

**Қоғамдық
денсаулық
және денсаулық
сақтау**

**Медицина университетінің
студенттеріне
арналған оқу курал**

Қоғамдық денсаулық және денсаулық сақтау» (оқу құралы)

Жоңғаров А. А.

ИИС

Алматы, 2020

О	МЕББМ Қазақстан-Ресей Медициналық университеті, Алматы
№	49785
У	НУО Қазақстан-Ресей аймақтық Медициналық университеті, Семей
К/е	

УДК 614(075.8)

ББК 51.1я7

Қ54

Рецензенттер:

PhD докторы

Сейдуанова Л.Б м. ғ. к.,

доцент Ахметова Р.Л.

«Қоғамдық денсаулық және денсаулық сақтау» (оқу құралы) / м. ғ. д., профессор Жайнакбаев Н.Т., м. ғ. д., доцент Орақбай Л. Ж., PhD докторы Адилханова А. Н., м. ғ. к., Калимолдин М. М., м. ғ. к. Анамбаев И. А., оқытушы Сыздықова Ә. Б. – Алматы. – 2020. – 74 с.

ISBN 978-601-08-0081-6

Оқу құралының оқу материалын ұсыну қоғамдық денсаулық сақтау бакалаврларының белгілі бір білімін, дағдыларын игеру үшін қажет. Есептеулер оқу мақсаттары үшін, математикалық статистика әдістерінің мәнін және оларды қолданудың дұрыстығын түсіну үшін берілген. Іс жүзінде бұл есептеулерді арнайы компьютерлік бағдарламаларды қолдана отырып жүргізуге болады.

Оқу құралы жоғары оқу орындарының студенттеріне, ЖОО оқытушылары мен ғылыми қызметкерлерге арналған.

Оқу құралы Қоғамдық денсаулық сақтау бакалаврларын даярлау үшін қажет. «Қоғамдық денсаулық және денсаулық сақтау» пәнін оқыту мен оқытудың жаңа тәсілдерін қалыптастыруға арналған. Бұл зерттеушілерге де пайдалы болуы мүмкін.

ҚРМУ Ғылыми кеңесі бекіткен және жариялауға ұсынылған. № 0/3
Хаттама «15» қазан 2020ж.

ISBN 978-601-08-0081-6

© Жайнакбаев Н.Т., Орақбай Л.Ж., және т.б.

МАЗМҰНЫ

	КІРІСПЕ	4
ТАҚЫРЫП - 1	ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚТЫҢ НЕГІЗГІ ҰҒЫМДАРЫ МЕН ӘЛЕУМЕТТІК ШАРТТЫЛЫҒЫ	7
ТАҚЫРЫП - 2	ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚТЫ ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕМЕСІ. ДЕМОГАРФИЯНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ- ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРУ	14
ТАҚЫРЫП - 3	ХАЛЫҚТЫҢ АУРУШАҢДЫҒЫ. ХАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫН КЕШЕНДІ БАҒАЛАУ	35
ТАҚЫРЫП - 4	МЕДИЦИНАЛЫҚ – СТАТИСТИКАЛЫҚ ҚҰЖАТТАМА	48
ТАҚЫРЫП - 5	ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫҢ ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ– ҚҰҚЫТЫҚ НЕГІЗДЕРІ «ҚҰҚЫҚ ТЕОРИЯСЫНЫҢ НЕГІЗДЕРІ»	50
ТАҚЫРЫП - 6	ХАЛЫҚҚА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ ПРИНЦИПТЕРІ МЕН НЫСАНДАРЫ	60
ҚОСЫМША - 1	СИТУАЦИЯЛЫҚ ЕСЕПТЕР	62
ҚОСЫМША - 2	ТЕСТ ТАПСЫРМАЛАРЫ	66
	ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ	72

Қоғамдық денсаулық-демографиялық көрсеткіштермен, даму сипаттамаларымен, аурушаңдық пен мүгедектікпен бағаланатын әлеуметтік және қолайлы факторлардың кешенді ықпалымен негізделген халықтың денсаулығы.

Қоғамдық денсаулықты анықтайтын факторлар:

1. Биологиялық факторлар-жынысы, жасы, конституциясы, тұқымқуалаушылық;
2. Табиғи-климаттық, гелиогеофизикалық, антропогендік кластану және т. б.;
3. Әлеуметтік және әлеуметтік – экономикалық – азаматтардың денсаулығын қорғау туралы заңнама, еңбек, тұрмыс, демалыс, тамақтану жағдайы, көші-қон процестері, білім деңгейі, мәдениет және т. б.
4. Медициналық факторлар немесе медициналық көмекті ұйымдастыру.

Аталған факторлардың барлық тобы адамның денсаулығына да, бүкіл халықтың денсаулығына да әсер етеді, бұл ретте олар өзара де байланысты. Бірақ бұл факторлардың денсаулыққа әсер ету күші бірдей емес. Денсаулықты қалыптастыруда жетекші (негізгі) мән әлеуметтік факторларға жатады. Бұл елдің әлеуметтік-экономикалық даму дәрежесіне байланысты қоғамдық денсаулық деңгейіндегі айырмашылықтармен расталады. Тәжірибе көрсеткендей, елдің экономикалық даму деңгейі жоғары болған сайын, қоғамдық денсаулық пен жекелеген азаматтардың денсаулық көрсеткіштері соғұрлым жоғары және керісінше.

Әлеуметтік-гигиеналық элементтер мен ұйғарымдар ежелгі қоғамдық-экономикалық формациялар медицинасында кездеседі, бірақ әлеуметтік гигиенаның ғылым ретінде оқшаулануы өнеркәсіптік өндірістің дамуымен тығыз байланысты.

Қайта өрлеу дәуірінен 1850 жылға дейінгі кезең қоғамдық денсаулық дамуының бірінші кезеңі болды (сол кезде бұл ғылым "әлеуметтік гигиена" деп аталды). Осы кезеңде еңбек етуші халықтың денсаулық жағдайының, оның өмірі мен еңбек жағдайының өзара тәуелділігі бойынша елеулі зерттеулер жинақталды.

Әлеуметтік гигиена бойынша бірінші жүйелі басшылық 1779-1819 жж. аралығында жазылған Франктің "Systeme in vervollständigen medizinischen polizei" көп томдық еңбегі болды.

Франциядағы 1848 және 1871 жылдардағы революция кезінде басшылық қызметтерді атқарған Социалистік-утописттер дәрігерлер әлеуметтік медицинаны қоғамды сауықтырудың кілті деп есептей отырып, қоғамдық денсаулық сақтау шараларын ғылыми негіздеуге тырысты.

1848 ж. буржуазиялық революция Германияда әлеуметтік медицинаны дамыту үшін маңызды мәнге ие болды. Сол кездегі социал-гигиенистердің бірі Рудольф Вирхов болды. Ол медицина мен саясат арасындағы тығыз байланысты атап өтті. Оның еңбегі "Mitteilungen über Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie" неміс әлеуметтік гигиенасында классикалық болып саналады. Вирхов демократиялық дәрігер және зерттеуші ретінде танымал болды.

«Әлеуметтік медицина» термині алғаш рет француз дәрігері Жюль Геренмен ұсынылған. Герен әлеуметтік медицина «Медициналық полицияны, орта гигиенасын және сот медицинасын» қамтиды деп санайды.

Қазіргі заман Вирхова Нойман неміс әдебиетіне «әлеуметтік медицина» ұғымын енгізді. 1847 жылы жарияланған «Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigentum» рабінде ол халықтың денсаулық сақтау саласын дамытудағы әлеуметтік факторлардың рөлін айқын дәлелдеді.

XIX ғасырдың соңында қоғамдық денсаулықтың негізгі бағытын осы күнге дейін дамыту анықталды. Бұл бағыт қоғамдық денсаулықты дамытуды ғылыми гигиенаның жалпы прогресімен немесе биологиялық-физикалық гигиенамен байланыстырады. Германияда бұл бағыттың негізін қалаушы М. Фон Петтенкофер болды. Ол өзі шығарған гигиена нұсқаулығына «Әлеуметтік гигиена» бөлімін енгізді, дәрігер адамдардың үлкен топтарымен кездесіп жатқан өмір саласының мәні деп санады. Бұл бағыт біртіндеп реформалық сипатқа ие болды, өйткені радикалды әлеуметтік-терапевтік іс-шаралар ұсына алмады.

Германияда ғылым ретінде әлеуметтік гигиенаның негізін қалаушы А. Гротьян болды. 1904 жылы Гротьян былай деп жазды: «Гигиена керек... қоғамдық қатынастардың және адамдар дүниеге келген, өмір сүретін, жұмыс істейтін, ләззат алатын, өз тууын жалғастыратын және өледі әлеуметтік ортаның әсерін егжей-тегжейлі зерттеу. Сондықтан ол физика-биологиялық гигиенаның жанында оның қосымша ретінде әрекет ететін әлеуметтік гигиена болып табылады».

Гротьян бойынша, әлеуметтік-гигиеналық ғылымның пәні адам мен қоршаған орта арасындағы қарым-қатынас жүзеге асырылатын жағдайларды талдау болып табылады.

Мұндай зерттеулер нәтижесінде Гротьян Қоғамдық денсаулық затының екінші жағына, яғни адам мен қоғамдық орта арасындағы қарым-қатынастарды реттейтін нормаларды әзірлеуге, олардың денсаулығын нығайтып, оған пайда әкелетіндей жақындады.

Англияда XIX ғасырда Қоғамдық денсаулық сақтаудың ірі қайраткерлері болды. Э. Чедвик халық денсаулығының нашар жағдайының басты себебін көрді. Оның еңбегі «The sanitary conditions of laboring populations», 1842 жылы шығарылған, Англиядағы жұмысшылардың ауыр өмір сүру жағдайларын ашты. Дж. Саймон ағылшын Денсаулық сақтау қызметінің бас дәрігері бола отырып, халық өлімінің басты себептерін зерттеу сериясын өткізді. Алайда, әлеуметтік медицинаға дейінгі алғашқы кафедра Англияда 1943 ж. Дж. Оксфордтағы раил.

Ресейде әлеуметтік гигиенаның дамуына Ф. Ф. Эрисман, П. И. Куркин, З. Г. Френкель, Н. А. Семашко және З. П. Соловьев көп көмектесті.

Ірі ресейлік социал-гигиенистерден Г. А. Баткисті атап өту қажет, ол белгілі зерттеуші және әлеуметтік гигиена бойынша бірқатар теориялық еңбектердің авторы, халықтың санитарлық жағдайын зерттеудің бастапқы статистикалық әдістемесін және медициналық мекемелер жұмысының бірқатар әдістерін (жаңа нәрестелердің белсенді патронажының жаңа жүйесі, анамнестикалық демографиялық зерттеулер әдісі және т.б.) әзірлеген.

Қоғамдық денсаулық пәні

Әрбір елдегі денсаулық сақтау жүйесінің сипаты ғылыми тәртіп ретінде қоғамдық денсаулық жағдайы мен дамуымен айқындалады. Қоғамдық денсаулық бойынша кез келген курстың нақты мазмұны ұлттық шарттар мен қажеттіліктерге, сондай-ақ түрлі медициналық ғылымдармен қол жеткізілген саралауға байланысты өзгереді.

ДДҰ «Денсаулық сақтауды ұйымдастыру ғылыми пән ретінде» тақырыбы бойынша ұйымдастырған пікірталаста айтылған қоғамдық денсаулық мазмұнының классикалық анықтамасы: «...Қоғамдық денсаулық сақтау-қоғам мен денсаулық сақтау қызметкерлерінің арасындағы ынтымақтастыққа, сондай-ақ әкімшілік және медициналық-профилактикалық шараларға, заңдарға, ережелерге және орталық және жергілікті басқару органдарында т. б. негізделген эпидемиология, әлеуметтік патология және әлеуметтік терапия әдістерімен зерттелетін әлеуметтік диагноздан «треножникке» сүйенеді».

Ғылымның жалпы жіктелуі тұрғысынан қоғамдық денсаулық жаратылыстану мен қоғамдық ғылымдар арасындағы шекарада, яғни ол екі топтың әдістері мен жетістіктерін пайдаланады. Медицина ғылымының жіктелуі тұрғысынан (табиғат, адам денсаулығын қалпына келтіру және нығайту, адам топтары мен қоғам туралы) Қоғамдық денсаулық медицинаның дамуы нәтижесінде қалыптасқан клиникалық (емдік) және профилактикалық (гигиеналық) ғылымның негізгі екі тобы арасындағы алшақтықты толтыруға ұмтылады. Ол медициналық ғылым мен тәжірибенің екі бағытының ойлау және зерттеу принциптерін біріктіре отырып, синтездеуші рөл атқарады.

Қоғамдық денсаулық халықтың денсаулығы мен өсіп-өркендеуінің және оларды анықтайтын факторларының жай-күйі мен динамикасының жалпылама көрінісін береді, ал осыдан қажетті іс-шаралар да туындайды. Мұндай жалпылама суретті клиникалық немесе гигиеналық пән бере алмайды. Қоғамдық денсаулық ғылым ретінде денсаулық сақтаудың практикалық мәселелерін нақты талдауды қоғамдық дамудың заңдылықтарын зерттеумен, халық шаруашылығы мен мәдениетінің мәселелерімен ұштастыруы тиіс. Сондықтан тек

қоғамдық денсаулық аясында ғана денсаулық сақтауды ғылыми ұйымдастыру мен ғылыми жоспарлауды құруға болады.

Адам денсаулығының жай-күйі жыныстық, жас және психологиялық факторларды есепке ала отырып, оның физиологиялық жүйелері мен органдарының функциясымен айқындалады, сондай-ақ әлеуметтік ортаны қоса алғанда, сыртқы ортаның ықпалына байланысты болады, әрі соңғысының жетекші мәні болады. Осылайша, адамдардың денсаулығы әлеуметтік және биологиялық факторлардың күрделі кешенінің әсеріне байланысты.

Адам өміріндегі әлеуметтік және биологиялық өзара қарым-қатынас мәселесі-қазіргі медицинаның негізгі әдіснамалық мәселесі. Оның шешіміне табиғаттың құбылыстары мен адам денсаулығы мен ауруының мәні, этиологиясы, патогенезі және медицинадағы басқа да ұғымдардың қандай да бір түсіндірмесі байланысты. Әлеуметтік-биологиялық мәселе заңдылықтардың үш тобын және оларға сәйкес медициналық білім аспектілерін бөлуді көздейді:

1) денсаулық, атап айтқанда, адамдардың сырқаттануына, демографиялық процестердің өзгеруіне, әртүрлі әлеуметтік жағдайлардағы патология түрінің өзгеруіне әсер етуі тұрғысынан әлеуметтік заңдылықтар;

2) молекулалық биологиялық, субжасушалық және жасушалық деңгейлерде көрінетін адамды қоса алғанда, барлық тірі тіршілік үшін жалпы заңдылықтар;

3) адамға ғана тән ерекше биологиялық және психикалық (психофизиологиялық) заңдылықтар (жоғары жүйке қызметі және т.б.).

Соңғы екі заңдылық әлеуметтік жағдайлар арқылы ғана көрінеді және өзгереді. Қоғам мүшесі ретінде адам үшін әлеуметтік заңдылықтар оның биологиялық дарак ретінде дамуындағы жетекші болып табылады, оның прогресіне ықпал етеді.

Қоғамдық денсаулықтың ғылым ретіндегі әдіснамалық негізі халықтың денсаулық жағдайы мен қоғамдық қатынастар арасындағы себептерді, байланыстарды және өзара тәуелділікті зерделеуден және дұрыс түсіндіруден, яғни қоғамдағы әлеуметтік және биологиялық өзара қарым-қатынас мәселесін дұрыс шешуден тұрады.

Қоғамдық денсаулыққа әсер ететін әлеуметтік-гигиеналық факторларға халықтың еңбек және тұрмыс жағдайлары, тұрғын үй жағдайлары; жалақы деңгейі, халықтың мәдениеті мен тәрбиесі, тамақтану, отбасындағы қарым-қатынасы, медициналық көмектің сапасы мен қол жетімділігі жатады.

Сонымен қатар, қоғамдық денсаулыққа сыртқы ортаның климаттық-географиялық, гидрометеорологиялық факторлары да әсер етеді.

Аталған жағдайлардың едәуір бөлігін қоғамның өзі оның қоғамдық - саяси және экономикалық құрылымына байланысты өзгертуі мүмкін, бұл ретте олардың халықтың денсаулығына әсері теріс да, оң да болуы мүмкін. Демек, әлеуметтік-гигиеналық тұрғыдан халықтың денсаулығын келесі негізгі деректермен сипаттауға болады:

1) демографиялық процестердің жай-күйі мен серпіні: туу, өлім, халықтың табиғи өсімі және табиғи қозғалыстың басқа да көрсеткіштері;

2) халықтың аурушаңдығының, сондай-ақ мүгедектіктің деңгейі мен сипатына;

3) халықтың физикалық дамуы.

Бұл деректерді әр түрлі қоғамдық-экономикалық жағдайларда зерделеу және салыстыру халықтың қоғамдық денсаулық деңгейін бағалауға ғана емес, сонымен қатар оған әсер ететін әлеуметтік жағдайлар мен себептерді талдауға мүмкіндік береді.

Медицина саласындағы барлық практикалық және теориялық қызметтің әлеуметтік-гигиеналық бағыты болуы тиіс, өйткені кез келген медициналық ғылым белгілі бір әлеуметтік-гигиеналық аспектілерді қамтиды. Медициналық ғылым мен білімнің әлеуметтік-гигиеналық компонентін Қоғамдық денсаулық қамтамасыз етеді, физиологияның көптеген медициналық пәндермен жүзеге асырылатын физиологиялық бағытын негіздейді.

Тақырып № 1. Қоғамдық денсаулықтың негізгі ұғымдары мен әлеуметтік шарттылығы

Қоғамдық денсаулық және денсаулық сақтау дербес медициналық ғылым ретінде оны сауықтыру және медициналық қызмет көрсетуді жетілдіру бойынша алдын алу шараларын әзірлеу мақсатында әлеуметтік жағдайлар мен сыртқы орта факторларының халықтың денсаулығына әсерін зерделейді. Қоғамдық денсаулық нақты тарихи жағдайлардағы медициналық, әлеуметтік, экономикалық, басқарушылық, философиялық мәселелерді зерттеумен айналысады.

Әр түрлі клиникалық пәндерден айырмашылығы Қоғамдық денсаулық жеке индивидтердің емес, адам ұжымдарының, әлеуметтік топтар мен қоғамның өмір сүру жағдайы мен салтына байланысты денсаулық жағдайын зерттейді. Бұл ретте өмір сүру жағдайлары, өндірістік қатынастар, әдетте, адамдардың денсаулық жағдайын анықтайтын болып табылады. Мысалы, әлеуметтік-экономикалық өзгерістер, ғылыми - техникалық прогресс қоғамға белгілі бір игіліктер әкелуі мүмкін, бірақ бір мезгілде оның денсаулығына теріс әсер етуі мүмкін.

Физика, химия, биология саласындағы ашылулар, урбанизация, көптеген елдерде өнеркәсіптің қарқынды дамуы, құрылыстың үлкен көлемі, Ауыл шаруашылығын химияландыру және т. б. экология саласындағы елеулі бұзушылықтарға жиі әкеледі, бұл ең алдымен адамдардың денсаулығына қатты әсер етеді. Сондықтан, қоғамдық денсаулық міндеттерінің бірі қоғам денсаулығына теріс әсер ететін жағымсыз құбылыстардың алдын алу бойынша ұсыныстар әзірлеу болып табылады.

Кез келген елдің экономикасын жоспарлы дамыту үшін халықтың саны, жас-жыныстық құрылымы, оның болашаққа болжамдарын айқындау туралы ақпараттың маңызы зор. Қоғамдық денсаулық халықтың даму заңдылықтарын анықтайды, демографиялық процестерді зерттейді, перспективаны болжайды, халық санын мемлекеттік реттеу бойынша ұсыныстар әзірлейді.

Бұл пәнді оқу барысында мемлекет жүргізетін барлық іс-шаралардың халықтың денсаулығына әсер ету тиімділігі және денсаулық сақтаудағы, жеке медициналық мекемелердің рөлі туралы мәселе жетекші мәнге ие.

Қабылданған ұғымдар бойынша медицина-бұл ғылыми білім және практикалық қызмет жүйесі, оның мақсаты денсаулықты нығайту және сақтау, адам өмірін ұзарту, адам ауруларының алдын алу және емдеу болып табылады. Осылайша, медицина негізінде екі негізгі түсінік жатыр –«денсаулық және ауру». Бұл екі ұғым негіз болып табылады, анықтау ең қиын.

Қазіргі әдебиетте «денсаулық» ұғымына көптеген анықтамалар мен тәсілдер бар. Денсаулық сақтаудың медициналық-әлеуметтік интерпретациясы үшін бастапқы пункт Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) қабылдаған: «денсаулық аурулар мен дене кемістіктерінің болмауымен ғана емес, толық физикалық, рухани және әлеуметтік әлауқаттың жай-күйі болып табылады» деген анықтама болып табылады.

Бұл анықтама ДДҰ Жарғысында көрсетілген (1948 ж.). ДДҰ оған сәйкес қағида жарияланған «...ең жоғары қолжетімді денсаулық деңгейіне ие болу әрбір адамның негізгі құқықтарының бірі болып табылады»

Медициналық-әлеуметтік зерттеулерде денсаулықты бағалау кезінде төрт деңгей бөлінген орынды:

Бірінші деңгей- жеке адамның денсаулығы-жеке денсаулық;

Екінші деңгей- әлеуметтік және этникалық топтардың денсаулығы;

Үшінші деңгей-әкімшілік аумақ халқының денсаулығы-өңірлік денсаулық;

Төртінші деңгей-популяция денсаулығы, жалпы қоғам-қоғамдық денсаулық.

Статика мен динамикадағы топтық, аймақтық, қоғамдық денсаулықтың сипаттамалары. барлық бірге алынған индивидуумдардың интегралдық денсаулық жағдайы

ретінде қарастырылады. Бұл ретте бұл жай ғана деректер сомасы емес, өзара байланысты сандық және сапалық көрсеткіштер сомасы екенін түсіну керек.

ДДҰ сарапшыларының пікірінше, медициналық статистикада анықталған бұзылулар мен аурулардың болмауы жеке деңгейде денсаулық деп түсініледі, ал популяциялық деңгейде - өлім-жітім, сырқаттанушылық және мүгедектік деңгейінің төмендеуі, сондай-ақ сезілетін Денсаулық деңгейінің артуы.

ДДҰ пікірінше, қоғамдық денсаулықты Ұлттық қауіпсіздік ресурсы, адамдарға қолайлы, өнімді және сапалы өмір сүруге мүмкіндік беретін құрал ретінде қарастырған жөн. Барлық адамдар денсаулықты қамтамасыз ету үшін қажетті ресурстарға қол жеткізуі тиіс.

Сондықтан қазір тәжірибеде халық денсаулығының тек бір ғана қырын көрсететін терминдер кеңінен қолданыла бастады –«психикалық денсаулық», «репродуктивті денсаулық», «жалпы соматикалық Денсаулық», «экологиялық денсаулық» және т. б. - жеке демографиялық немесе әлеуметтік топтың денсаулығы –«жүкті әйелдердің денсаулығы», «балалар денсаулығы» және т. б.

Бұл терминдерді қолдану «Қоғамдық денсаулық» классикалық анықтамасын түсінуді тарылтса да, олар практикалық қызметте пайдаланылуы мүмкін.

Жеке денсаулықты бағалау үшін бірқатар шартты көрсеткіштер пайдаланылады: денсаулық ресурстары, денсаулық әлеуеті және денсаулық балансы.

Денсаулық ресурстары-бұл ағзаның денсаулық балансын оң жаққа өзгертудің морфофункционалды және психологиялық мүмкіндіктері. Денсаулық ресурстарын арттыру салауатты өмір салтының барлық шараларымен (тамақтану, дене жүктемелері және т.б.) қамтамасыз етіледі.

Денсаулық әлеуеті- бұл индивидуумның сыртқы факторлардың әсеріне барабар әрекет ету қабілеттерінің жиынтығы. Реакциялардың барабарлығы компенсаторлық - бейімдеу жүйелерінің (нерв, эндокриндік және т.б.) жай-күйімен және психикалық өзін-өзі реттеу механизмімен (психологиялық қорғау және т. б.) анықталады.

Денсаулық теңгерімі-денсаулық әлеуеті мен оған әсер ететін факторлар арасындағы тепе-теңдіктің айқын жай-күйі.

Қазіргі уақытта қоғамдық денсаулықтың санын, сапасы мен құрамын объективті көрсететін көрсеткіштер өте аз. Бүкіл әлемде халықтың денсаулығын бағалаудың интегралды көрсеткіштері мен индекстерін іздеу және әзірлеу жүргізіледі. Бұл бірқатар себептерге байланысты.

Біріншіден, денсаулық туралы дұрыс жиналған және жақсы талданған статистикалық деректер сауықтыру іс-шараларын мемлекеттік және өңірлік жоспарлау, Денсаулық сақтау органдары мен мекемелері жұмысының ұйымдастырушылық нысандары мен әдістерін әзірлеу, сондай-ақ олардың халық денсаулығын сақтау және нығайту жөніндегі қызметінің тиімділігін бақылау үшін негіз болып табылады.

Екіншіден, интегралдық көрсеткіштер мен халық денсаулығының индексіне жоғары талаптар қойылады. ДДҰ бұл көрсеткіштер келесі қасиеттерге ие болуы тиіс деп санайды:

1. Деректердің қолжетімділігі. Күрделі арнайы зерттеулер жүргізбестен талап етілетін деректерді алу мүмкіндігі болуы тиіс.
2. Қамту толықтығы. Көрсеткіш ол арналған барлық халықты қамтитын деректерден алынуы тиіс.
3. Сапасы. Ұлттық (немесе аумақтық) деректер уақыт пен кеңістікте көрсеткішке елеулі әсер ететіндей өзгертілмеуге тиіс.
4. Жан-жақтылығы. Көрсеткіш мүмкіндігінше денсаулық деңгейіне әсер ететін факторлар тобын бейнелеуі тиіс.
5. Есептелімділік. Көрсеткіш мүмкіндігінше қарапайым тәсілмен есептелуі тиіс, есептеу қымбат болмауы тиіс.
6. Тиімділігі (интерпретируемость). Көрсеткіш қолайлы болуы тиіс және көрсеткішті есептеу және оны түсіндіру үшін қолайлы әдістер болуы тиіс.

7. Жаңадан өндірілуін. Денсаулық көрсеткішін әр түрлі мамандар қолданған кезде және әр түрлі уақытта нәтижелер бірдей болуы тиіс.

8. Ерекшелігі. Көрсеткіш өзі көрсететін құбылыстарда ғана өзгерістерді көрсетуі тиіс.

9. Сезімталдық. Денсаулық көрсеткіші сәйкес құбылыстардың өзгеруіне сезімтал болуы тиіс.

10. Валитциялық. Көрсеткіш оның өлшемі болып табылатын факторлардың шынайы көрінісі болуы тиіс. Осы фактінің тәуелсіз және сыртқы дәлелдемелерінің кейбір нысаны жасалуы тиіс.

11. Репрезентативтілік. Басқару мақсаттары үшін бөлінген халықтың жекелеген жас-жыныстық және басқа да контингенттерінің денсаулығына өзгерістерді көрсеткен кезде көрсеткіш өкілді болуға тиіс.

12. Әлемдік. Көрсеткіш есепке алынатын аурулар, олардың кезеңдері мен салдарлары үшін халықтың зерделенетін жиынтығында бөлінетін әртүрлі иерархиялық деңгейлер үшін бірыңғай қағидат бойынша құрастырылуы тиіс. Құрамдас компоненттер бойынша оның біріздендірілген оралуы және өрістету мүмкіндігі болуы тиіс.

13. Мақсатты жағдайы. Денсаулық көрсеткіші денсаулықты сақтау мен дамыту (жақсарту) мақсаттарын барабар көрсетуі және қоғамды осы мақсаттарға қол жеткізудің неғұрлым тиімді жолдарын іздеуге ынталандыруы тиіс.

Медициналық-әлеуметтік зерттеулерде топтық, өңірлік және қоғамдық денсаулықты сандық бағалау үшін елімізде дәстүрлі түрде мынадай индикаторларды пайдалану қабылданған:

1. Демографиялық көрсеткіштер.
2. Аурушаңдық.
3. Мүгедектік.
4. Физикалық даму.

Қазіргі уақытта көптеген зерттеушілер қоғамдық денсаулыққа кешенді баға беруге (сандық және сапалық) және тіпті оны бағалау үшін арнайы көрсеткіштер әзірлеуге әрекет жасауда.

Мысалы, американдық үндістердің денсаулық жағдайын зерттей отырып, америкалық ғалымдар өлім-жітімнің желілік функциясы болып табылатын және амбулаториялық және стационарлық емге кеткен күндер санын қамтитын индексті шығарды. Содан кейін, бұл индекс аурулардың халықтың әртүрлі топтарына әсерін бағалау үшін модификацияланған.

Американдық зерттеушілердің арасында кең даму алған тағы бір тәсіл бар - денсаулық мәртебесі индексінің моделі. Халықтың денсаулығын интегралдық бағалауға заманауи көзқарас осы модельмен жиі байланыстырады. Бұл модельді құру мақсаты халықтың ауру - өлім-жітімінің жалпыланған индекстерін әзірлеуде де, халықтың денсаулығын сақтау саласындағы әртүрлі бағдарламалардың тиімділігін өлшеудің сандық әдістерін әзірлеуде де болды.

Денсаулық статусының индексі моделінің тұжырымдамасының негізі индивидтің денсаулығын оңтайлы көңіл-күйден ең жоғары ауруға (өлімге) дейінгі мәндерді қабылдайтын кейбір шамалар түрінде жедел денсаулықтың үздіксіз өзгертін жиынтығы ретінде ұсыну болып табылады. Бұл интервал көптеген денсаулық жағдайына бөлінген-интервал бойынша қозғалыс; халықтың денсаулығы-адамдардың денсаулығын сипаттайтын нүктелерді осы интервалда бөлу.

Ең танымал көрсеткіштердің бірі дүниежүзілік даму банкінің сарапшылары денсаулық сақтауға инвестициялардың тиімділігін бағалау үшін 1993 жылғы есепте ұсынған индекс болып табылады. Орыс аудармасында ол «ғаламдық аурулар ауыртпалығы (ҒАА)» ретінде естіледі және аурудың салдарынан белсенді өмірде халықтың жоғалуын сандық анықтайды. ҒАА өлшеу үшін пайдаланылатын бірлік-еңбекке қабілетсіздікке түзетумен өмір сүру жылы (бар көрсеткіш). ҒАА көрсеткішінде қайтыс болған кездегі нақты жас арасындағы, осы жастағы күтілетін өмір сүру ұзақтығы мен мүгедектіктің басталуы нәтижесінде салауатты өмір сүру жылдарының арасындағы айырмашылық ретінде айқындалатын мерзімінен бұрын қайтыс болу нәтижесіндегі шығындар ескеріледі.

ҒАА есебі әр түрлі аурулардың мәнін бағалауға, денсаулық сақтау басымдықтарын негіздеуге және аурусыз өмір сүру жылына арналған шығыстар деңгейі бойынша медициналық іс-шаралардың тиімділігін салыстыруға мүмкіндік береді.

Бірақ модельдерді нақты деректермен толтыру үшін қажетті статистиканың болмауы индекстердің тұрақты есебін жүргізуге мүмкіндік бермейді. Қоғамдық денсаулықтың саны мен сапасын анықтаудағы проблемалар ішінара медицинада жалпы денсаулық және ауру туралы айтуға болмайтындығымен байланысты, ал адамдардың денсаулығы мен ауруы туралы айту керек. Ал бұл адамға тек биологиялық, жануарлар ағзасына ғана емес, биоәлеуметтік адамға жақындауға міндеттейді.

Қазіргі адамның денсаулығы *Homo sapiens* түрінің табиғи эволюциясының нәтижесі болып табылады, онда біртіндеп әлеуметтік факторлар әсер етеді. Олардың өркениет дамуының 10000 жыл ішіндегі рөлі барлық қатынастарда өсті. Адам табиғаттың сыйы ретінде белгілі мағынада денсаулық алады, ол өз ата-бабаларынан табиғи негізді, осы әлемдегі мінез-құлық бағдарламасын мұра етті. Бірақ әлеуметтену процесінде денсаулық деңгейі бір немесе басқа жаққа өзгереді, табиғат заңдары адамға ғана тән ерекше түрде көрінеді.

Биологиялық ешқашан адамда таза табиғи түрде көрінбейді - ол әрқашан әлеуметтік. Адамдағы Әлеуметтік және биологиялық арақатынас мәселесі-бұл табиғатты және оның денсаулық сипатын, оның ауруларын биоәлеуметтік санаттар ретінде түсіндірудің кілті.

Жануарлармен салыстырғанда адам денсаулығы мен аурулары-бұл жаңа, жанама әлеуметтік, сапа.

ДДҰ құжаттарында адамдар денсаулығы-әлеуметтік сапа, осыған байланысты ДДҰ-ның қоғамдық денсаулығын бағалау үшін келесі көрсеткіштерді ұсынады:

1. Жалпы ұлттық өнімді денсаулық сақтауға аудару.
2. Бастапқы медициналық-әлеуметтік көмектің қолжетімділігі.
3. Халықты медициналық көмекпен қамту.
4. Халықты иммундау деңгейі.
5. Жүкті әйелдерді білікті персоналмен тексеру дәрежесі.
6. Балалардың тамақтану жағдайы.
7. Балалар өлімінің деңгейі.
8. Алдағы өмірдің орташа ұзақтығы.
9. Халықтың гигиеналық сауаттылығы.

Қоғамдық денсаулық әлеуметтік, мінез-құлық және биологиялық факторлардың кешенді әсерімен байланысты. Егер әңгіме денсаулықтың әлеуметтік шарттылығы туралы болса, онда өзінің мәні бойынша бірінші дәрежелі, ал кейде оған тәуекелдің әлеуметтік факторларының шешуші әсерін білдіреді.

Денсаулықтың әлеуметтік шарттылығы көптеген медициналық-әлеуметтік зерттеулермен расталады. Мысалы, ерте босану тұрмыс құрмаған әйелдерде 4 есе жиі кездеседі; толық емес отбасылардағы балалардың пневмониямен ауыруы толық емес отбасыларда 4 есе жоғары. Өкпе обырымен сырқаттанушылыққа темекі шегу, экология, тұрғылықты жері және т. б. әсер етеді.

Аурудың тікелей себептеріне қарағанда (вирустар, бактериялар және т.б.) қауіп факторлары жанама әсер етеді, реттеу механизмдерінің тұрақтылығын бұзады, аурулардың пайда болуы мен дамуы үшін қолайсыз фон жасайды. Осылайша, патологиялық процесті дамыту үшін тәуекел факторынан басқа нақты себеп факторының әрекеті де талап етіледі.

Факторлар кешенінің ықпалымен қоғамдық денсаулық көрсеткіштерінің шамасы кеңістікте да, уақыт та айтарлықтай өзгереді, олар халықтың жекелеген жас, жыныстық, әлеуметтік топтарында әртүрлі, аймақтық ерекшеліктері және таралу заңдылықтары бар, яғни өзінің эпидемиологиясы бар.

Бастапқыда эпидемиология тек инфекциялық аурулардың пайда болуы мен таралуының заңдылықтарын қарастырды.

Қазіргі әдебиетте «эпидемиология» түсінігінде жиі аурулардың алдын алу және оңтайлы емдеу бойынша іс-шараларды әзірлеу мақсатында патологиялық процестердің пайда болуы мен таралуының заңдылықтарын зерттейтін ғылымды түсінеді. Эпидемиология адамның денсаулығын қалыптастыруға, әртүрлі аурулардың (инфекциялық және инфекциялық емес) және физиологиялық жай-күйінің таралуына әр түрлі факторлар кешенінің әсерін зерттейді.

Жоғарыда баяндалған пайымдауларды қорыта келе, «Қоғамдық денсаулық эпидемиологиясы» немесе «әлеуметтік эпидемиология» ұғымын тұжырымдауға болады: - бұл «Қоғамдық денсаулық және денсаулық сақтау» пәнінің бөлімі.

Қоғамдық денсаулық эпидемиологиясы (әлеуметтік эпидемиология) мақсаты - қоғамдық денсаулық көрсеткіштерін жақсартуға бағытталған саяси, экономикалық, медициналық-әлеуметтік және ұйымдастырушылық сипаттағы шараларды әзірлеу. Бұдан әрі осы терминді пайдаланған кезде біз оған осы мәнді салатын боламыз.

Қоғамдық денсаулық әдістері

Қоғамдық денсаулық, басқа да ғылыми пәндер сияқты, өзінің зерттеу әдістері бар.

1) статистикалық әдіс қоғамдық ғылымның негізгі әдісі ретінде қоғамдық денсаулық саласында кеңінен қолданылады. Ол халық денсаулығы жағдайында болып жатқан өзгерістерді анықтауға және объективті бағалауға және денсаулық сақтау органдары мен мекемелері қызметінің тиімділігін айқындауға мүмкіндік береді. Бұдан басқа, ол медициналық ғылыми зерттеулерде (гигиеналық, физиологиялық, биохимиялық, клиникалық және т.б.) кеңінен қолданылады.

Сараптамалық бағалау әдісі негізгі міндеті қандай да бір түзету коэффициенттерін жанама жолмен айқындау болып табылатын статистикалық мәліметтерге қосымша болып табылады.

Қоғамдық денсаулық санақ пен эпидемиологиялық әдістерді қолдана отырып, сандық өлшеулерді қолданады. Бұл алдын ала тұжырымдалған заңдылықтар негізінде болжамдарды жүзеге асыруға мүмкіндік береді, мысалы, болашақ тууды, халық санын, өлім-жітімді, онкологиялық аурулардан болатын өлім-жітімді және т. б. болжауға болады.

2) Тарихи әдіс адам тарихының әртүрлі кезеңдерінде Қоғамдық денсаулық пен денсаулық сақтау процестерін зерттеу және талдау негізінде құрылады. Тарихи әдіс-бұл дескриптивті, сипаттау әдісі.

3) Экономикалық зерттеулер әдісі экономиканың денсаулық сақтауға және керісінше, денсаулық сақтаудың қоғам экономикасына әсерін белгілеуге мүмкіндік береді. Денсаулық сақтау экономикасы ел экономикасының құрамдас бөлігі болып табылады. Денсаулық сақтау кез келген елде ауруханалар, емханалар, диспансерлер, институттар, клиникалар және т. б. қамтитын белгілі бір материалдық-техникалық база бар.

Әлеуметтік-экономикалық факторлардың адам денсаулығына әсерін зерттеу үшін экономикалық ғылымдарда қолданылатын әдістер қолданылады. Бұл әдістер денсаулық сақтаудың есеп, жоспарлау, қаржыландыру, денсаулық сақтауды басқару, материалдық ресурстарды ұтымды пайдалану, Денсаулық сақтау органдары мен мекемелерінде еңбекті ғылыми ұйымдастыру сияқты мәселелерін зерттеу және әзірлеу кезінде тікелей қолданылады.

4) Эксперименттік әдіс - бұл жұмыстың жаңа, неғұрлым ұтымды нысандары мен әдістерін іздеу әдісі, медициналық көмектің үлгілерін жасау, озық тәжірибені енгізу, жобаларды тексеру, гипотезалар, тәжірибелік базаларды, медициналық орталықтар мен т. б. құру.

Эксперимент табиғи ғылымдарда ғана емес, сонымен қатар әлеуметтік ғылымдарда да жүргізуге болады, қоғамдық денсаулық эксперимент онымен байланысты әкімшілік заңнамалық қиындықтарға байланысты жиі пайдаланылмайды.

Денсаулық сақтауды ұйымдастыру саласында модельдеу әдісі дамуда, ол эксперименттік тексеру үшін ұйым үлгілерін құрудан тұрады. Эксперименттік әдіспен байланысты эксперименттік аймақтар мен денсаулық сақтау орталықтарына, сондай-ақ

жекелеген проблемалар бойынша эксперименттік бағдарламаларға үлкен сенімді жүктеледі. Эксперименталды аймақтар мен орталықтарды Денсаулық сақтау саласында ғылыми зерттеулер жүргізу бойынша «далалық зертханалар» деп атауға болады. Олар жасалған мақсаттар мен проблемаларға байланысты бұл модельдер көлемі мен ұйымдары бойынша айтарлықтай өзгереді, уақытша немесе тұрақты болады.

5) Бақылау және сұрау әдісі. Бұл деректерді толықтыру және тереңдету үшін арнайы зерттеулер жүргізілуі мүмкін. Мысалы, белгілі бір мамандық адамдарының аурушаңдығы туралы неғұрлым терең деректер алу үшін осы контингенттің медициналық тексерулерінде алынған нәтижелерді пайдаланады. Әлеуметтік - гигиеналық жағдайлардың сырқаттанушылыққа, өлім-жітімге және дене бітімінің дамуына әсер ету сипаты мен дәрежесін анықтау үшін арнайы бағдарлама бойынша жекелеген адамдарды, отбасыларды немесе адамдар топтарын сұрау әдістері (сұхбат, сауалнамалық әдіс) пайдаланылуы мүмкін.

Сауалнама (сұхбат) әдісімен экономикалық, әлеуметтік, демографиялық және т. б. сұрақтар бойынша құнды ақпарат алуға болады.

6) Эпидемиологиялық әдіс. Эпидемиологиялық зерттеу әдістері арасында эпидемиологиялық талдау маңызды орын алады эпидемиологиялық талдау осы құбылыстың осы аумақта таралуына ықпал ететін себептерді анықтау және оны оңтайландыру бойынша практикалық ұсыныстар әзірлеу мақсатында эпидемиялық процестің ерекшеліктерін зерттеу әдістерінің жиынтығы болып табылады. Қоғамдық денсаулық әдістемесі тұрғысынан алғанда, эпидемиология қолданбалы медициналық статистиканы білдіреді, бұл жағдайда негізгі, айтарлықтай дәрежеде ерекше әдіс ретінде әрекет етеді.

Үлкен популяцияларда денсаулық сақтаудың әртүрлі салаларында эпидемиологиялық әдістерді пайдалану эпидемиологияның әртүрлі құрауыштарын бөліп көрсетуге мүмкіндік береді: клиникалық эпидемия, экологиялық эпидемия, инфекциялық емес аурулардың эпидемиологиясы, жұқпалы аурулардың эпидемиологиясы және т. б.

Клиникалық эпидемиология аурудың клиникалық ағымын зерттеу негізінде қатаң ғылыми әдістерді қолдана отырып, ұқсас жағдайларда әрбір нақты пациент үшін болжам жасауға мүмкіндік беретін дәлелді медицинаның негізі болып табылады. Клиникалық эпидемиологияның мақсаты-бұрын жіберілген қателіктердің әсерін болдырмай, объективті қорытынды жасауға мүмкіндік беретін клиникалық бақылаудың осындай әдістерін әзірлеу және қолдану.

Инфекциялық емес аурулардың эпидемиологиясы осы аурулардың алдын алу шараларын әзірлеу және таралу деңгейін төмендету мақсатында инфекциялық емес аурулардың пайда болу себептері мен жиілігін зерттейді.

Жұқпалы аурулар эпидемиологиясы эпидемиялық процестің заңдылықтарын, осы аурулармен күресу шараларын әзірлеу, олардың алдын алу және жою мақсатында жұқпалы аурулардың пайда болу және таралу себептерін зерттейді. Қоғамдық денсаулық туралы айтатын болсақ, эпидемиологияда қоғамдық денсаулық көрсеткіштерін көрсетеді.

Қоғамдық денсаулық саласындағы түрлі проблемаларды зерттеу үшін зерттеудің барлық көрсетілген әдістерін қолдану қажет. Олар тек өз бетінше ғана емес, сонымен қатар әлеуметтік-гигиеналық зерттеулер нәтижелерінің дәйектілігі мен дәлелдемелеріне қол жеткізуге болатын әртүрлі үйлесімдерінде де пайдаланылуы мүмкін.

Қоғамдық денсаулық сақтаудың басты мақсаты денсаулық сақтаудың тиімді қоғамдық қызметін құру болып табылады, сондықтан ол үшін денсаулық сақтау органдары мен мекемелерінің жұмысын жетілдіруге, медицина қызметкерлерінің еңбегін ғылыми ұйымдастырумен және т. б. байланысты зерттеулер ерекше маңызға ие. Мұндай зерттеулердің тақырыптары: халықтың медициналық көмекке қажеттілігінің сипаты мен көлемін бағалау; осы қажеттіліктерді айқындайтын әртүрлі факторлардың әсерін зерттеу; қолданыстағы денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігін бағалау; оны жақсарту жолдары мен құралдарын әзірлеу; халықты медициналық көмекпен қамтамасыз ету болжамдарын жасау болуы мүмкін.

Тақырып бойынша бақылау сұрақтары:

1. Қоғамдық денсаулық және денсаулық сақтауға анықтама беріңіз.
2. Медицинаның «қоғамдық», «әлеуметтік» сипаты қай уақыттан бастап пайда бола бастады?
3. Денсаулықтың компонентері.
4. Денсаулықтың деңгейлері.
5. Пәннің негізгі бөлімдері.

Тақырып №2. Қоғамдық денсаулықты зерттеу әдістемесі. Демографияның медициналық-әлеуметтік аспектілері

Халық денсаулығын жақсартуда мемлекеттік стратегияны әзірлеу, Федералдық, өңірлік және муниципалдық деңгейлерде Денсаулық сақтау жүйесін басқару үшін қабылданатын шешімдердің негізділігі мен тиімділігі көп жағдайда денсаулық жағдайын және денсаулық сақтау жүйесінің қызметін сипаттайтын деректердің толықтығы мен дұрыстығына байланысты. Бұл ақпаратты алу үшін мемлекеттік статистика деректерін де, сондай-ақ арнайы жүргізілетін іріктеу зерттеулер де пайдаланылады. Бұл мәліметтер халық денсаулығының жай-күйіне және денсаулық сақтау жүйесінің қызметіне мониторинг жасау үшін қажет.

Денсаулық және денсаулық сақтау мониторингі — система наблюдения, включающая в себя сбор, систематизацию данных, анализ на их основе текущей ситуации, разработку прогнозов для выбора приоритетов и принятия управленческих решений с целью сохранения и улучшения здоровья населения.

Мұндай ақпараттық жүйені құру, сондай-ақ қоғамдық денсаулық, тұтастай алғанда денсаулық сақтау қызметі мен жекелеген медициналық мекемелердің қызметін зерттеу процесінде, атап айтқанда, негізгі төрт кезеңді бөліп көрсетеді:

- бірінші кезең-зерттеу дизайнын әзірлеу;
- екінші кезең-ақпарат жинау және деректер базасын қалыптастыру;
- үшінші кезең-деректерді өңдеу, талдау және визуализациялау;
- төртінші кезең - басқарушылық шешімдерді әзірлеу, оларды тәжірибеге енгізу және тиімділікті бағалау.

Барлық осы кезеңдерде деректерді жинау, өңдеу және талдаудың заманауи технологиялары қолданылады. Осы міндеттерді шешуде медициналық статистикаға басты рөл беріледі.

Зерттеу дизайнын әзірлеу

Бірінші кезеңде дизайн мұқият өңделеді (ағылш. fesign-шығармашылық ой) болашақ зерттеу.

Ең алдымен зерттеу бағдарламасын әзірлейді. Бағдарлама тақырыпты, зерттеудің мақсаты мен міндеттерін, тұжырымдалған гипотезаларды, зерттеу объектісін анықтауды, бақылау бірліктері мен көлемін, терминдердің глоссарийін, іріктемелі жиынтықты қалыптастырудың статистикалық әдістерінің сипаттамасын, деректерді жинау, сақтау, өңдеу және талдауды, пилоттық зерттеу жүргізу әдістемесін, пайдаланылатын статистикалық құралдардың тізбесін қамтиды. Тақырып атауы әдетте зерттеу мақсатына сәйкес келетін бір сөйлеммен қалыптасады.

Зерттеудің мақсаты-қызметтің нәтижесін және белгілі бір құралдардың көмегімен оған қол жеткізу жолдарын ой елегінен өткізу. Әдетте, медициналық-әлеуметтік зерттеудің мақсаты теориялық (танымдық), практикалық (қолданбалы) сипатта емес.

Қойылған мақсаттарды іске асыру үшін мақсаттың мазмұнын ашатын және нақтылайтын зерттеу міндеттерін анықтайды.

Бағдарламаның маңызды құрамдас бөлігі гипотезалар (күтілетін нәтижелер) болып табылады. Гипотезалар нақты статистикалық көрсеткіштерді пайдалана отырып тұжырымдайды. Гипотезаға қойылатын басты талап-оларды зерттеу барысында тексеру мүмкіндігі. Зерттеу нәтижелері ұсынылған гипотезаларды растауы, түзетуі немесе жоққа шығаруы мүмкін.

Материалды жинау басталғанға дейін бақылау объектісі мен бірлігін анықтайды. Медициналық-әлеуметтік зерттеу объектісі деп салыстырмалы біртекті жекелеген объектілерден немесе құбылыстардан — бақылау бірліктерінен тұратын статистикалық жиынтық түсініледі.

Бақылау бірлігі-зерттеуге жататын барлық белгілер берілген статистикалық жиынтықтың бастапқы элементі.

Зерттеуді дайындаудың келесі маңызды операциясы жұмыс жоспарын әзірлеу және бекіту болып табылады. Егер зерттеу бағдарламасы-зерттеушінің идеяларын іске асыратын стратегиялық ой болса, онда жұмыс жоспары (бағдарламаға қосымша ретінде) зерттеуді іске асыру тетігі болып табылады.

Жұмыс жоспары: тікелей орындаушылардың жұмысын іріктеу, оқыту және ұйымдастыру тәртібін; нормативтік-әдістемелік құжаттарды әзірлеуді; зерттеуді ресурстық қамтамасыз етудің қажетті көлемі мен түрлерін (кадрлар, қаржы, материалдық-техникалық, ақпараттық ресурстар және т.б.) айқындауды; зерттеудің жекелеген кезеңдеріне жауапты және мерзімін айқындауды қамтиды. Әдетте, ол желілік кесте түрінде ұсынылады.

Медициналық-әлеуметтік зерттеудің бірінші кезеңінде бақылау бірліктерін іріктеу қандай әдістермен жүзеге асырылатынын анықтайды.

Көлеміне байланысты тұтас және іріктеп зерттеулер бөлінеді. Тұтас зерттеу кезінде бас жиынтықтың барлық бірліктері зерттеледі, ал іріктеп — тек бас жиынтықтың бөлігі (іріктеу) зерттеледі.

Бас жиынтық ретінде бір немесе бір топ белгілермен біріктірілген көптеген сапалы біртекті бақылау бірліктері аталады.

Іріктемелі жиынтық (іріктеме) - бас жиынтықты бақылау бірліктерінің кез келген ішкі жиыны.

Бас жиынтықтың сипаттамасын толық көрсететін іріктемелі жиынтықты қалыптастыру статистикалық зерттеудің маңызды міндеті болып табылады. Іріктемелі деректер бойынша бас жиынтық туралы барлық пікірлер тек репрезентативтік іріктеулер үшін ғана әділ, яғни. сипаттамасы бас жиынтықтың көрсеткіштеріне сәйкес келетін осындай үлгілер үшін.

Іріктеменің репрезентативтілігін нақты қамтамасыз ету кездейсоқ іріктеу тәсілімен, яғни іріктемеге бақылау бірліктерін іріктеуге кепілдік беріледі, бұл ретте бас жиынтықтағы барлық объектілердің іріктелуі бірдей болады. Іріктеудің кездейсоқ еместігін қамтамасыз ету үшін көрсетілген принципті іске асыратын арнайы әзірленген Алгоритмдер немесе кездейсоқ сандар кестелері, немесе компьютерлік бағдарламалардың көптеген пакеттерінде бар кездейсоқ сандар генераторы қолданылады. Бұл тәсілдердің мәні кездейсоқ түрде барлық реттелген бас жиынтықтан таңдау қажет объектілердің нөмірлерін көрсетуден тұрады.

Мысалы, «аймақшалқы» басжиынтығын жасы, тұрғылықты жері, алфавит (тегі, аты, әкесінің аты) және т. б. бойынша реттеуге болады.

Медициналық-әлеуметтік зерттеулерді ұйымдастыру және жүргізу кезінде кездейсоқ іріктеу мен қатар іріктемелі жиынтықты қалыптастырудың мынадай тәсілдерін қолданады:

- механикалық (жүйелі) іріктеу;
- типологиялық (стратифицирленген) іріктеу;
- сериялықіріктеу;
- көпсатылы (скринингтік) іріктеу;
- когорттық әдіс;
- «копи-жүп» әдісі.

Механикалық (жүйелі) іріктеу реттелген басжиынтықты бақылау бірліктерін іріктеуге механикалық тәсіл көмегімен іріктеуді қалыптастыруға мүмкіндік береді. Бұл ретте іріктемелі және басжиынтық көлемдерінің арақатынасын анықтау және сол арқылы іріктеудің пропорциясын белгілеу қажет.

Мысалы, емдеуге жатқызылған науқастардың құрылымын зерттеу мақсатында стационардан шыққан барлық пациенттердің 20% - ыіріктеме қалыптасады. Бұл жағдайдан өмірлері бойынша реттелген барлық « стационарлық науқастың медициналық карталарының» (003/унысаны) ішінен әрбір бесінші картаны таңдап алу керек.

Типологиялық (стратифтелген) іріктеу басжиынтықты типологиялық топтарға (страталарға) бөлуді көздейді.

Медициналық-әлеуметтік зерттеулер жүргізу кезінде типологиялық топтар ретінде жас-жыныстық, әлеуметтік, кәсібитоптар, жекелеген елді мекендер, сондай-ақ қалажәне ауыл

халқы қабылданады. Бұл ретте әрбір топтан бақылау бірліктерінің санын іріктеуге кездейсоқ немесе механикалық тәсілмен топтың санына пропорционалды түрде іріктейді. Мысалы, қауіп факторларының себеп-салдарлық байланыстарын және халықтың онкологиялық сырқаттанушылығын зерттеу кезінде зерттелетін топты жасы, жынысы, кәсібі, әлеуметтік мәртебесі бойынша кіші топтарға алдын ала бөліп, одан кейін әрбір кіші топтан бақылау бірліктерінің қажетті санын іріктеп алады.

Сериялық іріктеумен іріктеуді жекелеген бақылау бірліктерінен емес, тұтас сериялардан немесе топтардан (муниципалдық құрылымдар, денсаулық сақтау мекемелері, мектептер, балабақшалар және т.б.) қалыптастырады.

Серияларды іріктеу кездейсоқ немесе механикалық таңдау арқылы жүзеге асырылады. Әрбір серияның ішінде барлық бақылау бірліктерін зерттейді. Мұндай әдіс, мысалы, балаларды иммундаудың тиімділігін бағалау үшін пайдаланылуы мүмкін.

Көпсатылы (скринингтік) іріктеу іріктеуді кезең-кезеңмен қалыптастыруды көздейді. Мысалы, муниципалдық білім беру аумағында тұратын әйелдердің репродуктивті денсаулығын зерттеу кезінде бірінші кезеңде негізгі скринингтік тестілер көмегімен тексерілетін жұмыс істейтін әйелдерді іріктейді. Екінші кезеңде балалары бар әйелдерді мамандандырылған тексеру жүргізіледі, үшінші кезеңде — туа біткен даму кемістігі бар балалары бар әйелдерді тереңдетілген мамандандырылған тексеру жүргізіледі. Бұл жағдайда белгілі бір белгі бойынша мақсатты іріктеуге муниципалдық білім беру аумағында зерттелетін белгіні тасымалдаушы барлық объектілер түседі.

Когорттық әдіс белгілі бір демографиялық оқиғаның басталуына бір уақыт аралығына біріккен адамдардың бір текті топтарына қатысты статистикалық жиынтықты зерттеу үшін қолданылады. Мысалы, туу проблемасына байланысты мәселелерді зерттеу кезінде туудың бірыңғай датасының белгісі бойынша (ұрпақ бойынша тууды зерттеу) немесе некеге тұрудың бірыңғай жас белгісі бойынша (отбасы өмірінің ұзақтығы бойынша тууды зерттеу) біртекті жиынтықты (когортты) қалыптастырады.

«Копи-пара» әдісі зерттелетін объектінің бір немесе бірнеше белгілері бойынша («копи-бу») жақын тобының әрбір бақылау бірлігі үшін іріктеуді көздейді. Мысалы, сәби өлімінің деңгейіне дене салмағымен баланың жынысы сияқты факторлар әсер ететіні белгілі. Осы әдісті пайдалану кезінде 1 жасқа дейінгі бала өлімінің әрбір жағдайы үшін 1 жасқа дейінгі өмір сүретін балалар қатарынан жасымен дене салмағына ұқсас сол жыныстағы «копи-жұп» іріктейді. Іріктеудің мұндай тәсілін әлеуметтік маңызы бар аурулардың даму қауіп факторларын, өлімнің жекелеген себептерін зерттеу үшін қолданған жөн.

Зерттеудің бірінші кезеңінде статистикалық құралдарды (карталар, сауалнамалар, кестелердің макеттері, кіріс ақпаратты бақылаудың компьютерлік бағдарламалары, ақпараттық деректер базасын қалыптастыру және өңдеу және т.б.) әзірлейді (дайын пайдаланылған) және көбейтеді, оған зерттелетін ақпарат енгізіледі.

Қоғамдық денсаулықты және денсаулық сақтау жүйесінің қызметін зерделеуде көбінесе арнайы сауалнамаларды (сауалнамаларды) қолдан аотырып, әлеуметтік зерттеулерді пайдаланады. *Медициналық-әлеуметтік зерттеуге арналған сауалнамалар (сауалнамалар)* мақсатты, бағдарланған сипатта болуы, оларда тіркелетін деректердің сенімділігін, шынайылығын және репрезентативтілігін қамтамасыз етуі тиіс. Сауалнамалармен сұхбат бағдарламаларын әзірлеу барысында мынадай ережелерді сақтау қажет: сауалнаманың қажетті ақпаратты жинау, өңдеу және алу үшін жарамдылығы; сәтсіз мәселелерді жою және тиісті түзетулер енгізу мақсатында сауалнаманы қайта қарау мүмкіндігі (кодтар жүйесін бұзбай); жүргізілетін зерттеудің мақсаттары мен міндеттерін түсіндіру; түрлі қосымша түсіндірулердің қажеттілігін болдырмайтын мәселелердің нақты тұжырымдалуы; көптеген мәселелердің тіркелген сипаты.

Ашық, жабық және жартылай жабық – сұрақтардың түрлі түрлерін таңдау және үйлестіру:

- алынған ақпараттың дәлдігін, толықтығын және сенімділігін едәуір дәрежеде арттыруға мүмкіндік береді. Сауалнаманың сапасы және оның нәтижелері сауалнаманы құрастыру,

оның графикалық ресімделуі бойынша негізгі талаптардың сақталмауына байланысты. Сауалнаманы құрудың келесі негізгі ережелері бар:

- сауалнамада сауалнамалық сауалнаманы жүргізбей, басқа жолмен алуға болмайтын зерттеудің негізгі міндеттерін шешу үшін қажетті ақпаратты алуға көмектесетін ең маңызды сұрақтар ғана қамтылады.;

- сұрақтардың тұжырымдалуы және ондағы барлық сөздер респондентке түсінікті болуы және оның білімі мен білім деңгейіне сәйкес келуі тиіс;

- сауалнамада оларға жауап беруге ниеттенбеуі тиіс. Барлық сұрақтар сұралушының оң реакциясын және толық және шынайы ақпарат беруге тілек тудыруға ұмтылу керек;

- мәселелерді ұйымдастыру және реттілігі зерттеуге қойылған мақсаттарға жету және міндеттерді шешу үшін ең қажетті ақпаратты алуға бағынуы тиіс.

Арнайы сауалнамалар (сауалнамалар) сол немесе басқа аурулары бар наукастардың өмір сүру сапасын, оларды емдеудің тиімділігін бағалау үшін кеңінен қолданылады. Олар салыстырмалы түрде болған пациенттердің өмір сүру сапасындағы өзгерістерді ұстауға мүмкіндік береді, қысқа уақыт аралығы (әдетте 2-4 апта). Көптеген арнайы сауалнамалар бар, мысалы бронх демікпесі үшін aqlq (Asthma Quality of Life Questionnaire) және aq-20 (20-Item Asthma Questionnaire), миокард инфарктімен және т.б. ауыратындар үшін QLM1 (Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire). сауалнамаларды әзірлеу және оларды әртүрлі тілдік және экономикалық формацияларға бейімдеу жөніндегі жұмыстарды үйлестіруді өмір сапасын зерделеу жөніндегі халықаралық коммерциялық емес ұйым жүргізеді. *maré* институты(Франция). Статистикалық зерттеудің бірінші кезеңінде кейін алынған мәліметтермен толтырылатын кестелердің макеттерін құру қажет.

Кестелерде грамматикалық сөйлемдер сияқты тақырыпты ажыратады, яғни ең бастысы, кестеде айтылатын және предикат, яғни тақырыпты сипаттайды. *Тақырып* — бұл зерттелетін құбылыстың негізгі белгісі — әдетте кестенің көлденең жолдары бойынша сол жақта орналасады. Предикат-белгілер, тақырыпты сипаттайтын, әдетте кестенің тік бағандары бойынша жоғарыдан орналасады.

Кестені жасау кезінде белгілі бір талаптарды сақтайды:

- кестеде оның мәнін көрсететін нақты, қысқаша атауы болуы тиіс;

- кестені ресімдеу бағандар мен жолдар бойынша қорытындылармен аяқталады;

- кестеде бос жасушалар болмауы тиіс (егер белгі болмаса, сызықша қойылады).

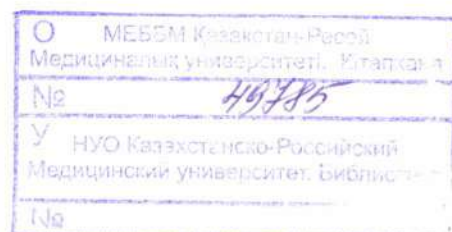
Кестелердің қарапайым, топтық және комбинациялық (күрделі) түрлері бар.

Қарапайым кестені тек бір белгі бойынша деректердің қорытынды мәліметтері ұсынылған кесте деп атайды (кесте. 1.1).

1.1-кесте. Кесте бос түр. Балаларды денсаулық топтары бойынша бөлу, қорытындыға %

Денсаулық тобы	Үлес салмағы, %
I	
II	
III	
IV	
V	
Қорытынды	

Топтық кестеде пән өзара байланысы жоқ бірнеше предикатпен сипатталады (кесте. 1.2).



1.2-кесте. Топтық кесте макеті. Балаларды Денсаулық топтарына, жынысы мен жасына қарай бөлу, қорытындыға %

Денсаулық тобы	Жынысы		Жасы, жылы			
	Е	Ә	0-3	4-6	7-10	11-17
I						
II						
III						
IV						
V						
Қорытынды						

Комбинациялық кестеде жататынын сипаттайтын белгілер өзара байланысты (кесте. 1.3).

1.3-кесте. Комбинациялық кестенің макеті. Балаларды Денсаулық топтарына, жасына және жынысына қарай бөлу, қорытындыға %

Денсаулық тобы	Жасы, жылы														
	0-3			4-6			7-10			11-17			Қорытынды		
	Жынысы														
	Е	Ә	Қорытынды	Е	Ә	Қорытынды	Е	Ә	Қорытынды	Е	Ә	Қорытынды	Е	Ә	Қорытынды
I															
II															
III															
IV															
V															
Қорытынды															

Дайындық кезеңінде пилоттық зерттеу маңызды орын алады, оның міндеті статистикалық құралдарды сынақтан өткізу, деректерді жинау мен өңдеудің әзірленген әдістемесінің дұрыстығын тексеру болып табылады. Ең сәтті болып бастапқы зерттеу ұсынылады, ол кішірейтілген ауқымда негізгі қайталайды, яғни жұмыстың барлық алдағы кезеңдерін тексеруге мүмкіндік береді.

Пилотаж кезінде алынған деректерді алдын ала талдау нәтижелері бойынша статистикалық құралдарды, ақпаратты жинау және өңдеу әдістемесін түзету жүргізіледі.

Ақпарат жинау және деректер базасын қалыптастыру

Халықтың денсаулық жағдайы, денсаулық сақтау мекемелерінің медициналық және экономикалық қызметі туралы ақпараттың негізгі көздері болып табылады.:

- мемлекеттік және ведомстволық статистикалық байқаудың деректері;
- арнайы жүргізілетін іріктеп зерттеулердің деректері;
- денсаулық сақтауды басқару органдарының, міндетті медициналық сақтандырудың

аумақтық қорларының (ММС), сақтандыру медициналық ұйымдарының электрондық дербестендірілген деректер базасы.

Жиналған ақпарат массивінде физикалық тасығыштарда (қағаз, магниттік, оптикалық) тіркелетін, есептеу техникасы құралдарын және байланыс арналарын пайдалана отырып өңделетін және беретін сөздермен, сандармен және символдармен ұсынылған деректер болады. Электрондық тасымалдауыштарда құрылымдалған және сақталатын мұндай деректер массиві арнайы бағдарламалық қамтамасыз ету — деректер қорын басқару жүйесі (ДБЖ) көмегімен басқарылатын деректер базасы деп аталады. Бұл жүйе арқылы ақпаратты шығарып, жанартуға, басқа да қолданбалы бағдарламалармен және т. б. әрекеттесуге болады. Қазіргі уақытта қолданылатын бағдарламалық қамтамасыз ету тізімі ДҚБЖ функцияларын

орындау үшін жеткілікті кең: қарапайым ДҚБЖ-дан (Access, dBase, Paradox, FoxPro) қуатты, жоғары өнімді (Oracle, Informix, Sybase, DB2, biterbase, Progress) дейін. Деректерді енгізу және деректер базасын қалыптастыру процесінде жиналған статистикалық материалдың сапасын арнайы әзірленген бағдарламалық сүзгілердің көмегімен бағалайды. Осының бәрі материалды жинауға мүмкіндік береді, ол сенімді статистикалық көрсеткіштерді алудың және олардың кейінгі талдауының негізі болып табылады.

Деректерді өңдеу, талдау және визуализациялау

Қазіргі уақытта халықтың денсаулығын зерттеуге, сондай-ақ денсаулық сақтау жүйесінің қызметін талдауға байланысты зерттеулерде заманауи компьютерлер мен бағдарламалық құралдарды қолдана отырып, деректерді өңдеудің әртүрлі математикалық-статистикалық әдістері кеңінен қолданылады.

Деректерді өңдеу-математикалық статистика әдістерін пайдалана отырып, деректерді дайындау, топтастыру, есептеу және көрсеткіштерді талдау процесі. Деректерді компьютерлік өңдеу белгілі бір бағдарламалық құралдардың көмегімен деректерді математикалық түрлендіруді көздейді. Бұл үшін деректерді өңдеудің математикалық әдістері туралы да, тиісті бағдарламалық құралдар туралы да түсінік болуы қажет.

Кешенді медициналық - әлеуметтік зерттеулерді жүргізудің қалыптасқан тәжірибесі мен жеке тәжірибесіне сүйене отырып, компьютерлік бағдарламалар пакеттерін пайдалана отырып, деректерді өңдеудің келесі тізбекті кезеңдерін (деректер базасында сақталатын) бөледі.

Деректерді дайындау деректерді алдын ала өңдеу, визуализациялау және зерттелетін материалдың құрылымы мен сапасы туралы тұтас түсінік қалыптастыру үшін арнайы компьютерлік бағдарламаға беруді қамтиды.

Деректерді өңдеу кезеңіндегі маңызды қадам оларды топтастыру болып табылады. Деректерді топтастыру деп статистикалық жиынтықты бір (қарапайым топтастыру) немесе бірнеше (аралас топтастыру) белгілер бойынша біртекті топтарға бөлуді түсінеді. Топтау қатарлар тікелей бақылау бірліктерінен тұрғызылған кезде бастапқы және топтарды бұрын топтастырылған материал негізінде ірілендіретін екіншілік болуы мүмкін.

Медициналық-әлеуметтік зерттеулерде әртүрлі топтарды пайдаланады: әлеуметтік - демографиялық (жынысы, жасы, неке жағдайы, ұлттық құрамы); климаттық-географиялық (жыл маусымы, тұрғылықты жері және т.б.); әлеуметтік-экономикалық белгілері (кәсібі, білімі, табысы және т. б.); Денсаулық сипаттамасы (аурулар, мүгедектік, өлім себептері және т. б.); мекеме типтері (емхана, аурухана және т. б.).

Халықты жасы бойынша топтастыру үшін әдетте бір жылдық, бес жылдық, он жылдық жас аралығы қолданылады.

Бір жылдық интервалдар: 0, 1, 2, п жас (мұнда п — шекті - жүргізілген зерттеуде халықтың бір жылдық жас аралығы бойынша бөлінуі аяқталатын жасы). Бесжылдық интервалдар: 0-4 ; 5-9; 10-44; ...; 55-59, .. жыл.

Онжылдық интервалдар: 0-9; 10-19; 20-29; ...; 60-69; ...жыл.

Кейде ірілендірілген жас аралығы қолданылады:

— 0-15 жастағы ерлер мен әйелдер — еңбекке қабілетті жастан кіші;

- 16-59 жастағы ерлер, 16-54 жастағы әйелдер;

- 60 және одан жоғары жастағы ерлер, 55 және одан жоғары жастағы әйелдер-еңбекке қабілетті жастан жоғары. Балалар мен жасөспірімдер үшін (0-17 жас) Келесі топ қабылданды:

- ерте кезең-0-2 жыл;

— мектепке дейінгі кезең-3-6 жас;

- кіші мектеп кезеңі-7-10 жыл;

- орта мектеп кезеңі-11-14 жас;

- жасөспірімдер кезеңі-15-17 жас.

Материалды топтастыру кезінде жас аралығын жазу маңызды. Мысалы, жазба: 3 -6 жыл 3-тен 7 жылға дейінгі жазбаға ұқсас, яғни (-) белгісі қоса алғанда белгіленеді. Бұл

топқа 3 жастан 6 жасқа дейінгі 11 ай 29 күн (қоса алғанда) барлық балалар енгізіледі және келесі топтар 7 жастан басталуы тиіс.

Статистикалық көрсеткіштерді есептеу. Халықтың денсаулығын және денсаулық сақтау жүйесінің қызметін талдау үшін статистикалық жиынтықтарды зерттеудегі маңызды кезең статистикалық көрсеткіштердің кейбір жиынтығын есептеу болып табылады.

Статистикалық көрсеткіш-жиынтықтың көптеген сандық сипаттамаларының бірі, зерттелетін құбылыстың ішкі мәнінің сандық көрінісі.

Жиынтық бірліктердің қамтылуына байланысты көрсеткіштер жеке объектіні сипаттайтын жеке және объектілер тобын сипаттайтын жиынтық болып бөлінеді. Сонымен қатар статистикалық көрсеткіштерді абсолюттік, салыстырмалы, орта, интегралдық деп жіктеуге болады.

Абсолюттік статистикалық көрсеткіштер белгілі өлшеммен және өлшем бірлігімен сипатталады. Абсолюттік көрсеткіштердің мысалы халық саны, ауруханалық немесе амбулаторлық-емханалық мекемелер (АЕМ) және т. б. жұмыс істейтін дәрігерлердің саны туралы деректер болып табылады.

Статистикалық деректерді талдай отырып, уақыт пен кеңістіктегі құбылыстарды салыстыра отырып, олардың өзгеруі мен дамуының заңдылықтарын зерттеу қажет. Абсолюттік шамалардың көмегімен бұл есептер орындалмайды. Бұл жағдайларда салыстырмалы шамалар қолданылады.

Салыстырмалы статистикалық көрсеткіштер құбылыстар арасындағы сандық қатынастарды объективті түрде көрсетеді. Халықтың денсаулығын және денсаулық сақтау жүйесінің қызметін талдау үшін салыстырмалы көрсеткіштердің мынадай топтары бөлінеді:-

- экстенсивті көрсеткіштер;
- қарқынды көрсеткіштер;
- көрсеткіштер арақатынасын;
- көрнекілік көрсеткіштері.

Экстенсивті көрсеткіштер (бөлу көрсеткіштері) құбылыстың ішкі құрылымын, оның құрамдас бөліктерге бөлінуін, жалпы әрбір бөліктің үлес салмағын көрсетеді және пайызбен көрсетіледі. Бұл көрсеткіштер уақыттың әр түрлі кезеңдерінде бір жиынтықтың құрылымын салыстыруға, динамикадағы құрылымдық өзгерістердің үрдістері мен заңдылықтары туралы қорытынды жасауға мүмкіндік береді. Экстенсивтік көрсеткіштерге аурудың, мүгедектіктің, өлім-жітімнің, төсек қорының, дәрігерлік мамандықтардың және т. б. құрылымы жатады.

Экстенсивті көрсеткіштер мынадай формула бойынша есептеледі:

Экстенсивті көрсеткіштердің тән ерекшелігі олардың өзара байланысы болып табылады, ол қозғалыстардың белгілі автоматизмін тудырады, өйткені олардың сомасы әрқашан 100% құрайды. Мысалы, ауру құрылымын зерттеу кезінде қандай да бір жеке аурудың үлес салмағы бірқатар себептер бойынша өсуі мүмкін:

- оның шынайы өсуі кезінде;
- осы аурудың бір деңгейінде, бірақ сол кезеңде басқа аурулар деңгейінің төмендеуі кезінде;
- басқа аурулар деңгейінің төмендеуінің жоғары қарқыны аясында осы ауру деңгейінің төмендеуі кезінде.

Сондықтан экстенсивті көрсеткіштер негізінде зерттелетін құбылыстың жиілігін және оның уақыт динамикасын айтуға болмайды. Бұл мақсат үшін құбылыстар болатын ортаның санын білу және қарқынды көрсеткіштерді есептеу қажет.

Қарқынды көрсеткіштер (жиілік, таралу көрсеткіштері) осы ортамен тікелей байланысты ортада қандай да бір құбылыстың деңгейін, таралуын сипаттайды. Бұл көрсеткіштер, әдетте, халықтың денсаулығын талдау үшін есептеледі, онда орта ретінде халық санын алады, ал құбылыс ретінде — туу, аурулар, өлім және т. б. саны есептеледі және пайызбен (%), промилле (‰), децимилле (‱) сантимилле (‰‰)- қарқынды көрсеткіштерге сықаттанушылық, туу, халықтың өлім-жітімі және т. б. көрсеткіштер

жатады. Бұл көрсеткіштерді әр түрлі әкімшілік аумақтарда, халық топтарында салыстыруға, қазіргі уақытта немесе динамикада бақылауға болады. Көрсеткіштің негізі 100, 1000, 10 000, 100 000 және т.б. сандар болуы мүмкін. Мысалы, өлім — жітім 100 - ге, өлім-жітім 1000-ға, ана өлім-жітім-100 000-ға, басқа негізді пайдалану қате болмаса да.

Қарқынды көрсеткіштер мынадай формула бойынша есептеледі: барлық халық, қала, аудан және т.б. қатысты ауруханалық өлім көрсеткіші стационардан шыққан барлық науқастарға есептелген. Бұл көрсеткіштер құбылыстың немесе процестің динамикасын жалпы түрде бағалауға мүмкіндік береді.

Құбылыстарды тереңдетіп және саралап талдау үшін арнайы қарқынды көрсеткіштерді пайдалану қажет. Арнайы көрсеткіштердің ерекшелігі топтаманы нақтылау болып табылады. Мысалы, туудың (өсімталдықтың) арнайы коэффициенттерін есептеу кезінде сәрсенбіде барлық халық емес, тек 15-49 жастағы әйелдер алынады. Немесе басқа мысал: нәрестелер өлімін терең талдау үшін ерте неонаталдық өлім коэффициенті есептеледі (алғашқы 7 тәуліктегі балалардың өлімі, яғни (өмірінің алғашқы 168 сағатында), кеш неонаталдық өлім-жітім коэффициенті (8-28 тәу жастағы балалардың өлім-жітімі) және т. б.

Бұл олардың қарқынды көрсеткіштерден айырмашылығы. Арақатынас көрсеткіштері, әдетте, Денсаулық сақтау жүйесінің қызметін талдау, оны ресурстық қамтамасыз ету үшін есептеледі, онда орта ретінде халық санын алады, ал құбылыс ретінде — дәрігерлер, орта медицина қызметкерлері, ауруханалық төсектер, АПУ-ға бару және т.б. санын алады және пайызбен, промилле, децимилле, сантимилле білдіреді. Арақатынас көрсеткіштеріне халықтың стационарлық, амбулаториялық-емханалық көмекпен, Дәрігерлермен, орта медициналық қызметкерлермен және т. б. қамтамасыз етілуі жатады. Бұл көрсеткіштерді, сондай-ақ қарқынды көрсеткіштерді түрлі әкімшілік аумақтарда салыстыруға, қазіргі уақытта немесе динамикада зерттеуге болады.

Көрнекілік көрсеткіштері салыстырмалы шамалар қатарына қатысты 100 немесе 1 үшін қабылданған бастапқы шамаға алынады. Әдетте, мұндай бастапқы шамаға уақытша қатардың бастапқы немесе кинетикалық мәндері алынады. Шын мәнінде бұл көрсеткіштер уақытша қатарларды талдау үшін қолданылатын негізгі өсу қарқыны болып табылады.

Қарқынды көрсеткіштер жалпы және арнайы болуы мүмкін. Жалпы көрсеткіштер жалпы құбылысты сипаттайды, мысалы бала туудың, өлім-жітімнің, аурушаңдықтың жалпы коэффициенттері

Арақатынас көрсеткіштері осы ортамен тікелей байланысты емес ортадағы қандай да бір құбылыстың деңгейін (таралуын) сипаттайды.

Көрнекілік көрсеткіштері уақыт бойынша зерттелетін құбылыстың өзгеру дәрежесін талдау үшін қолданылады. Олар осы кезеңде салыстыратын көрсеткіштердің қанша пайызға немесе қанша есеге ұлғайғанын немесе азайғанын көрсетеді. Көрнекілік көрсеткіштері орташа шамада кеңінен қолданылатын индекстердің бір түрі болып табылады. Медициналық-элеуметтік зерттеулерде абсолюттік және салыстырмалы мәндермен қатар *орташа* шамаларды кеңінен пайдаланады, олар бақылаулардың барлық қатарын бір санмен сипаттайды. Орташа шама жеке бақылаулардың сол немесе басқа жаққа кездейсоқ ауытқуларын бәсеңдетеді және құбылыстың негізгі, типтік қасиетін сипаттайды.

Дәрігердің практикалық қызметінде орташа шамалар, мысалы, халықтың физикалық денсаулығын сипаттау үшін қолданылады (бойы, дене салмағы, кеуде шеңбері, спирометрия, динамометрия деректері, қалыпты күш және т.б.). Бұл көрсеткіштерді есептеу және оларды өңірлік стандарттар түрінде пайдалану халықтың, әсіресе балалардың, спортшылардың, әскери қызметшілердің, сондай-ақ диспансерлік есепте тұрған адамдардың денсаулығын талдау үшін практикалық маңызы зор. Бұдан басқа, орташа шамалар Денсаулық сақтау ұйымдарының медициналық қызметінің түрлі жақтарын талдау үшін кеңінен қолданылады. Мысалы, ауруханалық көмекті талдау кезінде науқастың төсекте болуының орташа ұзақтығы, бір жылғы төсектің жұмыспен қамтылу күндерінің орташа саны, рентгенологиялық зерттеулердің орташа саны, зертханалық талдаулар, бір емделген науқасқа физиотерапевтік емшаралар және т. б. сияқты көрсеткіштерді қолданады. Орташа шамада

әдетте персоналдың жүктемесі, көрсеткіштерін білдіреді (АЕМ қабылдаудағы дәрігердің орташа сағаттық жүктемесі, дәрігердің немесе орта медициналық персоналдың бір лауазымына төсектердің орташа саны).

Орташа шамаларды есептеу үшін мынадай шарттарды сақтау қажет:

- орташа шамалар сапалы біртекті статистикалық топтардың негізінде есептелуі тиіс;
- орташа шамалар көп бақылау саны бар жиынтықтарда есептеледі.

Медициналық-әлеуметтік зерттеулерде орташа шамалардың мынадай түрлерін пайдаланады: орташа арифметикалық, орташа арифметикалық өлшенген, орташа гармоникалық өлшенген, орташа геометриялық өлшелмеген, орташа геометриялық өлшенген, орташа квадраттық өлшелмеген, орташа квадраттық өлшенген.

Орташа шамаларға, сондай-ақ модаға кездейсоқ шаманың таралу ортасы ретінде ең типтік мән және медианаға жатады.

Интегралдық көрсеткіштер (ИК) халықтың денсаулық жағдайын кешенді бағалау және оны болжау үшін әзірленеді.

Интегралдық көрсеткіш (ИК) - жекелеген тәуелсіз де, өзара байланысты де факторлардың жиынтық әсерін ескеретін қорытынды көрсеткіш.

Халықтың денсаулығы ИК әзірлеу үшін мемлекеттік статистиканың және дербестендірілген деректер қорының деректері пайдаланылуы мүмкін: медициналық-демографиялық процестердің, сырқаттанушылықтың, мүгедектіктің, физикалық дамудың және т. б. көрсеткіштері.

ИК математикалық модельдерді құру негізінде әзірленеді, олар сызықтық және сызықты емес болып бөлінеді, бір параметрикалық және көппараметрикалық болуы мүмкін.

ИК жекелеген әкімшілік аумақтардағы халықтың денсаулығына салыстырмалы талдау жүргізу, сондай-ақ болжамдар құру үшін пайдаланады. Бұдан басқа, ИК халықтың денсаулығы мен тіршілік ету ортасының ластануы көрсеткіштерінің себеп-салдарлық байланыстарын талдау үшін, денсаулық сақтау жүйесінің қызметін бағалау үшін, сондай-ақ халықтың сырқаттануы, мүгедектігі және уақытынан бұрын қайтыс болуы салдарынан әлеуметтік және экономикалық залалды айқындау үшін пайдаланылуы мүмкін.

Стандартталған коэффициенттер. Өлім-жітімнің, туудың жалпы көрсеткіштері көбінесе жас және жыныстық құрамы бойынша бірдей емес жиынтықтарда салыстырылады. Бұл ретте, көрсеткіштер мәндеріндегі анықталған айырмашылықтар оларды тікелей қалыптастыратын (әлеуметтік-экономикалық, экологиялық-гигиеналық, медициналық-ұйымдастырушылық және т.б.) тәуекел факторларымен емес, халықтың жас-жыныстық құрылымымен айқындалады деп ойламастан. Өртүрлі әкімшілік аумақтарда тұратын халықтың өлім-жітімінің жалпы коэффициенттерін салыстырмалы талдау кезінде мұнымен жиі кездеседі.

Стандартталған коэффициенттерді есептеудің тура, жанама және кері әдістері бар.

Практикада, егер халықтың жас құрамы белгілі болса және өлім-жітімнің (туудың) жас коэффициенттерін есептеу үшін деректер болған жағдайда қолданылатын стандарттаудың тікелей әдісі кеңінен таралған. Бұл әдіс үш кезеңнен тұрады.

Бірінші кезең: әр жас тобы үшін өлім-жітімнің (туудың) жас коэффициенттерін есептеу.

Екінші кезең: халықтың жас құрамының стандартын таңдау. Стандарт (салыстыру базасы) ретінде кез келген аумақ халқының жас құрылымын, атап айтқанда салыстыратындардың бірі деп есептеуге болады.

Үшінші кезең: стандартталған коэффициенттерді есептеу. Стандарттаудың жанама және кері әдістері қайтыс болғандардың (туғандардың) жас құрамы туралы немесе халықтың жас құрылымы туралы ақпарат болмаған кезде қолданылады. Қазіргі уақытта бұл әдістер аз талап етілген, өйткені қазіргі қоғамда стандарттаудың тікелей әдісін пайдалану үшін деректерді алуға жеткілікті кең қол жетімділік бар.

Абсолютті, салыстырмалы, орташа, интегралды және стандартталған көрсеткіштерді есептеу мысалдары практикалық сабақтарда қарастырылады.

Деректерді статистикалық талдау үшін әртүрлі математикалық-статистикалық әдістерді қолданады: іріктеп әдіс және үлестіру параметрлерінің опенуі, статистикалық гипотезаларды тексеру, корреляциялық-регрессиялық талдау, дисперсиялық талдау, уақытша қатарларды талдау, өміршеңдікті талдау және т.б. қоғамдық денсаулықты, медициналық ұйымдардың қызметін, денсаулық сақтау жүйесін талдау үшін осы әдістерді қолдану мысалдары «Қоғамдық денсаулық және денсаулық сақтау: тәжірибелік сабақтарға басшылық» кітабында берілген.

Статистикалық әдістер дәлелді медицинада кеңінен қолданылады (ағылш. evidence-based medicine-дәлелдерге негізделген медицина). Бұл дәлелдерге негізделген медицина бөлімі науқастарды емдеудің тиімділігі мен қауіпсіздігін арттыру үшін алынған клиникалық практиканың нәтижелерін іздеуге, салыстыруға, жинақтауға және таратуға арналған. Дәлелді медицина принциптерін қолдану дәрігерде оңтайлы клиникалық шешімдер қабылдау үшін ғылыми медициналық ақпаратты жинаудың, статистикалық талдаудың нақты қолданыстағы жүйесі негізінде клиникалық ойлауды қалыптастыруды көздейді.

Нақты пациентті емдеудің оңтайлы әдісін таңдау үшін дәлелді медицина практикалық дәрігерлік тәжірибені де, дәлелді клиникалық зерттеулердің нәтижелерін де қолданады. Бұл ретте жүргізілетін зерттеу бақыланатын болуы тиіс, яғни соңғы нәтижелерді салыстыру пациенттердің екі тобында: белсенді емдеу тобында (науқастар тиімділігі бағаланатын дәрілік затпен ем алатын) және пациенттердің бақылау тобында (плацебо алатын немесе тиімділігі дәлелденген емдеу немесе мүлдем ем алмайтын) жүргізілуі тиіс. Бұл ретте пациенттердің топтары жынысы, жасы, нозологиялық нысандары, ілеспелі патология және репрезентативті бойынша салыстыруға және біртектес болуға тиіс. Бұдан басқа, зерттеу рандомизацияланған болуы тиіс, яғни пациенттерді эксперименттік және бақылау топтарына бөлу (іріктеме жиынтықтарын қалыптастыру) кездейсоқ іріктеу әдісімен жүргізілуі тиіс. Пациентті белгілі бір топқа кездейсоқ жатқызу әрбір индивидуум ықтимал диагностикалық немесе емдеу құралдарының кез келгенін алуға бірдей мүмкіндік бар екенін білдіреді.

Басқарушылық шешімдерді әзірлеу, оларды практикаға енгізу және тиімділікті бағалау.

Қазіргі жағдайда халықтың денсаулығын сақтауды жетілдірудің маңызды міндеттерінің бірі ең алдымен материалдық-техникалық, қаржылық, кадрлық және басқаларды тиімді пайдалануды қамтамасыз ететін денсаулық сақтауды басқарудың жаңа жүйесін қалыптастыру болып табылады.

Бұл үшін ғылыми негізделген басқарушылық шешімдерді әзірлеу мен қабылдаудың тиімді жұмыс істейтін тетіктері қажет. Осы міндетті шешусіз Денсаулық сақтау жүйесінің ресурстық әлеуетін одан әрі арттыру орынсыз болып отыр. Басқарушылық шешімдерді әзірлеу мен ғылыми негіздеуде жүргізілетін медициналық-әлеуметтік зерттеулердің нәтижелері үлкен маңызға ие.

Басқару шешімі — деректерді талдауға негізделген және мақсатқа жету алгоритмі бар басқару объектісіне мақсатты Ықпал етудің Директивті актісі. Басқарушылық шешімді басшы (құқықтық шешім қабылдауға жауапты тұлға) қолданыстағы жағдайды талдау негізінде көптеген баламалы шешім нұсқаларының оңтайлы таңдау жолымен қабылдайды.

Басқарушылық шешімдер әртүрлі белгілері бойынша жіктеледі:

- шешімді іске асыру уақыты (стратегиялық, тактикалық, жедел);
- ұжымның, жеке мамандардың қатысу дәрежесі (жеке, алқалы));
- басқару процесінің мазмұны (медициналық-ұйымдастырушылық, әкімшілік-шаруашылық, санитарлық-профилактикалық);
- басшының стильдері мен сипаттық ерекшеліктері (интуитивті, импульсивті, инертті, қауіпті, абайлап).

Басқару шешімі талаптарға сай болуы тиіс:

- мақсатты бағыттылығы (қойылған мақсаттар мен міндеттерге толық сәйкестігі);
- негізділік (басқа шешім емес, бұл шешімді қабылдау қажеттілігі);
- атаулылығы (орындаушылар бойынша);

- қарама-қайшылық (алдыңғы шешімдермен келісу);
- заңдылық (құқықтық актілер мен нормативтік құжаттарға сәйкестігі);
- тиімділік (ең аз шығындармен ең жоғары нәтижелерге қол жеткізу);
- уақыттың, кеңістіктің нақтылығы және уақтылығы (шешімді іске асыру қалаған нәтижеге әкелуі мүмкін сәтте қабылдау).

Басқарушылық шешімдер жазбаша, электрондық тасығыштарда ресімделуі немесе ауызша түрде берілуі мүмкін (мысалы, ауызша өкімдер). Денсаулық сақтау практикасында басқарушылық шешімдердің неғұрлым кең тараған ұйымдық-құқықтық нысандары: • кешенді немесе мақсатты медициналық-әлеуметтік бағдарламалар, денсаулық сақтау мекемелері желісін оңтайландыру схемалары, медицина қызметкерлері кадрларын даярлау мен қайта даярлауды жетілдіру бағдарламалары және т. б. басқарушылық шешімдер заңдар, қаулылар, бұйрықтар, өкімдер, ұсынымдар және т. б. түрінде қабылдануы мүмкін. Денсаулық сақтау практикасына басқарушылық шешімдерді енгізу күрделі, көп кезенді процесс болып табылады. Енгізудің мүмкін нұсқалары зерттеудің бірінші кезеңінде белгіленуге және талқылануға тиіс.

Демографияның медициналық-әлеуметтік аспектілері

Қоғамдық денсаулықты бағалауда медициналық-демографиялық процестерді сипаттайтын көрсеткіштер маңызды мәнге ие. Медициналық-демографиялық үдерістерді зерттеумен демография ғылымы айналысады (грек тілінен. *demos*-халық және *grapho*-жазу, бейнелеу).

Демография-халық қоныстануы туралы ғылым, термин грек тілінен шыққандемос – «халық» және *grapho* –«сипаттама». Демографияның міндеті халықтың аумақтық орналасуын, әлеуметтік-экономикалық жағдайларға, тұрмысқа, дәстүрлерге, экологиялық, медициналық, құқықтық және басқа да факторларға байланысты халықтың өмірінде болып жатқан үрдістер мен процестерді зерделеу болып табылады.

Медициналық демография халықтың ұдайы өсуінің медициналық-әлеуметтік факторлармен өзара байланысын зерделейді және осы негізде демографиялық процестердің неғұрлым қолайлы дамуын қамтамасыз етуге және халықтың денсаулығын жақсартуға бағытталған шараларды әзірлейді.

Халықты статистикалық зерттеу екі негізгі бағытта жүргізіледі: халық динамикасы халық статикасы.

Динамика халықтың саны мен құрылымының өзгеру үрдістерін, статика — белгілі уақыт кезеңіне халық саны мен құрылымын зерттейді. Халықтың саны мен құрылымының өзгеруі көші-қон процестеріне негізделген механикалық қозғалыс, сондай-ақ туу мен өлімге байланысты табиғи қозғалыс.

Медициналық-демографиялық процестер-халықтың ұдайы өсуі, ұрпақтардың ауысуы, халықтың өсу сипаты мен қарқыны, туу, өлім — жітім, некелік, жас-жыныстық құрылымның өзгеруі, көші - қон, урбанизация-қоғамда болып жатқан саяси, әлеуметтік-экономикалық процестермен тығыз өзара байланыста. Медициналық-демографиялық жағдайдың көрсеткіштері Қоғамдық денсаулық сипаттамасының бірі бола отырып, қоғамдағы әлеуметтік - экономикалық өзгерістердің тиімділігін көрсетеді. Сондықтан демографияның медициналық-әлеуметтік аспектілері ғылыми талдаудың объектісі ғана емес, қоғамдық денсаулық пен денсаулық сақтауды зерделеудегі маңызды практикалық қосымша болып табылады.

Халықтың механикалық қозғалысы

Халықтың механикалық қозғалысы адамзат тарихына тән көші-қон процестерінің нәтижесінде орын алады.

Көші-қон (*лат. migratio, migro*— *перехожу, переселяюсь*) — бұл аумақтық ауыстыру мақсатында халықтың тұрақты немесе уақытша тұрғылықты жерін ауыстырған. Қоныс аударудың себептері көп: оқу, лайықты жұмыс іздеу, өз әл-ауқатын арттыруға ұмтылу, бейбітшілік, отбасы құру және т.б.

Осы тұрғыдан қоныс аудару-әр адамның жеке ісі, адамдардың әл-ауқатының табиғи нысандарының бірі. Егер біздің елімізде жыл сайын миллиондаған адамның тұрғылықты жерін ауыстыратынын ескерсек, бұл көші-қонмен елдің жаңа өңірлерін игеру, қалалардың өсуі, ауыл халқының азаюы, ұлтаралық жақындасу байланысты, онда көші-қонның орасан зор медициналық-әлеуметтік мәні түсінікті болады.



Халық кесіп өткен әкімшілік аумақтардың шекараларының құқықтық мәртебесіне байланысты халықтың сыртқы және ішкі көші-қоны бөлінеді.

Сыртқы көші-қон деп аталады, онда мемлекеттік шекаралар қиылысады. Оған мыналар жатады:

Эмиграция-азаматтардың өз елінен басқа елге тұрақты тұруға немесе ұзақ мерзімге кетуі;

Иммиграция-азаматтардың басқа елге тұрақты тұруға немесе ұзақ мерзімге кіруі.

Ішкі көші-қон дегеніміз-әкімшілік немесе экономикалық-географиялық аудандар, елді мекендер және т. б. арасындағы бір елдегі қозғалыстар.

Хронологиялық белгілері бойынша:

1. Эпизодтық көші-қон;
2. Уақытша көші-қон;
3. Маусымдық көші-қон;
4. Маятникті көші-қон;
5. Тұрақты (қайтарылмайтын) көші-қон.

Эпизодтық көші-қон-бұл іскерлік, рекреациялық және басқа сапарлар, олар уақыт өте келе тұрақты емес, сонымен қатар бір бағытта міндетті емес. Көші-қонның бұл түрі өз ауқымында басқалардан асып түседі.

Уақытша көші-қон белгілі бір ұзақ мерзімге уақытша қоныс аударуды қамтиды. Бұл әдетте вахталық әдіспен немесе келісімшарт бойынша жұмыс істеуге, басқа қалада, елде оқуға және т. б. байланысты.

Маусымдық көші-қон-адамдардың жылдың белгілі бір кезеңдерінде, мысалы, демалыс орнына көшуі.

Маятниктік көші-қон-бұл тұрақты тұрғылықты жерінен тыс жұмыс немесе оқу орнына тұрақты сапарлар.

Тұрақты (қайтарымсыз) көші — қон-тұрақты тұратын жерінің түпкілікті ауысуы. Мұндай көші-қонның мысалы-ауылдан қалаға, бір мемлекеттен екінші мемлекетке тұрақты тұруға көшу. Тұрғындарды ауылдан қалаға көшіру урбанизация процесінің маңызды құрамдас бөлігі болып табылады.

Урбанизация (лат. urbs-қала) - қоғамның дамуындағы қалалардың рөлін арттыру процесі. Урбанизацияның негізгі әлеуметтік мәні-халықты, оның өмір салтын, мәдениетін, Өндіргіш күштерді орналастыруды, қоныс аударуды қамтитын ерекше қалалық қатынастар. Қазіргі урбанизация үш ерекшелікпен сипатталады: қала халқының тез өсуі, ірі қалалардағы халық пен үй шаруашылықтарының шоғырлануы және қала шекараларының кеңеюі. Урбанизация үшін ауылдардан және жақын маңдағы шағын қалалардан ірі қалаларға (жұмысқа, мәдени-тұрмыстық және материалдық қажеттіліктерді қанағаттандыру үшін) халықтың маятниктік қозғалысының өсуі тән болып табылады.

Көші-қон процестерін бағалау кезінде келесі көрсеткіштер қолданылады:

1. Көші-қон процестерінің айналымы;
2. Көші-қон сальдосы;
3. Көші-қон қарқындылығы және т. б.

Көші - қон процестерінің айналымы-келгендердің және кеткендердің сомасы.

Көші - қон сальдосы (А) келген m^+ және кеткен M^- -саны арасындағы айырма ретінде айқындалады және оң және теріс болуы мүмкін:

$$A = M^+ - M^-$$

Көші-қонның жалпы қарқындылығы (3) - бұл қоныс аударушылар санының осы аумақтың халық санына қатынасы (S): $(3) = A / S \times 1000$.

Тиісінше келгендердің (5^+ және кеткендердің ($3 - P^+ - M^+ / S \times 1000$; $p^- = M^- / S \times 1000$) көші-қонының қарқындылығы айқындалады.

Сол сияқты, келгендер мен кеткендердің көші-қонының жас-жыныстық қарқындылығы есептеледі.

Көші-қон тиімділігінің коэффициенті:

көші-қон өсімі (сальдо) / келгендер мен кеткендердің сомасы $\times 1000$.

Халықтың көші-қонының барлық түрлері бір-бірімен тығыз байланысты. Қозғалысқа қатысатын халық үшін көші-қонның бір түрі екіншісіне ауысуы мүмкін. Атап айтқанда, халықтың эпизодтық, маятниктік және маусымдық көші-қоны кейде қайтарымсыз көші-қонның алғышарты болып табылады, өйткені олар тұрақты тұрғылықты жерді таңдау үшін жағдай жасайды (ең алдымен ақпараттық).

Көші-қон процестерін зерделеу тұтастай мемлекет үшін де, практикалық денсаулық сақтау органдары үшін де маңызды мәнге ие. Урбандалу процесі экологиялық жағдайды өзгертеді (урбандалудың өсуімен ластанудың жалпы көлемінің 3/4 бөлігі байланысты), медициналық көмектің жоспарлы нормативтерін қайта қарауды, медициналық мекемелер желісінің өзгеруін талап етеді, халықтың аурушандығы мен өлім-жітімінің құрылымын өзгертеді, өңірдің эпидемиялық жағдайына әсер етеді. Маятниктік көші-қон жұқпалы аурулардың таралуына ықпал ететін байланыстардың санын көбейтеді, стресстік жағдайлардың, жарақаттардың көбеюіне әкеледі. Маусымдық көші-қон Денсаулық сақтау

мекемелерінің біркелкі емес маусымдық жүктемесін тудырады, халықтың денсаулық жағдайына әсер етеді. Мигранттардың денсаулық көрсеткіштері көбінесе жергілікті тұрғындардың ұқсас көрсеткіштерінен айтарлықтай ерекшеленеді.

Белсенді көші-қон процестерінің, экономикалық және саяси байланыстардың кеңеюінің, халықаралық туризмнің дамуының арқасында эпидемиялар тез пандемияға айналуы мүмкін.

Көші-қон халықтың құрылымына үлкен әсер етеді, өйткені оның әртүрлі топтары оған әр түрлі қатысады. Көші-қон зерттеушілері көбінесе 30 жасқа дейінгі, жалғызбасты немесе отбасылық, бірақ балалары жоқ жастар қоныс аударатынын айтады. Балалары бар отбасылар, әсіресе қарт адамдар аз қоныстанады. Сондықтан көші-қон халықтың жас құрылымын өзгертеді. Келу орындарында халық жасарады, өйткені онда жастардың үлесі артады, кету орындарында, керісінше, жастар азаяды, ал қарттар көп, халық қартайды, бұл туу мен өлім деңгейіне айтарлықтай әсер етеді.

Көші-қонның экономикалық маңызы оның негізгі қалыптасуымен анықталады, осыған байланысты еңбек ресурстары елдер, ел өңірлері, қала мен ауыл арасында, кейде жақсы, кейде нашар бағытта қайта бөлінеді. Көші-қонның арқасында экономиканы әр түрлі аумақтарда жұмыс күшімен қамтамасыз етудегі айырмашылықтар едәуір тегістелуі мүмкін. Бұл еңбек ресурстарын неғұрлым толық пайдалануды анықтайды, сондай-ақ өндірісті неғұрлым ұтымды орналастыру үшін жағдай жасайды: қажет болған жағдайда жаңа кәсіпорындарды халқы аз және тіпті бұрын қоныстанбаған жерлерде салуға болады. Екінші жағынан, зиялы қауымның, жоғары білікті жұмысшылардың елден кетуі және біліктілігі жоқ жұмыс күшінің елге кіруі мемлекеттің еңбек әлеуетін нашарлатуы мүмкін.

Халықтың табиғи қозғалысы

Халықтың табиғи қозғалысы ұрпақтардың жаңаруы мен өзгеруін қамтамасыз ететін туу, өлім және табиғи өсу процестерінің жиынтығы ретінде қарастырылады.

Негізгі көрсеткіштер халықтың табиғи қозғалысы болып табылады:

1. Туу көрсеткіші;
2. Өлім;
3. Халықтың табиғи өсуі (табиғи емес[^]кему);
4. Туған кездегі өмір сүру ұзақтығы.

Туу

Туу дегеніміз-белгілі бір уақыт аралығында белгілі бір популяциядағы статистикалық тіркелген бала туу санымен сипатталатын популяцияның табиғи жаңару процесі.

Заңнамаға сәйкес, барлық балалар туған күнінен бастап 1 ай ішінде туған жері немесе ата-анасының тұрғылықты жері бойынша АХАЖ органдарында тіркелуі керек.

Баланы АХАЖ органдарында тіркеу үшін негізгі құжат "Туу туралы медициналық куәлік" болып табылады (Ф. ЮЗ/у-08).

Ол босанған барлық денсаулық сақтау мекемелері ананы стационардан шығарған кезде, тірі туудың барлық жағдайларында беріледі. Үйде босанған жағдайда «туу туралы медициналық куәлікті» босанған әйел босанғаннан кейін жеткізілетін мекеме береді. Көп ұрықты босану кезінде «Туу туралы медициналық куәлік» әр балаға жеке толтырылады.

Дәрігерлер жұмыс істейтін елді мекендердегі медициналық мекемелерде «туу туралы медициналық куәлікті» міндетті түрде дәрігер толтырады. Ауылдық жерлерде дәрігерлер жоқ денсаулық сақтау мекемелерінде оны босанған акушер немесе фельдшер беруі мүмкін. Босандыру үйінде бала өлі туған немесе қайтыс болған жағдайда «туу туралы медициналық куәлік» міндетті түрде толтырылады, ол «перинаталдық өлім туралы медициналық куәлікпен» бірге (106-2/у-08 Н.) АХАЖ органдарына ұсынылады.

Туу туралы медициналық куәлікті беру туралы жазба оның нөмірі мен Берілген күнін көрсете отырып, «жаңа туған нәрестенің даму тарихында» (097/е н.), өлі туған жағдайда — «босану тарихында» (096/е н.) жазылуы тиіс. Тууды есепке алу, бірқатар демографиялық

көрсеткіштерді есептеу үшін баланың тірі немесе өлі туылғанын, жүктілік мерзімін, ұрықтың толық жетілуін және т. б. анықтау өте маңызды.

Тууды статистикалық талдау үшін туудың жалпы коэффициенті және туудың арнайы коэффициенттері қолданылады.

Ең қарапайым және кең таралған-бұл формула бойынша есептелетін туудың жалпы коэффициенті:

Туудың жалпы коэффициентін бағалау үшін келтірілген схеманы қолданған жөн. 2.1.

$$\text{Туу көрсеткіші} = \frac{\text{Бір жылдың ішінде туылғандардың саны} \cdot 1000}{\text{Бір жылдағы халықтың орташа саны}}$$

Адамзат қоғамындағы туушылық туралы айтатын болсақ, ол тек биологиялық (жануарлар әлеміндегі сияқты) ғана емес, сонымен бірге өмірдің әлеуметтік-экономикалық жағдайлары, этникалық дәстүрлер, діни көзқарастар және басқа да факторлармен анықталатынын есте ұстаған жөн. Туудың жалпы коэффициенті бірқатар демографиялық сипаттамаларға және, ең алдымен, халықтың жас-жыныстық құрылымына байланысты, сондықтан ол туу деңгейі туралы алғашқы, жуық түсінік береді. Демографиялық сипаттамалардың әсерін жою үшін туу көрсеткішін анықтайтын көрсеткіштер, атап айтқанда туудың арнайы коэффициенті (туушылық) есептеледі. Бұл коэффициентті есептеу кезінде, туу коэффициентінен айырмашылығы, деноминатор ретінде халықтың жалпы саны емес, 15-49 жас аралығындағы әйелдер саны алынады. Бұл жас аралығы әйелдің генеративті, құнарлы немесе құнарлы кезеңі деп аталады.

Туудың (құнарлылықтың) арнайы коэффициентін есептеу кезінде алымда 15 жасқа дейінгі, сондай-ақ 50 жастан асқан аналарда туылған барлық балалар көрсетілетінін есте ұстаған жөн. Құнарлылықтың (құнарлылықтың) арнайы коэффициенті мынадай формула бойынша есептеледі:

Туудың (құнарлылықтың) арнайы коэффициенті өз кезегінде туудың (құнарлылықтың) жас коэффициенттерімен нақтыланады, ол үшін әйелдердің барлық генеративті кезеңі шартты түрде жеке жас аралықтарына бөлінеді (15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49 және әр интервал үшін өз көрсеткішін есептейді, бұл ретте алымында нақты жастағы әйелдердегі тірі туған балалардың саны көрсетіледі. Мысалы, 20-24 жастағы әйелдердің туу (құнарлылық) жас коэффициенті мына формула бойынша есептеледі:

Туудың (құнарлылықтың) жас коэффициенттері туу қарқындылығының деңгейі мен динамикасын тәуелсіз талдауға мүмкіндік береді-репродуктивті жастағы әйелдердің жас құрылымынан. Бұл олардың артықшылығы. Сонымен қатар, олардың көп саны (жас аралықтарының санын ескере отырып) талдауды айтарлықтай қиындатады. Бұл кемшілікті жою үшін туудың жалпы коэффициенті немесе құнарлылық коэффициенті есептеледі.

Туудың (құнарлылықтың) жиынтық коэффициенті әр жастағы бала туудың бар деңгейлерін сақтай отырып, бүкіл ұрпақты болу кезеңінде бір әйелде туудың орташа санын сипаттайды. Көрсеткіш формула бойынша есептеледі:

Туудың жалпы коэффициенті 4,0 - ден жоғары, 2,15-тен төмен-төмен деп саналады. Халықтың қарапайым көбеюін қамтамасыз ету үшін бұл көрсеткіш 2,2-ден төмен болмауы тиіс.

Демографиялық статистикада «тірі туылуды», «өлі туылуды», «перинаталды кезеңді», сондай-ақ «туу кезіндегі дене салмағын» түсіну маңызды.

ДДҰ ұсыныстарына сәйкес, жүктіліктің ұзақтығына қарамастан, ананың денесінен тұжырымдама өнімін толығымен шығару немесе шығару тірі туылу болып саналады, ал ұрық мұндай бөлінгеннен кейін тыныс алады немесе өмірдің басқа белгілерін көрсетеді, мысалы, жүрек соғысы, кіндік пульсациясы немесе бұлшықеттің ерікті қозғалысы, кіндік кесіліп, плацента бөлініп кеткеніне қарамастан. Мұндай туудың әрбір өнімі тірі туылған деп саналады.

Өлі туылу-бұл «жүктіліктің ұзақтығына» қарамастан, ананың ағзасынан толық шығарылғанға дейін немесе шығарылғанға дейін тұжырымдама өнімінің қайтыс болуы: өлім ұрықтың тыныс алудың мұндай бөлінуінен немесе өмірдің басқа белгілерінен, мысалы, жүрек соғысы, кіндік пульсациясы немесе бұлшықеттің ерікті қозғалыстарынан кейін болмауы. Туған кездегі дене салмағы ұрықты немесе жаңа туған нәрестені туғаннан кейін алғашқы өлшеу нәтижесі болып саналады. Бұл масса босанғаннан кейінгі кезеңде айтарлықтай салмақ жоғалғанға дейін өмірдің бірінші сағатында орнатылуы керек. Жаңа туған нәрестенің (шарананың) ұзындығын өлшеу міндетті түрде оның көлденең бой өлшегіште созылған жағдайында жүргізілуі тиіс.

Ресей Федерациясында АХАЖ органдарында тіркеуге жатады:

көп ұрықты босану кезінде дене салмағы 100 г жаңа туған нәрестелерді қоса алғанда, дене салмағы 1 000 г және одан да көп (немесе егер туған кездегі салмағы белгісіз болса, денесінің ұзындығы 35 см және одан да көп немесе жүктілік мерзімі 28 апта және одан да көп) тірі туғандар; егер олар туғаннан кейін 168 сағаттан астам өмір сүрсе, дене салмағы 500-ден 999 г-ға дейін (қоса алғанда) туған барлық нәрестелер.

Алайда, бұл параметрлер ДДҰ өлшемдеріне сәйкес келмейді және олардың негізінде есептелген көрсеткіштер халықаралық статистикалық деректермен салыстыруға келмейді. Сондықтан Ресейдің Федералды мемлекеттік статистика қызметі дене салмағы 500 г немесе одан да көп (егер салмағы белгісіз болса, денесінің ұзындығы 25 см немесе одан да көп немесе жүктілік мерзімі 22 апта немесе одан да көп) туылған нәрестелерді тіркеудің халықаралық критерийлеріне көшуді жоспарлап отыр.

Практикалық денсаулық сақтау үшін туылған баланың толық болу дәрежесін анықтау маңызды. Жүктілік мерзімі 37 аптадан аз және шала туылу белгілері бар нәрестелер шала туылған деп саналады. Жүктілік кезінде 37-40 апта туылған балалар толық мерзімді болып саналады. 41-43 апта жүктілік кезінде туылған және артық жетілу белгілері бар балалар кейінге қалдырылған деп саналады. Сонымен қатар, ұзартылған немесе физиологиялық ұзартылған жүктілік ұғымы ерекшеленеді, ол 42 аптадан астам уақытқа созылады және жетілу белгілері жоқ толық, функционалды жетілген баланың туылуымен аяқталады.

Акушерлік тактика мен гестацияның әртүрлі кезеңдерінде туылған балалардың күтімінің ерекшеліктеріне байланысты келесі аралықтарды бөлген жөн:

1. 22-27 аптада мерзімінен бұрын босану (ұрықтың салмағы 500-ден 1000 г-ға дейін);
2. мерзімінен бұрын босану ' 28-33 апта (ұрықтың салмағы 1000-нан 1900 г-ға дейін);
3. 34-37 аптада мерзімінен бұрын босану (ұрықтың салмағы 1900-ден 2500 г-ға дейін).

Өлім– жітім

Белгілі бір аумақтың медициналық-демографиялық жағдайын бағалау үшін туудың ғана емес, өлімнің де көрсеткіштерін ескеру қажет.

Өлім дегеніміз белгілі бір уақыт аралығында белгілі бір популяциядағы өлімнің статистикалық тіркелген санымен сипатталатын популяцияның жойылу процесі деп түсініледі.

Ресей Федерациясының заңнамасына сәйкес өлімнің барлық жағдайлары қайтыс болған адамның тұрғылықты жері немесе қайтыс болған жері бойынша АХАЖ органдарында тіркелуі керек. Қайтыс болу жағдайларын тіркеу үшін дәрігер немесе фельдшер "қайтыс болу туралы медициналық куәлік" (Н. 106/у-08) толтырады, онсыз мәйітті беруге тыйым салынады. "Өлім туралы медициналық куәлік" егер өлімнің зорлық-зомбылық себебіне күдік болмаса, қайтыс болған немесе мәйіт табылған сәттен бастап 3 күннен кешіктірмей беріледі.

Өлім-жітімнің алғашқы болжамды бағасын өлімнің жалпы коэффициенті негізінде береді, ол мынадай формула бойынша есептеледі:

Өлімнің жалпы коэффициентін бағалау үшін келтірілген схема қолданылады. 2.2.

$$\text{Өлім көрсеткіші} = \frac{\text{Бір жылдың ішінде өлгендердің саны} \cdot 1000}{\text{Бір жылдағы халықтың орташа саны}}$$

Сонымен бірге, өлімнің жалпы коэффициенті халықтың денсаулық жағдайын көрсететін нақты көрініс бермейді, өйткені оның мөлшері айтарлықтай демографиялық сипаттамаларға, атап айтқанда халықтың жас-жыныс құрылымының ерекшеліктеріне байланысты. Мәселен, бірқатар экономикалық дамыған елдерде егде жастағы адамдардың үлес салмағының өсуіне байланысты өлімнің жалпы коэффициенті де ұлғаяды және керісінше, дамушы елдерде жас жастағы халықтың үлес салмағының көп болуына байланысты өлімнің жалпы коэффициентінің төмендеуін байқауға болады.

Өлім-жітім көрсеткіштері едәуір дәлірекхалықтың жеке жас топтары, олар үшін бүкіл халық 5 жеке жас аралықтарына бөлінеді, олар үшін олар өз көрсеткіштерін есептейді. Алымда белгілі бір жаста қайтыс болған адамдардың саны, ал бөлгіште — осы жастағы халықтың саны алынады. Мысалы, еңбекке қабілетті жастағы (ерлер 16-59 жас, әйелдер'6-54 жас) халықтың өлім-жітім коэффициентін мына формула бойынша есептейді:

$$\begin{aligned} & \text{Еңбекке қабілетті жастағы халықтың өлім – жітім коэффициенті} = \\ & = \frac{\text{еңбекке қабілетті жаста қайтыс болғандар саны} \cdot 1000}{\text{еңбекке қабілетті жастағы халықтың орташа жылдық саны}} \end{aligned}$$

Сол сияқты халықтың басқа жас-жыныстық топтары үшін өлім-жітім коэффициенті есептеледі.

Халықтың өлімін азайту жөніндегі шаралар кешенін әзірлеу мен іске асыруда жекелеген себептерден болатын өлім-жітім көрсеткіштерін талдаудың маңызы зор. Осы себептерден болатын өлім — жітімді есептеу кезінде құбылыс ретінде осы себептерден қайтыс болғандардың саны, ал орта ретінде-халықтың орташа жылдық саны алынады. Мысалы, миокард инфарктісінен болатын өлім формула бойынша есептеледі:

$$\begin{aligned} & \text{Қан айналымы жүйесі ауруларынан болатын өлім – жітім коэффициенті} = \\ & = \frac{\text{жыл ішінде қ. а. ж. ауруларынан қайтыс болғандар саны} \cdot 100000}{\text{Халықтың орташа саны}} \end{aligned}$$

Жеке себептерден болатын өлім-жітім көрсеткіштерінен басқа, халықтың - әкімшілік аумақтардың денсаулығын талдауда жеке себептерден болатын өлім-жітім көрсеткіштері қолданылады, біріншіден ажырату керек. Сонымен, егер өлім-жітім коэффициентін есептеу кезінде халықтың орташа жылдық саны орта ретінде алынса, онда өлімді есептеу кезінде мұндай орта ауру болып табылады. Өлім-жітімді есептеу кезінде көрсеткіштің негізі ретінде 100 алу әдетке айналған.

Сонымен қатар, аурухана мекемелеріндегі өлім — жітімді талдауға арналған арнайы көрсеткіштердің бүкіл тобы бар-ауруханадағы өлім-жітім көрсеткіштері.

Оларға мыналар жатады:

1. Аурухана өлімінің көрсеткіші;
2. Операциядан кейінгі өлім көрсеткіші;
3. Тәуліктік өлім-жітім көрсеткіші;
4. Бір жылдық өлім-жітім көрсеткіші

Стационардағы өлім көрсеткіштерін есептеу және талдау әдістемесі оқулықтың тиісті тарауларында келтірілген. Өлім-жітім көрсеткіштері медициналық-диагностикалық көмекті ұйымдастыру деңгейін, заманауи медициналық технологияларды пайдалануды, амбулаториялық-емханалық және ауруханалық мекемелердің жұмысындағы сабақтастықты жан-жақты бағалауға мүмкіндік береді және медициналық көмек сапасының маңызды көрсеткіштері болып табылады.

Өлім-жітімді терең талдау үшін себептер бойынша өлім құрылымының көрсеткіші есептеледі. Бұл көрсеткіш экстенсивті болып табылады және барлық өлгендер 100% — ға, ал

жеке аурудан өлгендер-Х% - ға қабылданады. Жеке аурулардан қайтыс болғандардың нақты салмағын есептей отырып, олар өлім себептерінің құрылымын алады:

1. Жыл ішінде қайтыс болғандардың барлығы— 100%;
2. Аурудың 1 класынан қайтыс болғандар — Х,%;
3. II сыныптан қайтыс болғандар — Х«%:
4. Аурулар класынан қайтыс болғандар-Х"»%.

Ана, бала және перинаталдық өлім-жітім

Өлім-жітімнің жалпы коэффициентімен қатар ана өлімін есепке алу мен талдаудың маңызы зор. Төмен деңгейге байланысты ол жалпы демографиялық жағдайға айтарлықтай әсер етпейді, бірақ бұл босандыру қызметінің сапасын бағалаудағы негізгі сипаттамалардың бірі.

Ана өлім-жітімі-ұзақтығы мен орналасуына қарамастан немесе ол аяқталғаннан кейін 42 тәулік ішінде жүктілікке байланысты қандай да бір себептерден қайтыс болған, бірақ жазатайым оқиғадан немесе кенеттен пайда болған себептерден емес, тірі туылғандардың санына байланысты әйелдердің санын сипаттайтын көрсеткіш.

Ана өлімі екі топқа бөлінеді:

1. Акушерлік себептерге тікелей байланысты өлім жағдайлары (жүктіліктің, босанудың және босанғаннан кейінгі кезеңнің асқынған ағымы, сондай-ақ диагностикалық араласулар және дұрыс емделмеу салдарынан болатын өлім);
 2. Акушерлік себептерге жанама байланысты өлім жағдайлары (тікелей акушерлік себепке байланысты емес, бірақ жүктіліктің физиологиялық әсерімен ауырлатылған, бұрын болған немесе жүктілік кезеңінде дамыған ауру нәтижесінде қайтыс болу).
- Ана өлім-жітімінің көрсеткіші мынадай формула бойынша есептеледі:

$$\text{Ана өлімінің коэффициенті} = \frac{\text{қайтыс болған жүкті әйелдердің (жүктіліктің басынан бастап), босанатын әйелдердің, босанған әйелдердің саны (жүктілікті тоқтатқаннан кейін 42 тәулік ішінде)} \cdot 100000}{\text{тірі туылғандар саны}}$$

Бұл көрсеткіш жүкті әйелдердің барлық шығындарын бағалауға мүмкіндік береді (түсік түсіруден, эктопиялықжүктілік, акушерлік экстрагенитальды патология гестацияның барлық кезеңінде), сондай-ақ жүктілік аяқталғаннан кейін 42 тәулік ішінде босанатын әйелдер мен босанған әйелдер.

Балалар өлімі-бұл елдегі демографиялық жағдайды анықтайтын көрсеткіштердің маңызды тобы. Балалар өлімінің көрсеткіштері денсаулық жағдайын ғана емес, сонымен бірге әлеуметтік-экономикалық әл-ауқат деңгейін, жалпы қоғамның өркениет дәрежесін сипаттайды. Балалар өлім-жітімін дұрыс және уақтылы талдау балалардың аурушандығы мен өлім-жітімін төмендету бойынша бірқатар нақты шараларды әзірлеуге, өткізілетін іс-шаралардың тиімділігін бағалауға, тұтастай алғанда ана мен баланы қорғау жөніндегі жұмысты сипаттауға мүмкіндік береді.

Балалар өлімі күрделі құрылымға ие, оның ішінде өзіндік есептеу ерекшеліктері бар бірқатар арнайы көрсеткіштер бар. Осы көрсеткіштердің әрқайсысы балалар өмірінің белгілі бір кезеңіндегі өлімді сипаттайды.

Балалар өлімінің статистикасында бірқатар көрсеткіштер бар:

- 1) нәресте өлім-жітімінің көрсеткіштері (коэффициенттері);
- 2) нәресте өлімі (өмірдің 1-ші жылындағы өлім);
- 3) ерте неонаталдық өлім-жітім (балалардың өлім-жітімі алғаш рет 7 тәулік, яғни 168 сағат өмір сүреді);
- 4) кеш неонаталдық өлім-жітім (8-28 тәулік жастағы балалардың өлім-жітімі);
- 5) неонаталдық өлім (өмірдің алғашқы 28 күніндегі балалар өлімі);

6) постнеонаталдық өлім-жітім (өмірдің 29-күнінен бастап 1 жасқа дейінгі балалардың өлім-жітімі);

7) 5 жасқа дейінгі балалардың өлім-жітім коэффициенті;

8) 0-ден 17 жасқа дейінгі балалар өлімінің коэффициенті.

ДДҰ нәрестелер өлімінің коэффициентін есептеу үшін Ратса формуласын ұсынды, онда осы күнтізбеде 1 жасқа дейін қайтыс болған балалар арасында

Сәбилер өлімі көрсеткіші

$$= \frac{\text{жыл ішінде 1 – жасқа толмай қайтыс болған балалар саны} \cdot 1000}{\text{Осы жылы туылғандардың } 2\sqrt{3} + \text{өткен жылы туылғандардың } 1\sqrt{3}}$$

Бұл формуланы қолдану, егер қайтыс болған балалардың арасында осы және өткен жылы туылғандардың арақатынасы өзгеріссіз қалса, дұрыс болады, бірақ іс жүзінде бұл пропорция өзгеруі мүмкін (мысалы, 1/5 және 4/5, 1/4 және 3/4 және т.б.). Мұндай жағдайларда пропорционалды бөлу әдісі қолайлы.

Перинаталдық өлім. 1963 жылдан бастап Халық денсаулығы статистикасына Денсаулық сақтау практикасына «перинаталдық кезең» термині енгізілді. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ассамблеясы перинаталды кезеңді ұрықтың ішілік өмірінің 22-ші толық аптасынан (154-ші күн) басталатын кезең ретінде анықтады (бұл уақытта оның дене салмағы 500 г құрайды) және туылғаннан кейінгі өмірдің 7 толық күнінен (168 сағат) кейін аяқталады.

Перинаталды кезең 3 кезеңді қамтиды: антенатальды (жүктіліктің 22-ші аптасынан бастап босануға дейін), интранатальды (босану кезеңі) және босанғаннан кейінгі (өмірдің алғашқы 168 сағаты). Босанғаннан кейінгі кезең ерте неонатальды кезеңге сәйкес келеді. Әр кезеңге өзінің өлім-жітім көрсеткіші сәйкес келеді. Перинаталдық өлім — жітім нәрестелер өлім-жітімінің құрамдас бөлігі болып табылмайтындығын атап өткен жөн; соңғысына перинаталдық өлім-жітімнің бір ғана құрамдас бөлігі-босанғаннан кейінгі (ерте неонаталдық) өлім-жітім кіреді.

Перинаталдық кезеңде баланың (шарананың) өлімін тіркеу үшін «перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік» толтырылады (Н. 106-2/у-08). Перинаталды өлім себептерінің екі тобы бар:

1. Баланың (ұрықтың) өліміне ананың немесе плацентаның аурулары немесе жай-күйі, босану жүктілігінің патологиясы әкелген себептер;
2. Баланың (ұрықтың) ауруымен және/немесе жағдайымен байланысты себептер.

Перинаталды кезеңдегі және өмірдің 1-ші жылындағы өлім-жітімді бөлек зерттеу барлық өміршең балалардың шығындарының толық көрінісін алуға мүмкіндік бермейді. Осыған байланысты ДДҰ "фетоинфантильді Поттер (ФИП)" ұғымын енгізді. FIP индикаторы өмірдің 1-ші жылындағы балалардың өлімі мен өлімін қамтиды.

Табиғи өсу табиғи қозғалыстың ең жалпы сипаттамасы ретінде қызмет етеді халықты. Ол белгілі бір уақыт аралығында туылған және қайтыс болған адамдар арасындағы айырмашылық ретінде абсолютті санмен көрсетілуі мүмкін (1 жылға дейін).

Халықтың табиғи өсуінің бірдей мәндерін туу мен өлімнің әртүрлі көрсеткіштері бойынша алуға болатындығын атап өткен жөн. Осыған байланысты халықтың табиғи өсімін тек туу мен өлім-жітім көрсеткіштерімен арақатынаста бағалау қажет.

Жоғары табиғи өсімді өлім-жітім төмен болған кезде ғана қолайлы демографиялық құбылыс ретінде қарастыруға болады. Өлім-жітімнің жоғары деңгейінің едәуір өсуі туудың салыстырмалы түрде жоғары деңгейіне қарамастан, халықтың көбеюімен қолайсыз

жағдайды сипаттайды. Өлім-жітімнің жоғары деңгейінің төмен өсуі де қолайсыз демографиялық жағдайды көрсетеді.

Барлық жағдайларда теріс табиғи өсу қоғамдағы айқын қолайсыздықты көрсетеді. Мұндай демографиялық жағдай әдетте соғыстар, әлеуметтік-экономикалық дағдарыстар және басқа да көтерілістер кезеңіне тән. Терістабиғи өсу әдетте халықтың табиғи емес азаюы деп аталады, бұл елдің тұрақты тұрғындарының азаюына және басқа да қолайсыз демографиялық құбылыстарға әкеледі. Қоғамның маңызды міндеті - халықтың көбеюі, туу деңгейінің өлімнен асып кетуі үшін қажетті әлеуметтік-экономикалық жағдайлар жасау.

Туған кездегі өмір сүру ұзақтығы

Қоғамдық денсаулықты бағалау үшін қолданылатын көрсеткіштердің бірі-бұл жалпы өлім мен халықтың табиғи өсуіне қарағанда объективті сипаттама ретінде қызмет ететін туу кезіндегі өмір сүру ұзақтығының көрсеткіші.

Туған кездегі күтілетін өмір сүру ұзақтығы дегеніміз-бұл туылған ұрпақта немесе белгілі бір жаста өмір сүретін адамдарда өмір сүретін жылдардың гипотетикалық саны, егер өмір бойы әр жас тобындағы өлім-жітім сол жылдағыдай болса. есептеу жүргізілді. Бұл көрсеткіш тұтастай алғанда халықтың өміршеңдігін сипаттайды, бұл халықтың жас құрылымының ерекшеліктеріне байланысты емес және динамикада талдау және әртүрлі елдер бойынша деректерді салыстыру үшін жарамды.

Туған кездегі өмір сүру ұзақтығының көрсеткішін қайтыс болғандардың орташа жасымен немесе халықтың орташа жасымен шатастырмау керек.

Туу кезінде күтілетін өмір сүру ұзақтығының көрсеткіші өлім-жітімнің жас коэффициенттері негізінде бір мезгілде туған адамдардың гипотетикалық жиынтығының дәйекті жойылу тәртібін көрсететін өлім (немесе өмір сүру) кестелерін құру жолымен есептеледі. Бұл есептеулерді адамдардың нақты ұрпағын бақылау негізінде жүргізу іс жүзінде мүмкін емес, бұл үшін ондаған жылдар қажет болады, ал нәтиже өткен әлеуметтік - экономикалық және басқа факторлардың әсерін көрсететін жойылып кеткен ұрпақтың орташа өмір сүру ұзақтығы болар еді. Сондықтан туу кезіндегі өмір сүру ұзақтығы белгілі бір сәтке қатысты белгілі бір жас топтарында өмір сүргендер мен өлгендер санының нақты арақатынасы негізінде есептеледі.

Халық статикасы

Халықтың статикасы келесі негізгі белгілер бойынша зерттеледі: жынысы, жасы, әлеуметтік, кәсіби топтары, неке жағдайы, ұлты, білімі, Азаматтығы, тұрғылықты жері, белгілі бір уақытта халықтың тығыздығы. Бұл деректер жүйелі түрде өткізілетін халық санағы мен арнайы іріктемелі зерттеулерден алынады.

Халық санағы халықтың жалпыға ортақ (жаппай) есебін білдіреді, оның барысында елдің немесе әкімшілік аумақтың әрбір тұрғынын белгілі бір уақытта сипаттайтын деректер жиналады.

Халықты жаппай есепке алумен қатар, санақ кезеңіндегі халық саны мен құрылымындағы өзгерістерді зерттеуге мүмкіндік беретін таңдамалы әлеуметтік-демографиялық зерттеулер жүзеге асырылады.

Сонымен қатар, санақ жылдары халық санына ағымдағы бағалау жүргізіледі. Ол соңғы халық санағының нәтижелері негізінде жүзеге асырылады, оған жыл сайын туылғандардың саны мен осы аумаққа келгендердің саны қосылып, қайтыс болғандардың саны мен одан кеткендердің саны шегеріледі. Жалпы саны туралы деректер және жас-жыныстық құрамын сипаттайтын мәліметтер тұрақты Халық бойынша келтіріледі.

Тұрақты халыққа уақытша тұрмайтындарды қоса алғанда, осы аумақта тұрақты тұратын адамдар жатады. Сонымен қатар, заңды (тіркелген) халық бөлінеді, оның ішінде *juu* - нақты тұрғылықты жеріне қарамастан, қолданыстағы тіркеу ережелерімен тіркелген немесе осы аумаққа байланысты. Халықтың табиғи дивергенциясының көптеген көрсеткіштерін есептеу үшін, әдетте, ағымдағы бағалау нәтижелері бойынша тиісті жылдың басындағы және

аяғындағы халықтың орташа арифметикалық мәні ретінде есептелетін халықтың орташа жылдық саны туралы мәліметтер қолданылады.

Популяцияның өмірлік циклінде табиғи нәрсе-бұл халықтың қартаю процесі. Қартаюдың екі түрі бар:

1. Төменнен қартаю, бұл егде жастағы топтардағы өлім деңгейінің өзгермеуі аясында туудың төмендеуінің нәтижесі;
2. Жоғарыдан қартаю, бұл туудың күтілетін өмір сүру ұзақтығының артуы, туудың төмен деңгейі аясында егде жастағы топтардағы өлім-жітімнің төмендеуі.

0-14, 15-49, 50 және одан жоғары жастағы адамдардың үлес салмағын есептеу негізінде халықтың жас түрін анықтауға болады.

0-14 жастағы балалардың үлесі 50 жастан асқан халықтың үлесінен асатын халықтың даму түрі прогрессивті болып саналады.

Регрессивті деп 50 жастан асқан адамдардың үлесі 0-14 жастағы балалардың үлесінен асатын халықтың даму түрі саналады.

Стационарлық-бұл халықтың даму түрі, онда 0-14 жас аралығындағы балалардың үлесі 50 жастан асқан адамдардың үлесіне тең.

Халықтың прогрессивті түрі халықтың одан әрі көбеюін қамтамасыз етеді; регрессивті тип депопуляция арқылы ұлтқа қауіп төндіреді.

Алайда, көптеген елдер үшін 50 жас-бұл еңбекке қабілетті халықтың жасы, сондықтан оны жас құрамын анықтауда негіз ретінде алу екіталай. Осыған байланысты, көбінесе халықтың «демографиялық қарттығының» деңгейі 60 жастан асқан адамдардың нақты салмағымен анықталады, ол үшін арнайы демографиялық шкалалар қолданылады.

Тақырып бойынша бақылау сұрақтары:

1. Әдіс дегеніміз.
2. Қоғамдық денсаулықты ұйымдастырудың негізгі әдістері.
1. Демография – бұл.
2. Демографияның негізгі міндеттері.
3. Демографияның негізгі бөлімдері.
4. Медициналық демография.
5. Медико-әлеуметтік мәселе – миграциялық процесс.
6. Медико-әлеуметтік мәселе – ұзақ өмір сүрушілік.
7. Халық қартаюы – бұл?
8. ҚР демографиялық саясат.

Ауру халықтың денсаулығын кешенді бағалаудың маңызды құрамдас бөлігі болып табылады. Аурудың есебін барлық медициналық мекемелер жүргізеді. Ауруды талдау федералды, аймақтық және муниципалды басқару деңгейлерінде басқару шешімдерін әзірлеу үшін қажет. Денсаулық сақтау. Оның негізінде ғана денсаулық сақтау мекемелері желісінің дамуын дұрыс жоспарлау және болжау, ресурстардың әртүрлі түрлеріне қажеттілікті бағалау мүмкін болады. Ауру көрсеткіштері медициналық мекемелердің, жалпы денсаулық сақтау жүйесінің сапасын бағалау критерийлерінің бірі болып табылады. Денсаулық сақтау мекемелерінің ғылыми танымы мен практикалық қызметінің объектісі ретінде ауру өзара байланысты ұғымдардың күрделі жүйесі болып табылады.

Халықтың аурушандығы туралы ақпарат алудың негізгі көздері:

1. Халықтың амбулаториялық-емханалық мекемелерге медициналық көмекке жүгінуі кезінде ауру жағдайларын тіркеу;
2. Ауруханаға жатқызу жағдайларын тіркеу;
3. Медициналық тексерулер кезінде анықталған ауруларды тіркеу;
4. Патологиялық-анатомиялық және сот-медициналық зерттеулердің деректері бойынша ауру жағдайлары мен өлім себептерін тіркеу.

Ақпарат алу көздеріне және есепке алу әдістемесіне байланысты:

1. Денсаулық сақтау ұйымдарына жүгіну деректері бойынша сырқаттанушылық;
2. Медициналық тексеріп-қарау деректері бойынша сырқаттанушылық;
3. Өлім себептері туралы деректер бойынша сырқаттанушылық;
4. Толық (шынайы) ауру.

Денсаулық сақтау ұйымдарына жүгіну деректері бойынша сырқаттанушылық

Көбінесе ауру туралы алғаш рет науқастар ап-ға жүгінеді. Амбулаториялық-емханалық көмек-бұл медициналық көмектің ең көп таралған түрі. Ап-да алғашқы және жалпы сырқаттанушылықтың есебі жүргізіледі.

Бастапқы ауру дегеніміз-бұрын ескерілмеген және осы жылы алғаш рет халықтың медициналық көмекке жүгінуі кезінде тіркелген аурулардың жаңа жағдайларының жиынтығы.

Алғашқы аурудың көрсеткіші формула бойынша есептеледі:

Ересек тұрғындардың алғашқы сырқаттанушылық деңгейі 500-600% шегінде ауытқиды. Балалардың бастапқы сырқаттанушылық деңгейі ересектердегі ұқсас көрсеткіштерден едәуір жоғары және 1800-1900% о шегінде.

Жалпы ауру (таралуы, ауыруы терминдерін қолдануға болады) - бұл осы жылы да, алдыңғы жылдары да анықталған аурулар туралы медициналық көмекке жүгінудің алғашқы жағдайларының жиынтығы.

Жалпы сырқаттанушылық көрсеткіші формула бойынша есептеледі:

Ересек тұрғындардың жалпы аурушандығы орта есеппен 1300-1400% құрайды. балалардың жалпы аурушандығы да айтарлықтай жоғары. соңғы онжылдықта ересектердің де, балалардың да алғашқы және жалпы аурушандығының өсу тенденциясы сақталуда.

Ауру көрсеткіштері жеке жас топтары, аурулар класы/ нозологиялық нысандар бойынша ұқсас түрде есептелуі мүмкін. Бұл жағдайда құбылыс ретінде барлық аурулардың жалпы саны алынбайды, бірақ аурулардың осы класы, нозологиялық нысаны, жас немесе жыныстық тобы бойынша жағдайлардың санынан айырылады, бірақ орта ретінде — халықтың орташа жылдық саны (аурулардың сыныптары мен нозологиялық нысандар бойынша сырқаттанушылықты есептеу кезінде) немесе осы жас-жыныстық топтағы халықтың орташа жылдық саны алынады.

Мысалы, халықтың қан айналымы жүйесінің ауруларымен алғашқы ауру көрсеткіші формула бойынша есептеледі:

Еңбекке қабілетті жастағы ерлердің қан айналымы жүйесі ауруларымен алғашқы сырқаттанушылық көрсеткіші мынадай формула бойынша есептеледі:

Денсаулық сақтау ұйымдарында халықтың медициналық көмекке жүгінуімен сырқаттанушылықты есепке алуды «амбулаториялық пациенттің талонын» (025-6(7)/у-89; 025 - 10/у-97; 025-11/у-02; 025-12/у) немесе «амбулаториялық-пациенттің бірыңғай талонын» (025-8/у-95) әзірлеу негізінде жүргізеді. Талондар барлық аурулар мен жарақаттарға (жіті инфекциялық аурулардан басқа), барлық емханаларда, амбулаторияларда, қалалар мен ауылдық жерлерде толтырылады.

Емханадағы жұмысты ұйымдастыру жүйесіне байланысты талондарды қабылдау аяқталғаннан кейін дәрігерлер немесе медбикелер дәрігерлердің нұсқауы бойынша немесе мекеме статистигінің «амбулаториялық науқастың медициналық картасы», «баланың даму тарихы» және т. б. қабылдаудан өзіне берілген деректер бойынша толтырады.

Қазіргі уақытта денсаулық сақтау ұйымдарында алғашқы медициналық құжаттаманы автоматтандырылған өңдеумен қызмет көрсетудің аяқталған жағдайы бойынша сырқаттанушылықты есепке алудың жаңа әдістемесі енгізілуде. Оның негізінде «амбулаторлық пациенттің талоны» жатыр.

Ауруларды есепке алу кезінде келесі ережелерді сақтау қажет. Алғашқы сырқаттанушылықты тіркеу кезінде байқау бірлігі ретінде осы жылы пациенттің өмірінде алғаш рет тіркелген ауру жағдайы қабылданады. Жедел аурулардың диагноздары жыл ішінде жаңа пайда болған сайын тіркеледі, созылмалы аурулар жылына бір рет қана ескеріледі, созылмалы аурулардың өршуі ескерілмейді. Осылайша, Алғашқы сырқаттанушылық көрсеткішін есептеу үшін науқаста өмірінде алғаш рет пайда болған және бастапқы медициналық есепке алу құжаттамасы нысанында («амбулаториялық пациенттің талоны» немесе «амбулаториялық пациенттің бірыңғай талоны») «+» белгісімен белгіленген барлық аурулар алынады.

Жалпы сырқаттанушылықтың көрсеткішін есептеу үшін «+» белгісімен және «-» белгісімен тіркелген аурулардың барлық жағдайлары ескеріледі.

«+» белгісімен алғашқы ауруға жатқызылған барлық аурулар тіркеледі.

«+» белгісімен өткен жылдары анықталған созылмалы ауруға қатысты осы жылы алғашқы өтініштер тіркеледі.

Халықтың денсаулық жағдайын бағалау үшін сырқаттанушылық көрсеткіштерінің деңгейі ғана емес, сондай-ақ олардың құрылымы аурулардың жекелеген сыныптары, нозологиялық нысандар және жас-жыныстық топтар бойынша да маңызды рөл атқарады. Аурудың құрылымы экстенсивті көрсеткіш бола отырып, барлық аурулар 100% - ға, ал жеке кластағы аурулардың саны (нозологиялық нысан) - х% - ға қабылданатын әдеттегі пропорцияны жасау жолымен есептеледі. Аурулардың жекелеген кластарының (нозологиялық нысандарының) үлес салмағын есептей отырып, олар аурудың құрылымын алады.

Халықтың АЕМ-ға жүгінуі туралы деректер қазіргі уақытта бастапқы және жалпы сырқаттанушылық көрсеткіштерін есептеудің жалғыз көзі болып қалуда. Сонымен қатар, аурудың ең күрделі жағдайларын диагностикалауда ауруханаларға маңызды рөл беріледі. Ауруханалық мекемелерде орнатылған диагноздарды зерттеу жекелеген неғұрлым ауыр аурулардың жиілігі, клиникалық және патологоанатомиялық диагноздардың сәйкес келуі немесе алшақтығы, амбулаториялық-емханалық және стационарлық мекемелерде науқастарды тартудың сабақтастығы туралы терең ақпарат береді. Госпитальдық диагноздардың артықшылығы-олар ауруханаға дейінгі кезеңде белгіленген диагноздарды растауға, нақтылауға немесе жокқа шығаруға мүмкіндік береді. Сонымен қатар, аурухана мекемелері халықтың АЕМ-ға жүгінуіне себеп болмаған аурулар туралы құнды деректер көзі болып табылады.

Алайда, осы деректердің барлық маңыздылығына қарамастан, халықтың денсаулық сақтау ұйымдарына жүгінуі бойынша аурушандық азаматтардың денсаулығын объективті

бағалауға мүмкіндік беретін толық көрініс бере алмайды. Бұл бірқатар себептерге байланысты:

1. Науқастың өз ауруына субъективті қатынасы (денсаулық жағдайында қандай да бір ауытқулары бар халықтың 25-30% - ы бір жыл ішінде медициналық көмекке жүгінбейді);
2. Жекелеген әкімшілік аумақтарда медициналық көмекті ұйымдастырудың әртүрлі деңгейлері (дәрігерлермен қамтамасыз етілуі, медициналық көмектің мамандануы, дәрігерлердің біліктілігі, дәрігерлік қызмет көрсету радиусының шамасы және көмектің қолжетімділігі, алдын алу жұмысының әртүрлі деңгейі);
3. Медициналық диагноздарды статистикалық есепке алу сапасының әр түрлі деңгейімен (бірдей диагнозды әртүрлі дәрігерлер жасай алады, мысалы, ойық жара ауруы — терапевт және хирург және бірнеше рет ескеріліп, әртүрлі мекемелерде — емханада, диспансерде, өнеркәсіптік кәсіпорынның медициналық - санитарлық бөлімінде және т.б. тіркелген).

Сонымен қатар, айналымға халықтың санитарлық мәдениеті, учаскелік медициналық қызметтің жағдайы, дәрігерлердің біліктілігі, диагноздардың "сәні" және басқа да көптеген факторлар әсер етеді. Сондықтан, айналымдағы ауру туралы мәліметтерді толықтыру үшін медициналық тексерулер нәтижесінде алынған ақпарат қолданылады.

Медициналық тексеріп-қарау деректері бойынша сырқаттанушылық

Медициналық тексеріп-қараулар қарап-тексеру кезінде клиникалық белгілері бар барлық созылмалы және жіті аурулар туралы, сондай-ақ жүйелер мен органдар функцияларының бұзылуынсыз болатын субклиникалық нысандар туралы неғұрлым толық ақпарат береді. Мүгедектікке және мерзімінен бұрын өлімге әкелетін неғұрлым кең таралған әлеуметтік мәні бар созылмалы аурулардың ерте және уақтылы диагностикасына ықпал ете отырып, медициналық қарап-тексеру денсаулық сақтаудағы профилактикалық бағытты дамытудың тиімді әдісі болып табылады.

Қойылған міндеттерге және қолданылатын ұйымдастырушылық технологияларға байланысты медициналық тексерулер алдын-ала, мерзімді және мақсатты болып бөлінеді. Алдын ала медициналық қарап-тексерулерді денсаулық жағдайының кәсіп немесе оқу талаптарына сәйкестігін анықтау, сондай-ақ кәсіптік зияндармен жұмыс жағдайында немесе оқу процесінде өршуі мүмкін ауруларды анықтау мақсатында жұмысқа немесе оқуға түсу кезінде жүргізеді.

Мерзімді медициналық тексерулердің мақсаты кәсіптік зияндылықтың әсері жағдайында жұмыс істейтіндердің денсаулық жағдайын динамикалық бақылау, Кәсіптік аурулардың бастапқы белгілерін уақтылы анықтау, зиянды, қауіпті заттармен және өндірістік факторлармен жұмысты жалғастыруға кедергі келтіретін жалпы ауруларды анықтау болып табылады. Олар жүргізілетін адамдардың контингентіне байланысты алдын ала және мерзімді медициналық тексерудің үш түрі бар:

1. Кәсіптік зияндармен байланысы бар кәсіпорындар, ұйымдар мен мекемелер қызметкерлерін медициналық тексеру;
2. Кәсібі халық арасында аурулардың таралуына ықпал ететін адамдарды медициналық тексеру (тамақ, балалар және кейбір коммуналдық қызметкерлер мекемелер);
3. Барлық жастағы балаларды, жасөспірімдерді, орта арнаулы оқу орындарының оқушыларын, студенттерді медициналық тексеру.

Нысаналы медициналық тексерулер, әдетте, әлеуметтік мәні бар аурулардың (қатерлі ісіктер, туберкулез, қант диабеті және т.б.) ерте нысандарын анықтау үшін жүргізіледі және ұйымдасқан және ұйымдастырылмаған халықтың әртүрлі топтарын қамтиды.

Денсаулық сақтау тәжірибесінде медициналық тексерулердің басқа түрлері бар-халықтың әртүрлі топтарына, мысалы, жеке көлік жүргізушілеріне, атыс қаруының иелеріне және т. б. бір реттік кешенді медициналық тексерулер.

Жаппай медициналық тексеруді оның сапасы тұрғысынан ұйымдастырудың ең жақсы тәсілі-оны диагностикалық құралдарды қолдана отырып, мамандар тобы жүргізеді. Алайда, мұндай тексерулер маңызды кадрларды, қаржылық және материалдық ресурстарды тарту

қажеттілігімен байланысты. Нәтижесінде, ресурстардың шектеулі көлемін тарта отырып, халықтың мүмкіндігінше көп бөлігін профилактикалық тексерулермен қамтуға ұмтылу «әр түрлі тестілерді қолдана отырып, зерттеудің заманауи ұйымдастырушылық нысандарын әзірлеуге және енгізуге» әкелді. Бұл ұйымдастырушылық формалар "скрининг" деп аталады (ағылшын тілінен, screening-елеу, елеу, іріктеу).

Скрининг-халықты жаппай тексеру және аурулары бар немесе аурудың бастапқы белгілері бар адамдарды анықтау.

Скринингтің негізгі мақсаты-тереңдетілген тексеруді, бейінді мамандардың консультацияларын талап ететін адамдарды бастапқы іріктеуді жүргізу, жете тексеру әдістері мен мерзімдерін таңдауды оңтайландыру, белгілі бір патологиямен ауыру қаупінің жоғары топтарын қалыптастыру. Зерттеудің бұл әдісі әдеттегі медициналық тексерулерге қарағанда үнемді.

Скринингтің екі негізгі формасы бар: бір профильді және көп профильді скрининг.

Бір бейінді (нысаналы) скрининг-жекелеген ауруларды немесе жай-күйлерді нысаналы анықтау үшін медициналық-ұйымдастыру іс-шараларының жүйесі.

Көпбейінді (көпмақсатты) скрининг-бірқатар ауруларды немесе жай-күйлерді анықтау үшін медициналық-ұйымдастыру іс-шараларының жүйесі. Қазіргі уақытта практикалық денсаулық сақтау саласында көп мақсатты (көп мақсатты) скринингтің ұйымдастырушылық формалары кеңінен таралуда

Медициналық тексерулер кезінде алынған ауру туралы ақпаратты талдау үшін патологиялық зақымдану көрсеткіші формула бойынша есептеледі:

Медициналық қарап — тексеру нәтижелері міндетті мерзімдік қарап-тексеруден өтетін адамдар үшін «кезеңдік қарап-тексеруге жататын картада» (046/у н.), «амбулаториялық науқастың медициналық картасында», «баланың даму тарихында», «баланың медициналық картасында белгіленеді...» (Н. 026/у-2000) — амбулаториялық-емханалық көмекке жүгінетін және диспансерлеуден өтетін адамдар үшін.

Дұрыс ұйымдастырылған және жүргізілген медициналық тексерулер кезінде 1000 тексерілген халыққа шаққанда 1500-2000-ға жуық ауру жағдайлары қосымша анықталады, оларға байланысты жыл ішінде денсаулық сақтау ұйымында медициналық көмекке жәрдем берілмеді.

Өлім себептері туралы деректер бойынша сырқаттанушылық

Сырқаттанушылық туралы толық мәлімет алу үшін халықтың денсаулық сақтау ұйымдарына жүгінген кезде тіркелген, медициналық тексеру кезінде анықталған аурулар адам өліміне әкеп соққан, бірақ пациенттің көзі тірісінде емдеу-алдын алу мекемелеріне жүгінуге себеп болмаған аурулар туралы деректермен толықтырылуы қажет, бұл жағдайда біз өлім себептері туралы деректер бойынша сырқаттанушылық туралы айтып отырмыз. Осылайша, өлім себептері туралы деректер бойынша сырқаттанушылық-бұл пациенттің көзі тірісінде Денсаулық сақтау ұйымдарына жүгінуі тіркелмеген сот-медициналық немесе патологоанатомиялық зерттеу кезінде анықталған аурулардың барлық жағдайлары.

Өлім себептері туралы деректер бойынша сырқаттанушылық туралы мәліметтер пациенттің денсаулық сақтау ұйымдарына жүгінуі кезінде анықталған диагноздармен өлімнің осы себептерінің қайталануын болдырмау үшін осы деректерді ММС аумақтық қорларының және сақтандыру медициналық ұйымдарының ПБД-мен салыстыра отырып, «қайтыс болу туралы медициналық куәліктерді» (Н. 106/у-98) және «перинаталдық өлім туралы медициналық куәліктерді» (Н. 106-2/у-98) әзірлеу жолымен алынады. Өкінішке орай, практикалық денсаулық сақтау саласында бұл деректер өте сирек қолданылады.

Арнайы зерттеулер көрсеткендей, өлімнің себебі болған, бірақ пациенттердің өмірі кезінде емдеу-профилактикалық мекемелерге жүгінулер тіркелмеген аурулар туралы деректерді әзірлеу 1000 тұрғынға 1,2—1,3 ауру жағдайын қосымша анықтауға мүмкіндік береді, олардың 80%-ға жуығы жүрек-қан тамырлары ауруларын құрайды.

Таусылған (шынайы) аурушаңдық

Халықтың денсаулық сақтау ұйымдарына жүгінуі кезінде анықталған, медициналық тексерулер нәтижесінде және өлім себептері туралы деректерді талдау кезінде қосымша алынған аурулар сырқаттанушылықтың көп жоспарлы көрсеткішінің жекелеген тараптарын сипаттайды және жеке алғанда, оны кешенді бағалауға мүмкіндік бермейді. Сондықтан халықтың сырқаттанушылығының неғұрлым толық сипаттамасы мына формула бойынша есептелетін таусылған (шынайы) сырқаттанушылық көрсеткіші болып табылады:

$$\text{Шынайы аурушаңдығы} = \frac{\begin{array}{l} \text{өтініш бойынша} \\ \text{осы жылы} \\ \text{анықталған барлық} \\ \text{аурулардың саны} + \text{қосымша медициналық} \\ \text{тексерулерде анықталған} \\ \text{аурулардың саны} + \text{науқастың өліміне} \\ \text{себеп болған} \\ \text{аурулар саны} \cdot 1000 \end{array}}{\text{Халықтың орташа саны}}$$

Осылайша, таусылған (шынайы) ауру-бұл медициналық тексерулер кезінде анықталған ауру жағдайлары мен өлім себептері туралы мәліметтермен толықтырылған жалпы ауру. Бұл көрсеткіш халықтың сырқаттанушылығының жеткілікті толық сипаттамасы болып табылады, алайда мемлекеттік статистикада көзделмеген және тек арнайы іріктемелі зерттеулер жүргізген кезде және өңірлерде қалыптасқан халықтың денсаулығы болған кезде ғана есептеледі.

Аса маңызды әлеуметтік мәні бар аурулармен сырқаттанушылық

Қатерлі ісіктер, туберкулез, АИТВ-инфекциясы және ЖИТС, көбінесе жыныстық жолмен берілетін инфекциялар (ЖЖБИ), маскүнемдік, нашақорлық, психикалық бұзылулар және басқалары жататын жекелеген әлеуметтік мәні бар аурулар арнайы есепке алуға жатады. Олардың арнайы есебін ұйымдастыру, әдетте, науқастарды ерте анықтауды, жан-жақты тексеруді, оларды диспансерлік есепке алуды, үнемі бақылауды және арнайы емдеуді және кейбір жағдайларда байланыстарды анықтауды қажет ететіндігімен байланысты.

Әлеуметтік маңызы бар аурулар анықталған кезде:

1. Мезез, гонорея, трихомоноз, хламидиоз, урогенитальды герпес, аногенитальды сүйелдер, Микроспория, фавус, трихофития, табан микозы, қышыма диагнозы жаңадан анықталған науқас туралы хабарлама (089/у-кв Н.);
2. Туберкулездің қайталануымен, туберкулездің диагнозымен алғаш рет анықталған науқас туралы хабарлама (ф. 089 / у-туб);
3. Өмірінде алғаш рет қатерлі ісік диагнозы қойылған науқас туралы хабарлама (Н. 090/Е);
4. Өмірінде алғаш рет нашақорлықтың диагнозы қойылған науқас туралы хабарлама (ф.091 / у).

089/у-кв және 089/у-туб нысандарын өмірінде бірінші рет осы ауру анықталған барлық науқастарға ведомстволық бағыныстылығына қарамастан профилактикалық қарап-тексеру, стационарда тексеру және т.б.) барлық медициналық ұйымдардың дәрігерлері толтырады. Бір науқаста екі инфекция, мысалы гонорея және мезез анықталған жағдайда, хабарлама әрбір ауруға жеке толтырылады. Сіз бір инфекцияның екі диагнозын енгізе алмайсыз, мысалы, жасырын мезез және висцеральды мезез. Қандай диагноз басым екенін анықтап, оны ғана көрсету керек. Науқаста туберкулездің екі локализациясы болған кезде (өкпе туберкулезі және тізе буынының туберкулезі) екі локализация да көрсетіледі. Бірінші кезекте ауыр жеңіліс. Нозологиялық нысанның ішінде диагноз өзгерген кезде жаңа хабарлама толтырылады және оған алдыңғы хабарламамен бірдей нөмір беріледі.

Толтырылған хабарламалар диагноз қойылғаннан кейін 3 күн мерзімде аумақтық диспансерлерге (тері-венерологиялық немесе туберкулезге қарсы) жіберіледі.

Жұқпалы аурушандық

Анықталған инфекциялық аурудың әрбір жағдайы туралы аумақтық гигиена және эпидемиология орталықтарына хабарлануы тиіс

Эпидемиялық сырқаттанушылықты зерделеу үшін негізгі құжат «тауашалық жұқпалы ауру, жіті, кәсіби улану, егуге ерекше реакция туралы шұғыл хабарлама» (058/е н.) болып табылады. Науқастанғандар туралы мәліметтер «инфекциялық ауруларды есепке алу журналында» (060/е н.) тіркеледі.

Диагноз қойған немесе инфекциялық ауруға күдіктенген медицина қызметкері 12 сағат ішінде шұғыл хабарлама жасауға және оны аумақтық гигиена және эпидемиология орталығына (науқастың тұрғылықты жеріне қарамастан, қамқорлықты тіркеу орны бойынша) жіберуге міндетті. Фельдшерлік-акушерлік пункттердің (ФАП) медицина қызметкерлері шұғыл хабарламаны екі данада жасайды: бірінші данасын — гигиена және эпидемиология аумақтық орталығына, екінші данасын-осы ФАП қарауындағы емдеу мекемесіне (ауылдық учаскелік, аудандық немесе қалалық ауруханаға, амбулаторияға, емханаға және т.б.) жібереді.

Жұқпалы ауруды анықтаған немесе күдіктенген жедел медициналық жәрдем станцияларының медицина қызметкерлері шұғыл ауруханаға жатқызуды талап ететін жағдайларда анықталған науқас және оны ауруханаға жатқызу туралы телефон арқылы аумақтық гигиена және эпидемиология орталықтарына хабарлайды, ал қалған жағдайларда науқас тұратын қызмет көрсету ауданындағы емханаға (амбулаторияға) дәрігерді науқасқа үйіне жіберу қажеттігі туралы хабарлайды. Мұндай жағдайларда шұғыл хабарламаларды науқас емдеуге жатқызылған стационардың дәрігері немесе науқасқа үйінде барған емхананың дәрігері жасайды. Инфекциялық ауруларды есепке алудың толықтығы, дұрыстығы және уақтылығы, сондай - ақ олар туралы аумақтық гигиена және эпидемиология орталықтарына жедел және толық хабарлау үшін емдеу-алдын алу мекемесінің бас дәрігері жауапты болады. Хабарламалар мен журналдардың негізінде жедел құжаттардан басқа аумақтық гигиена және эпидемиология орталықтары ай сайын «инфекциялық аурулардың қозғалысы туралы» есеп жасайды (ф. 85-инф), ол жоғары тұрған ұйымдар үшін инфекциялық аурулар туралы жалғыз ақпарат көзі болып табылады. Ф. 058/е инфекциялық сырқаттанушылықты егжей-тегжейлі талдау үшін "инфекциялық аурулар ошағын эпидемиологиялық тексеру картасы" пайдаланылады (Н. 357 / Е).

Еңбекке қабілеттілігін уақытша жоғалтумен сырқаттанушылық

Еңбекке қабілеттілігін уақытша жоғалтумен сырқаттанушылық (ЕУЖС) әлеуметтік-экономикалық маңыздылығына байланысты сырқаттанушылық статистикасында ерекше орын алады. ЕУЖС -ты талдау кезінде барлық аурулар еңбекке жарамдылықты жоғалтуға әкеп соқпайтынын есте сақтау керек. Еңбекке қабілеттілігін уақытша жоғалтумен сырқаттанушылық көрсеткішіне елеулі әсер етеді еңбекке жарамсыздық жағдайларын төлеу туралы заңнама және еңбекке жарамдылықты сараптау жағдайы.

Сонымен қатар, ЕУЖС деңгейіне еңбек жағдайлары, еңбек процестерін ұйымдастыру, өмір сүру жағдайлары, медициналық қызметтерді ұйымдастыру және сапасы, медициналық сараптама сапасы және жұмысшылардың құрамы әсер етеді. Ауру созылмалы шамадан тыс жұмыс, еңбекті ұйымдастырудың бұзылуы, өндірістік факторлар мен жағдайлар кешенінің зиянды әсерінің нәтижесі болуы мүмкін, ұжымдағы психологиялық үйлесімсіздік, емдеу - профилактикалық көмек көрсетуді нақты ұйымдастыру жеткіліксіз және т.б.

Сіз ай сайын ЕУЖС зерттеуіңіз керек — сонда ғана аурудың себептерін анықтай аласыз. Звеноны талдау кезінде кәсіпорынның жекелеген құрылымдық бөлімшелерінің аурушандық көрсеткіштерін кәсіпорын бойынша орташа көрсеткіштермен, сол саланың басқа да кәсіпорындарының көрсетуімен салыстырады, сырқаттанушылықтың

маусымдылығын ескереді және т. б. анал және звук негізгі міндеті сырқаттанушылықты төмендету бойынша іс-шараларды әзірлеу болып табылады және жалпы кәсіпорында жұмыс істейді.

Уақытша еңбекке жарамсыздық фактісін анықтау маңызды заңды мәнге ие, өйткені ол азаматқа жұмыстан босатылуға және жәрдемақы алуға кепілдік береді, Осыған байланысты қоңырау арнайы есепке алынып, талданады. ЕУЖС зерделеу кезінде байқау бірлігі ауру емес, еңбекке қабілеттілігінен айырылу жағдайы болып табылады, осыған байланысты аурулардан басқа еңбекке жарамсыздықтың басқа да жағдайлары ескеріледі: жүктілікке және босануға, карантинге, науқасқа күтім жасауға және т. б. байланысты.

Уақытша еңбекке жарамсыздығын куәландыратын және жұмыстан (оқудан) уақытша босатылуын растайтын құжаттар "еңбекке жарамсыздық парағы" және жекелеген жағдайларда "студенттің, техникум, кәсіптік — техникалық училище оқушысының еңбекке уақытша жарамсыздығы туралы, ауруы, карантині және мектепке дейінгі балалар мекемесіне баратын баланың болмауының өзге де себептері туралы анықтама" (095/у н.) белгіленген нысандағы анықтамалар болып табылады.

Уақытша еңбекке жарамсыздығымен сырқаттанушылықты талдау үшін мынадай көрсеткіштер есептеледі:

ЕУЖС тіркейтін негізгі статистикалық құжат «еңбекке уақытша жарамсыздық себептері туралы мәліметтер» болып табылады (Н. 16-ВН). Бұл құжат деңгейді талдауға мүмкіндік береді және еңбекке жарамсыздық жағдайлары мен күндеріндегі жекелеген аурулардың құрылымы. Емдеу-алдын алу мекемесінің мемлекеттік статистикалық есебін қалыптастыруды біріздендіру мақсатында «Еңбекке уақытша жарамсыздықтың аяқталған жағдайына арналған талонды» (Н. 025-9/у-96) пайдаланады.

ЕУЖС көрсеткіштерін бағалау үшін ЕЛ шкаласын қолданған жөн.

Еңбекке уақытша жарамсыздық күндерінің құрылымында (жүктілік және босану бойынша демалыстарды қоспағанда) бірінші орында тыныс алу ағзаларының аурулары (20,0 %), екінші орында — жарақаттар мен уланулар (15,6%), үшінші орында-сүйек-бұлшық ет жүйесі мен дәнекер тін аурулары (13,3%).

Мүгедектік қоғамдық денсаулықтың маңызды медициналық-әлеуметтік индикаторы болып табылады және әлеуметтік-экономикалық даму деңгейін, қоғамды, аумақтың экологиялық жай-күйін, жүргізілетін профилактикалық іс-шаралардың сапасын сипаттайды.

Мүгедектік мәселесі мемлекеттің әлеуметтік саясатының әртүрлі аспектілерімен байланысты және елдің экономикалық, мәдени даму деңгейіне, қоғамның менталитетіне байланысты. Мүгедектік арнайы биосоциалдық санат ретінде қарастырылады, оның негізгі компоненттері ауру, мүгедектік, әлеуметтік бейімделу болып табылады. Бұл ретте мертігу салдарынан мүгедектік организмнің жекелеген органдары мен жүйелерінің функцияларын шектеуден немесе жоғалтудан тұрады, сол арқылы индивидтің өнімді қызметке қабілетін төмендетуге алып келеді деп танылады.

Мүгедек (лат. *invalidus*-әлсіз, әлсіз) - ағзаның функциясының тұрақты бұзылуымен, аурулардан, жарақаттардың немесе ақаулардың салдарынан денсаулығының бұзылуы бар, өмірдің шектелуіне әкелетін және оны әлеуметтік қорғау қажеттілігін тудыратын адам.

Мүгедектіктің басталу жағдайларына байланысты мүгедектіктің келесі себептері бөлінеді.

- жалпы ауру салдарынан мүгедектік, кәсіптік аурулармен, еңбекте мертігумен, әскери жарақатпен және т. б. тікелей байланысты жағдайларды қоспағанда, мүгедектіктің неғұрлым жиі себебі болып табылады.

- еңбек жарақатына байланысты мүгедектік өндірістегі жазатайым оқиғаға байланысты денсаулығының зақымдануы салдарынан мүгедектігі туындаған азаматтарға белгіленеді.

- кәсіптік ауру салдарынан мүгедектік жедел және созылмалы кәсіптік аурулар салдарынан мүгедектігі туындаған азаматтарға белгіленеді.

- бала кезінен мүгедектік: мүгедек деп танылған 18 жасқа дейінгі адамға,

«мүгедек бала» мәртебесі белгіленеді;

-18 және одан жоғары жасқа толған кезде бұл адамдарға «бала кезінен мүгедектік» мәртебесі белгіленеді.

Бұрынғы әскери қызметшілердің мүгедектігі әскери міндеттерді орындауға байланысты науқастанулар мен жарақаттар кезінде белгіленеді.

Радиациялық апаттар салдарынан мүгедектік Чернобыль АЭС-індегі, "Маяк" өндірістік бірлестігіндегі және т. б. аварияларды жою салдарынан мүгедектігі туындаған азаматтарға белгіленеді.

Адамды мүгедек деп тану оның клиникалық-функционалдық, әлеуметтік-тұрмыстық, кәсіптік-еңбек және психологиялық деректерін талдау негізінде оның денсаулық жағдайын кешенді бағалауға сүйене отырып және медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу кезінде ғана жүзеге асырылады.

Мүгедектікті айқындау критерийлері және мүгедектерді оңалту

Аурулар, жарақаттар немесе ақаулар салдарынан туындаған организм функцияларының тұрақты бұзылуына байланысты тіршілік әрекетінің шектелу дәрежесіне қарай мүгедек деп танылған адамға мүгедектіктің I, II немесе III тобы, ал 18 жасқа дейінгі балаға — «мүгедек бала» санаты белгіленеді.

Адам ағзасы функциясының бұзылуының негізгі түрлеріне мыналар жатады:

1. Психикалық функциялардың бұзылуы (қабылдау, зейін, есте сақтау, ойлау, интеллект, эмоциялар, ерік, сана, мінез-құлық, психомоторлық функциялар);
2. Тілдік және сөйлеу функцияларының бұзылуы (ауызша (ринолалия, дизартрия, кекіру, Алия, афазия) және жазбаша (дисграфия, дислексия), ауызша және вербальды емес сөйлеу, дауыс түзілуінің бұзылуы және т. б.);
3. Сенсорлық функциялардың бұзылуы (көру, есту, иіс сезу, жанасу, сезу, ауырсыну, температура және сезімталдықтың басқа түрлері);
4. С татодинамикалық функциялардың бұзылуы (бастың, дененің, аяқ-қолдардың қозғалыс функциялары, статика, қозғалыстарды үйлестіру);
5. Қан айналымы, тыныс алу, ас қорыту, бөлу, қан түзу, зат алмасу және энергия, ішкі секреция, иммунитет функцияларының бұзылуы;
6. Физикалық деформациядан туындаған бұзылулар (сыртқы деформацияға әкелетін бет, бас, Магистраль, аяқ-қолдардың деформациясы, ас қорыту, зәр шығару, тыныс алу жолдарының қалыптан тыс тесіктері дене көлемінің бұзылуы).

Адам өмірінің негізгі санаттарына мыналар жатады:

- өзіне өзі қызмет көрсету қабілеті;
- өздігінен қозғалу қабілеті;
- бағдарлау қабілеті
- қарым-қатынас қабілеті;
- оқу қабілеті;.
- еңбек ету қабілеті.

Мүгедектіктің I тобын анықтау критерийі-бұл өмір сүру санаттарының бірінің күрт шектелуіне немесе олардың үйлесуіне әкелетін ауруларға, жарақат немесе ақауларға байланысты дене функцияларының тұрақты, айқын бұзылуы салдарынан денсаулықтың бұзылуы салдарынан әлеуметтік қорғауды немесе көмекті қажет ететін әлеуметтік жетіспеушілік.

Мүгедектіктің I тобын белгілеуге арналған айғақтар:

- өзіне-өзі қызмет көрсетуге қабілетсіздігі, тұрақты бөгде адамның көмегіне мұқтаждығы және басқа адамдарға толық тәуелді болуы;
- өз бетінше жүріп-тұруға қабілетсіздігі және басқа адамдардың тұрақты көмекке мұқтаждығы;

- бағдарлануға қабілетсіздік (бағдарланбау) және басқа адамдардың тұрақты көмегіне және/немесе қадағалауына мұқтаждық;
- қарым-қатынасқа қабілетсіздігі және басқа адамдардың тұрақты көмегіне мұқтаждығы;
- өзінің мінез-құлқын бақылау қабілетсіздігі, оны түзете алмау, басқа адамдардың тұрақты көмегіне (қадағалауына) мұқтаждығы;
- оқу қабілетсіздігі;
- кез келген еңбек қызметіне қабілетсіздік немесе кез келген еңбек қызметіне қабілетсіздік (қарсы көрсетілім).

Мүгедектіктің II тобын белгілеу үшін өлшемшарт тыныс-тіршілік санаттарының бірінің шектелуіне не олардың үйлесуіне әкеп соқтыратын аурулардан, жарақаттар немесе кемістіктер салдарынан организм функцияларының тұрақты айқын бұзылуы салдарынан денсаулықтың бұзылуы салдарынан әлеуметтік қорғауды немесе көмекті талап ететін әлеуметтік жеткіліксіздік болып табылады.

Мүгедектіктің II тобын белгілеуге арналған айғақтар:

- өзін-өзі күту қабілеті басқа адамдардың жүйелі түрде ішінара көмегімен және қажет болған кезде қосалқы техникалық құралдарды пайдалана отырып;
- қажет болған кезде қосалқы техникалық құралдарды пайдалана отырып, басқатұлғалардың тұрақты ішінара көмегімен өз бетінше жүріп-тұру қабілеті; қажет болған кезде қосалқы техникалық құралдарды пайдалана отырып, басқа тұлғалардың тұрақты ішінара көмегімен бағдарлау қабілеті;
- қажет болған жағдайда қосалқы техникалық құралдарды пайдалана отырып, басқа тұлғалардың тұрақты ішінара көмегі кезінде қарым-қатынас жасау қабілеті;
- мінез-құлқына және қоршаған ортаға деген сынның үнемі төмендеуі басқа адамдардың тұрақты көмегі арқылы ғана ішінара түзету мүмкіндігі;
- қажет болған жағдайда қосымша техникалық құралдарды пайдалана отырып, арнайы бағдарламалар бойынша білім алушыларға, тәрбиеленушілерге, денсаулық мүмкіндіктері шектеулі балаларға арналған арнайы (түзету) жалпы білім беру мекемелерінде ғана немесе үйде оқыту қабілеті;
- арнайы жасалған еңбек жағдайларында еңбек қызметін орындау қабілеті қосалқы техникалық құралдарды пайдалана және / немесе басқа тұлғалардың көмегімен.

Мүгедектік тобын анықтау критерийі өмір сүру санаттарының бірінің шамалы немесе орташа айқын шектелуіне немесе олардың үйлесуіне әкеп соқтыратын аурулардан, жарақаттар немесе ақаулар салдарынан организм функцияларының тұрақты елеусіз немесе орташа айқын білінетін бұзылулары бар денсаулықтың бұзылуы салдарынан әлеуметтік қорғауды немесе көмекті талап ететін әлеуметтік жеткіліксіздік болып табылады.

Мүгедектіктің III тобын белгілеуге арналған айғақтар:

- неғұрлым ұзақ уақыт жұмсау, оны орындаудың бөлшектенуі, қажет болған кезде қосалқы техникалық құралдарды пайдалана отырып, көлемін қысқарту кезінде өзіне-өзі қызмет көрсету қабілеті;
- қажет болған кезде қосымша техникалық құралдарды пайдалана отырып, уақытты, орындаудың бөлшектілігін және қашықтықты неғұрлым ұзақ уақыт жұмсау кезінде өз бетінше жүріп-тұру қабілеті;
- тек үйреншікті жағдайда ғана өз бетінше және/немесе қосалқы техникалық құралдардың көмегімен бағдарлау қабілеті;
- ақпаратты алу және беру қарқыны мен көлемінің төмендеуімен қарым-қатынас жасау қабілеті; қажет болған жағдайда көмекші техникалық көмек құралдарын пайдалану; есту мүшесінің оқшауланған зақымдануы кезінде-вербалды емес тәсілдер мен сурдоаударма бойынша қызметтерді пайдалана отырып қарым-қатынас жасау қабілеті;
- күрделі өмірлік жағдайларда өзінің мінез-құлқын бақылау қабілетінің мезгіл-мезгіл пайда болатын шектелуі және/немесе ішінара өзін-өзі түзету мүмкіндігімен өмірдің жекелеген салаларына әсер ететін рөлдік функцияларды орындаудың тұрақты қиындығы; оқу қабілеті; еңбек қызметіне қабілеттілігі.

Мүгедектіктің I тобын анықтау критерийі-бұл аурудың, жарақат салдарының немесе ақаулардың салдарынан ағзаның функцияларының тұрақты, айқын бұзылуы салдарынан әлеуметтік қорғауды немесе көмекті қажет ететін әлеуметтік жетіспеушілік. өмір категориялары немесе олардың комбинациясы.

-оқытудың арнайы әдістерін пайдалана отырып, жалпы мақсаттағы білім беру мекемелерінде мемлекеттік білім беру стандарттары шеңберінде оқуға, сондай-ақ белгілі бір деңгейде білім алуға қабілеті; қажет болған кезде қосалқы техникалық құралдар мен технологияларды қолдана отырып;

Біліктіліктің, ауырлықтың, шиеленістің төмендеуі және/немесе жұмыс көлемінің азаюы кезінде дағдылы еңбек жағдайларында еңбек қызметін орындауға қабілеттілігі, дағдылы еңбек жағдайларында біліктілігі анағұрлым төмен еңбек қызметін орындау мүмкіндігін сақтай отырып, негізгі кәсібі бойынша жұмысты жалғастыруға қабілетсіздігі.

Мүгедек деп танылған адамға мүгедектік тобын және еңбек қызметіне қабілеттілігі шектелу дәрежесін көрсете отырып не еңбек қызметіне қабілеттілігі шектелмей мүгедектік тобын көрсете отырып, мүгедектіктің анықталу фактісін растайтын анықтама беріледі.

Мүгедектердің денсаулық жағдайын динамикалық бақылау және компенсаторлық және бейімделу мүмкіндіктерінің дамуын болжау мақсатында оларды жүйелі түрде қайта куәландыру жүргізіледі. II және III топтағы мүгедектер жыл сайын қайта куәландырудан өтеді. I топ-2 жылда бір рет.

Мүгедектік тобын қайта куәландыру мерзімі көрсетілмей ("мүгедек бала" санаты 18 жасқа толғанға дейін) белгілеу Азаматты алғаш рет мүгедек деп тану кезінде ("мүгедек бала" санаты белгіленгенде), науқас медициналық-әлеуметтік сараптамаға жіберілгенге дейін оған жүргізілген оңалту іс-шараларының оң нәтижелері болмаған кезде жүзеге асырылуы мүмкін. Бұл ретте, бағытта осындай оңалту іс-шараларының оң нәтижелерінің жоқтығы туралы деректер болуы қажет.

Мүгедек деп танылған азамат үшін олар медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізген бюро мамандары оңалтудың жеке бағдарламасын (ОЖБ) әзірлейді, ол мүгедектің соматикалық жай-күйінің болжамды деңгейін, психофизиологиялық төзімділігін, әлеуметтік мәртебесі мен әлеуметтік-орта инфрақұрылымының нақты мүмкіндіктерін ескере отырып, оның қажеттіліктерінің құрылымына, мүдделерінің шеңберіне, талап қою деңгейіне сәйкес оның тұрмыстық, қоғамдық және кәсіптік қызметке қабілетін қалпына келтіруге бағытталған оңалту іс-шараларының тізбесін білдіреді. ОЖБ-да ұсынылатын оңалту іс-шараларының түрлері, нысандары, олардың көлемі, өткізу мерзімдері және орындаушылар айқындалады.

Мүгедектерді оңалту-организм функцияларының тұрақты бұзылуымен денсаулықтың бұзылуынан туындаған тіршілік-тынысының шектелуін жоюға немесе барынша толық өтеуге бағытталған медициналық, психологиялық, педагогикалық, әлеуметтік-экономикалық іс-шаралар процесі мен жүйесі.

Мүгедектерді оңалтудың келесі негізгі түрлері бар.

Медициналық оңалту-бұзылған функцияларды қалпына келтіруге немесе мүгедекті өмірге және қоғамдық пайдалы қызметке бейімдейтін әртүрлі емдік және түзету іс-шараларын жүргізуге бағытталған оңалту түрі.

Психологиялық оңалту-мүгедектің белсенді өмірлік ұстанымын және оң еңбек көзқарасын дамытуға бағытталған оңалту түрі, негізінен психотерапия есебінен.

Кәсіптік оңалту-кәсіптік бағдарлау, кәсіптік даярлау және қайта даярлау жөніндегі іс-шаралар кешені, тиісті мамандықты таңдау, жеке адамның денсаулық жағдайына жауап беретін еңбек жағдайларын қамтамасыз ету және жұмыс орнын оның ақауына ықпал ету және т. б.

Әлеуметтік оңалту-жеке адамның тәуелсіз әлеуметтік және отбасылық-тұрмыстық іс-әрекетке қабілеттілігін қалпына келтіру процесі. Ол әлеуметтік-экологиялық бағдарлауды және әлеуметтік-тұрмыстық бейімделуді қамтиды. Әлеуметтік-орта бағдарлау-бұл жалпы және отбасылық-тұрмыстық қызметтің қол жетімді түрлерін жеке таңдау, ал әлеуметтік-

тұрмыстық бейімделу әлеуметтік және отбасылық өмірдің оңтайлы режимдерін нақты әлеуметтік-экологиялық жағдайда анықтайды және мүгедектің оларға бейімделуі.

Мүгедектерді толық медициналық және кәсіптік оңалтудың жоғары көрсеткіштеріне қол жеткізу үшін оңалтудың барлық осы түрлерін кешенді пайдалану қажет.

Мүгедектік статистикасы

Мүгедектік жағдайларын тіркеу үшін ААЭС бюросында 7-собес нысаны жүргізіледі. Бұл нысанда алғаш рет мүгедек деп танылған 18 жастан асқан адамдардың саны, құрамы, ағымдағы жылғы мүгедектерді қайта куәландыру нәтижелері, сондай-ақ мүгедектерді медициналық, кәсіптік және әлеуметтік оңалту көрсеткіштері туралы деректер бар.

Статистикалық құжаттарды әзірлеу негізінде халық мүгедектігінің мынадай негізгі көрсеткіштері есептеледі:

1. Алғашқы мүгедектік көрсеткіші;
2. Алғашқы мүгедектік құрылымының көрсеткіші (себептері бойынша);
3. Алғашқы мүгедектік құрылымының көрсеткіші (мүгедектік топтары бойынша);
4. Мүгедектерді толық медициналық және кәсіптік оңалту көрсеткіші;
5. Мүгедектерді ішінара Медициналық және кәсіптік оңалтудың жиынтық көрсеткіші.

Алғашқы мүгедектік көрсеткіші осы жылы алғаш рет белгіленген мүгедектік жағдайларының халық арасында таралуын сипаттайды.

Мүгедектерді толық медициналық және кәсіптік оңалту көрсеткіші еңбекке қабілеттілігін тұрақты жоғалтуды жоюға бағытталған медициналық, психологиялық, педагогикалық, әлеуметтік-экономикалық іс-шаралардың тиімділігін сипаттайды.

Мүгедектерді ішінара медициналық және кәсіптік оңалтудың жиынтық көрсеткіші тұрақты мүгедектіктің ішінара өтелуіне бағытталған медициналық, психологиялық, педагогикалық, әлеуметтік-экономикалық іс-шаралардың тиімділігін сипаттайды.

Мүгедектік деңгейін төмендету, жүргізілетін оңалту іс-шараларының тиімділігін арттыру және жұмыс істейтін азаматтардың денсаулығын сақтау үшін жүйелі ведомствоаралық тәсіл талап етіледі. Ол ең алдымен стационарлық және амбулаториялық-емханалық мекемелер арасындағы емдеу мен оңалтудың сабақтастығы жүйесін жетілдіруді, сондай-ақ патронаждық қызметтің жұмысын жақсарту.

Жұмыс істейтін азаматтар үшін міндетті әлеуметтік сақтандыру қаражаты есебінен санаторий - курорттық ұйымдар жағдайында тікелей стационарлық емдеуден кейін емдеу бағдарламаларын кеңейту қажет. Ерікті медициналық сақтандыру қаражатын тарту арқылы қызметкерлерді санаторий-курорттық емдеуді және сауықтыруды ұйымдастыру перспективалы бағыт болып табылады. Осының бәрі нәтижесінде елдің еңбек әлеуетін сақтау және мүгедектігі бойынша зейнетақы, еңбекке уақытша қабілетсіздігі бойынша жәрдемақы төлеуге жұмсалатын қаржылық шығындарды азайту есебінен мемлекеттің экономикалық шығындарын азайтуға алып келеді.

Аурулар мен денсаулыққа байланысты проблемалардың халықаралық статистикалық жіктелуі

Ауру мен өлім себептерін зерттеу үшін әлемнің барлық елдерінде қолданылатын негізгі нормативтік құжат аурулар мен денсаулыққа байланысты проблемалардың халықаралық статистикалық жіктелуі (АХЖ) болып табылады. АХЖ-медицина ғылымының қазіргі даму кезеңін көрсететін аурулар мен патологиялық жағдайларды топтастыру жүйесі. ICD ДДҰ шамамен 10 жыл сайын қайта қаралып, бекітіледі. Қазіргі уақытта 10-шы қайта қараудың халықаралық жіктелуі жұмыс істейді (АХЖ-10)

АХЖ-10 3 томнан тұрады. 1-том үш таңбалы айдарлар мен төрт таңбалы кіші айдарлардың толық тізбесін, сондай-ақ өлім-жітім мен сырқаттанушылық деректерін статистикалық әзірлеуге арналған арнайы тізбелерді қамтиды. 1-томда АХЖ-10 негізгі терминдерінің анықтамалары да бар, негізінен балалар мен аналар өлімі үшін. 2-томға АХЖ-10 сипаттамасы, оның мақсаты, қолданылу саласы, нұсқаулықтар, пайдалану қағидалары, өлім мен аурулардың себептерін кодтау қағидалары, сондай-ақ ақпаратты статистикалық

ұсынуға қойылатын негізгі талаптар кіреді. 3-том аурулардың алфавиттік тізбесінен және зақымдану (жарақат) сипатынан, зақымданудың сыртқы себептерінің тізбесінен және дәрілер мен химикаттар кестесінен (шамамен 5,5 мың атау) тұрады. АХЖ пайдаланған кезде оның жекелеген клиникалық жағдайларды индекстеуге арналмағанын және жарамсыз екенін есте сақтау керек.

Тәуекел факторлары және алдын-алу

1. Денсаулық сақтау жүйесі арқылы жүзеге асырылатын алдын-алу шараларының кешені медициналық алдын-алу деп аталады.
2. Халыққа қатысты медициналық алдын-алу жеке, топтық және популяциялық (массалық).
3. Жеке профилактика-жеке тұлғалармен профилактикалық іс-шаралар жүргізу,
4. Топтық-қауіп факторлары ұқсас адамдар тобымен,
5. Популяция үлкен популяцияны (популяцияны) немесе жалпы популяцияны қамтиды.

Аурулардың медициналық профилактикасы міндетті медициналық сақтандырудың базалық бағдарламасын, сондай-ақ профилактикалық егулердің ұлттық күнтізбесіне және эпидемиялық айғақтар бойынша профилактикалық егулердің күнтізбесіне сәйкес инфекциялық аурулардың иммунопрофилактикасы бағдарламасын қамтитын Мемлекеттік кепілдік бағдарламасы шеңберінде мемлекеттік билік органдары, жергілікті өзін-өзі басқару органдары және медициналық ұйымдар жүргізетін әлеуметтік, санитариялық-эпидемияға қарсы және медициналық-санитариялық іс-шаралар жүйесінің көмегімен жүзеге асырылады.

Сонымен қатар, бастапқы, екінші және үшінші профилактика немесе оңалту бар.

Бастапқы профилактика-белгілі бір аурулардың пайда болуын және денсаулық жағдайындағы ауытқуларды болдырмауға бағытталған медициналық және медициналық емес шаралар кешені.

Бастапқы профилактика мыналарды көздейтін шаралар кешенін қамтиды:

1. Қоршаған ортаның зиянды факторларының адам ағзасына әсерін төмендету (атмосфералық ауаның, ауыз судың, топырақтың сапасын, тамақтану құрылымы мен сапасын, еңбек, тұрмыс және демалыс жағдайларын жақсарту, психоәлеуметтік күйзеліс деңгейін және өмір сапасына әсер ететін басқа да факторларды төмендету));
2. Салауатты өмір салтын қалыптастыру;
3. Кәсіби негізделген аурулардың және жарақаттардың, жазатайым оқиғалардың, сондай-ақ еңбекке қабілетті жастағы өлім жағдайларының алдын алу
4. Халықтың әртүрлі топтары арасында иммундық профилактика жүргізу.

Қайталама профилактика ауруларды ерте анықтауға, сондай-ақ олардың асқынуының, асқынуының және хронизациясының алдын алуға бағытталған медициналық, әлеуметтік, санитариялық-гигиеналық, психологиялық және өзге де шаралар кешенін білдіреді.

Екінші профилактика мыналарды қамтиды:

2. Пациенттерге және олардың отбасы мүшелеріне нақты аурумен байланысты білім мен дағдыларды мақсатты санитарлық-гигиеналық оқыту (бронх демікпесі, қант диабеті, гипертония және т. б. бар науқастарға денсаулық мектептерін ұйымдастыру.);
3. Дамудың ерте кезеңдерінде ауруларды анықтау мақсатында медициналық тексерулер жүргізу;
4. Профилактикалық (рецидивке қарсы) емдеу курстарын өткізу.

Үшінші профилактика немесе оңалту-организмнің бұзылған физиологиялық, әлеуметтік функцияларын, науқастар мен мүгедектердің өмір сүру сапасы мен еңбекке қабілеттілігін қалпына келтіруге (немесе орнын толтыруға) бағытталған медициналық, психологиялық, педагогикалық, әлеуметтік іс-шаралар кешені. Бұған қалпына келтіру медицинасы мен оңалту орталықтарының, сондай-ақ санаторий-курорттық мекемелердің желісін дамыту арқылы қол жеткізіледі.

Тақырып бойынша бақылау сұрақтары:

1. Аурушандық – бұл?
2. Аурулық – бұл?
3. Аурушандықты зертту әдістерін атаңыз.
4. Әдістердің қайсысы аурушандықтың нақты көрінісін береді?
5. ҚР аурушандықтың ерекшеліктерін атаңыз.
6. Қоғамдық денсаулық көрсеткіштері.

Барлық денсаулық сақтау органдары мен мекемелері үшін статистикалық есептіліктің бірыңғай нысандары, сондай-ақ есептің бірыңғай нысандары және оларды толтыру жөніндегі нұсқаулықтар бар. Бұл медициналық статистикаға қойылатын маңызды талаптардың бірін орындауға мүмкіндік береді- денсаулық сақтау бойынша статистикалық материалды мемлекеттік ауқымда қорытындылауға және нәтижелерді салыстыруға мүмкіндік береді.

Медициналық статистиканың маңызды негізгі белгілері:

- біріншіден, оның басқару процесімен байланысы, Денсаулық сақтау саласындағы іс-шараларды жоспарлау және олардың іске асырылуын бағалау үшін статистикалық деректерді пайдалану, бұған ай сайынғы, тоқсан сайынғы және жылдық, атап айтқанда, халықтың денсаулығын сақтау саласындағы хабарламалар дәлел бола алады;

- екіншіден, денсаулық сақтау ұйымының практикалық міндеттерімен тығыз өзара байланыс: статистикалық деректер денсаулық сақтау органдары мен мекемелерінің басшыларын желінің, кадрлардың және мекемелердің емдеу-алдын алу қызметінің жай-күйіне қатысты бағдарлайды, қолда бар жетістіктерді көрсетеді, кемшіліктерді ашады және сол арқылы елде денсаулық сақтауды одан әрі дамыту жолдарын айқындауға жәрдемдеседі.

Аудан, қала, облыс, республика бойынша денсаулық сақтау органдары мен мекемелерінің желілері, кадрлары және қызметі туралы статистикалық деректер тұтастай алғанда жекелеген Денсаулық сақтау мекемелерінің статистикалық есептілік материалдарының жиынтығы негізінде қалыптастырылады. Осыған байланысты кез келген емдеу-алдын алу мекемесі мен денсаулық сақтауды басқару органдарының статистикалық есептілігінің толықтығы мен дұрыстығын қамтамасыз ету әрбір денсаулық сақтауды ұйымдастырушының маңызды мемлекеттік міндеті болып табылады.

Статистикалық есеп және есеп беру көбінесе медициналық мекеме қызметкерлері мен оның жетекшісі үшін қажет. Жылдық медициналық статистикалық есеп мекеме жұмысының көлемі мен сипаты, есепті кезеңде мекеме қызметі өткен жағдайлар туралы деректер жиынтығын ұсынады.

Бұл деректерді талдау тұтастай алғанда мекеменің немесе оның жеке құрылымдық бөлімшелерінің теріс көрсеткіштерінің себептерін ашуға көмектеседі. Сонымен бірге, мекеменің шежіресі бола отырып, жылдан жылға дәйекті түрде жасалған жылдық есеп кез-келген анықтама, баяндама және т. б. үшін қажетті ақпаратты қамтиды.

Егер жылдық есептік деректер ағымдағы уақыт ісінің қазіргі жағдайын баяндайтын болса, онда материалдарды неғұрлым ұзақ кезең үшін талдау есепте көрсетілген құбылыстардың серпінін анықтауға мүмкіндік береді, емдеу - алдын алу мекемесі қызметінің сол немесе өзге тарапының даму бағытын көрсетеді.

Мемлекеттік есептіліктің негізіне салынатын және оның дұрыстығын қамтамасыз ететін іргетас бірыңғай нысандар мен ережелер бойынша жүргізілетін есепке алу болып табылады. Бухгалтерлік есепті дұрыс жүргізу кезінде Мемлекеттік есепті жасау қиын емес.

Емдеу-профилактикалық мекемелердегі медициналық есепке алу.

Медициналық есеп, медициналық есеп және оларды талдау дәйекті және өзара байланысты байланыстар болып табылады. Бұл байланыстардың өзара байланысы келесідей: дұрыс ұйымдастырылған медициналық есепке алу "медициналық қызмет көрсетуді" жақсарту үшін медициналық қызметкерлердің жұмысын ұтымды ұйымдастыруға ықпал етеді және мекеменің қызметі туралы мәліметтерді дәйекті түрде жинақтауға мүмкіндік береді.

Медициналық есептілік медициналық есепке алуды жүргізу процесінде жинақталған мәліметтерді жинақтаудың мемлекеттік жалпыға міндетті бағдарламасы болып табылады. Дұрыс ұйымдастырылған есепке алусыз мемлекеттік медициналық статистикалық есептіліктің сенімді мәліметтерін жасау мүмкін емес. Есепке алу және есептілік деректерін талдау медициналық есепке алу деректері негізінде ЕПМ қызметін зерделеуге, жұмыстағы жетістіктер мен кемшіліктерді анықтауға және олардың себептерін түсінуге мүмкіндік береді.

ЕПМ қызметін есепке алу көптеген сипаттамалары бар медициналық құжаттама негізінде жүзеге асырылады. Медициналық құжаттама көрсетілетін медициналық көмектің сипатын, көлемі мен сапасын көрсететін, оны ұйымдастыру және денсаулық сақтау қызметтерін басқару үшін халық пен жекелеген адамдардың денсаулық жағдайы туралы деректерді жазуға арналған құжаттар жиынтығын білдіреді.

Медициналық құжаттаманың 12 тобы бар:

1. Стационарларда қолданылатын медициналық есепке алу құжаттамасы.
2. Емханаларда (амбулаторияларда) пайдаланылатын медициналық есепке алу құжаттамасы.
3. Стационарлар мен емханаларда (амбулаторияларда) пайдаланылатын медициналық есепке алу құжаттамасы.
4. Емдеу-алдын алу мекемелерінің басқа түрлеріне арналған медициналық есепке алу құжаттамасы.
5. Сот-медициналық сараптама мекемелеріне арналған медициналық есепке алу құжаттамасы.
6. Емдеу-алдын алу мекемелерінің құрамындағы зертханаға арналған медициналық есепке алу құжаттамасы. Т.донорларды жинақтау және медициналық куәландыру кезінде қолданылатын медициналық құжаттама.
7. Қан мен оның компоненттерін дайындау кезінде қолданылатын медициналық құжаттама.
8. Экспедицияда қолданылатын медициналық құжаттама.
9. Резус зертханасында (клиникалық зертханада) пайдаланылатын медициналық құжаттама)
10. Стандартты сарысулар зертханасында қолданылатын медициналық құжаттама.
11. Құрғақ плазманы дайындау және қан препараттарын лиофильді әдіспен кептіру бөлімшесінде қолданылатын құжаттама.
12. Техникалық бақылау бөлімінде пайдаланылатын құжаттама

Медициналық есеп беру.

Бастапқы медициналық құжаттама негізінде медициналық есептілік қалыптасады - денсаулық сақтауды басқарудың жоғары тұрған органдарына денсаулық сақтау мекемелері мен органдары, басқару органдары, ұйымдары ұсынатын белгіленген нысандағы құжаттар жүйесі.

Медициналық есептілік халықтың денсаулығын, көрсетілетін медициналық көмектің көлемі мен сапасын, Денсаулық сақтау мекемелерінің ресурстарын және оларды пайдалану тиімділігін сипаттайды. Медициналық есеп беру медициналық статистиканың негізгі бөлігі болып табылады, ол үшін жоғары мәнге ие:

Денсаулық сақтау мекемелерінің қызметін жоспарлау мен реттеуді қамтамасыз ету; денсаулық сақтауды басқару органдары жүргізетін іс-шаралардың тиімділігін бағалау. Жылдық медициналық есеп-бұл деректердің қысқаша мазмұны:

- мекеме жұмысының көлемі мен сипаты туралы;
- есеп беру кезеңінде мекемелердің қызметі болған жағдайлар.

Денсаулық сақтау мекемелері өз қызметінің түріне қарай мемлекеттік немесе салалық есептілік болып табылатын тиісті есеп беру нысандарын жасайды.

Тақырып бойынша бақылау сұрақтары:

1. Медициналық құжаттар (ҚР-дағы медициналық құжаттарды нысанның атауымен, нөмірімен, сақтау мерзімімен тізіп жазу)
2. Медико-статистикалық ақпараттық жүйесі
3. Статистика дегеніміз не?
 1. Медициналық статистика немен айналысады?
 4. Медициналық есеп беру?

Тақырып №5. Қоғамдық денсаулық сақтаудың ұйымдастырушылық-құқықтық негіздері «Құқық теориясының негіздері»

ҚР азаматтары денсаулық сақтаудың ажырамас құқығына ие, ол қоршаған ортаны қорғау, қолайлы еңбек жағдайларын жасау, тұрмыс, демалыс, азаматтарды тәрбиелеу және оқыту, сапалы тамақ өндіру және сату, сондай-ақ халыққа медициналық-әлеуметтік көмек көрсету арқылы қамтамасыз етіледі. ҚР азаматтарына түрлі аурулар кезінде кемсітудің кез келген нысандарынан қорғалуына кепілдік беріледі, ал осы Ережені бұзғаны үшін кінәлі тұлғалар заң алдында жауапты болады.

Заңдар мемлекеттік биліктің ең жоғарғы актісі бола отырып және заң шығарушы орган қабылдаған, қоғамдық қатынастар мен бұйрықтармен қатар денсаулық сақтау жүйесінің тиімді жұмыс істеуін қамтамасыз етеді және реттейді, халықтың денсаулығын сақтау мен нығайтудың заңнамалық негіздерін қамтамасыз етеді.

Азаматтардың денсаулық сақтау саласындағы құқықтары.

Мемлекеттегі адам мен қоғамның қарым-қатынасын құқықтық реттеу барлық уақытта азаматтардың денсаулығы мен медициналық қызмет саласын айналып өте алмайды. Дегенмен, денсаулық пен қол жетімді медициналық көмек құқығы әр түрлі елдердің Конституцияларында жақында ғана қарастырылған. 1948 жылы бұл құқық адам құқықтарының жалпыға бірдей декларациясында халықаралық деңгейде танылды.

Қазіргі қоғам өмірінде азаматтардың денсаулығын қорғауды құқықтық реттеудің айқын маңыздылығына қарамастан, Қазақстанда 1990 жылға дейін адамның денсаулыққа құқықтарын заңнамалық қамтамасыз ету өте шектеулі болды. Барлық дерлік заңдар "КСРО және одақтас республикалардың 1961 ж. Денсаулық сақтау туралы Заңдарының негіздері" және Қаз заңы арқылы таусылды. КСР "Денсаулық сақтау туралы" (1971 ж.

Қазақстан Республикасының Конституциясына сәйкес (29-бап) ҚР азаматтары денсаулық сақтауға құқылы және заңмен белгіленген кепілді медициналық көмектің көлемін тегін алуға тиіс.

Осы кепілдіктің орындалуын қамтамасыз етудің негізгі қағидаттары:

- адамның және азаматтың денсаулық сақтау саласындағы құқықтарын сақтау және осы құқықтармен байланысты мемлекеттік кепілдіктерді қамтамасыз ету:

- басымдық профилактикалық шаралар;

- медициналық-әлеуметтік көмектің қолжетімділігі;

- азаматтардың денсаулық сақтау саласындағы құқықтарын қамтамасыз ету үшін мемлекеттік билік және басқару органдарының, меншік нысанына қарамастан кәсіпорындардың, мекемелер мен ұйымдардың, лауазымды адамдардың жауапкершілігі.

Азаматтардың денсаулық сақтау саласындағы құқықтары Денсаулық сақтау жүйесі қызметкерлерінің де, заңгерлердің де тұрақты назарында. Әдебиеттерде азаматтардың денсаулық сақтау және білікті медициналық көмек құқықтарын қамтамасыз ету және қорғау мәселелері туралы жарияланымдар жиі кездеседі. Айта кету керек, бұл құқықтарды зерттеу тек әлеуметтік маңыздылық тұрғысынан ғана емес, сонымен бірге олардың өзара байланысы мен бір-біріне иерархиялық әсерінің заңды негіздемесі тұрғысынан да жүргізілуі керек.

ҚР Конституциясының Қазақстан Республикасының құқықтық жүйесіндегі ең жоғары заңдық күші бар. Тиісінше, халықтың денсаулық сақтау саласындағы конституциялық құқықтарын отандық денсаулық сақтау қызметін тікелей де, жанама да реттеуді жүзеге асыратын барлық заңнаманың негізі деп атауға болады.

Негізгі құқықтарға мыналар жатады:

- тіршілік ету ортасын қорғау құқығы; бұл құқық ең алдымен қоршаған табиғи ортаны қорғау және халықтың санитариялық - эпидемиологиялық салауаттылығын қамтамасыз ету туралы заңнама арқылы іске асырылады;

- денсаулықты қорғау құқығы; осы құқықты іске асыру жөніндегі заңнамалық актілер кешені тамақ өнімдері мен ауыз судың сапасын қамтамасыз ету; темекі шегудің, алкоголизмнің және нашакорлықтың таралуынан қорғау; инфекциялық емес аурулардың алдын алу; вакцинопрофилактика; қауіпті инфекциялардан (туберкулез, ЖИТС, венерологиялық аурулар) қорғау; дене шынықтыру мен спортты дамыту; толық және жан-жақты демалысты қамтамасыз ету сияқты маңызды салаларды реттейді.;

- денсаулығынан айырылған жағдайда әлеуметтік қамсыздандыру құқығы; бұл құқықты іске асыру халықты әлеуметтік қорғау туралы заңнама арқылы қамтамасыз етіледі;

- тегін медициналық көмек алу құқығы; халықты тегін медициналық көмекпен қамтамасыз ету ҚР азаматтарына тегін медициналық көмек көрсетудің мемлекеттік кепілдіктерінің республикалық және аумақтық бағдарламаларына сәйкес барлық деңгейдегі бюджет және қаражат есебінен жүзеге асырылады;

- ана, бала және отбасын қорғау құқығы; бұл құқықты жүзеге асыру әр түрлі заңнамалық актілер арқылы қамтамасыз етіледі;

- адамның жеке өміріне қол сұғылмаушылық, жеке және отбасы құпиясы, оның жеке өмірі туралы ақпаратты жинауға, сақтауға, пайдалануға және таратудан, сондай-ақ медициналық эксперименттерге қатысудан келісім білдіру немесе бас тарту құқығы; денсаулық сақтау саласындағы осы аса маңызды құқықтарды қорғау және қамтамасыз ету дәрігерлік құпия және биомедициналық зерттеулер туралы салалық заңнама нормалары арқылы іске асырылады.

- салауатты еңбек жағдайларына құқық; аталған құқық ҚР Еңбек кодексінің және еңбекті қорғау туралы заңнаманың нормалары арқылы қамтамасыз етіледі;

- Денсаулық сақтау саласындағы ақпараттық қамтамасыз ету құқығы; ол халықтың денсаулығын сақтау саласындағы салалық заңнамамен де, ақпарат, ақпараттандыру және ақпаратты қорғау туралы мамандандырылған заңдармен де реттеледі.

Жоғарыда аталған құқықтарды қорғау және қамтамасыз ету қылмыстық, әкімшілік заңнаманың нормалары арқылы да жүзеге асырылады.

Құқықтардың келесі тобы медициналық көмек алуға байланысты және медициналық-әлеуметтік саладағы әртүрлі заңнамалық актілерде ұсынылған. Егер конституциялық құқықтар халықтың денсаулығын қорғаудың бүкіл саласына әсер етсе, онда қарастырылып отырған топтың құқықтары оларды" Денсаулық сақтау жүйесінде іс жүзінде жүзеге асыруға бағытталған.

Медициналық көмек алуға байланысты *жалпы құқықтар* денсаулық сақтау құқықтары кешенінде екінші сатыға ие және мыналарды қамтиды

- емдеу-алдын алу мекемесін таңдау құқығы;

- дәрігерді таңдау құқығы;

- әлемдік стандарттарға сәйкес келетін, оның ішінде шетелде жоғары мамандандырылған медициналық көмек алу құқығы;

- курорттық емдеу құқығы;

- дәрілік заттардың қолжетімділігін қамтамасыз етудің мемлекеттік жүйесіне құқық;

- медициналық және дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету саласындағы жосықсыз жарнамадан қорғалу құқығы;

- сараптама, оның ішінде баламалы сараптама жүргізу құқығы;

- патологиялық-анатомиялық ашып қараудан бас тарту құқығы;

- органдар мен тіндерді транспланттауға құқық;

- әйелдің жасанды ұрықтандыруға және эмбрионды имплантациялауға, сондай-ақ абортты жүзеге асыруға құқығы;

- медициналық стерильдеу құқығы;

- мемлекеттік органдар мен лауазымды адамдардың азаматтардың денсаулық сақтау саласындағы құқықтары мен бостандықтарына қысым жасайтын әрекеттеріне шағым жасау құқығы;

- медициналық көмек көрсету кезінде денсаулыққа келтірілген материалдық және моральдық зиянды өтету құқығы;
- өзін-өзі емдеу құқығы.

Қаралып отырған құқықтар жүйесіндегі үшінші сатыға халықтың белгілі бір тобының ерекшелігіне қарай бірінші және екінші сатының құқықтарын іске асыруға бағытталған және айқын салааралық сипатқа ие азаматтардың жекелеген санаттарының құқықтары жатады.

Қабылдаудың ыңғайлылығы үшін бұл құқықтар тобы кестеде келтірілген.

Қарастырылып отырған құқық жүйесіндегі соңғы кезеңді пагценттердің құқықтары, яғни ауруға, жарақатқа немесе босануға байланысты тікелей медициналық көмек алатын адамдар алады. Құқықтардың осы тобы ҚР азаматтардың денсаулығын қорғау туралы заңнамасының негіздерінде толық тұжырымдалған.

Біріншіден, пациентке медициналық көмекке жүгіну фактісі туралы, денсаулық жағдайы, диагнозы туралы ақпаратты және оны тексеру мен емдеу кезінде алынған және дәрігерлік құпия ұғымына кіретін өзге де мәліметтерді құпия сақтау құқығына кепілдік беріледі.

Ережеден ерекшелік, егер азамат бұл туралы хабарлауға тыйым салмаса, аурудың дамуы қолайсыз болған жағдайда отбасы мүшелеріне азаматтың денсаулығы туралы ақпарат беру қажеттілігі болып табылады.

Екіншіден, пациентке оның құқықтары, міндеттері туралы, сондай-ақ денсаулық жағдайы туралы ақпарат беру құқығына кепілдік беріледі.

Әрбір азаматтың зерттеп-қарау нәтижелері, ауруының бар-жоғы, оның диагнозы мен болжамы, емдеу әдістері, олармен байланысты қатер, медициналық араласудың ықтимал нұсқалары, олардың салдарлары мен жүргізілген емдеу нәтижелері туралы мәліметтерді қоса алғанда, өзінің денсаулық жағдайы туралы өзіне қолжетімді нысанда қолда бар ақпаратты алуға құқығы бар. Бұдан басқа, азамат өзінің денсаулық жағдайын көрсететін медициналық құжаттамамен тікелей танысуға және ол бойынша басқа мамандардан консультациялар алуға құқылы.

Сондай-ақ, азамат өзінің денсаулығы туралы ақпарат алудан бас тартуға құқылы, бұл оның отбасы мүшелеріне осындай ақпарат алуға мүмкіндік береді, оған кез-келген адамға уәкілеттік береді немесе кез-келген адамға мұндай ақпарат беруге тыйым салады. ^

Үшіншіден, медициналық араласудың міндетті шарты болып табылатын пациенттің ерікті келісімі, сондай-ақ пациенттің медициналық араласудан бас тартуы туралы хабардар болу керек. Бұл азаматқа немесе оның заңды өкіліне қол жетімді түрде медициналық араласудың немесе одан бас тартудың ықтимал салдары түсіндірілуі керек дегенді білдіреді.

Медициналық араласуға келісім беру немесе одан бас тарту ықтимал салдарларды көрсете отырып, медициналық құжаттамаға жазбамен ресімделеді және оған азамат не оның заңды өкілі, сондай-ақ медицина қызметкері қол қояды.

34-бапта азаматтардың келісімінсіз медициналық көмек көрсету жағдайлары көзделген; бұл ауыр психикалық ауытқулармен ауыратын адамдарға, сондай-ақ қоғамға қауіпті әрекеттер жасаған адамдарға қатысты.

Психикасының ауыр бұзылуынан зардап шегуші адамдарды куәландыру және ауруханаға жатқызу "психиатриялық көмек және оны көрсету кезінде азаматтар құқықтарының кепілдіктері туралы"Қазақстан Республикасының Заңында белгіленген тәртіппен олардың келісімінсіз жүргізіледі.

Пациенттерге кеңестік Денсаулық сақтау жүйесінде қолайсыз болған басқа да құқықтар берілген, соның ішінде:

- адвокатқа немесе өзге де заңды өкілге оның құқықтарын қорғау үшін рұқсат алу құқығы;

- емделушіге діни қызметшіні жіберу, сондай-ақ ауруханадағы діни жораларды орындау үшін жағдай жасау құқығы

егер бұл аурухана мекемесінің ішкі тәртібін бұзбаса.

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" 2009 жылғы 18 қыркүйектегі № 193-IV Қазақстан Республикасының Кодексі (13.01.2014 ж. жағдай бойынша өзгерістермен және толықтырулармен)

Бөлім 5. Азаматтардың денсаулығын сақтау 16-тарау

Денсаулық сақтау саласындағы құқықтар мен міндеттер және оларды қамтамасыз ету кепілдіктері 87-бап. Мемлекет Қазақстан Республикасының азаматтарына Денсаулық сақтау саласындағы құқықтарды қамтамасыз ету кепілдіктеріне кепілдік береді:

- денсаулықты қорғау құқығы;
- тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін ұсыну;
- медициналық көмекке тең қолжетімділік;
- медициналық көмектің сапасы;
- дәрілік заттардың қолжетімділігі, сапасы, тиімділігі және қауіпсіздігі;
- аурулардың алдын алу, салауатты өмір салтын және дұрыс тамақтануды қалыптастыру бойынша іс-шаралар өткізу;
- жеке өмірге қол сұғылмаушылық, дәрігерлік құпияны құрайтын мәліметтерді сақтау;
- репродуктивті таңдау еркіндігі, репродуктивті денсаулықты қорғау және репродуктивті құқықтарды сақтау; санитарлық-эпидемиологиялық, экологиялық салауаттылық және радиациялық қауіпсіздік.

88 бап. Азаматтардың құқықтары

1. Қазақстан Республикасының азаматтары құқылы;
2. Қазақстан Республикасының Үкіметі бекітетін тізбеге сәйкес тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін алу;
3. Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде дәрілік заттармен және медициналық мақсаттағы бұйымдармен, оның ішінде белгілі бір аурулары (жай-күйі) бар азаматтардың жекелеген санаттарын уәкілетті орган бекітетін тізбеге сәйкес амбулаториялық деңгейде тегін немесе жеңілдікті дәрілік заттармен және мамандандырылған емдік өнімдермен қамтамасыз ету;
4. Медициналық ұйымды, сапалы және уақтылы медициналық көмекті еркін таңдау;
5. Емдеуге жатқызу бюросы порталы арқылы тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде стационарға жоспарлы емдеуге жатқызуды ұйымдастыру жөніндегі нұсқаулықты қараңызөз каражаты, ұйымдардың, ерікті сақтандыру жүйесінің каражаты және тыйым салынбаған өзге де көздер есебінен тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінен тыс қосымша медициналық қызметтер;
6. Қазақстан Республикасының Үкіметі айқындайтын тәртіппен көрсетілімдер болған кезде, бюджет қаражаты есебінен шетелде медициналық көмек алу;
7. Медицина қызметкерлерінің дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканы дұрыс тағайындамауынан және қолданбауынан денсаулығына келтірілген зиянды өтеу;
8. Еңбекке уақытша жарамсыздық парағын немесе еңбекке уақытша жарамсыздық туралы анықтаманы бере отырып, еңбекке уақытша жарамсыздық фактісін куәландыру;
9. Мемлекеттік органдардан, ұйымдардан және емдеуші дәрігерден олардың құзыреті шегінде аурулар профилактикасының, диагностикасының, оларды емдеудің және медициналық оңалтудың әдістері, клиникалық зерттеулер, қоршаған ортаның жай-күйін, еңбек, тұрмыс және демалыс жағдайларын, дұрыс тамақтану мен тамақ өнімдерінің қауіпсіздігін қоса алғанда, денсаулыққа әсер ететін факторлар туралы дәйекті ақпаратты, оның ішінде санитариялық-эпидемиологиялық сараптаманың қорытындысын өтеусіз алу;
10. Дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың айналысы саласындағы мемлекеттік органдардан, тәуелсіз сараптама ұйымдарынан және субъектілерден өткізілетін дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың қауіпсіздігі, тиімділігі мен сапасы туралы ақпарат алу;

11. Медицина және фармацевтика қызметкерлерінің әрекеттеріне (әрекетсіздігіне) денсаулық сақтау ұйымына, жоғары тұрған органға және (немесе) сот тәртібімен шағым жасау;
12. Мемлекеттік медициналық сараптама қорытындыларымен келіспеген жағдайда тәуелсіз сарапшыларды тарту туралы өтініш.
13. Әйелдің ана болу туралы мәселені шешуге және отбасын жоспарлау мен өз денсаулығын сақтау мақсатында қаламаған жүктіліктің алдын алудың қазіргі заманғы әдістерін еркін таңдауға құқығы бар.

Азаматтардың ана болуды қорғау құқығы қамтамасыз етіледі:

- 1) ұрпақты болу жасындағы әйелдерді тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде медициналық қарап-тексеру, динамикалық байқау және сауықтыру арқылы;

- 2) науқас баланы күтіп-бағу жөніндегі стационарға түскен кезде әйелдердің ұрпақты болу денсаулығына және баланың денсаулығына тікелей әсер ететін негізгі ауруларды медициналық көрсетілімдер бойынша емдеумен қамтамасыз етіледі.

Жүкті әйелдер мен бала емізетін аналардың жұмыс уақытының режимі, жүктілігі мен босануы бойынша демалысы және еңбек жағдайлары Қазақстан Республикасының еңбек заңнамасына сәйкес белгіленеді.

3-тармаққа өзгерту енгізілді-ҚР 11.07.05 № 452-IV(алғашқы ресми жарияланғанынан кейін үш ай өткен соң қолданысқа енгізілді) Заңымен.)

Психикасының бұзылуы (аурулары) бар адамдардан басқа, жыныстық сәйкестендірудің бұзылуы бар адамдардың жынысын ауыстыруға құқығы бар.

Жыныстық сәйкестендіруде ауытқушылығы бар адамдарды медициналық куәландыру және олардың жынысын ауыстыруды жүргізу қағидаларын Қазақстан Республикасының Үкіметі белгілейді.

4-тармаққа өзгерту енгізілді-ҚР 11.07.05 № 452-IV(алғашқы ресми жарияланғанынан кейін үш ай өткен соң қолданысқа енгізілді) Заңымен.)

Бас бостандығы шектеулі, сондай-ақ сот үкімі бойынша жазасын бас бостандығынан айыру орындарында өтеп жүрген, арнайы мекемелерге орналастырылған азаматтарға медициналық көмек Қазақстан Республикасының Үкіметі айқындайтын тәртіппен көрсетіледі. Аталған адамдар медициналық көмек алу кезінде Қазақстан Республикасы азаматтарының жоғарыда келтірілген барлық құқықтарын пайдаланады.

Қазақстан Республикасының аумағында жүрген шетелдіктер мен азаматтығы жоқ адамдардың, егер Қазақстан Республикасы ратификациялаған халықаралық шарттарда өзгеше көзделмесе, Қазақстан Республикасының Үкіметі айқындайтын тізбеге сәйкес айналасындағыларға қауіп төндіретін қатты аурулар кезінде тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін алуға құқығы бар.

6-тармақпен толықтырылды-ҚР 08.01.13 ж. № 64-V(2013 жылғы 1 қаңтардан бастап қолданысқа енгізілді) Заңымен; өзгерістер енгізілді-ҚР 15.04.13 ж. № 89-V(ескі қараңыз) Заңымен.)

Азаматтар Денсаулық сақтау саласында электрондық нысанда көрсетілетін мемлекеттік қызметтерді Қазақстан Республикасының Үкіметі айқындайтын тәртіппен "электрондық үкіметтің" веб-порталы арқылы алуға құқылы.

89 бап. Балалардың құқықтары

10. Әр баланың құқығы бар;
11. Денсаулық сақтау жүйесінің қазіргі заманғы және тиімді қызметтерін және ауруларды емдеу мен денсаулықты қалпына келтіру құралдарын пайдалану;
12. Денсаулық сақтау саласындағы білім;
13. тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде медициналық қарап-тексеру және динамикалық байқау, емдеу, дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету және сауықтыру.
14. Балаларды стационарлық емдеу кезінде:

үш жасқа дейінгі, сондай-ақ дәрігерлердің қорытындысы бойынша қосымша күтіп-бағуға мұқтаж ересек, науқасы ауыр балаларды күтіп-бағуды тікелей жүзеге асыратын анасына (әкесіне) немесе өзге адамға еңбекке уақытша жарамсыздық туралы Парақ беріліп, онымен медициналық ұйымда бірге болу мүмкіндігі беріледі;

бір жасқа дейінгі баланы емізетін ана баланы күтіп-бағу үшін медициналық ұйымда болған барлық кезеңге тегін тамақпен қамтамасыз етіледі.

15. Мектеп жасындағы балалардың стационарлық, қалпына келтіру емі кезеңінде стационар, оңалту орталығы, санаторий жағдайында үздіксіз білім алуға құқығы бар.

Балалардың стационарлық бөлімшелерінің және балалардың мамандандырылған стационарлық медициналық ұйымдарының пациенттеріне ойын ойнауға, демалуға және тәрбие жұмысын жүргізуге қажетті жағдайлар жасалады.

16. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласындағы заңнамасына сәйкес кемтар балалардың, сондай-ақ АИТВ жұқтырған, ЖИТС-пен ауыратын балалардың білім беру, денсаулық сақтау ұйымдарында тегін медициналық-педагогикалық түзеу арқылы қолдау алуға құқығы бар. АИТВ жұқтырған балалардың балалар үйлерінде және жалпы мақсаттағы өзге де медициналық және оқу - тәрбие ұйымдарында болуға құқығы бар.

17. Балаларды балалар үйіне және білім беру ұйымдарына, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған ұйымдарға орналастыруға медициналық қарсы көрсетілімдер тізбесін уәкілетті орган бекітеді.

90 бап. Азаматтардың, дара кәсіпкерлердің және заңды тұлғалардың міндеттері I.

Азаматтар міндетті:

- өз денсаулығын сақтаудың қамын жасауға;

- Денсаулық сақтау ұйымдарында қолданыстағы режимді сақтау;

- Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласындағы заңнамасына сәйкес профилактикалық медициналық қарап-тексеруден өтуге міндетті;

- медициналық қызметкерлердің, денсаулық сақтау органдары мен ұйымдарының жеке және қоғамдық денсаулығына қатысты нұсқамаларын орындауға;

- өз денсаулығын және айналасындағылардың денсаулығын қорғау жөніндегі сақтық шараларын сақтауға, медициналық ұйымдардың талап етуі бойынша тексеруден және емделуден өтуге, медициналық персоналды инфекциялық аурулар және айналасындағыларға қауіп төндіретін аурулар кезінде өзінің ауруы туралы хабардар етуге міндетті.

Тексерілуден және емделуден жалтарған жағдайда айналадағыларға қауіп төндіретін аурулармен ауыратын азаматтар осы Кодекске және Қазақстан Республикасының өзге де заңдарына сәйкес мәжбүрлеу тәртібімен куәландырылуға және емделуге тартылады

Айналасындағыларға қауіп төндіретін аурулардан зардап шегетін азаматтарды мәжбүрлеп емдеуге жіберудің негіздері мен тәртібі осы Кодекспен реттеледі; Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласындағы заңнамасын сақтауға міндетті.

16. Жүкті әйелдер жүктіліктің он екі аптасына дейінгі мерзімде медициналық есепке тұруға міндетті.

17. Қазақстан Республикасының аумағында жүрген шетелдіктер мен азаматтығы жоқ адамдар денсаулық сақтау саласында Қазақстан Республикасының азаматтары сияқты міндеттерді атқарады.

18. Жеке кәсіпкерлер мен заңды тұлғалар өздері жүзеге асыратын қызметіне сәйкес міндетті:

19. санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс - шаралар жүргізу;

20. халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілердің және гигиеналық нормативтердің, сондай-ақ мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалауды жүзеге асыратын лауазымды адамдардың актілері мен санитариялық-эпидемиологиялық қорытындыларының талаптарын орындау;

21. өндіріс, тасымалдау, сақтау және халыққа сату кезінде орындалатын жұмыстардың, көрсетілетін қызметтердің және өнімнің қауіпсіздігі мен сапасын қамтамасыз ету;

22. Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес өндірістік бақылауды жүзеге асыру;

23. жаппай және топтық инфекциялық және паразиттік, кәсіптік аурулар мен уланулар туындаған жағдайларда халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығына қатер төндіретін авариялық жағдайлар, өндірістің тоқтауы, технологиялық процестердің бұзылуы туралы санитариялық - эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органдарын уақтылы хабардар ету;

24. дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдардың жанама әсерлері анықталған жағдайда уәкілетті органды уақтылы хабардар ету;

25. айналасындағыларға инфекциялық және паразиттік ауруларды жұқтыру қаупі бар қызмет көрсету саласында жұмыс істейтін қызметкерлерді гигиеналық оқытуды қамтамасыз ету;

26. санитариялық-эпидемиологиялық қызмет мемлекеттік органдарының лауазымды адамдарына олардың құзыретіне сәйкес зертханалық зерттеулер жүргізу үшін өнімнің, шикізаттың, тауарлардың, өндірістік ортаның сынамаларын іріктеп алуға мүмкіндік беру;

27. медициналық тексеруден өткенін куәландыратын құжаты жоқ адамдарды жұмысқа жібермеу, сондай-ақ инфекциялық аурулармен ауыратын науқастарды және денсаулық сақтау ұйымдары анықтаған инфекциялық аурулар қоздырғыштарын тасымалдаушыларды жұмыстан шеттету;

28. халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілердің талаптарына және гигиеналық нормативтерге сәйкессіздігі анықталған кезде тауарларды, өнімдерді, шикізатты өткізуге жол бермеу, сондай-ақ оларды пайдалану немесе кәдеге жарату мүмкіндігі туралы шешім қабылдау;

29. Алынып тасталды-Қазақстан Республикасының 15.07.11 № 461-IV (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін алты ай өткен соң қолданысқа енгізілді) Заңымен.)

30. санитарлық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органдарына халықтың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығы мәселелеріне қатысты есепке алу және есеп беру құжаттамасын тексеруге ұсыну;

31. олар халықтың өміріне немесе денсаулығына қатер төндірген жағдайда кәсіпкерлік және (немесе) өзге де қызметті тоқтата тұруға құқығы бар;

Қазақстан Республикасының Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы Кодексіне "§" АЖ өзгерістері 14-тармақшаға 06.01.11 ж. № 378-IV ҚР Заңына сәйкес өзгерістер енгізілді(ескі қараңыз.)

мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалауды жүзеге асыратын лауазымды адамдардың объектілерге халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілердің және гигиеналық нормативтердің сақталуы тұрғысынан оларды тексеру мақсатында кедергісіз кіруін қамтамасыз ету;

өз қаражаты есебінен эпидемиологиялық көрсеткіштер мен санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің лауазымды адамдарының нұсқамалары, қаулылары бойынша дезинфекциялық, дезинсекциялық және дератизациялық іс-шаралар жүргізілсін.

91 бап. Пациенттердің құқықтары

1. Осы Кодекстің 88-бабында көрсетілген құқықтардан басқа, пациент мынадай құқықтарға ие:

- диагностика, емдеу және күтім процесінде лайықты емдеу, өзінің мәдени және жеке құндылықтарына құрметпен қарау;

- қандай да бір кемсітушілік факторларының ықпалынсыз, тек қана медициналық критерийлер негізінде айқындалатын кезектілікпен медициналық көмек;
- дәрігерді немесе медициналық ұйымды таңдау, ауыстыру;
- Емдеуге жатқызу бюросы порталы арқылы тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде стационарға жоспарлы емдеуге жатқызуды ұйымдастыру жөніндегі нұсқаулықты қараңыз
- отбасы, туыстары мен достары, сондай-ақ діни бірлестіктер қызметшілері тарапынан қолдау;
- медициналық технологиялардың қазіргі деңгейі мүмкіндік беретін дәрежеде азапты жеңілдету;
- өз денсаулығының жай-күйі туралы тәуелсіз пікір алу және консилиум өткізу;
- Қазақстан Республикасының заңдарында көзделген өзге де құқықтар,

Пациенттің өз құқықтары мен міндеттері, көрсетілетін қызметтер, ақылы қызметтердің құны туралы, сондай-ақ оларды ұсыну тәртібі туралы ақпарат алуға құқығы бар. Пациенттің құқықтары туралы ақпарат медициналық ұйымдардың көрнекі үгіттеу орындарында орналастырылуға тиіс.

Медициналық ұйымға түскен кезде пациентке өзіне медициналық қызметтер көрсететін адамдардың аты-жөні мен кәсіптік мәртебесі туралы, сондай-ақ медициналық ұйымның ішкі тәртібінің қағидалары туралы мәліметтер берілуге тиіс.

Медициналық көмек хабардар етілген пациенттің ерікті түрдегі ауызша немесе жазбаша келісімі алынғаннан кейін көрсетілуге тиіс.

Пациенттің медициналық көмек алу кезінде ұсынылатын және баламалы емдеу әдістерінің ықтимал қатері мен артықшылықтары туралы деректерді, емделуден бас тартудың ықтимал салдарлары туралы мәліметтерді, емделуші үшін қолжетімді нысандағы диагнозы, емдік іс-шаралардың болжамы мен жоспары туралы ақпаратты қоса алғанда, өз денсаулығының жай-күйі туралы толық ақпарат алуға, сондай-ақ оны үйіне шығару немесе басқа медициналық ұйымға ауыстыру себептерін түсіндіруге құқығы бар.

Пациент өзінің денсаулық жағдайы туралы ақпаратты хабарлау қажет адамды тағайындай алады. Пациенттің ақпарат алудан бас тартуы жазбаша ресімделеді және медициналық құжаттамаға енгізіледі.

Егер медициналық ақпаратты беру пациентке пайда әкеліп қана қоймай, оған елеулі зиян келтіреді деп пайымдауға дәлелді негіздер болған жағдайларда ғана ақпарат пациенттен жасырылуы мүмкін. Бұл жағдайда бұл ақпарат пациенттің жұбайына (зайыбына), оның жақын туыстарына немесе заңды өкілдеріне хабарланады.

Денсаулық сақтау саласындағы білім беру ұйымдарының клиникалық базалары жағдайында медициналық көмек алатын пациенттердің оқу процесіне қатысудан, сондай-ақ емдеу-диагностикалық рәсімдерді жүргізу кезінде үшінші тұлғалардың қатысуынан бас тартуға құқығы бар.

Пациенттердің құқықтарын қорғауды денсаулық сақтау органдары, ұйымдары, сондай-ақ қоғамдық бірлестіктер өз құзыреті шегінде жүзеге асырады.

Медициналық көмек алу кезінде пациент тағайындалған дәрілік зат туралы толық ақпарат алуға құқылы.

Некеге тұратын азаматтардың медициналық және медициналық-генетикалық зерттеп-қаралуға құқығы бар.

92 бап. Пациенттердің міндеттері

Пациент осы Кодекстің 90-бабында көрсетілген міндеттерден басқа:

- өз денсаулығын сақтауға және нығайтуға шаралар қабылдау;
- медицина қызметкерлерімен қатынаста сыйластық пен әдептілік таныту;

- диагноз қою және ауруды емдеу үшін қажетті барлық ақпаратты дәрігерге хабарлау, медициналық араласуға келісім бергеннен кейін емдеуші дәрігердің барлық нұсқамаларын мүлтіксіз орындау;

- медициналық ұйымның ішкі тәртіп ережелерін сақтау және мүлкіне ұқыпты қарау, медициналық көмек алу кезінде медициналық персоналмен ынтымақтасу;

- диагностикалау мен емдеудің 1-процесінде, сондай-ақ айналасындағыларға қауіп төндіретін аурулар не оларға күдік туындаған жағдайларда өз денсаулығы жай-күйінің өзгеруі туралы медицина қызметкерлерін уақтылы хабардар ету;

- басқа пациенттердің құқықтарын бұзатын әрекеттер жасамау;

Қазақстан Республикасының заңдарында көзделген өзге де міндеттерді орындауға міндетті.

Осы баптың 1 - тармағының 2) - 4) тармақшаларында көрсетілген пациенттердің міндеттері науқас балаға стационарда күтім жасауды тікелей жүзеге асыратын ата-аналарға немесе өзге де адамдарға қолданылады 93-бап. Медициналық көмектен бас тарту құқығы

Осы Кодекстің 94-бабында көзделген жағдайларды қоспағанда, пациенттің немесе оның заңды өкілінің медициналық көмектен бас тартуға құқығы бар.

- Пациентке немесе оның заңды өкіліне медициналық көмектен бас тартқан кезде оған қолжетімді нысанда ықтимал салдарлар түсіндірілуге тиіс.

- Медициналық көмектен бас тарту ықтимал салдарларды көрсете отырып, медициналық құжаттарға жазбамен ресімделеді және оған пациент не оның заңды өкілі, сондай-ақ медицина қызметкері қол қояды.

- Пациент не оның заңды өкілі медициналық көмектен бас тартуға қол қоюдан бас тартқан жағдайда, бұл туралы медициналық құжаттамада тиісті жазба жүзеге асырылады және оған медицина қызметкері қол қояды.

- Кәмелетке толмаған адамның не әрекетке қабілетсіз адамның заңды өкілдері аталған адамдардың өмірін сақтап қалу үшін қажетті медициналық көмектен бас тартқан кезде медициналық ұйым олардың мүдделерін қорғау үшін қорғаншы және қамқоршы органға және (немесе) сотқа жүгінуге құқылы.

94 бап. Көмек азаматтардың келісімінсіз медициналық көмек

Азаматтардың келісімінсіз медициналық көмек көрсетуге адамдарға қатысты жол беріледі:

1. өз еркін білдіруге мүмкіндік бермейтін, есеңгіреген, коматозды жағдайда;
2. айналадағылар үшін қауіп төндіретін аурулардан зардап шегетіндер;
3. ауыр психикалық бұзылулардан (аурулардан) зардап шегушілер);
4. психикалық бұзылулардан (аурулардан) зардап шегетін және қоғамға қауіпті

іс-әрекет жасаған адамдар.

Кәмелетке толмағандарға және сот әрекетке қабілетсіз деп таныған азаматтарға қатысты медициналық көмек көрсетуге келісімді олардың заңды өкілдері береді. Заңды өкілдері болмаған кезде медициналық көмек көрсету туралы шешімді консилиум қабылдайды, ал консилиум жинау мүмкін болмаған кезде - медициналық ұйымның лауазымды адамдары мен заңды өкілдерін кейіннен хабардар ете отырып, тікелей медицина қызметкері қабылдайды.

Қазақстан Республикасының Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы Кодексіне "§" АЖ өзгерістері 3-тармаққа ҚР 29.12.10 ж. № 375-IV Заңына сәйкес өзгерістер енгізілді (ескі қараңыз.)

Азаматтардың келісімінсіз медициналық көмек көрсету осы баптың 1-тармағында көзделген негіздер жойылғанға дейін жалғасады.

95-бапқа өзгеріс енгізілді-ҚР 21.05.13 № 95-V Заңымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін алты ай өткен соң қолданысқа енгізілді) (ескі қараңыз.)

95-бап Дәрігерлік құпия

1. Медициналық көмекке жүгіну фактісі, азаматтың денсаулық жағдайы, оның ауруының диагнозы туралы ақпарат және оны тексеру және (немесе) емдеу кезінде алынған өзге де мәліметтер дәрігерлік құпияны құрайды.
2. Осы баптың 3 және 4-тармақтарында белгіленген жағдайларды қоспағанда, дәрігерлік құпияны құрайтын мәліметтерді оқыту, кәсіптік, қызметтік және өзге де міндеттерді орындау кезінде өздеріне белгілі болған адамдардың жария етуіне жол берілмейді.
3. Пациенттің немесе оның заңды өкілінің келісімімен дәрігерлік құпияны құрайтын мәліметтерді пациентті зерттеп-қарау және емдеу мүдделерінде, ғылыми зерттеулер жүргізу, бұл мәліметтерді оқу процесінде және өзге де мақсаттарда пайдалану үшін басқа жеке және (немесе) заңды тұлғаларға беруге жол беріледі. ,
4. Дәрігерлік құпияны құрайтын мәліметтерді азаматтың немесе оның заңды өкілінің келісімінсіз беруге мынадай жағдайларда жол беріледі: s
өзінің жай-күйіне байланысты өз еркін білдіре алмайтын азаматты тексеру және емдеу мақсатында;
айналасындағыларға қауіп төндіретін аурулардың таралу қаупі болған кезде;
анықтау және алдын ала тергеу органдарының, прокурордың, адвокаттың және (немесе) соттың тергеп-тексеруді немесе сот талқылауын жүргізуге байланысты сұрау салуы бойынша;
кәмелетке толмаған немесе әрекетке қабілетсіз адамға оның заңды өкілдерін хабардар ету үшін медициналық көмек көрсету кезінде;
азаматтың денсаулығына зиян құқыққа қарсы іс-әрекеттер нәтижесінде келтірілген деп пайымдауға негіздер болған кезде жүргізіледі.

Жеке тұлғалардың (пациенттердің) дербес деректерін қамтитын электрондық ақпараттық ресурстарды олардың жеке өміріне қатысты дербес деректерді пайдалану кезінде жеке тұлғалардың (пациенттердің) рұқсатынсыз оларды басқа дерекқорлармен байланыстыратын желілерге қосуға жол берілмейді.

Тақырып бойынша бақылау сұрақтары:

1. ҚР денсаулық сақтау принциптері.
2. ҚР «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексі.
3. Кодекс құрылысы (баптар, тараулар, мақалалар).
4. Денсаулық сақтаудағы халықаралық бірлестіктер.
2. Денсаулық сақтауды және медициналық көмекті ұйымдастыру жүйесі.

Тақырып № 6. Халыққа медициналық көмектің ұйымдастырушылық принциптері мен нысанары

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» 2009 жылғы 18 қыркүйектегі № 193-IV Қазақстан Республикасының Кодексі (13.01.2014 ж. жағдай бойынша өзгерістермен және толықтырулармен)

2 тарау

Денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік реттеу және басқару

4 бап. Денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік саясаттың Принциптері

Денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік саясат мынадай қағидаттар негізінде жүргізіледі:

- азаматтардың қауіпсіз, тиімді және сапалы медициналық көмек алу құқықтарының теңдігін қамтамасыз ету;
- жеке және қоғамдық денсаулықты сақтау мен нығайту үшін мемлекеттің, жұмыс берушілер мен азаматтардың ортақ жауапкершілігі;
- ана мен баланы қорғау;
- тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін қамтамасыз ету;
- Денсаулық сақтау жүйесі қызметіндегі профилактикалық бағыттың басымдығы;
- медициналық көмектің қолжетімділігі;
- медициналық көмектің сапасын тұрақты арттыру;
- халықтың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығын қамтамасыз ету;
- медициналық көмек көрсету кезінде денсаулық сақтау ұйымдары қызметінің сабақтастығы;
- қазіргі заманғы оқыту технологияларын пайдалана отырып, медициналық және фармацевтикалық білім берудің үздіксіздігі мен сабақтастығын қамтамасыз ету;
- отандық медицина ғылымын мемлекеттік қолдау, денсаулық сақтау саласындағы ғылымның, техниканың және әлемдік тәжірибенің озық жетістіктерін енгізу;
- ерікті өтеусіз донорлықты көтермелеу;
- отандық әзірлемелерді мемлекеттік қолдау және бәсекеге қабілетті Медициналық және фармацевтикалық өнеркәсіпті дамыту;
- азаматтардың денсаулық сақтау құқықтарын қамтамасыз етуге қоғамдық бірлестіктердің қатысуы;
- халықтың қажеттіліктерін, мұқтаждықтарын қанағаттандыруға және өмір сүру сапасын жақсартуға бағытталған денсаулық сақтаудың әлеуметтік бағдарлануына;
- салауатты өмір салтын және дұрыс тамақтануды қалыптастыруға жәрдемдесу;
- халықтың денсаулығын, дәрілік заттардың қауіпсіздігін, тиімділігі мен сапасын ұлттық қауіпсіздікті қамтамасыз ету факторларына жатқызу

5 бап. Денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік реттеу негіздері

1. Денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік реттеуді жүзеге асырады: ;
 2. Қазақстан Республикасының Президенті;
 3. Қазақстан Республикасының Үкіметі Қаулы;
 4. Уәкілетті орган;
 5. Осы Кодексте, Қазақстан Республикасының өзге де заңдарында, Қазақстан Республикасы Президентінің және Қазақстан Республикасы Үкіметінің 4 актілерінде белгіленген құзыреті шегінде өзге де орталық және жергілікті атқарушы органдар.
 6. Денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік реттеу мыналарды жүргізу арқылы жүзеге асырылады:
 - медициналық, фармацевтикалық қызметті мемлекеттік бақылау және мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау;
- Медициналық және фармацевтикалық қызметті лицензиялау;
- адамның ағзаларын (ағзаларының бөліктерін) және (немесе) тіндерін, қан мен оның компоненттерін Кеден одағына кірмейтін елдерден Қазақстан Республикасының

аумағына әжелуді және Қазақстан Республикасының аумағынан осы елдерге әкетуді лицензиялау;

- Денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеу;
- Денсаулық сақтау саласындағы аттестаттау;
- адам денсаулығына зиянды әсер ететін дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканы, өнімдер мен заттардың жекелеген түрлерін мемлекеттік тіркеу, қайта тіркеу және олардың тіркеу дерекнамасына өзгерістер енгізу;
- дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканы қоспағанда, денсаулық сақтау саласындағы тауарлардың (жұмыстардың, көрсетілетін қызметтердің) техникалық регламенттерде, стандарттау жөніндегі нормативтік құжаттарда және шарттардың талаптарында белгіленген талаптарға сәйкестігін растау;
- мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдары көрсететін дәрілік заттар мен медициналық қызметтердің бағаларын мемлекеттік реттеуді жүзеге асырады.

Бөлім 2. Денсаулық сақтау жүйесі және медициналық көмекті ұйымдастыру

9 тарау

Денсаулық сақтау жүйесі және медициналық көмекті ұйымдастыру

31 бап. Денсаулық сақтау жүйесінің құрылымы

Денсаулық сақтау жүйесі денсаулық сақтаудың мемлекеттік және мемлекеттік емес секторларынан тұрады.

Денсаулық сақтаудың мемлекеттік секторы Денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік органдардан, мемлекеттік меншік құқығына негізделген денсаулық сақтау ұйымдарынан тұрады.

Денсаулық сақтаудың мемлекеттік емес секторы жеке меншік құқығына негізделген денсаулық сақтау ұйымдарынан, сондай-ақ жеке медициналық практикамен және фармацевтикалық қызметпен айналысатын жеке тұлғалардан тұрады.

Мемлекеттік емес денсаулық сақтау секторында емдеуге тыйым салынатын аурулардың тізбесін уәкілетті орган айқындайды.

32 бап. Денсаулық сақтау субъектілері

1. Денсаулық сақтау ұйымдары, сондай-ақ жекеше медициналық практикамен және фармацевтикалық қызметпен айналысатын жеке тұлғалар Денсаулық сақтау субъектілері болып табылады.
2. Денсаулық сақтау жүйесінде мынадай Денсаулық сақтау ұйымдары бар:
3. Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымдар;
4. Стационарлық көмек көрсететін ұйымдар;
5. Жедел медициналық көмек және санитариялық авиация ұйымдары;
6. Апаттар медицинасы ұйымдары;

Тақырып бойынша бақылау сұрақтары:

1. Денсаулық сақтауды ұйымдастыру негіздері және оның Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі» туралы Кодексінде көрсетілуі. (№193 – IV, ҚР ДСМ, 18 қыркүйек 2009 ж.) II тарау, 4 тармағын (17);
2. Денсаулық сақтау ұйымдарының құрылымы (II тарау, 9 бөлім, 31-34 баптар).
3. Денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік реттеу және басқару
4. Денсаулық сақтау жүйесі және медициналық көмекті ұйымдастыру

СИТУАЦИЯЛЫҚ ЕСЕПТЕР

№1 Тапсырма: Абсолюттік өсу немесе азаюды анықтау. Көрнекті, қарқынды өсу көрсеткіштерін және өсу қарқынын есептеп шығару.

1-тапсырма

Қазақстандағы туу көрсеткіш-тері (1000 адамға шаққандағы туылғандар саны)

1992 ж. - 19,9
1993 ж. - 18,7
1995 ж. - 16,7
1996 ж. - 15,4
1997 ж. - 14,7
1998 ж. - 14,2
1999 ж. - 14,0
2000 ж. - 14,7

2-тапсырма

Сәби өлімі (туылған 1000 нәрестеге шаққандағы өмірінің алғашқы жылында өлгендер саны)

1992 ж. - 26,2
1993 ж. - 28,0
1995 ж. - 27,3
1996 ж. - 25,3
1997 ж. - 24,2
1998 ж. - 21,4
1999 ж. - 20,2
2000 ж. - 19,6

3-тапсырма

Қазақстанда халықты дәрігерлермен қамтамасыз ету есептеледі (10 000 халық санына есептегенде)

1992 ж. - 35,4
1993 ж. - 34,5
1995 ж. - 33,2
1996 ж. - 32,4
1997 ж. - 31,4
1998 ж. - 30,4
1999 ж. - 33,9
2000 ж. - 28,6

4-тапсырма

Қазақстандағы өлім көрсеткіш-тері (1000 адамға шаққандағы өлгендер саны)

1992 ж. - 8,1
1993 ж. - 9,2
1995 ж. - 10,2
1996 ж. - 10,4
1997 ж. - 10,1
1998 ж. - 9,8
1999 ж. - 9,7
2000 ж. - 10,1

5-тапсырма

Қазақстанда халықтың ауруханалық төсектермен қамтамасыз етілуі (10 000 халық санына есептегенде)

1992 ж. - 124,5
1993 ж. - 122,9
1995 ж. - 107,2
1996 ж. - 91,4
1997 ж. - 79,0
1998 ж. - 72,9
1999 ж. - 72,6
2000 ж. - 72,1

6-тапсырма

Қазақстандағы орта мед. қызметкерлер саны (10 000 халық санына есептегенде)

1992 ж. - 104,5
1993 ж. - 100,1
1995 ж. - 92,4
1996 ж. - 83,6
1997 ж. - 75,8
1998 ж. - 77,7
1999 ж. - 74,1
2000 ж. - 71,8

№2 Тапсырма: Зерттеудің нәтижесінде ерлер мен әйелдердің ауыру көрсеткіштерінің әр түрлі екендігі анықталған. 1000 адамға есептегенде тіс аурулары ерлерде 390 ± 28 болса, әйелдерде бұл көрсеткіштердің деңгейі 520 ± 35 .

Осы көрсеткіштердің айырмашылығының нақтылығын табу керек.

№3 Тапсырма:

2013 жылдан 2017 жылға дейін ҚР-да нашақорлықтың таралуын графикалық бейнелеу (100 000 тұрғынға шаққанда)

Көрсеткіштер атауы	жылдар				
	2013	2014	2015	2016	2017
Нашақорлар саны %	10,1	16,9	20,4	32,3	109,6

№4 Тапсырма:

Қаланың екі ауданы халқының В гепатитімен сырқаттанушылығын зерделеу кезінде мынадай көрсеткіштер алынды: А ауданында – 3,5%, Б ауданында-1,8%. Вакцинация деңгейінің аурудың индикаторына әсері туралы шешім қабылдау үшін дәрігер стандарттау әдісін қолдануды қажет деп тапты.

Стандарттау әдісінің қай кезеңі дәрігерге екі ауданды вакцинациямен қамту үшін тең жағдайға қоюға мүмкіндік береді?

Осы кезеңде екі аймақтағы популяция деңгейінің айырмашылығы және осы айырмашылықтарға әсер ететін фактор туралы қорытынды жасауға бола ма?

№5 Тапсырма:

Экстенсивтілік пен қарқындылық көрсеткіштерін есептеңіз

2017 жылы Қазақстан Республикасында ішек инфекцияларымен сырқаттанушылық (100 000 тұрғынға есептегенде)

Облыстар	Халық саны	Жағдайлар саны
Ақмола обл.	894 200	3333
Алматы обл.	1 636 400	2 826
Оңтүстік-Қазақстан обл.	1 999 100	9 289
Басқа да обл.	11 236 500	38 007
Қазақстан бойынша	15 766 200	53 455

№6 Тапсырма:

Липотропиясы жоғары жаңа антибиотиктің қасиеттерін зерттеуге арналған зерттеуге семіздікпен ауыратын іріңді хирургия бөлімінің пациенттері қатысты. Зерттелгендердің массасы бойынша келесі таралуы байқалды:

Дене массасы, кг	Науқастар саны
90	1
100	4
120	8
130	6
140	2
Барлығы:	21

Ұсынылған вариация сериясы қалыпты таралу Заңына сәйкес келе ме? Вариация қатарының көрсеткіштерін есептеңіз: орташа арифметикалық мән, режим, медиан, орташа квадраттық ауытқу, вариация коэффициенті, арифметикалық бренд қатесінің орташа қателігі.

№7 Тапсырма:

Әйелдер консультациясының бас дәрігері жүктілік кезінде темекі шегудің ұрықтың денсаулығына әсері туралы зерттеу жүргізді. Алынған мәліметтерге сәйкес, жүктіліктің бірінші триместрінде күніне кемінде 5 темекі шегетін әйелдер тобында жүктіліктің 20-шы аптасында ұрықтың жоспарлы ультрадыбыстық зерттеуінен өткен 200-ден 12-ге ұрықтың ақаулығы диагнозы қойылған. 400 темекі шекпейтін әйелдердің бақылау тобында 6 жағдайда ұрықтың ақаулары диагнозы қойылды.

Темекі шегудің ұрықта ақау пайда болу қаупіне әсері туралы қорытынды жасаңыз.

№8 Тапсырма:

Орташа арифметикалық өлшенген, Сигма (вариация қатарының тербеліс өлшемі), арифметикалық орташа қате және сенімді шекараларды есептеңіз.

7 жастағы ұлдардың өсуі (см)	
V (см)	P(балалар саны)
109	8
112	13
115	30
118	40
121	30
124	13
127	9
130	6

№9 Тапсырма:

Дәрігерлермен төсек-орынмен қамтамасыз ету көрсеткіштерінің есебін беру (2017 ж. 10000 мың тұрғынға шаққанда)

Облыстар	Халық саны	Дәрігерлер саны	Төсектер саны
Қазақстан бойынша	15 671 800	52 030	133 210
Павлодар обл.	875 700	2 688	8 362
Алматы қаласы	1 062 400	9 497	13 562

№10 Тапсырма:

Дәрігерлермен және төсектермен қамтамасыз ету көрсеткіштерінің есебін беру (10 000 тұрғынға шаққанда, 2017ж.)

Облыстар	Халық саны	Дәрігерлер саны	Төсектер саны
Қазақстан бойынша	15 671 800	52 030	133 210
ШҚО	1 635 300	5 216	13 736
Алматы	1 062 400	9 497	13 566

1. Халыққа медициналық көмектің негізгі түрлерін көрсетіңіз:

- А) ауруханадан тыс, жедел медициналық
- Б) дәрігерге дейінгі, алғашқы медициналық-санитариялық көмек, білікті, мамандандырылған, жоғары мамандандырылған
- В) алғашқы медициналық-санитариялық көмек, стационарлық, жедел медициналық көмек
- Г) амбулаториялық-емханалық, стационарлық, санаториялық-курорттық, жедел медициналық
- Д) көшпелі шұғыл және жоспарлы-консультативтік, санаториялық-курорттық

2. Азаматтардың денсаулығын сақтауға конституциялық құқығын іске асыруға мемлекеттік органдардың, жеке және заңды тұлғалардың қатысуын регламенттейтін Қазақстан Республикасының құжаты:

- А) "Қазақстан Республикасының Конституциясы туралы" ҚР Президентінің Жарлығы
- Б) "Халықтың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығы туралы" Қазақстан Республикасының Заңы
- В) "Қоршаған ортаны қорғау туралы" Қазақстан Республикасының Заңы
- Г) ҚР "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Кодексі
- Д) Мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қызмет туралы ереже

3. Денсаулық сақтау дегеніміз не?

- А) медициналық ұйымдар желісі
- Б) медициналық персонал және медициналық ұйымдар желісі
- В) азаматтардың денсаулығын сақтауға бағытталған медициналық, әлеуметтік-экономикалық, саяси және өзге де шаралардың жиынтығы
- Г) азаматтардың денсаулығын сақтауға бағытталған медициналық шаралардың жиынтығы
- Д) қоғамдық ұйымдар желісі

4. Қоғамдық денсаулық сақтаудың толық анықтамасы:

- А) медицина мен денсаулық сақтаудың ұйымдастырушылық, экономикалық және құқықтық проблемалары жөніндегі ғылым
- Б) медицинаның, халық денсаулығын қорғау және қалпына келтірудің әлеуметтік, экономикалық, ұйымдастырушылық, құқықтық, социологиялық және психологиялық сұрақтарының кешенін зерттейтін қоғамдық ғылыми және оқу пәні
- В) халық денсаулығын қорғауға бағытталған әлеуметтік, құқықтық және ұйымдастырушылық шараларды зерттейтін ғылым
- Г) халық денсаулығын сақтауға, нығайтуға және дамытуға бағытталған жеке, топтық және мемлекеттік қызмет түрлері жөніндегі ғылым
- Д) әлеуметтік медицинаны және денсаулық сақтауды басқарудағы әлеуметтік аспектілерді зерттейтін ғылым

5. Халық денсаулығын сипаттайтын көрсеткіш топтары:

- А) аурушылдық, демографиялық көрсеткіштер, экономикалық даму көрсеткіштері
- Б) демографиялық көрсеткіштер, физикалық даму көрсеткіштері, әлеуметтік даму көрсеткіштері.
- В) аурушылдық көрсеткіштері, демографиялық көрсеткіштер, мүгедектік көрсеткіштері, физикалық даму көрсеткіштері
- Г) уақытша еңбекке жарамсыздық көрсеткіштері, мүгедектік көрсеткіштері, жарақаттық көрсеткіштер
- Д) халықтың табиғи өсімі, орташа өмір сүру ұзақтығы, өлім көрсеткіші

6. Әлеуметтік медицина және денсаулық сақтауды басқарудың толық анықтамасы:

- А) медицина мен денсаулық сақтаудың ұйымдастырушылық, экономикалық және құқықтық проблемалары жөніндегі ғылым
- Б) медицинаның, халық денсаулығын қорғау және қалпына келтірудің әлеуметтік, экономикалық, ұйымдастырушылық, құқықтық, социологиялық және психологиялық

сұрақтарының кешенін зерттейтін қоғамдық ғылыми және оқу пәні

В) халық денсаулығын қорғауға бағытталған әлеуметтік, құқықтық және ұйымдастырушылық шараларды зерттейтін ғылым

Г) халық денсаулығын сақтауға, нығайтуға және дамытуға бағытталған жеке, топтық және мемлекеттік қызмет түрлері жөніндегі ғылым

Д) әлеуметтік медицинаны және денсаулық сақтауды басқарудағы әлеуметтік аспектілерді зерттейтін ғылым

7. Халықтың денсаулығына қауіп-қатердің генетикалық (биологиялық) факторлары қайсы:

А) медициналық көмектің сапасы төмен

Б) темекі шегу және алкогольді, есірткіні пайдалану, дәрілік заттарды теріс пайдалану

В) су мен топырақтың зиянды заттармен ластануы

Г) стресстік жағдайлар, зиянды еңбек мұрттары, гиподинамия

Д) дегенеративті ауруларға бейімділік

8. Қоғамдық денсаулыққа әсер ететін денсаулық сақтау факторлары:

А) медициналық көмектің төмен сапасы

Б) темекі шегу және алкогольді, есірткіні пайдалану, дәрілік заттарды теріс пайдалану

В) су мен топырақтың зиянды заттармен ластануы

Г) стресстік жағдайлар, зиянды еңбек мұрттары, гиподинамия

Д) материалдық-тұрмыстық жағдайдың нашарлығы, отбасылық ақыл-ойдың беріктігі, жалғыздық

9. Неонаталдық өлім дегеніміз не?

А) алғашқы тәуліктегі нәрестенің өлімі

Б) алғашқы аптада нәрестенің өлімі

В) жаңа туған нәрестелердің бірінші айда өлімі

Г) өмірінің бірінші жылында нәрестенің өлімі

Д) өмірдің алғашқы аптасында нәрестенің өлуі

10. Туу көрсеткіштері кімге есептеледі:

А) барлық тұрғындарға

Б) барлық жастағы әйелдер

В) 15-49 жастағы әйелдер

Г) 15-45 жастағы әйелдер

Д) некеде тұрған әйелдер

11. Ерте неонаталды өлімге анықтама беріңіз:

А) Жаңа туған нәрестелердің өлімі

Б) жаңа туған нәрестелердің өлімі

В) өмірдің бірінші жылында жаңа туған нәрестенің өлімі

Г) алғашқы тәуліктегі нәрестенің өлімі

Д) алғашқы аптада нәрестенің өлуі мен өлуі

12. Сәби өлімі қандай жас өлшемімен шектеледі?

А) өмірінің бірінші аптасында өлім

Б) алғашқы тәуліктегі өлім

В) өмірінің бірінші айында қайтыс болған

Г) өмірінің бірінші жылында өліммен

Д) перинаталдық кезеңде қайтыс болуы

13. Экстенсивті көрсеткіш қайсысы?

А) ана өлімінің көрсеткіші

Б) туу көрсеткіші

В) сырқаттылық құрылымы

Г) ауру көрсеткіші

Д) неонаталдық өлім көрсеткіші

14. Қандай көрсеткіш қарқынды (интенсивті) болып табылады?

- А) ана өлімінің көрсеткіші
- Б) туу құрылымының көрсеткіші
- В) ана өлімі құрылымының көрсеткіші
- Г) өлім құрылымының көрсеткіші
- Д) ауру құрылымының көрсеткіші

15. Әлеуметтік медицина әдістері:

- А) зертханалық
- Б) науқасты тексеру
- В) перкуссия
- Г) аускультация
- Д) әлеуметтік сауалнама

16. Қорытындыға пайызбен қандай көрсеткіш есептеледі:

- А) экстенсивті
- Б) қарқынды
- В) динамикалық қатарлар
- Г) қатынас
- Д) көрнекілік

17. Арақатынас көрсеткіші:

- А) екі жиынтық арасындағы өзара байланыс
- Б) екі дербес жиынтық арасындағы қатынас
- В) орта мен құбылыс арасындағы қатынас
- Г) екі жиынтық арасындағы қатынас
- Д) екі дербес жиынтық арасындағы өзара байланыс

18. Төменде келтірілген құбылыстардың қайсысы экстенсивті көрсеткішке сәйкес келеді?

- А) аурулардың жалпы құрылымындағы тыныс алу мүшелері ауруларының үлес салмағы
- Б) туберкулез аурушандығы
- В) төсектермен қамтамасыз етілуі
- Г) дәрігерлермен қамтамасыз етілуі
- Д) төсектің жұмыспен қамтылуы

19. Кодекске сәйкес, денсаулық сақтау жүйесі-бұл:

- А) халықтың денсаулығын сақтауды қамтамасыз ететін емдеу - алдын алу, санитарлық, эпидемияға қарсы, сауықтыру мекемелерінен тұратын жүйе
- Б) қызметі азаматтардың денсаулығын сақтауға құқықтарын қамтамасыз етуге бағытталған мемлекеттік органдар мен денсаулық сақтау субъектілерінің жиынтығы
- В) азаматтардың денсаулығын сақтауға құқықтарын қамтамасыз ету үшін барлық емдеу-алдын алу мекемелерінің (мемлекеттік және жеке) және басқару органдарының жиынтығы
- Г) қызметі осы Кодекске регламенттелген мемлекеттік органдар мен денсаулық сақтау объектілерінің жүйесі
- Д) қызметі денсаулықты жақсартуға, өмір сүру ұзақтығын ұлғайтуға бағытталған денсаулық сақтау субъектілерінің, объектілердің және мемлекеттік органдарының жиынтығы

20. Бастапқы алдын алу-бұл:

- А) салауатты өмір салтын қалыптастыру
- Б) аурулардың пайда болу себептерін жоюға бағытталған іс-шаралар жүйесі
- В) аурудың клиникаға дейінгі белгілерін ерте анықтауға бағытталған іс-шаралар жүйесі
- Г) науқастарды қалпына келтіру бойынша іс-шаралар кешені, толыққанды өмір сүру мүмкіндігі
- Д) өндірістегі зиянды факторларды жою жөніндегі іс-шаралар кешені

21. Мүгедектікті анықтауға кімнің құқығы бар?

- А) ДКК (дәрігерлік- консультациялық комиссия)
- Б) емдеуші дәрігер

В) МӘС(медициналық- әлеуметтік сараптама) қызметі

Г) бас дәрігер орынбасары

Д) бөлім меңгерушісі

22. Еңбекке жарамсыздық парағы дегеніміз не?

А) еңбекке жарамсыздық фактісін куәландыратын құжат жұмыстан босату және уақытша еңбекке жарамсыздығы бойынша, жүктілігі мен босануы бойынша жәрдемақы алу үшін негіз болып табылады

Б) тұрақты еңбекке жарамсыздық фактісін куәландыратын құжат жұмыстан босату, мүгедектік алу үшін негіз болып табылады

В) тұрақты еңбекке жарамсыздық фактісін куәландыратын құжат мүгедектік белгілеу үшін негіз болып табылады, жарақат, жүктілігі және босануы бойынша жәрдемақы алу үшін

Г) еңбекке жарамсыздық фактісін куәландыратын құжат созылмалы ауруға байланысты жұмыстан босату және уақытша еңбекке жарамсыздығы бойынша жәрдемақы алу үшін негіз болып табылады

Д) жұмыстан босату үшін негіз болып табылатын еңбекке жарамсыздық фактісін куәландыратын құжат

23. Мүгедектіктің ең ауыр тобы болып табылады:

А) 1-топ

Б) 2-топ

В) 3-ші топ

Г) 4-топ

Д) 5-ші топ

24. Бір еңбекке жарамсыздық жағдайының орташа ұзақтығынесептеу кезінде ортасы ретінде не қабылданады:

А) уақытша еңбекке жарамсыздық жағдайларының саны

Б) уақытша еңбекке жарамсыздық күндерінің саны

В) жұмыс істейтіндердің орташа саны

Г) еңбекке жарамсыздықтың бастапқы парағы бойынша уақытша еңбекке жарамсыздық жағдайларының саны

Д) тұрғындар саны

25. 100 жұмысшыға уақытша еңбекке жарамсыздық жағдайларының санын есептегенде құбылыс ретінде не қабылданады:

А) уақытша еңбекке жарамсыздық жағдайларының саны

Б) уақытша еңбекке жарамсыздық күндерінің саны

В) жұмыс істейтіндердің орташа саны

Г) еңбекке жарамсыздықтың біріншілік парағы бойынша уақытша еңбекке жарамсыздық жағдайларының саны

Д) тұрғындар саны

26. Біріншілік алдын алу-бұл:

А) қайталанудың алдын алу

Б) асқынулардың алдын алу

В) сау адамдарда аурудың алдын алу

Г) қайталанған тұздалудың алдын алу

Д) жұқпалы аурулардың алдын алу

27. Емханада толтырылатын қандай медициналық құжат дәрігердің күнделікті жұмысына қажетті жедел құжаттар тобына жатады?

А) диспансерлік бақылаудың бақылау картасы (ф. № 030 / Е)

Б) дәрігердің жұмыс күнделігі (ф. № 039 / у)

В) амбулаторлы науқастың медициналық картасы (ф. № 025 / е)

Г) үйге шақыру жазбалары кітабы (ф. № 031 / е)

Д) дәрігердің қабылдауына арналған талон (т. №25-4 / Е)

28. Стационарда толтырылатын қандай медициналық құжат мекемелердің күнделікті жұмысына қажетті және бір мезгілде есепке алу үшін пайдаланылатын жедел-есептік құжаттама тобына жатпайды?

- А) емдеуге жатқызуды қабылдау және бас тарту журналы (ф. № 001 / Е)
- Б) стационарлық науқастың медициналық картасы (ф. № 003 / е)
- В) науқастардың қозғалысын және стационардың төсек қорын есепке алу парағы (ф. № 007 / Г)
- Г) стационардан шыққандардың статистикалық картасы (Н. № 066 / у)
- Д) стационар бойынша науқастардың қозғалысын және төсек қорын есепке алудың жиынтық ведомосі (ф. № 016 / у)

28. Аурушылықтың статистикалық тіркеуінде қолданатын негізгі жіктелу:

- А) халықаралық аурулар жіктелуі
- Б) аурулардың, жарақаттар және өлім себептерінің халықаралық жіктелуі
- В) аурулардың, жарақаттар және өлім себептерінің халықаралық статистикалық жіктелуі
- Г) аурулар және денсаулықпен байланысты мәселелердің халықаралық статистикалық жіктелуі
- Д) аурулардың, жарақаттар, өлім себептерінің және денсаулықпен байланысты мәселелердің халықаралық статистикалық жіктелуі

30. Сәбилер өлімін есептеуге қажетті мәліметтер

- А) Берілген жылы туылған соң 1 ай ішінде өлгендер саны, берілген жылы тірі туылғандар саны.
- Б) берілген жылы өмірінің алғашқы аптасында өлгендер саны, берілген жылы тірі туылғандар саны.
- В) берілген жылы тірі туылғандар саны, алғашқы 6 күнде тірі және өлі туылғандар саны, орташажылдық халық саны.
- Г) берілген жылы туылғаннан кейін 1 жасқа дейін өлгендер саны, берілген жылы тірі туылғандар саны, өткен жылы тірі туылғандар саны.
- Д) берілген жылы 1 жасқа дейін өлгендер саны, орташажылдық халық саны

31. Жалпы аурушылық (аурулық) – бұл:

- А) бұрын анықталмаған және жаңадан анықталған аурулардың жиынтығы
- Б) берілген жылы алғаш рет анықталған және бұрыннан белгілі, сол себепті берілген жылы қайта қаралған халық арасындағы барлық аурулардың жиілігі
- В) тұрғындардың арасында патологияның жиілігін анықтау
- Г) аурудың дамуына кейін себеп болатын функционалдық ауытқулар
- Д) бұрын анықталмаған және берілген жылы жаңадан анықталған аурулардың саны

32. Сәбилер өлімі көрсеткіші деген

- А) 4 жасқа дейінгі балалар өлімі
- Б) 1-ші аптасындағы балалардың өлімі
- В) 1-ші айындағы балалардың өлімі
- Г) 1 жасқа дейінгі балалар өлімі
- Д) 1 аптадан 1 айға дейінгі балалар өлімі

33. Жекелеген себептерден халық өлімін есептеуге қажетті мәліметтер

- А) берілген жылы жекелеген себептерден өлгендер саны, берілген жылы өлгендердің жалпы саны.
- Б) берілген жылы жекелеген себептерден өлгендер саны, орташажылдық халық саны
- В) берілген жылы аурудан өлгендер саны, орташажылдық халық саны.
- Г) жекелеген аурудан өлгендер саны, берілген жылы тірі және өлі туылғандар саны
- Д) берілген жылы жекелеген себептерден өлгендер саны, берілген жылы тірі туылғандар саны.

34. Халықтың жалпы өлімі көрсеткішін есептеуге қажетті мәліметтер

- А) берілген жылғы орташажылдық халық саны, өткен жылы өткен жылғы орташажылдық халық саны.
- Б) берілген жылы өлгендер саны, орташажылдық халық саны.

- В) берілген жылы өлгендер саны, берілген жылы тірі туылғандар саны.
Г) берілген жылы өлгендердің $2/3$ -і + өткен жылы өлгендердің $1/3$ -і, халық саны.
Д) берілген жылы өлгендер саны, берілген жылы өлі және тірі туылғандар саны.

35. Туушылық көрсеткішін есептеу үшін қандай мәліметтер қажет

- А) берілген жылы тірі және өлі туылғандар саны, берілген жылы тірі туылғандар саны.
Б) берілген жылы тірі туылғандар саны, өткен жылы тірі туылғандар саны.
В) берілген жылы тірі және өлі туылғандар саны, орташажылдық халық саны.
Г) берілген жылы тірі туылғандар саны, орташажылдық халық саны
Д) берілген жылы орташажылдық халық саны, өткен жылы өткен жылғы орташажылдық халық саны.

36. Арақатынас көрсеткіші:

- А) екі жиынтық арасындағы өзара байланыс
Б) екі дербес жиынтық арасындағы қатынас
В) орта мен құбылыс арасындағы қатынас
Г) екі жиынтық арасындағы қатынас
Д) екі дербес жиынтық арасындағы өзара байланыс

37. Халықтың табиғи өсу көрсеткішін есептеуге қандай мәліметтер қажет

- А) берілгендер жылы туылғандар саны, өткен жылы туылғандар саны, орташа жылдық халық саны
Б) берілгендер жылы туылғандар саны, сол жылы өлгендер саны, орташа жылдық халық саны
В) берілген жылы тірі туылғандар саны, сол жылы өлі туылғандар саны, өткен жылғы халық саны
Г) биылғы жылы тірі туылғандардың $2/3$ -сі, жылы туылғандардың $1/3$ -і, сол жылғы халық саны
Д) берілген жылы туылғандар саны, сол жылы өлгендер саны, өткен жылғы орташа жылдық халық саны

38. Халықтың табиғи өсуі – қандай көрсеткіштердің арасындағы айырмашылық:

- А) туушылық пен еңбекке жарамды жастағы өлім
Б) жас топтары бойынша туушылық пен өлім
В) бір жылдағы туушылық және өлім
Г) жыл мезгілі бойынша туушылық және өлім
Д) жынысы бойынша туушылық және өлім

39. Демографиялық құбылыстарды зерттеуге мүмкіндік беретін әдістерге жатады:

- А) демографиялық құбылыстың күнделікті есебі, сараптамалық бағалаулардың әдістері, бюджеттік-экономикалық әдіс
Б) тарихи әдіс, халық санағы
В) халық санағы, демографиялық құбылыстарды күнделікті тіркеу, демографиялық мәселелерді іріктеп зерттеу
Г) демографиялық мәселелерді іріктеп зерттеу, сұрақнама әдісі, статистикалық әдіс
Д) тарихи әдіс, анамнестикалық, статистикалық және экономикалық әдістер

40. Демографиялық статистиканың негізгі бөлімдері:

- А) халық саны мен құрамы.
Б) халық статикасы мен динамикасы.
В) халықтың табиғи және механикалық қозғалысы.
Г) халық құрамы мен миграциясы.
Д) халық статикасы мен табиғи қозғалысы.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Қоғамдық денсаулық сақтау: оқулық / А. Ақанов [және т.б.]. - М.: Литтерра, 2017. -- 496 б.
2. Биғалиева Р.К. Әлеуметтік медицина және денсаулық сақтауды басқару, оқулық – Алматы «Эверо», 2016. 516-б.
3. Қоғамдық денсаулық сақтау және денсаулық сақтау: практикалық сабақтарға арналған нұсқаулық: оқу құралы / В. А. Медик, В. И. Лисицин, Токмачев М. - 2-ші басылым. - М.: GEOTAR-Media, 2018. -- 464 б.: Илл.
4. Медицина және денсаулық сақтау саласындағы ғылыми зерттеулердің әдістері / Элизабет Де По, Лаура Н. Гитлин; транс ағылшын тілінен редакциясымен В.В.Власова. - М.: GEOTAR-Media, 2017. -- 432 б.: Илл.
5. Кучеренко В.З. Халық денсаулығы мен денсаулық сақтауды зерттеу үшін статистикалық талдау әдістерін қолдану - Москва 2017 ж.
6. Денсаулық сақтау экономикасы: қазақ және орыс тілдерінде оқу құралы / Дж. Жакупова. - М.: Литтерра, 2018. -- 192 б.
7. Қоғамдық денсаулық сақтау және денсаулық сақтау: оқу құралы / В. А. Медик, В.К. Юрьев. . - 2-ші басылым. - М.: GEOTAR-Media, 2020. -- 608 б.

500-0057

