

Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

ӘОЖ:614.2:616-082

Қолжазба құқығында

Есалиев Еркін Сұлтанбайұлы

Отбасылық және жалпы тәжірбиелік дәрігерлер негізінде алғашқы медициналық-санитарлық көмекті жетілдіру тәсілдері

БМ110200 «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы бойынша қоғамдық денсаулық ғылымдарының магистрі академиялық дәрежесін ізденуге арналған диссертациялық жұмыс

Ғылыми жетекші:

м.ғ.д., профессор М.Ә.Бөлешов

Түркістан- 2019 жыл

МАЗМҰНЫ

1	Қысқартулар мен шартты белгілер	3
2	Кіріспе	4
3	1 отбасылық және жалпы тәжірбиелік дәрігерлер негізінде алғашқы медициналық-санитарлық көмекті жетілдіру мәселелері (Әдеби шолу)	6
4	2 Зерттеу материалдары мен, әдістері	18
5	3 Отбасылық және жалпы тәжірбиелік дәрігерлердің еңбек ету сипаттамасы	20
6	4 Алғашқы медициналық-санитарлық көмек беру сапасын социологиялық тұрғыда бағалау	24
7	5 Жалпы тәжірбиелік дәрігерлердің алғашқы медициналық-санитарлық көмек сапасына көз қарасы	34
8	Қортынды	45
9	Тұжырым	54
10	Тәжірбиелік ұсыныстар	55
11	Қолданылған әдебиеттер тізімі	56

ҚЫСҚАРТУЛАР МЕН ШАРТТЫ БЕЛГІЛЕР

АМСК– алғашқы медициналық - санитарлық көмек

АЕҰ–амбулаторлық-емханалық ұйым

ЖТД - Жалпы тәжірибелік дәрігер

ОД–отбасылық дәрігер

ДДСҰ–дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы

МСКС - медициналық - санитарлық көмек сапасы

КІРІСПЕ

Зерттеудің өзектілігі. Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау жүйесінің алдына қойған басты мақсаты алғашқы медициналық-санитарлық көмекті одан ары дамыту болып табылатындығы белгілі. Бұл қызметті одан ары жетілдіру жалпы денсаулық сақтау жүйесінің дамуына, еліміздің еңбек ету қуатының артуына, қордаланып қалған медициналық-демографиялық әлеуметтік-экономикалық мәселелерді шешуге дұрыс әсер етеді.

Тұрғындарға көрсетілетін отбасылық және жалпы тәжірбиелік дәрігерлік көмектің қол жетімділігі мен сапасы алғашқы медициналық-санитарлық көмектің даму деңгейін анықтайтын негізгі көрсеткіш болып табылады[1,2,3].

Тұрғындар арасында соңғы 5 жыл ішінде дәрігерлік көмектің қол жетімділігі мен сапасы туралы жүргізілген социологиялық зерттеу жұмыстары амбулаторлық-емханалық ұйымның жұмысы мен дәрігерлік қызмет сапасына тұрғындардың басым бөлігінің қанағаттанбайтындығын көрсетті. Амбулаторлық-емханалық ұйымдарда ХХ ғасырдың 90-шы жылдары көрсетілген аймақтық медициналық көмек тек терапевтік немесе педиатриялық көмек көрсетумен шектелді. Аймақтық дәрігер қызметінің ең басты міндетінің бірі отбасы мүшелерінің денсаулығын диспансерлік бақылауда ұстау болып шықты. Алайда бұл жұмыстың дәрігердің атқаратын қызметінен тыс қалу оқиғалары байқалды. Осы жағдай алғашқы медициналық-санитарлық көмекті жаңаша ұйымдастыруға, оның ішінде отбасылық және жалпы дәрігерлік тәжірибені дамыту мәселесін көтеруге себеп болды[4,5,6,7,8].

Отбасылық дәрігерлік тәжірибені АМСК жүйесіне еңгізу, амбулаторлық көмектің көлемін жоғарылату және тұрғындардың білікті дәрігерлерге сұранысын төмендету қажеттілігінен туындап отыр. Сондықтан, алдымызға қойылған зерттеу жұмысы алғашқы медициналық-санитарлық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру жолдарын іздеуге және жалпы дәрігерлік тәжірибе жұмысы дамытудың денсаулық сақтау саласындағы оңтайлау ісіндегі алатын орнын анықтайды.

Зерттеудің мақсаты. Алғашқы медициналық-санитарлық көмекті ұйымдастыруды жетілдіруге бағытталған шараларды ғылыми түрде негіздеп, отбасылық және жалпы тәжірбиелік дәрігерлік көмектің сапасы мен қол жетімділігін арттыру.

Зерттеудің міндеттері.

1. Түркістан қаласындағы алғашқы медициналық-санитарлық көмекті отбасылық дәрігерлік тәжірибе негізінде ұйымдастыруды жетілдіру жұмысының тиімділігін социологиялық зерттеу.
2. Алғашқы медициналық-санитарлық қызметтің медициналық көмегін алатын тұрғындардың әлеуметтік-гигиеналық мінездемесін жасау;
3. Амбулаторлық-емханалық көмектің қол жетімділігі мен сапасына социологиялық баға беру;

4. АЕҰОтбасылық дәрігерлік тәжірибе жұмысын ұйымдастыруды жетілдіруге және АМСК сапасын арттыруға бағытталған ұсыныстарды қалыптастыру және тәжірибеге ендіру.

Ғылыми жаналығы. Алғаш рет Түркістан қаласының АЕҰ көрсететін медициналық көмегінің қол жетімділігі мен сапасы кешенді түрде зерттеліп, сараптаудан өткізілді. Отбасылық дәрігерлік қызметтің сапасы социологиялық тұрғыда бағаланды. Отбасылық және жалпы тәжірибелік дәрігерлердің жұмысын ұйымдастырудағы кемшіліктер мен жетістіктер анықталды. Отбасылық дәрігерлердің жұмысын одан ары жетілдіру жолдары анықталып, тәжірибеге енгізуге ұсынылды.

Тәжірибелік құндылығы. АМСК жүйесіндегі отбасылық және жалпы тәжірибелік дәрігерлердің жұмысын кешенді зерттеу барысында социологиялық сұрақнама құрастырылды. Қалалық емханаларда еңбек ететін отбасылық дәрігерлер жұмысын ұйымдастыруды одан ары жетілдіруге бағытталған тәжірибелік ұсыныстар жасалды.

Жұмыстың апробациялануы.

– Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрк университетінің жоғары медициналық білім беруден кейінгі білім беру факультетінің «профилактикалық медицина және стоматологиялық пәндер кафедрасының» мәжілісінде талқыланып (Шымкент, 28-29 қараша 2019 жыл).

Ғылыми жұмыстың басқа да ұйымдармен байланысы. Бұл жұмыс Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті мен Түркістан қалалық орталық емханасының 2018 жылғы «ғылыми әріптестік» келісім шарты негізінде жүргізілді.

Диссертациялық жұмыстың құрылымы мен көлемі. Диссертациялық еңбек 42 бетке жазылған, оның ішінде кіріспе, әдебиеттерге шолу, зерттеудің әдістері мен көлемі, негізгі зерттеу нәтижелері келтірілген 3 өзіндік зерттеу тарауларынан, қорытынды, тұжырым мен тәжірибелік ұсыныстардан тұрады. Библиографиялық сілтемелер 113 әдеби көздерге жасалған. Диссертациялық жұмыста 5 кесте, 14 сурет беріледі.

Магистранттың диссертациялық еңбекке қосқан үлесі. Магистрант зерттеу жұмысының бағдарламасы мен жоспарын жасады. Зерттеуді жүзеге асыруға қажетті ресми құжаттардың қатар санын анықтап, материалдарын жинады. Статистикалық материалдарға өңдеу жүргізді. Алынған нәтижелердің қорытындысын жасап, тәжірибелік ұсыныстарды құрастырды. Магистранттың бұл еңбекті даярлауға қосқан үлесі 90% жетеді.

1.Отбасылық және жалпы тәжірбиелік дәрігерлер негізінде алғашқы медициналық-санитарлық көмекті жетілдіру мәселелері (Әдеби шолу)

Алғашқы медициналық-санитарлық көмекті жетілдіру мәселесі үнемі денсаулық сақтау жүйесінің ең маңызды міндетінің бірі болып қала беруде. Медициналық көмектің қол жетімділігі мен сапасын бағалау ісі амбулаторлық-емханалық кезеңнен басталады. Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министірлігінің тұрғындарға медициналық көмекті ұйымдастыру мәселелеріне арналған шешімдерінде және бағдарламаларында алғашқы медициналық-санитарлық қызметті жетілдірудің негізгі бағыты ретінде амбулаторлық-емханалық көмекті бүгінгі талапқа сай қалыптастыру деп атап көрсетілген [5,6,7,8,9]. Себебі амбулаторлық-емханалық ұйымдардың (АЕҰ) қызметін одан ары жетілдіру тұрғындардың денсаулығын жақсартудың бірегей маңызды механизмі болып табылады. АЕҰ қызметі тұрғындардың денсаулық сақтау жүйесімен танысуының алғашқы сатысы екендігі айқын. Алғашқы медициналық-санитарлық көмек жүйесі, оның ішінде АЕҰ емдік шараларды ұйымдастырумен қатар, профилактикалық шараларды да белсенді жүзеге асырады. Сол арқылы көптеген әлеуметтік маңызы үлкен аурулардың алдын алуға күш салады. Алғашқы медициналық-санитарлық көмектің дұрыс жүргізілуіне тікелей байланысты. Маңыздылығы оның кез келген адам үшін қол жетімділігімен, біліктілігімен және еңбек ету жасындағы адамдардың ауруханаға жатпай, жұмыс істей жүріп, мамандандырылған сапалы және беиінді медициналық көмек алу мүмкіндігі арқылы анықталады.

Үкіметпен денсаулық сақтау ісін басқару органдарының емханалық-амбулаторлық көмекті барынша жетілдіруге деген ұстанымы, бағасы жоғары және материалдық шығынды көптеп талап ететін стационарлық көмектің ауқымын азайтуға тікелей байланысты. Сондықтан амбулаторлық-емханалық ұйымдардың қызмет сапасы денсаулық сақтау жүйесінің негізгі құрамдық бөлігі ретіндегі және мемлекеттік жүйедегі медицинаның әлеуметтік, экономикалық тұрғыдағы дамуының бір көрінісі болып табылады [10,11,12].

Амбулаторлық-емханалық ұйымдар медициналық, санитарлық-гигиеналық және медициналық-әлеуметтік қызметтерді қамтамасыз ететін, жеке тұрғындармен және отбасы мүшелерімен бірінші рет қарым-қатынас орнататын алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету жүйесі деуге болады. АЕҰ қызметіне тұрғындардың сұранысы артқан сайын, стационарлық ұйымдардың қызметіне түсетін ауыртпалық азайып, олардың тұрғындарға беретін медициналық көмегі жетіле түседі [13,14,15]. Сондықтан денсаулық сақтау саласындағы жүзеге асырылып жатқан қайта құру және оңтайлау жұмыстары емханалық-амбулаторлық мекемелердің қызмет сапасы мен көрсететін медициналық көмегін барынша жақсартуға бағытталғандығы экономикалық-әлеуметтік мәселені шешу деп есептеуге болады. Оңтайлау жұмыстарының негізгі бағыты ретінде амбулаторлық-емханалық көмек беру жүйесінде отбасылық немесе жалпы тәжірбиелік

дәрігерлер институтын құрып, дәрігердің біліктілігін осы талапқа сай етіп қалыптастыру болып отыр [16,17,18,19,20].

Бірінғай Ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің алдына қойған мақсаты, отбасылық дәрігерлер қызметін барынша дамытып, алғашқы медициналық-санитарлық көмек беру саласынан учаскелік дәрігерлерді және бейінді дәрігер мамандарды ығыстырып, медициналық көмек беру қызметін толық олардың қолына тапсыру болып табылады. Себебі, нарықтық экономика жағдайында медицина ұйымдары тек сапалы медициналық көмек берумен айналысып қана қоймай, тұрғындардың денсаулығы жоғары деңгейге көтеріп, халыққа барынша экономикалық-әлеуметтік тиімділікпен қызмет көрсетуі қажет [21,22,23]

Қазақстан Республикасының үкіметі бекіткен Ұлттық «Саламатты Қазақстан» атты даму бағдарламасында алғашқы медициналық-санитарлық көмекті дамыту басым бағыт ретінде қарастыра отырып, бұл саланың ең басты қызметін амбулаторлық-санитарлық жүйе атқарады деп көрсеткен [24]. Аталмыш бағдарламада, Республикалық денсаулық сақтау жүйесінің жаңа деңгейге көтерілуі үшін көрсетілетін медициналық қызметті басқару технологиясын түбірінен өзгерту қажет деп атап көрсетілген. Сонымен қатар, алғашқы медициналық-санитарлық көмекті одан ары жетілдіру кешенді жолмен жүзеге асырылатындығы айтылған. Батыс Европа елдерінде өзінің барынша жоғары тиімділігін көрсетіп келген жалпы дәрігерлік тәжірибені ЕАҰ-ына кеңінен ендіру, дәрігерлердің өз қызмет сапасын жоғарылатуға деген құлшынысын арттыру, емдеу-профилактика бағытында қол жеткізген жетістіктер үшін тарифке қосымша белсендіру компонентін енгізу медициналық-әлеуметтік көмек сапасын барынша жоғары деңгейге көтереді деп күтілуде. сондықтан амбулаторлық-емханалық ұйымдардың құрлымын түбегейлі өзгерту қарастырылған. Оның құрамында отбасы денсаулығының орталығы, дәрігерге дейін қабылдау, тексеру (акушерка), процедура, егу, қақырық жинау және химизатор, дені сау бөбектер, профилактика және салауатты өмір салты бөлмелері, жалпы тәжірибелік дәрігерлер бөлмелерінен тұрады. Емхананың бірінші құрлымда әлеуметтік-психологиялық қызмет (әлеуметтік қызметкер мен психолог), денсаулықты күшейту орталығы және жастардың денсаулық орталығы да ұйымдастырылады.

Ұйымдық құрлымда қаржыландыру тарифі және дәрігердің жұмыстарындағы жетістіктерге сай қосымша белсендіру компоненті қолданылады. Ал екінші құрылымда көмекші-диагностикалық бөлімше деп аталады және оның құрамында тіркеу, ақпараттық бюро, статистика мен сараптау бөлмесі, күндізгі стационар, қызметтік диагностика және физиотерапевт бөлмелер, клиникалық-биохимиялық лаборатория, ультрадыбысты диагностика бөлмесі, рентген және флюорография бөлмелері,эндоскопиялық бөлмелері қарастырылған. Бұл құрлымды қаржыландыру деңгейі тұрғындарға көрсетілген медициналық көмектің саны мен сапасына қарай жүзеге асырылады.

Үшінші құрылымды, кеңес беру-диагностика бөлімі деп атайды және бұл бөлімде бейінді мамандар, оның ішінде хирург, окулист, лор дәрігер,

кардиолог, акушер-гинеколог және басқалар бар. Бұл бөлімнің қызметін қаржыландыру амбулаторлық-емханалық тарификатор бойынша, көрсетілген медициналық көмектің деңгейін есепке ала отырып жүзеге асырылады.

Алғашқы медициналық-санитарлық көмектің сапасын одан ары жетілдіру мақсатында нормативтік құжаттарды қайта қарап, көрсетілетін қызметтердің аясын нақтылау, алғашқы медициналық-санитарлық көмек пен беиінді дәрігерлік көмекті қаржыландыруды олардың ерекшелігіне қарай жүзеге асырылады. Бұл жүйеде қызмет атқаратын дәрігер мамандарының және орта буынды медицина қызметкерлерінің беретін көмек шегінің артуы медицина мамандарының білімі мен біліктілігіне қоятын талапты барынша арттырды. Жаңа ұйымдастырушылық жағдайында медицина қызметкерлерінің өз міндеттеріне жауапкершілігі де жоғарылап, әсіресе жалпы тәжірибелік дәрігерлер мен медицина бикелерінің амбулаторлық қызметті ұйымдастырудағы ролі арта түсуде [25,26,27].

Амбулаторлық-емханалық қызмет жүйесінің көрсететін алғашқы медициналық-санитарлық көмегін алу тұрғындардың дәрігермен алғаш рет кездесуі деп қарастырған жөн [28,29,30,31]. Алғашқы медициналық-санитарлық көмек беретін мекеме қызметкері ретінде амбулаторлық-емханалық жүйенің дәрігер мамандары денсаулығында өзгерістер бар кез келген тұрғынды қабылдап, барынша сапалы медициналық көмек көрсетуі тиіс. АЕҰ науқастарға денсаулық сақтау жүйесінің әртүрлі қызметтеріне бағыт беретін орталық ұйым ретінде науқастар мен жалпы тәжірибелік дәрігерлер арасында тығыз қарым-қатынастың қалыптасуына жағдай жасайды. Тек осы жағдайда науқастар өз денсаулығына байланысты дұрыс кеңес алып, сапалы ем қабылдауға жол табады.

Бұл жүйенің қызметі біріншілік, екіншілік, және үшіншілік профилактиканы сапалы ұйымдастыруға, салауатты өмір сүру салтын қалыптастыруға және ауруларды ерте кезеңнен диагностикалауға жағдай туғызады [32,33,34,35,36].

Бүгінгі таңда қол жеткізген тәжірибе, Кеңестер Одағында кеңінен қолданылған емханалық-амбулаторлық көмекті ұйымдастыру моделінің көптеген артықшылықтары мен қатар кемшіліктері де бар екендігін көрсетті. 1978 жылы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы қабылдаған Алматы декларациясы бұл жүйенің құндылықтарына баса көңіл бөліп, оны жер бетіндегі барлық елдерге үлгі ретінде ұсынғаны белгілі [37,38,39,40,41].

Алайда, Кеңестер Одағында қабылданған ұстаным, алғашқы медициналық-санитарлық көмекті одан ары жетілдіруге жол аша қоймады. Сондықтан ескі амбулаторлық-емханалық жүйе қызметі көптеген сындарға ұшырап, абыройы түсті. XX ғасырда жүргізілген социологиялық зерттеулер амбулаторлық-емханалық мекемелердің көрсеткен көмегіне тұрғындардың 40 % - ынан астамының көңілі толмайтындығын көрсетті.

Амбулаторлық-емханалық ұйымдарда көрсетілетін медициналық көмектің шамадан тыс кәсібиленуі учаскелік терапевтер мен педиаторлардың біліктілігін барынша төмендетіп жіберді. Отбасы мүшелерінің денсаулығын бақылау жұмысы мен сапасы күрт нашарлап, профилактикалық шаралардың

жүзеге асырылу белсенділігі барынша төмендеді. Учаскелік дәрігерлер өзінің атқаратын міндеттерінің басым бөлігін медицинаның бейінді саласы мамандарына және медицина бикелеріне жүктеді. Тұрғындар өздерінің науқастары бойынша учаскелік терапевтер мен педиаторларға қаралудан бас тартып, жеке кәсіптегі дәрігерлерге қарала бастады. Учаскелік дәрігерлердің қарауындағы аумақтардың тұрғындармен байланысы төмендеп, науқастарға байланысты атқаратын профилактикалық, диспансерлік шаралары мүлдем жүзеге асырылмай қалды. Науқастарға бірегей және тоқтаусыз бақылау орнату шартының бұзылуына байланысты учаскелік дәрігер мен кез келген маман дәрігерді таңдау құқығын беру да кері әсерін тигізді. Алғашқы медициналық-санитарлық көмек беру жүйесі дәрігерлерінің абыройының төмендеуіне науқастардың медициналық-санитарлық мәселелер бойынша төмен дәрежедегі хабардарлығы, дәрігерді таңдау құқығын дұрыс түсінбеушілігі де себеп болды. Науқастардың дәрігер-мамандарға жүйесіз қаралуы орын алуда. Жеке мамандардың кәсіби біліктілігі жоғары болғанмен, науқастармен арадағы қысқа мерзімдік арақатынас пен тоқтаусыз бақылаудың жоқтығынан сапалы диагноз қоюға, емдік-профилактикалық, реабилитациялық-медициналық көмекті сапалы ұйымдастыруға мүмкіндік бере алмады.

Ауруға шалдыққан тұрғын өзіне қажетті маманға жолыққанша көп уақыт жоғалтады, ал сырқат одан ары асқынып жедел түрден, созылмалы түрге айналуға. Осы жерде ең маңызды кезең артта қалып, сырқаттың одан ары ушығуына жол ашылады. Дер кезінде емделмеген науқас тұрақты еңбекке жарамсыздыққа шалдығып, мүгедекке немесе ерте жастан өлімге ұшырайды. Уақытысында жоғары білікті маман дәрігерге, оның ішінде алғашқы медициналық-санитарлық көмек жүйесінің дәрігерге қаралу, кеселдің осындай ауыр асқынуларға алып келмес еді [49,50,51,52,53]. Учаскелік дәрігерлердің абыройының төмендеуі, бұл саланың жаңаша қайта құрылуын және мамандардың біліктілігін бүгінгі таңның талаптарына сай қалыптастыру қажеттілігін көрсетті. Бұл саланың қызметін жетілдіру жұмыстары қазіргі таңда амбулаторлық-емханалық ұйымдардың құрлымын өзгерту және мамандарын жаңаша қалыптастыру арқылы жүзеге асырылуда. Бұл жерде жалпы тәжірибелік немесе отбасылық дәрігерлердің ролі ерекше артып отыр. Отбасылық дәрігер мамандар алғашқы медициналық-санитарлық көмек жүйесінің ең маңызды ұйымдастырушылық шартын сақтап қалуға және оның тиімділігін барынша арттыруға көмектеседі деп ойлаймыз. Бірінші кезекте алғашқы медициналық-санитарлық көмек жүйесінің аясында жүзеге асырылатын профилактикалық және скринингтік шаралар, диспансеризация жұмысы қайта жанданып, медициналық көмек сапасы мен тиімділігін арттыруға және тұрғындардың денсаулығын барынша жақсартуға жол ашады деп күтілуде. Ал медициналық жүйеде көрсетілетін стационарлық көмек тек қана науқастарға кешенді диагностикалық бейінді, емдеу, қалпына келтіру реабилитация шараларын толыққанды жүзеге асыруға, дәрігерлердің тоқтаусыз бақылауын қажет

ететін қызметтерді іске асыруда қолданылатын көмек деңгейі болып қалыптасуы тиіс [54,55].

Амбулаторлық-емханалық ұйымдар аясында алғашқы медициналық-санитарлық көмекті ұйымдастыру жалпы дәрігерлік тәжірибе мен отбасылық дәрігердің қызметіне жүгінудің орны ерекше екендігі әлемдік әдебиеттерді шолу барысында да көз жеткіздік [56,57,58]. Әдебиеттерде отбасылық дәрігердің жұмысының аса тиімді екендігі жан-жақты дәлелденген. Шет елдік және отандық ғалымдардың зерттеу нәтижелері, тұрғындардың денсаулығы мен отбасылық дәрігерлер саны арасында тікелей корреляциялық байланыс бар екендігін көрсетті. Онкологиялық және кардиологиялық аурулардың таралу деңгейі мен отбасылық дәрігерлердің қызмет сапасы арасындағы байланыс тығыздығын зерттеу де отбасылық дәрігерлердің осы аурулардың таралуын азайтудағы басым ролін анықтады [59,60,61,62].

Алғашқы медициналық-санитарлық көмектің дамыту және оны жаңаша оңтайлауды іске асыру алыс және жақын шет елдердегі осы салада жүріп жатқан өзгерістерді зерттеусіз тиімсіз жұмысқа айналады. Әсіресе АҚШ пен Европа елдеріндегі алғашқы медициналық-санитарлық көмек жүйесін дамыту тәжірибесі мен әдістеріне баса көңіл бөлген жөнаса пайдалы болмақ [63,64].

Әдеби көздердегі деректерге қарағанда, Батыс Европа елдеріндегі алғашқы медициналық-санитарлық көмекті ұйымдастыратын оның тиімділігін қамтамасыз ететін медицина қызметкерлері жалпы тәжірибелік және отбасылық дәрігерлер болып отыр. XX ғасырдың 80-жылдарына дейін экономикалық-әлеуметтік тұрғыда дамыған АҚШ пен Европа елдерінде алғашқы медициналық-санитарлық көмек қажетсіз сала ретінде қарастырылған. Алайда, осы мемлекеттерде соңғы 50 жылда бұл жүйені және отбасылық дәрігерлер қызметін дамытуға ерекше көңіл бөлінді. Аталмыш жүйені дамытуға бөлінген қыруар қаржы, материалдық қорлар және мамандар қаншама көп болғанмен, стационарлық медициналық көмектің амбулаторлық көмектен басымдылығы сақталып қалуда [65,66,67].

Амбулаторлық-емханалық ұйымдарда және жалпы алғашқы медициналық-санитарлық көмек жүйесіндегі оңды өзгерістер отбасылық дәрігерлердің біліктілігінің артуы мен олардың жаңа озық медициналық технологиялармен жетік қамтамасыз етілуіне байланысты болып отыр. Тұрғындар арасында созылмалы аурулармен сырқаттану деңгейі жоғарылап, мүгедектік пен өлімге ұшырау оқиғаларының жоғарылауы алғашқы медициналық-санитарлық жүйе дәрігерлерін сапалы даярлауға жөнді көңіл бөлмеуден туындады деуге болады. Профилактикалық жұмыстардың сапасы мен тиімділігін арттырмай медицинаның осы бағытта елеулі табысқа жете алмайтындығы анық. Сондықтан қоғамдық денсаулық сақтау саласының отбасылық дәрігерлерге бет бұруының ең басты себебі осы екендігіне күмән келтіруге болмайды. Батыс Европадағы елдердегі алғашқы медициналық-санитарлық көмекті оңтайлау жұмыстары отбасылық дәрігерлердің абыройы мен белсенділігін арттыруға және олардың стационарлық жүйедегі

дәрігерлермен біріге отырып атқаратын жұмыстарын күшейтуге бағытталуда. Отбасылық дәрігерлердің әлеуметтік-медициналық санитарлық-ағарту саласы қызметкерлерімен қолма-қол атқаратын профилактикалық, медициналық-реабилитациялық жұмыстарының маңыздылығына баса көңілбөлінуде [68,69,70,71].

Америка Құрама Штаттарында қызмет атқаратын отбасылық дәрігерлер науқастардың отбасына медициналық-профилактикалық көмек берумен қатар, денсаулықты қорғау мәселелері бойынша құқықтық кеңесшісі және қоғамның осы салада атқаратын міндеттерін ашып көрсететін ақылшысы да болып табылады [72,73,74].

АҚШ пен Европа елдерінде отбасылық дәрігерлер жүйесі бірден жоғары дәрежеге жеткен жоқ екендігі белгілі. Оның маңыздылығының артуы және құлдырауы, қайта өрлеуі бұл елдердегі тұрғындардың алғашқы медициналық-санитарлық көмекке, отбасылық дәрігерлердің қызметіне деген көзқарасымен тығыз байланысты болып шықты. Отбасылық дәрігерлердің атқаратын санитарлық-емдеу реабилитациялық профилактикалық және көмегінің аса маңызды екендігі тұрғындар арасында инфекциялық және бейэпидемиялық аурулар деңгейінің күрт жоғарылап кетуінен кейін айқындалды. Дамыған елдердегі белді ғалымдардың көптеген дәлелді материалдарын жариялағаннан кейін алғашқы медициналық-санитарлық көмектің маңыздылығы артып, 1969 жылдан бастап бұл саланы дамытуға бағытталған экономикалық-ұйымдастырушылық шаралар жедел қолға алына басталды. Қазіргі таңда, Батыс Европалық отбасылық дәрігерлер науқастарға кең ауқымды медициналық-санитарлық және профилактикалық-реабилитациялық көмек беруді қолға алуда. Медициналық жоғары оқу орындарында міндетті түрде отбасылық дәрігерлер студенттерге дәріс береді және дәрігерлердің біліктілігін арттыруға кеңінен ат салысады. Америка Құрама Штаттарының көш басшысы ғалымдары денсаулық саласындағы медициналық көмекті көптеген мамандықтарға жіктеу қоғамдық денсаулықтың тоқырауына алып келеді деп есептейді [75,76,77].

АҚШ пен дамыған Батыс Европада елдеріндегі денсаулық сақтау жүйесінде отбасылық дәрігерлер мен алғашқы медициналық-санитарлық көмектің негізгі шарттары жетекші орынға болып отыр деуге болады. Жас түлек мамандарының өз болашағын бірінші кезекте отбасылық медицинамен байланыстырып, осы салада жоғары табыстарға жетуге ұмтылыстары тұрғындар арасында осы дәрігерлердің көмегіне үлкен сұраныстың барлығын көрсетеді. Әдеби деректерге қарағанда Канада мемлекетінде отбасылық медицина өте жақсы дамыған. Бұл елде отбасылық медицина мамандарын даярлайтын арнайы колледждер көптеп ұйымдастырылған және табысты жұмыс істейді. Сондықтан отбасылық және жалпы тәжірибелік дәрігерлерді даярлаудың ең ұтымды оқу әдістемелік жолдары осы мемлекеттегі жасалған тұрғындарының саны 4 000 адамнан аспайтын елді мекенде 1 хирург, интернист және 6 біліктілігі жоғары отбасылық дәрігерлер қызмет атқарады және олар 60-80 төсек орыны бар жергілікті госпитальда жұмыс атқарады. Отбасылық дәрігер жұмыс атқару тәртібіне сәйкес таңертеңнен күндізгі 12-

ден дейін өз бөлмесінде науқастарды қабылдап, лабораторлық-аспаптық тексерістерге бағыттама береді. Күніне орта есеппен 30 науқасты қабылдап, емдік шаралар тағайындайды және скринингтік профилактикалық және диспансерлік шараларды жүргізеді. Аптасына орта есеппен 182 науқасты қабылдап, 60 сағаттан астам жұмыс істейді [64,65,66,67].

Дамыған Европа және Солтүстік Америка елдерінде отбасылық дәрігерлердің жұмысы әртүрлі етіп ұйымдастырылған. Оның ішінде жеке тәжірибелік, топтық, жалпы дәрігерлік тәжірибе түріндегі жұмыстары бар. Отбасылық дәрігерлер орта буынды медицина қызметкерлерімен, қажетті озық медициналық құралдармен қамтамасыз етілген. Олардың қолында жеткілікті қаржы қоры болады немесе бір ұйымдастырушы орталықтан қаржыландырылады [78,79,80,81].

АҚШ, Англия, Испания, Италия, Швеция, Финляндия, Венгрия, Эстония мемлекеттерінде алғашқы медициналық-санитарлық көмек жүйесі дәрігерлерінің қаржы қорлары шектеулі түрде иеленуіне рұқсат етілген [82,83,84].

Жалпы дәрігерлік тәжірибе мен отбасылық дәрігерлер амбулаторлық-емханалық ұйымдарда жетекші рольге ие болғаннан бері, олардың өз қызметтерін атқару тиімділігіне кешенді баға беріле қойған жоқ. Алайда отандық ғалымдардың еңбегінде отбасылық дәрігерлер қызметіне баға беруге деген талпыныстар байқалады. Осы еңбектерге көз жүгірту отбасылық дәрігерлер тәжірибесін амбулаторлық-емханалық жүйеге енгізу науқастар арасында жүзеге асырылған емдеу, профилактика, диспансеризация мен ауруды ерте кезеңнен анықтау (скрининг) жұмыстарының сапасы айтарлықтай жоғарылағандығын көрсетті. Отбасылық дәрігерлер тәжірибесін кеңінен қолданысқа ендіруге кедергі келтіріп отырған мәселе, отбасылық дәрігерлерді жоғары оқу орындарында даярлау, олардың біліктілігін арттыру және бұл мамандарды жаңа медициналық технологияларға бейімдеу жұмыстарының нашар екендігі көптен айтылып жүр. Осы мәселенің туындауына себеп болған біздің жағдай, елімізде отбасылық дәрігерлерді даярлау тәжірибесінің жоқтығында болып отыр. Сонымен, тәуелсіздік алғаннан кейін өткен кезеңде орын алған олқылықтарды сараптай отырып, учаскелік жұмысты қайта және толығынан жаңа технологияға негіздеп, отбасылық дәрігерлер қызметін құру қажет екендігі туындайды. Бірінші кезекте жүзеге асырылуы қажетті жұмысқа отбасылық дәрігерлерді даярлау, білімі мен біліктілігін күрт арттыру жатады. Осыны дұрыс жолға қою арқылы, тұрғындарға көрсетілетін медициналық көмектің сапасын және тиімділігін барынша арттыруға қол жеткізіледі [85,86,87].

Отбасылық дәрігерлер мен медицина бикелерінің көрсететін кешенді және білікті медициналық көмегінің ауқымын кеңейту қажет. Әдеби шолу барысында зерттелген материалдардың нәтижелері Кенестер Одағы кезеңінде амбулаторлық-емханалық жүйеде еңбек еткен дәрігерлер мен медбикелердің білімі мен біліктілігін арттыруға мүлдем көңіл бөлінбегендігін көрсетті. Ал, учаскелік терапевтермен мен педиаторлардың өз білімі мен біліктілігін арттыруға деген ынтаның болмағандығын да

байқауға болады. Ал жеке дәрігерлердің осы бағытта жасаған талпыныстары медицина ұйымдары басшыларының қолдауына ие бола қойған жоқ. Қол жеткізген ғылыми деректер, терапевттер мен педиатрлар науқастарды тексеру, диагноз қою, емдеу, профилактиканы ұйымдастыру, реабилитациялық шараларды жүзеге асыру машықтарынан айырылып, қарапайым медициналық көмекпен айналысқан. Өзге мамандардың атқарған жұмысына жүгінудің артуынан, учаскелік дәрігерлер тек аурулардың емделу бағытын көрсетушілік рольге ие болды.

Амбулаторлық-емханалық жүйенің қызмет сапасының ары төмендеуіне және учаскерлік терапевттер мен педиаторлардың абыройының құлдырауына жеке меншіктегі медицина мекемелерінің қызметі де кері әсерін тигізе бастады. Медицина ұйымдары арасында бәсекелістік қалыптастыру арқылы емдеу-профилактикалық көмектің сапасын жақсартуға бағытталған шаралардың бірі болғандықтан жеке меншіктегі медицинаны дамыту денсаулық сақтау жүйесінің стратегиялық қызметіндегі бағыты деп есептеуге болады. Осыған байланысты жеке меншіктегі медицинаның уақыт өткен сайын денсаулық сақтау ісін ұйымдастыруда алатын орны мен маңыздылығы арта түсетіндігі күмән туғыза қоймайды.

Денсаулық сақтау саласын жетілдіру мемлекеттің алдына қойылған әлеуметтік ең маңызды міндеттерінің бірі болып табылады. Сондықтан, медициналық қызмет жаңа ұйымдастыру-басқару технологияларымен жабдықталуда. Денсаулық сақтау саласын дамытудағы негізгі бағыт алғашқы медициналық-санитарлық көмекті одан ары жетілдіру болып табылады. Бұл саланың қызметінде өндірістік, ақпараттық және эмоционалдық жүктеменің ұлғаюымен қатар, қосымша әлеуметтік және кәсіби жауапкершіліктің өсуі, отбасылық дәрігерлер денсаулығын, еңбек ету жағдайларын зерттеуде аса ұқыптылық пен жауаптылықты талап етеді.

Шет елдерде және Қазақстан Республикасында іске асырылған зерттеулер отбасылық дәрігерлер аурушандығының аса жоғары деңгейде қалыптасқандығын көрсетіп отыр. Кәсіподақ ұйымының деректеріне қарағанда, отбасылық дәрігерлердің аурушандығы өзге әлеуметтік және қоғамдық топтар арасында қалыптасқан аурушандық деңгейінің ішінде 8 орынын қамтып отыр [88,89,90]. Сондықтан дәрігерлер арасында аурушандыққа алып келетін себептерді барынша мұқият зерттеу қажеттігі туындап отыр.

Осы жерде отбасылық дәрігерлердің күнделікті қызметінде оқыс жағдайлардың жиі болып тұратындығына және олардың организміне жоғары психо-эмоционалдық жүктеменің түсетіндігіне баса назар аударған жөн. Мұндай жағдай, өзге де амбулаторлық дәрігерлердің қызметінде де байқалуы мүмкін. Қазіргі таңда, дәрігерден жоғары біліктілік пен, аса мұқияттылықты талап етуде. Бұл жағдайды медициналық кәсіптің өзіндік ерекшелігі деп қарастыру қажет. Ал дәрігерлерге дұрыс шешім қабылдау үшін уақыттың тапшылығы қосарлана әсер етуіне байланысты оның денсаулығына төнетін қауіптің одан ары өсуіне әкеледі. Электромагнитті сәулелер, ультрадыбыс, жоғары барометрлік қысым, медициналық бөлмелердегі еңбек ету ортасының

есірткілі және фармакологиялық заттардың аэрозольдарымен ластануы, дәрігерлердің күшті әсер ететін медициналық дәрілермен үнемі қарым-қатынаста болуы-бұл қазіргі заманғы ғылым мен техниканың алға басуымен тікелей байланысты отбасылық дәрігерлердің денсаулығына теріс әсер ететін, қауіп-қатерлердің нақты тізіміне жатпайтын қатерлі себептері.

Медициналық қызметкерлердің, соның ішінде отбасылық дәрігерлердің денсаулығына жаңа технологиялар мен қондырғылардың қатер тудыратындығы толық зерттелмеген, сонымен бірге олардың денсаулығын олардың денсаулығын сақтауға бағытталған профилактикалық шаралар жеткіліксіз ойластырылған [91,92,93].

Отбасылық медицина қызметкерлерінің еңбегі көбнесе психикалық, және физикалық жүктемемен байланысты, сонымен бірге ең жауапты, күрделі қызмет болып келетіндігін көптеген ғылыми мақалалар дәлелдейді. Отбасылық дәрігерден мағыналы ой-өрістік жүктемені, жылдам және ұзақ уақытты зерденің болуына жоғары талаптарды қоюымен қатар, физикалық төзімділікті, науқастың денсаулығы мен өміріне жоғары кәсіби жауапкершіліктің болуын қажет етеді. Дәрігерлердің еңбек ету жағдайлары туралы және оның денсаулыққа әсерін шет елдік авторлардың еңбегінде көптеп кездестіруге болады [94,95].

Отбасылық дәрігерлерге тән ой-өрістік және физикалық еңбекті қатар орындайтын қызметі ерекше орынды алады. Отбасылық дәрігердің жұмысында сыртқы ортаның бірқатар қолайсыз әсерлері де бар екендігі белгілі.

Соңғы жылдардағы зерттеулер отбасылық дәрігердің еңбек ету жүктемесінде жүйкелік-эмоционалдық қысымның шектен тыс болуы, қызметкерлердің денсаулығына, еңбек қабілеттілігіне, өзін жақсы сезінуіне, қолайсыз себептердің тікелей және жанама әсерлерінің барлығын, сонымен бірге зиянды және қауіпті кәсіби себептердің көптеп кездесетіндігін анықталып отыр [96,97].

Отбасылық дәрігерлердің жұмыс орындарын жабдықтауда жарықтандырудың гигиеналық талаптарға сай келуі ерекше мағынаға ие. Отбасылық дәрігерлердің жұмыс орнында тиімді жарықтандыруды қамтамасыз ету ерекше маңызды болып табылады деп атап көрсетеді көптеген авторлардың еңбегінде [98,99].

Дәрігерлердің қызмет атқару орындарын дұрыс ұйымдастыру, еңбек ету үшін жұмыс орнының ыңғайлы, гигиеналық тәртіпке сай болуын, эргономикалық талаптарды есепке ала отырып дұрыс жоспарлау мәселелерін шешуді қажет етеді.

Отбасылық дәрігердің жұмыс орнын ұтымды ұйымдастыру екі маңызды мәселені шешеді, оның ішінде мөлшерлі жүйкелік және физикалық жүктеме түсіру арқылы өнімді еңбек ету жағдайын жасау және науқасты тексеру мен емдеу кезінде, оларға барынша ыңғайлы жағдайды қамтамасыз ету [100,101].

Отандық ғалымдар отбасылық дәрігерлердің қызметінде мәжбүрлі қалыпта тұрудың денсаулыққа тигізетін теріс әсерін анықтаған. Қызмет орнының дұрыс ұйымдастырылуын анықтайтын маңызды себептің бірі, дәрігердің

еңбек ету кезіндегі қалпы, яғни дененің, бастың, құрал-жабдық пен еңбек құралдарын қолданып отыратын қол-аяқтардың үйлестірілген қалпы болып табылады.

Отбасылық дәрігерлердің мәжбүрлік қалыпта тұруын жұмыс орнының дұрыс жабдықталмағанымен түсіндіруге болады. Көбнесе стол мен орындықтың биіктігі қызметкерлердің антропометриялық өлшемдеріне сәйкес жасалмағандығы байқалады.

Отбасылық дәрігерлердің жұмысы жоғарғы дәлдік пен нақтылықты қажет ететін мамандыққа жатқызылады және жоғары көру қабілетін талап етеді. Сонымен қатар жарық деңгейі мен көру мүшесінің оған бейімделуіне бөлме еденінің, қабырғаларының, жабдықтарының түсі әсер етеді [102,103].

Жеке зерттеушілер [104]дәрігердің кәсіби ауруының дамуында маңызды ықпал ететін себептердің біріне өндірістік шуды жатқызады. Шудың отбасылық дәрігерлердің денсаулығына әсері туралы мәліметтер солтүстік америка ғалымдарының зерттеулерінде көрсетіледі. Зерттеушілердің учаскелік дәрігерлерді аудиометриялық зерттеуден өткізгенде есту қабілетінің 8000 Гц жиілікте 35 Дб төмендегендігі акустикалық жаракат ретінде қарастырған. Сонымен бірге, тек есту мүшелері ғана емес, жүрек-қан тамыр, жүйке жүйесі және тағы басқа жүйелердің қалыптан ауытқу сияқты өзгерісі де анықталған. Бірқатар зерттеушілердің мәліметтеріне қарағанда техникалық қондырғылардың [105,106], жоғарғы жиіліктерде жұмыс атқаруы қызметкерлердің ағзасына теріс әсерін тигізіп, жас мөлшеріне тәуелсіз нашар естудің дамуына әкелуі мүмкіндігін туғызған.

Отбасылық дәрігерлердің жұмыс орындарындағы микроклиматы туғызған зерттеу мәселесіне де бірталай жұмыстар арналған. Алынған мәліметтер бойынша жұмыстың үш сағатынан кейін бөлме температурасының 22° С- қа дейін (18° С), ауаның ылғалдығының 7,2% дейін жоғарылағаны анықталған. Ресей ғалымдарының жұмыстарында [105] отбасылық дәрігерлер бөлмесінің максимальды температурасы суық және ауыспалы уақыттарда 22° С- қа дейін, жылы уақытта 25,9° С-қа дейін барғаны туралы атап көрсетілген. Ауа ылғалдығы тек полимеризацияланған бөлмелерде ғана 60% жоғары болған, ал ауа қозғалысының жылдамдығы өзгермеген.

Жекелей зерттеушілердің пікірінше емдік-сауықтыру мекемелерінде қанағаттанарлықсыз еңбек жағдайларының бір себебі, бөлменің орналасу жобасының және ауа қозғалысының дұрыс болмауынан деп атап көрсетілген [106,107].

Әр мамандық тобы дәрігерлерінің жұмыс орындарын жабдықтауды және жарықтандыруды гигиеналық талаптарға сай жүзеге асыруы денсаулықты сақтауға қажет. Ғалымдар отбасылық дәрігерлердің жұмысын өте жоғары нақтылықты және шыдамдылықты талап ететін қызметтердің қатарына жатқызады. Дәрігерлерден көру қабілетінің жақсы болуын, ал ауруды тексеру барысында, дене жоғары деңгейде жарықтандырылуы қажет екендігін көрсетеді. Көру мүшесінің еңбек ортасының жарықтандырылуы дәрежесіне бейімделуіне бөлменің қабырғалары мен едендерінің, жабдықтарының түсі де гигиеналық талаптарға сай болуы өзіндік әсерін

тигізеді. Әдебиеттерде отбасылық дәрігерлердің жұмысындағы жасанды жарықтанудың талаптарға сай еместігі туралы деректер көптеп кездеседі [108].

Шет ел ғалымдарының мәліметтеріне қарағанда дені сау адам қоршаған ортада көру мүшелері арқылы қозғалады және оны бағалайды.

Жұмыс орнының жарықтандырылу деңгейі отбасылық дәрігерлердің еңбекке қабілеттілігіне әсерін тигізеді. Жеке зерттеушілердің еңбектерінде отбасылық дәрігерлердің көру-моторлық реакциясының зақымдануынан кәсіби миопияның дамидығы көрсетілген [107,108,109]. Отбасылық дәрігерлердің жұмыс орнын жарықтандырудың денсаулыққа тигізетін ықпалдарын есепке ала отырып неміс ғалымдары қабылдау бөлмесі қабырғаларының бояуын дұрыс қалыптастыруды жолға қою керектігін атап өткен.

Көптеген зерттеушілер отбасылық дәрігерлердің денсаулығына олардың күнделікті қолданатын медициналық аспаптары мен құралдарының теріс әсерін баяндайды. Медицина қызметкерлерінің арасында медикаментозды аллергиясының болу мәселесі аса өзекті. Олар өз кезегінде өндірістік бөлмелердің, құрал-жабдықтар мен аспаптардың, емдік-сауықтыру мақсатында қолданылатын әр түрлі химиялық заттармен ластануымен тікелей байланысты болып шықты.

Қалыпты шектеулі шоғырлануға жақын немесе төмен болатын ауадағы химиялық заттардың болуы, тікелей химиялық поллютанттармен қатынаста болатын медицина қызметкерлері ағзасының сенсбилизациясы мен иммунологиялық ауытқуларына әкеледі.

Шет елдік және отандық ғалымдардың деректеріне қарағанда емханаларда 500-ден аса химиялық заттар қолданылады. Олар тек науқастар организмінде ғана емес, дәрігерлерде де аллергиялық реакция тудыруы мүмкін.

Дәрілік заттардың аллергиялық және улы әсері жеке зерттеушілердің жұмыстарында да анықталған [110,111,112,113].

Амбулаторлық-емханалық ұйымдарда қызмет атқаратын учаскелік терапевтер мен педиаторлардың денсаулық жағдайын бағалау қажеттілігі туындайды. Бұл жыл мезгілдеріне сәйкес, жұмыс орнының микроклиматтық жағдайының әсерінде болатыны. Жазғы кезеңде ыстық ауа температурасының (22 - 24° С), құрғақ ауаның және төмен ауа салқындату жағдайымен байланысты, керісінше қыс мезгілдерінде салқын немесе суық ауа мен ылғалды ауа мен ауаның жоғарғы салқындату қаблетімен орын алады.

Әдебиеттерде химиялық аллергендердің әсер ету механизмін көрсете отырып, кейбір зерттеушілер химиялық заттардың аз улы мөлшерлерінің ұзақ әсер еткен кезінде аллергиялық реакциялар туындатуы мүмкін екендігін дәлелдеген. Отбасылық дәрігерлер ағзасына қосарланған аллергендер мен тітіркендіруші заттардың әсет етуі, тыныс алу мүшелері мен терінің қосарланған аллергиялық ауруларына әкеледі. Олар поливалентті сенсбилизацияға, антигенді бәсекелестік үрдісіне, айқын аутоиммунды бұзылыстарға әкеледі.

Медицина қызметкерлер организмінде кәсіби аллергиялық аурулардың дамуы антибиотиктерді кең қолдануымен де байланысты. Жұмыс уақыты кезінде отбасылық дәрігерлердің жұмыс бөлмесінде әр түрлі науқастардың болып, олардың әр қайсысынан тыныс алу кезінде бөлінетін микроорганизмдері, бактериялар, шаңмен қосыла дәрігерлердің бетіне, көздеріне, әсіресе жоғары тыныс алу жолдарына қауіп туғызуы мүмкін. Жеке ғалымдардың зерттеу жұмыстарында учаскелік дәрігерлердің жұмыс күні аяқталған кезде бөлмеде бактериялық себінділердің 22 есеге азайатыны көрсетілген. Қорытындылай келе, әдебиеттердің зерттеу барысында медицина қызметкерлерінің жұмыс тиімділігін төмендетуге кәсіби зияндықтардың барынша әсерін тигізетіндігін көрсетіп отыр. Сондықтан отбасылық дәрігерлердің жұмысын жетілдіру еңбек ету жағдайын жақсарту ісін де қамтуы тиіс. Бүгінгі таңға дейін, бұл әдебиеттерде отбасылық дәрігерлердің еңбектерінің физиологиялық-гигиеналық қырларына арналған бірқатар зерттеулер бар.

ЗЕРТТЕУ НЫСАНДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ

Ғылыми зерттеу жұмысы Шымкент қаласында орналасқан амбулаторлық-емханалық ұйымдарында жүзеге асырылды. Олардың ішінде, зерттеу базасы ретінде қалалық орталық емхана алынды. Емхана орта есеппен 63629 қала тұрғындарына медициналық көмек ұйымдастырады. Осы медициналық амбулаторлық-емханалық ұйым қала тұрғындарына емдеу және реабилитациялық прорфилактикалық көмек беруден алдыңғы қатардан орын алады.

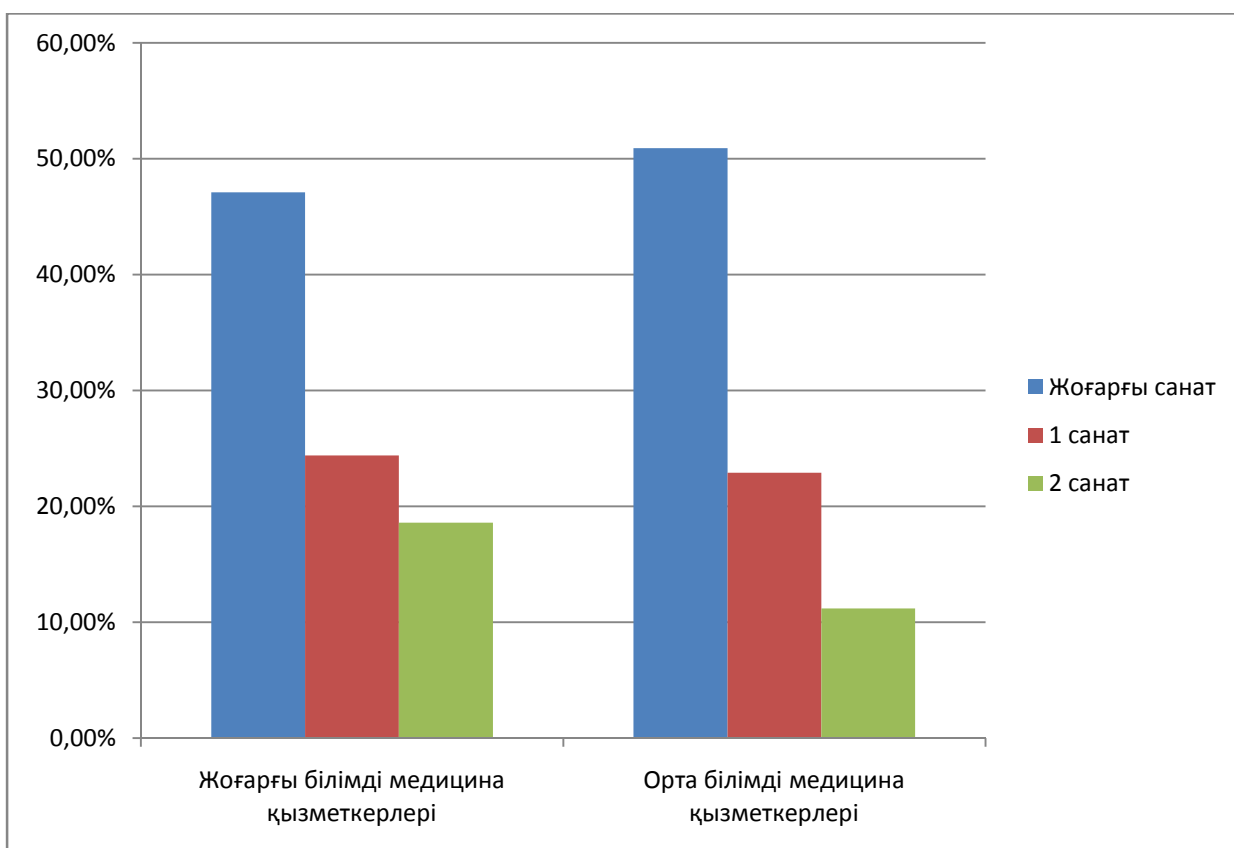
Емханада орта есеппен алғанда 44218 (69,5%) ересек тұрғынға, 19411(30,5%) балалар мен жасөспірімдерге медициналық көмек көрсетіледі. Осы тұрғындардың арасында 16-48 жас аралығындағы фертильдік қасиеті жоғалмаған 23734 (37,3%) әйелге акушерлік-геникологиялық көмек ұйымдастырылған(кесте 1).

Кесте 1- Медициналық ұйымға тіркелген қала тұрғындарының сандық көрсеткіші

№	Контингент	Обьсолюттік саны (мың)	Үлес салмағы (%)
1	Ересек тұрғындар	44 218	69,5
2	Балалар мен жасөспірімдер	19 411	30,5
3	Фертильді қасиеттегі әйелдер	23 734	37,3
	Барлығы	63 629	100

Емханалық ұйымда 234 дәрігер қызмет атқарады. Олардың ішінде 47,1 % (109 дәрігер) – жоғарғы санаттағы, 22,4% (52 дәрігер) – бірінші санаттағы, 18,6% (45дәрігер)- екінші санаттағы медицина мамандары ұйымда 290 медицина бикелері қызмет атқарады. Олардың арасындағы 146 медицина бикесі (50,9%)– жоғарғы санаттағы, 67 медицина бикесі (22,9%)– бірінші санаттағы, 32 медицина бикесі (11,2%)– екінші санаттағы қызметкерлер. Барлық медицина қызметкерлері соңғы 5 жылда өз жоғары медициналық оқу орнында біліктіліктерін арттырды (сурет 1).

Емханалық ұйымда реабилитациялық орталық қызмет көрсетеді. Осы орталықта жарақаттан кейін, миға қан кеткен, тірек қозғалыс аппаратында ауру бар немесе зақымданған тұрғындар денсаулығын қалыпқа келтіруге бағытталған емдеу-реабилитация шараларын қабылдайды. Емханалық ұйым стационардың орнын басатын емдік шараларға айтарлықтай көңіл бөлінеді және емхананың күндізгі стационарлық бөлімінде ересек ауруларды емдеуге арналған 10 төсек-орын ұйымдастырылған. Емханалық ұйымда диабетологиялық орталық, «артериялдық гипертония профилактикасы», амбулаторлық урология және травматология бөлімшелері көмек көрсетеді.



Сурет 1-Медицина қызметкерлерінің кәсіби біліктілігінің көрсеткіші

Емхананың мамандары өз жетістіктерін ғылыми-тәжірибелік басылымдары жиі жариялап отырады және конференцияларда баяндай отырып, өздерінің тәжірибесін шыңдайды. Бұл ұйымда қазіргі талапқа сай жалпы дәрігерлік тәжірибеге басым көңіл бөлінуде. Сондықтан емханада 42 маман жалпы дәрігерлік тәжірибеде немесе отбасылық дәрігер мамандығы бойынша еңбек етуде. Отбасылық дәрігерлердің озық медициналық техникалармен қамтамасыз етілуіне де басым көңіл бөлінеді. Алайда жалпы тәжірибелік дәрігерлердің медициналық құралдармен қамтамасыз етілуі аса төмен екендігі байқалады (кесте 2).

Кесте 2. Анкеталық зерттеу көлемі

Көрсеткіштер	Респонденттер саны	Жалпы тәжірибелік дәрігерлер	Өзге дәрігерлер	Емханаға қаралған науқастар
Барлығы	692	150	142	400
%	100	21,7	20,5	57,8

Ғылыми еңбекті орындау барысында тарихи сараптама, медициналық-статистикалық, социологиялық әдістер қолданылды және зерттеуге 150 жалпы тәжірибелік дәрігер, 142 өзге дәрігер мамандар және 400 емханалық ұйымға қаралған науқастар сұрақнамаға тартылып, нәтижесі талданды.

ЗОТБАСЫЛЫҚ ДӘРІГЕРДІҢ КӘСІБИ МІНЕЗДЕМЕ

Денсаулық сақтау жүйесін жетілдіруде отбасылық дәрігерлердің жұмысы ерекше орын алады. Олар емханалық-амбулаторлықұйымда жұмыс атқаратын медицина қызметкерлерінің ішіндегі ең көп дәрігерлер болып табылады. Олардың көмегіне ересек тұрғындардың 60%, балалар мен жасөспірімдердің 75% жүгінеді. Өздерінің міндетін сапалы және жоғары біліктілікте атқаруы үшін, олар өз білімдерін тоқтаусыз жоғарылатып отыруы тиіс. Бұл мақсатты жүзеге асыру үшін отбасылық дәрігерлердің еңбек ету жағдайы, тұрмысы және денсаулығы жақсы болуы қажет. Отбасылық дәрігерлердің 90% астамы әйелдер болғандықтан олардың қосымша өндірістен тыс түсетін жүктемелері бар. Оның ішінде отбасының шаруашылығымен айналысу, бала көтеру, оны босану және тәрбиелеп, өсіру міндеттері олардың организміне өте үлкен ауыртпалық түсіреді.

Сондықтан, отбасылық дәрігерлердің өз қызметіне еңбек ету жағдайына, тұрмысына, қанағаттану дәрежесін қалай бағалайтындығы жоғары маңызға ие. Отбасылық дәрігер ретінде жұмыс атқарудағы болашақ жоспары мен мақсаты, кәсіби біліктілігі мен мәдениетін арттыру мүмкіндігі туралы көзқарасын анықтаудың да орны бөлек. Осы сұрақтарға жауап алу мақсатында олардың арасында сұрақнама жүргізілді. Бұл зерттеу арнайы бағдарлама бойынша жүзеге асырылды. Бағдарламаның мақсатына сәйкес отбасылық дәрігер болып қалыптасу жолдары, біліктілігін арттыру белсенділігі, еңбек ету ортасының жағдайы мен қызметін атқарудағы қиыншылықтар, өз жұмысына қанағаттану дәрежесі, отбасылық дәрігер болып жұмыс істеудің ұзақтығы, отбасылық-тұрмыстық жағдайы, өз денсаулығына көзқарасы туралы сұрақтар қарастырылған.

Отбасылық дәрігерлердің жалпы қызметтік жүктемелерін және бос уақтысын анықтау үшін олардың өз қызметіне, үй жұмыстарына, ұйқыға, демалысына және өз білімдерін жетілдіруге кететін уақтысын бағалау тапсырылды. Осындай деректер дәрігерлердің жалпы тәуліктік уақтысын жеке іс-шараларға жіктеу ерекшеліктерін анықтау үшін қажет болды. Алынған деректердің шынайылығын қамтамасыз ету үшін, дәрігерлермен жеке - жеке әңгімелесіп, оның өзге адамдарға құпиялығын жоғары дәрежеде қамтамасыз ету қажет болды. Сұрақнамаға тартылған отбасылық дәрігерлер қаладағы 7 емханада және 12 дәрігерлік отбасылық амбулаторияларда жұмыс істейтін мамандар. Олар қаладағы отбасылық дәрігер болып істейтін мамандардың 35% құрады. Ал, жалпы отбасылық дәрігерлердің саны 714 адамнан тұрады. Сұрақнамаға тартылғандардың жастары бойынша таралуы мынандай. 25-29 жасқа дейінгі дәрігерлердің үлес салмағы 25,9% құрады, 30 - 39 жасқа дейінгі үлес салмағы 34,1% құрады, 40 -49 жасқа дейінгі үлес салмағы 22,5%, ал қалғанының жасы 50 - ден асқан мамандар болып шықты (16,5%). Осы дәрігерлердің 37,8% отбасылық дәрігерлік қызметтен бұрын бірнеше мамандықтарды атқарған болып шықты. Сұрақнамаға тартылғандардың

64,9% педиатрия факультетін бітірген мамандар, 35,1% емдеу факультетін аяқтаған дәрігерлер(кесте 3).

Кесте 3-Жалпы отбасылық дәрігерлердің жас шамасының көрсеткіші

	Дәрігерлердің жас шамасы			
	25-29 жас	30-39 жас	40-49 жас	50 және оданда жоғары
Барлығы	185	243	161	125
Үлес салмағы (%)	25,9	34,0	22,6	17,5

Отбасылық дәрігерлер өзінің еңбек ету жағдайы мен жұмыс ауыртпалықтарын әр түрлі етіп бағалады. Дәрігерлердің 44,9% өз жұмысын өте ауыр деп бағалаған. Олардың осындай бағасы объективтік жағдайларға тура келеді (сурет 2). Себебі, олар аптаның 5 күні және кей жағдайларда сенбі күндері жұмыс атқарады және өзге дәрігерлерге қарағанда 3 сағаттан артық жұмыс істейді. Олардың жұмыс орнына жетуге кететін уақыт орта есеппен 50 - 60 минуттан асады. Осыған қарағанда, аптасына жол жүруге 11 сағаттан артық уақыт жұмсайды. Отбасылық дәрігерлердің 20% медициналық бикелердің көмегінсіз ауруларды қабылдайды. Басқаша айтқанда, медициналық бикелердің жұмысын қоса атқарады. Отбасылық дәрігерлердің 15% өзінің жеке қабылдау бөлмесі жоқ, ал заң бойынша әрбір отбасылық дәрігерге бір қабылдау бөлмесі тиесілі. Сондықтан олардың жұмысы қосымша ауыртпалықтармен атқарылады. Отбасылық дәрігерлердің 40% астамы түскі асын қабылдамайды. Сондықтан олардың еңбек ету қабілеті түс ауа күрт төмендейді. Осыған қарағанда олардың жұмысы тәуліктің екінші жартысында аса тиімді емес. Сондықтан отбасылық дәрігерлердің 46% түс ауа немесе жұмыс басталғаннан 2 - 3 сағат өткеннен кейін өздерін шаршағандай сезінеді. Олар қызмет орнында көптеген ұйымдастырушылық қиындықтарға ұшырайды. Ондай ұйымдастырушылық қиындықтарды отбасылық дәрігерлердің тек 13% ғана атап өтпеген. Дәрігерлердің 87% ауруларды стационарға жатқызу барысында үшін қиындықтарға ұшырайды, ал дәрігерлердің 33% ауруларды мамандардың кеңесімен қамтамасыз етуде қиындықтарға кездеседі. Дәрігерлердің 19% ішкі байланыстың жоқтығынан қиыншылықтарға ұшыраса 26% ішкі ереженің дұрыс еместігінен қиналысқа түседі. Дәрігерлердің 57% өз учаскесін өзге дәрігерлердің қызмет көрсету аумақтарынан анағұрлым ауқымы деп есептейді.

Отбасылық дәрігерлердің жұмысын ұйымдастыруда ұжымдағы психологиялық климат ерекше орын алады. Дәрігерлердің 70% - да ұжым мүшелерімен жақсы қарым-қатынас қалыптасқан. Алайда, дәрігерлердің 21% еңбек ету ұжымдарында үнемі, күнделікті күйзелістік жағдайларға ұшырайды. Олардың тең жартысы (50,9%) аурулармен арақатынастың шиеленісіне байланысты, ал қалғандары әріптестерімен дұрыс қатынаспауынан туындайды. Дәрігерлердің 36,9% шиеленістік жағдайлардың

алдын - алу мүмкін емес деп есептейді. Ұжымда жайлы психологиялық климат қалыптастыруда, материалдық тұрғыда ынталандыру ерекше орында. Сұрақнаманың қорытындысы бойынша, дәрігерлердің 60%-дан астамы үнемі материалдық тұрғыда ынталандырылып отырған. Психологиялық климаттың жақсы болуына дәрігерлердің өз жұмысына деген қанағаттануы ерекше орын алады. Дәрігерлердің 45,7% өз жұмысына қанағаттанатындығын атап көрсеткен. Дәрігерлердің 75,6% үлкен ынтамен жұмыс атқарады. Алайда, олардың ішінде өз жұмысына қанағаттанбайтын дәрігерлер де бар. Олардың үлес салмағы 12,4%-ға артады. Осы дәрігерлердің 7,7% өзге мамандықтарға ауысқысы келеді немесе учаскесін өзгерткісі келетіндігін білдірген.

Дәрігерлердің жұмыс атқару сапасына олардың отбасылық жағдайы ерекше әсерін тигізеді. Сұрақнаманың қорытындысына қарағанда дәрігерлердің 79,4% некеде тұрады және орта есеппен екі балалары бар. Отбасылық дәрігерлердің балалары көбінесе мектепке дейінгі жастағы балалар болғандықтан оларды күтуге, қамқорлыққа алуға өте көп уақыт кетеді. Бұл дәрігерлердің балаларының басым бөлігі мектепке дейінгі тәрбиеленетін ұйымдарына барса (69,2%), 31,8% үйінде тәрбиеленеді. Осыған байланысты оларды күтіп-бағуға кететін дәрігерлердің уақтысы өте көп. Отбасылық дәрігерлердің 72,9% жеке тұрғын үймен қамтамасыз етілген. Алайда, олардың ішінде пәтер жалдап тұратындарының үлес салмағы да аз емес (27,1%). Отбасылық дәрігерлердің отбасы мүшелеріне балап есептегенде табысы орта есеппен 29200тг құрайды (78,4%). Ал дәрігерлердің 21,6% бұл көрсеткіштен төмен болып қалыптасқан. Отбасылық дәрігерлердің 24,6% әрбір отбасы мүшесіне балап есептегендегі тұрғын үйде тұру аумағы 6 м² төмен. Ал 56,4%-дан астамында тұрғын үйдегі өмір сүру аумағы 10м² жоғары. Осыған қарағанда отбасылық дәрігерлердің айтарлықтай бөлігі жайсыз тұрмыстық жағдайда өмір сүретіндігін көрсетеді. Отбасылық дәрігерлердің 28,6% отбасында дау-жанжал болып тұратындығын атап өткен. Сондықтан, олардың жұмыс атқару сапасы мен көңіл-күйі нашар төмен болып қалыптасқан. Отбасылық дәрігерлердің 99% күнделікті үй жұмысымен айналасатындығын және оның 3-4 сағатқа созылатындығын атап көрсеткен. Осыдан отбасылық дәрігерлердің күнделікті жұмысы 13-14 сағатқа созылады. Осыдан дәрігерлердің көпшілігі толыққанды ұйықтамайды және жұмысқа шаршап оралады. Олардың сұрақнамаға берген жауабын сараптау, дәрігерлердің 21,6% ғана жұмысқа толық қуатпен, демалған күйде оралатындығын көрсетеді.

Отбасылық дәрігерлердің күнделікті бос уақыты орта есеппен 2,7 сағаттан артпайды, ал бос уақытында олар көбінесе теледидар көрумен және газет-журналдар оқумен айналысады. Осыған қарағанда дәрігерлердің өздерінің біліктілігін арттыруға 30-40 минут уақыты ғана бар. Отбасылық дәрігерлердің 7,4% арнайы медициналық әдебиеттерді оқиды. Олардың 3,7% пассивті демалыспен айналысады және оның ұзақтығы 60 минуттан аспайды. Отбасылық дәрігерлердің еңбекке қабілеттілігін арттыратын механизмі денсаулығы. Сондықтан олардың денсаулығы туралы мәліметтер бізді өте қызықтырады. Жалпы дәрігерлердің 72,8% тексеру барысында

өздерін нашар сезінетінін және шаршағандықтарын атап өткен. Дәрігерлердің 68,2% ауруға байланысты уақытша еңбекке жарамсыздыққа ұшырап, аурушаңдық құжатын алған. Олардың 9,4% стационарда емделген (сурет 2).



Сурет 2- Емхана дәрігерлерінің денсаулық жағдайының көрсеткіші

Дәрігерлердің 38,3%-да созылмалы аурулары бар. Алайда, осы ауру дәрігерлердің тек қана 52,3% білікті дәрігерлерге қаралады, ал қалғандары өз бетімен емделгендігін айтқан. Дәрігерлердің 96,7% жыл сайын медициналық профилактикалық тексерулерден өткенмен, дәрігерлердің профилактикалық кеңестерін тек қана олардың 16,3% орындайды. Отбасылық дәрігерлердің 7,2% ғана күнделікті дене тәрбиесімен айналысады.

Осыған қарағанда дәрігерлердің еңбек ету жағдайы, тұрмысы, өмір сүру салты, олардың еңбек ету жағдайына айтарлықтай әсерін тигізеді. Дәрігерлердің көпшілігі өз денсаулықтарына қамқорлық жасамайтын болып шықты. Бірақта осы себептердің алдын-алуға және олардың еңбек ету және тұрмыстық жағдайларын жақсартуға мол мүмкіндіктер бар екендігі атап өтуге болады.

4 ТҰРҒЫНДАРҒА АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ САПАСЫН БАҒАЛАУ НӘТИЖЕСІ

Амбулаторлық-емханалық ұйымдардың бір-бірінен қызметті ұйымдастыру ерекшелігімен (стационармен біріктірілген, біріктірілмеген жеке), жергілікті белгілерімен (қалалық немесе ауылдық), көмек беретін тұрғындар топтарының ерекшеліктерімен (ересектер, балалар, жасөспірімдер), мамандандырылу дәрежесі бойынша (стоматологиялық, физиотерапиялық, санаторлық, курорттық) өзгеше болып келеді. Емханалардың жұмысы Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрінің 2004 жылы 15 желтоқсанда жарық көрген №874 «Амбулаторлық-емханалық көмек беру ережелері» атты бұйрығы негізінде реттеліп отырылады.

Амбулаторлық-емханалық ұйымның қуаты жұмыс істейтін медицина қызметкерлері мен емханаға бекітіліп берілген тұрғындар санына, тұрғындардың емханаға қаралуға келу саны бойынша анықталады. Бір ауысымдағы дәрігерлерге қаралу санына қарай емханалық ұйымдарды 5 топқа жіктейді, мамандардың саны мен кәсіби ерекшеліктері белгіленеді, ұйымдық құрылымы анықталады. Қаржы органдары емхананың жоспарлы жұмыс атқару көлеміне бақылау жүргізеді. Қалалық емхана төмендегідей негізгі құрылымдық бөлімдерден тұрады:

- емхана әкімшілігі (бас дәрігер, оның орынбасарлары;
- тіркеу орны мен анықтама столы;
- емдеу-профилактикалық бөлімдері: отбасылық, цехтық дәрігерлік, хирургиялық, травматологиялық, стоматологиялық, тісті протездеу, офтальмологиялық, оториноларингологиялық, неврологиялық, физиотерапиялық бөлімдер (бөлмелер), реабилитация мен емдік физкультура бөлімі, кардиологиялық, эндокринологиялық бөлмелер, инфекциялық аурулар бөлмесі, әйелдерге кеңес беру бөлмесі, дәрігерлік және фельдшерлік денсаулық бекеттері, диспансерлік бөлім, жедел және күттірмейтін жәрдем бөлімі және тағы басқа бөлімдер бар.

Көмекші-диагностикалық құрылымдардың құрамына кіретіндер: рентгенологиялық бөлім, лобаратория, қызметтік диагностика, эндоскопиялық бөлме, есепке алу және медициналық статистика кабинеті, әкімшілік-шаруашылық бөлім.

Емханалық ұйым әкімшілігінің шешімімен өзге де қосымша құрылымдар ұйымдастыруы мүмкін, оның ішінде, Мысалы, емхана құрамында қысқа мерзімді стационардың орнын басатын бөлімше, күндізгі стационарлар және денсаулық орталықтары жұмыс істеуі ықтимал.

Қалалық жердегі емханалық ұйымдар өзіне бекітіліп берілген аумақ тұрғындарына медициналық көмекті ұйымдастырады. Оның жұмысы учаскелік шарт бойынша жүзеге асырылады. Бекітілген өндіріс, құрылыс ұйымдары мен автокөлік мекемелері жұмысшыларына цехтық шарт бойынша көмек беріледі. Әрбір учаскеге отбасылық дәрігер мен 2 медицина бикесі бекітіледі. Акушер-гинекологтар, фтизиатрлар, хирургтар, акулистер мен

травматологтар, ортапедтер бригадалар құрамында жұмыс атқарады. Амбулаторлық-емханалық көмектің кеңінен таралған түрінің бірі, отбасылық дәрігер қызмет болып табылады. Отбасылық дәрігерлік учаске медициналық көмек беру жүйесінің ең маңызды звеносы, ал отбасылық дәрігер учаскедегі медициналық көмекті ұйымдастырушы негізгі маман. Отбасылық дәрігерлік учаскедегі ересек тұрғындардың орташа саны 2200 адамды құраса, цехтық дәрігерлік учаскедегі жұмысшылардың орта саны 1600 адам болуы тиіс. Барлық өндірістік ортаның еңбек ету ортасы жағдайының ауырлық дәрежесіне қарай цехтық дәрігерлік учаскеде 1000 адамнан 2000 адамға дейін болуы мүмкін. Отбасылық дәрігер тек қана дәрігер-клиницист емес, сонымен қатар алғашқы медициналық-санитарлық көмек жүйесіндегі денсаулық сақтау ісін ұйымдастырушы. Сондықтан да ол қоғамдық денсаулықты, осы саланың менеджментін, клиникалық медицина, социология мен психология саласын жете меңгеруі қажет. Отбасылық дәрігер тұрғындардың денсаулығын зерттеу және денсаулыққа қауіп туғызатын себептерді анықтау әдістерін жақсы білуі және емдеудің, диагностиканың, еңбекті ғылыми тұрғыда ұйымдастырудың ең озық әдістерін тәжірибеде қолдана алуы керек. Сондықтан отбасылық дәрігерді жалпы тәжірибелік дәрігер деп айтуға да болады. Учаскелік отбасылық дәрігер төмендегідей жұмыстарды қамтамасыз етуі тиіс:

1. Учаске тұрғындарын емханада немесе үйінде дер кезінде білікті дәрігерліккөмекпен қамтамасыз етуі;
2. Қауырт жағдайға, жарақатқа, улануға байланысты емханаға қаралуға келген кез-келген ауыр халдегі ауруға, олардың тұрған жерін есепке алмай, жедел медициналық көмек беру;
3. Соматикалық аурулардың стационарға жоспарлы түрде жатқызылуының алдында міндетті түрде толыққанды тексеруден өткізу;
4. Қажетті жағдайда ауруларды бөлім меңгерушісіне немесе өзге білікті мамандарға көрсетіп, кеңес алуын қамтамасыз ету;
5. Ауруларды емдеуге диагностиканың, профилактиканың, клиника мен реабилитацияның озық әдістерін қолдану;
6. Аурулардың уақытша еңбекке жарамсыздығын сапалы сараптау;
7. Әлеуметтік маңызы үлкен ауруы бар тұрғындардың арасында диспансеризация жұмысын ұйымдастыру, кешенді емдеу-профилактика шараларын жүзеге асыру;
8. Учаске тұрғындарының арасында инфекцияларға қарсы вакцинацияны ұйымдастыру және дегельминтация шараларын жүзеге асыру;
9. Бейэпидемиялық және инфекциялық ауруларды ерте кезеңнен анықтау, диагнозын қойып емдеу. Әрбір инфекциялық ауру оқиғаларын немесе инфекциясы болуы мүмкін аурулар туралы деректерді бөлім меңгерушісіне және инфекциялық аурулар бөлмесінің дәрігеріне шұғыл хабардар ету. Санитарлық-эпидемиологиялық станцияның эпидемиологиялық бөліміне учаскеде анықталған инфекциялық ауру туралы жедел хабарлама жіберу;
10. Өзінің дәрігерлік білімі мен біліктілігін және учаскелік медицина бикесінің білім деңгейін жүйелі түрде бақылап, оны жетілдіруге күш салу;

11. Участке тұрғындарының арасында жүйелі және белсенді медициналық-санитарлық ағарту жұмыстарын жүргізу, денсаулыққа зиянды әдеттерге қарсы күресті ұйымдастыру және салауатты өмір сүру салтын насихаттау. Емханадағы отбасылық дәрігерлердің жұмыс атқару кестесін бөлім меңгерушісі бекітеді. Оның құрамында амбулаторлық ауруларды қабылдау, аурудың шақыруы бойынша үйіне барып медициналық көмек беру, профилактикалық жұмыстарды жүзеге асыру уақыттары нақты етіп көрсетіледі. Егер емханалық ұйым аурухананың құрамында болса, онда отбасылық дәрігер емхана мен стационарда кезектесе жұмыс атқарып, үнемі өз біліктілігін арттырады.

Отбасылық дәрігерлердің біліктілігін тоқтаусыз арттыру мақсатында жоғары медициналық оқу орындарында (университеттер, академиялар, біліктілікті арттыру институттары) дипломнан кейінгі білім алу факультеттері ашылған, арнайы білім жетілдіру және мамандандырылу курстары ұйымдастырылған. Отбасылық дәрігер өз білімі мен біліктілігін 5 жылда бір рет арттырып отыруы тиіс.

Амбулаторлық-емханалық ұйым дәрігерлері профилактикалық жұмысты диспансерлік әдіспен жүзеге асырады. Бұл әдістің көмегімен дәрігерлер денсаулығы дұрыс және созылмалы ауруы бар тұрғындарды үздіксіз бақылауға алып, аурудың басталуының ерте кезеңінде және созылмалы аурудың қозуының бастапқы белгілерінен анықтап, дер кезінде белсенді және толыққанды емдеу шараларын қолданады. Осының барлығы қауырт басталған аурулардың созылмалы түрге өтіп кетуіне жол бермейді. Сонымен қатар, екіншілік және үшіншілік профилактиканы, созылмалы аурулардың одан ары асқынып, науқастың мүгедекке айналмауына немесе ерте жастан өлімге ұшырамауына арналған шараларды жүзеге асырады. Отбасылық дәрігер қызмет көрсететін тұрғындардың тұрмыстық жағдайын, еңбек ету ортасының денсаулыққа қауіпті себептерін, отбасындағы қарым-қатынасты, әр жанұяның қаржылық жағдайын, әдет-ғұрпын, құрамын, өмір сүру салтын жақсы білуі шарт. Тек сонда ғана ауруға алып келетін қатерлі себептерге қарсы профилактикалық шараларды белсенді және толыққанды етіп жүргізе асыра алады. Отбасылық дәрігердің аурулардың денсаулығын дұрыс бағалау мақсатында білікті маман-дәрігердің кеңесіне жүгінуіне мүмкіндігі бар. Әрбір емдеуші науқастың аурудың зерттелу нәтижелерін сараптай отырып, емдеу-профилактика шараларының сапалы жоспарын жасайды. Отбасылық дәрігер учаскедегі эпидемиологиялық жағдайға қатаң бақылау орнатуы тиіс. Қызмет көрсету аумағындағы санитарлық-гигиеналық ахуалды дұрыс бағалап, инфекциялық аурулардың туындауына алып келу қаупі бар ошақтарды дер кезінде анықтауға күш салады. Бұл жұмысты міндетті түрде санитарлық-эпидемиологиялық станцияның санитарлық дәрігерлерімен тығыз байланыста жүзеге асыруы қажет.

Емханалық ұйымның дәрігеріне қаралуға келген учаске тұрғыны бірден тіркеу бөліміне (регистратура) келіп, өзіне қажетті дәрігердің қабылдауына жазылады. Тіркеу бөлімнің қызметкерлері тұрғындарға сапалы көмек көрсетуге дайындалған орта білімді тұлғалардан тұрады. Ал, бөлім

меңгерушісі қызметіне орта медициналық білімі бар аса білікті маман тағайындалуы тиіс. Бөлім қызметкерлері емханаға қаралуға келген әрбір тұрғынның шағымын мұқият тыңдап, оның ауруына сай қызмет көрсететін маман-дәрігерге қаралуына бағытнама беруі қажет. Науқастың көңіл-күйін көтеретіндей етіп қызмет көрсету, науқастың қозу барысына көп ықпалын тигізеді. Сондықтан тіркеу бөлімінде барынша мәдениетті және науқастың көңіліне қаяу түсірмейтіндей етіп қызмет көрсетудің маңызы өте үлкен. Жеке амбулаторлық-емханалық ұйымдарда науқастардың қажетті дәрігерге өз бітінше жазылу тәжірибесі қалыптасқан. Науқас таңдаған дәрігердің қабылдау уақытысын өзінің сұранысына сай етіп көрсете алады және белгіленген мезгілде амбулаторлық картасымен дәрігердің қабылдау бөлмесіне келеді. Қабылдау барысында дәрігер науқастың шағымын тыңдап, объективті тексеру қортындысы бойынша денсаулығына баға беріп, қажетті лабораториялық-диагностикалық сынақтарды және емдік-профилактикалық шараларды тағайындайды. Арнайы бөлінген тіркеушілер науқасты отбасылық дәрігерлердің қабылдауына жазып, еңбекке жарамсыздық парақтарын толтырады, дәрігерлерді науқастың үйіне шақыру оқиғасын тіркейді. Амбулаторлық науқастың ресми медициналық құжатында аурулардың диагнозы тіркеліп, оның клиникасы жазылып, тағайындалған зерттеу және емдеу шаралары көрсетіледі. Науқас созылмалы сырқатымен ауру диспансерлік бақылауға алынса, онда амбулаторлық картаға оның жоспары мен емдеу-профилактика шараларының жобасы және оны жүзеге асыру кезеңдері белгіленеді. Отбасылық және өзге дәрігерлердің қойған диагноздары амбулаторлық картаның бірінші бетіндегі нақтыланған диагнозды тіркеу парағында, алғаш рет немесе қайта қойылған диагноз деген белгілермен жазылып көрсетіледі. Осылайша ұйымдастырылған жұмыстың арқасында дәрігер науқастың ауырған кеселдерімен тез танысып, қай бағытта тексеру қажеттігін анықтай алады. Емхананың бөлімінің жанында емхананың қызмет көрсету аумағының картасы, дәрігерлік учаскелер межесі, дәрігерлерлік бөлмелер мен қызмет көрсететін мамандардың тізімі және дәрігердің қабылдау уақыты жазылған тақталар ілулі тұрады.

Үй жағдайында көрсетілетін медициналық көмек емханалық ұйымның және отбасылық дәрігерлердің негізгі көмектердің бірі болып табылады. Осындай медициналық көмекті таңғы сағат 9⁰⁰-ден 19⁰⁰ -ге дейін емхананың отбасылық дәрігерлері, ал қажетті жағдайда білікті мамандары беруі тиіс. Жексенбіде жедел және кезек күттірмейтін медициналық жәрдем қызметінің дәрігерлері көрсетеді. Отбасылық дәрігерлерді аурудың үйіне шақырылуын тіркеу барысында науқастың хал-ахуалы анықталып, қажетті жағдайда көмекке жедел кезекші дәрігерлер жөнелтіледі. Науқастың халі өте нашар болса, жедел медициналық көмек шақырылып, науқас ауруханаға жеткізіледі.

Күндізгі ресми белгіленген жұмыс уақытында қалалық емханаға аурулар мен әртүрлі мәселелер бойынша отбасылық дәрігерлерге қаралушылар келеді. Адамдардың легін дұрыс жіктеп, керекті дәрігерлерге бағыттау емханаға келген науқастар мен қаралушыларға медициналық көмекті дұрыс

ұйымдастырудың кепілі болып табылады. Емханаға келушілер санының жыл мезгіліне қарай қалыптасуын зерттеуде (сурет 3), оның ең көп саны көктемде қалыптасатындығын және жыл бойы келушілердің 30,5% құрайтындығын анықтады. Жылдың осы мезгілінде суықтап науқастанғандар мен тағайындалған профилактикалық шаралар саны барынша жоғары болып шықты. Емханаға қаралушылар санының қайта жоғарылауы күз мезгілінде тіркелді және жыл бойы емханаға келушілер санының 27,2% құрады. Қыс мезгілінде емханаға қаралушылар саны – 24,4% түзесе, жаз мезгілінде – 17,9% ғана болып шықты.



Сурет 3. Жалпы емханаға қаралғандардың жыл мезгілдері бойынша таралу көрсеткіші (% есептегенде).

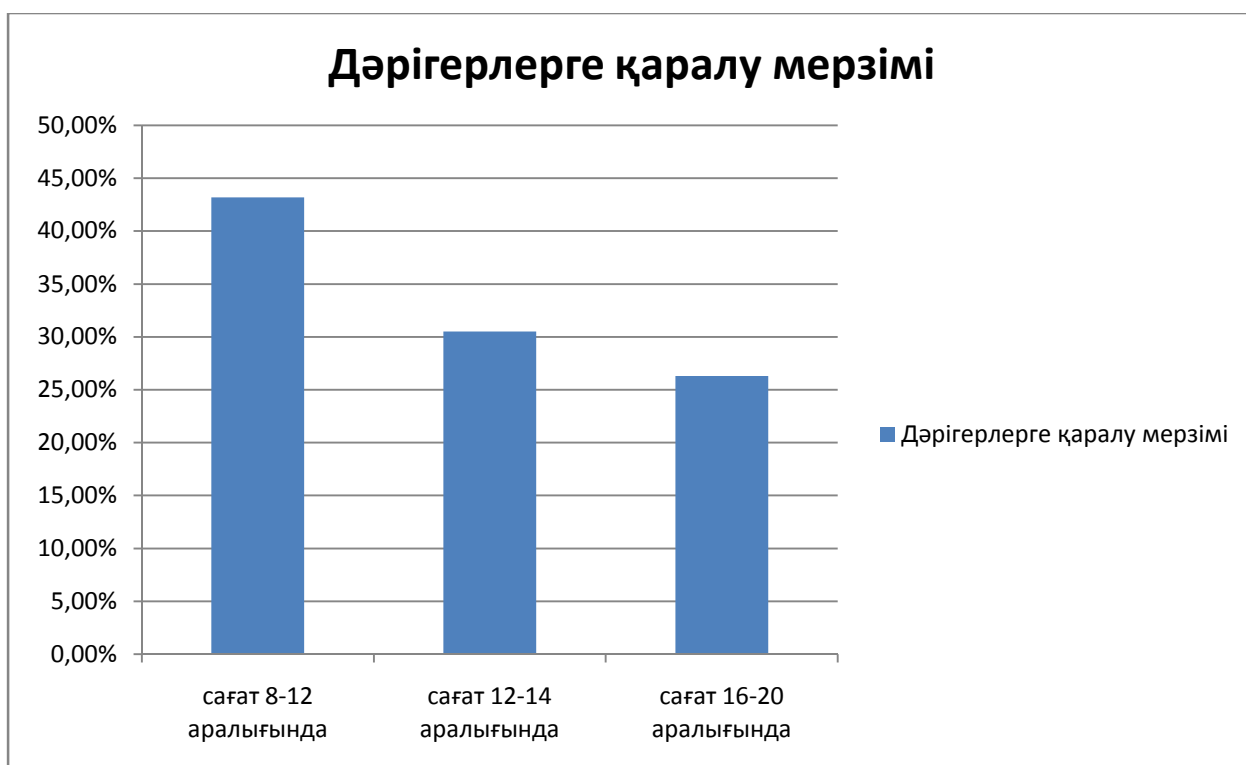
Екінші бір ерекшелік апта ішіндегі күндерде емханаға қаралу санының қалыптасуында байқалады (кесте 4). Жыл мезгілдерінің барлық апталарында дүйсенбі күніне емханаға қаралудың ең жоғарғы саны тура келетін болып шықты.

Дүйсенбі күні апта бойы қаралу санының 17,7 % -нан 21,2 % -на дейін жетеді. Дүйсенбі күннің ең қауырт кезеңі күз (21,2%) және көктем айында (20,9 %) байқалады. Ал дүйсенбі күнінде емханаға ең аз қаралатын кезең жаз айында (17,7 %) байқалды. Сейсенбіге қараған күнгі емханаға қаралу саны төмендеп (17,2 %), сәрсенбі күні қайта жоғарылайды (17,6 %). Бейсенбіден бастап (16,9 %) сенбі күніне дейін (11,4 %) емханаға қаралу саны біртіндеп төмендейді. Жексенбі күні отбасылық дәрігерге қаралу саны жалпы апталық емханаға қаралу санының 0,4 % -ын ғана құрайды. Тәжірибе көрсеткендей, қалалық емханалардың жұмысын аптасына 6 күндік етіп ұйымдастыру өте тиімді болып шықты. Себебі емдеу-диагностика шараларын сапалы ұйымдастыруға жол ашады.

Кесте 4- Қалалық емханаға аптадағы күндерде қаралудың деңгейінің көрсеткіші (апта бойы қаралу 100% деп алған)

Апта күндері	Жыл мезгілдері				Жыл бойы
	Көктем	Жаз	Күз	Қыс	
Дүйсенбі	20,9	17,7	21,2	19,9	19,9
Сейсенбі	13,9	16,6	19,6	18,0	17,2
Сәрсенбі	6,5	16,9	18,0	18,9	17,6
Бейсенбі	14,9	16,8	17,9	18,2	16,9
Жұма	14,7	16,5	17,5	17,6	16,6
Сенбі	17,5	15,5	5,2	7,3	11,4
Жексенбі	1,6	-	-	-	-

Емханаға қаралу мақсатында келген тұрғындардың легін күні бойынғы дұрыс бөлу үшін, олардың емханаға келу санының күн мезгілдеріне қарай жүктелуінің маңызы үлкен. Емханаға қаралушылардың қозғалысын зерттеу нәтижелеріне қарағанда емханаға қаралушылардың 43,2%таңертеңгі сағат 8 ден 12-ге дейін, 30,5% сағат 12 ден 16-ға дейін және 26,3% сағат 16-дан 20-ға дейін келеді. Емханаға қаралушылардың күн мезгілдерінде осылайша таралуы отбасылық дәрігердің үш ауысымды ереже бойынша жұмыс істеуінде байқалады (сурет 4).



Сурет 4. Емханаға қаралушылардың тәулік аралығында келу мерзімдер көрсеткіші(% есептегенде).

Емханаға қаралу легінің күн бойы, апта бойы және жыл мезгілдерінде таралу заңдылықтарын жете білу учаскелік дәрігерлердің және емхана

мамандарының жұмыс кестесін, профилактикалық шараларды ұйымдастыру жоспарын, медицина қызметкерлерінің жазғы демалысын дұрыс қалыптастыруға жағдай туғызады.

Емхана бөлімдерінің, бөлімшелерінің және қызметкерлерінің жұмысын дұрыс жоспарлау үшін күнделікті қаралушылар легінің емхана құрлымдарына қалайша жіктелетіндігін анықтау қажет (кесте 5). Кестеде келтірілген деректер тұрғындардың емхана бөлімдеріне қаралу сипатын толыққанды көрсете алмайды. Емханаға қаралушылардың екіншілей жіктелуін зерттеу, тіркелуге келген науқастардың үштен бірі өзге құрлымдарға бармай, емханадан шығып кеткендігін көрсетті. Себебі, өзге құрылымдарға бару уақтысы күннің басқа мерзіміне тағайындалған болып шықты. Сондықтан олар қабылдауға тағайындалған уақытта емханаға қайталай келуі тиіс. Отбасылық дәрігердің қабылдауында болған науқастардың 47% емхананың бірнеше бөлмелерінде болады. Сонымен бірге, науқастардың айтарлықтай бөлігі (15%) тіркеу бөліміне қайта оралып, медициналық құжаттарды толтырады немесе медициналық картасын іздетеді (2,5%) және қажетті мәліметтер алады (2%). Бір дәрігерге қаралған науқастардың 38 % ғана емханадан үйге қайтады. Бастапқыда диагностика (85%), физиотерапия (84%) және процедура (83,6%) бөлмелеріне келген науқастардың көпшілігі емханадан тіке үйіне қайтады. Тек қана олардың 15-17% өзге бөлмелерге қаралуға барады. Сонымен, жоғарыда келтірілген деректер емханаға қаралғандардың басым бөлігі тіркеу бөлімі мен дәрігерлер бөлмелеріне келетіндігін көрсетті. Тіркеу бөлімінің аса маңызды қызметінің бірі, науқастардың дәрігерлерді үйіне шақыру оқиғаларын тіркеу болып табылады. Осы жұмысты атқаратын тіркеушінің міндетіне жататындар:

- дәрігерлер мен медицина бикелерін науқастардың үйіне шақыру оқиғаларын қабылдау және тіркеу;
- шақыру оқиғаларына қызмет көрсетудің жеделділік дәрежесіне және учаскесіне қарай бастапқы жіктеу жұмысын іске асыру;
- дәрігерді үйге шақырған науқастың медициналық-амбулаторлық картасын тауып қою;

- дәрігерлер мен медицина бикелерін науқастарға көмек көрсетуге қажетті медициналық құжаттардың бланкаларымен қамтамасыз ету, учаскелік дәрігерлер мен медбикелерді сумкалармен жабдықтау, емхана автокөліктерін бөлу;

Науқастардың дәрігерлерді үйіне шақыруы телефонмен немесе арнайы талондарды қолданып өз бетінше дәрігерлерді шақыру жолдарымен жүзеге асырылады. Дәрігерді үйге шақыруды тіркеу барысында науқастың төлқұжатық деректері, мекен жайы және шақырудың себептері жазылады.

Тәжірибе көрсеткендей, дәрігерді үйге шақыру оқиғалары көбінесе (92%) сағат 8-ден күндізгі 12-ге дейін жүзеге асырылады. Сондықтан науқастардың үйге шақыру оқиғаларын тіркеушіден талап етілетін жағдайға, олардың әрбір шақыруды мұқият, әдеппен қабылдауын қамтамасыз ету болып табылады.

Кесте 5-Науқастардың емханалық ұйым құрылымдарына таралуы мен қызметтік бөлмелердің жұмыс атқару қауырттылығы көрсеткіші (күніне 1000 адамға балап есептегенде).

Емхана- ның құрлым- дық бөлімдер	Бастап- қы жіктелу	Екіншілей жіктелу				
		Тіркеу - ден өткен соң	Дәрігер- дің қабыл- дауынан кейін	Диагности- калық кабинет- тен өткеннен кейін	Физио- терапевт- тік бөл- меден кейін	Проц- едура бөл- месінен кейін
I. Тіркеу:	430,0	20,2	57,4	6,7	2,3	5,4
Қабылдау- ға жазылу	328,6	-	-	5,5	2,3	5,4
Мед.карта ны іздеу	-	7,4	8,2	1,2	-	-
Анықтама алу	99,8	12,8	7,7	-	-	-
Құжаттар- ды толтыру	2,2	-	43,0	-	-	-
II. Дәрігер- лер бөлмелері:	186,0	171,1	96,1	3,2	5,1	11,0
Терапевт- тер	54,0	74,7	29,8	1,2	0,8	5,7
өзге мамандар	132,0	96,0	66,9	2,0	4,3	5,3
III. Диагно- стикалық бөлмелер	105,0	14,5	30,9	2,6	0,5	1,4
IV. Физио- терапевт- тік бөлме	95,0	3,7	28,4	1,1	-	5,5
V.Проце- дура бөлмесі	158,0	13,8	22,7	2,7	6,4	-
Құрлымда рға таралу қорытынды- сы	974,0	223,3	235,5	16,3	14,3	23,3
Емханадан кетті	26,0	114,0	135,5	91,9	75,8	118,8
Барлығы	1000	337,2	371,0	108,2	90,1	142,1

Аурудың емхана дәрігерін үйге шақыру оқиғасы журналда тіркеледі. Осыдан кейінгі дәрігердің аурудың үйінде кезекті медициналық көмек көрсетуін белсенді көмек деп атайды. Оны дәрігер өз еркімен аурудың шақыруынсыз жүзеге асырады. Дәрігер науқастың клиникалық-диагностикалық зерттеуден

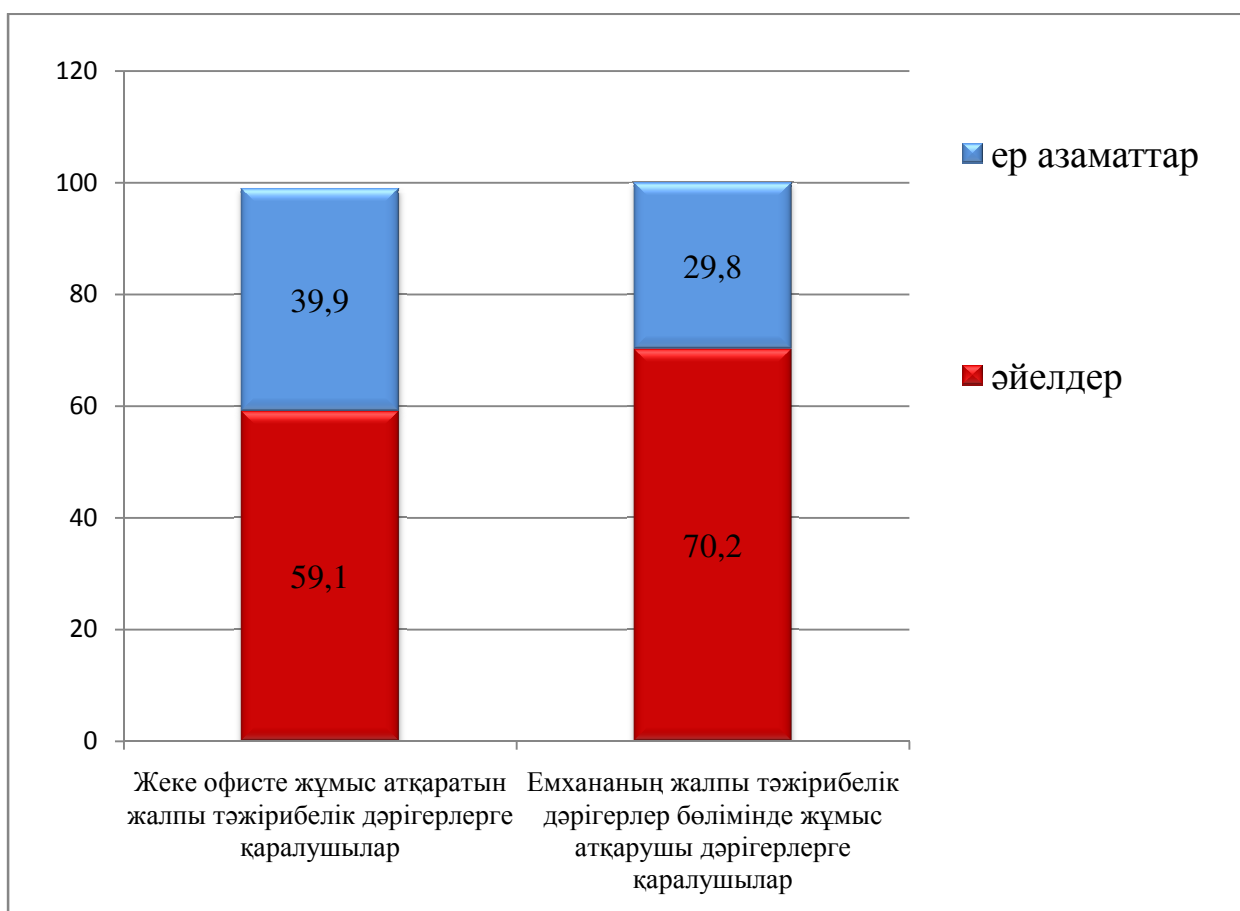
өтуін және медициналық бикенің емдік шараларды жүргізуін қамтамасыз етеді. Қажетті жағдайда өзге мамандардың кеңесін ұйымдастырады. Науқастың халі нашарлап, госпитализациялауды қажет етсе, онда ол аурухананың стационарлық бөліміне жатқызылады. Егер науқас тек үй жағдайында көмекті қажет етсе, онда дәрігер медициналық көмекті оның үйінде ұйымдастырады немесе үйінде стационарлық көмек береді. Осы мақсатта қызыл айшық қоғамының белсенділері, әлеуметтік көмек беретін қызметкерлер мен патронаждық бикелер көмекке тартылады.

Жеке патологияларға байланысты амбулаторлық-емханалық мекемелерде емделіп жатқан науқастарға тегін медикаменттер алу үшін арнайы рецептер толтырылады. Науқастарға үй жағдайында медициналық көмекті ұйымдастыру үшін дәрігерлерге белгілі бір көлемде уақыт беріледі және оларға арнайы медициналық сумка бөлінеді. Сумкада науқасты емдеуге және тексеруге қажетті медициналық құралдар, аппараттар және медикаменттер болуы тиіс. Осындай медициналық сумкалармен медициналық бикелер де қамтамасыз етіледі. Олар науқастарға барып, емдік шараларды жүргізеді немесе диспансерлік бақылау мақсатында науқастардың үйіне барып тексеріп отырады. Амбулаторлық-емханалық мекеменің жұмысын ұйымдастыруда бөлім меңгерушісінің атқаратын ролі өте үлкен. Бұл қызмет емхананың терапевтік бөлімінде 9 дәрігерлік қызмет, ал хирургиялық бөлімде 8 дәрігерлік қызмет орны болған жағдайда тағайындалады. Ал дәрігерлік қызметтердің саны аз болған жағдайда бір терапевтке меңгерушілік қызметті атқару жүктеледі.

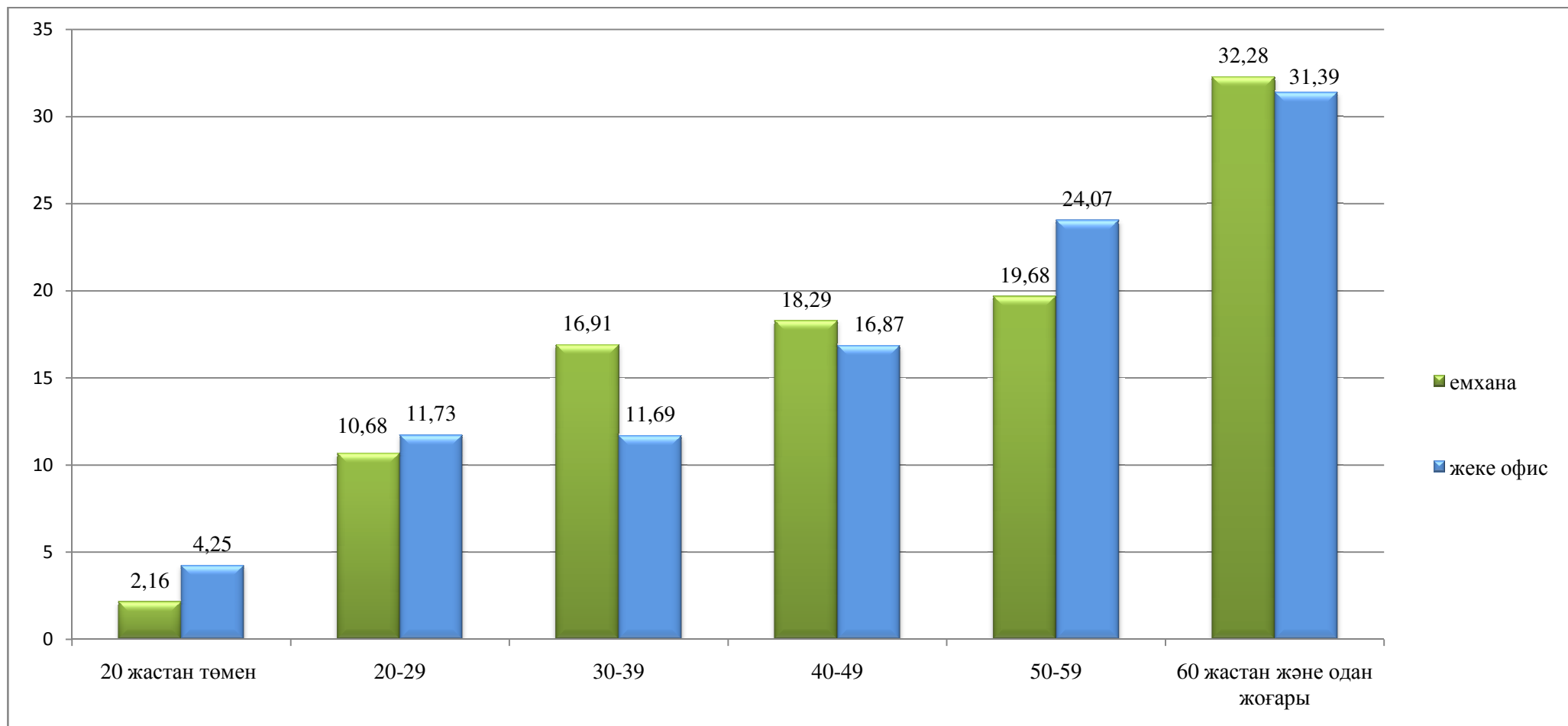
5. ЖАЛПЫ ТӘЖІРИБЕЛІК ДӘРІГЕРДІҢ ҚЫЗМЕТІН СОЦИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ НЕГІЗІНДЕ БАҒАЛАУ.

Әлеуметтік бағыттағы денсаулық сақтауды бағалауда тұрғындардың медициналық көмек сапасы туралы пікірін зерттеудің маңызы өте үлкен.

Медициналық көмек сапасын көрсететін негізгі көрсеткіштің бірі, пациенттердің медициналық көмекке қанағаттануы болып табылады. Жалпы бұл көрсеткіш кешенді бола отырып медициналық көмектің қол жетімділігін, медицина қызметкерлерінің науқастарға қатынасын және көрсетілген көмектің сапасын, емдеудің тиімділігін және де медициналық көмектің өзге қырларын көрсетеді. Сонымен, науқастардың осы мәселе туралы пікірін анықтау мақсатында жеке офистерде жұмыс атқаратын жалпы тәжірибелік дәрігерлер мен емханалық жалпы тәжірибелік дәрігерлер бөлімі қызмет көрсететін науқастар арасында сауалнама жүргіздік. Науқастардың әлеуметтік-демографиялық құрамын зерттеу, олардың арасында әйелдердің басым екендігін көрсетті, оның ішінде жеке офистерде қызмет атқаратын әйел дәрігерлердің үлес салмағы 59,1% болса, емхананың жалпы тәжірибелік дәрігерлер бөлімінде жұмыс атқаратын әйелдердің үлес салмағы 70,2% құрады және дәрігер ер азаматтардың үлес салмағынан нақты ($p < 0,05$) жоғары екендігі анықталды (сурет 5).



Сурет 5-Жалпытәжірибелікдәрігерлердіңжынысыбойынша таралу көрсеткіші (% есептегенде)



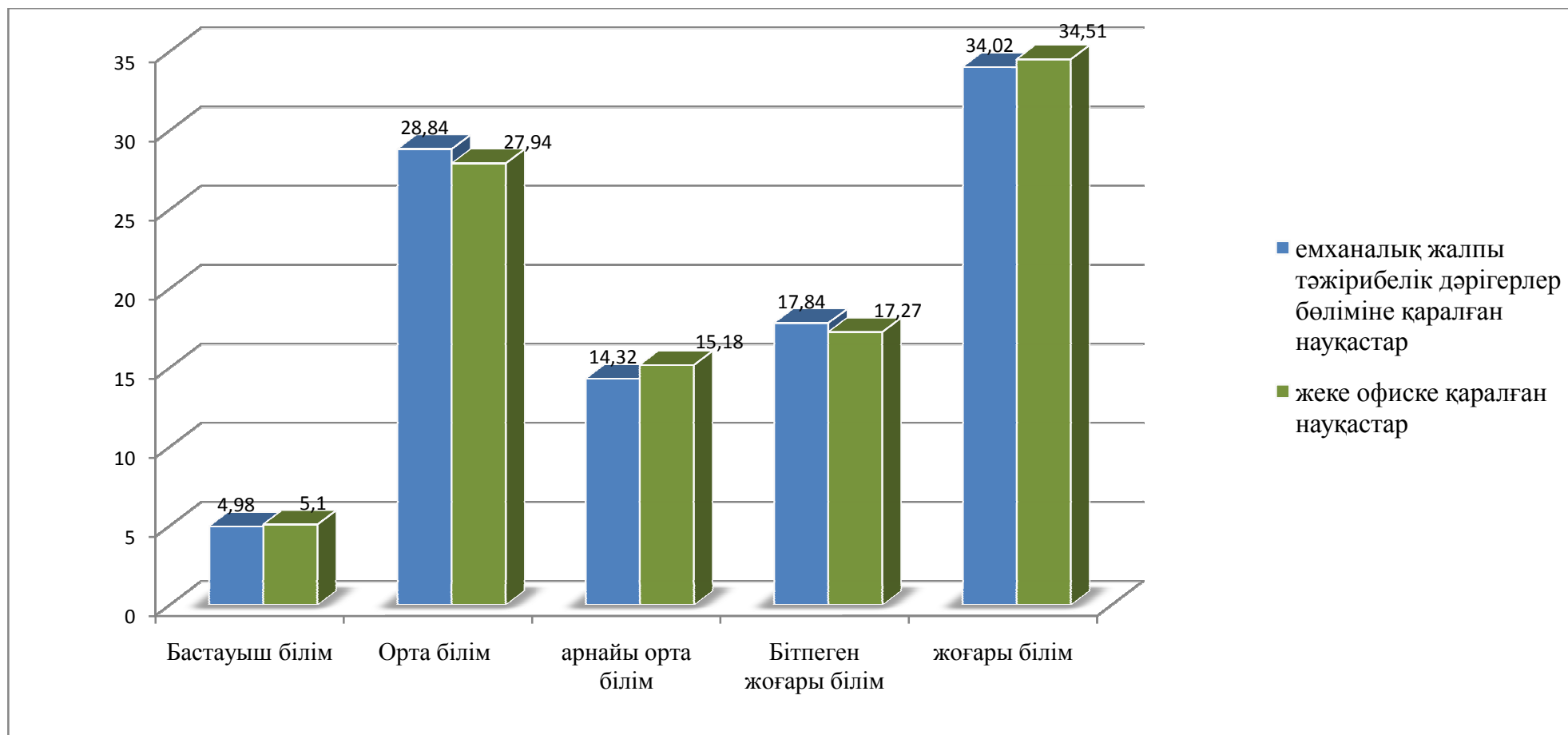
Сурет 6-Жалпы дәрігерлік тәжірибе офисі мен емханалық жалпы дәрігерлік тәжірибе бөліміне қаралған науқастардың жастық топтар бойынша жіктелу көрсеткіші (%есептегенде)

Социологиялық зерттеуге қатысқан науқастардың жастық топтар бойынша жіктелуін зерттеу (сурет 6), жалпы дәрігерлік тәжірибе офисі мен емханалық осы аттас бөлімге қаралуы науқастардың жастық құрамға бөлінуі іс жүзінде бірдей екендігі байқалды. Науқастардың ең көп кездесетін жастық тобы 60 жастан асқандар болып шықты. Олардың үлес салмағы жеке дәрігерлік офистерге қаралатындар арасында 31,39% құраса, емханалық осы аттас бөліміне қаралатындар арасында 32,28% құрады.

Үлес салмағы бойынша ең сирек кездесетін науқастардың жастық тобына 20 жасқа жетпеген респонденттер құрады. Олардың жеке жалпы тәжірибелік офиске қаралатындардың үлес салмағы 4,25% болса, емхананың аталмыш бөліміне қаралушыларының үлес салмағы бар болғаны 2,16% түзеп отыр. Респонденттердің жастық топтарының реті ұлғайған сайын олардың үлес салмақтары да арта түседі. Осылайша 20-29 жастағы науқастардың арасында жеке жалпы дәрігерлік тәжірибе офисіне қаралушылардың үлес салмағы 11,73% болса, емхананың аталмыш бөліміне қаралушылардың үлес салмағы 10,68% екендігі анықталды. Жеке тәжірибелік дәрігерлер офисіне қаралғандар арасындағы 30-39 жастағы науқастардың үлес салмағы 11,69%, 40-49 жастағылардың үлес салмағы 16,87%, 50-59 жастағы науқастардың үлес салмағы 24,07% болып шықты. Ал, емхананың аталмыш бөліміне қаралушы 30-39 жастағы науқастардың үлесі 16,91%, 40-49 жастағы науқастардың үлесі 18,29%, 50-59 жастағы науқастардың үлесі 19,68% құрап отыр. Сонымен, екі топқа жатқызылған науқастардың жастық топтар бойынша таралуында нақты айырмашылық анықтала қойған жоқ. Ал, сауалнамаға тартылған респонденттердің жартысына жуығы зейнет жасындағылар мен зейнет алды жасындағы науқастар болып шықты.

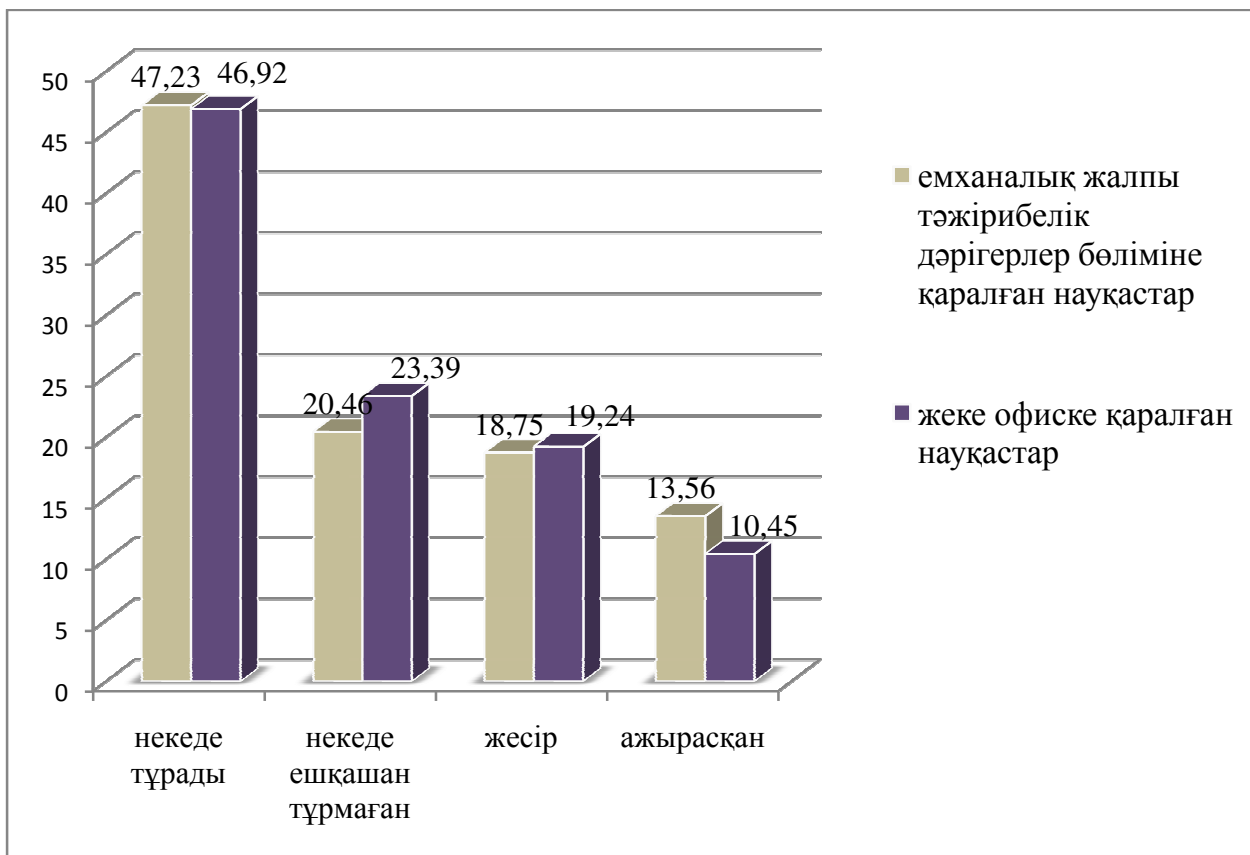
Көптеген әлеуметтік-гигиеналық зерттеу жұмыстарының нәтижесіне қарағанда науқастардың білімі олардың денсаулығына белгілі бір деңгейде әсерін тигізеді (сурет 7).

Социологиялық сұрақнамаға қатысқан науқастардың, әлеуметтік статус деңгейі бойынша 34,02% -ында жоғары білімі бар болып және емхананың жалпы тәжірибелік дәрігерлер бөліміне қаралса, осы бөлімге қаралатын респонденттердің 17,84% -ының бітпеген жоғары, 14,32% арнайы орта, 28,84% орта және 4,98 -ында бастауыш білімі бар болып айқындалады. Жалпы тәжірибелік дәрігерлерінің жеке офисына қаралатын респонденттердің білімі жағынан таралуы алдыңғы топтың таралуына өте ұқсас және олардың 34,51% -ында жоғары білімі бар, ал 17,27% -ында бітпеген жоғары білім, 15,18% арнайы орта білім және 27,94% -ында орта білімі бор болып отыр, ал 5,1% бастауыш білімі бары айқындалған. Сонымен, сұрақнамаға тартылған респонденттердің білімділік деңгейі жеткілікті дәрежеде жоғары болып, олардың өз денсаулығына бір қатар алаңдаушылық тудыратыны, нәтижесінде медициналық көмекке дер кезінде жүгінеді деп айтуға негіз бар.



Сурет 7-Респонденттердің білім деңгейі мен қаралатын медицина ұйымына қарай жіктелу көрсеткіші(% есептегенде)

Тұрғындардың денсаулығына олардың отбасылық жағдайы да айтарлықтай дәрежеде әсер етеді (сурет 8). Сондықтан осы мәселе біздің зерттеуіміздің де арқауы болды. Зерттеу барысында, респонденттердің басым бөлігінің зейнет жасында екендігін анықтағанмыз белгілі. Ал, олардың арасында жесір әйелдер мен әйелінен айрылған ер азаматтардың көп екендігі байқалды. Осыдан, респонденттердің арасында емханаға қаралатын науқастардың 18,75% -ында, ал жеке офиске қаралатындар арасында 19,24% -ында жесірлік анықталып отыр.

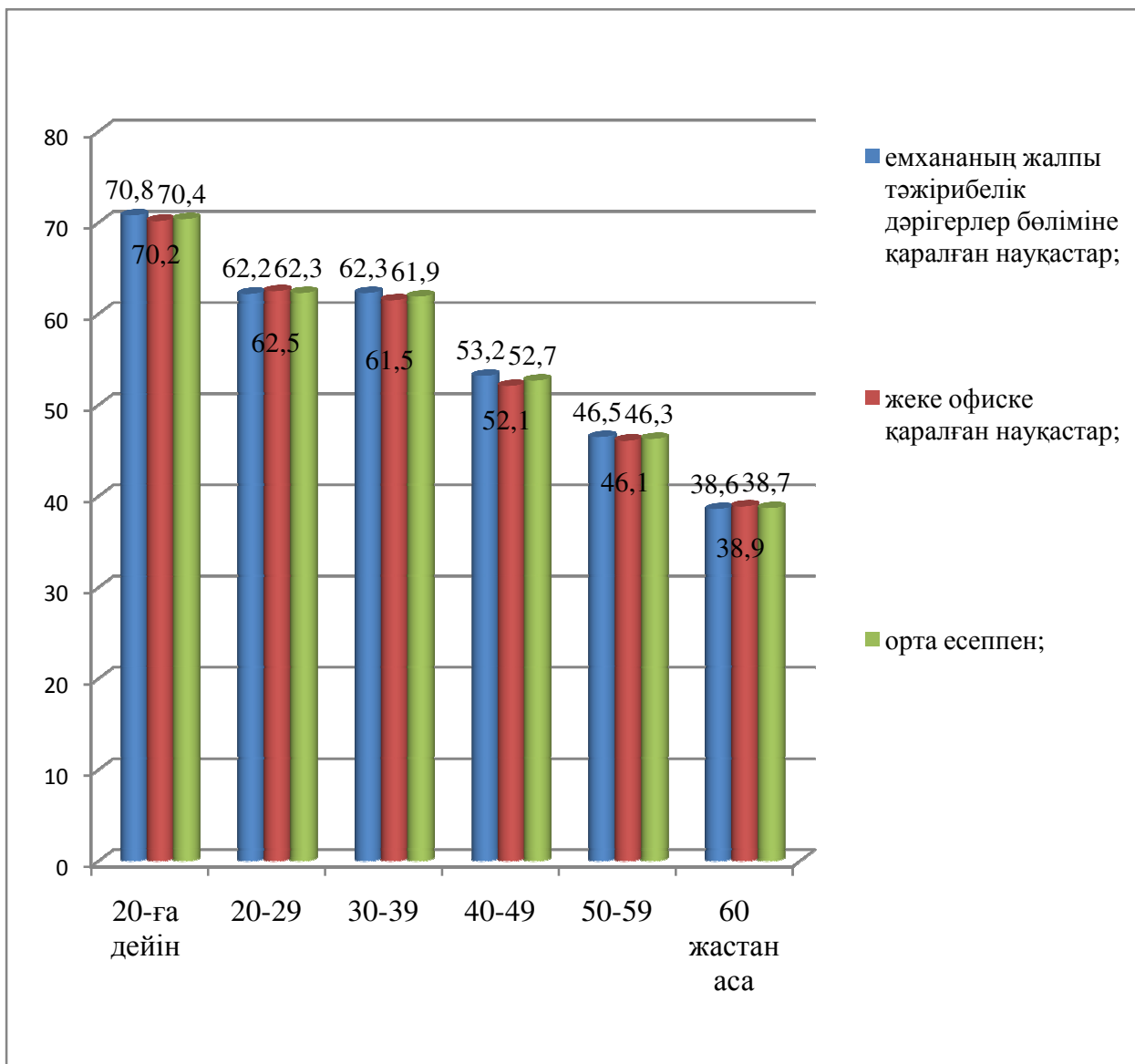


Сурет 8-Респонденттердің отбасылық жағдайы бойынша таралу көрсеткіші (% есептегенде)

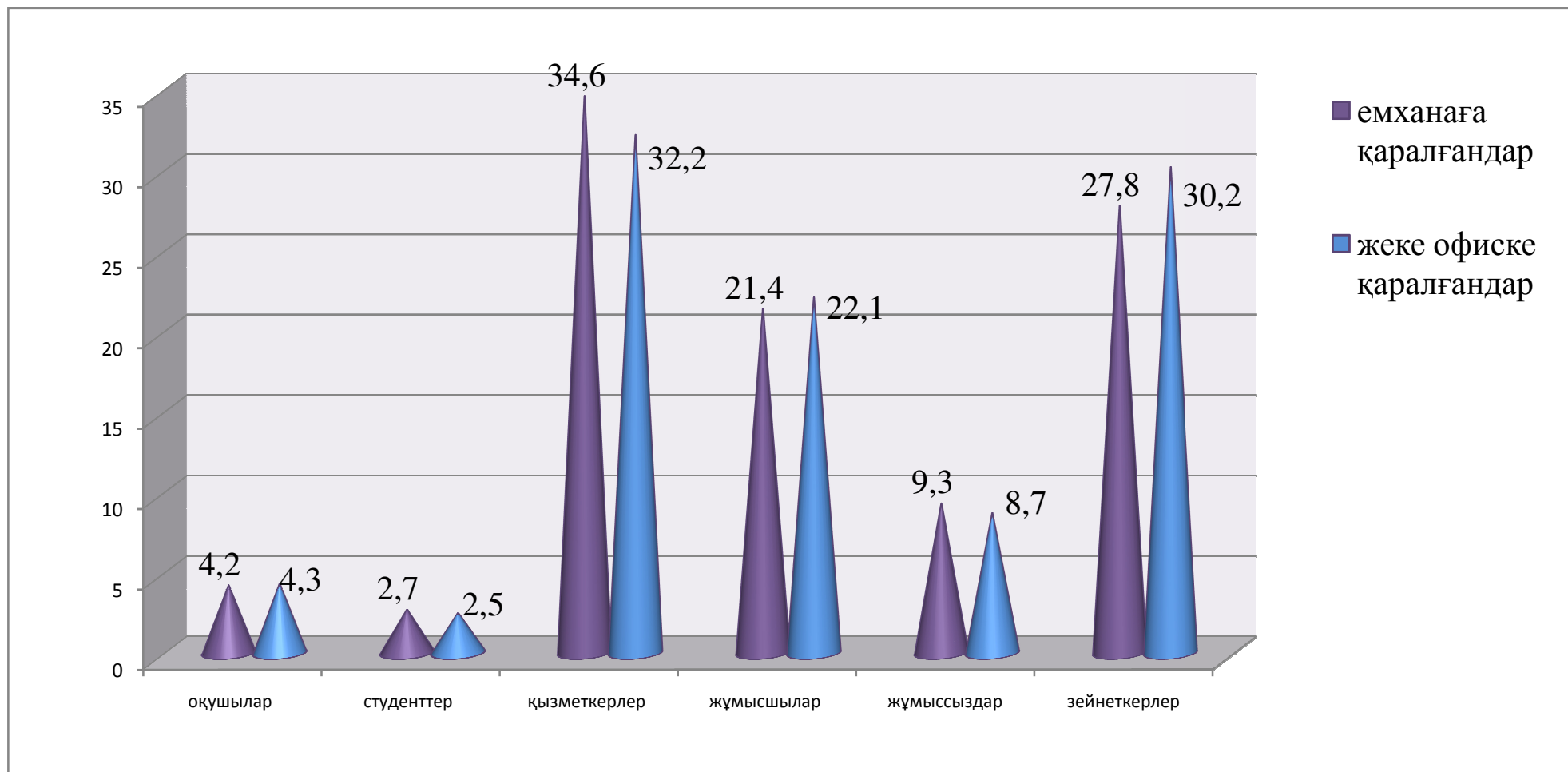
Социологиялық зерттеуге қатысқандардың отбасылық жағдайын анықтау, олардың басым бөлігінің некеде тұратындығын көрсетті (емханаға қаралатындардың 47,23%, жеке офиске қарайтындардың 46,92%). Алайда некеге ешқашанда тұрмаған респонденттердің үлес салмағы да аз емес (20,46% және 23,39% ретімен).

Соңғы жылдары тұрғындар арасында ажырасу оқиғалары жиілеп кеткендігі белгілі. Бұл жер бетінде қалыптасып отырған әлеуметтік-экономикалық тоқыраудың отбасыға және тұрғындардың психикалық денсаулығына тигізіп отырған кері әсері деп айтуға болады. Сонымен респонденттердің емханаға қаралатындары арасында ажырасқандардың үлес салмағы 13,56% құраса, жеке офисте емделетін науқастардың үлес салмағы 10,45% дейін жетіп отыр (сурет 9).

Зерттеу нәтижелеріне қарағанда, респонденттердің жасы ұлғайған сайын, олардың арасында некеге тұрғандардың үлес салмағы арта түседі. Біздің деректерге қарағанда 20-ға дейінгі азаматтардың арасында некеге тұрғандардың үлес салмағы 70,4% болса, 20-29 жастағылар арасында 62,3%, 30-39 жастағылар арасында 61,9%, 40-49 жастағылар арасында 52,7%, 50-59 жастағылар арасында 46,2%, ал 60 жастан асқандар арасында 38,7% болып отыр.



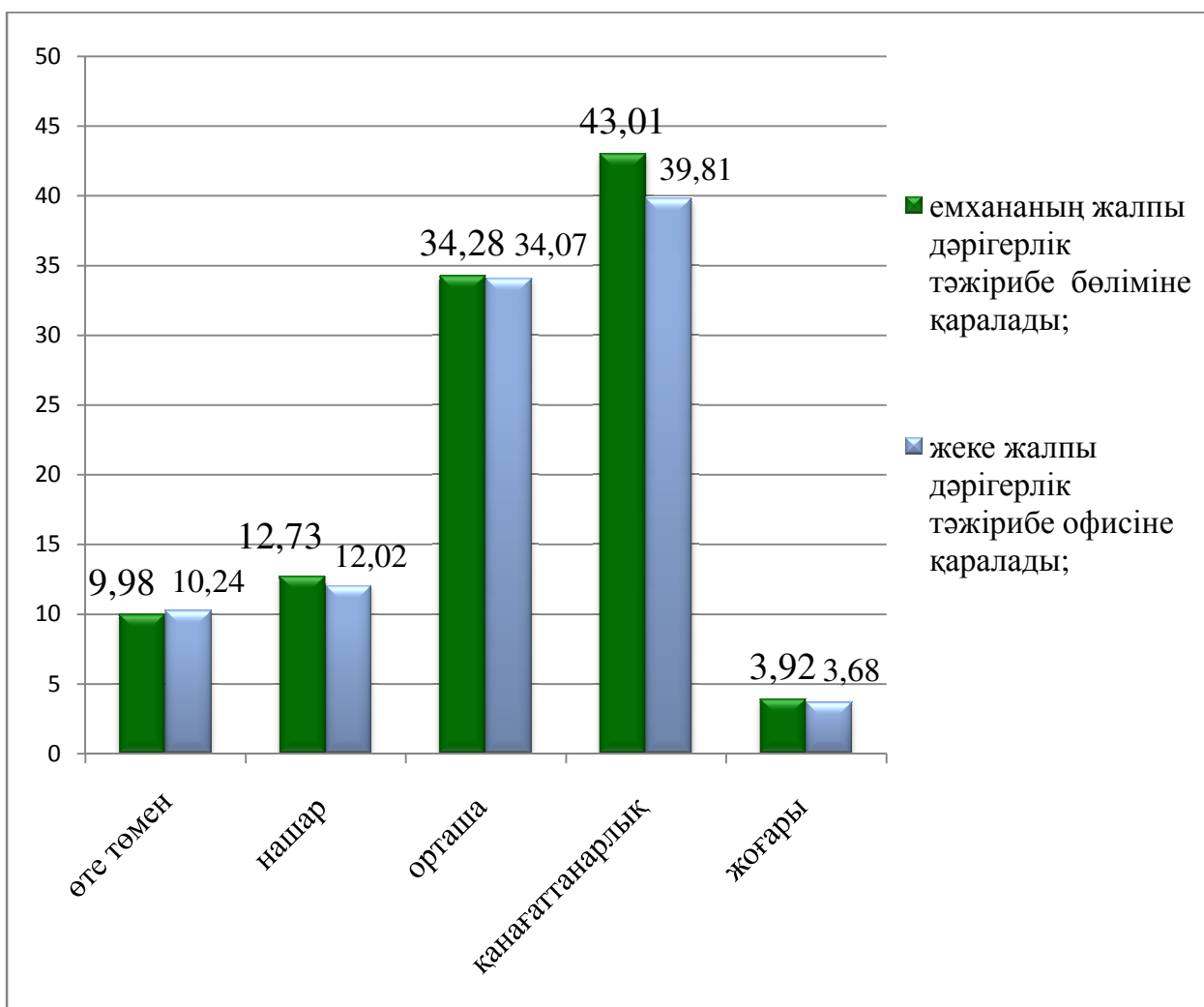
Сурет 9-Некеге тұрған респонденттердің жасына және емделген ұйымына қарай таралу көрсеткіші (% есептегенде)



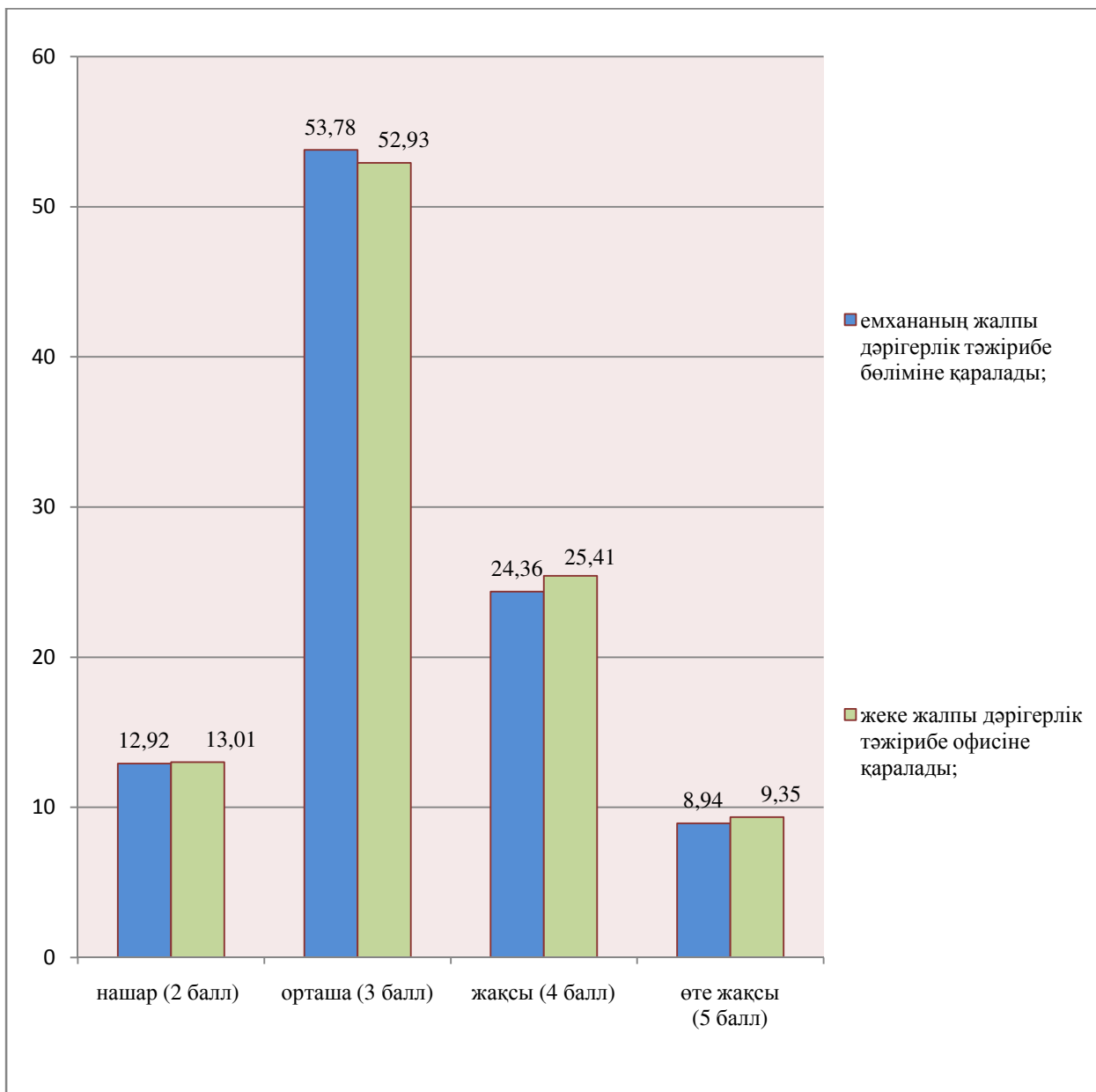
Сурет 10- Респонденттердің әлеуметтік жағдайы мен емдеу ұйымына қарай таралу көрсеткіші (% есептегенде)

Тұрғындардың денсаулығының қалыптасуына олардың әлеуметтік жағдайы да айтарлықтай әсерін тигізеді (сурет 10). Жүргізілген зерттеу мәліметіне карағанда респонденттердің басым бөлігін қызметкерлер мен зейнеткерлер құрап отыр. Респонденттер ішінде ең аз әлеуметтік топтарға оқушылар (4,2% және 4,3%) мен студенттер (2,7% және 2,5%) жатты. Ал ең жиі ұшырасқан әлеуметтік топтарды қызметкерлер (34,6% және 32,2%) мен зейнеткерлер (27,8% және 30,2%) түзеді. Жұмысшылардың үлес салмағы ретіне қарай 21,4% және 22,1% құрап отыр. Респонденттердің арасында жұмыссыздардың үлес салмағы да аз емес (ретіне қарай 9,3% және 8,7%).

Социологиялық зерттеу барысында респонденттерге өздерінің материалдық жағдайын бағалауды ұсындық (сурет 11). Нәтижесінде науқастардың жалпы дәрігерлік тәжірибе бөліміне қаралатындар, өз жағдайын қанағаттанарлық жағдайда 43,01%, ал жеке жалпы дәрігерлік тәжірибе офісіне қаралатындары 39,81% сезінеді. Орташа жағдайда сәйкесінше 34,28% және 34,07% айқындайды. Респонденттердің тек 3,92% жалпы дәрігерлік тәжірибе бөлімінне және 3,68% ал жеке жалпы дәрігерлік тәжірибе офісіне қаралатындары өз жағдайын жоғары бағалайды.

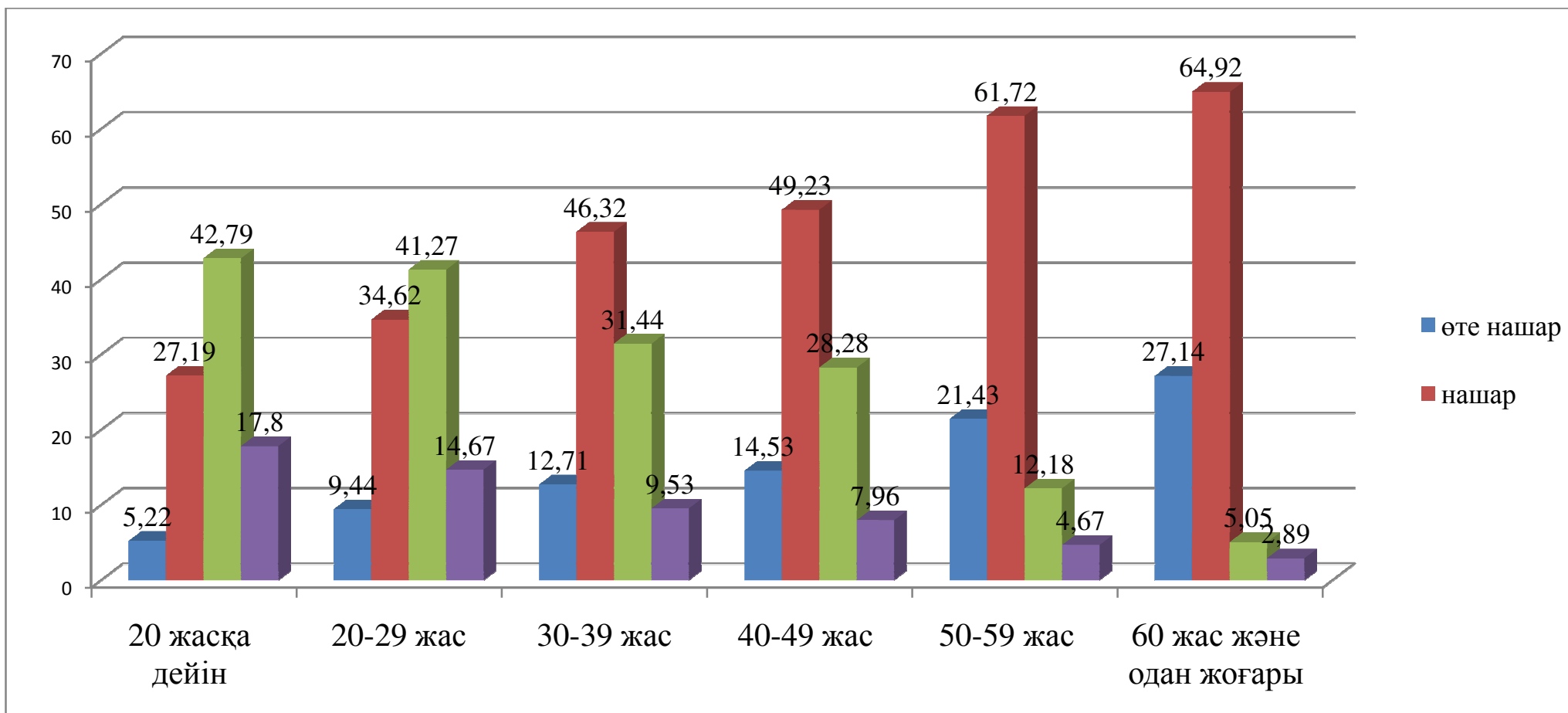


Сурет 11-Респонденттердің өзінің материалдық жағдайын бағалау көрсеткіштері (% есептегенде)



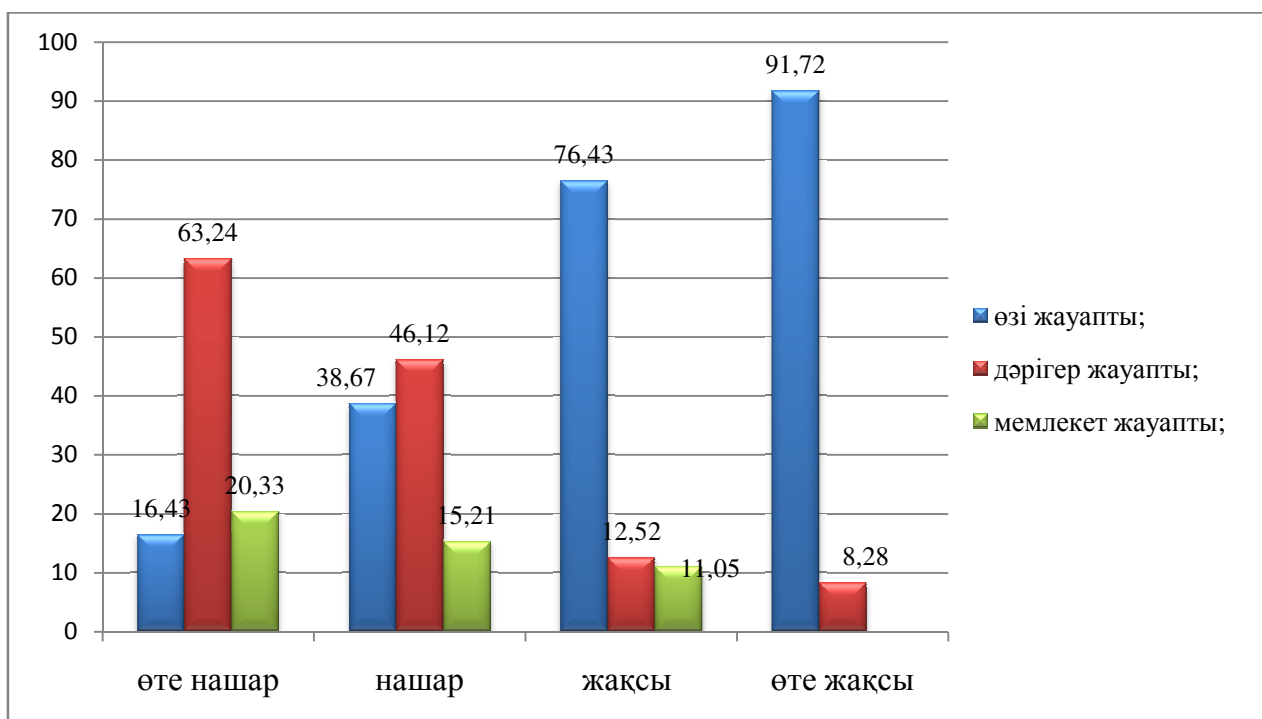
Сурет 12-Респонденттердің өз денсаулығына берген бағалау көрсеткіші (% есептегенде)

Емханаға қаралатын тұрғындардың өз денсаулығына берген бағасы (балл) да сараптамадан өтті (сурет 12). Респонденттердің басым бөлігі өз денсаулығына орташа (3 балл) деген баға берді. Ол көрсеткіш емханаға қаралғандар науқастар арасында жалпы үлес салмағы 53,7%, ал жеке офіске қаралғандардың үлес салмағы 52,93% құрайды. Жақсы (4 балл) бағасында емханаға қаралғандар арасында - 24,3%, ал жеке офіске қаралғандар - 25,4% және өте жақсы (5 балл) бағалағандар, сәйкесінше 8,9%, 9,3% құрады. Бұл көрсеткіште өз денсаулығын нашар (2 балл) жағдайында бағалаған, емханаға қаралғандар арасында жалпы үлес салмағы 12,9%, ал жеке офіске қаралғандардың үлес салмағы 13,0% құрайды және сапалық жағынан өз денсаулығын өте жақсы деп бағалаған, тұрғындардан бір қатар жоғары болуда.



Сурет 13-Жасына қарай респонденттердің өз денсаулығына берген бағасын сараптау нәтижесі (% есептегенде)

Жасына қарай респонденттердің өз денсаулығына берген бағасын сараптау, олардың жасы ұлғайған сайын өте жақсы деген бағасы төмендеп, өте нашар деген бағасы азая түседі (сурет 13). Осылайша, өз денсаулығы өте жақсы деп бағалағандардың ең үлкен үлес салмағы 20 жасқа дейінгі жастар тобында анықталса (17,80%), ең төменгі үлес салмақ 60 жастан асқан респонденттердің тобында ұшырасты (2,89%). Ал, өте нашар деген баға керісінше 60 жастан асқан респонденттерде жиі ұшырасса (27,14%) ең төменгі деңгейі (5,22%) 20 жасқа дейінгі респонденттер тобында анықталып отыр. Дәл осы жағдай өз денсаулығын жақсы деп бағалаған респонденттер арасында да анықталды. 20-29 жасқа дейінгі топта 42,79% болса, 60 жастан асқандар 5,05% тең болып шықты. Өз денсаулығын нашар деп бағалаушылардың ең үлкен үлес салмағы 60 жастан асқандар арасында кездесе (64,92%), ең төменгі деңгейі 20 жасқа дейінгі респонденттерде (27,19%) қалыптасқан болып шықты. Сонымен, респонденттердің жасына қарай өз денсаулығын нашар деп есептеушілердің үлесі арта түссе, жастық тобы төмендеген сайын өз денсаулығын жақсы және өте жақсы деп бағалаушылардың үлес салмағы арта түседі. Зерттеу нәтижесінде субъекті кім деп есептейтіндігін білуге күш салдық.



Сурет 14-Пациенттің өз денсаулығын бағалау нәтижесіне қарай оның осылайша қалыптасуына жауапты субъектіні анықтау барысының көрсеткіші (% есептегенде)

Социологиялық зерттеу барысында жалпы тәжірибелік дәрігерлерге қаралатын пациенттердің өз денсаулығының қазіргі жағдайына жауапты (сурет 14). Денсаулығын өте жақсы деп бағалаған респонденттердің 91,72% осындай жағдайына өзім себепкермін, өзімнің жоғары дәрежедегі

жауапкершілігінің арқасында қол жеткіздім деп есептеген. Тек қана 8,28% осындай өте жақсы денсаулығыма дәрігердің көмегімен қол жеткіздім деп есептеген. Денсаулығын жақсы деп бағалағандардың да басым бөлігі (76,43%) осындай ақуалыма өзім жауаптымын деп есептесе, 12,52% дәрігер, ал 11,05% мемлекет жауапты деп есептейді. Денсаулығын нашар деп бағалағандар арасында 46,12% осыған дәрігер жауапты, 38,67 өзім жауаптымын, ал 15,21% мемлекет жауапты деп есептеген. Ал денсаулығын өте нашар деп есептегендердің арасында тек 16,43% өзім жауаптымын, 63,24% дәрігер кінәлі, ал 20,33% мемлекет жауапты деп көрсетті. Сонымен, респонденттер өз денсаулығын бағалауда өз жауапкершілігін барынша азайтып, ал өзге субъектілердің кінәсін барынша жоғарылатып көрсетуге талпынады. Осы мәселені шешуде тұрғындар арасында өз денсаулығына деген жауапкершілікті арттыруға бағытталған санитарлық ағарту жұмысын барынша күшейту қажет болатыны нақты айқындалады. Яғни, амбулаторлық-емханалық ұйымдарда жүргізілетін жоспарлы жұмыстардың басымдылығы, тұрғындар арасында салауатты өмір салтын насихаттаудың негізі болады.

ҚОРЫТЫНДЫ

Қазіргі таңдағы денсаулық сақтау қызметінің басты міндеттерінің бірі алғашқы медициналық-санитарлық көмекті одан ары жетілдіру болып табылатындығы белгілі. Алғашқы медициналық-санитарлық көмекті ұйымдастыруды одан ары жетілдіру жалпы денсеулық сақтау жүйесінің тиімділігіне, еліміздің еңбек қуатын сақтауына, медициналық-әлеуметтік мәселелерді шешуге айтарлықтай ықпалын тигізеді.

Тұрғындарға амбулаторлық-емханалық көмектің қол жетімділігі мен медициналық қызметтің сапасы алғашқы медициналық-санитарлық көмектің тиімділігін анықтайтын негізгі көрсеткіштердің қатарына жатады.

Отбасылық дәрігерлік тәжірибені АМСК жүйесіне еңгізу, амбулаторлық көмектің көлемін жоғарылату және тұрғындардың білікті дәрігерлерге сұранысын төмендету қажеттілігінен туындап отыр. Сондықтан, алдымызға қойылған зерттеу жұмысы алғашқы медициналық-санитарлық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру жолдарын іздеуге және жалпы дәрігерлік тәжірибе жұмысын дамытудың денсаулық сақтау саласын оңтайлау ісіндегі алатын орнын анықтайды. Зерттеудің мақсаты ретінде алғашқы медициналық-санитарлық көмекті ұйымдастыруды жетілдіруге және жалпы дәрігерлік көмектің сапасын арттыруға бағытталған шараларды ғылыми тұрғыда негіздеу ісін алдық. Әдеби шолу жұмысы алғашқы медициналық-санитарлық көмекті жетілдірудің басты жолы тұрғындарға көрсетілетін емханалық-амбулаторлық көмекті жетілдіруден бастау керектігін, оның ішінде жалпы дәрігерлік тәжірибе саласындағы емдеу-профилактика жұмыстарын ұйымдастыруды тұрғындардың сұранысына сай қалыптастыру қажеттігін көрсетті. Бұл еңбекті жүзеге асыру барысында озық медициналық-статистикалық, әлеуметтік-гигиеналық және социологиялық әдістер қолданылды. Алынған нәтижелердің нақтылығын қамтамасыз ету үшін дәлелді медицинаның және математикалық моделдеудің жетістіктері пайдаланылды. Денсаулық сақтау жүйесін жетілдіруде отбасылық дәрігерлердің жұмысы ерекше орын алады. Олар емханалық-амбулаторлық ұйымда жұмыс атқаратын медицина қызметкерлерінің ішіндегі ең көп дәрігерлер болып табылады. Олардың көмегіне ересек тұрғындардың 60%, балалар мен жасөспірімдердің 75% жүгінеді. Өздерінің міндетін сапалы және жоғары біліктілікте атқаруы үшін, олар өз білімдерін тоқтаусыз жоғарылатып отыруы тиіс. Бұл мақсатты жүзеге асыру үшін отбасылық дәрігерлердің еңбек ету жағдайы, тұрмысы және денсаулығы жақсы болуы қажет. Отбасылық дәрігерлердің 90% астамы әйелдер болғандықтан олардың қосымша өндірістен тыс түсетін жүктемелері бар. Оның ішінде отбасының шаруашылығымен айналысу, бала көтеру, оны босану және тәрбиелеп, өсіру міндеттері олардың организміне өте үлкен ауыртпалық түсіреді. Сондықтан, отбасылық дәрігерлердің өз қызметіне еңбек ету жағдайына, тұрмысына, қанағаттану дәрежесін қалай бағалайтындығы жоғары маңызға ие. Сұрақнамаға тартылған отбасылық дәрігерлер қаладағы 7 емханада және 12 дәрігерлік отбасылық амбулаторияларда жұмыс істейтін мамандар. Олар

қаладағы отбасылық дәрігер болып істейтін мамандардың 35% құрады. Ал, жалпы отбасылық дәрігерлердің саны 714 адамнан тұрады. Сұрақнамаға тартылғандардың жастары бойынша таралуы мынандай. 25-29 жасқа дейінгі дәрігерлердің үлес салмағы 25,9% құрады, 30 - 39 жасқа дейінгі үлес салмағы 34,1% құрады, 40 -49 жасқа дейінгі үлес салмағы 22,5%, ал қалғанының жасы 50 - ден асқан мамандар болып шықты (16,5%).

Осы дәрігерлердің 37,8% отбасылық дәрігерлік қызметтен бұрын бірнеше мамандықтарды атқарған болып шықты. Сұрақнамаға тартылғандардың 64,9% педиатрия факультетін бітірген мамандар, 35,1% емдеу факультетін аяқтаған дәрігерлер. Отбасылық дәрігерлер өзінің еңбек ету жағдайы мен жұмыс ауыртпалықтарын әр түрлі етіп бағалады. Дәрігерлердің 44,9% өз жұмысын өте ауыр деп бағалаған. Олардың осындай бағасы объективтік жағдайларға тура келеді. Себебі, олар аптаның 5 күні және кей жағдайларда сенбі күндері жұмыс атқарады және өзге дәрігерлерге қарағанда 3 сағаттан артық жұмыс істейді. Олардың жұмыс орнына жетуге кететін уақыт орта есеппен 50 - 60 минуттан асады. Осыған қарағанда, аптасына жол жүруге 11 сағаттан артық уақыт жұмсайды. Отбасылық дәрігерлердің 20% медициналық бикелердің көмегінсіз ауруларды қабылдайды. Басқаша айтқанда, медициналық бикелердің жұмысын қоса атқарады. Отбасылық дәрігерлердің 15% өзінің жеке қабылдау бөлмесі жоқ, ал заң бойынша әрбір отбасылық дәрігерге бір қабылдау бөлмесі тиесілі. Сондықтан олардың жұмысы қосымша ауыртпалықтармен атқарылады. Отбасылық дәрігерлердің 40% астамы түскі асын қабылдамайды. Сондықтан олардың еңбек ету қабілеті түс ауа күрт төмендейді. Осыған қарағанда олардың жұмысы тәуліктің екінші жартысында аса тиімді емес. Сондықтан отбасылық дәрігерлердің 46% түс ауа немесе жұмыс басталғаннан 2 - 3 сағат өткеннен кейін өздерін шаршағандай сезінеді. Олар қызмет орнында көптеген ұйымдастырушылық қиындықтарға ұшырайды. Ондай ұйымдастырушылық қиындықтарды отбасылық дәрігерлердің тек 13% ғана атап өтпеген. Дәрігерлердің 87% ауруларды стационарға жатқызу барысында үшін қиындықтарға ұшырайды, ал дәрігерлердің 33% ауруларды мамандардың кеңесімен қамтамасыз етуде қиындықтарға кездеседі. Дәрігерлердің 19% ішкі байланыстың жоқтығынан қиыншылықтарға ұшыраса 26% ішкі ереженің дұрыс еместігінен қиналысқа түседі. Дәрігерлердің 57% өз учаскесін өзге дәрігерлердің қызмет көрсету аумақтарынан анағұрлым ауқымы деп есептейді.

Отбасылық дәрігерлердің жұмысын ұйымдастыруда ұжымдағы психологиялық климат ерекше орын алады. Дәрігерлердің 70% - да ұжым мүшелерімен жақсы қарым-қатынас қалыптасқан. Алайда, дәрігерлердің 21% еңбек ету ұжымдарында үнемі, күнделікті күйзелістік жағдайларға ұшырайды. Олардың тең жартысы (50,9%) аурулармен арақатынастың шиеленісіне байланысты, ал қалғандары әріптестерімен дұрыс қатынаспауынан туындайды. Дәрігерлердің 36,9% шиеленістік жағдайлардың алдын - алу мүмкін емес деп есептейді. Ұжымда жайлы психологиялық

климат қалыптастыруда, оларды материалдық тұрғыда ынталандыру ерекше орын алады.

Сұрақнаманың қорытындысы бойынша, дәрігерлердің 60%-дан астамы үнемі материалдық тұрғыда ынталандырылып отырған. Психологиялық климаттың жақсы болуына дәрігерлердің өз жұмысына деген қанағаттануы ерекше орын алады. Дәрігерлердің 45,7% өз жұмысына қанағаттанатындығын атап көрсеткен. Дәрігерлердің 75,6% үлкен ынтамен жұмыс атқарады. Алайда, олардың ішінде өз жұмысына қанағаттанбайтын дәрігерлер де бар. Олардың үлес салмағы 12,4%-ға артады. Осы дәрігерлердің 7,7% өзге мамандықтарға ауысқысы келеді немесе учаскесін өзгерткісі келетіндігін білдірген.

Дәрігерлердің жұмыс атқару сапасына олардың отбасылық жағдайы ерекше әсерін тигізеді. Сұрақнаманың қорытындысына қарағанда дәрігерлердің 79,4% некеде тұрады және орта есеппен екі балалары бар. Отбасылық дәрігерлердің балалары көбінесе мектепке дейінгі жастағы балалар болғандықтан оларды күтуге, қамқорлыққа алуға өте көп уақыт кетеді. Бұл дәрігерлердің балаларының басым бөлігі мектепке дейінгі тәрбиеленетін ұйымдарына барса (69,2%), 31,8% үйінде тәрбиеленеді. Осыған байланысты оларды күтіп-бағуға кететін дәрігерлердің уақтысы өте көп. Отбасылық дәрігерлердің 72,9% жеке тұрғын үймен қамтамасыз етілген. Алайда, олардың ішінде пәтер жалдап тұратындарының үлес салмағы да аз емес (27,1%). Отбасылық дәрігерлердің отбасы мүшелеріне балап есептегенде табысы орта есеппен 29200тг құрайды (78,4%). Ал дәрігерлердің 21,6% бұл көрсеткіштен төмен болып қалыптасқан. Отбасылық дәрігерлердің 24,6% әрбір отбасы мүшесіне балап есептегендегі тұрғын үйде тұру аумағы 6 м² төмен. Ал 56,4%-дан астамында тұрғын үйдегі өмір сүру аумағы 10м² жоғары. Осыған қарағанда отбасылық дәрігерлердің айтарлықтай бөлігі жайсыз тұрмыстық жағдайда өмір сүретіндігін көрсетеді. Отбасылық дәрігерлердің 28,6% отбасында дау-жанжал болып тұратындығын атап өткен. Сондықтан, олардың жұмыс атқару сапасы мен көңіл-күйі нашар төмен болып қалыптасқан. Отбасылық дәрігерлердің 99% күнделікті үй жұмысымен айналасатындығын және оның 3-4 сағатқа созылатындығын атап көрсеткен. Осыдан отбасылық дәрігерлердің күнделікті жұмысы 13-14 сағатқа созылады. Осыдан дәрігерлердің көпшілігі толыққанды ұйықтамайды және жұмысқа шаршап оралады. Олардың сұрақнамаға берген жауабын сараптау, дәрігерлердің 21,6% ғана жұмысқа толық қуатпен, демалған күйде оралатындығын көрсетеді.

Отбасылық дәрігерлердің күнделікті бос уақыты орта есеппен 2,7 сағаттан артпайды, ал бос уақытында олар көбінесе теледидар көрумен және газет-журналдар оқумен айналысады. Осыған қарағанда дәрігерлердің өздерінің біліктілігін арттыруға 30-40 минут уақыты ғана бар. Отбасылық дәрігерлердің 7,4% арнайы медициналық әдебиеттерді оқиды. Олардың 3,7% пассивті демалыспен айналысады және оның ұзақтығы 60 минуттан аспайды. Отбасылық дәрігерлердің еңбекке қабілеттілігін арттыратын механизмі денсаулығы. Сондықтан олардың денсаулығы туралы мәліметтер

бізді өте қызықтырады. Жалпы дәрігерлердің 72,8% тексеру барысында өздерін нашар сезінетінін және шаршағандықтарын атап өткен. Дәрігерлердің 68,2% ауруға байланысты уақытша еңбекке жарамсыздыққа ұшырап, аурушандық құжатын алған. Олардың 9,4% стационарда емделген. Дәрігерлердің 38,3%-да созылмалы аурулары бар. Алайда, осы ауру дәрігерлердің тек қана 52,3% білікті дәрігерлерге қаралады, ал қалғандары өз бетімен емделгендігін айтқан. Дәрігерлердің 96,7% жыл сайын медициналық профилактикалық тексерулерден өткенмен, дәрігерлердің профилактикалық кеңестерін тек қана олардың 16,3% орындайды. Отбасылық дәрігерлердің 7,2% ғана күнделікті дене тәрбиесімен айналысады.

Осыған қарағанда дәрігерлердің еңбек ету жағдайы, тұрмысы, өмір сүру салты, олардың еңбек ету жағдайына айтарлықтай әсерін тигізеді.

Дәрігерлердің көпшілігі өз денсаулықтарына қамқорлық жасамайтын болып шықты. Бірақта осы себептердің алдын-алуға және олардың еңбек ету және тұрмыстық жағдайларын жақсартуға мол мүмкіндіктер бар екендігі атап өтуге болады.

Адамдардың легін дұрыс жіктеп, керекті дәрігерлерге бағыттау емханаға келген науқастар мен қаралушыларға медициналық көмекті дұрыс ұйымдастырудың кепілі болып табылады. Емханаға келушілер санының жыл мезгіліне қарай қалыптасуын зерттеуде, оның ең көп саны көктемде қалыптасатындығын және жыл бойы келушілердің 30,5 % құрайтындығын анықтады. Жылдың осы мезгілінде суықтап науқастанғандар мен тағайындалған профилактикалық шаралар саны барынша жоғары болып шықты. Емханаға қаралушылар санының қайта жоғарылауы күз мезгілінде тіркелді және жыл бойы емханаға келушілер санының 27,2 % құрады. Қыс мезгілінде емханаға қаралушылар саны – 24,4 % түзесе, жаз мезгілінде – 17,9 % ғана болып шықты.

Екінші бір ерекшелік апта ішіндегі күндерде емханаға қаралу санының қалыптасуында байқалады. Жыл мезгілдерінің барлық апталарында дүйсенбі күніне емханаға қаралудың ең жоғарғы саны тура келетін болып шықты.

Дүйсенбі күні апта бойы қаралу санының 17,7 % -нан 21,2 % -на дейін жетеді. Дүйсенбі күннің ең қауырт кезеңі күз (21,2%) және көктем айында (20,9 %) байқалады. Ал дүйсенбі күнінде емханаға ең аз қаралатын кезең жаз айында (17,7 %) байқалды. Сейсенбіге қараған күнгі емханаға қаралу саны төмендеп (17,2 %), сәрсенбі күні қайта жоғарылайды (17,6 %). Бейсенбіден бастап (16,9 %) сенбі күніне дейін (11,4 %) емханаға қаралу саны біртіндеп төмендейді. Жексенбі күні отбасылық дәрігерге қаралу саны жалпы апталық емханаға қаралу санының 0,4 % -ын ғана құрайды. Тәжірибе көрсеткендей, қалалық емханалардың жұмысын аптасына 6 күндік етіп ұйымдастыру өте тиімді болып шықты. Себебі емдеу-диагностика шараларын сапалы ұйымдастыруға жол ашады.

Емханаға қаралу мақсатында келген тұрғындардың легін күні бойынғы дұрыс бөлу үшін, олардың емханаға келу санының күн мезгілдеріне қарай жүктелуін анықтаудың маңызы үлкен. Емханаға қаралушылардың қозғалысын зерттеу нәтижелеріне қарағанда емханаға қаралушылардың 40,6-

43,2 % таңертеңгі сағат 8 ден 12-ге дейін, 28,2 % - 30,8 % сағат 12 ден 16-ға дейін, 19,1% - 27,7% сағат 16-дан 20-ға дейін келеді. Емханаға қаралушылардың күн мезгілдерінде осылайша таралуы отбасылық дәрігердің үш ауысымды ереже бойынша жұмыс істеуінде байқалады.

Емханаға қаралу легінің күн бойы, апта бойы және жыл мезгілдерінде таралу заңдылықтарын жете білу учаскелік дәрігерлердің және емхана мамандарының жұмыс кестесін, профилактикалық шараларды ұйымдастыру жоспарын, медицина қызметкерлерінің жазғы демалысын дұрыс қалыптастыруға жағдай туғызады.

Емхана бөлімдерінің, бөлімшелерінің және қызметкерлерінің жұмысын дұрыс жоспарлау үшін күнделікті қаралушылар легінің емхана құрлымдарына қалайша жіктелетіндігін анықтау қажет. Кестеде келтірілген деректер тұрғындардың емхана бөлімдеріне қаралу сипатын толыққанды көрсете алмайды. Емханаға қаралушылардың екіншілей жіктелуін зерттеу, тіркелуге келген науқастардың үштен бірі өзге құрлымдарға бармай, емханадан шығып кеткендігін көрсетті. Себебі, өзге құрылымдарға бару уақтысы күннің басқа мерзіміне тағайындалған болып шықты. Сондықтан олар қабылдауға тағайындалған уақытта емханаға қайталай келуі тиіс. Отбасылық дәрігердің қабылдауында болған науқастардың 47% емхананың бірнеше бөлмелерінде болады. Сонымен бірге, науқастардың айтарлықтай бөлігі (15%) тіркеу бөліміне қайта оралып, медициналық құжаттарды толтырады немесе медициналық картасын іздетеді (2,5%) және қажетті мәліметтер алады (2 %). Бір дәрігерге қаралған науқастардың 38% ғана емханадан үйге қайтады. Бастапқыда диагностика (85%), физиотерапия (84%) және процедура (83,6%) бөлмелеріне келген науқастардың көпшілігі емханадан тіке үйіне қайтады. Тек қана олардың 15-17% өзге бөлмелерге қаралуға барады. Медициналық көмек сапасын көрсететін негізгі көрсеткіштің бірі, пациенттердің медициналық көмекке қанағаттануы болып табылады. Жалпы бұл көрсеткіш кешенді бола отырып медициналық көмектің қол жетімділігін, медицина қызметкерлерінің науқастарға қатынасын және көрсетілген көмектің сапасын, емдеудің тиімділігін және де медициналық көмектің өзге қырларын көрсетеді. Сонымен, науқастардың осы мәселе туралы пікірін анықтау мақсатында жеке офистерде жұмыс атқаратын жалпы тәжірибелік дәрігерлер мен емханалық жалпы тәжірибелік дәрігерлер бөлімі қызмет көрсететін науқастар арасында сауалнама жүргіздік. Науқастардың әлеуметтік-демографиялық құрамын зерттеу, олардың арасында әйелдердің басым екендігін көрсетті, оның ішінде жеке офистерде қызмет атқаратын әйел дәрігерлердің үлес салмағы 59,1% болса, емхананың жалпы тәжірибелік дәрігерлер бөлімінде жұмыс атқаратын әйелдердің үлес салмағы 70,2% құрады және дәрігер ер азаматтардың үлес салмағынан нақты ($p < 0,05$) жоғары екендігі анықталды.

Социологиялық зерттеуге қатысқан науқастардың жастық топтар бойынша жіктелуін зерттеу, жалпы дәрігерлік тәжірибе офисі мен емханалық осы аттас бөлімге қаралуы науқастардың жастық құрамға бөлінуі іс жүзінде бірдей екендігі байқалды. Науқастардың ең көп кездесетін жастық тобы 60 жастан

асқандар болып шықты. Олардың үлес салмағы жеке дәрігерлік офистерге қаралатындар арасында 31,39% құраса, емханалық осы аттас бөліміне қаралатындар арасында 32,28% құрады.

Үлес салмағы бойынша ең сирек кездесетін науқастардың жастық тобына 20 жасқа жетпеген респонденттер құрады. Олардың жеке жалпы тәжірибелік офиске қаралатындардың үлес салмағы 4,25% болса, емхананың аталмыш бөліміне қаралушыларының үлес салмағы бар болғаны 2,16% түзеп отыр. Респонденттердің жастық топтарының реті ұлғайған сайын олардың үлес салмақтары да арта түседі. Осылайша 20-29 жастағы науқастардың арасында жеке жалпы дәрігерлік тәжірибе офисіне қаралушылардың үлес салмағы 11,73% болса, емхананың аталмыш бөліміне қаралушылардың үлес салмағы 10,68% екендігі анықталды. Жеке тәжірибелік дәрігерлер офисіне қаралғандар арасындағы 30-39 жастағы науқастардың үлес салмағы 11,69%, 40-49 жастағылардың үлес салмағы 16,87%, 50-59 жастағы науқастардың үлес салмағы 24,07% болып шықты. Ал, емхананың аталмыш бөліміне қаралушы 30-39 жастағы науқастардың үлесі 16,91%, 40-49 жастағы науқастардың үлесі 18,29%, 50-59 жастағы науқастардың үлесі 19,68% құрап отыр. Сонымен, екі топқа жатқызылған науқастардың жастық топтар бойынша таралуында нақты айырмашылық анықтала қойған жоқ. Ал, сауалнамаға тартылған респонденттердің жартысына жуығы зейнет жасындағылар мен зейнет алды жасындағы науқастар болып шықты.

Көптеген әлеуметтік-гигиеналық зерттеу жұмыстарының нәтижесіне қарағанда науқастардың білімі олардың денсаулығына белгілі бір деңгейде әсерін тигізеді.

Социологиялық сұрақнамаға қатысқан науқастардың 34,02%-ында жоғары білімі бар және емхананың жалпы тәжірибелік дәрігерлер бөліміне қаралса, осы бөлімге қаралатын респонденттердің 17,84%-ының бітпеген жоғары, 14,32% арнайы орта, 28,84% орта және 4,98%-ында бастауыш білімі болып шықты. Жалпы тәжірибелік дәрігерлерінің жеке офисіне қаралатын респонденттердің білімі жағынан таралуы алдыңғы топтың таралуына өте ұқсас, олардың 34,51%-ында жоғары, 17,27%-ында бітпеген жоғары, 15,18 арнайы орта, 27,94%-ында орта, ал 5,1% бастауыш білімі бар болып шықты. Сонымен, сұрақнамаға тартылған респонденттердің білімділік деңгейі жеткілікті дәрежеде жоғары деп айтуға негіз бар.

Тұрғындардың денсаулығына олардың отбасылық жағдайы да айтарлықтай дәрежеде әсер етеді. Сондықтан осы мәселе біздің зерттеуіміздің де арқауы болды. Зерттеу барысында, респонденттердің басым бөлігінің зейнет жасында екендігін анықтағанмыз белгілі. Ал, олардың арасында жесір әйелдер мен әйелінен айрылған ер азаматтардың көп екендігі байқалды. Осыдан, респонденттердің арасында емханаға қаралатын науқастардың 18,75%-ында, ал жеке офиске қаралатындар арасында 19,24%-ында жесірлік анықталып отыр.

Социологиялық зерттеуге қатысқандардың отбасылық жағдайын анықтау, олардың басым бөлігінің некеде тұратындығын көрсетті (емханаға қаралатындардың 47,23%, жеке офиске қарайтындардың 46,92%). Алайда

некеге ешқашанда тұрмаған респонденттердің үлес салмағы да аз емес (20,46% және 23,39% ретімен).

Соңғы жылдары тұрғындар арасында ажырасу оқиғалары жиілеп кеткендігі белгілі. Бұл жер бетінде қалыптасып отырған әлеуметтік-экономикалық тоқыраудың отбасыға және тұрғындардың психикалық денсаулығына тигізіп отырған кері әсері деп айтуға болады. Сонымен респонденттердің емханаға қаралатындары арасында ажырасқандардың үлес салмағы 13,56% құраса, жеке офисте емделетін науқастардың үлес салмағы 10,45% дейін жетіп отыр.

Зерттеу нәтижелеріне қарағанда, респонденттердің жасы ұлғайған сайын, олардың арасында некеге тұрғандардың үлес салмағы арта түседі. Біздің деректерге қарағанда 20-ға дейінгі азаматтардың арасында некеге тұрғандардың үлес салмағы 70,4% болса, 20-29 жастағылар арасында 62,3%, 30-39 жастағылар арасында 61,9%, 40-49 жастағылар арасында 52,7%, 50-59 жастағылар арасында 46,2%, ал 60 жастан асқандар арасында 38,7 болып отыр.

Тұрғындардың денсаулығының қалыптасуына олардың әлеуметтік жағдайы да айтарлықтай әсерін тигізеді 7 суретте берілген деректерге қарағанда респонденттердің басым бөлігін қызметкерлер мен зейнеткерлер құрап отыр.

Респонденттер ішінде ең аз әлеуметтік топтарға оқушылар (4,2% және 4,3%), мен студенттер (2,7% және 2,5%) жатты. Ал ең жиі ұшырасқан әлеуметтік топтарды қызметкерлер (34,6% және 32,2%) мен зейнеткерлер (27,8% және 30,2%) түзеді. Жұмысшылардың үлес салмағы ретіне қарай 21,4% және 22,1% құрап отыр. Респонденттердің арасында жұмыссыздардың үлес салмағы да аз емес (ретіне қарай 9,3% және 8,7%).

Социологиялық зерттеу барысында респонденттерге өздерінің материалдық жағдайын бағалауды ұсындық (7 сурет). Респонденттердің өз денсаулығына берген бағасы да сараптамадан өтті.

Респонденттердің басым бөлігі өз денсаулығына орташа деген баға берді. Емханаға қаралғандар арасында осындай баға бергендердің үлес салмағы 53,7%, ал жеке офиске қаралғандардың үлес салмағы 52,93%.

Жасына қарай респонденттердің өз денсаулығына берген бағасын сараптау, олардың жасы ұлғайған сайын өте жақсы деген бағасы төмендеп, өте нашар деген бағасы азая түседі. Осылайша, өз денсаулығы өте жақсы деп бағалағандардың ең үлкен үлес салмағы 20 жасқа дейінгі жастар тобында анықталса (17,80%), ең төменгі үлес салмақ 60 жастан асқан респонденттердің тобында ұшырасты (2,89%). Ал, өте нашар деген баға керісінше 60 жастан асқан респонденттерде жиі ұшырасса (27,14%) ең төменгі деңгейі (5,22%) 20 жасқа дейінгі респонденттер тобында анықталып отыр. Дәл осы жағдай өз денсаулығын жақсы деп бағалаған респонденттер арасында да анықталды. 20-29 жасқа дейінгі топта 42,79% болса, 60 жастан асқандар 5,05% тең болып шықты. Өз денсаулығын нашар деп бағалаушылардың ең үлкен үлес салмағы 60 жастан асқандар арасында кездесе (64,92%), ең төменгі деңгейі 20 жасқа дейінгі респонденттерде

(27,19%) қалыптасқан болып шықты. Сонымен, респонденттердің жасына қарай өз денсаулығын нашар деп есептеушілердің үлесі арта түссе, жастық тобы төмендеген сайын өз денсаулығын жақсы және өте жақсы деп бағалаушылардың үлес салмағы арта түседі.

Субъекті кім деп есептейтіндігін білуге күш салдық. Социологиялық зерттеу барысында жалпы тәжірибелік дәрігерлерге қаралатын пациенттердің өз денсаулығының қазіргі жағдайына жауапты Денсаулығын өте жақсы деп бағалаған респонденттердің 91,72% осындай жағдайына өзім себепкермін, өзімнің жоғары дәрежедегі жауапкершілігінің арқасында қол жеткіздім деп есептеген. Тек қана 8,28% осындай өте жақсы денсаулығым дәрігердің көмегімен қол жеткіздім деп есептеген. Денсаулығын жақсы деп бағалағандардың да басым бөлігі (76,43%) осындай ақуалыма өзім жауаптымын деп есептесе, 12,52% дәрігер, ал 11,05% мемлекет жауапты деп есептейді. Денсаулығын нашар деп бағалағандар арасында 46,12% осыған дәрігер жауапты, 38,67 өзім жауаптымын, ал 15,21% мемлекет жауапты деп есептеген. Ал денсаулығын өте нашар деп есептегендердің арасында тек 16,43% өзім жауаптымын, 63,24% дәрігер кінәлі, ал 20,33 мемлекет жауапты деп көрсетті.

Сонымен, респонденттер өз денсаулығын бағалауда өз жауапкершілігін барынша азайтып, ал өзге субъектілердің кінәсін барынша жоғарылатып көрсетуге талпынады. Осы мәселені шешуде тұрғындар арасында өз денсаулығына деген жауапкершілікті арттыруға бағытталған санитариялық ағарту жұмысын барынша күшейту қажет.

ТҰЖЫРЫМ

Жүргізілген зерттеу нәтижелерімен, төмендегідей қорытынды дәйектелді:

1. Жалпы тәжірибелік дәрігердің науқастары арасында жүргізілген әлеуметтік-гигиеналық зерттеу, олардың басым бөлігін әйелдер (%) құрайтындығын көрсетті. Жалпы науқастардың 30%-дан астамының жасы 60 тан асқан, олардың ішінен еңбекпен қамтылғандары 68,0% асады. Алайда, науқастардың арасында жұмыссыздар да аз емес.

2. Жалпы тәжірибелік дәрігерге қаралған науқастардың басым бөлігінде (65,5%) жедел аурулар, ал 34,5% - созылмалы патологиялар тіркелген. Аурушандық көрсеткішінің 56,2% тыныс алу органдарының патологиясы, 15,9% жүрек-қан айналу жүйесі аурулары, 10,9% сүйек бұлшық ет аурулары түзеп отыр. Әрбір жастық топтың өзіне тән аурулары бар. 20 жасқа дейінгі респонденттер арасындағы аурушандық көрсеткішінің 78,2% -ын тыныс алу органдарының аурулары түзесе, 60 жастан асқандар арасындағы көрсеткішінің 56,3%-ын жүрек-қан айналу жүйесі аурулары құрайды.

3. Науқастар өз денсаулығын аса жоғары бағаламайды. Жалпы дәрігерлік тәжірибеге қаралған науқастардың басым бөлігі өз денсаулығы нашар деп бағалаған және осы жағдайға дәрігер кінәлі немесе жауапты деп есептеген.

4. Жалпы тәжірибелік дәрігердің көрсеткен медициналық көмегіне қанағаттану сезімін білдірушілердің үлес салмағы 59,7% артық, қанағаттанбаушылардың үлес салмағы 18,3% жетіп отыр. Осыған амбулаторлық-емханалық көмектің қол жетімсіздігі және көмекті ұйымдастыру кемшіліктері кінәлі деп есептейді. Сонымен қатар, дәрігерге кірудің аса ұзаққа созылуы, дәрігерге жазылудың қиындығы және білікті дәрігер мамандарының жоқтығы медициналық көмек сапасына кері әсерін тигізеді.

5. Жалпы тәжірибелік дәрігердің қызметіне өтуді қолдаған мамандардың үлес салмағы 50% артады, ал оны одан ары жетілдіру ауылдық жердегі тұрғындарға қажет деп есептейтіндер аса көп.

ТӘЖІРИБЕЛІК ҰСЫНЫСТАР

1. Жалпы дәрігерлік тәжірибені тұрғындарға барынша жақындатып, қол жетімділігі мен сапасын арттыру үшін, кішігірім аудандарда олардың офисін кеңінен ашу қажет.

2. Кішігірім дәрігерлік офистерде білікті және бейінді дәрігерлердің кеңесін ұйымдастырып, науқастарды зерттеуге қажетті медициналық автоматты лабораториялар мен қондырғылармен қамтамасыз ету керек.

3. Жалпы дәрігерлік тәжірибедегі медицина қызметкерлерінің табысты еңбегін одан ары дамыту мақсатында оларға қосымша төлемақылар жүйесін қалыптастыру қажет.

ПАЙДАЛЫНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Ережепов Б.Н. Методические подходы к повышению эффективности профилактики основных хронических неинфекционных заболеваний в промышленном городе // Автореф. дис. канд. мед. наук, Алматы. 2007 – 21 с.
2. Саттарова Ч.О. Научные основы реформирования организации первичной медико-санитарной помощи (на примере Баткентской области) // Автореф. дис. канд. мед. наук, - Бишкек. 2010 - 22 с.
3. Еламанова С.Х. Оценка доступности медицинской помощи для населения Республики Казахстан и совершенствование механизмов обеспечения равенства // Автореф. дис. канд. мед. наук - Алматы. 2010 - 22 с.
4. Какенов С.К., Турлубеков К.К., Каппасов М.К. Догоспитальная медицинская помощь за 1999-2001 годы // Материалы II съезда врачей и провизоров Республики Казахстан // Астана – 2002. и- с. 213-215.
5. Семейная медицина: Подходы к профилактике заболеваний и укреплению здоровья // Методические рекомендации для врачей общей практики. Аканов А.А., Тулебаев К.А., Нургабылова А.Б., Аханова К.К., Каражигитова З.Б., Мирзабеков М.О. – Алматы. 1999. – 30 с.
6. Аканов А.А., Германюк Т.А., Токмурзиева Г.Ж., Тулебаев К.А. Врач общей практики (монография) – Алматы. 1996. с.137.
7. Аканов А.А., Мустафаев С.У., Тулебаева К.А., Германюк Т.А., Айтжанова Г.Б. Подходы к разработке модели общей врачебной практики в Казахстане (монография) – Алматы. 1997. – 84 с.
8. Гринина О.В., Кича Д.И. Медико-социальное изучение семьи в программе подготовки врача // Советское здравоохранение – Москва 1988 №9 с. 48-54.
9. Шабров А.В., Маймулов В.Г. Руководство по профилактической деятельности врача общей профилактики (семейного врача). Санк-Петербург. 1997 – 204 с.
10. Fundamentals of Family Medicine // Ed. By. R. Taylat. – 1983 – p 329
11. Кулкаева Г.У. медико-организационные подходы к улучшению доступности компонентов первичной медико-социальной помощи сельскому населению Республики Казахстан // Автореф. дис. канд. мед. наук - Алматы. 2010 – 25 с.
12. Диканбаева С.А., Назирова Н.И., Кулкаева Г.У. Совершенствование ПМСП и формирование здорового образа жизни – приоритет социальной политики // Вестник Медицинского Центра Управления делами Президента – Астана 2006. - №4 (20) – с 36-38.
13. Аканов А.А., Назирова Н.И., Кулкаева Г.Г. вопросы реформирования и развития ПМСП // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы аллергологии» - Алматы – Актөбе, 2006 – с. 148-150.
14. Назирова Н.И., Кулкаева Г.У. Оценка деятельности организации, оказывающих ПМСП. // Вестник Медицинского центра Управления делами Президента. – Астана, 2006 – №4 (20). – с. 32-33.

15. Тулебаев К.А., Нерсесов А.В., Назирова Н.И. и др. Алгоритмы действия медицинских работников первичной медико-санитарной помощи по пропаганде здорового образа жизни профилактике факторов риска основных социально значимых заболеваний // Методическое руководство. – Астана, 2007 – 48 с.
16. Агаларова Л.С. Роль врача общей практики в формировании здорового образа жизни / Л. С. // Здравоохранение Российской Федерации. - 2006. - N4. - С. 44-47.
17. Богатырев И.Д. О методических подходах к планированию амбулаторно-поликлинической помощи населению // Сов. Здравоохранение. – 1970. – №9.– С.3-9
18. Боев В.С. Характеристика общеврачебной (семейной) практики в Пермской области (поданным социологического исследования). Перм.мед. журнал. 2007. 24, № 1-2, с. 146-151.
19. Вишняков Н.И. Стожаров В.В. Качество медицинской помощи и система его обеспечения // Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение: (Учебник)-СПб.,2000.-Ч.1гл 14.- с.507-560.
20. Вишняков Н.И., Гусев О.А. и др. Сравнительный анализ деятельности общей врачебной пратики и участковой службы. // Профилактические основы теории и практики семейной медицины: Тез.докл. науч-практ. конф. - СПбГМА, 1996. - С. 204.
21. Brinkmann A., Steffen P., Pfaff H. Patientenbefragungen als Bestandteil des Qualitätsmanagements in Arztpraxen; Entwicklung und Erprobung eines Instruments // Gesundheitswesen. - 2007. - Bd. 69, № 11. - S. 585-592.
22. Brody D.S., Miller S.M., Lerman C.E., Smith D.G., Lazaro C.G., Blum M.J. The relationship between patients satisfaction with their physician and perceptions about interventions they desired and received // Medical Care. - 1989.- vol.27, -p. 1027-1035.
23. Buckingham J.K. Choosing between projects. The use of graphs to evaluate the use of benefit / cost ratios in cost effectiveness studies // Hosp. HlthServ. Rev. - 1987. - vol. 83, №6. - p. 268-271.
24. Агаларова Л.С. Организация труда и анализ трудовых затрат врачей общей практики // Здравоохранение Российской Федерации. - 2006. - N3. - С. 46-48.
25. Агаларова Л.С. Пути повышения качества и эффективности труда участковых терапевтов и врачей общей практики // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2009. - N 2. - С. 23 - 27.
26. Агаларова Л.С. Совершенствование взаимосвязей врачей общей практики и врачей узких специальностей // Здравоохранение Российской Федерации. -2008.-N3.-С.18-19.
27. Гусев О.А., Кириллов А.В. Первый опыт взаимодействия офиса общей практики со службами здравоохранения, страхования и социальной защиты населения // Проблемы городского здравоохранения: Сб. науч. трудов. Вып. - 3. -СПб., 1998.-С. 226-230.

28. Давыдов Б.Н., Шпак Л.В. Концепция семейной медицины: Осн.положения, орг. вопр., принципы преподавания Тверь: Новоинтех-Пресс. 1998,271 с
29. Денисов И.Н. Общая врачебная практика (семейная медицина): перспективы развития // Здравоохран. 2003. №12. С. 15-22.
30. Денисов И.Н. Роль первичной медико-санитарной помощи населению в модернизации системы здравоохранения Российской Федерации Здравоохран. Чувашии. 2006, N4, с. 16-22.
31. Денисов И.Н. Руководство для врачей общей (семейной) практики / Под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова. М.: Гэотар, 2001. 720 с
32. Денисов И.Н., Иванов А.И. Опыт подготовки врачей общей практики (семейных врачей) для Центрального федерального округа // Экономика здравоохран. 2003. №1. С. 5-10
33. Loewy E.H., Loewy R.S. Flaming issues in health care; do American ideals demand basic health care and other social necessities for all? // Health 1 Care Anal. - 2007. - Vol. 15, № 4. - P. 261-271.
34. McCain J.S. Making access to quality and affordable health care a reality for every American // JAMA. - 2008. - Vol. 300, №16. - P. 1925-1926. 333.
35. McCallum A., Brommels M., Robinson R. et al. The impact of primary care purchasing in Europe: a comparative case study of primary care reform / Primary care on the driver seat? Organizational reform in European primary care / Ed by R.V. Saltman et al. - Maidenhead : Open Univ. press, 2006. - P. Ю5-128. 180
36. McLean G., Sutton M., Guthrie B. Deprivation and quality of primary care services: evidence for persistence of the inverse care law from the UK Quality and Outcomes Framework // J. Epidemiol. CommunityHealth. 2006. - Vol. 60,№11.-P. 917-922.
37. Вартамян Ф.Е., Рожецкая СВ. Особенности развития общей практики (семейной медицины) в Европе // Здравоохран. 2003. №12. С. 61-67.
38. Вахитов Ш.М., Гапоненко В.А. Семейная медицина: маркетинговый подход Казань: Медицина. - 2006, - 76 с,44.
39. Веренцов М.М., Костродымова Г.М. Актуальные проблемы организации контроля качества и повышения эффективности медицинского обслуживания за рубежом; Науч. обзор. - М.: ВНИИМИ, 1978.-76 с.
40. Виноградов Н.А. Повысим качество амбулаторно-поликлинической помощи населению // Сов.медицина. -1960. - № 8. - С. 3-9
41. Вишняков Н.И. К вопросу о подготовке врачей Общей практики(семейных врачей) за рубежом и в России. // Профилактические основы теории и практики семейной медицины: Тез.докл. науч-практ. конф. — СПбГМА, 1996.-С 202.
42. Вишняков Н.И. Научное обоснование организации, планирования и финансово-экономической деятельности системы стационарной медицинской помощи населению крупного многомиллионного города в период экономических реформ в здравоохранении .Автореф. Дис....д-рамед. Наук : 14.0033 / С.-Петерб. мед.ин-т им. Аид. ИД, Павлова.СПб., 1993.-33 с.

43. Гаджиев Р. С, Агаларова Л.С. Исследование экономических аспектов деятельности врачей общей практики и участковых терапевтов / Экономика здравоохранения,- 2009 г. т. 134 N 2 - С.26 - 30.
44. Гаджиев Р. С, Агаларова Л.С. Исследование экономических аспектов деятельности врачей общей практики и участковых терапевтов / Экономика здравоохранения,- 2009 г. т. 134 N 2 - С.26 - 30.
45. Гаджиев Р.С., Назаралиева З.К. Мнение городского населения об амбулаторно-поликлинической помощи // Здравоохранение Рос. Федерации. - 2003. - № 1. - С. 27-30.
46. Гаджиев Р. С, Агаларова Л.С. Исследование экономических аспектов деятельности врачей общей практики и участковых терапевтов // Экономика здравоохранения,- 2009 г. т. 134 N 2 - С.26 - 30.
47. Гаджиев Р.С., Назаралиева З.К. Мнение городского населения об амбулаторно-поликлинической помощи // Здравоохранение Рос. Федерации. - 2003. - № 1. - С. 27-30.
48. Агаларова Л.С. Пути повышения качества и эффективности труда участковых терапевтов и врачей общей практики // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2009. - N 2. - С. 23 - 27.
49. Агаларова Л.С. Совершенствование взаимосвязей врачей общей практики и врачей узких специальностей // Здравоохранение Российской Федерации. - 2008.-N3.-С. 18-19.
50. Аксамснтов М.Г. Медико-экономические стандарты: взгляд со стороны врача амбулаторного приема // Здравоохранение. - 1998. - №12. - С. 19-21.
51. Акулпп И.П. О поэтапном переходе к общеврачебной практики в Санкт-Петербурге. // Инновации в здравоохранении: Тез. Докл. Конф. -СПб.,1997.- С. 7-11.
52. Стародубов ВЛ., Михайлова Ю.В., Короткое Ю.А. Врач первичного звена в условиях реформирования системы здравоохранения.- М.:ЦНИИОМЗ,2002.-153с.
53. Стародубов В.Н., Калининская А.А., Шляфер СИ. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития. - М.: Медицина,2007.-261 с.
54. Стожаров В.В. Контроль качества медицинской помощи, деление полномочий // Мир медицины. -1997, - № 10. - С. 19-21.
55. Стукалова Т.И., Сквирская Г.П. Формирование института врача общей практики (семейного врача) как основа реформы первичной медицинской помощи и перехода к системе единого лечащего врача // Здравоохран. 2001.№3. С. 12-18.
56. Ступаков И.Н., Самородская И.В., Мусатов Л.И., Арсанукаева Л.С. Новые организационные технологии в амбулаторно-поликлинической практике // Здравоохранение. - 2004, -№ 5. - С. 30-35.
57. Сягаев С.А. Амбулаторно-поликлиническая служба - важнейшее звено здравоохранения // Терапевт арх. -1975. - Т. 47, № 1. - С. 3-9.

58. Агаларова Л.С. Пути повышения качества и эффективности труда участковых терапевтов и врачей общей практики // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2009. - № 2. - С. 23 - 27.
59. Агаларова Л.С. Совершенствование взаимосвязей врачей общей практики и врачей узких специальностей // Здравоохранение Российской Федерации. - 2008. - № 3. - С. 18-19.
60. Аксамснтов М.Г. Медико-экономические стандарты: взгляд со стороны врача амбулаторного приема // Здравоохранение. - 1998. - № 12. — С. 19-21.
61. Акулпп И.П. О поэтапном переходе к общеврачебной практике в Санкт-Петербурге. // Инновации в здравоохранении: Тез. докл. конф. - СПб., 1997. - С. 7-11.
62. Албац Е.И. Опыт расширения амбулаторно-поликлинической сети за счет использования внутренних резервов // Здравоохранение Рос. Федерации. - 1960. - № 6. - С. 15-17.
63. Гаджиев Р. С., Агаларова Л.С. Исследование экономических аспектов деятельности врачей общей практики и участковых терапевтов // Экономика здравоохранения, - 2009 г. т. 134 № 2 - С. 26 - 30.
64. Гаджиев Р.С., Назаралиева З.К. Мнение городского населения об амбулаторно-поликлинической помощи // Здравоохранение Рос. Федерации. - 2003. - № 1. - С. 27-30.
65. Гайдаров Г.М., Ростовцева Н.Ю., Музыка Д.Ю. Экономическое стимулирование деятельности первичной медико-санитарной помощи // Здравоохранение. - 2005. - № 4. - С. 29-40
66. Holloway R.L., Matson C.C., Zismer D.K. Patient satisfaction and selected physician behaviors: does the type of practice make a difference? // Journal of the American Board of Family Practice. - 1989. vol. 2. - p.87-92.
67. Hultberg E.H., Lonroth K., Allebeck P. Co-financing as a means to improve collaboration between primary health care, social insurance and social service in Sweden. A qualitative study of collaboration experiences among rehabilitation partners // Health Policy. - 2003. - Vol. 64, № 2. - P. 143-152.
68. Kappel A., Meicsaar K., Valtonen H. et al. Evaluation of primary health care reform in Estonia // Soc. Sci. Med. - 2003. - Vol. 56, № 12. - P. 2461-2466.
69. Larson K., Levy J., Rome M.G. et al. Public health detailing: a strategy to improve the delivery of clinical preventive services in New York City // Public Health Rep. - 2006. - Vol. 121, № 3. - P. 228-234.
70. Дюкарсва А.М., Ленгин Ю.А., Китибасв К.А. Поликлиника, проблемы реформирования // Проблемы городского здравоохранения. - СПб. 1997. - Вып. 2. - С. 21-26
71. Елманова Т.Е. Роль врача общей практики в современных условиях // Справочник врача общ. практики. 2006, № 7, с. 2-8.
72. Ермаков Б.А. Научное обоснование организации работы врачей общей практики в условиях медицинского страхования. // Автореф. дисс. канд. мед. наук. - М. - 1995. - 23 с.

73. Жирнова Г.М. Реформирование амбулаторно-поликлинической службы в новых экономических условиях (на примере промышленного города Чувашской Республики) Автореф.дис.... канд. мед.наук : 14.00.33 / Казан. Гос. Мед. Ун-т.-Казань 2004.-21с.
74. Atun R.A., Menabde N., Saluvere K. et al. Introducing a complex health innovation-primary health care reforms in Estonia (multimefliods evaluation) // Health Policy. - 2006. - Vol. 79, № 1. - P. 79-91.
75. Berk A.A., Chalmers Th. C Cost and efficacy of the substitution of ambulatory for inpatient care // New Engl. J. Med. - 1981. - vol.3.- №7. - p 393-397.
76. Brody D.S., Miller S.M., Lerman C.E., Smith D.G., Lazaro C.G., Blum M.J. The relationship between patients satisfaction with their physician and perceptions about interventions they desired and received // Medical Care. -1989.- vol.27, -p. 1027-1035.
77. Buckingham J.K. Choosing between projects. The use of graphs to evaluate the use of benefit / cost ratios in cost effectiveness studies // Hosp. Hlth Serv. Rev. - 1987.- vol. 83, №6.- p. 268-271.
78. Carey I.M., De Wilde S., Harris T. et al What factors predict potentially inappropriate primary care prescribing in older people? Analysis of UK primary care patient record database // Drugs Aging. 2008. - Vol. 25, № 8 - P.693-706.
79. Dodoo M., Roland M., Green L. UK lessons for US primary care It Ann.Fam. Med. - 2005. - Vol 3, № 6. - P. 561-562.
80. Evans T.. Best research for best hearth: a new national health research strategy // Clin. Med. - 2006. - Vol.6, № 5. - P.435-437.179
81. Flynn T.N., Whitley E., Peters TJ. Recruitment strategies in a cluster randomized trial: cost implications // Scat. Med. - 2002. - Vol.21. №3,-P. 397-405
82. Holloway R.L., Matson C.C., Zisrmer D.K. Patient satisfaction and selected physician behaviors: does the type of practice make a difference? // Journal of the American Board of Family Practice. - 1989. vol. 2. - p.87-92.
83. Kappel A., Meicsaar K., Valtonen H. et al. Evaluation of primary health care reform in Estonia // Soc. Sci. Med. - 2003. - Vol. 56, № 12. - P. 2461-2466.
84. Larson K., Levy J., Rome M.G. et al. Public health detailing: a strategy to improve the delivery of clinical preventive services in New York City // Public Health Rep. - 2006. - Vol.121, № 3. - P.228-234.
85. Житникова Л.М. Информационное и организационное обеспечение территориальной системы общей врачебной (семейной) практики: Автореф. дис. на соиск. уч. степ. докт. мед. наук М.: ЦНИИ орг. информатиз. здравоохран. Минздрава России. 2004, 46 с.
86. Wojarl., Wdowiak L, Kwiatosz-Muc M. Functioning of primary health care in opinion of managers of primary health care units Adv. Med. Sci.. 2006. 51, с 237-241.

87. Сибурина Т.А. Сравнительная оценка деятельности врача общей практики и участкового терапевтов (г. Екатеринбург)// Отчет НПО"Медсоцэкономинформ". -М. -1997. -34 с.
88. Сибурина Т.А. Сравнительная оценка деятельности врача общей практики и участкового терапевтов (г. Самара) //Отчет НПО"Медсоцэкономинформ". -М. - 1997.-29 с.
89. Синявский В.М., Журавлев В.А. Организация системного учета и контроля в амбулаторно-поликлинической службе // Здоровоохранение.- 2006. -№3. -С.157-169.
90. Скляр М.С. Организация и развитие амбулаторно-поликлинической помощи населению (опыт Свердловской области) // Здоровоохранение. - 2003.-№10. -С.27-34.
91. Агаларова Л.С. Организация труда и анализ трудовых затрат врачей общей практики // Здоровоохранение Российской Федерации. - 2006. - N3. - С. 46- 48.
92. Агаларова Л.С. Пути повышения качества и эффективности труда участковых терапевтов и врачей общей практики // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2009. - N 2. - С. 23 - 27.
93. Агаларова Л.С. Совершенствование взаимосвязей врачей общей практики и врачей узких специальностей // Здоровоохранение Российской Федерации. - 2008.-N3.-С.18-19.
94. Аксамитов М.Г. Медико-экономические стандарты: взгляд со стороны врача амбулаторного приема // Здоровоохранение. - 1998. - №12. - С. 19-21.
95. Чуриева Я.Г. Совершенствование организационно-функциональной структуры амбулаторно-поликлинической сети города // «Вестник Южно-Казахстанской медицинской академии», - Шымкент. - 2006 №9. - С. 42-43.
96. Айдаралиев А.А., Каратаев М.Н. Развитие первичной медико-санитарной помощи в Кыргызской Республике и проблемы эффективного менеджмента // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению - Бишкек. - 2002, - №2. - С.12-14
97. Аблазим Абдугабит Медико-организационные аспекты здоровья сельского населения региона экологической катастрофы Приаралья// Автореф. дис. канд. мед. наук // Алматы. 2007 - 21 с.
98. Гаджиев Р.С., Назаралиева З.К. Мнение городского населения об амбулаторно-поликлинической помощи // Здоровоохранение Рос. Федерации. - 2003. - № 1. - С. 27-30.
99. Саурбаев Т.К., Ахметова С.Д., Боребекова Ж.М. Городская территориальная поликлиника смешанного типа, новая реформированная форма ПМСП населению // Сборник материалов международной научно-практической конференции «научные основы политики охраны здоровья и формирования здорового образа жизни в Республике Казахстан» - Алматы. - 2003.- С.189-190.

100. Абильдаев Т.Ш., Омарбекова С.Ж, Саурбаев Т.К. О мнениях пациентов и медицинских работников по оцен ке современного состояния региональной системы здравоохранения. // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением - Алматы. - 2002. - №25.- С.31-35.

101. BowerP., WilsonS., MathersN. Shortreport: howoftendoUKprimary,care trials face recruitment delays? // Fam. Pract. - 2007. - Vol. 24, - № 6. - P. 601-603.

102. КантемироваН.И., КозакВ.Н., КузьмукЕ.В., ФедосееваЛ.С. Модельфункционированияотделенийврачейобщейпрактикинабаземногопрофильнойполиклиники.//

Проблемыуправленияимоделированиявсложныхсистемах. Труды IV Международнойконференции. - Самара:СамарскийнаучныйцентрРАН, - 2002. - С. 392-397.

103. МакароваН.В. Общаяврачебнаяпрактика – приоритетноенаправлениеСовершенствованияпервичноймедико-санитарнойпомощивЧувашскойРеспублике // Нижегород. мед.журнал. - 2006, Спец. вып. - №1, - С. 58-61.

104.КапитоновВ.Ф., АртюховИ.П., НовиковО.М. Проблемыздоровьясемьивобщейврачебной (семейной) практике. Сиб. мед.обозрение. - 2006, - № 2, - С. 41-44.

105. ОвчаровВ.К., КакоринаБ.П., РоговинаА.Г. Количественнаяоценкавлипаниямбулаторно-поликлиническойслужбынауровеньсмертности //Пробл. социал. гигиены, здравоохраненияиисториимедицины. - 2005.-№5.-С. 6-10.

106.ЛазаренкоА.И.. ЗаикаИ.М. Врачиобщейпрактикивсистеме первичноймедицинскойпомощиФранции // Пробл. социал. гигиены,здравоохраненияиисториимедицины. - 2008. - С. 53-55

107. МатвеевЭ.Н., ЛеоновС.А., СонИ.М. Предпосылкиипутикомплекснойреструктуризациисетиучрежденийздравоохранениянарегиональномуровне // Социал. Аспектыздоровьянаселения. - 2008. - №1.С.34-38

108. ОмельченкоВ.Н.. КремлеваИ.И. Современныеподходыкуправлениюресурсамиздравоохранениянауровнеамбулаторно-поликлиническихучреждений // Глав.врач. –1999. -№3,-С.96- 103.

109. ПенюгинаЕ.Н. Научныеосновыуправлениялечебно-профилактическимиучреждениямикрупногопромышленногогорода;Автореф. дис. ... канд. мед.наук : (4.00.33 / С.-Петерб. мед. нн-тим. акад.И.П. Павлова - СПб.- 1992. - 16 с.

110. Первичнаямедико-санитарнаяпомощь: нормативно-правовоеобеспечение / Подред. И.Н. Денисова. - М.: МЦФЭР, 2004. - 575 с.

111. Первичнаямедико-санитарнаяпомощь: сегодняактуальнее, чемкогда-либо / Докл. состоянииздравоохранениявмире. Женева: ВОЗ, 2008

112. Первичнаямедико-санитарнаяпомощь: Совместныйдокл. ген.директораВОЗидиректораДет.фондаООН / Междунар. конф. попервичноймед.-сан. помощи, Алма-Ата, СССР, 6-12 сент. 1978 г. - М5;Медицина, - 1978.-68 с.

113. Поляков И.В., Рахманин Г.Д.
О методике планирования поликлинической помощи // Сов. здравоохранение. -
1969. - № 3. - С 7-10.