілігі аса жоғары аумақта өмір сүретін жасөспірімдердің арасында алғашқы аурушандық – 1387,5% болса, қатерлілік қуаты жоғары аумақтағы жасөспірімдерде – 1259,2%, қатерлілік қуаты орташа аумақтағы жасөспірімдерде – 1131,3%, ал қатерлілік қуаты төмен аумақта – 1124,5% болып қалыптасқан.

18-ден асқан ересек жастағы тұрғындардың арасында алғашқы аурушандық көрсеткіші тұрғын аумақтағы қауіпті себептердің қатерлілік қуатына қарай 472,9%-ден 686,7%-ге дейінгі аралықта ауытқиды. Сонымен, тұрғын аумақтағы қауіпті себептердің қатерлілік қуаты алғашқы аурушандық көрсеткішінің балалар арасында ең жоғары деңгейде қалыптасуына әкелген. Оның негізгі себебі – балалардың иммундық қасиетінің төмендігі, олардың ағзасының қауіпті себептерге қарсы төмен дәрежедегі тұрақтылығы болып табылады. Дәл осы таралу қарқыны жалпы аурушандық көрсеткішінің тұрғындардың жасқа қарай таралуында да байқалады. Жалпы аурушандықтың ең жоғары деңгейі 0-14 жастағы балаларда қалыптасқан.

Ауыл тұрғындары арасындағы денсаулыққа қауіпті әлеуметтік-гигиеналық себептердің қатерлілік қуатының аса жоғары болуына байланысты жалпы аурушандық көрсеткішінің деңгейі – 1586,8% жетсе, қауіптіліктің қатерлілік қуаты жоғары аумақта – 1564,3%, қауіптіліктің қатерлілік қуаты орташа аумақта – 1463,2%, ал қауіптілік дәрежесі төмен аумақта – 1395,9% құрады. Жоғарыда айтқандай, жалпы аурушандық көрсеткішінің ең жоғары деңгейлері қауіптіліктің қатерлілік қуаты аса жоғары балалар арасында қалыптасса (2672,7%), ең төменгі деңгейі (1291,2%) қауіптіліктің қатерлілік қуаты төмен аумақтағы ересек адамдардың арасында тіркеліп отыр.

Кесте 9 – 2014-2021 жж. ауыл тұрғындары арасындағы денсаулыққа қауіпті әлеуметтік-гигиеналық себептердің қатерлілік қуатына байланысты аурушандық көрсеткішінің жас топтары бойынша қалыптасу деңгейі (1000 адамға шаққанда)

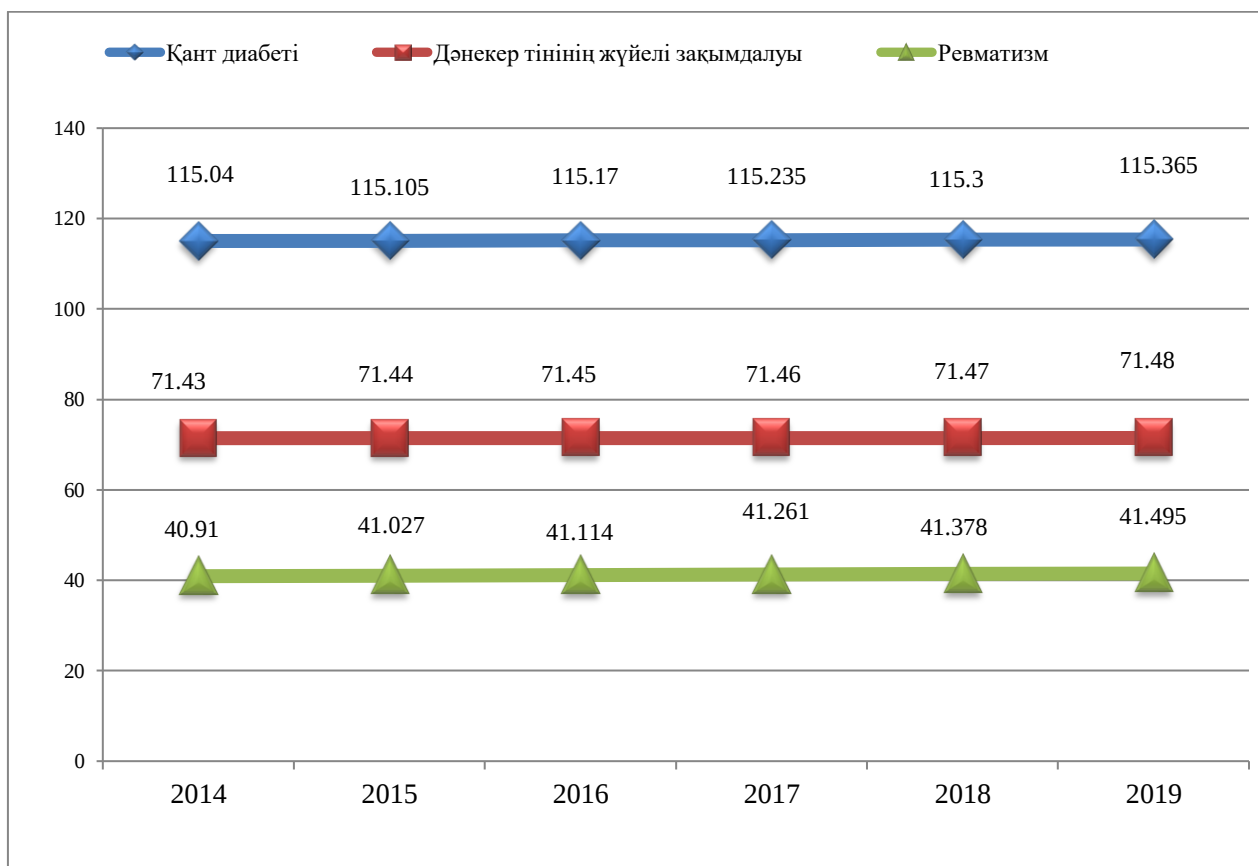
Жас топтары бойынша денсаулық көрсеткіштері	Түркістан облысы тұрғындарын ың 1000 адамға шаққандағы аурушандығы	Тұрғын аумақ				Түркістан қаласы бойынша 1000 тұрғынға шаққандағы аурушандығы
		қауіптіліктің қатерлілік қуаты аса жоғары	қауіптіліктің қатерлілік қуаты жоғары	қауіптіліктің қатерлілік қуаты орташа	қауіптіліктің қатерлілік қуаты төмен	
1	2	3	4	5	6	7
Алғашқы аурушандық, орта есеппен алғанда	852,7	876,9	792,4	697,6	627,1	1019,5
0-14 жастағы балалардың алғашқы аурушандығы	1887,1	1963,1	1837,2	1278,2	1194,7	2524,4
15-17 жастағы жасөспірімдердің алғашқы аурушандығы	1414,9	1387,5	1259,2	1131,3	1124,5	1736,84
18 жастан асқан ересек тұрғындардың алғашқы аурушандығы	624,8	686,7	569,2	493,4	472,9	748,2

9-шы кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7
Жалпы аурушандықтың орташа деңгейі	1721,9	1586,8	1564,3	1463,2	1395,9	2139,8
0-14 жастағы балалардың жалпы аурушандығы	2385,4	2672,7	2332,4	1726,4	1688,4	3212,4
15-17 жастағы жасөспірімдердің жалпы аурушандығы	2344,3	2461,5	2236,8	1989,3	1821,9	2954,9
18 жастан асқан ересек тұрғындардың жалпы аурушандығы	1568,9	1424,3	1390,4	1298,5	1291,2	1938,6

4.2 Әкімшілік аудандарындағы қауіптілік дәрежесіне қарай әлеуметтік мәні бар аурулардың аурушандық көрсеткіштерінің динамикасы және гипотетикалық даму деңгейі

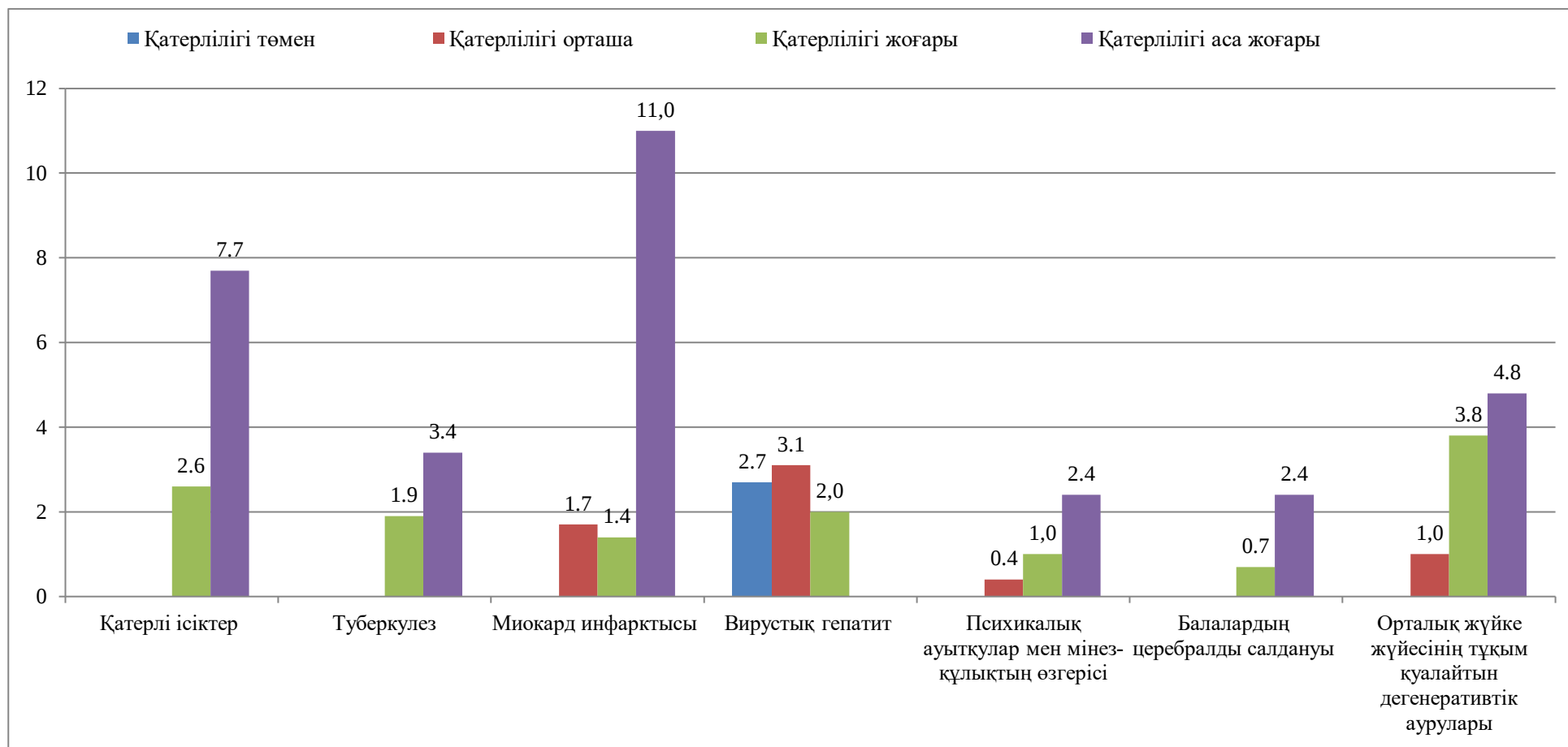
Төменгі дәрежеде қауіпті әкімшілік аумақта өмір сүріп жатқан тұрғындардың әлеуметтік мәні бар аурулармен сырқаттану деңгейінің 2014-2019 жылдардағы даму бағытын бағалау барысында қант диабеті, дәнекер тінінің жүйелі зақымдануы және вирустық гепатиттің В,С түрлері осы жылдары жоғарылағаны анықталды (сурет 3).



Сурет 3 – Төмен дәрежедегі қауіпті аумақ тұрғындарының қант диабеті және ревматизммен ауру көрсеткішінің динамикасындағы гипотетикалық өсім (100 000 тұрғынға шаққанда)

Алынған деректерге қарағанда, осы патологиялар бойынша аурушандықтың өсімі медициналық көмекті ұйымдастыру сапасына тікелей байланысты болып отыр. Сондықтан аталған аурулардың профилактикасын белсенді ұйымдастыру және салауатты өмір сүру салтына тұрғындарды тәрбиелеу жұмыстарын барынша жетілдіру қажет. Ауыл тұрғындарын сапалы ауыз суымен қамтамасыз ету де жұқпалы ауруларға қарсы күресте айтарлықтай маңызды. Зерттеу жұмысының барысында Түркістан облысы әкімшілік аудандарындағы тұрғындардың денсаулығына қауіптілік дәрежесіне қарай әлеуметтік мәні бар аурулардың 2014-2021 жылдардағы динамикасы зерттелді (сурет 4). Оның барысында қатерлі ісіктердің дамуына ең үлкен қауіпті

аймақтарға қатерлілігі аса жоғары аудандар жататындығы анықталды. Соңғы 6 жылда осы аумақта өмір сүретін тұрғындардың обыр ауруымен ауыру деңгейі 7%-ға дейін артқан. Оның негізгі себебі, осы аумақта қалыптасқан экологиялық-гигиеналық жағдайдың нашарлауымен байланысты болып отыр.



Сурет 4 – Әкімшілік аудандарындағы қауіптілік дәрежесіне қарай әлеуметтік мәні бар аурулардың 2014-2019 жж. даму динамикасы (%)

Уран кен орындарынан бөлінетін радиоактивтік зияндылықтан тұрғындардың арасында қатерлі ісіктердің жоғары деңгейде таралуы байқалады. 2-ші рангілі орында қатерлілігі жоғары әкімшілік аудандардағы себептер орын алады (кесте 10).

Олардың әсерінен обыр ауруының деңгейі соңғы 6 жылда 2,6% -ға жоғарылаған. Бұл аумақтағы экологиялық-гигиеналық жағдай мақта себуде қолданылатын пестицидтердің ауыз судың құрамында жоғары деңгейде шоғырлануы себебінен. Дәл осындай жағдай туберкулез ауруының қалыптасуында да байқалады. Қатерлілігі аса жоғары аудандарда тұратын тұрғындардың туберкулезге шалдығу жиілігі соңғы 6 жылда 3,4%-ға артқан. Ал қатерлігі жоғары тұрғын аумақтағы тұрғындардың аурушандық көрсеткіші 1,9%-ға жоғарылаған. Миокард инфаркті бойынша қатерлілігі аса жоғары аудандарда 11%-ға жоғарыласа, қатерлігі орташа аудандарда - 1,7%-ға, ал қатерлігі жоғары аудандарда - 1,4% -ға артып отыр. Миокард инфаркті бірінші кезекте Созақ ауданы тұрғындарының арасында, радиациялық себептерден, аса жоғары деңгейге көтерілген. Вирустық гепатит көбінесе ауыз судың сапасыздығынан туындайды.

Осындай жағдай қатерлілігі орташа аудандарда өзге аудандарға қарағанда айқын байқалады. Бұл аумақтағы аурушандықтың деңгейі соңғы 6 жылда 3,1%-ға дейін артқан. Вирустық гепатиттің дамуына қолайсыз аудандардың қатарына әлеуметтік-гигиеналық қатерлілігі төмен әкімшілік аймақтар да жатады. Бұл аумақтағы көрсеткіштің гипотетикалық деңгейі 2,7%-ға дейін өскен. Әлеуметтік мәні бар аурулардың ішінде психикалық ауытқулар мен мінез-құлықтың өзгерісі, балалардың церебральді сал және орталық жүйке жүйесінің тұқым қуалайтын дегенеративтік аурулары жиі кездеседі. Олардың деңгейі әкімшілік аудандарда қалыптасқан әлеуметтік-гигиеналық, экологиялық-гигиеналық және медициналық-ұйымдастырушылық себептерден туындайтын қатерлілік дәрежесіне тікелей байланысты.

Кесте 10 - 2014-2019 жж. ауыл тұрғындары арасындағы әлеуметтік мәні бар аурулардың гипотетикалық даму деңгейі (100000 тұрғынға шаққанда)

Аурулар тобы	Аймақтағы аурушандық деңгейінің гипотетикалық өсімі							
	Төмен дәрежедегі қауіпті		Орта дәрежедегі қауіпті		Жоғары дәрежедегі қауіпті		Аса жоғары дәрежедегі қауіпті	
	2014	2019	2014	2019	2014	2019	2014	2019
Қатерлі ісіктер	82,90	82,64	82,44	82,98	84,06	86,29	106,16	114,38
Туберкулез	98,21	96,73	99,01	99,12	101,24	103,16	104,98	108,75
Жүрек ишемиясы	278,62	276,58	284,31	289,46	292,11	295,84	286,74	294,33
Миокард инфарктісі	16,93	16,86	17,12	17,10	18,94	19,21	19,01	19,12
Вирустық гепатит В, С	2,52	2,59	2,56	2,64	3,46	3,53	2,69	2,78
Қант диабеті	115,04	115,365	118,09	118,11	119,64	121,23	120,55	120,63
Психикалық ауытқу мен мінез-құлықтық өзгерістер	215,18	215,16	215,16	216,08	216,93	218,09	229,34	234,78
Балалардың церебральдық салдануы	210,00	208,44	212,4	211,82	213,34	214,91	216,69	221,94
Ревматизм	40,91	41,495	40,94	41,08	41,92	42,03	43,17	44,86
Орталық жүйке жүйесінің тұқым қуалайтын дегенеративтік аурулары	2,98	2,96	2,94	2,97	3,16	3,28	3,39	3,48
Орталық жүйке жүйесінің демиелинизацияға алып келетін аурулары	0,74	0,73	0,75	0,76	0,94	0,98	1,14	1,16
Дәнекер тінінің жүйелі зақымдануы	71,43	71,48	71,46	71,49	74,12	76,33	84,33	84,36

Осы себептердің әлеуметтік мәні бар аурулардың қалыптасу деңгейіне әсерін зерттеу үшін корреляциялық байланыс анықталды (кесте 11). Нәтижесінде, қатерлі ісіктердің қалыптасуына экологиялық-гигиеналық жағдайдың өте жоғары дәрежеде әсер ететіндігі анықталды ($r=0,99$). Туберкулез ауруының қалыптасуында да 1-рангілі орында – экологиялық-гигиеналық себептер ($r=0,72$), 2-рангілі орында – өмір сүру салтының экологиялық-гигиеналық себептері орын алған ($r=0,69$). Жүрек ишемиясы мен миокард инфарктінің қалыптасуында негізгі қауіп-қатер туғызатын: өмір сүру салты ($r=0,629$) мен экономикалық-тұрмыстық себептермен байланысты ($r=0,72$).

Кесте 11 - Әлеуметтік мәні бар аурулар мен қатерлі себептер арасындағы корреляциялық байланыс

Аурулар тобы	Әлеуметтік- гигиеналық себептер	Медициналық- ұйымдасты- рушылық себептер	Экологиялық- гигиеналық себептер	Экономика- лық-тұрмыстық себептер
Қатерлі ісіктер	0,51	0,36	0,99	0,21
Туберкулез	0,69	0,41	0,72	0,38
Жүрек ишемиясы	0,42	0,33	0,48	0,64
Миокард инфарктісі	0,62	0,49	0,34	0,72
Вирустық гепатит В, С	0,42	0,28	0,82	0,24
Қант диабеті	0,37	0,34	0,21	0,42
Психикалық ауытқу мен мінез- құлықтық өзгерістер	0,31	0,20	0,63	0,46
Балалардың церебральдық салдануы	0,42	0,36	0,71	0,19
Ревматизм	0,49	0,35	0,25	0,32
Орталық жүйке жүйесінің тұқым қуалайтын дегенеративтік аурулары	0,23	0,26	0,35	0,42
Орталық жүйке жүйесінің демиелинизацияға алып келетін аурулары	0,19	0,42	0,38	0,11
Дәнекер тінінің жүйелі зақымдануы	0,46	0,29	0,31	0,09

Вирустық гепатит В,С ауруының дамуында экологиялық-гигиеналық себептер ерекше орын алады. Оның ішінде ауыз суының ластану деңгейі мен судың құрамындағы химиялық поллютанттардың шоғырлану деңгейі үлкен маңызға ие. Басқа аурулар, айтарлық дәрежеде, экологиялық-гигиеналық себептерге тәуелді.

Облыстың өмір сүру ортасы нысандарының экологиялық-гигиеналық жағдайын бағалау, адамдардың денсаулығына қауіп туғызатын зиянды химиялық поллютанттардың зерттеу нысандарында шектеулі рұқсат етілген шоғырлану мөлшері мен қауіптілік дәрежесі арқылы бағаланды.

Түркістан облысы Мақтаарал, Жетісай, Шардара, Сарыағаш, Сауран аудандары мен қалаларының атмосфералық ауасының, топырағының және ашық су көздері химиялық белсенді заттармен гигиеналық рұқсат етілген шамадан артық деңгейде ластанған. Салыстырмалы түрде қоршаған ортаның атмосфералық ауасы химиялық шаң-тозаңдармен ластану дәрежесінің төмен деңгейде болуы, бұл аумақтың ластаушы нысандарға алыс орналасуымен және бұл бағытта жел өті деңгейінің сирек болуымен түсіндіріледі (10%) (12 кесте).

Кесте 12 - Негізгі тұрғын аумақтың атмосфералық ауасындағы зиянды химиялық поллютанттардың шоғырлану мөлшері (мг/м²) мен қауіптілік дәрежесі

№	Зиянды химиялық поллютанттардың атауы	Рұқсат етілген шоғырлану мөлшері мг/м ²	ШРЕШ-тен асу еселігі	Химиялық поллютанттардың қауіптілік классы	Қауіптілік дәрежесі
1	Шаң – тозаң, органикалық емес	0,050	1,93	Әлсіз қауіпті	Орташа
2	Көміртегі тотығы	5,0	1,12	Әлсіз қауіпті:	Орташа
3	Азоттың асқын тотығы	0,085	1,74	Әлсіз қауіпті	Төмен
4	Күкіртті ангидрид	0,50	1,63	Әлсізқауіпті	Төмен
5	Фторлы сутегі	0,02	1,83	Әлсіз қауіпті	Төмен
6	Гексахлорцикло-гексан	6,250	6,5	Аса қауіпті	Жоғары

Осы аумақтың атмосфералық ауасындағы зиянды химиялық поллютанттардың шоғырлану мөлшері мен қауіптілік дәрежесін зерттеу барлық зиянды поллютанттардың шектеулі рұқсат етілген шоғырлану мөлшерінен жоғары екендігі анықталды. Әсіресе пестицидтермен (гексахлорциклогексан-6,5 мг/м²) қоршаған орта нысандарының ластану деңгейі жоғары болып шықты (ШРЕШ-тен 6,5 есе жоғары). Бұл химиялық поллютанттардың қауіптілігі аса жоғары улы заттар, сондықтан олар 5 класстық топқа жатады. Экологиясы нашар аумаққа жақын жерде дүниеге келу және өмір сүру денсаулыққа аса үлкен қауіп туғызады. Көміртегі тотығының шоғырлану деңгейі мг/м² немесе ШРЕШ-тен 1,12 есе жоғары, азоттың асқын тотығының шоғырлану деңгейі 0,085 мг/м² немесе ШРЕШ-тен 1,74 есе жоғары екендігі белгілі болды. Ал органикалық емес шаң-тозаңның шоғырлану деңгейі 0,05мг/м² немесе ШРЕШ-тен 1,93 есе жоғары болып отыр. Алайда осы микроэлементтердің қауіптілігі әлсіз және 1 класстағы топқа жатады. Күкіртті ангидридінің (0,50 мг/м²) және Фторлы сутегінің (0,02мг/м²) шоғырлану деңгейлері де ШРЕШ-тен біршама жоғары болып шықты (13 кесте).

Кесте - 13. Салыстырмалы экологиясы таза тұрғын аумақтағы атмосфералық ауадағы зиянды химиялық поллютанттардың шоғырлану мөлшері мен қауіптілік дәрежесі

№	Зиянды химиялық микроэлементтердің атауы	Шектеулі рұқсат етілген шоғырлану (ШРЕШ) мөлшері мг/м ²	ШРЕШ-тен асу еселігі	Химиялық заттардың қауіптілік классы	Ластану деңгейі
1	Шаң – тозаң органикалық емес	0,05	<0,02	Қауіпсіз - 0	Ластанбаған
2	Көміртегі тотығы	5,0	<0,79	Қауіпсіз - 0	Ластанбаған
3	Азоттың асқын тотығы	0,085	<0,03	Қауіпсіз- 0	Ластанбаған
4	Күкіртті ангидридi	0,5	<0,12	Қауіпсіз - 0	Ластанбаған
5	Фторлы сутегі	0,02	<0,007	Қауіпсіз - 0	Ластанбаған
6	Гексахлорциклогексан	0,0	-	Қауіпсіз -0	Таза

Алайда аты аталған поллютанттардың токсикалық қуаты аса жоғары емес және ұрпақтың ішкі ағзаларына және орталық жүйке жүйесіне кері әсер ете қоймайды. Салыстырмалы аумақтағы атмосфералық ауаның құрамында азоттың асқын тотығы, күкіртті ангидрид, фторлы сутегі микро ШРЕШ-тен айталықтай төмен деңгейде шоғырлануы денсаулыққа қауіптілік туғызбайды. Негізгі тұрғын аумақтағы атмосфералық ауа, су және топырақ құрамында гексахлорциклогексан пестицидінің ШРЕШ-тен 7,55-9,38 есе жоғары деңгейде

шоғырлануы анықталып отыр. Қоршаған орта нысандарындағы пестицидтердің жоғары деңгейде шоғырлануы нәрестелердің денсаулығына зиянды әсер етіп, жүйке және жүрек-қан айналу жүйесі ағзаларын зақымдайды.

Кесте 14 – 2019-2021 жылдардағы негізгі тұрғын аумақтағы атмосфералық ауадағы, топырақтағы және судағы пестицидтердің жылдық орташа деңгейі

Қоршаған орта нысандарында химиялық микроэлементтердің шоғырлану өлшемдері	Сына-ма саны	Шектеу-лі рұқсат етілген шама (ШРЕШ)	Пестицид-тің максималь-ды шоғырлану мөлшері	Пестицид-тің орташа жылдық шоғырлану мөлшері	Мақталық-тарды пестицидпен өңдеу кезеңіндегі ауадағы химиялық заттардың ШРЕШ- дан асу деңгейі
Ауа, мг/дм ³	34	6,25±0,05	18,27	1,58	7,56
Су, мг/л	42	0,002±0,0001	0,024	0,0035	8,53
Топырақ, мг/кг	25	0,47±0,02	4,62	0,00096	9,37

Түркістан облысы негізінен Қазақстан Республикасының аграрлық аймағы болғандықтан тұрғын аумақтағы шаруашылыққа қолданылатын минералдық тыңайтқыштардың қоршаған орта нысандарына тигізетін зияндылығына тікелей байланысты. Түркістан облысы аудандарының басым бөлігі мақта шаруашылығымен айналысатындықтан, мақтаны өңдеуге улы химиялық тыңайтқыштар қолданады. Қазіргі таңда осы химиялық зат ретінде гексахлорциклогексан пайдаланылады. Жергілікті аумақтың қоршаған өмір сүру ортасы нысандарында гексахлорциклогексанның шектеулі рұқсат етілген шамасынан жоғары мөлшерінде шоғырланып, балалардың, еңбек ету жасындағы адамдардың, әсіресе репродуктивтік жастағы әйелдердің жатыр ішіндегі балаларының денсаулығына теріс әсерін тигізеді.

5 Облыстық денсаулық сақтау жүйесінің негізгі қорлармен қамтамасыз етілуі және медициналық-профилактикалық шаралардың тиімділігін бағалау

5.1 Түркістан облысы денсаулық сақтаудың негізгі қорлармен қамтамасыз ету көрсеткіштерінің негізінде интегралдық көрсеткіштерді болжау

Жүргізілген талдау барысында өңірдегі халықтың денсаулық жағдайы, облыстық денсаулық сақтау мекемелерінің 2014-2021 жылдардағы қызметі, дәрігерлік мамандармен қамтамасыз етілуі және тәуліктік сырқаттанушылықтың алдын алу жөніндегі шаралар мынадай көрсеткіштерді қалыптастырғанын анықтады: облыс халқының жалпы санының 6,5%-ға жоғарылауы; туылу көрсеткішінің 2,1%-ға өсуі; халықтың жалпы өлім-жітімінің төменгі деңгейін (17,0 %) және оның «қан айналымы жүйесінің аурулары» (63,8 %), "жаңа түзілімдер" (11,8 %) және "жазатайым оқиғалар, жарақаттар мен уланулар" (10,4%) сияқты негізгі себептерінің сақталуы 2021 жылы жалпы өлім-жітімнің барлық себептерінің 86%-ын құрады; нәресте өлімінің 50%-ға қысқаруы; халықтың жалпы аурушандығының 31,1%-ға өсуі және осы кезеңде алғашқы аурушандықтың 49%-ға төмендеуі тіркелген (сурет 5).

Сонымен қатар, халықтың дәрігерлерге қаралуының жалпы санының 19,1% -ға, емханаларға және үйге келу деңгейінің 26,8% - ға өсуі; диспансерлік есепке алынғандар деңгейінің 29,2% - ға артуы; емдеуге жатқызу деңгейінің 19,8% - ға өсуі (1000 адамға шаққанда 284,3); мүгедектікке алғашқы шығу деңгейінің 47,5% -ға артуы; жедел жәрдем шақыртулардың жалпы санының 6,2% -ға артуы тіркелген.

Дәрігерлермен қамтамасыз ету 19,2% -ға өсті, яғни 10 000 адамға шаққанда 38,8 дәрігер маманға жетті, ал біліктілігі бар дәрігерлердің пайызы 21% -ға артты; дәрігерлік мамандардың тұрақтамауы 2021 жылы 16,6% - ға жетті; орта медперсоналмен қамтамасыз етілуі 6,1%-ға өсіп, 2021 жылы - 118,3 құрап, 1: 3,0 арақатынасына тең болды, яғни 6,3%-ға төмендеген; ауруханалық төсектермен қамтамасыз ету 9,9% -ға кеміп, облыс бойынша 10 000 адамға шаққанда орташа 116,2 төсекті құрады; төсектің орташа жылдық жұмыспен қамтылуы 6,1%-ға өсіп, жылына 329 төсек-күнге жетті; науқастардың ауруханалық төсекті орташа пайдалану ұзақтығы 16,9% - ға қысқарды және 2021 жылы 13,3 төсек-күнді құрады.

Түркістан облысының денсаулық сақтау жүйесін бюджеттік қаржыландырудың өсуі халықтың жан басына шаққанда 2012 жылмен салыстырғанда 268,2%-ға артып, 2021 жылы - 70122 теңгені құрады; облыстың денсаулық сақтау саласын қаржыландыру халықтың жан басына шаққанда 1036,4% -ға артып, 14500 теңгені құрады; денсаулық сақтау бойынша жалпы қаржыландырудың өсімі халықтың жан басына шаққанда 440,0% -ға артып, 35032 теңгені құрады.



Сурет 5 – Түркістан облысы және Түркістан қаласы бойынша жалпы аурушандықтың салыстырмалы көрсеткіштері (1000 адамға шаққанда)

Тәуліктік аурушандық, науқастардың саны бойынша, ОКА 100 жұмыс істейтін дәрігерлерге шаққанда 52,9%-ға төмендеді, яғни ОКА жұмыс жасайтын 100 дәрігерге 41,5 науқасты құрады; аурушандық жағдайларының саны 21,0% - ға төмендеді, яғни ОКА жұмыс жасайтын 100 дәрігерге 66,8 оқиғаны құрады; дәрігерлердің уақытша еңбекке жарамсыздық жағдайы күндерінің саны бойынша аурушандығы 4,6%-ға төмендеді яғни ОКА жұмыс жасайтын 100 дәрігерге 609,3 күнтізбелік күнді құрады, бір уақытша еңбекке жарамсыздық жағдайдың орташа ұзақтығы 9,1 күнтізбелік күнді құрап, негізгі себептері ретінде тыныс алу жүйелерінің аурулары (42,5%), қан айналым жүйесінің аурулары (15,0%), сүйек-бұлшық ет жүйесінің және дәнекер тінінің аурулары (12,1%) барлық уақытша еңбекке жарамсыздық жағдайларының 69,6%-ын құрайды.

Дәрігерлер мен орта медицина қызметкерлерінің денсаулығын сақтауға бағытталған негізгі ресми іс-шаралар: "АИТВ-инфекциясынан қорғау" (100 тексерілген медицина қызметкерлеріне 63,0 жағдай), "санаторийлік-курорттық емдеу" (100 медицина қызметкеріне 36,0 жағдай) және "тұмаудың вакцинопрофилактикасы" (100 медицина қызметкеріне 35,2 жағдай) профилактикалық бағдарламаларынан құралған. Әрі бұл көрсеткіштердегі заңдылықтар бір жағынан халықтың денсаулық жағдайының нашарлауын куәландырса, ал екінші жағынан аяқталмаған Түркістан облысының Денсаулық сақтау саласын қайта құруды жалғастыра отырып, облыс деңгейінде атқарылып отырған іс-шаралардың тиімсіздігін көрсетеді.

Денсаулық сақтау ісін негізгі қорлармен қамтамасыз етудің өсуін, бір жағынан, стационарлық көмектің орнына амбулаторлық-емханалық көмекті күшейтуге бет бұрудың белгісі деуге болады. Сонымен қатар науқастанған медициналық мамандарды диспансеризациялауға; дәрігер мамандардың да, орта буынды персоналдың да денсаулық жағдайына назар аударудың артқандығы байқалады. Денсаулық сақтау саласын негізгі қорлармен қамтамасыз етудің халықтың денсаулық жағдайын интегралдық бағалаумен байланысын бағалау қарастырылады. Пирсон корреляциясының коэффициенттерін есептеу негізінде ақпараттық базаға кірген көрсеткіштер арасындағы барлық сенімді ($p < 0,05$) байланыстарға талдау жүргізілді (барлығы 613 көрсеткіш). Атап айтқанда, туылу, сәби өлімі, жалпы ауру, госпитализацияланатын аурушандық және мүгедектікке алғашқы шығу сияқты көрсеткіштер емханада және үйге барып қаралулар санымен, диспансерлік бақылаумен, бір жылдағы ауруханалық төсек жұмысымен, науқастың ауруханалық төсекті орташа пайдалану ұзақтығымен және дәрігерлерге барып қаралудың жалпы санымен нақты өзара байланысты екені анықталды. Сондай-ақ, жан басына қаржыландыру, дәрігерлік мамандармен қамтамасыз ету, жеке мамандықтар бойынша дәрігерлердің үлес салмағы тәрізді негізгі денсаулық сақтау ресурстарымен қамтамасыз ету көрсеткіштерімен, ауруханалық төсек орындарымен қамтамасыз етілуімен нақты байланысты екендігі анықталды. Халықтың жалпы өлім-жітімі халықты жан басына шаққандағы

қаржыландырумен, дәрігер мамандармен қамтамасыз етумен, біліктілік санаты бар дәрігерлердің үлес салмағымен, біліктілік санаты бар орта медицина қызметкерлерінің үлес салмағымен нақты өзара байланысты. Дәрігерлерге келетін тәуліктік аурушаңдық және жедел медициналық жәрдем шақыртуларының саны орта медицина қызметкерлерімен қамтамасыз етілумен кері корреляциялық сенімді байланысады.

Жан басына шаққандағы денсаулық сақтаудағы қаржыландыру, дәрігерлік кадрлармен қамтамасыз ету, біліктілік санаты бар дәрігерлердің үлес салмағы, біліктілік санаты бар орта медицина қызметкерлердің үлес салмағы және төсек орындармен қамтамасыз ету сияқты қызметтік көрсеткіштерімен нақты өзара байланысы бар (кесте 15).

Кесте 15 - Түркістан облысы денсаулық сақтау жүйесінің негізгі қорлармен қамтамасыз ету көрсеткіштерінің өзара корреляциялық байланысы

Ресурстық қолдау іс-шаралары	Учаскелік дәрігердің клиникаға және үйге бару саны	Диспансерлік бақылау сапасы	Төсек-орынның жұмысы	Науқастың ауруханалық төсекті пайдалануының орташа ұзақтығы	Стационардан шығу кезінде, амбулаторлық көмек және жедел медициналық жәрдем қызметі көрсетілген адамдар саны	Дәрігерлерге қаралу саны
1	2	3	4	5	6	7
Халықтың орташа жан басына шаққандағы қаржыландырылуы	0,92	0,97	0,80	-0,96	-0,02	0,91
Дәрігерлік мамандармен қамтамасыз етілуі	0,94	0,95	0,81	-0,89	0,22	0,94
Біліктілік санаты бар дәрігерлердің үлес салмағы	0,93	0,83	0,84	-0,73	0,33	0,94
Дәрігерлік лауазымдармен толықтырылуы	0,11	-0,02	0,43	0,24	0,40	0,15
Орта медицина қызметкерлерімен қамтамасыз етілуі	0,18	-0,03	-0,18	-0,25	-0,67	0,16
Біліктілік санаты бар орта медицина қызметкерлерінің үлес салмағы	0,97	0,98	0,90	-0,92	0,10	0,97

15-ші кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7
Орта медициналық қызметкерлердің лауазымдармен қамтамасыз етілу дәрежесі	0,23	0,06	0,47	0,13	0,52	0,26
Аурухананың төсек орындармен қамтамасыз етілуі	-0,86	-0,90	-0,65	0,96	0,10	-0,85

Ескерту: сенімділігі жоғары өзара байланысты сипаттайтын корреляция коэффициенттері ерекше белгіленген ($p < 0,05$ кезінде)

Өңірдегі жағдайды талдау халықтың денсаулық жағдайын, денсаулық сақтау жүйесінің қызметі мен негізгі қорлармен қамтамасыз етілуін сипаттайтын әртүрлі көрсеткіштерді зерттеу негізінде мүмкін болады. Бұл жағдайда жалпыланған бағалауды қолдану өте қиын. Осы ретте, әртүрлі аудандардағы, қалалар мен өңірдегі, оның ішінде әр жылдары жағдайды салыстыру үшін жекелеген құрамдас бөліктерді және олардың маңыздылығын (үлес салмағын) ескере отырып, халықтың денсаулық жағдайын, денсаулық сақтау жүйесінің қызметі мен негізгі қорлармен қамтамасыз етілуін кешенді бағалауды жүзеге асыруға мүмкіндік беретін көрсеткіштер әзірленді. Сарапшылар сауалнамасының негізінде интегралды көрсеткіштерді қалыптастыру үшін келесі құрамдас бөліктер таңдалды.

1. Халықтың денсаулық жағдайының интегралдық көрсеткіші: туылу (31); өлім-жітім (32); сәби өлімі (33); жалпы аурушандық (34); госпитализацияланған аурулар (35); жедел медициналық жәрдем шақыртуларының саны (36); мүгедектікке алғашқы шығу (37).

2. Денсаулық сақтау жүйесі қызметінің интегралдық көрсеткіші: аймақтық дәрігердің емханада қарауы және үйге келу саны (Д1); диспансерлік бақылау (Д2); ауруханалық төсектің бір жылдағы жұмысы (Д3); науқастың ауруханалық төсекті пайдалануының орташа ұзақтығы (Д4); стационардан шығу кезінде және амбулаторлық мекемелерде жедел медициналық жәрдем қызметі көрсетілген адамдардың саны (Д5); дәрігерлерге қаралу саны (Д6).

3. Денсаулық сақтау жүйесін негізгі қорлармен қамтамасыз етудің интегралдық көрсеткіші: жан басына шаққандағы қаржыландыру (Р1); дәрігерлік мамандармен қамтамасыз ету (Р2); орта медициналық қызметкерлермен қамтамасыз ету (Р3); төсек орынмен қамтамасыз ету (Р4).

Әр көрсеткіш бойынша біртүрлендіру үшін баллдық бағалау жүйесі әзірленді.

Жүргізілген есептеулер нәтижесінде мынадай интегралдық көрсеткіштер алынды.

Денсаулықтың интегралдық көрсеткіші (ДИК):

$$\text{ДИК} = \sum_{i=1}^7 W_i \cdot Z_i^6, \quad (1)$$

мұндағы,

W_i - денсаулық жағдайының i -ші көрсеткішінің салмағы,

Z_i - денсаулық жағдайының i -ші көрсеткішінің баллдық бағасы.

Қызметтің интегралдық көрсеткіші (ҚИК):

$$\text{ҚИК} = \sum_{i=1}^6 W_i \cdot D_i^6, \quad (2)$$

мұндағы,

W_i - қызметтің i -ші көрсеткішінің салмағы,

D_i - қызметтің i -ші көрсеткішінің баллдық бағасы.

Негізгі қорлармен қамтамасыз етудің интегралдық көрсеткіші (НҚҚЕИК):

$$HKKKIK = \sum_{i=1}^4 W_i \cdot P_i^6, \quad (3)$$

мұндағы,

W_i - негізгі қорлармен қамтамасыз етудің i -ші көрсеткішінің салмағы,

P_i - барлық негізгі қорлармен қамтамасыз етудің i -ші көрсеткішінің баллдық бағасы.

W_i өлшемінің мәні сараптамалық бағалау негізінде есептелген (кесте 12)

Априорлық ранжирлеу әдісін пайдалана мынадай формула негізінде қорытылып шығарылады:

$$W_i = \frac{m \cdot (n+1) - \sum_{i=1}^m r_{ij}}{\sum_{k=1}^n [m \cdot (n+1) - \sum_{j=1}^m r_{kj}]}, \quad (4)$$

мұнда- $\sum_{i=1}^n w_i = 1$, j -м сарапшы қойған дәреже және r_{ij} .

$$(j = \overline{1, m}) \quad (5)$$

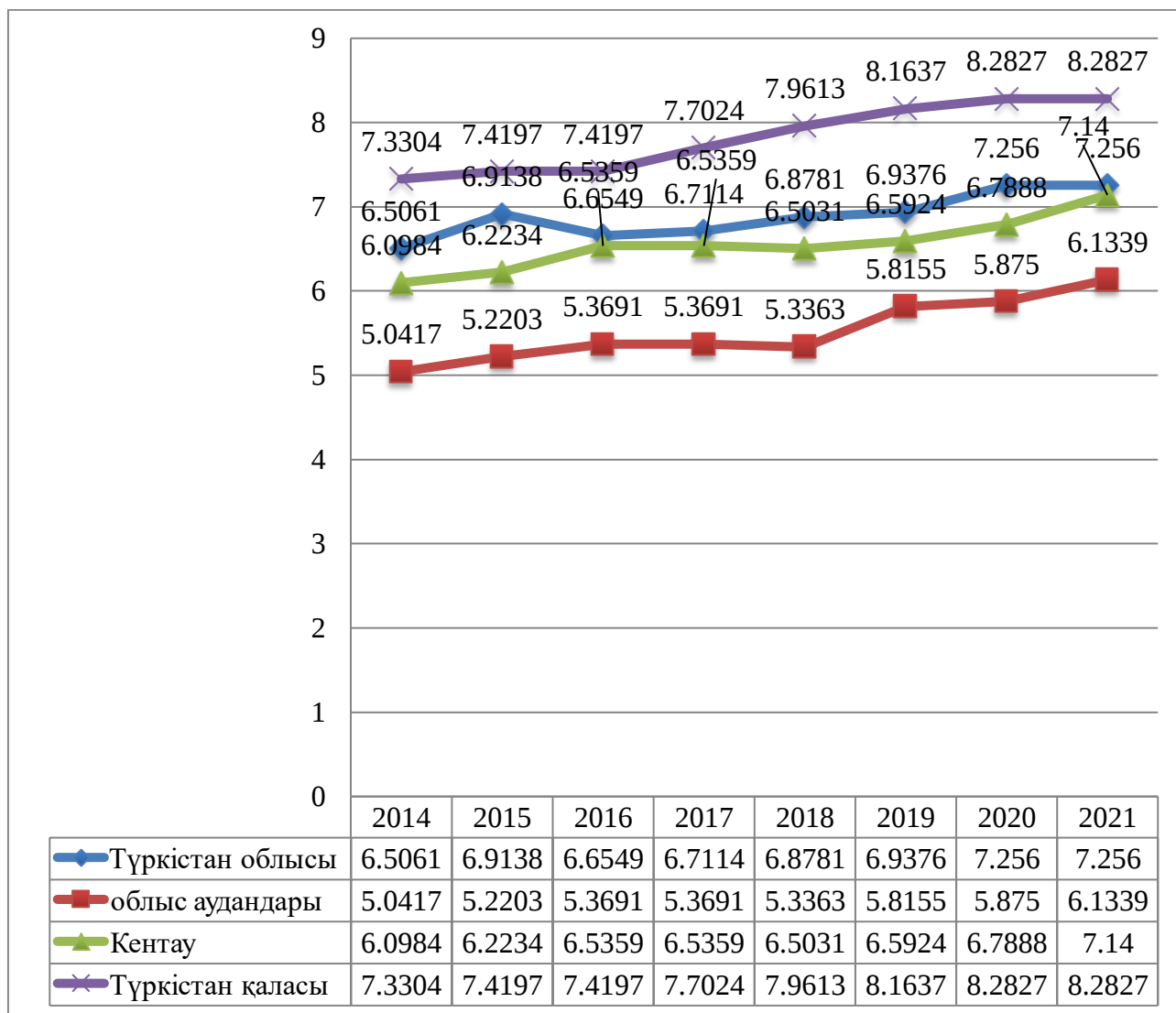
Кесте 16 - Денсаулық сақтау жүйесі қызметінің жекелеген көрсеткіштерін маңыздылығына қарай жіктеу матрицасы

Көрсеткіштің атауы	Сегіз сарапшының бағасы								Дәрежелердің қосындысы	W_i
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII		
Дәрігердің емханада қарау және бақылау саны	2,5	3,5	1	2,5	2,5	3	2,5	1	18,5	0,2232
Диспансерлік бақылау	6	5	6	6	6	6	6	5	46	0,0595
Төсек орынның бір жылдағы жұмысы	5	6	5	5	4,5	4,5	5	6	41	0,0893
Науқастың төсек орында жатуының орташа ұзақтығы	1	2	2,5	1	1	1,5	1	2,5	12,5	0,2589
Стационардан шығарған кезінде қызмет көрсетілген және амбулаторлық жағдайда емделген адамдар саны	2,5	1	2,5	4	2,5	4,5	2,5	2,5	22	0,2024
Дәрігерлерге қаралу саны	4	3,5	4	2,5	4,5	1,5	4	4	28	0,1667

Барлық салмақтық коэффициенттердің қосындысы W_i -1 тең, ал интегралды көрсеткіштерге енген көрсеткіштер біртүрлендірілген 10–баллдық шкала бойынша бағаланды, интегралды көрсеткіштің барынша мүмкін мәні 10-ға тең, ал ең аз мәні 0-ге тең (кесте 16).

Интегралдық көрсеткіштер Түркістан облысының барлық аудандары үшін есептелген, орташа аудандар бойынша, Түркістан қ., Кентау қ., сондай-ақ жалпы облыс бойынша келтірілген (сурет 6).

Алынған мәліметтерге сәйкес, халық денсаулығының және денсаулық сақтау қызметінің ең жақсы көрсеткіштері – Түркістан қаласында, ең жоғары қаржыландыру, аудандық деңгейде – Кентау қаласында; ең нашар көрсеткіштер, тиісінше, жалпы Түркістан облысы бойынша және аудандық деңгейде екені анықталды.



Сурет 6 – 2014-2021 жж. Түркістан облысы, Түркістан қаласы, Кентау қаласы және орташа облыс аудандары бойынша интегралды көрсеткіштер динамикасы

Бесінші тарау жеке медициналық-әлеуметтік сипаттамалар және алдын алу шаралары негізінде өңірлік денсаулық сақтауда жұмыс істейтін дәрігер мамандардың денсаулық жағдайын модельдеуге және болжауға арналған. Дәрігерлердің медициналық-әлеуметтік сипаттамаларын зерттеу үшін

бағдарлама әзірленді, ол бойынша Түркістан облысының дәрігерлік ұйымдарында медициналық жұмыспен айналысатын 681 дәрігер тексерілді.

Өңірлік денсаулық сақтауда жұмыс істейтін дәрігер мамандардың медициналық-әлеуметтік сипаттамаларын талдау олардың ерекшеліктері 30-49 жастағы (58,9%) адамдардың басым болуы болып табылатынын, әйел дәрігерлердің жалпы санының 64,9%-ын құрайтынын анықтады.

Ауыл халқына медициналық көмек көрсетумен айналысатын дәрігерлердің жартысына жуығы облыстық емдеу ұйымдарында (49,2%) жұмыс істейді. Аудандық ЕПМ-де 46,7% маман жұмыс істейді. Жалпы медициналық өтілі бойынша ауылдық денсаулық сақтауда 15 және одан да көп жыл жұмыс істеген дәрігерлер тобы басым (адамдардың 62,2%). Ауылдық денсаулық сақтауда жұмыс істейтін дәрігерлердің жалпы санынан жетекші орынды хирургиялық (34,8%) және терапевтік бейіндегі (30,0%) мамандар алады. Дәрігерлердің 90,6% - ы негізгі мамандық бойынша маманданудан өтті, оның 30,5%-ы 4 рет және одан да көп дипломнан кейінгі оқудан өтті. Сонымен қатар, дәрігерлердің 47,4% санаты жоқ екенін атап өткен жөн. Дәрігерлердің 0,3% докторлық және 1,2% кандидаттық диссертация қорғады. Дәрігерлердің 1,0%-ы "Ресейдің еңбек сіңірген дәрігері" құрметті атағына ие және 8,5%-ы "Денсаулық сақтау үздігі" төс белгісімен марапатталды.

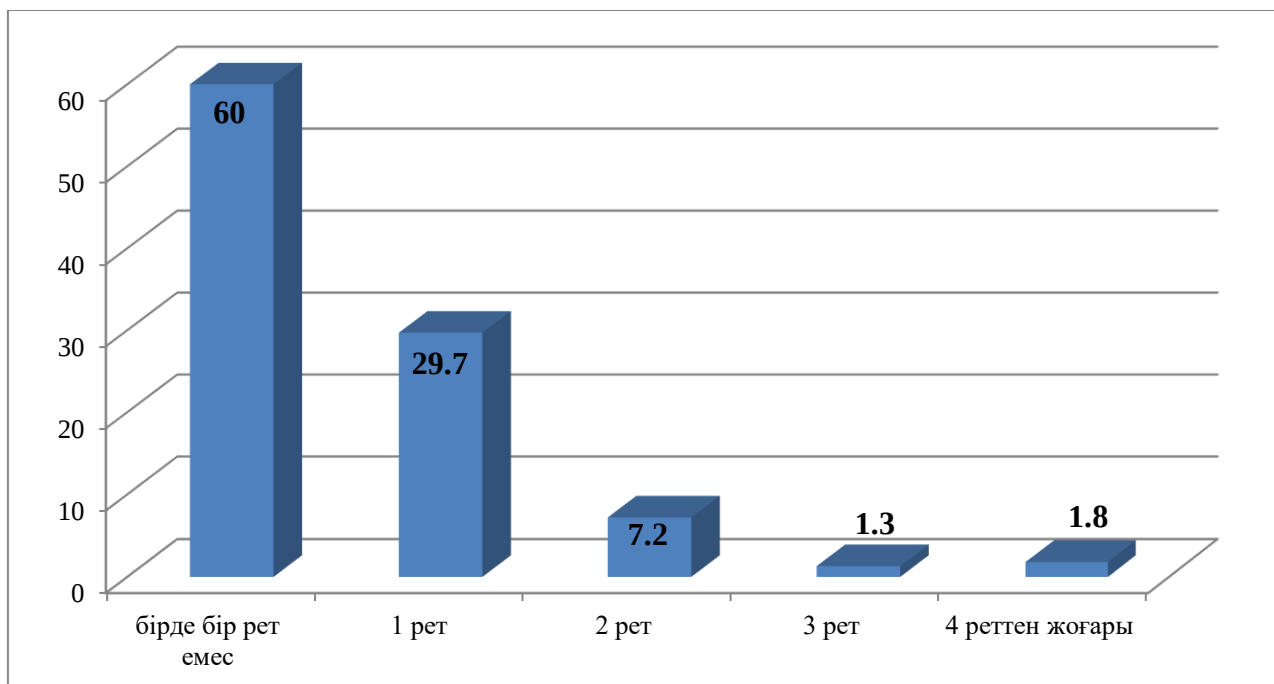
Дәрігерлердің 19,3%-ы жұмыста қиындықтарды атап өтуде, оның 61,1%-ы бұл қиындықтардың мерзімді сипатқа ие деп санайды. Дәрігерлердің 71,7% жұмыс күні күніне 8 сағаттан асады. Дәрігерлердің көпшілігі өзінің жұмыс орнында санитарлық-гигиеналық еңбек жағдайларын "қанағаттанарлық" (адамдардың 66,2%) деп бағалады, санитарлық-гигиеналық еңбек жағдайына ұқсас баға дәрігерлерден және олар жұмыс істейтін бөлімшеге қатысты (адамдардың 68,8%) алынды. Тексерілген дәрігерлердің 65,8%-ы өз жұмысымен қанағаттандырылды.

Ауыл тұрғындарына көмек көрсететін емдеу мекемелерінің беделін арттыру үшін дәрігерлер бірінші кезекте ЕПМ-ні қазіргі заманғы жабдықтармен (42,0% ұсыныс) жабдықтауды, ЕПМ-ні қаржыландыруды (17,0% ұсыныс) арттыруды және жалақыны (12,0% ұсыныс) арттыруды және басқаларды ұсынады.

Дәрігерлердің жартысына жуығы өзінің материалдық жағдайын "қанағаттанарлық" (49,4%), ал 48,4%-"нашар"деп бағалады. Олар өздерінің тұрғын үй-тұрмыстық жағдайларын "қанағаттанарлық" деп бағалады (60,0% адам). Ауыл тұрғындарына медициналық көмек көрсетумен айналысатын дәрігерлердің (62,3%) басым бөлігі өзінің жұмыс орнын ауыстыруды жоспарламағанын атап өту керек.

Дәрігерлердің көпшілігі өз денсаулығының жағдайын "қанағаттанарлық" (74,6%) деп бағалайды, бұл ретте жартысынан көбі (52,0%) созылмалы аурулары бар, бірақ тек 23,1% ғана диспансерлік есепте тұр. Дәрігерлердің 60,0% соңғы жыл ішінде ауырған жоқ және ауру бойынша жұмыс күндерін жоғалтпаған (сурет 7). Дәрігерлердің жартысынан астамы ауырған жағдайда өзін-өзі емдеумен айналысады (56,7%).

Дәрігерлердің 99,0%-ы сақтандыру медициналық полисімен, оның 89,3% - ы міндетті медициналық сақтандыру жүйесіне сақтандырылған. Ауырған жағдайда дәрігерлердің 79,0% толық құны үшін емдеуден өтеді.



Сурет 7 – Еңбекке жарамсыздық парақтарының саны бойынша дәрігерлерді жіктеу

Дәрігерлердің жартысынан астамы ЕПҰ-да ұйым қызметкерлеріне медициналық қызмет көрсету үшін арнайы бөлінген дәрігер жоқ (57,3% адам), дәрігерлердің басым көпшілігі (89,2%) оларда бар созылмалы аурулардың асқынуының алдын алу үшін санаторлық-курорттық ұйымдарды пайдалануға мүмкіндігі жоқ екенін атап өтті. 78,0% дәрігерлер шылым шекпейді және 37,7% – алкоголь тұтынбайды. Өз денсаулығын сақтау үшін ауыл тұрғындарына медициналық көмек көрсететін дәрігерлердің 53,5%-ы күнделікті дене жаттығуларымен айналысады.

Талдау көрсеткендей, ауылдық денсаулық сақтау саласында жұмыс істейтін дәрігерлік мамандардың денсаулық жағдайы мен тәуліктік сырқаттанушылығына әсер ететін негізгі қауіпті әлеуметтік-гигиеналық және медициналық-биологиялық себептерге жасы, созылмалы аурулардың болуы, диспансерлік тіркеуде болуы және диспансерлік есепке алынуы, мамандығы, мамандығы бойынша жұмыс өтілі, жалпы медициналық еңбек өтілі, темекі шегу және алкогольді пайдалану, аурудың алдын алу, қажетті мамандандырылған дәрігерге қаралу мүмкіндігі, материалдық жағдайы, тұрғын үй-тұрмыстық жағдайлары, бөлімшедегі санитарлық-гигиеналық жағдайлар жатады (кесте 17).

Кесте 17 - Дәрігерлік мамандардың денсаулық жағдайына және тәуліктік сырқаттануына әсер ету дәрежесі бойынша әлеуметтік-гигиеналық және медициналық-биологиялық себептердің маңыздылығын бағалау

Көрсеткіштің атауы	Денсаулық жағдайы		Тәулік ішіндегі сырқаттану оқиғаларының саны		Тәуліктің ұзақтығы	
	г	Ранг	г	Ранг	г	Ранг
1	2	3	4	5	6	7
Жасы	-0,1492	7	-0,0705	10	-0,0134	26
жынысы	0,0314	22	-0,0911	7	-0,0688	5
Жалпы медициналық өтілі	-0,1832	6	-0,0529	18	0,0133	27
Мамандығы	0,0180	24	-0,0157	29	0,0007	31
Мамандығы бойынша жұмыс өтілі	-0,1859	5	-0,0547	15	0,0003	32
Мамандандыру	-0,0825	16	-0,0309	25	0,0271	21
Біліктілікті арттыру	-0,1325	11	-0,0279	26	0,0202	23
Санаты	-0,0586	19	-0,0980	5	-0,0573	7
Қиындықтар	-0,1013	14	0,0537	17	0,0489	14
Ұзақтығы	0,0042	29	0,0644	11	0,0495	13
Санитарлық-гигиеналық жағдай (жұмыс орны)	0,1304	12	-0,0546	16	-0,0546	10
Санитарлық-гигиеналық жағдай (бөлімдегі)	0,1354	10	-0,0604	13	-0,0636	6
Қанағаттанушылық	-0,0017	31	-0,0356	23	-0,0276	20
Материалдық жағдай	0,1358	9	0,0239	27	-0,0366	17
Тұрғын-тұрмыстық жағдайы	0,0030	30	0,0959	6	0,0553	9
Жұмыс ауыстыру	-0,0107	27	0,0238	28	0,0148	25
Мамандығы ұнамайды	-0,0834	15	-0,0127	30	0,0032	30
Созылмалы аурулар	-0,2956	1	0,1080	3	0,0554	8
Диспансерлік есеп	-0,2595	3	0,1756	1	0,1109	2
Диспансерлік топ	-0,2800	2	0,1513	2	-0,0949	3

17-ші кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7
Диспансерлік есептегі жылдар	-0,1978	4	-0,0394	21	0,0427	15
Медициналық полис	-0,0521	20	0,0604	12	0,0413	16
Сақтандыру бағдарламасы	-0,0145	25	-0,0464	20	-0,0816	4
Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету	0,0656	17	-0,0508	19	-0,0516	11
Дәрігер мамандығы	0,0106	28	-0,0582	14	-0,0086	28
Аурудың алдын алу	0,1396	8	-0,0900	8	-0,0350	18
Емдеу	-0,0340	21	0,0837	9	0,0515	12
Темекі шегу	0,0112	26	-0,0376	22	-0,0193	24
Темекі шегу зияндылығы	-0,0616	18	-0,1018	4	-0,1334	1
Ішімдік	-0,0010	32	-0,0353	24	-0,0045	29
Ішімдіктің зияндылығы	-0,1299	13	0,0022	32	-0,0234	22
Гимнастика	0,0219	23	0,0033	31	-0,0315	15

Ауылдық жерлерде денсаулық сақтау саласында жұмыс істейтін дәрігерлердің денсаулық жағдайын және тәуліктік сырқаттанушылық көрсеткіштерін болжау үшін элеуметтік-гигиеналық себептер бойынша талданатын көрсеткіштердің өзара байланысын ескеретін модельдер жасалды. Жүргізілген зерттеулер мен есептеулер нәтижесінде келесі математикалық модельдер алынды:

$$Y_1 = 0,617337 - 0,0931787 \cdot X_1 + 0,0059544 \cdot X_2 + 0,0536843 \cdot X_3 + 0,0548853 \cdot X_4 - 0,17707 \cdot X_5 - 0,033335 \cdot X_6$$

$$Y_2 = 0,65827 - 0,312335 \cdot X_1 - 0,160977 \cdot X_2 - 0,14145 \cdot X_3 + 0,0979159 \cdot X_4 + 0,516186 \cdot X_5 + 0,140706 \cdot X_6$$

$$Y_3 = 6,882 - 1,15297 \cdot X_1 - 2,14999 \cdot X_2 - 2,07063 \cdot X_3 + 1,07259 \cdot X_4 + 4,77782 \cdot X_5 + 3,2759 \cdot X_6$$

мұндағы,

Y_1 - ауылдық денсаулық сақтау саласында жұмыс істейтін дәрігерлердің денсаулық жағдайы;

Y_2 - тәулік ішіндегі сырқаттану оқиғаларының саны;

Y_3 - тәулік ұзақтығы;

- X1 – жасы;
- X2 – жынысы;
- X3 - жұмыс орнындағы санитарлық – гигиеналық жағдайлар;
- X4 - тұрғын үй – тұрмыстық жағдайлар;
- X5 - диспансерлік топ;
- X6 - жұмысты ауыстыру.

Құрылған үлгілердің негізінде ауылдық жерлерде денсаулық сақтау саласында жұмыс істейтін дәрігер мамандардың денсаулық жағдайының және анықталған қауіпті әлеуметтік-гигиеналық себептердің өзгеруіне байланысты тәуліктік сырқаттанушылық көрсеткіштерінің өзгеруін болжау мүмкін болады.

Тұрғындардың аурушандығы, салыстырмалы түрде, төмен аудандар тобына (кесте 18): Ордабасы, Бәйдібек, Созақ және Шардара аудандары ($K_a = 4,46-5,18$) жатады, ал Сарыағаш, Арыс, Отырар, Сайрам және Төлеби аудандары тұрғындарының аурушандық көрсеткіштерінің ($K_a = 5,41-5,95$) даму деңгейлеріне қарай орташа деңгейлі аудандар тобына, аурушандық көрсеткішінің деңгейі жоғары аудандарға Қазығұрт, Түлкібас, Мақтаарал аудандары мен Кентау және Түркістан ($K_a = 5,96-6,69$) қалалары жатқызылды.

Кесте 18 – Түркістан облысы аудандарын кешенді демографиялық ($K_{дем}$), денсаулық ($K_{ак}$), әлеуметтік-экономикалық ($K_{эж}$) және медициналық-фармацевтикалық қорлармен қамтамасыз ету ($K_{мфк}$) көрсеткіштері негізінде жіктеу (топтарға бөлу)

Түркістан облысының аудандары мен қалалары	Аудандарды кешенді демографиялық көрсеткіштер бойынша жіктеу			Аудандарды тұрғындардың кешенді денсаулық көрсеткіштері бойынша жіктеу			Аудандарды тұрғындардың әлеуметтік – экономикалық жағдайлары бойынша жіктеу			Аудандарды кешенді медициналық-фармацевтикалық көрсеткіштер бойынша жіктеу		
	Кешенді көрсеткіш- $K_{дем}$	Дә-ре-же	Топ	Кешенді көрсеткіш- K_a	Дә-ре-же	То-п	Кешенді көрсеткіш - $K_{сэж}$	Дә-ре-же	То-п	Кешенді көрсеткіш– $K_{мфк}$	Дә-ре-же	Топ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Кентау қаласы	2,30	1	I	5,96	10	III	3,85	4	I	2,56	14	III
Бәйдібек ауданы	2,43	2	I	4,75	2	I	4,03	10	III	2,26	7	II
Отырар ауданы	2,48	3	I	5,70	7	II	4,08	14	III	2,13	3	I
Мақтаарал ауданы	2,51	4	I	6,27	13	III	3,92	7	II	2,42	11	III
Түлкібас ауданы	2,62	5	II	6,22	12	III	3,92	6	II	2,27	8	II
Созақ ауданы	2,65	6	II	4,97	3	I	3,73	1	I	2,43	12	III
Шардара ауданы	2,69	7	II	5,18	4	I	4,01	9	III	2,05	2	I
Төлеби ауданы	2,82	8	II	5,95	9	II	3,90	5	II	2,34	10	II
Арыс ауданы	2,87	9	II	5,45	6	II	4,07	13	III	2,23	6	II

18 - ші кестенің жалғасы

Ордабасы ауданы	3,12	10	III	4,46	1	I	4,04	11	III	2,04	1	I
Сайрам ауданы	3,14	11	III	5,70	8	II	4,05	12	III	2,32	9	II
Казығұрт ауданы	3,16	12	III	5,96	10	III	3,99	8	II	2,14	4	I
Түркістан қаласы	3,17	13	III	6,69	14	III	3,74	2	I	2,43	13	III
Сарыағаш ауданы	3,19	14	III	5,41	5	II	3,75	3	I	2,20	5	II
Қалыптастырғыш көрсеткіш	3,0			6,00			4,00			3,00		

Құрастырылған интегралдық көрсеткіштер негізінде халықтың денсаулық жағдайы, денсаулық сақтау жүйесінің қызметі мен негізгі қорлармен қамтамасыз етілуі қолайлы және қолайсыз аудандарды бөлу үшін негіз болып табылатын Түркістан облысының аумақтық бірліктерін жіктеу жүргізілді. Жағдайдың қолайлылығы тұрғысынан аудандардың 5 тобы бөлінді: 1)Өте қолайлы жағдай; 2)қолайлы жағдай; 3)орташа жағдай; 4)қолайсыз жағдай; 5)өте қолайсыз жағдай. Топтар арасындағы шекараны анықтау үшін өлшем ретінде $d(ЖК)$ дисперсиясы және тиісті интегралдық көрсеткіштің орта квадраттық ауытқуы (ЖК) қолданылды:

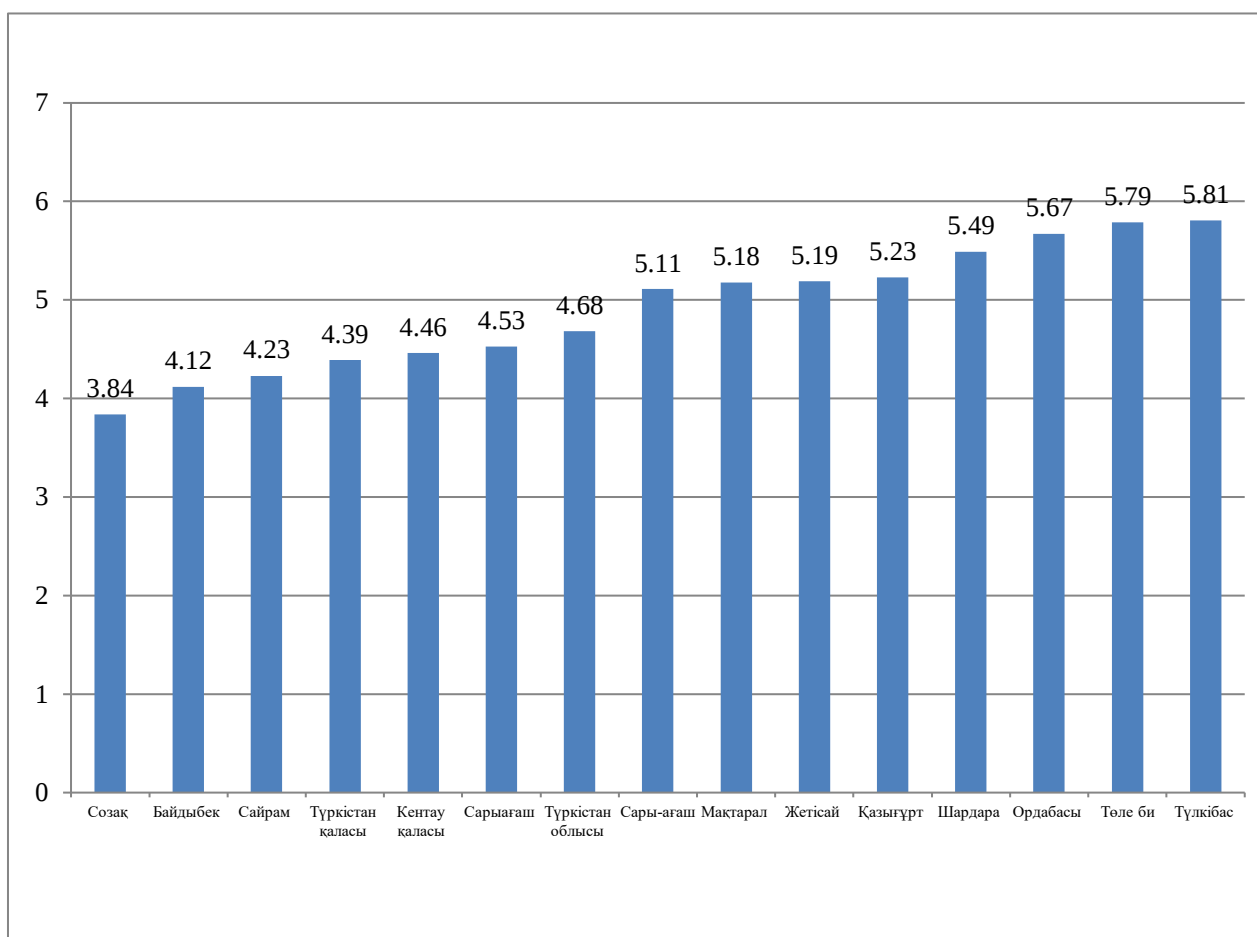
- тоб 1: $ИП > \overline{ИП} + \sigma(ИП)$;
 тоб 2: $\overline{ИП} + D(ИП) \leq ИП \leq \overline{ИП} + \sigma(ИП)$;
 тоб 3: $\overline{ИП} - D(ИП) < ИП < \overline{ИП} + D(ИП)$;
 тоб 4: $\overline{ИП} - \sigma(ИП) \leq ИП \leq \overline{ИП} - D(ИП)$;
 тоб 5: $ИП < \overline{ИП} - \sigma(ИП)$.

Халықтың денсаулық көрсеткіштері бойынша қолайлы жағдай облыстың үш ауданында – Түлкібас, Төлеби және Ордабасы; қолайсыз жағдай – Сайрам, Созақ және Бәйдібек аудандарында; жеті ауданда халықтың денсаулық жағдайы орташа облыстық деңгейге жақын тіркелген (сурет 8). Денсаулық сақтау мекемелерінің қызмет деңгейі бойынша облыстың екі ауданында – Бәйдібек және Отырар қолайсыз, ал Мақтаарал, Сарыағаш, Шардара, Түркістан, Ордабасы, Кентау қалалары мен аудандарында қолайлы жағдай байқалады.

Денсаулық сақтау жүйесін ресурстық қамтамасыз ету деңгейі бойынша: қолайлы жағдай үш ауданда (Түлкібас, Сайрам, Төлеби), салыстырмалы түрде қолайлы жағдай екі ауданда (Түркістан, Қазығұрт), салыстырмалы түрде қолайсыз жағдай екі ауданда

(Отырар, Шардара), қолайсыз жағдай облыстың үш ауданында (Созақ, Бәйдібек, Арыс); орташа облыстық мән деңгейінде негізгі қорлармен қамтамасыз ету деңгейі сегіз ауданда (Мақтаарал, Сарыағаш, Жетісай, Келес, Киров, Түркістан, Ордабасы, Кентау) тіркелген.

Аумақтық бірліктердің алынған үлгісі өз қызметін ұтымды ету үшін өңірлік денсаулық сақтауды басқару ұйымдарымен ескерілуі тиіс. Бірінші кезекте, қолайсыз немесе өте қолайсыз жағдай қалыптасқан аудандарға назар аудару керек. Қолайлы жағдай қалыптасқан аудандардағы Денсаулық сақтау ұйымдарының қызметін талдау медициналық көмек көрсетудің сапасы мен тиімділігін арттыру үшін алғышарттар жасайтын себептерді анықтауға мүмкіндік береді.



Сурет 8 – Түркістан облысы аудандарындағы халық денсаулығының интегралдық көрсеткішінің (ХДИК) орташа деңгейі бойынша жіктеу нәтижелері

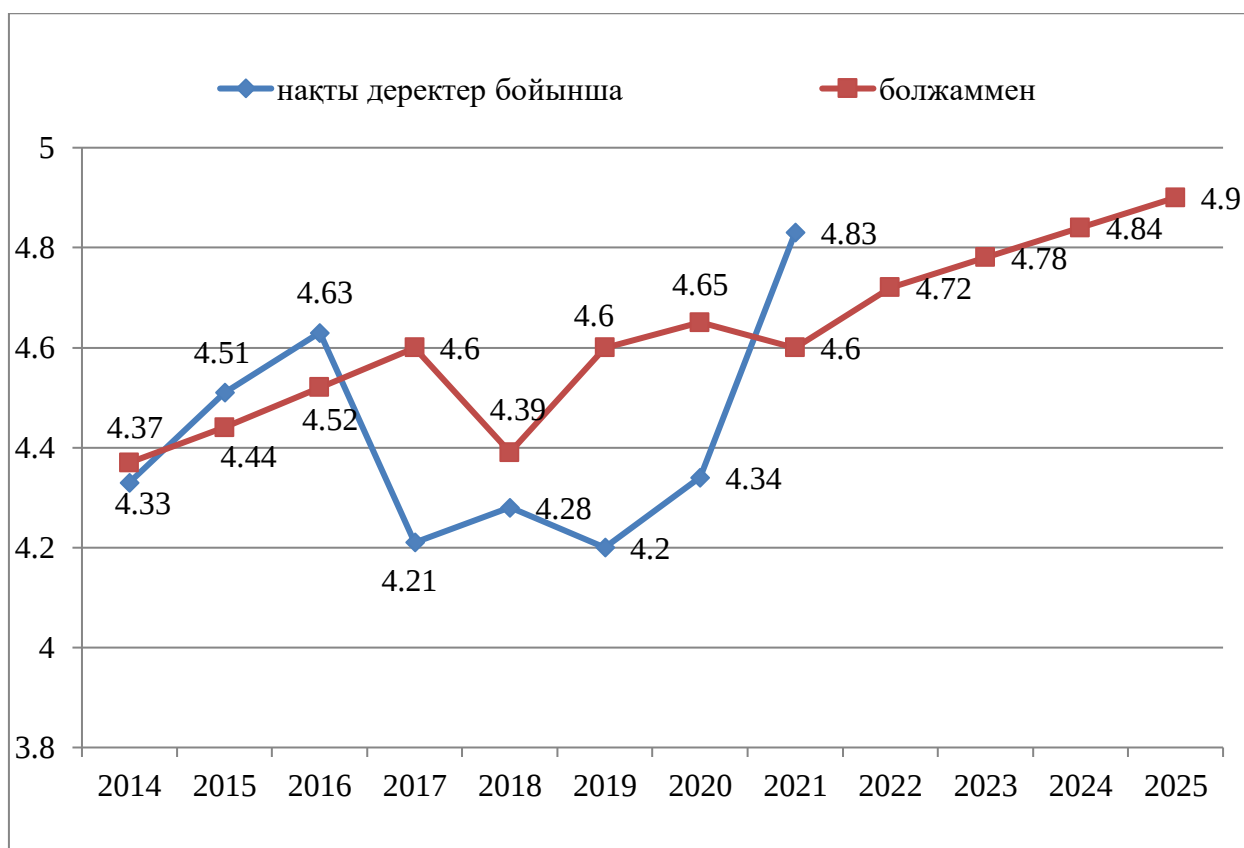
Экспоненциалды тегістеу әдісін (уақыт бойынша көрсеткіштерді болжауда қолданылатын математикалық түрлендіру әдісі немесе Браун әдісі ретінде де белгілі) пайдалана отырып, барлық зерттелетін көрсеткіштер үшін қысқа мерзімді болжамдар (3 жылға) алынды. Атап айтқанда, Түркістан қаласында, Түркістан облысында және оның аудандарында интегралдық көрсеткіштің ауытқуына қарамастан, оның ұлғаюының жалпы үрдісі бар, көрсеткіштің едәуір өсуі облыс аудандары үшін болжанады (сурет 9).

Негізгі қорлармен қамтамасыз ету және қызмет көрсеткіштерінің өзгеру әсерін болжау үшін өңір халқының денсаулық жағдайына регрессия теңдеуіне негізделген үлгілер әзірленді. Модель түрі детерминация коэффициентінің ең жоғарғы мағынасынан (максимум) алынды. Облыстық деңгей үшін келесі үлгілер алынды:

ДИК (денсаулықтың интегралдық көрсеткіші) = $2,51148 + 0,277249$,

СИ (сырқаттылық индексі) = $3,5948 + 0,121827$,

ҚИК (қызметтің интегралдық көрсеткіші) = $3,07936 + 0,561437$.



Сурет 9 – Түркістан облысының 2025 жылға болжаммен халық денсаулығының интегралдық көрсеткішінің динамикасы

Осыған ұқсас модельдер басқарудың үш деңгейіндегі барлық өзара байланысты модельдеу үшін құрылған: аудандық, қалалық, облыстық. Құрылған модельдер негізінде халықтың денсаулық жағдайы мен денсаулық сақтау жүйесі қызметінің интегралдық көрсеткіштерінің өзгеруі белгілі бір ресурсты бөлуге жауап ретінде анықталады. Интегралдық көрсеткіштердің өзгеруін талдау негізінде бағдарламалық іс-шаралардың тиімділігі анықталады және мақсатты бағдарламалардың көптеген перспективалы нұсқалары қалыптасады.

Әзірленген алгоритмдер мен модельдерді пайдалана отырып Түркістан облысының Денсаулық сақтау жүйесіндегі жағдайға талдау жүргізілді. Жүргізілген зерттеулер нәтижесінде дамудың басым бағыттары мен ресурстарға қажеттілік анықталды: қаржыландыруды ұлғайту (жылына 1 тұрғынға), орта медициналық қызметкерлермен жасақтауды арттыру, науқастардың төсекті пайдалануының орташа ұзақтығын төмендету, жедел жәрдем шығындарын ұлғайту.

Сонымен, зерттеу жұмысының барысында мынандай нәтижелерге қол жеткіздік:

- Өңірлік денсаулық сақтау жүйесін басқарудың тиімділігін арттыру жолдары талданды және жіктемелік-болжамдық модельдеуді пайдалануға негізделген шешім қабылдауды зияткерлік қолдау әдістерін дамыту тәсілдері негізделді.

- Түркістан облысы халқының денсаулық жағдайының негізгі көрсеткіштеріне, Денсаулық сақтау мекемелерінің қызметіне және олардың ресурстық қамтамасыз етілуіне өңірлік деңгейде және жекелеген аумақтық бірліктер деңгейінде статистикалық талдау жүргізілді.
- Уақыт бойынша қатарлардың үлгілері алынды және халықтың денсаулық жағдайын және 2014-2025 жылдарға арналған Денсаулық сақтау жүйесінің қызметін сипаттайтын негізгі көрсеткіштер бойынша Түркістан облысы үшін тұтастай және жекелеген аумақтық бірліктер үшін болжамды көрсеткіштер анықталды.
- Халық денсаулығы жағдайын, олардың маңыздылығын ескере отырып, жекелеген сипаттамалар тобының негізінде денсаулық сақтау жүйесінің қызметін және ресурстық қамтамасыз етілуін кешенді бағалауға мүмкіндік беретін интегралдық көрсеткіштер әзірленді.
- Халықтың денсаулық жағдайы мен медициналық көмекті ұйымдастыру деңгейі тұрғысынан қолайлы және қолайсыз жағдайы бар аудандарды бөліп көрсетуге мүмкіндік беретін Түркістан облысының аумақтық бірліктерін жіктеу әдістемесі ұсынылды.
- Түркістан облысы халқының денсаулық жағдайының көрсеткіштері мен өңірлік денсаулық сақтау жүйесінің қызметі мен ресурстық қамтамасыз етілуі арасындағы қазіргі өзара байланысты зерттеу және бағалау жүргізілді.
- Өңірдің денсаулық сақтау жүйесінің негізгі ресурсы ретінде облыстық бағыныстағы аудандық емдеу-профилактикалық мекемелерде жұмыс істейтін дәрігерлер контингенттерінің медициналық-әлеуметтік ерекшеліктері зерттелді.
- Дәрігерлердің өмір сүру салтының медициналық-әлеуметтік сипаттамаларының олардың денсаулық жағдайына әсерін бағалау жүргізілді;
- Өңірлік және аудандық деңгейдегі денсаулық сақтау жүйесін басқару құрылымы әзірленді.
- Түркістан облысы мысалында өңірлік денсаулық сақтау жүйесін дамытудың басым бағыттары әзірленді.
- Денсаулық сақтау жүйесін қайта құру жағдайында ауыл шаруашылығы дамыған аймақ халқына медициналық көмекті оңтайландыруға бағытталған негізгі іс-шараларды іске асыру тетігі ұсынылды.

5.2 Түркістан облысының аудандарында жүзеге асырылған алдын алу шараларына баға беру.

Диссертациялық жұмыстың нәтижесі бойынша Түркістан облысының аудандарында жүргізілген алдын алу шараларының сызбасы жасалды (сурет 10). Сызбаны құру барысында Түркістан облысы аудандарының тұрғындарында қалыптасқан аурушандықтың көрсеткіштері алынды. Және аурушандық көрсеткіштеріне тікелей әсер ететін қатерлі себептер анықталды. Аталған көрсеткіштердің негізінде аудандар медициналық және гигиеналық тұрғыдан топтастырылды. Жұмыс нәтижесінде аудандар төмен, орташа, жоғарғы дәрежедегі, аса жоғарғы дәрежедегі аудандар болып жіктелді.

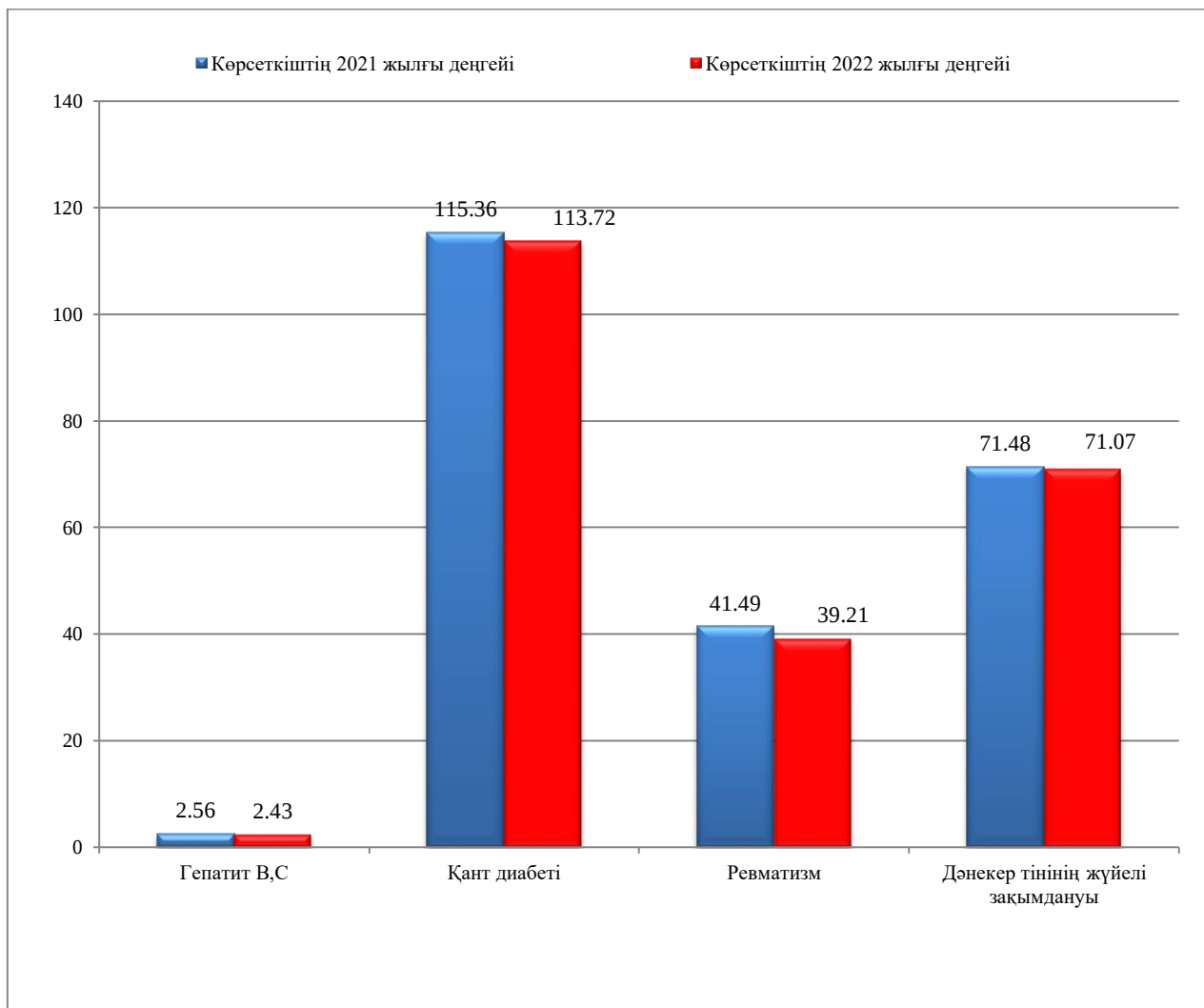


Сурет 10 – Қауіптілігі әр түрлі аудандарда жүргізілген алдын алу шараларының тиімділігін бағалау моделі

Түркістан облысы бойынша тұрғындар арасында қалыптасқан әлеуметтік мәні бар аурулардың көрсеткіші, олардың даму динамикасы бойынша айқындалып, айырмашылықтар есептеліп шығарылды. Яғни Түркістан облысының аудандарында жүзеге асырылған алдын алу шараларының бағдарламасы жасалды. Алдын алу шараларының бағдарламасы ғылыми тұрғыда негізделді. Қауіптілігі төмен аудандарда жүргізілген алдын алу шараларының тиімділігі келесідей (сурет 11).

Төменгі дәрежедегі қауіпті әкімшілік аудандарда жүргізілген алдын алу шараларының тиімділігіне сәйкес гепатиттің В,С түрлері

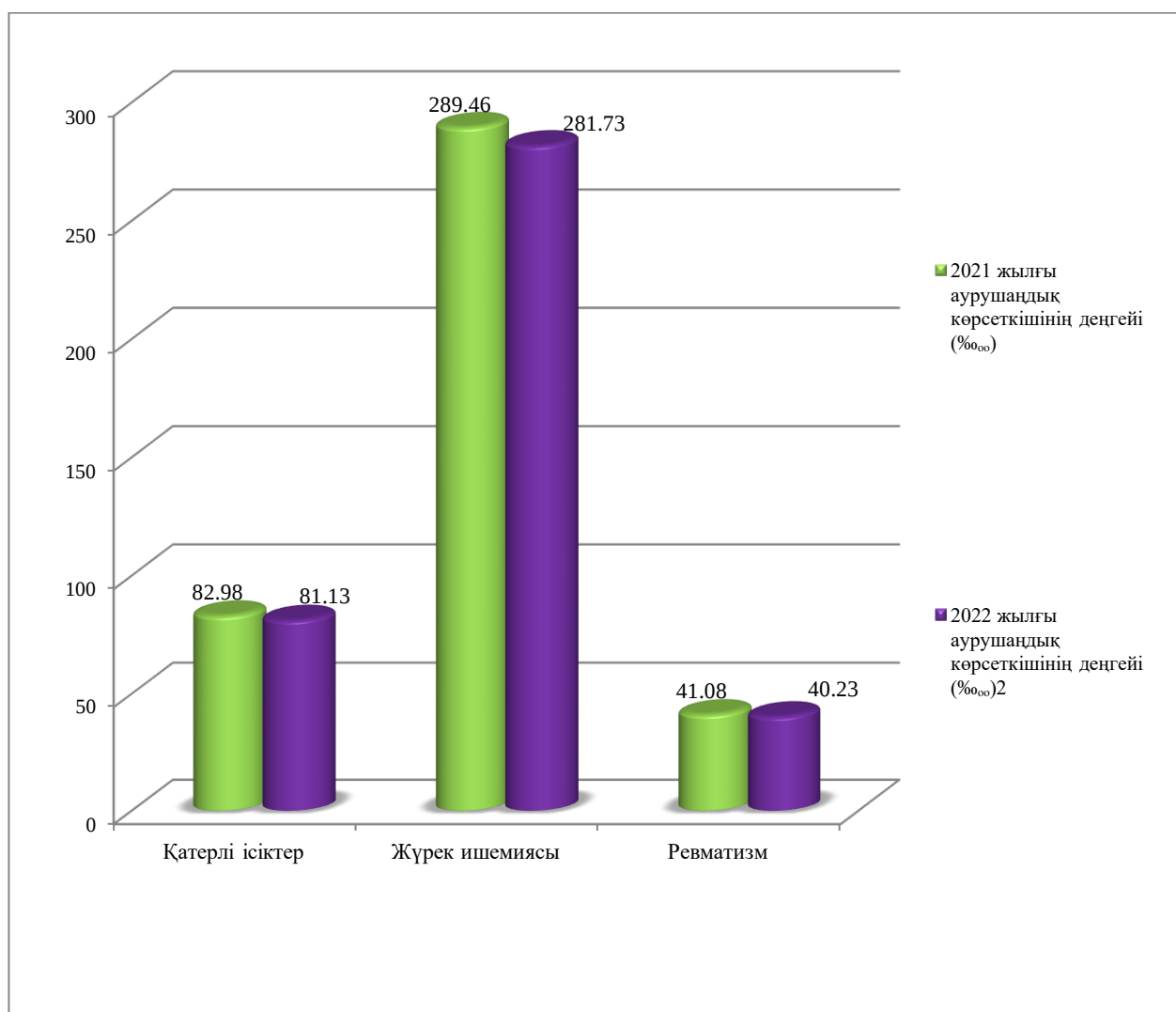
2,56 промилледен 2,43 промиллеге дейін төмендесе, қант диабеті ауруы 115,36 промилледен 113,72 промиллеге төмендеді. Сонымен қатар ревматизмнің көрсеткіші 41,49 промилледен 39,21 промиллеге азайды. Дәнекер тінінің жүйелі зақымдануының деңгейі 71,48 промилледен 71,07 промиллеге азайды.



Сурет 11 – Қауіптілігі төмен аудандарда алдын алу шараларының тиімділігі

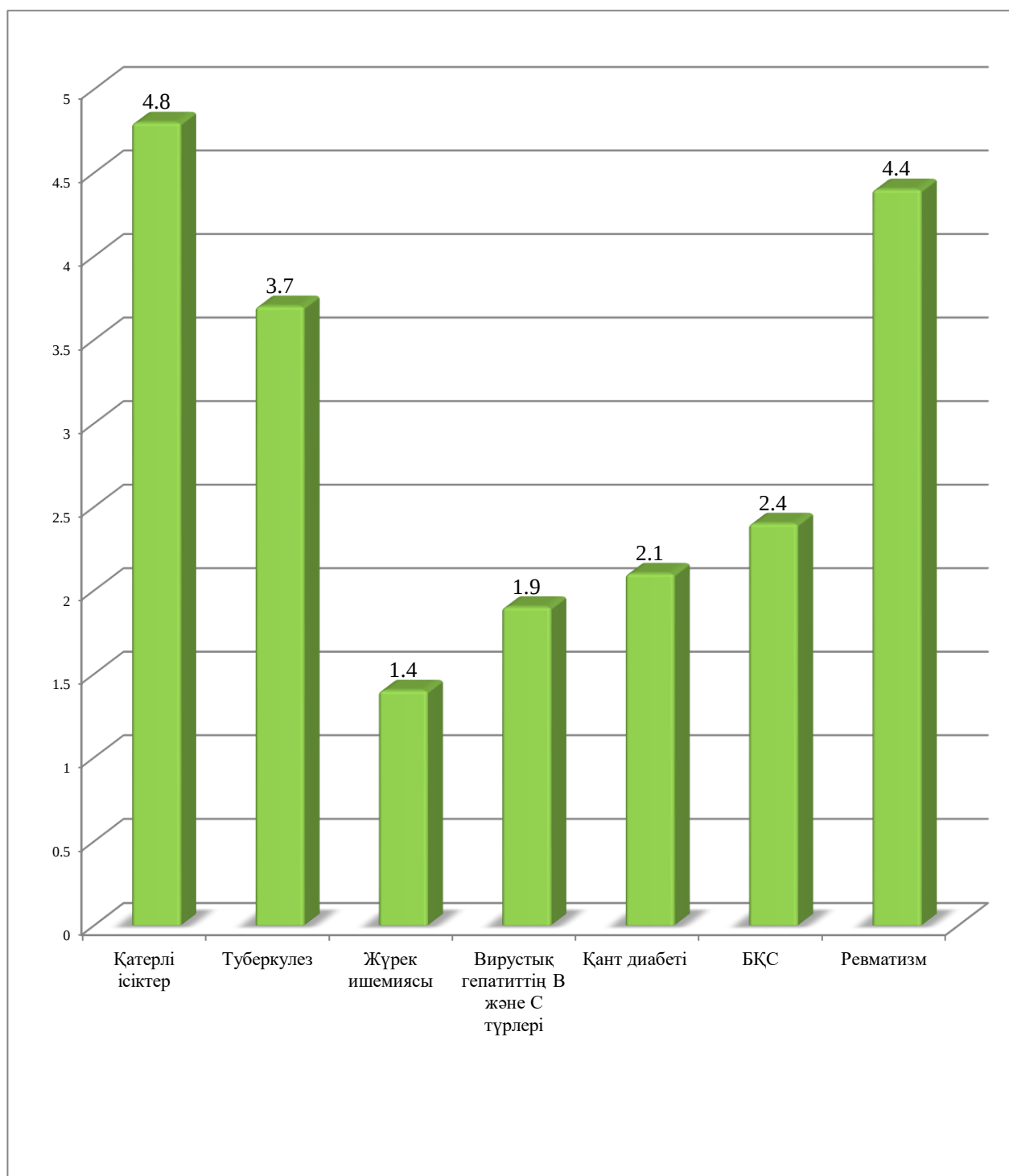
Қауіптілігі орташа деңгейдегі аудандарда әлеуметтік мәні бар аурулар деңгейі жүргізілген алдын алу шараларының әсерінен төмендеді (12 сурет). 2021-2022 жж. қатерлі ісік аурулары деңгейі бойынша 82,98 промилледен 81,13 промиллеге, жүректің ишемиясы 289,46 дан 281,73 промиллеге азайды. Ревматизмнің деңгейі 0,6%-ға азайды. Орталық жүйке жүйесінің тұқым қуалайтын дегенеративтік ауруларында, орталық жүйке жүйесінің демиелизациясына алып келетін ауруларда байқалады.

82,9 промилледен 81,1 промиллеге дейін төмендесе, жүректің ишемиясы 289,4 промилледен 281,7 промиллеге азайды. Вирустық гепатиттің В;С түрлері 3,9 %-ға азайды (2,64 промилледен 2,54 промиллеге дейін азайды).



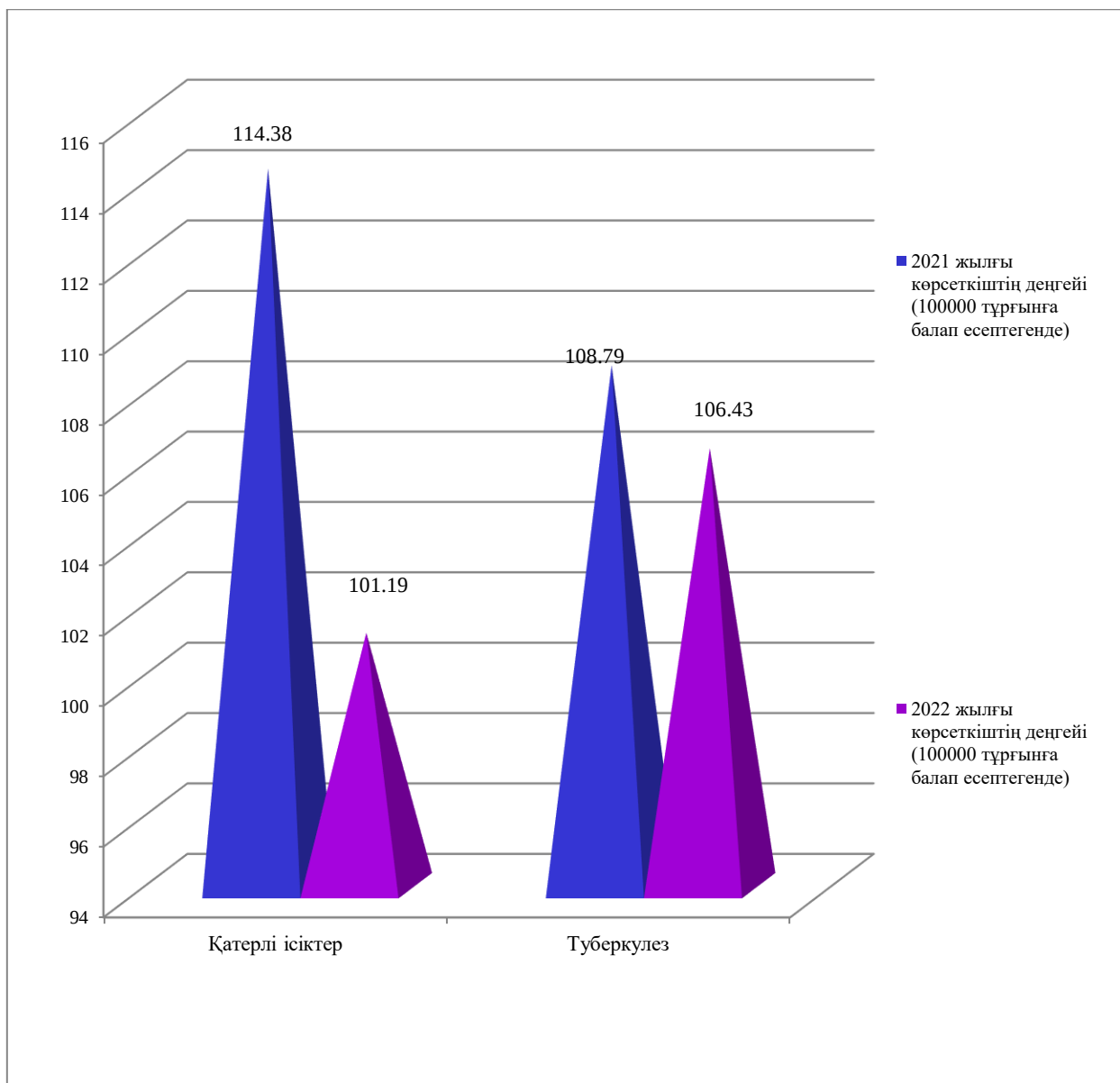
Сурет 12 – Қауіптілігі орташа аудандарда алдын алу шараларының тиімділігі

Қауіптілігі жоғары аудандарда да әлеуметтік мәні бар аурулардың үлес салмағы төмендеген. Атап айтқанда қатерлі ісіктер 4,8 %-ға, туберкулезбен ауыратындардың үлес салмағы 3,7 %-ға, жүрек ишемиясы ауруы 1,4 %-ға, балалардағы салдану 2,4 %-ға, ревматизмнің деңгейі 4,4 %-ға азайды.



Сурет 13 – Қауіптілігі жоғары аудандарда алдын алу шараларының 2021-2022 жж. төмендеу көрсеткіші (%-бен)

Қауіптілігі аса жоғары аудандарда қатерлі ісік аурулары 114,38 промилледен 101,19 промиллеге азайды (14 сурет). Туберкулезбен ауыратындардың үлес салмағы 108,79 промилледен 106,43 промиллеге төмендеген.



Сурет 14 – Қауіптілігі аса жоғары аудандарда алдын алу шараларының тиімділігі

Сонымен, Түркістан облысының аудандарында жүргізілген алдын алу шараларының тиімділігі жоғары. Аудандар бойынша алдын алу шараларын жүзеге асыру әлеуметтік мәні бар ауруларды азайту үшін қажет. Және аудандарда мониторинг жүргізіліп отыруы тиіс. Нәтижесінде алдын алу шараларына жаңа өзгерістер енгізіліп, тиімділігі бағаланады.

ҚОРЫТЫНДЫ

Түркістан облысының тұрғындары арасында қалыптасқан денсаулық көрсеткіштері осы күнге дейін дұрыс талдана қоймаған. Тұрғын халқы тығыз қоныстанған және оның басым бөлігі ауылды жерлерде орналасқан. Тұрғындар арасындағы аурушандық көрсеткішінің жалпы деңгейі мен даму динамикасы бір жүйеге келтіруді талап етеді.

Қоғамдық денсаулық саласындағы денсаулыққа кері әсер ететін қатерлі себептердің жылдан-жылға артуы тек қана денсаулық сақтау саласының қорларын дұрыс пайдаланбауға байланысты емес. Әсіресе бұл жағдай ауыл тұрғындарының арасында кеңінен етек алған және оның негізгі себебі, ауылдық жердегі тұрғындардың сирек қоныстануы, жасы ересек адамдардың санының жоғарылығы, ауылдағы еңбек ету жағдайының ерекшелігі, тұрмыстық қажеттіліктер мен қамтамасыз ету ерекшеліктері жатады. Осыдан ауылдық медицина бірінші кезеңде және әртүрлі сапалық деңгейде ұйымдастырылады. Ауыл тұрғындарының денсаулық көрсеткіштерін жақсарту үшін, оны арнайы ғылыми деңгейде ұйымдастырылған бағдарламалардың көмегімен жүзеге асыру қажет.

Бұл бағдарламалардың негізі болып, бірінші кезекте олардың еңбек ету жағдайы, қоршаған орта нысандарының ауыл шаруашылығында қолданылатын химиялық заттармен ластану дәрежесі және өмір сүру салтының денсаулыққа зиянды әсер ететін себептерінің таралу деңгейі болуы тиіс. Ауыл тұрғындарының денсаулық көрсеткіштерін міндетті түрде осы ұсынылған қатерлі себептерді есепке ала отырып топтастыру, олардың денсаулық көрсеткіштерінің даму бағытын анықтауға, негізгі әлеуметтік мәні бар аурулардың даму бағытын міндетті түрде мониторингілеу арқылы бағалап отыру, медициналық көмектің сапасы мен қажетті қорлармен қамтамасыз ету дәрежесін бағалауға көмектеседі.

Өңірдің айқын аграрлық сипатта дамыған аймаққа жатады. Сондықтан тұрғындардың денсаулығына ауыл шаруашылығына қолданылатын химикаттардың әсері басым келеді. Осыдан тұрғындар арасында белгілі, аграрлық сектордың қатерлі себептерінен дамиды аурулардың қатар саны жеткілікті. Жекелей зерттеулердің қортындысына қарағанда облыстың ауылдық жеріндегі тұрғындардың арасында ас қорыту жүйесі, эндокриндік жүйе, қан айналу жүйесі және зат алмасу жүйелерінің аурулары жиі ұшырасады.

Алайда Түркістан облысы тұрғындарының денсаулық көрсеткіштерінің әкімшілік аудандарға қарай жіктелу ерекшеліктері осы күнге дейін зерттелмеген. Басқаша айтқанда, осы күнге дейін облыс тұрғындарының әкімшілік аудандар бойынша аурушандығы мен мүгедектігі және өлім көрсеткіштері динамикалық тұрғыда зерттеліп, олардың құрамдық және деңгейлік қалыптасу заңдылықтары анықталмаған. Диссертациялық жұмыстың алдына қойған мақсаттары мен міндеттеріне байланысты зерттеу барысында кешенді және заманауи және ғылыми әдістер қолданылды.

Олардың қатарында медициналық-статистикалық сараптамалық бағалау, медициналық-социологиялық, хронометраждық әдістер бар. Әрбір зерттеу

бағытына арнайы бағдарламалар жасалынып, жоспар құрылды. Сонымен қатар, әдістемелер таңдалып, оны жүзеге асыруға статистикалық құралдар жасалынды. Олардың ішінде статистикалық карталар, социологиялық сұрақнамалар бар. Зерттеу барысында ресми алғашқы медициналық құжаттардың көшірмесі жасалынып, арнайы шифрлармен жабдықтап, деректі материалдар денсаулық көрсеткіштерінің даму бағыттарына қарай және қатерлі себептерінің дәрежесіне қарай топтастырылды.

Осы жерде айта кететін жағдай тұрғындардың денсаулық көрсеткіштері, олардың деңгейі мен құрамдық ерекшеліктері, медициналық көмек сапасын нақты көрсете алатын құрал деп айтуға болады. Алайда, медициналық көмектің сапасы тұрғындар денсаулығын нақты және толық дәрежеде қамтамасыз ете алмайды.

Себебі, тұрғындардың денсаулығын бағалай отырып, олардың өмір сүру сапасын денсаулық сақтау ұйымдарының жұмыс істеу тиімділігін, дәрігерлік көмектің деңгейін және оның көрсету кезеңін анықтауға жағдай туады. Заманауи әдістемелік және ғылыми зерттеу жұмысында мынандай негізгі категориялар қолданылады: Өмір сүру сапасы, өмір сүру деңгейі, тұрғындардың хал ахуалы, өмір сүру салты, адамдардың даму деңгейін көрсететін индекстер бар. Қазіргі таңда осы категориялардың ішінен өмір сүру сапасы денсаулық сақтау саласында ең маңызды рөл атқаруда. Алайда өмір сүру сапасын зерттеу жұмыстарында қолдану өте күрделі кешенді және бірнеше ғылыми саланы қамтитын әлеуметтік-экономикалық, экологиялық-гигиеналық және медициналық-статистикалық категория болып табылады. Бірақ қоғамдағы әлеуметтік-экономикалық жағдайдың ушығуына байланысты әсіресе экономикалық тоқыраудың артуы қоғамдағы қарама-қайшылықтарды асқындырып жіберді, негізінен байлар мен кедей тұрғындардың айырмашылығы ұлғайып, оның аурушандыққа, мүгедектікке және өлім көрсеткіштеріне тигізетін әсері күрт ұлғайып кетті.

Осы жерде тұрғындардың орташа жасының аталған денсаулық көрсеткіштеріне тәуелділігін еске алсақ, онда оның саяси қоғамдық, әлеуметтік, экономикалық және медициналық маңызын байқауға болады. Өмір сүру сапасы объективті түрде кешенді себептердің денсаулыққа және тұрмысқа әсер етуімен туындайды. Осы себептердің ішінен денсаулық көрсеткіштеріне өте қуатты әсер ететін қауіп-қатерлерге ауа райы, географиялық жағдай және экологиялық-гигиеналық өмір сүру жағдайы, тұрғындардың өмір сүру қорларымен қамтамасыз етілуі, елдегі экономикалық және саяси жағдай міндетті түрде және қуаттық әсерін тигізеді.

Осы қатерлі себептерді кешенді түрде зерттеу объективтік және субъективтік элементтерді тексерумен оларды гипотетикалық тұрғыда өңдеп, даму бағытын анықтауды қажет етеді. Айта кететін жағдай, өмір сүру сапасының деңгейін бағалау барысында демографиялық көрсеткіштер, аурушандық көрсеткіштері, физикалық даму көрсеткіштері арқылы бағаланады. Бұл көрсеткіштердің қалыптасу ерекшеліктері тұрғындардың жастық-жыныстық және әлеуметтік кәсіби топтарындағы ерекшеліктерге тікелей байланысты.

Сонымен, қауіпті денсаулыққа зиянды әсер ететін себептердің қатарына жататыны мыналар: бірінші өмір сүру салтының зиянды себептері: темекі тарту, алкогольдік ішімдіктерді қабылдау, дұрыс тамақтанбау, дистресстер, еңбек ету жағдайының денсаулыққа қауіптілігі, гиподинамия, материалдық тұрмыстық жағдайының нашарлығы, есірткілерді қабылдау, дәрілерді шамадан тыс артық қолдану, жеке бастылық жанұяның тұрақсыздылығы, мәдениеттің төмендігі, білімнің аздығы және ірі мегаполистерде өмір сүретіндер жатады.

Денсаулыққа зиянды ететін себептердің екінші тобы: адамдардың биологиясы мен генетикасына байланысты. Олардың қатарына: тұқым қуалайтын ауруларға бейімділік, дегенеративтік ауруларға бейімділігі жатады. Денсаулыққа қауіпті себептердің үшінші тобына қоршаған ортадағы антропогендік себептер жатады.

Олардың құрамында: атмосфералық ауаның, судық және топырақтың ластануы, атмосфералық үрдістердің күрт өзгеруі, гелиокосмикалық, радиациялық және магниттік сәулелердің әсері. Денсаулыққа қатері әсер ететін 4 топта: денсаулық сақтау саласының себептері жатады. Олардың ішінде профилактикалық шаралардың тиімсіздігі, медициналық көмектің төмен сапасы және медициналық көмектің дер кезінде көрсетілмеуі жатады. Осы 4 қатерлі себептерді есепке ала отырып, Түркістан облысы әкімшілік аудандарын топтарға жіктедік.

Аталған міндеттерді шешу үшін Түркістан облысы әкімшілік аудандары тұрғындарының жалпы аурушандық көрсеткіштері кешенді түрде зерттелді. Түркістан облысы Қазақстан Республикасы аймақтарының арасындағы халық аурушандығы бойынша деңгейі жоғары аймақтардың қатарында. Облыс бойынша халық аурушандығы көрсеткіші, 1000 халық санана шаққанда, аурушандығы жағдайларының саны 950-ден 980-ге дейін құрайды. Өңірдің жекелеген аудандарында аталған көрсеткіш, 1000 халық санына шаққанда, 1000-нан (1000%) артып отыр. Әр ауданнан ауданға жалпы аурушандық көрсеткіштері айтарлық ауытқиды. Халық денсаулығына әсер ететін қатерлі факторлардың қауіптілігіне байланысты өңірді аумақтарға топтастырудың да негізі осы аудандардың бір-бірінен және жалпы облыстық аурушандық көрсеткішінен нақты ауытқу деңгейіне байланысты болды. Түркістан облысы бойынша халықтың жалпы аурушандық көрсеткіші 2019 жылы 1000 адамға шаққанда-948,1 құраған. Берілген көрсеткіш 2016 жылмен (976,2%) салыстырғанда едәуір төмен. Жалпы аурушандық құрамын жіктейтін болсақ, тыныс алу мүшелерінің патологиясы-17,5%, ал қан айналу жүйесінің аурулары 14% шамасын құрай отырып, осы екі аурушандық түрі жалпы аурушандықтың негізгі құрамдас компоненттері болып табылады. Әрине, бұл ретте асқорыту жүйесі ауруларының көрсеткіштеріне келсек, кейінгі жылдары (5 жыл көлемінде)-9,2%-ға жетіп, өсу қарқынын байқатып отыр. Аурушандықтың түрлерінің рангілі орындарға таралуында, 4 орын – жүйке жүйесінің ауруларына тиесілі (6,7%), 5 орын – көз және оның қосалқы патологияларына 6%, жұқпалы және паразитарлық аурулар (5,8%)-6 орынды, жарақаттар мен уланулар (5,7%) 7 орынды иеленген. Сонымен қатар тірек-қимыл жүйесі ауруларының үлесі де елеулі (5,5% дейін жетеді). Ал жалпы аурушандықтың

құрамының 5,3% -ға дейінгі шамасы - тері және тері асты шел қабатының ауруларына, ал 4,1%-жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңдегі ауруларға тиесілі.

Осы жүргізген зерттеу нәтижелерінен жүйке жүйесінің, тыныс алу жүйесінің патологиялары, асқазан-ішек жолдарының, тері мен тері асты шел қабаты аурулары қарқынды жоғарылағаны тіркелген. Кейінгі бес жыл көлемінде ауыл халқының арасында әлеуметтік-гигиеналық қауіптің таралу деңгейіне қарай жалпы аурушандық көрсеткіштері де әртүрлі қалыптасып, тіпті, олардың деңгейіне қарай өңір бойынша аумақтарға бөліп топтастыру мүмкіндігі туды.

Халық денсаулығына әсері төмен қауіпті саналатын аумақты құрайтын аудандарда жалпы аурушандық көрсеткіші – 796,2‰ тең. Бұл аурушандықтың құрамында: тыныс алу мүшелерінің аурулары (24,7%), қан айналу жүйесінің патологиялары (14,6%), жарақаттар мен уланулар (10,2%), тірек-қимыл жүйесі мен дәнекер тінінің аурулары (8,6%), асқорыту мүшелерінің аурулары (7%), зәр шығару және жыныс жүйесінің аурулары (5,6%), көз және оның қосалқы аппараттың аурулары (5,6%) және жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезең аурулары (5%) үлес салмағына тең.

Бұл аумақта тұратын тұрғындардың денсаулығына ауыл шаруашылығында қолданылатын минералдық заттардың, судың, топырақтың құрамында гигиеналық қалыпты шамадан жоғары болуымен тікелей байланысты. Денсаулыққа қауіптілігі жоғары аймақта тұратын тұрғындардың арасында жеке инфекциялық және паразитарлық аурулардың, қан мен қан жасау органдарының ауруларының, эндокриндік жүйе, тамақтанудың бұзылуы, зат алмасудың нашарлауы, психикалық бұзылыстармен мінез құлық өзгерістері, жүйке жүйесінің аурулары, қан айналу жүйесінің патологиялары, асқорыту жүйелерінің аурулары, тері мен теріасты шелінің аурулары, сүйек бұлшық ет жүйесімен дәнекер тінінің аурулары, зәр шығару-жыныс жүйесінің аурулары жоғары деңгейде қалыптасқан.

Бұл көрсеткіштердің деңгейі қауіптілігі төмен және орта дәрежедегі аумақтарда тұратын тұрғындардың көрсеткішінен нақты жоғары. Бұл аумақтарда мақта шаруашылығымен айналысатын өндіріс орындарынан, ауыз суымен топырақтың ластануы, пестицидтермен ластануы қалыпты гигиеналық шамадан айтарлықтай жоғары. Қауіптілігі аса жоғары аумақта тұратын тұрғындардың арасында қатерлі ісіктер қан мен қан жасау жүйелерінің аурулары, эндокриндік жүйенің аурулары, психикалық бұзылыстар, жүйке жүйесінің аурулары, қан айналу жүйесінің патологиялары, тыныс алу жүйелері мен ас қорыту жүйелерінің аурулары өте жоғары болып қалыптасқан.

Сүйек бұлшық ет жүйесімен дәнекер тінінің аурулары өзге аумақ тұрғындарының көрсеткіштеріне қарағанда нақты жоғары. Осы аумақта тұратын тұрғындардың арасында туа біткен аномалиялар, қалыпты ауытқу симптомдары өте жоғары деңгейде таралған. Бұл аймақтағы тұрғындардың арасында уран өндірісінен бөлінетін зиянды химиялық заттар қалыпты гигиеналық шамадан нақты жоғары. Сонымен қатар осы аумақтағы

тұрғындардың жастарына қарай алғашқы және жалпы аурушандық көрсеткіштерін зерттедік.

2014-2020 жылдары қалыптасқан алғашқы аурушандық көрсеткіші 0-14 жастағы балаларда өте жоғары деңгейде қалыптасқан. Оның ең биік деңгейі қатерлі қуаты аса жоғары аумақтағы балалардың арасында кездеседі. Бұл көрсеткіштің деңгейі 1963,1%-ге дейін жетеді. Ал қатерлілік қуаты төмен аумақтарда алғашқы аурушандықтың деңгейі 1194,7%. Қатерлілік қуаты орташа аумақта 1278,2%, қатерлілік қуаты жоғары аумақта 1837,2% болып қалыптасқан. Алғашқы аурушандығы жоғары деңгейдегі жастық топтың қатарына жасөспірімдер де жатады.

Қауіптілік қатерлілігі аса жоғары аумақта өмір сүретін жасөспірімдердің арасында алғашқы аурушандық 1387,5% болса, қатерлілік қуаты жоғары аумақтағы жасөспірімдерде 1259,2%, қатерлілік қуаты орташа аумақтағы жасөспірімдерде 1131,3%, ал қатерлілік қуаты төмен аумақта 1124,5% болып қалыптасқан. 18 -ден асқан ересек жастағы тұрғындардың алғашқы аурушандығы тұрғын аумақтағы қауіпті себептердің қатерлілік қуатына қарай 472,9%-ден 686,7% дейінгі аралықта қалыптасқан. Сонымен, тұрғын аумақтағы қауіпті себептердің қатерлілік қуаты алғашқы аурушандық көрсеткішін балалардың арасында ең жоғары деңгейде қалыптастырады. Оның негізгі себебі балалардың иммундық қасиетінің төмендігі, олардың ағзасының қауіпті себептерге қарсы төмен дәрежедегі тұрақтылығы алып келеді. Дәл осындай жағдай жалпы аурушандық көрсеткішінің әр түрлі жастағы тұрғындардың арасындағы қалыптасуында да байқалады. Жалпы аурушандықтың ең жоғары деңгейі 0-14 жастағы балаларда қалыптасқан. Ауыл тұрғындары арасындағы денсаулыққа қауіпті әлеуметтік-гигиеналық себептердің қатерлілік қуатының аса жоғары болуына байланысты жалпы аурушандық көрсеткішінің деңгейі 1586,8% жетсе, қауіптіліктің қатерлілік қуаты жоғары аумақта 1564,3%, қауіптіліктің қатерлілік қуаты орташа аумақта 1463,2%, ал қауіптілік дәрежесі төмен аумақта 1395,9% болып шықты. Жоғарыда айтқандай, жалпы аурушандық көрсеткішінің ең жоғары деңгейлері қауіптіліктің қатерлілік қуаты аса жоғары балалар арасында қалыптасса (2672,7%), ең төменгі деңгейі (1291,2%) қауіптіліктің қатерлілік қуаты төмен аумақтағы ересек адамдардың арасында тіркеліп отыр. Төменгі дәрежеде қауіпті әкімшілік аумақта өмір сүріп жатқан тұрғындардың әлеуметтік мәні бар аурулармен сырқаттану деңгейінің 2011-2019 жылдардағы даму бағытын бағалау барысында қант диабеті, дәнекер тінінің жүйелі зақымдануы және вирустық гепатиттің В,С түрлері бойынша аурушандықтың осы жылдары өсім бергендігі анықталды.

Алынған деректерге қарағанда, осы патологиялар бойынша аурушандықтың өсімі медициналық көмекті ұйымдастыру сапасына тікелей байланысты болып отыр. Сондықтан аталған аурулардың профилактикасын белсенді ұйымдастыру және салауатты өмір сүру салтына тұрғындарды тәрбиелеу жұмыстарын барынша жетілдіру керек деп есептейміз. Ауыл тұрғындарын сапалы ауыз суымен қамтамасыз етудің де инфекциялық ауруларға қарсы күресте дұрыс рөл атқарады деп есептеледі.

Зерттеу жұмысының барысында облыстың әкімшілік аудандарындағы тұрғындардың денсаулығына қауіптілік дәрежесіне қарай әлеуметтік мәні бар аурулардың 2014-2019 жылдардағы даму динамикасы зерттелді.

Оның барысында қатерлі ісіктердің дамуына ең үлкен қауіпті бұзатын аймақтарға қатерлілігі аса жоғары аудандар жататындығы анықталды. Соңғы 6 жылда осы аумақта өмір сүретін тұрғындардың обыр ауруымен ауру деңгейі 7% -ға дейін артқан. Оның негізгі себебі, осы аумақта қалыптасқан экологиялық-гигиеналық жағдайдың нашарлығы екендігі белгілі болып отыр. Уран уритниктерінен бөлінетін радиоактивті заттардың зияндылығынан тұрғындардың арасында қатерлі ісіктердің жоғары деңгейде таралуы байқалады. 2 рангалық орында қатерлілігі жоғары әкімшілік аудандардағы себептер орын алады.

Олардың әсерінен обыр ауруының деңгейі соңғы 6 жылда 2,6%-ға жоғарылаған. Бұл аумақтағы экологиялық-гигиеналық жағдай мақта себуде қолданылатын пестицидтердің ауыз судың құрамында жоғары деңгейде шоғырланғандығы себеп болғандығы анықталды.

Дәл осындай жағдай туберкулез ауруының қалыптасуында да байқалады. Қатерлілігі аса жоғары аудандарда тұратын тұрғындардың туберкулезге шалдығу жиілігі соңғы 6 жылда 3,4% -ға артқан. Ал қатерлілігі жоғары тұрғын аумағындағы тұрғындардың аурушандық көрсеткіші 1,9%-ға жоғарылаған. Денсаулыққа қауіпті әсері аса жоғары аймақта жүрек миокард инфаркті 11%-ға, орта деңгейдегі қауіпті аумақта 1,7% -ға, жоғары қатерлі аумақта—1,4%-ға жоғарылаған. Созақ ауданында миокард инфаркті бойынша көрсеткіштердің артуын радиациялық себептермен байланыстырған орынды.

Вирустық гепатит көбінесе ауыз судың сапасыздығынан туындайды. Осындай жағдай қатерлілігі орташа аудандарда өзге аудандарға қарағанда айқын байқалады. Бұл аумақтағы аурушандықтың деңгейі соңғы 6 жылда 3,1% -ға дейін көтерілген. Вирустық гепатиттің дамуына қолайсыз аудандардың қатарына әлеуметтік-гигиеналық қатерлігі төмен әкімшілік аймақтар да жатады.

Бұл аумақтағы көрсеткіштің гипотетикалық деңгейі 2,7% -ға дейін өскен. Әлеуметтік мәні бар аурулардың ішінде психикалық ауытқулар мен мінез-құлықтың өзгерісі, балалардың церебральдық салдануы және орталық жүйке жүйесінің тұқым қуалайтын дегенеративтік аурулары жиі кездеседі. Олардың деңгейі әкімшілік аудандарда қалыптасқан әлеуметтік-гигиеналық, экологиялық-гигиеналық және медициналық-ұйымдастырушылық себептерден туындайтын қатерлілік дәрежесінің деңгейіне тікелей байланысты.

Әлеуметтік мәні бар аурулардың кездесу жиілігіне қатысты анықталған корреляциялық коэффициент қатерлі ісіктердің қалыптасуына экологиялық-гигиеналық себептермен жоғары байланыс күшін анықтады. Туберкулез ауруының қалыптасуында да 1 рангалық орында экологиялық-гигиеналық себептер орналасса ($r=0,72$). 2 рангалық орында өмір сүру салтының экологиялық-гигиеналық себептері орналасқан ($r=0,69$). Жүрек ишемиясы мен миокард инфарктісінің қалыптасуында негізгі қауіп-қатер туғызатын өмір сүру салты мен ($r=0,629$), экономикалық тұрмыстық себептер болып табылады ($r=0,72$). Вирустық гепатит В,С ауруының дамуында экологиялық-гигиеналық

себептер ерекше орын алады. Оның ішінде ауыз суының ластану деңгейі мен судың құрамындағы химиялық поллютанттардың шоғырлану деңгейі үлкен маңызға ие. Қалған аурулар көбінесе экологиялық-гигиеналық себептерге үлкен дәрежеде тәуелді болып шықты.

Диссертациялық жұмыстың нәтижесінде қатерлілік дәрежесі әр түрлі аудандарда жүргізілген алдын алу шараларының алгоритмі жасалынды. Алгоритмнің негізі бойынша жалпы және біріншілік аурушандық көрсеткіштері алынды. Сонымен қатар аурушандық көрсеткішіне, оның құрамдық деңгейіне әсер ететін себептер анықталды, атап айтқанда әлеуметтік-гигиеналық себептер, медициналық-ұйымдастырушылық себептер, экологиялық-гигиеналық және экономикалық-тұрмыстық себептер және аталған себептердің аудандар бойынша көрсеткіштері анықталды. Нәтижесінде қауіптілік дәрежесі бойынша аудандар төмен, орташа, жоғарғы және аса жоғарғы қауіпті аудандар болып топтастырылды. Топтастырылған аудандарда әлеуметтік мәні бар аурулардың деңгейі анықталды, аудандар бойынша айырмашылықтары есептелді. Яғни қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы дәлелді медицина ғылымының қағидалары орындалды. Топтастырылған аудандарда аурушандық көрсеткішінің деңгейіне сәйкес алдын алу шараларының бағдарламасы жасалды. Сонымен алдын алу шаралары ғылыми негізделген шаралар жиынтығы болып табылады. Аталған бағдарламалардың тиімділігін әкімшілік аудандардағы аурушандық көрсеткішінің деңгейінің төмендеуінен көруге болады.

ТҰЖЫРЫМ

1. 2014-2021 жылдар аралығында туылу көрсеткішінің 30,12-ден 25,52-ге (1000 тұрғынға шаққанда) төмендеуінен табиғи өсу көрсеткіші 25,52 -ден 23,12-ге кемуі орын алған. Алғашқы аурушандық көрсеткішінің деңгейі 2021ж. – 482,6‰ құрап, 2014ж. көрсеткіштен 3,7%-ға артқан. Еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың алғашқы аурушандығының жоғарылауында жүрек-қан айналу жүйесі аурулары, тыныс алу жүйесінің патологиялары және қатерлі ісіктердің кеңінен таралу көрсеткіштері айтарлық. Бұл жағдайға экологиялық және әлеуметтік-экономикалық ахуалдың төмендеуімен қатар тұрғындар арасында қалыптасқан өмір сүру салты мен рационалды емес тамақтану да өз үлесін қосуда.

Түркістан облысы Қазақстан Республикасы аймақтарының арасындағы халық аурушандығы бойынша деңгейі жоғары аймақтардың қатарында. Облыс бойынша халық аурушандығы көрсеткіші, 1000 халық санына шаққанда, аурушандық жағдайларының саны 950-ден 980–ге дейін құрайды. Өңірдің жекелеген аудандарында аталған көрсеткіш, 1000 халық санына шаққанда, 1000-нан (1000‰) артып отыр. Әр ауданнан ауданға жалпы аурушандық көрсеткіштері айтарлық ауытқиды. Халық денсаулығына әсер ететін қатерлі факторлардың қауіптілігіне байланысты өңірді аумақтарға топтастырудың да негізі осы аудандардың бір-бірінен және жалпы облыстық аурушандық көрсеткішінен нақты ауытқу деңгейіне байланысты болды. Түркістан облысы бойынша халықтың жалпы аурушандық көрсеткіші 2019 жылы 1000 адамға шаққанда – 948,1 құраған. Берілген көрсеткіш 2016 жылмен (976,2‰) салыстырғанда едәуір төмен. Жалпы аурушандық құрамын жіктейтін болсақ, тыныс алу мүшелерінің патологиясы–17,5%, ал қан айналу жүйесінің аурулары 14% шамасын құрай отырып, осы екі аурушандық түрі жалпы аурушандықтың негізгі құрамдас компоненттері болып табылады. Әрине, бұл ретте асқорыту жүйесі ауруларының көрсеткіштеріне келсек, кейінгі жылдары (5 жыл көлемінде) – 9,2%-ға жетіп, өсу қарқынын байқатып отыр. Аурушандықтық түрлерінің рангілі орындарға таралуында, 4 орын – жүйке жүйесінің ауруларына тиесілі (6,7%), 5 орын – көз және оның қосалқы патологияларына 6%, жұқпалы және паразитарлық аурулар (5,8%) – 6 орынды, жарақаттар мен уланулар (5,7%) 7 орынды иеленген. Сонымен қатар тірек-қимыл жүйесі ауруларының үлесі де елеулі (5,5% дейін жетеді). Ал жалпы аурушандықтың құрамының 5,3% -ға дейінгі шамасы –тері және тері асты шел қабатының ауруларына, ал 4,1% – жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңдегі ауруларға тиесілі. Осы жүргізген зерттеу нәтижелерінен жүйке жүйесінің, тыныс алу жүйесінің патологиялары, асқазан-ішек жолдарының, тері мен тері асты шел қабаты аурулары қарқынды жоғарылағаны тіркелген. Кейінгі бес жыл көлемінде ауыл халқының арасында әлеуметтік-гигиеналық қауіптің таралу деңгейіне қарай жалпы аурушандық көрсеткіштері де әртүрлі қалыптасып, тіпті, олардың деңгейіне қарай өңір бойынша аумақтарға бөліп топтастыру мүмкіндігі туды.

2. Түркістан облысы әкімшілік аудандарын дәлелді медицинаның қағидаларына сай топтастыру, жеке топтардағы тұрғындардың денсаулық көрсеткіштерінің деңгейі мен құрылымы әртүрлі қалыптасқандығын көрсетті. Жалпы аурушандық көрсеткішінің денсаулыққа қатерлілігі төмен аудандардағы деңгейі 796,2-ден 874,5‰ дейін, қатерлілігі орташа аудандарда – 874,6-1053,2‰, қатерлілігі жоғары аудандарда – 1053-1178,4‰ аралығында болса, қатерлілігі аса жоғары аудандарда – 1208,4-1315,9‰ деңгейінде қалыптасқан.

Халық денсаулығына әсері төмен қауіпті саналатын аумақты құрайтын аудандарда жалпы аурушандық көрсеткіші – 796,2‰ тең. Бұл аурушандықтың құрамында: тыныс алу жүйелерінің аурулары (24,7%), қан айналу жүйесінің патологиялары (14,6%), жарақаттар мен уланулар (10,2%), тірек-қимыл жүйесі мен дәнекер тінінің аурулары (8,6%), асқорыту мүшелерінің аурулары (7%), зәр шығару және жыныс жүйесінің аурулары (5,6%), көз және оның қосалқы аппараттың аурулары (5,6%) және жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезең аурулары (5%) үлес салмағына тең.

Бұл аумақтарда тұрғындардың денсаулығына өмір сүру салты мен медициналық көмек сапасы әсер етеді.

Қауіптілігі орта дәрежедегі аудандарда кейбір жұқпалы және паразитарлық аурулардың деңгейінің жоғарылығымен, қан мен қан жасау аурулары және эндокриндік жүйе, тамақтанудың бұзылуы мен зат алмасу ауруларының жоғарылауымен, психикалық бұзылыстармен, мінез-құлықтың өзгерістерімен, жүйке жүйесі ауруларының жоғарғы дәрежеде қалыптасуымен, қан мен қан айналу жүйесі ауруларының деңгейінің артуымен, асқорыту мүшелерінің ауруларының көбеюімен, тері мен теріасты шелінің, сүйек - бұлшық ет жүйесі ауруларының жоғарылауымен тікелей байланысты. Сонымен қатар тұрғындар денсаулығына ауыл шаруашылығында қолданылатын минералдық заттардың, судың, топырақтың құрамында гигиеналық қалыпты шамадан жоғары болуымен тікелей байланысты.

Денсаулыққа қауіптілігі жоғары аймақта тұратын тұрғындардың арасында жеке инфекциялық және паразитарлық аурулардың, қан мен қан жасау жүйелерінің ауруларының, эндокриндік жүйе, тамақтанудың бұзылуы, зат алмасудың нашарлауы, психикалық бұзылыстармен мінез құлық өзгерістері, жүйке жүйесінің аурулары, қан айналу жүйесінің патологиялары, асқорыту жүйелерінің аурулары, тері мен теріасты шелінің аурулары, сүйек бұлшық ет жүйесімен дәнекер тінінің аурулары, зәр шығару-жыныс жүйесінің аурулары жоғары деңгейде қалыптасқан. Бұл аумақтарда ауыз суы мен топырақтың пестицидтермен ластануы қалыпты гигиеналық шамадан айтарлықтай жоғары.

Қауіптілігі аса жоғары аймақта тұратын тұрғындардың арасында қатерлі ісіктер қан мен қан жасау жүйелерінің аурулары, эндокриндік жүйенің аурулары, психикалық бұзылыстар, жүйке жүйесінің аурулары, қан айналу жүйесінің патологиялары, тыныс алу жүйелері мен ас қорыту жүйелерінің аурулары өте жоғары болып қалыптасқан. Бұл аймақтағы тұрғындардың арасында уран өндірісінен бөлінетін зиянды химиялық заттар қалыпты гигиеналық шамадан нақты жоғары.

3. Диссертациялық жұмыстың нәтижесі бойынша Түркістан облысының аудандарында жүргізілген алдын алу шараларының моделі жасалды. Модельді құру барысында Түркістан облысы аудандарының тұрғындарында қалыптасқан аурушандықтың көрсеткіштері алынды. Және аурушандық көрсеткіштеріне тікелей әсер ететін қатерлі себептер анықталды. Аталған көрсеткіштердің негізінде аудандар медициналық және гигиеналық тұрғыдан топтастырылды. Жұмыс нәтижесінде аудандар төмен, орташа, жоғарғы дәрежедегі, аса жоғарғы дәрежедегі аудандар болып жіктелді. Модельге сай тәжірибелік ұсыныстарды емханалардың жұмысына енгізу әлеуметтік мәні бар аурулардың алдын алуға, ерте диагностикалауға, жалпы аурушандық пен өлім-жітім көрсеткіштерін төмендетуге мүмкіндік береді. Модельдерді пайдалана отырып, Түркістан облысының Денсаулық сақтау жүйесіндегі жағдайға талдау жүргізілді. Жүргізілген зерттеулер нәтижесінде дамудың басым бағыттары мен ресурстарға қажеттілік анықталды: қаржыландыруды ұлғайту (жылына 1 тұрғынға), орта медициналық қызметкерлермен жасақтауды арттыру, науқастардың төсекті пайдалануының орташа ұзақтығын төмендету, жедел жәрдем шығындарын ұлғайту.

4. Интегралдық көрсеткіштер негізінде халықтың денсаулық жағдайы, денсаулық сақтау жүйесінің қызметі мен негізгі қорлармен қамтамасыз етілуі қолайлы және қолайсыз аудандарды бөлу үшін негіз болып табылатын Түркістан облысының аумақтық бірліктерін жіктеу жүргізілді. Жағдайдың қолайлылығы тұрғысынан аудандардың 5 тобы бөлінді: 1)Өте қолайлы жағдай; 2)қолайлы жағдай; 3)орташа жағдай; 4)қолайсыз жағдай; 5)өте қолайсыз жағдай. Халықтың денсаулық көрсеткіштері бойынша қолайлы жағдай облыстың үш ауданында – Түлкібас, Төлеби және Ордабасы; қолайсыз жағдай – Сайрам, Созақ және Бәйдібек аудандарында; жеті ауданда халықтың денсаулық жағдайы орташа облыстық деңгейге жақын тіркелген. Денсаулық сақтау мекемелерінің қызмет деңгейі бойынша облыстың екі ауданында – Бәйдібек және Отырар қолайсыз, ал Мақтаарал, Сарыағаш, Шардара, Түркістан, Ордабасы, Кентау қалалары мен аудандарында қолайлы жағдай байқалады.

Денсаулық сақтау жүйесін ресурстық қамтамасыз ету деңгейі бойынша: қолайлы жағдай үш ауданда (Түлкібас, Сайрам, Төлеби), салыстырмалы түрде қолайлы жағдай екі ауданда (Түркістан, Қазығұрт), салыстырмалы түрде қолайсыз жағдай екі ауданда (Отырар, Шардара), қолайсыз жағдай облыстың үш ауданында (Созақ, Бәйдібек, Арыс); орташа облыстық мән деңгейінде негізгі қорлармен қамтамасыз ету деңгейі сегіз ауданда (Мақтаарал, Сарыағаш, Жетісай, Келес, Киров, Түркістан, Ордабасы, Кентау) тіркелген.

Сонымен, Түркістан облысының аудандарында жүргізілген алдын алу шараларының тиімділігі жоғары. Аудандар бойынша алдын алу шараларын үнемі жүргізіп, әлеуметтік мәні бар ауруларды азайтуға күш салу керек. Және аудандарда мониторинг жүргізіліп отыруы тиіс. Нәтижесінде алдын алу шараларына жаңа өзгерістер енгізіліп, тиімділігіне баға беріп отыру керек.

ТӘЖІРИБЕЛІК ҰСЫНЫСТАР

1. Түркістан облысының әртүрлі топтарға жіктелген әкімшілік аудандарында профилактикалық шараларды негізгі зиянды себептердің қатерлілігіне және денсаулық көрсеткіштерінің қалыптасу деңгейлері мен құрамына қарай ұйымдастыру қажет.

2. Медициналық-профилактикалық бағдарламалардың негізін аймақтардағы әлеуметтік-медициналық мәні бар ауруларды төмендетуге бағытталған шаралар құрауы тиіс.

3. Алдын алу шараларының ең маңызды компоненттеріне әлеуметтік-гигиеналық, экологиялық-гигиеналық сипаттағы шараларды ұйымдастыру жатқызылуы тиіс.

4. Аймақтардағы медициналық көмек сапасын жетілдіру көздері ретінде денсаулық сақтаудың негізгі қорларымен: біліктілігі жоғары дәрігерлік мамандардың қажетті санымен қамтамасыз ету, медициналық мекемелерде арнайы мамандандырылған бөлімдерді кеңейту, қажетті медициналық құрылғылармен және дәрілік заттар, медициналық бұйымдармен қамтамасыз ету анықталуы тиіс.

5. Өзекті бағыттар бойынша интегралды көрсетіштерді қолдана отырып, тұрғындардың негізгі денсаулық көрсеткіштерін мониторингтік бақылауға алып, скринингтік зерттеу жүзеге асырылуы тиіс. Қол жеткізген деректі мәліметтер профилактикалық шаралардың негізі бола алады.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулык» на 2016-2019 годы.
- 2 Суслонova И. Н., Мельникова Н. Г. Здоровье населения важная составляющая демографического развития //Arctic Environmental Research. – 2012. – №. 2. – С. 95-102.
- 3 Шабунова А. А. Здоровье населения в России: состояние и динамика. Вологда. – 2010.
- 4 Яковлева Т. В. Меры по улучшению состояния здоровья населения и демографической ситуации в России //Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2010. – №. 5. – С. 10-11.
- 5 Бояркин А. В., Питайкина И. А. Здоровье населения как фактор обеспечения конкурентоспособности государства в ххi веке //Современные тенденции развития науки и технологий. – 2015. – №. 1-5. – С. 24-27.
- 6 World Health Organization et al. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European region: no public health without refugee and migrant health. – 2018.
- 7 Исаева Е.С. «Организация медико-статистического мониторинга за развитием врачебных кадров Республики Казахстан»: автореф. ... док. Мед. наук.: Алматы, 2009. – 25с.
- 8 Шкарин В. В. и др. Анализ и оценка показателей здоровья населения-региональный опыт //национальные демографические приоритеты: новые подходы, тенденции. – 2019. – С. 173-180.
- 9 Спанкулова Л. С. Общественное здоровье и устойчивое экономическое развитие в Казахстане //Экономика: стратегия и практика. – 2012. – №. 2. – С. 27-35.
- 10 Паутов И. С. Риски ухудшения здоровья и их социальные детерминанты //Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. – 2009. – №. 2-1. – С. 151-158.
- 11 Булешов М. А. и др. Результаты оценки региональных различий в ожидаемой продолжительности жизни населения Южно-казахстанской области //Современные тенденции развития науки и технологий. – 2015. – №. 4-2. – С. 95-99.
- 12 ембердиев а. У. И др. Особенности заболеваемости сельского населения по данным обращаемости и комплексных медицинских осмотров.
- 13 Соловьев М. Ю., Курашвили О. М. Влияние фактора образа жизни на состояние здоровья населения //Главный врач Юга России. – 2016. – №. 2 (49). – С. 5-7.
- 14 Rizzuto D., Fratiglioni L. Lifestyle factors related to mortality and survival: a mini-review //Gerontology. – 2014. – Т. 60. – №. 4. – С. 327-335.
- 15 Swain G. R. How does economic and social disadvantage affect health //Focus. – 2016. – Т. 33. – №. 1. – С. 1-6.

16 Камалов И. Я. и др. Социальные и экономические детерминанты здоровья. Неравенство в здоровье //Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2019. – №. 1. – С. 641-644.

17 Каусова Г. К. и др. К вопросу обращаемости и потребности в скорой и неотложной. Медицинской помощи в сельских районах ЮКО //of the South-Kazakhstan state pharmaceutical academy. – 2015. – Т. 2306. – С. 54.

18 Таменова А. А., Абитова А. Ж. Здоровый образ жизни-залог будущего Казахстана //Мир науки и молодежь: достижения и перспективы. – 2015. – С. 182-183.

19 С.Н.Әліпбекова, Ш.С.Сакиева, Түркістан облысы әкімшілік аудан тұрғындарының аурушандық көрсеткіштерінің қалыптасу ерекшеліктері // «Глобальная наука и инновация 2020: Центральная Азия». – 2020. – 5 (10). С.63-66

20 Яковлева Т. В. Меры по улучшению состояния здоровья населения и демографической ситуации в России //Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2010. – №. 5. – С. 10-11.

21 Гмырина Ю.Г., Зыкова Н.В. Социальные аспекты состояния здоровья населения Архангельской области // В сборнике: Российская наука: тенденции и возможности. Сборник научных статей. Научный редактор А.Н. Ромеро. – Москва, 2019, - С. 34-39.

22 Frieden T. R. Six components necessary for effective public health program implementation //American journal of public health. – 2014. – Т. 104. – №. 1. – С. 17-22.

23 Шибалков И. П. Оценка эффективности организации системы здравоохранения: зарубежный опыт //Векторы благополучия: экономика и социум. – 2016. – №. 1 (20). – С. 66-76.

24 Швец Ю. Ю. Зарубежный опыт обеспечения качества медицинских услуг //Транспортное дело России. – 2016. – №. 6. – С. 51-52.

25 (Global Burden of Disease): порождение доказательств направление политики — региональное издание для Европы и Центральной Азии. Seattle, WA: IHME, 2013.

26 Омаркулов Б.К.,Абугалиева Т.О.,Жакипбекова В.А.,соавт. Результаты социологического опроса взрослого сельского населения Карагандинской области по изучению распространенности социально-значимых заболеваний терапевтического профиля. // Материалы Республ. науч. практ. конф. «Актуальные вопросы сельского здравоохранения». – Караганда, 2013. – 176-180 с.

27 Антонов О. В. Новые организационные формы оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению //Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. – Т. 2. – С. 11-13.

28 Sacker A. et al. Social dynamics of health inequalities: a growth curve analysis of aging and self assessed health in the British household panel survey 1991–2001 //Journal of Epidemiology & Community Health. – 2005. – Т. 59. – №. 6. – С. 495-501.

29 Kimura T., Nakamura J. Health-related quality of life in outpatients of a

psychosomatic medicine clinic: a pilot survey in Japan //The Tokai Journal of Experimental and Clinical Medicine. – 2004. – Т. 29. – №. 4. – С. 135-141.

30 Wang H. et al. Global, regional, and national under-5 mortality, adult mortality, age-specific mortality, and life expectancy, 1970–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 // The Lancet. – 2017. – Т. 390. – №. 10100. – С. 1084-1150.

31 Kuzuya M. et al. Day care service use is associated with lower mortality in community-dwelling frail older people // Journal of the American Geriatrics Society. – 2006. – Т. 54. – №. 9. – С. 1364-1371.

32 Wang H. et al. Global, regional, and national under-5 mortality, adult mortality, age-specific mortality, and life expectancy, 1970–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 // The Lancet. – 2017. – Т. 390. – №. 10100. – С. 1084-1150

33 Arbyn M. et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis //The Lancet Global Health. – 2020. – Т. 8. – №. 2. – С. e191-e203.

34 Seguin R. A. et al. Strong Hearts, healthy communities: a rural community-based cardiovascular disease prevention program //BMC Public Health. – 2015. – Т. 16. – С. 1-11.

35 Woolf S. H. et al. Excess deaths from COVID-19 and other causes, March–April 2020 //Jama. – 2020. – Т. 324. – №. 5. – С. 510-513.

36 Li L. et al. Temporal dynamic in the impact of COVID– 19 outbreak on cause-specific mortality in Guangzhou, China //BMC Public Health. – 2021. – Т. 21. – №. 1. – С. 883.

37 о состоянии здравоохранения в Европе Д. Курс на благополучие/Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро.–2012.–45 с //Режим доступа: euro. who. int. – 2012.

38 Carioli G. et al. European cancer mortality predictions for the year 2020 with a focus on prostate cancer //Annals of Oncology. – 2020. – Т. 31. – №. 5. – С. 650-658.

39 Haagsma J. A. et al. The global burden of injury: incidence, mortality, disability-adjusted life years and time trends from the Global Burden of Disease study 2013 //Injury prevention. – 2016. – Т. 22. – №. 1. – С. 3-18.

40 Monasta L. et al. Italy's health performance, 1990–2017: findings from the global burden of disease study 2017 //The Lancet Public Health. – 2019. – Т. 4. – №. 12. – С. e645-e657.

41 Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Australia's health 2018. Australia's health series no. 16. AUS 221. Canberra: AIHW. – 2018.

42 Jousilahti P. et al. Primary prevention and risk factor reduction in coronary heart disease mortality among working aged men and women in eastern Finland over 40 years: population based observational study //bmj. – 2016. – Т. 352.

43 Soriano J. B. et al. The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016 //Medicina Clínica (English Edition). – 2018. – Т. 151. – №. 5. – С. 171-190.

44 Maertens de Noordhout C. et al. Changes in health in Belgium, 1990–2016: a benchmarking analysis based on the global burden of disease 2016 study //BMC public health. – 2018. – Т. 18. – С. 1-13.

45 Юзькова Е. М. Динамика заболеваемости населения российских регионов как показатель качества жизни населения //Вектор экономики. – 2017. – №. 12. – С. 78-78.

46 Огрызко Е. В., Шелепова Е. А., Тюрина Е. М. Динамика смертности населения Российской Федерации за 2012-2016 годы //Менеджер здравоохранения. – 2018. – №. 9. – С. 50-61.

47 Есимов Д. С., Есимов Н. Б., Измаилова Н. Т. Анализ показателей здоровья населения Республики Казахстан за 2015 и 2016 годы //Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2018. – №. 4. – С. 243-248.

48 Buleshov M. A., Alipbekova S. N., Tuktibayeva S. A. New scientific medical and social aspects of health indicators //Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2021. – №. 1. – С. 285-288.

49 Исмаилов Ж.К. Сыздыкова А.А. Исатаева Н.М. Байсеркин Б.С. Тлемисова В.Б. Текущая ситуация системы здравоохранения Республики Казахстан // Менеджер здравоохранения Республики Казахстан. – 2015. - №4(17). – С. 17-24.

50 Сейдуманов С.Т. Научно-обоснованные подходы к стратегии развития здравоохранения Казахстана: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.:14.00.33. - общественное здоровье и здравоохранение.: Алматы, 2010. – 46 с.

51 Buleshov M. A., Alipbekova S. N., Tuktibayeva S. A. Modern medical and social aspects of morbidity and mortality rates in the working age population //Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2021. – №. 1. – С. 298-302.

52 Buleshov M. A. et al. The choice of treatment for myocardial infarction based on individual cardiovascular risk and symptoms of coronary heart disease //Electronic Journal of General Medicine. – 2019. – Т. 16. – №. 6.

53 Кенесариев У. И., Баялиева Р. А., Кенесарина М. И. Стояние здоровья населения крупного мегаполиса на примере города Алматы //Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2016. – №. 3. – С. 140-143.

54 Булешов М.А., Әліпбекова С.Н., Халықтың денсаулық жағдайын және әлеуметтік-экономикалық даму деңгейін кешенді бағалау негізінде Түркістан облысы тұрғындарының денсаулық жағдайын бағалау // Валеология: Денсаулық- Ауру- Сауықтыру. – 2020. - №4. – С.35

55 Есимов Д. С., Есимов Н. Б., Измаилова Н. Т. Анализ показателей здоровья населения Республики Казахстан за 2015 и 2016 годы //Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2018. – №. 4. – С. 243-248.

56 Булешов М.А., Түктібаева С.А, Омарова Б.А., Оңтүстік-Қазақстан облысы тұрғындарының денсаулық жағдайын бағалау нәтижелері // Бюллетень врачей Республики Казахстан. – 2018. - № 4. - 14-25

57 С.А.Туктибаева, Б.М.Балтабаева, А.М.Зайдулла, С.С.Сүгір, А.И.Шухратова, Д.Ә.Керімқұлова, Түркістан облысы бойынша 2019-2020 жж. денсаулық көрсеткіштеріне баға беру // Ғылым мен денсаулық сақтау. – 2021. – 2 (І). С.16-18

58 Архипов В. А., Мендыбаев Е. С., Арингазина А. М. Анализ общей заболеваемости в 2008-2018 годы туркестанской области в сравнении с республиканскими показателями //Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2020. – №. 1-1. – С. 600-605.

59 С.А.Туктибаева, С.Н.Алипбекова, Ж.А.Ермаханова. Уровень и динамика смертности по основным классам болезней и их прогнозирование у населения трудоспособного возраста Туркестанской области // Фармация Казахстана. – 2024. №5. – С. 210-215.

60 Булешова А. М. и др. Оценка медико-социальных факторов риска развития инвалидности в связи с патологиями органов дыхания //Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2020. – №. 1-1. – С. 585-590.

61 Дюсембаева Н. К. и др. Состояние здоровья населения на урбанизированных территориях Казахстана //Современная медицина: актуальные вопросы. – 2014. – №. 33. – С. 46-51.

62 Alicandro G., Remuzzi G., La Vecchia C. COVID-19 pandemic and total mortality in the first six months of 2020 in Italy //La Medicina del lavoro. – 2020. – Т. 111. – №. 5. – С. 351.

63 World Health Organisation. Noncommunicable diseases. – 2018.

64 Иванова Е. И., Горшкова И. В., Тарасова Е. В. Структурные особенности и факторы смертности мужчин трудоспособного возраста в современной России //Научные труды: Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН. – 2009. – №. 7. – С. 533-565.

65 Прохоров Б. Б. и др. Медико-демографическое прогнозирование: Учеб. пособие //М.: МАКС Пресс. – 2011.

66 Игнатова Н. М. и др. ИСТОРИЧЕСКАЯ ДЕМОГРАФИЯ. Научный журнал. 2016. № 2 (18). – 2016.

67 Шутов М. М. Занятость как стратегия обеспечения здоровья трудоспособного населения //Научный вестник государственного образовательного учреждения Луганской Народной Республики" Луганский национальный аграрный университет". – 2018. – №. 1. – С. 431-440.

68 Щукин А. И. и др. Показатели здоровья и проблемы оказания медицинской помощи трудоспособному населению в современных условиях //Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2014. – №. 4. – С. 125-132.

69 Batic-Mujanovic O. et al. Influence of unemployment on mental health of the working age population //Materia socio-medica. – 2017. – Т. 29. – №. 2. – С. 92.

- 70 Branca F., Nikogosian H., Lobstein T. Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения: резюме. – 2007.
- 71 Пухова А. Г., Беляева Т. К., Толкунова С. Г. Здоровье населения как фактор, влияющий на трудовой потенциал Нижегородской области //Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №. 3. – С. 265-265.
- 72 Черкасов С. Н., Киртадзе И. Д. Влияние жизненных приоритетов на качество жизни, связанное со здоровьем, в старших возрастных группах //Бюллетень НЦССХ им. АН Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. – 2018. – Т. 19. – №. 4. – С. 549-553.
- 73 Puciato D., Rozpara M., Borysiuk Z. Physical activity as a determinant of quality of life in working-age people in Wrocław, Poland //International journal of environmental research and public health. – 2018. – Т. 15. – №. 4. – С. 623.
- 74 Buleshov M. A. et al. Formation features of the average life expectancy of the population of the South-Kazakhstan region //Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2014. – №. 4. – С. 418-421.
- 75 Спраубаев Е. Н., Жумабекова Б. К., Аманбекова А. У. Актуальные проблемы гигиены труда и охраны здоровья работающего населения Республики Казахстан //Медицина и экология. – 2011. – №. 4 (61). – С. 51-54.
- 76 Боташева Л. С. Отдельные аспекты оценки трудового потенциала региона //International scientific review. – 2020. – №. LXXIV. – С. 14-16.
- 77 Иванова А. Е., Павлов Н. Б., Михайлов А. Ю. Тенденции и региональные особенности здоровья взрослого населения России //Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – Т. 19. – №. 3. – С. 25.
- 78 Гальчиков Ю. И., Стороженко А. Е., Бережной В. Г. Социально-гигиенические аспекты уровня и структуры смертности населения трудоспособного возраста в современных условиях //Байкальский медицинский журнал. – 2014. – Т. 125. – №. 2. – С. 67-69.
- 79 Козлова О. А. и др. Условия труда как фактор влияния на показатели смертности населения в трудоспособном возрасте //Фундаментальные исследования. – 2015. – №. 7-1. – С. 161-165.
- 80 Тухтарова Е. Х. Факторы смертности населения в трудоспособном возрасте //труды vii всероссийского симпозиума по экономической теории. – 2016. – С. 164-165.
- 81 Малинина Е. С. Оценка состояния здоровья населения арктических регионов //Азимут научных исследований: Экономика и управление. – 2020. – Т. 9. – №. 2 (31). – С. 215-218.
- 82 Bacigalupe A., Esnaola S., Martín U. The impact of the Great Recession on mental health and its inequalities: the case of a Southern European region, 1997–2013 //International Journal for Equity in Health. – 2016. – Т. 15. – С. 1-10.
- 83 Niedzwiedz C. L. et al. Regional employment and individual worklessness during the Great Recession and the health of the working-age population: Cross-national analysis of 16 European countries //Social Science & Medicine. – 2020. – Т. 267. – С. 112377.

84 Аверченко Е. А. Охрана здоровья населения на региональном и муниципальном уровнях //Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – Т. 29. – №. 1. – С. 5.

85 Алиева Л. А. Исследование образа жизни и здоровья работников промышленных предприятий : дис. – Российский государственный медицинский университет, 2011.

86 Медик В. А. Юрьев. ВК Общественное здоровье и здравоохранение //учебник/ВА Медик, ВК Юрьев.–М.: Проффессионал. – 2009.

87 Murray C. J. L. et al. Population and fertility by age and sex for 195 countries and territories, 1950–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 //The Lancet. – 2018. – Т. 392. – №. 10159. – С. 1995-2051.

88 Kivimäki M., Kawachi I. Work stress as a risk factor for cardiovascular disease //Current cardiology reports. – 2015. – Т. 17. – С. 1-9.

89 Plym A. et al. Loss in working years after a breast cancer diagnosis //British Journal of Cancer. – 2018. – Т. 118. – №. 5. – С. 738-743.

90 Rasmussen-Barr E. et al. Are job strain and sleep disturbances prognostic factors for neck/shoulder/arm pain? A cohort study of a general population of working age in Sweden //BMJ open. – 2014. – Т. 4. – №. 7. – С. e005103.

91 Gavurova B., Vagasova T. Potential gains in life expectancy by eliminating deaths from cardiovascular diseases and diabetes mellitus in the working life ages among Slovak population //Health Economics Review. – 2018. – Т. 8. – С. 1-8.

92 Воевода М. И. и др. Особенности состояния здоровья трудоспособного населения в Сибирском федеральном округе //Всероссийский экономический журнал ЭКО. – 2019. – №. 6 (540). – С. 26-42.

93 Vanthomme K., Gadeyne S. Unemployment and cause-specific mortality among the Belgian working-age population: the role of social context and gender //Plos one. – 2019. – Т. 14. – №. 5. – С. e0216145.

94 Osler M. et al. High local unemployment and increased mortality in Danish adults; results from a prospective multilevel study //Occupational and Environmental Medicine. – 2003. – Т. 60. – №. 11. – С. e16-e16.

95 Rachiotis G. et al. What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003–2012) //BMJ open. – 2015. – Т. 5. – №. 3. – С. e007295.

96 Akter S. et al. Smoking, Smoking Cessation, and Risk of Mortality in a Japanese Working Population—Japan Epidemiology Collaboration on Occupational Health Study— //Circulation Journal. – 2018. – Т. 82. – №. 12. – С. 3005-3012.

97 Скорнякова Е. С. Как оценить здоровье? //Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2015. – №. 2 (20). – С. 9-15.

98 Даулетбакова А. М. и др. Стандартизованная заболеваемость злокачественными новообразованиями в Казахстане //Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2020. – №. 1-1. – С. 594-597.

99 Тажибаева К.Н. Шымкент қаласында еңбек ету жасындағы тұрғындар арасында қатерлі ісік ауруын ерте анықтаудың медициналық және ұйымдастырушылық технологияларын жетілдіру: дисс. ... PhD: 6D110200. –

Түркістан: Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, 2017. -157 с.

100 Керимбаева З. А. и др. Некоторые аспекты преждевременной смертности трудоспособного населения //Наука и здравоохранение. – 2014. – №. 6. – С. 102-104.

101 Alipbekova S.N., Buleshov M.A., Tuktibayeva S.A., Analysis of the relationship between health status and some biological and social determinants of the working-age population of Turkestan region according to a questionnaire survey // Science and society – Methods and problems of practical application, Vancouver Canada. – 2021. – С. 17-28

102 Sandugash A., Myrzatai B. Self-Perceived Health and Its Associations with Social Factors and Perceived Environmental Quality in Southern Kazakhstan: a Cross-Sectional Study //Экология человека. – 2021. – №. 3. – С. 48-53.

103 Gorchakova T. Y., Churanova A. N. Current state of mortality of the working-age population in Russia and Europe //Russian Journal of Occupational Health and Industrial Ecology. – 2020. – Т. 60. – №. 11. – С. 756-759.

104 Uli R. E. et al. Health and productivity burden of coronary heart disease in the working Indonesian population using life-table modelling //BMJ open. – 2020. – Т. 10. – №. 9. – С. e039221.

105 Стекольников Л. В. Болезни органов дыхания как причины смертности населения трудоспособного возраста //Вестник Чувашского университета. – 2012. – №. 3. – С. 507-512

106 Улумбекова Г. Э. Демография и показатели здоровья населения России //Российский психиатрический журнал. – 2010. – №. 2. – С. 28-35.

107 Гребняк Н. П. и др. Здоровье населения Украины в глобальном измерении //Медичні перспективи. – 2012. – Т. 17. – №. 1. – С. 128-134.

108 Измеров Н. Ф. Современные проблемы медицины труда России //Медицина труда и экология человека. – 2015. – №. 2. – С. 5-12.

109 Van Der Mark-Reeuwijk K. G. et al. Health and prolonging working lives //Scandinavian journal of work, environment & health. – 2019. – Т. 45. – №. 5. – С. 514-519.

110 Pedersen J. et al. High physical work demands and working life expectancy in Denmark //Occupational and environmental medicine. – 2020. – Т. 77. – №. 8. – С. 576-582.

111 Frieden T. R. Six components necessary for effective public health program implementation //American journal of public health. – 2014. – Т. 104. – №. 1. – С. 17-22.

112 Шибалков И. П. Оценка эффективности организации системы здравоохранения: зарубежный опыт //Векторы благополучия: экономика и социум. – 2016. – №. 1 (20). – С. 66-76.

113 Косяченко Г. Е. Условия труда как фактор, определяющий здоровье трудоспособного населения //Здоровье и окружающая среда. – 2011. – №. 19. – С. 307-313.

114 Золотникова Г. П., Панова Ю. Г., Дубовая Н. И. Проблемы гигиены труда и профилактики профпатологии у лиц трудоспособного возраста

//Ежегодник НИИ фундаментальных и прикладных исследований. – 2012. – №. 3. – С. 77-80.

115 Дорожкин А. В., Бахтияров Р. И. Здоровье как важнейший параметр качества трудовых ресурсов //Менеджмент предпринимательской деятельности. – 2019. – С. 106-108.

116 Алдабекова А. А., Ибраев С. А., Ажиметова Г. Н. Роль профилактической медицины в сохранении здоровья работающего населения //Евразийский союз ученых. – 2020. – №. 4-3 (73). – С. 8-13.

117 Жанабаев Н.С. Оңтүстік Қазақстан облысының ауылдық аудан тұрғындарының диспансерлік топтарына медициналық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру: дисс. ... PhD: 6D110200. – Түркістан: Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, 2017. -151 с.

118 Булешов М. А. и др. Созылмалы гастрит және асқазанның ойық жарасы ауруларының тәуекел себептері мен жекелей және популяциялық профилактикалар арасындағы байланысты бағалау //Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2020. – №. 1. – С. 59-63.

119 Булешов М. А. и др. Түркістан облысындағы аудандар бойынша жүзеге асырылған профилактикалық және медициналық-реабилитациялық шаралардың тиімділігін бағалау //Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2020. – №. 3. – С. 350-354.

120 Лисицын Ю. П., Улумбекова Г. Э. Общественное здоровье и здравоохранение. – 2002. – С. 230.

121 Базиян Г. В., Новгородцев Г. А., Дубровина В. Д. Возможность моделирования территориальных особенностей уровня и структуры заболеваемости и нуждемости населения в медицинской помощи //Сов. здравоохран. – 1989. – №. 4. – С. 14.

ҚОСЫМША А

Денсаулыққа қауіп факторларын анықтау САУАЛНАМАСЫ Жалпы мәлімет

№	Орны, күні, келісім алу. Қосымша ақпарат	Жауаптар	Код
1	2	3	4
1	Ауданның коды	Түркістан қаласы Ордабасы ауданы Шардара ауданы Арыс қаласы Отырар ауданы Созақ ауданы	1 2 3 4 5 6
2	Орталықтың/жергілікті жердің атауы		
3	Сәйкестендіру нөмірі		
4	Сауалнаманы толтыру мерзімі	Күн, ай, жыл	
5	Қатысушы мәтінді оқып шық Келісім	Иә Жоқ (егер жоқ болса мәтінді оқыңыз)	1 2
6	Сауалнама жүргізуге пациенттен келісім алынды (ауызшы және жазбаша)	Иә Жоқ (егер жоқ болса сауалнаманы тоқтатыңыз)	1 2
7	Сауалнама жүргізілу тілі	Орыс Қазақ Басқа	1 2 3
8	Сауалнаманы жүргізу уақыты	Сағат, минут	
9	Тегі		
10	Аты		
11	Байланыс телефон нөмірі		
12	Қандай телефон нөмірі көрсетілген	Жұмыс Үй Көршілердің Басқа	1 2 3 4

МОДУЛЬ: ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ МӘЛІМЕТТЕР

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
13	Жынысы	Ер, Әйел	1,2
14	Туылған жылы	Күн, ай, жыл	
15	Жасыңыз нешеде?	Жылдар	

ЖЕТІЛДІРІЛГЕН МОДУЛЬ: ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ АҚПАРАТ

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
1	2	3	4
16	Сіздің ұлтыңыз	Қазақ Орыс Басқа	1 2 3
17	Сіздің біліміңіз?	Орта білімі жоқ	1
		Аяқталмаған бастапқы	2
		Аяқталған бастапқы	3
		Аяқталған орта	4
		Аяқталған арнайы орта	5
		Аяқталған жоғары	6
		Аспирантура,	7
		докторантура	
		Жауап беруден бас тартады	8
18	Сіз мектепте немесе басқа оқу орнында жалпы қанша жыл оқыдыңыз (мектепке дейінгі мекемені қоспағанда)	Жылдар	
19	Төмендегілердің қайсысы соңғы 12 айда сіздің айналысатын жұмысыңызға сәйкес келеді	Мемлекеттік қызметкер Жеке сектор жұмысшысы Кәсіпкер Ақысыз жұмыс	1 2 3 4
		Студент	5
		Үй бикесі	6
		Зейнеткер	7
		Жұмыссыз (жұмыс жасай алады)	8
		Жұмыссыз (жұмыс істей алмайды)	9
		Жауап беруден бас тартады	10
20	Отбасылық жағдайы	Үйленген/тұрмыс құрған	1
		Үйленбеген/тұрмыс құрмаған	2
		ажырасқан	3
		жесір	4

**1 КЕЗЕҢ. МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІ НЕГІЗГІ МОДУЛЬ:
ТЕМЕКІНІ ПАЙДАЛАҢУ**

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
21	Сіз қазіргі уақытта қандай да бір темекі өнімдерін қолданасыз ба (сигарет, трубка)	Иә	1
		Жоқ (жоқ болса алкогольды тұтыну бөліміне өтіңіз)	2
22	Егер иә болса, темекі өнімдерін күнделікті қолданасыз ба?	Иә	1
		Жоқ (жоқ болса алкогольды тұтыну бөліміне өтіңіз)	2
23	Қанша жасыңыздан бастап темекі қолдана бастадыңыз?	Жасы (жылдар) Есімде жоқ немесе көп жылдар бұрын	
24	Қашан қолданғаныңыз есіңізде бар ма (1 нұсқаны көрсетіңіз)	Жыл	1
		Ай	2
		Апта	3
25	Күнделікті қандай көлемде темекі өнімдерін қолданасыз?	1-ден 5 данаға дейін	1
		6-дан 10 данаға дейін	2
		Күніне 1 қорап	3
		Күніне бірнеше қорап	4

ЖЕТІЛДІРІЛГЕН МОДУЛЬ: ТЕМЕКІНІ ПАЙДАЛАҢУ

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
26	Сіз бұрын күнделікті темекі шеккенсіз ба?	Иә	1
		Жоқ (жоқ болса алкогольды тұтыну бөліміне өтіңіз)	2
27	Егер иә болса, қанша жасыңызда темекі шегуді тоқтаттыңыз?	Жасы (жылдар) Есімде жоқ немесе көп жылдар бұрын	
28	Күнделікті темекі шегуді қай уақытта тоқтаттыңыз (1 нұсқаны көрсетіңіз)	Жыл бұрын	1
		Ай бұрын	2
		Апта бұрын	3

29	Сіз қазіргі уақытта түтінсіз темекі өнімдерін қолданасыз ба, атап айтқанда иіскейтін, шайнайтын, бетель	Иә	1
		Жоқ (жоқ болса алкогольды тұтыну бөліміне өтіңіз)	2
30	Егер иә болса, қазіргі уақытта түтінсіз темекі өнімдерінің қайсы түрін қолданасыз?	Иә	1
		Жоқ	2
31	Күнделікті орта есеппен қанша қолданасыз?	1-ден 3-ке дейін	1
		4-тен 7-ге дейін	2
32	Түтінсіз темекі өнімдерін ертеректе қолданғансыз ба, атап айтқанда иіскейтін, шайнайтын, бетель?	Иә	1
		Жоқ	2

НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: АЛКОГОЛЬДІ ТҰТЫНУ

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
33	Сіз алкоголь өнімдерін тұтынасыз ба (мысалы, пиво, вино, құрамында спирт бар кез келген сусындар) соңғы 12 айда	Иә	1
		Жоқ (жоқ болса тамақтану рационы бөліміне өтіңіз)	2
34	Соңғы 12 айда сіз алкоголь өнімдерін қаншалықты жиі тұтындыңыз?	Күнделікті	1
		Аптасына 5-6 рет	2
		аптасына 1-4 рет	3
		айына 1-3 күн	4
		Айына 1 реттен аз	5
35	Күніне орта есеппен қанша мөлшерде алкоголь тұтынасыз?	100 -200 грамм	1
		500 грамм	2
		1 литр	3
		Білмеймін	4
36	Сіз соңғы 30 күнде алкогольдік өнімдерді тұтындыңыз ба? (мысалы, пиво, вино, құрамында спирт бар кез келген сусындар)	Иә	1
		Жоқ	2

НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: ТАМАҚТАНУ РАЦИОНЫ
(тамақтану әдеттері)

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
37	Сіз тамақтанғанда жемістерді және көкөністерді қолданасыз ба?	Иә	1
		Жоқ	2
38	Сіз аптасына неше рет жемістерді тұтынасыз?	Күнделікті	1
		Күн ара	2
		Тұтынбаймын	3
39	Сіз әдетте аптасына қанша күн көкөністерді пайдаланасыз?	Күнделікті	1
		Күн ара	2
		Тұтынбаймын	3

ЖЕТІЛДІРІЛГЕН МОДУЛЬ: ТАМАҚТАНУ РАЦИОНЫ
(тамақтану әдеттері)

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
1	2	3	4
40	Өсімдік немесе жануар майларының қандай түрі көбінесе сіздің отбасыңызда тамақ дайындау үшін қолданасыз?	Өсімдік майы	1
		Шошқа майы	2
		Май немесе ерітілген май	3
		Маргарин	4
		Басқа	5
		Нақты емес	6
		Ешқандай	7
		Білмеймін	8
41	Тамаққа тұзды артық қосасыз ба?	Жоқ, артық тұз қоспаймын	1
		Иә, алдын ала	2
		Дәмін көргеннен кейін Дәмін көрмей тұрып	3
42	Күнделікті 6 және одан да көп (шай қасық) қанттың бөліктерін, балды және басқа да тәттілерді тұтынасыз ба?	Иә	1
		Жоқ	2

НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: ФИЗИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІЛІК
Жұмыстағы белсенділік

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
43	Сіздің жұмысыңыз тыныс алуды немесе жүрек соғу жиілігін (мысалы, ауыр жүк көтеру, қазу немесе құрылыс жұмыстары) кем дегенде 10 күн бойы үздіксіз арттыратын жоғары қарқынды әрекеттерді қажет ете ме?	Иә	1
		Жоқ	2
44	Сізде әдетте аптасына неше күн жоғары қарқынды жұмыс жүргізіледі?	1-3 күн	1
		3-5 күн	2
		5-7 күн	3
		Күнделікті	4
45	Сіз әдетте аптасына неше сағат жоғары қарқынды жұмыс жасайсыз?	10 минут	1
		2 сағат	2
		2-4 сағат	3
		4 сағаттан артық	

НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: ФИЗИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІЛІК

1	2	3	4
46	Сіз қозғалыс құралы ретінде әдетте үздіксіз велосипедте немесе жаяу жүресіз?	Иә Жоқ	1 2
47	Аптасына неше күн сізәдетте жаяу немесе веловипедпен үдіксіз жүресіз?	1-3 күн 3-5 күн 5-7 күн Күнделікті	1 2 3 4
48	Сіз күніне 10 минут немесе одан да көп велосипедпен немесе жаяу жүруге неше сағат арнайсыз?	10 минут – 2 сағат 2-4 сағат 4 сағаттан артық	1 2 3
49	Сіздің спорттық немесе белсенді демалыс әрекеттеріңізден тыныс алу немесе жүрек соғу жиілігі айтарлықтай жоғарылады ма (мысалы, жүгіру немесе футбол) үздіксіз, ең аз дегенде 10 минут?	Иә Жоқ	1 2
50	Аптасына неше күн сіз спортпен, физикалық жаттығулармен немесе белсенді немесе жоғары қарқынды сипатқа ие	1-3 күн 3-5 күн 5-7 күн Күнделікті	1 2 3 4

51	Сіз күніне қанша сағат әдетте спортпен, физикалық жаттығулармен немесе жоғары қарқынды белсенділікпен айналысасыз?	10 минут – 2 сағат 2-4 сағат 4 сағаттан артық	1 2 3
52	Сіз әдетте күніне қанша уақытты отыруға немесе жартылай жатуға жұмсайсыз? (Ұйқы уақытын көрсетпеңіз).	10 минут – 2 сағат 2-4 сағат 4 сағаттан артық	1 2 3

ЖЕТІЛДІРІЛГЕН МОДУЛЬ: ЖОҒАРЫ ҚАН ҚЫСЫМЫ

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
53	Медицина қызметкерімен қан қысымыңыз соңғы рет қашан өлшенді?	Соңғы 12 айда 1-5 жыл бұрын Соңғы 5 жылда 1 рет емес	1 2 3
54	Сізге дәрігер немесе медициналық қызметкер соңғы 12 айда жоғары қан қысымы немесе гипертония бар деп айтты ма?	Иә Жоқ	1 2
55	Қазіргі уақытта төменде көрсетілген ем түрлерін алып жатырсыз ба / дәрігердің немесе басқа да медициналық қызметкердің жоғары қан қысымы туралы ұсыныстары?		
	Соңғы 2 аптада дәрілерді қолдану (медициналық препараттарды)	Иә	1
		Жоқ	2
	Арнайы тағайындалған диета	Иә	1
		Жоқ	2
		Иә	1
	Салмақ тастау үшін ұсыныстар немесе емдік процедуралар	Жоқ	2
	Темекіден бас тартуға ұсыныстар немесе емдік процедуралар	Иә Жоқ	1 2
	Физикалық жаттығулар немесе белсенділікті жоғарылату туралы ұсыныстар	Иә Жоқ	1 2
56	Соңғы 12 айда халық емшілеріне жоғары артериялық қысым немесе гипертония себебінен жүгіндіңіз бе?	Иә Жоқ	1 2

57	Қазіргі уақытта сіз қандай да бір дәрілік шөптерді немесе халық емін қан қысымын түсіру үшін қолданасыз ба?	Иә Жоқ	1 2
----	---	-----------	--------

ЖЕТІЛДІРІЛГЕН МОДУЛЬ: ҚАНТ ДИАБЕТІ

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
1	2	3	4
58	Соңғы 12 айда қандағы қант деңгейін өлшедіңіз бе?	Иә Жоқ	1 2
59	Соңғы 12 айда дәрігер немесе медициналық қызметкер диабетпен ауырасыз деп айтқан ба?	Иә Жоқ	1 2
60	Қазіргі уақытта төменде көрсетілген ем түрлерін алып жатырсыз ба / дәрігердің немесе басқа да медициналық қызметкердің диабет туралы ұсыныстары?		
	Инсулин	Иә Жоқ	1 2
	Соңғы 2 аптада ауыз арқылы дәрілік заттарды қолдандыңыз ба?	Иә Жоқ	1 2
	Арнайы тағайындалған диета	Иә Жоқ	1 2
	Салмақ тастау үшін ұсыныстар немесе емдік процедуралар	Иә Жоқ	1 2
	Темекіден бас тартуға ұсыныстар немесе емдік процедуралар	Иә Жоқ	1 2
	Физикалық жаттығуларды бастау немесе жүктемелерді арттыру туралы ұсыныстар	Иә Жоқ	1 2
69	Соңғы 12 айда халық емшілеріне қант диабеті бойынша көмекке жүгіндіңіз бе?	Иә Жоқ	1 2
70	Диабетті емдеу үшін шөп дәрілер немесе халықтық ем қазіргі уақытта қолданасыз ба?	Иә Жоқ	1 2

2 КЕЗЕҢ – ФИЗИКАЛЫҚ ТЕКСЕРУ ДЕРЕКТЕРІ НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: БОЙЫ ЖӘНЕ САЛМАҒЫ

№	Сұрақтар	Жауаптар
71	Бойы	сантиметр
72	Салмағы	кг

НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: ҚАН ҚЫСЫМЫ

№	Сұрақтар
74	Тонометр манжетінің өлшемі
75	Көрсеткіш 1
76	Көрсеткіш 2
77	Көрсеткіш 3
78	Қан қысымын төмендету мақсатында немесе басқа да медициналық қызметкердің тағайындауымен соңғы 2 аптада артериялық қан қысымын төмендету үшін дәрілік заттарды қабылдадыңыз ба?

3 КЕЗЕҢ – БИОХИМИЯЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕР НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: ҚАНДАҒЫ ГЛЮКОЗА ДЕҢГЕЙІ

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
81	Соңғы 12 сағатта судан басқа тамақ немесе басқа да сусын іштіңіз бе?	Иә Жоқ	1 2
82	Талдау күннің қай уақытында алынды? (24 сағаттық шкала бойынша)	Сағат, минут	
83	Аш қарыңға қандағы глюкоза деңгейі	Ммоль/л	

НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: ҚАНДАҒЫ ЛИПИДТЕР

№	Сұрақтар	Жауаптар
84	Жалпы холестерин	Ммоль/л

НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: ТРИГЛИЦЕРИДТЕР ЖӘНЕ ЖОҒАРЫ ТЫҒЫЗДЫҚТАҒЫ ЛИПОПРОТЕИДТЕР ХОЛЕСТЕРИНІ

№	Сұрақтар	Жауаптар
85	Триглицеридтер	Ммоль/л
86	Холестерин ЛПВП	Ммоль/л

НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: ҚАТАР ЖҮРЕТІН АУРУЛАР

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
87	Сізде созылмалы бронхит бар ма?	Иә Жоқ Білмеймін	1 2 3

88	Сізде бронхиальды астма бар ма?	Иә Жоқ Білмеймін	1 2 3
89	Сізде инсульт бар ма?	Иә Жоқ Білмеймін	1 2 3
90	Сізде миокард инфаркты бар ма?	Иә Жоқ Білмеймін	1 2 3
91	Сізде жүректің ишемиясы ауруы бар ма? (стенокардия)	Иә Жоқ Білмеймін	1 2 3
92	Сізде онкологиялық аурулар бар ма?	Иә Жоқ Білмеймін	1 2 3
93	Сізде қант диабеті бар ма?	Иә Жоқ Білмеймін	1 2 3

НЕГІЗГІ МОДУЛЬ: ДӘРІГЕРГЕ БАРУ

№	Сұрақтар	Жауаптар	Код
1	2	3	4
94	Сіз соңғы 12 айда дәрігердің көмегіне жүгіндіңіз бе?	Иә Жоқ	1 2
95	Соңғы 12 айда қанша рет дәрігердің көмегіне жүгіндіңіз?	Күнделікті Апта сайын Ай сайын Жарты жылда бір рет Ешқашан	1 2 3 4 5
96	Соңғы 12 айда еңбекке жарамсыздық туралы анықтама алдыңыз ба?	Иә Жоқ	1 2
97	Еңбекке жарамсыздық парағының ұзақтығы қандай?	10 күннен 20 күннен 1 - 4 ай 4 айдан көп	1 2 3 4
98	Сіз соңғы 12 айда ауруханаға жаттыңыз ба?	Иә Жоқ	1 2
99	Соңғы 12 айда жедел медициналық көмекке жүгіндіңіз бе?	Иә Жоқ	1 2

100	Жедел жәрдем шақыру себебі	Жедел жағдай	1	
		Созылмалы	2	
		аурудың		
		өршуі		
		(қайсысы		
		екенін	3	
		көрсету)	4	
		Жарақат		
		Басқа		

ҚОСЫМША Б

Ғылыми – зерттеу жұмысын енгізу акты



Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университетінің 6D110200 – мамандығы бойынша PhD – докторанты Әліпбекова Сандұғаш Нұрлыбекқызының «Түркістан облысының еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының денсаулық жағдайын жетілдіруді ғылыми негіздеу» тақырыбындағы диссертациялық жұмысының нәтижелерін
ЕНГІЗУ АКТЫ

Ұсыныстың атауы: Профилактика мен мамандандырылған медициналық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру.

Ұсыныстың авторы: Әліпбекова С.Н.

Тақырыптың атауына сәйкес жасалған ұсыныс: Медициналық-әлеуметтік көрсеткіштер нәтижесін қолдана отырып, еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарға медициналық көмекті ұйымдастыру жүйесінің технологиялық моделі.

Іске асыру нысаны: Емдеу мекемелеріндегі профилактикалық шараларын жетілдіру мен ұйымдастыруға бағытталған еңбек.

Ұсыныс жүзеге асырылған сала: Денсаулық сақтау саласында, емдеу мекемелерінде, медициналық жоғары оқу орындарында.

Жүзеге асыру деңгейі: Аймақтық

Мекеменің атауы және оның бөлімдері, осы ұсыныс қай жерде пайдалануда: ЖШС «Клиника Талғат» бөлімшелерінде.

Ұсыныстың тиімділігі туралы қысқаша қорытынды: Дайындалған модель денсаулық сақтау саласында еңбекке қабілетті жастағы тұрғындар арасында негізгі аурулардың алдын алуға, ерте диагностикалауға, аурушандықты азайтуға және одан туындайтын аурулардың алдын алуға жағдай туғызды.

Ғылыми жетекші м.ғ.д., профессор  Булешов М.А.

Ұсынысты енгізу бойынша автор
Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-нің докторанты  Әліпбекова С.Н.

ҚОСЫМША В

Ғылыми – зерттеу жұмысын енгізу акты

«БЕКІТЕМІН»

Түркістан облысының қоғамдық денсаулық сақтау басқармасының

«Түркістан қалалық емханасы»

ШЖҚММКК бас дәрігері

Р.Б.Тасырбаев

2021 жыл

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университетінің 6D110200 – мамандығы бойынша PhD – докторанты Әліпбекова Сандұғаш Нұрлыбекқызының

«Түркістан облысының еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының денсаулық жағдайын жетілдіруді ғылыми негіздеу» тақырыбындағы диссертациялық жұмысының нәтижелерін

ЕНГІЗУ АКТЫ

Ұсыныстың атауы: Профилактика мен мамандандырылған медициналық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру.

Ұсыныстың авторы: Әліпбекова С.Н.

Тақырыптың атауына сәйкес жасалған ұсыныс: Медициналық-әлеуметтік көрсеткіштер нәтижесін қолдана отырып, еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарға медициналық көмекті ұйымдастыру жүйесінің технологиялық моделі.

Іске асыру нысаны: Емдеу мекемелеріндегі профилактикалық шараларын жетілдіру мен ұйымдастыруға бағытталған еңбек.

Ұсыныс жүзеге асырылған сала: Денсаулық сақтау саласында, емдеу мекемелерінде, медициналық жоғары оқу орындарында.

Жүзеге асыру деңгейі: Аймақтық

Мекеменің атауы және оның бөлімдері, осы ұсыныс қай жерде пайдалануда: Түркістан облысының қоғамдық денсаулық сақтау басқармасының «Түркістан қалалық емханасы» ШЖҚММКК бөлімшелерінде.

Ұсыныстың тиімділігі туралы қысқаша қорытынды: Дайындалған модель денсаулық сақтау саласында еңбекке қабілетті жастағы тұрғындар арасында негізгі аурулардың алдын алуға, ерте диагностикалауға, аурушандықты азайтуға және одан туындайтын аурулардың алдын алуға жағдай туғызды.

Ғылыми жетекші м.ғ.д., профессор

Бүләшов М.А.

Ұсынысты енгізу бойынша автор

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-нің докторанты Әліпбекова С.Н.

ҚОСЫМША Г

Ғылыми – зерттеу жұмысын енгізу акты

«БЕКІТЕМІН»

Түркістан облысы қоғамдық
денсаулық сақтау басқармасының
«Ордабасы аудандық орталық ауруханасы»

ШЖҚ МҚК басқармасы

Б.М. Мырзатеев

2021 жыл

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университетінің 60110200
мамандығы бойынша PhD – докторанты Әліпбекова Сандуғаш Нұрлыбекқызының
«Түркістан облысының еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының денсаулық
жағдайын жетілдіруді ғылыми негіздеу» тақырыбындағы диссертациялық
жұмысының нәтижелерін
ЕНГІЗУ АКТЫ

Ұсыныстың атауы: Профилактика мен мамандандырылған медициналық көмекті
ұйымдастыруды жетілдіру.

Ұсыныстың авторы: Әліпбекова С.Н.

Тақырыптың атауына сәйкес жасалған ұсыныс: Медициналық-әлеуметтік
көрсеткіштер нәтижесін қолдана отырып, еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарға
медициналық көмекті ұйымдастыру жүйесінің технологиялық моделі.

Іске асыру нысаны: Емдеу мекемелеріндегі профилактикалық шараларын
жетілдіру мен ұйымдастыруға бағытталған еңбек.

Ұсыныс жүзеге асырылған сала: Денсаулық сақтау саласында, емдеу
мекемелерінде, медициналық жоғары оқу орындарында.

Жүзеге асыру деңгейі: Аймақтық

Мекеменің атауы және оның бөлімдері, осы ұсыныс қай жерде пайдалануда:

Түркістан облысы қоғамдық денсаулық сақтау басқармасының «Ордабасы
аудандық орталық ауруханасы» ШЖҚМҚК

Ұсыныстың тиімділігі туралы қысқаша қорытынды: Дайындалған модель
денсаулық сақтау саласында еңбекке қабілетті жастағы тұрғындар арасында негізгі
аурулардың алдын алуға, ерте диагностикалауға, аурушандықты азайтуға және одан
туындайтын аурулардың алдын алуға жағдай туғызды.

Ғылыми жетекші м.ғ.д., профессор  Буленов М.А.

Ұсынысты енгізу бойынша автор

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-нің докторанты  Әліпбекова С.Н.

ҚОСЫМША Д

Ғылыми – зерттеу жұмысын енгізу акты

«БЕКІТЕМІН»
Түркістан облысы қоғамдық
денсаулық сақтау басқармасының
«Бәйдібек аудандық орталық ауруханасы»
ШЖҚМҚК бас дәрігері
Т.А.Шардарбекова
«01» _____ 2021 жыл

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университетінің 6D110200 –
мамандығы бойынша PhD – докторанты Әліпбекова Сандуғаш Нұрлыбекқызының
«Түркістан облысының еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының денсаулық
жағдайын жетілдіруді ғылыми негіздеу» тақырыбындағы диссертациялық
жұмысының нәтижелерін
ЕНГІЗУ АКТЫ

Ұсыныстың атауы: Профилактика мен мамандандырылған медициналық көмекті
ұйымдастыруды жетілдіру.

Ұсыныстың авторы: Әліпбекова С.Н.

Тақырыптың атауына сәйкес жасалған ұсыныс: Медициналық-әлеуметтік
көрсеткіштер нәтижесін қолдана отырып, еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарға
медициналық көмекті ұйымдастыру жүйесінің технологиялық моделі.

Іске асыру нысаны: Емдеу мекемелеріндегі профилактикалық шараларын
жетілдіру мен ұйымдастыруға бағытталған еңбек.

Ұсыныс жүзеге асырылған сала: Денсаулық сақтау саласында, емдеу
мекемелерінде, медициналық жоғары оқу орындарында.

Жүзеге асыру деңгейі: Аймақтық

Мекеменің атауы және оның бөлімдері, осы ұсыныс қай жерде пайдалануда:
Түркістан облысы қоғамдық денсаулық сақтау басқармасының «Бәйдібек аудандық
орталық ауруханасы» ШЖҚМҚК

Ұсыныстың тиімділігі туралы қысқаша қорытынды: Дайындалған модель
денсаулық сақтау саласында еңбекке қабілетті жастағы тұрғындар арасында негізгі
аурулардың алдын алуға, ерте диагностикалауға, аурушандықты азайтуға және одан
туындайтын аурулардың алдын алуға жағдай туғызды.

Ғылыми жетекші м.ғ.д., профессор



Булешов М.А.

Ұсынысты енгізу бойынша автор

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-нің докторанты



Әліпбекова С.Н.

ҚОСЫМША Е

Ғылыми – зерттеу жұмысын енгізу акты

«БЕКІТЕМІН»



Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университетінің 6D110200 – мамандығы бойынша PhD – докторанты Әліпбекова Сандұғаш Нұрлыбекқызының «Түркістан облысының еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының денсаулық жағдайын жетілдіруді ғылыми негіздеу» тақырыбындағы диссертациялық жұмысының нәтижелерін
ЕНГІЗУ АКТЫ

Ұсыныстың атауы: Профилактика мен мамандандырылған медициналық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру.

Ұсыныстың авторы: Әліпбекова С.Н.

Тақырыптың атауына сәйкес жасалған ұсыныс: Медициналық-әлеуметтік көрсеткіштер нәтижесін қолдана отырып, еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарға медициналық көмекті ұйымдастыру жүйесінің технологиялық моделі.

Іске асыру нысаны: Емдеу мекемелеріндегі профилактикалық шараларын жетілдіру мен ұйымдастыруға бағытталған еңбек.

Ұсыныс жүзеге асырылған сала: Денсаулық сақтау саласында, емдеу мекемелерінде, медициналық жоғары оқу орындарында.

Жүзеге асыру деңгейі: Жергілікті.

Мекеменің атауы және оның бөлімдері, осы ұсыныс қай жерде пайдалануда: Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ клиника-диагностикалық орталық мекемесі

Ұсыныстың тиімділігі туралы қысқаша қорытынды: Дайындалған модель денсаулық сақтау саласында еңбекке қабілетті жастағы тұрғындар арасында негізгі аурулардың алдын алуға, ерте диагностикалауға, аурушандықты азайтуға және одан туындайтын аурулардың алдын алуға жағдай туғызды.

Ғылыми жетекші м.ғ.д., профессор


Бүленов М.А.

Ұсынысты енгізу бойынша автор

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-нің докторанты  Әліпбекова С.Н.

ҚОСЫМША Ж

Ғылыми – зерттеу жұмысын енгізу акты



«БЕКІТЕМІН»

Түркістан облысы қоғамдық
денсаулық сақтау басқармасының
«Арыс аудандық орталық ауруханасы»
ШЖҚММК бас дәрігері
А.А.Наркабулов
«13» 12 2021 жыл

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық казак-түрік университетінің 6D110200 –
мамандығы бойынша PhD – докторанты Әліпбекова Сандуғаш Нұрлыбекқызының
«Түркістан облысының еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының денсаулық
жағдайын жетілдіруді ғылыми негіздеу» тақырыбындағы диссертациялық
жұмысының нәтижелерін
ЕНГІЗУ АКТЫ

Ұсыныстың атауы: Профилактика мен мамандандырылған медициналық көмекті
ұйымдастыруды жетілдіру.

Ұсыныстың авторы: Әліпбекова Сандуғаш Нұрлыбекқызы

Тақырыптың атауына сәйкес жасалған ұсыныс: Медициналық-әлеуметтік
көрсеткіштер нәтижесін қолдана отырып, еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарға
медициналық көмекті ұйымдастыру жүйесінің технологиялық моделі.

Іске асыру нысаны: Емдеу мекемелеріндегі профилактикалық шараларын
жетілдіру мен ұйымдастыруға бағытталған еңбек.

Ұсыныс жүзеге асырылған сала: Денсаулық сақтау саласында, емдеу
мекемелерінде, медициналық жоғары оқу орындарында.

Жүзеге асыру деңгейі: Аймақтық

Мекеменің атауы және оның бөлімдері, осы ұсыныс қай жерде пайдалануда:

Түркістан облысы қоғамдық денсаулық сақтау басқармасының «Арыс аудандық
орталық ауруханасы» ШЖҚММК

Ұсыныстың тиімділігі туралы қысқаша қорытынды: Дайындалған модель
денсаулық сақтау саласында еңбекке қабілетті жастағы тұрғындар арасында негізгі
аурулардың алдын алуға, ерте диагностикалауға, аурушандықты азайтуға және одан
туындайтын аурулардың алдын алуға жағдай тудырды.

Ғылыми жетекші м.ғ.д., профессор

Булентов М.А.

Ұсынысты енгізу бойынша автор

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-нің докторанты Әліпбекова С.Н.

Ғылыми – зерттеу жұмысын енгізу акты



Ұсыныстың атауы: Диссертациялық жұмыстың тақырыбы «Түркістан облысының еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының денсаулық жағдайын жетілдіруді ғылыми негіздеу»

Тақырыптың атауына сәйкес жасалған ұсыныс: Өзірленген диссертациялық еңбегіне негізгі аурулардың алдын алуға, еңбекке қабілетті жастағы тұрғындар мен балалардың денсаулығына әсер ететін қауіп факторларының арасындағы корреляциялық байланысты анықталып, олардың зияндылық дәрежесін төмендетуге бағытталған профилактикалық көмектің алгоритмі ұсынылып, медицина мамандарының аталған салада еңбегін көмегін жетілдіру жолдары ұсынылды.

Ұсыныс жүзеге асырылған сала: Денсаулық сақтау саласында, емдеу мекемелерінде, медициналық жоғары оқу орындарында.

Мекеменің атауы және оның бөлімдері, осы ұсыныс қай жерде пайдаланылуда:
ЖШС «Клиника Талгат» бөлімшелерінде.

Ұсыныстың тиімділігі туралы қысқаша қорытынды: Әрбір әкімшілік ауданның профилактикалық бағдарламасы негізгі аурулардың алдын алуға, ерте диагностикалауға, аурушандықты азайтуға және одан туындайтын аурулардың алдын алуға жағдай туғызды.

Ғылыми жетекші м.ғ.д., профессор  Булшов М.А.

Ұсынысты енгізу бойынша автор
Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-нің докторанты  Әліпбекова С.Н.

ҚОСЫМША И

Ғылыми – зерттеу жұмысын енгізу акты

«БЕКІТЕМІН»
Түркістан облысының қоғамдық
денсаулық сақтау басқармасының
«Түркістан қалалық емханасы»
ШЖҚММК бас дәрігері
Р.Б.Тасырбаев
2021 жыл

ҒЫЛЫМИ ЗЕРТТЕУЛЕРДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІН ЖҮЗЕТІ АСЫРУ АКТЫ

Ұсыныстың атауы: Диссертациялық жұмыстың тақырыбы «Түркістан облысының еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының денсаулық жағдайын жетілдіруді ғылыми негіздеу»

Ұсыныстың авторы: Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-дің докторанты С.Н.Әліпбекова

Тақырыптың атауына сәйкес жасалған ұсыныс: Әзірленген диссертациялық жұмыста негізгі аурулардың алдын алуға, еңбекке қабілетті жастағы тұрғындар мен олардың денсаулығына әсер ететін қауіп факторларының арасындағы корреляциялық байланыс анықталып, олардың зияндылық дәрежесін төмендетуге бағытталған медициналық көмектің алгоритмі ұсынылып, медицина мамандарының аталған салада көрсететін көмегін жетілдіру жолдары ұсынылды.

Іске асыру нысаны: Медициналық көмек көрсететін ұйымдарда еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарға медициналық көмекті жетілдіруге бағытталған еңбек.

Ұсыныс жүзеге асырылған сала: Денсаулық сақтау саласында, емдеу мекемелерінде, медициналық жоғары оқу орындарында.

Жүзеге асыру деңгейі: Аймақтық.

Мекеменің атауы және оның бөлімдері, осы ұсыныс қай жерде пайдаланылуда: Түркістан облысының қоғамдық денсаулық сақтау басқармасының «Түркістан қалалық емханасы» ШЖҚММК бөлімшелерінде.

ШЖҚММК Ұсыныстың тиімділігі туралы қысқаша қорытынды: Әрбір әкімшілік ауданның профилактикалық бағдарламасы негізгі аурулардың алдын алуға, ерте диагностикалауға, аурушандықты азайтуға және одан туындайтын аурулардың алдын алуға жағдай туғызды.

Ғылыми жетекші м.ғ.д., профессор



Булешов М.А.

Ұсынысты енгізу бойынша автор

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-нің докторанты



Әліпбекова С.Н.

ҚОСЫМША К

Ғылыми – зерттеу жұмысын енгізу акты

«БЕКІТЕМІН»

Түркістан облысы қоғамдық
денсаулық сақтау басқармасының
«Ордабасы аудандық орталық ауруханасы»

ШЖҚММК бас тәрізгері

Б.М. Мырзахметов

«13» 02 2014 жыл



ҒЫЛЫМИ ЗЕРТТЕУЛЕРДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ АКТЫ

Ұсыныстың атауы: Диссертациялық жұмыстың тақырыбы «Түркістан облысының еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының денсаулық жағдайын жетілдіруді ғылыми негіздеу»

• **Ұсыныстың авторы:** Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-дің докторанты С.Н.Әліпбекова

Тақырыптың атауына сәйкес жасалған ұсыныс: Өзірленген диссертациялық жұмыста негізгі аурулардың алдын алуға, еңбекке қабілетті жастағы тұрғындар мен олардың денсаулығына әсер ететін қауіп факторларының арасындағы корреляциялық байланыс анықталып, олардың зияндылық дәрежесін төмендетуге бағытталған медициналық көмектің алгоритмі ұсынылып, медицина мамандарының аталған салада көрсететін көмегін жетілдіру жолдары ұсынылды.

Іске асыру нысаны: Медициналық көмек көрсететін ұйымдарда еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарға медициналық көмекті жетілдіруге бағытталған еңбек.

Ұсыныс жүзеге асырылған сала: Денсаулық сақтау саласында, емлеу мекемелерінде, медициналық жоғары оқу орындарында.

Жүзеге асыру деңгейі: Аймақтық.

Мекеменің атауы және оның бөлімдері, осы ұсыныс қай жерде пайдаланылуда: Түркістан облысы қоғамдық денсаулық сақтау басқармасының «Ордабасы аудандық орталық ауруханасы»

ШЖҚММК Ұсыныстың тиімділігі туралы қысқаша қорытынды: Өрбір әкімшілік ауданның профилактикалық бағдарламасы негізгі аурулардың алдын алуға, ерте диагностикалауға, аурушандықты азайтуға және одан туындайтын аурулардың алдын алуға жағдай туғызды.

Ғылыми жетекші м.ғ.д., профессор

Булешов М.А.

Ұсынысты енгізу бойынша автор

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-нің докторанты

Әліпбекова С.Н.

ҚОСЫМША Л

Ғылыми – зерттеу жұмысын енгізу акты

«БЕКІТЕМІН»
Түркістан облысы қоғамдық
денсаулық сақтау басқармасының
«Бәйдібек аудандық орталық ауруханасы»
ШЖҚМҚК бас дәрігері
Г.А.Шардарбекова
«14» 10 2021 жыл

ҒЫЛЫМИ ЗЕРТТЕУЛЕРДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ АКТЫ

Ұсыныстың атауы: Диссертациялық жұмыстың тақырыбы «Түркістан облысының еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының денсаулық жағдайын жетілдіруді ғылыми негіздеу»

Ұсыныстың авторы: Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-дің докторанты С.Н.Әліпбекова

Тақырыптың атауына сәйкес жасалған ұсыныс: Әзірленген диссертациялық жұмыста негізгі аурулардың алдын алуға, еңбекке қабілетті жастағы тұрғындар мен олардың денсаулығына әсер ететін қауіп факторларының арасындағы корреляциялық байланыс анықталып, олардың зияндылық дәрежесін төмендетуге бағытталған медициналық көмектің алгоритмі ұсынылып, медицина мамандарының аталған салада көрсететін көмегін жетілдіру жолдары ұсынылды.

Іске асыру нысаны: Медициналық көмек көрсететін ұйымдарда еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарға медициналық көмекті жетілдіруге бағытталған еңбек.

Ұсыныс жүзеге асырылған сала: Денсаулық сақтау саласында, емдеу мекемелерінде, медициналық жоғары оқу орындарында.

Жүзеге асыру деңгейі: Аймақтық.

Мекеменің атауы және оның бөлімдері, осы ұсыныс қай жерде пайдаланылуда:

Түркістан облысы қоғамдық денсаулық сақтау басқармасының «Бәйдібек аудандық орталық ауруханасы» ШЖҚМҚК бөлімшелерінде.

Ұсыныстың тиімділігі туралы қысқаша қорытынды: Әрбір әкімшілік ауданның профилактикалық бағдарламасы негізгі аурулардың алдын алуға, ерте диагностикалауға, аурушандықты азайтуға және одан туындайтын аурулардың алдын алуға жағдай туғызды.

Ғылыми жетекші м.ғ.д., профессор

Булешов М.А.

Ұсынысты енгізу бойынша автор

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-нің докторанты

Әліпбекова С.Н.

ҚОСЫМША М

Ғылыми – зерттеу жұмысын енгізу акты



ҒЫЛЫМИ ЗЕРТТЕУЛЕРДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ АКТЫ

Ұсыныстың атауы: Диссертациялық жұмыстың тақырыбы «Түркістан облысының еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының денсаулық жағдайын жетілдіруді ғылыми негіздеу»

Ұсыныстың авторы: Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-дің докторанты С.Н.Әліпбекова

Тақырыптың атауына сәйкес жасалған ұсыныс: Әзірленген диссертациялық жұмыста негізгі аурулардың алдын алуға, еңбекке қабілетті жастағы тұрғындар мен олардың денсаулығына әсер ететін қауіп факторларының арасындағы корреляциялық байланыс анықталып, олардың зияндылық дәрежесін төмендетуге бағытталған медициналық көмектің алгоритмі ұсынылып, медицина мамандарының аталған салада көрсететін көмегін жетілдіру жолдары ұсынылды.

Іске асыру нысаны: Медициналық көмек көрсететін ұйымдарда еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарға медициналық көмекті жетілдіруге бағытталған еңбек.

Ұсыныс жүзеге асырылған сала: Денсаулық сақтау саласында, емдеу мекемелерінде, медициналық жоғары оқу орындарында.

Жүзеге асыру деңгейі: Аймақтық.

Мекеменің атауы және оның бөлімдері, осы ұсыныс қай жерде пайдаланылуда: Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ клиника-диагностикалық орталық мекемесі

ШЖҚММК Ұсыныстың тиімділігі туралы қысқаша қорытынды: Әрбір әкімшілік ауданның профилактикалық бағдарламасы негізгі аурулардың алдын алуға, ерте диагностикадауға, аурушандықты азайтуға және одан туындайтын аурулардың алдын алуға жағдай тудырды.

Ғылыми жетекші м.ғ.д., профессор

Булешов М.А.

Ұсынысты енгізу бойынша автор

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-нің докторанты

Әліпбекова С.Н.

ҚОСЫМША Н

Ғылыми – зерттеу жұмысын енгізу акт



«БЕКІТЕМІН»

Түркістан облысы қоғамдық денсаулық сақтау басқармасының

«Арыс аудандық орталық ауруханасы»

ШЖҚМҚК бас дәрігері

А.А.Наркабулов

«13» 12 2021 жыл

ҒЫЛЫМИ ЗЕРТТЕУЛЕРДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ АКТЫ

Ұсыныстың атауы: Диссертациялық жұмыстың тақырыбы «Түркістан облысының еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарының денсаулық жағдайын жетілдіруді ғылыми негіздеу»

Ұсыныстың авторы: Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-дің докторанты С.Н.Әліпбекова

Тақырыптың атауына сәйкес жасалған ұсыныс: Әзірленген диссертациялық жұмыста негізгі аурулардың алдын алуға, еңбекке қабілетті жастағы тұрғындар мен олардың денсаулығына әсер ететін қауіп факторларының арасындағы корреляциялық байланыс анықталып, олардың зияндылық дәрежесін төмендетуге бағытталған медициналық көмектің алгоритмі ұсынылып, медицина мамандарының аталған салада көрсететін көмегін жетілдіру жолдары ұсынылды.

Іске асыру нысаны: Медициналық көмек көрсететін ұйымдарда еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарға медициналық көмекті жетілдіруге бағытталған еңбек.

Ұсыныс жүзеге асырылған сала: Денсаулық сақтау саласында, емдеу мекемелерінде, медициналық жоғары оқу орындарында.

Жүзеге асыру деңгейі: Аймақтық.

Мекеменің атауы және оның бөлімдері, осы ұсыныс қай жерде пайдаланылуда:

Түркістан облысы қоғамдық денсаулық сақтау басқармасының «Арыс аудандық орталық ауруханасы» ШЖҚМҚК

Ұсыныстың тиімділігі туралы қысқаша қорытынды: Әрбір әкімшілік ауданның профилактикалық бағдарламасы негізгі аурулардың алдын алуға, ерте диагностикалауға, аурушандықты азайтуға және одан туындайтын аурулардың алдын алуға жағдай туғызды.

Ғылыми жетекші м.ғ.д., профессор

Булешов М.А.

Ұсынысты енгізу бойынша автор

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-нің докторанты

Әліпбекова С.Н.