

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ**

**САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ
ПРОБЛЕМАЛАРЫ ҰЛТТЫҚ ОРТАЛЫҒЫ**

**МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ АЛҒАШҚЫ КӨМЕК ДЕҢГЕЙІНДЕ
ХАЛЫҚПЕН ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ АРНАЛҒАН САЛАУАТТЫ ӨМІР
САЛТЫ, ДЕНЕ БЕЛСЕНДІЛІГІ, ДҰРЫС ТАМАҚТАНУ ЖӨНІНДЕ
ӘДІСТЕМЕЛІК ҰСЫНЫМДАР**

Алматы 2014

Авторлары:

м.ғ.д., профессор Ж. Е. Баттақова, м.ғ.к. С. Б. Мұқашева, м.ғ.д. Г. Ж. Тоқмурзиева, м.ғ.д., профессор Т. И. Слажнёва, м.ғ.д., профессор Т. С. Хайдарова, м.ғ.к. Т. П. Палтушева, К. К. Медеубаева, медицина ғылымының магистрі Ә. А. Адаева, Т. К. Сайдарова, А. Қ. Әлиева, Н. А. Сулейманова, медицина ғылымының магистрі А. А. Әкімбаева, Д. О. Ділімбетова

Пікір жазғандар:

м.ғ.д. Д. А. Оспанова
м.ғ.к. К. К. Давлетов

Аннотация

Әлеуметтік-бағдарлы медициналық- санитарлық алғашқы көмек (МСАК) қазіргі кездегі денсаулық сақтау саласын дамытудың негізі болып табылады. Ол халықтың мүддесіне бағытталып, аурушандылыққа әсер ететін мінез-құлықтық және әлеуметтік факторларды ескереді және заманауи салауатты өмір салтын қалыптастыру мен профилактика технологияларын қолдана отырып, халық денсаулығын жақсарту ісіне барынша көп тиімділік береді. Әдістемелік ұсынымдарға халықаралық және Қазақстан Республикасында енгізіліп жатқан талаптарға сәйкес дәлелдерге негізделген денсаулық сақтау саласының алғашқы буынының деңгейінде ересек және бала тұрғындардың салауатты өмір салтын қалыптастыру мен әлеуметтік маңызы бар аурулардың мінез-құлықтық қауіпті факторларының алдын алуға бағытталған заманауи әдіс-тәсілдер кіреді.

Әдістемелік ұсынымдар медицина қызметкерлеріне, МСАК және салауатты өмір салтын қалыптастыру қызметі мамандарына, психологтарға, психотерапевтерге, әлеуметтік қызметкерлерге, медициналық-санитарлық алғашқы көмек дәрігерлері мен мейірбикелерге, жоғарғы және орта арнайы оқу орындарының оқытушылары мен студенттеріне, біліктілікті арттыру жүйесіне, түрлі салада қызмет атқарып жатқан ғалымдар мен мамандарға, халыққа арналған.

Әдістемелік ұсынымдар Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығының Ғылыми кеңесінің (2014 жылғы 10 ақпанындағы №1 хаттамасының) шешімімен қаралып мақұлданды.

Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы Сараптау Кеңесінің 2014 жылғы 10 маусымдағы №4 шешімімен бекітілген.

Қысқартылған сөздер тізімі:

АГ	-	артериялық гипертензия
АҚҚ	-	артериялық қан қысымы
АЕҰ	-	амбулаторлық-емханалық ұйым
ҚД	-	қант диабеті
БАҚ	-	бұқаралық ақпарат құралдары
ДА	-	дәрігерлік амбулатория
ДДҰ	-	Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
МДБАМ	-	мектепке дейінгі балаларға арналған мекеме
СӨС	-	салауатты өмір салты
ИЖА	-	ишемиялық жүрек ауруы
АДС	-	артық дене салмағы
АББМ	-	ақпараттық-білім беру материалдары
ТЖЛ	-	тығыздығы жоғары липопротеидтер
ТТЛ	-	тығыздығы төмен липопротеидтер
ЕПҰ	-	емдеу-профилактикалық ұйым
ҚР ДСМ	-	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі
МО	-	медициналық орын
СӨСҚПҰО	-	Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығы
ЖҚА	-	жеке қауіп-қатерді анықтау
ПК	-	профилактикалық кеңес
МСАК	-	медициналық-санитарлық алғашқы көмек
ҚР	-	Қазақстан Республикасы
СБІ	-	сүт безі ісігі
ЖМІ	-	жатыр мойыны ісігі
ФАО	-	фельдшерлік-акушерлік орын
СӨСҚ	-	салауатты өмір салтын қалыптастыру
СЖЕА	-	созылмалы жұқпалы емес аурулар
ОЖЖ	-	орталық жүйке жүйесі
ДМ	-	Денсаулық мектептері

Мазмұны

Кіріспе	5
1. Қазақстандағы бастапқы денсаулық сақтау саласының әлеуметтік-бағдарлы үлгісі	6
2. Салауатты өмір салтын қалыптастыру технологиясы	11
3. Салауатты өмір салтын қалыптастыру әдістері	12
4. Уәждемелік сұхбаттасу әдістері	13
5. Мінез-құлықтық қауіпті факторлар бойынша Денсаулық мектептері	18
6. Жастар денсаулық орталықтары	38
7. Темекіге қарсы орталықтар (кабинеттер).....	43
8. Ұлттық скринингтік бағдарлама шеңберінде халықты скринингтік тексеріп-қарау	48
9. Бастапқы денсаулық сақтау жүйесіндегі психологиялық көмек	59
10. Денсаулық сақтау саласындағы әлеуметтік қызметкердің рөлі	61
11. Симуляциялық оқыту бөлімі	63
12. Ақпараттық науқан	66
Қорытынды	68
Қолданылған әдебиеттер тізімдемесі	69

Кіріспе

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасында кешенді профилактикалық іс-шараларды, скринингтік зерттеуді, Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесінде басты әлеуметтік маңызы бар аурулар мен жарақаттарды диагностикалау, емдеу мен сауықтыруды жетілдіруді күшейту керектігі анықталған. МСАК-ты ұйымдастырудың кешенді үлгісінің мақсаты отбасылық дәрігер қызметін, орта медицина қызметкерлер құрамына дәрігерлік қызметтер құрамын делегаттауды енгізу, МСАК ұйымының штатына медициналық қызмет жасамайтындарды (әлеуметтік қызметкерлер және т.б.) қосу, МСАК ұйымдарындағы қызметкерлер құрамының қызмет көрсетілетін халықтың медициналық, әлеуметтік және психологиялық мәселелерін анықтау саласында дағдылары мен біліктілігін дамыту, түсіндіру жұмыстарын жүргізу мен науқастарға кеңес беру арқылы медициналық көмек көрсету тиімділігін арттыру болып табылады.

Шет елдік және қазақстандық ғалымдардың көптеген зерттеулері созылмалы жұқпалы емес аурулардың (СЖЕА) көбінің алдын алуға болатынын көрсетеді. Оның дамуында жеке әдет-дағдылар мен әлеуметтік жағдай, мінез-құлық түрлері мен шылым шегу, дұрыс тамақтанбау, алкогольді тұтыну, дене белсенділігінің төмендігі және т.б. секілді факторлар, яғни мәдени ортаға әсер етуге бейім факторлар маңызды рөл атқарады. Өмір сүру салтына байланысты бұл ауруларға бейімділік көбіне әлеуметтік ортаға байланысты болса да жеке адамның мәселесі болып табылады. Яғни, оны өзгертуге болады, ал аурудың даму қаупі айтарлықтай төмендейді.

Өлім-жітім үлесі (86%) мен аурулардың ауыртпашылығы (77%) көбінесе жүрек қан-тамыр аурулары, қатерлі ісіктер, созылмалы респираторлық аурулар, қант диабеті секілді әлеуметтік маңызы бар аурулар тобына тиесілі. Бұл аурулардың негізіне шылым шегу, алкогольді тұтыну және т.б. секілді мінез-құлықтық қауіпті факторлары жатады.

Өткізілген әлеуметтік зерттеулер мен скринингтік тексеріп-қараулар Қазақстанда 12 жастан жоғары тұрғындар арасында шылымқорлықтың таралуы 22,6%-ды, алкогольді тұтыну – 39,4%-ды, артық дене салмағы – 36,9%-ды, оның ішінде семіздік – 7,7%-ды, жеміс-жидек пен көкөністерді жеткіліксіз тұтыну – 87,7%-ды, дене белсенділігінің төмендігі – 86,7%-ды құрайтынын көрсетіп отыр.

Қауіпті факторлардың көп таралуы созылмалы жұқпалы емес аурулардың (СЖЕА) таралуының жоғарылығын қалыптастырды. Дәл осы аурулар, сонымен қатар жарақаттар, қайғылы жағдайлар мен улану Қазақстан халқының аурушаңдылық пен өлім-жітім құрылымын бастап отыр.

Халықаралық тәжірибе профилактикалық шаралардың тиімділігінің жоғарылығын көрсетіп отыр. Сонымен, артериялық гипертензияны дер кезінде анықтау мен сапалы емдеу инсульт алу қаупін 30-40%-ға қысқартады. АҚШ-та

1972 жылдан бастап 1994 жылдар кезеңінде кең ауқымды профилактикалық шараларды жүргізу кезінде жүрек қан-тамыр ауруларынан болатын өлім-жітімді 2 есеге, ал инфаркттан болатын өлім-жітімді 2,5 есеге төмендетуге қол жеткізілді. Финляндияда тек холестеринді, шылымқорлықтың таралуы мен жоғары артериялық қан қысымын орта деңгейден төмендетудің арқасында ишемиялық жүрек ауруынан орын алатын өлім-жітім 1972-1992 жылдары 80%-ға төмендеген. Ирландияда 1985 пен 2000 жылдар кезеңінде жүрек қан-тамыр ауруларынан болатын өлім-жітімді 48,1%-ға төмендете алды. Бұрынғы КСРО кезеңінде профилактикалық бағдарламалар жүрек қан-тамыр ауруларынан болатын өлім-жітімді 41%-ға төмендетуге мүмкіндік берген.

Медициналық МСАК ұйымдарында профилактикалық қызметтерді жетілдіру халықпен жұмыс істеуге арналған әдістемелік материалдармен МСАК мамандарын қамтамасыз етуге шақырған ҚР ДСМ «Салауатты өмір салтын насихаттау, басты әлеуметтік мәні бар аурулардың қауіпті факторларының профилактикасы жөнінде медициналық-санитарлық алғашқы көмек медициналық қызметкерлердің іс-қимыл алгоритмдері» 2012 жылғы 2 ақпандағы № 89 бұйрығының негізінде іске асырылады. Алғашқы медициналық көмек көрсету жүйесін тиімді және қолжетімді етіп құру үшін 2011 жылдың 5 қаңтарындағы №7 бұйрық және келесі «Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы ережені бекіту туралы» 2013 жылғы 17 тамыздағы № 479 бұйрықпен МСАК ұйымдарының құрылымы өзгертіліп, Отбасы денсаулық орталықтары құрылды және профилактика мен әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімі ұйымдастырылды. Кезекте МСАК мамандарына халық арасында аурулардың алдын алу мен салауатты өмір салтын қалыптастыру жөнінде заманауи профилактикалық қызмет негіздерін оқыту мәселесі тұр.

Аталған әдістемелік ұсынымдардың мақсаты мінез-құлықтық қауіпті факторларымен күрес бойынша білім деңгейін арттыру мен халықпен заманауи технологиялармен жұмыс істеу арқылы МСАК мамандары деңгейінде профилактикалық, әлеуметтік және психологиялық көмекті жетілдіру болып табылады.

1. Қазақстандағы медициналық-санитарлық алғашқы көмектің әлеуметтік-бағдарының үлгісі

Қазақстанда МСАК қызметі ҚР ДСМ 2013 жылғы 17 тамыздағы № 479 бұйрығымен регламенттеледі.

МСАК мамандары (жалпы тәжірибелік дәрігері, учаскелік дәрігер-терапевт/педиатр, учаскелік мейірбике/жалпы тәжірибелік мейірбике, фельдшер, акушер) медициналық-санитарлық алғашқы көмекті:

- 1) медициналық пунктте;
- 2) фельдшер-акушерлік пунктте;
- 3) дәрігерлік амбулаторияда (отбасы денсаулығы орталығында);
- 4) емханада көрсетеді.

Отбасы денсаулығы орталығы (бұдан әрі – ОДО) дербес заңды тұлға немесе

емхананың құрылымдық бөлімшесі болып табылады.

Отбасы денсаулығы орталығы халыққа амбулаториялық жағдайларда, үйде, күндізгі стационарда, үйдегі стационарда (дәрігерге дейінгі, білікті):

1) пациенттерге жіті және созылмалы аурулар, жарақаттанулар, уланулар кезінде немесе басқа шұғыл жағдайларда дәрігерге дейінгі және білікті медициналық көмек көрсетуді;

2) үйде шұғыл медициналық көмек көрсетуді;

3) ауруларды ерте айқындау мақсатында пациенттерді зертеп-қарауды;

4) пациенттерді емдеуді;

5) пациенттерді № 492 бұйрыққа сәйкес емдеуге жатқызуға жіберуді;

6) функцияларының бұзылулары бар, тіршілік әрекеті және жұмысқа қабілеттілігі шектелген науқастарды жалғастырушы және кеш медициналық оңалтуды;

7) диспансерлеу мен профилактикалық тексеріп-қарауды;

8) осы Ережеге № 2-қосымшаға сәйкес ТМҚКК медициналық қызметтерінің көлемін көрсетуді;

9) тіркелген халықты № 786 бұйрыққа сәйкес дәрі-дәрмектермен камтамасыз етуді;

10) инфекциялық аурулар ошағында санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шаралар жүргізуді;

11) науқастардың еңбекке уақытша жарамсыздығына сараптама жүргізуді, Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігінің аумақтық органдарына еңбекке жарамдылық қабілетін тұрақты түрде жоғалту белгілері бар адамдарды жіберуді;

12) № 907 бұйрыққа сәйкес статистикалық есеп және есептілікті, оның ішінде электрондық форматта жүргізуді;

13) бұқаралық ақпарат құралдарын пайдалана, стендтер мен көрнекі материалдарды ресімдей, сондай-ақ ауруларды профилактикалау және салауатты өмір салтын қалыптастыру бойынша аудио-бейнематериалдарды тұрақты түрде холлдарда және күту орындарында прокатқа бере отырып ауруларды профилактикалау және салауатты өмір салтын қалыптастыру жөнінде халық арасында түсіндірме жұмыстарын жүргізуді;

14) шұғыл және дағдарыстық ахуалдар орын алғанда өзіндік-өзара көмек көрсету әдістеріне тұрғындарды оқыту жолымен халықты азаматтар денсаулығын қорғау үдерісіне тартуды, мектептерді, клубтарды, қолдау топтарын, қоғамдық кеңестерді ұйымдастыра, еріктілерді және озаттарды дайындай отырып өзін-өзі қорғау мінез-құлықтар дағдыларына баулуды;

15) халықты гигиеналық, оның ішінде отбасы мен аналықты, әкелікті және балалық шақты қорғау мәселелері бойынша оқытуды;

16) қауіпсіз сумен жабдықтау және тұрғындардың оңтайлы тамақтануы жөнінде түсіндірме жұмыс жүргізуді;

17) иммундық профилактикалауды ұйымдастыру мен жүргізуді;

18) № 630 бұйрыққа сәйкес профилактикалық және скринингтік бағдарламаларды

іске асыруды;

19) тіркелген халыққа психологиялық көмек және арнаулы әлеуметтік қызметтер көрсетуді;

20) онкологиялық сақтық, туберкулезді және жыныстық жолмен берілетін ауруларды анықтау, тиісті медициналық ұйымдарға анықталған науқастар жөніндегі ақпаратты уақытылы беру бойынша емдік-диагностикалық іс-шаралар жүргізуді;

21) емдеудің қолдау фазасында туберкулезбен сырқат науқастарға химиотерапия жүргізуді қосатын МСАК көрсетеді;

Отбасы денсаулығы орталығының құрамында:

1) бөлімше меңгерушісінің кабинеті;

2) жалпы практика, участкелік қызмет (терапевт/педиатр дәрігері) дәрігерлерінің қабылдау бөлмесі, мектепке дейінгі балалар мекемелерімен және оқу орындарымен жұмыс жөніндегі педиатр дәрігерінің кабинеті;

3) акушер-гинеколог дәрігердің кабинеті;

4) күндізгі стационар;

5) қосымша бөлімшелер: медициналық статистика, талдау және ақпараттандыру бөлмелері, зарарсыздандыру кабинеті;

6) тіркеу орны;

7) дәрігерге дейінгі кабинет (сүзгі);

8) емшара кабинеті;

9) егу кабинеті;

10) зертхана;

11) физиотерапиялық емдеу кабинеттері;

12) химизатор кабинеті;

13) қақырық жинау кабинеті бар;

14) профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің құрамында:

- бөлімше меңгерушісінің кабинеті;

- дәрігерге дейінгі кабинет;

- акушерлік қабылдау (қарау) кабинеті;

- әлеуметтік қызметкер/психолог кабинеті;

- салауатты өмір салты кабинеттері/диабет, демікпе, артериялық гипертензия, босануға дайындау, жас ана және т.б. бейіндегі мектептер;

- жастар денсаулығы орталығының кабинеттері бар.

Профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесі МСАК шеңберінде профилактикалық қызметтер, сондай-ақ әлеуметтік және психологиялық қызметтер Отбасылық денсаулық орталығының құрылымдық бөлімшесі болып табылады.

Профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің мамандары МСАК шеңберінде халыққа амбулаториялық жағдайда, үйде:

1) № 685 бұйрыққа сәйкес профилактикалық және скринингтік бағдарламаларды іске асыруды;

2) салауатты өмір салтын қалыптастыру қызметімен сабақтастықты ұйымдастыруды;

3) қызмет көрсетілетін аумақтық учаскелер бөлігінде скринингтік тексеріп-қарауға жататын тіркелген халық арасынан адамдар тізімін әзірлеуді;

4) тіркелген халық арасынан нысаналы топ адамдарын қажетті көлемді белгілеу арқылы профилактикалық тексеріп-қараулар мен скринингтік зерттеулерден өту қажеттігі жөнінде (тұрғылықты жері бойынша және жұмыс орны бойынша) мекенжайлық хабардар етуді. Профилактикалық тексеріп-қараулар мен скринингтік зерттеулерге шақыртуы бар мекенжайлық хабарлама тұрғылықты жеріне, сондай-ақ жұмыс істейтін адамдар үшін жұмыс берушіге тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде қызметкерлердің профилактикалық тексеріп-қараулар мен скринингтік зерттеулерден өту қажеттігі туралы хабардар ете отырып жұмыс орны бойынша жеткізіледі;

5) зерттеулер көлеміне сәйкес, оның ішінде бейінді мамандармен профилактикалық тексеріп-қарауға және скринингтік тексеруден өткізілуге жататын тұлғаларды тексеріп-қарау уақытын және графигін айқындауды;

6) жүргізілген профилактикалық тексеріп-қараулар мен скринингтік зерттеулер нәтижелері бойынша аурулардың қауіп факторлары бар халықтың нысаналы топтарын қалыптастыруды және мониторингілеуді;

7) МСАК деңгейінде салауатты өмір салтын қалыптастыру алгоритміне сәйкес аурулардың қауіп факторлары бар адамдар және науқастардың профилактика мен салауатты өмір салтын қалыптастыру әдістеріне оқытуды;

8) бейіндері бойынша денсаулық мектептерінің, жастар денсаулығы орталығының, қарттар клубының қызметін ұйымдастыруды;

9) аурулардың созылмалы нысандары бар адамдардың патронажын тұрақты негізде өткізуді;

10) № 630 бұйрыққа және уәкілетті орган бекіткен әдістемелік ұсынымдарға сәйкес тіркелген халыққа психологиялық көмек пен арнаулы әлеуметтік қызмет көрсетуді;

11) № 907 бұйрыққа сәйкес статистикалық есепті және есептілікті, оның ішінде электрондық форматта жүргізуді, сондай-ақ статистикалық деректерді талдауды қосатын әлеуметтік және психологиялық қызметтер көрсетеді.

Бөлім қызметі үш: профилактикалық, психологиялық, әлеуметтік бағытта жүргізіледі.

Профилактикалық бағыт қызметі дәрігерге дейінгі кабинет (сүзгі); акушерлік қабылдау (қарау) кабинеті; салауатты өмір салты кабинеттері; отбасын жоспарлау кабинеттері; дені сау бала кабинеттері; диабет, демікпе, артериялық гипертензия, босануға дайындау, жас ана және т.б. бейіндегі мектептер; жастар денсаулығы орталығының кабинеттері құзыретіне кіреді.

Психологиялық қызметтер көрсету бойынша бағыттар қызметі психологтың құзіретіне жатады және оған:

1) әлеуметтік қызмет көрсетудің бекітілген стандарттарына сәйкес

әлеуметтік көмекке, қорғауға және қызмет көрсетуге жеке мұқтаждықтары мен қажеттіліктерін айқындау үшін жекелеген адамдар мен топтарға көмек көрсету;

2) әлеуметтік қызмет көрсетудің шегінде әртүрлі секторлармен жұмыс істеу (балалар, отбасылар, қарттар және т.б.);

3) әлеуметтік қызметтерді жүзеге асыратын ұйымдармен (үкіметтік және үкіметтік емес ұйымдармен) әріптестікте жұмыс істеу;

4) қызметті жүзеге асыру және оның сапасын арттыру үшін қажетті оқыту мен тренингтерді өткізу;

5) әлеуметтік жұмысты басқару, жоспарлау бойынша әкімшілік функциялар-дыорындау кіреді.

«Арнаулы әлеуметтік қызметтер туралы» 2008 жылғы 29 желтоқсандағы № 114-IV Қазақстан Республикасының Заңына сәйкес өмірдегі қиын жағдайға душар болған тұлғаларға арналған арнаулы әлеуметтік қызметтерді көрсету бойынша бағыттар қызметі денсаулық сақтау саласындағы әлеуметтік қызметкер күзіретіне жатады және оған:

1) науқастардың психикалық денсаулығын қалпына келтіруге және тұлғалық дамуының ауытқуларын түзетуге бағытталған жұмысты жүргізу;

2) психопрофилактика, психотүзету, науқастарға психологиялық кеңес беру бойынша жұмысты жүзеге асыру;

3) науқастарға және олардың туыстарына, жеке, кәсіби және тұрмыстық психологиялық проблемаларды шешуге көмек көрсету;

4) медицина қызметкерін медициналық, әлеуметтік психология және деонтология мәселелеріне оқыту бойынша жұмыс жүргізу кіреді.

Профилактика және әлеуметтік-психологиялық қызмет бөлімінің қызметін үш бағыт бойынша бөлім ұжымының жұмысын ұйымдастыруды іске асыратын бөлім меңгерушісі басқарады: әр бағыттың қызметін олардың арасындағы өзара әрекет тиімділігі арқылы жауапкершілік аймағын айыруды қамтамасыз етеді; дер кезінде және сапалы профилактикалық және әлеуметтік-психологиялық көмек көрсету бойынша бақылау мен мониторингілеу; бөлім қызметін анықтау мен оның негізінде бөлім қызметін жақсарту бойынша шаралар қабылдайды.

«Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы құжаттама нысандарын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына сәйкес статистикалық есеп беру мен есеп алуды жүргізеді.

Әлеуметтік-бағдарлы медициналық-санитарлық алғашқы көмекті енгізу тиімділігінің өсуі медициналық ұйымдарды басқаруың кешенді тәсілдері арқылы қамтамасыз етілуі мүмкін, оған:

- медициналық ұйым жұмысының сипаты мен көлеміне жауап беретін тиімді ұйымдастырушылық құрылым;

- қызметті қайталамай қызметтік міндетті нақты бөлу;

- ұйым ішіндегі, сондай-ақ сыртқы ұйымдармен және ведомстволармен жөнге келтірілген өзара әрекеттестік;

- әлеуметтік-бағдарлы МСАК-тың дайындалған кадрлық ресурстары мен оларға үздіксіз білім беру:

- белгіленген стандарттар, шаралар, қызмет алгоритмдері;

- нақты нәтижені көрсететін қол жеткізілген, өлшемді индикаторлар кіреді.

Сондықтан Қазақстандағы МСАК-тың әлеуметтік-бағдарлы үлгісін одан әрі дамыту халықтың аурушандылығының алдын алуға, диагностикалауға және емдеуге мүмкіндік береді және медициналық қызмет сапасының кезең-кезеңімен жақсаруына әкеп соғады.

САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН НАСИХАТТАУ

2. Салауатты өмір салтын қалыптастыру технологиялары

Салауатты өмір салтын қалыптастыру халыққа профилактикалық көмек көрсетудің барлық, яғни бастапқы және қайталама профилактика кезеңдерінде де жүргізіледі.

МСАК деңгейінде салауатты өмір салтын қалыптастыру технологияларына мыналар жатады:

1. *Мінез-құлықтық қауіп факторларын, қауіптілік топтарын қалыптастыру мақсатында өмір салтын бағалау технологиясы:*

2) сұрастыру, тексеру;

3) көшпелі патронаж;

4) қауіптілік топтарын анықтау.

2. *Халықты жалпылама, топтық және жеке деңгейлерде хабардар ету технологиясы:*

Жалпылама деңгейде:

1) халықты кең ауқымды акцияларға (айлықтарға, аурулардың алдын алу және қауіп-қатер факторлармен күрес жөнінде өткізілген Халықаралық күндерге) қатыстыру;

2) бұқаралық ақпарат құралдарымен жұмыс;

3) ақпараттық-білім беру материалдарын тарату.

Жеке және топтық деңгейлерде:

1) әңгіме;

2) дәріс;

3) ақпараттық-білім беру материалдарын тарату;

4) Интернет-байланыс, қысқа хабарламаларды жеткізу қызметін пайдалану, телефон байланысы.

3. *Халыққа жеке және топтық деңгейде салауатты өмір салты дағдылары мен аурулардың алдын алуды үйрету технологиясына мыналар кіреді:*

- жеке деңгейде - профилактикалық кеңес беру

- топтық деңгейде - пациенттер мен қауіп-қатер факторы бар тұлғалар үшін денсаулық мектептерін ұйымдастыру.

3. Салауатты өмір салтын қалыптастырудың әдістері

Сұрастыру – пациенттермен жұмыстың дербес тәсілдерін анықтау мақсатында әдеттерді, мінез-құлық модельдерін, мінез-құлықты қалыптастыру шарттарын айқындайтын диагностика әдісі. Әңгімелесу ұзақтығы – 3 минутқа жуық.

Көшпелі патронаж – пациенттің өмір салтын және оның өмір сүретін ортасын бағалау мақсатында нақты ақпаратты жинақтау.

Тексеру – мінез-құлықтық қауіп факторларының мөлшерлік сипаттамасын бағалау үшін пайдаланылатын қосымша диагностикалау әдістері.

Дәріс – медициналық профилактикалық тексеру кезінде ұйымдасқан ұжымдарда қолданылады. Дәріс өткізу барысында ақпараттың тек 5% ғана меңгерілетіндігін ескерген маңызды. Сондықтан дәріс оқыған кезде басқа әдістерді (әңгіме, көрнекі құралдарды, бейне материалдарды, пікірталасты) пайдалану қажет. Дәрістің ұзақтығы – 20 минут, тыңдаушылардың оңтайлы саны – 20-40 адам.

Профилактикалық консультация (жеке және топтық) – медициналық қызметкер мен пациенттің/пациенттердің сауығуы бойынша нақты ұсыныстарды қабылдай отырып, бар проблемаларды өзара талқылау. Консультация беру ұзақтығы – 10 минут.

Ақпараттық – білім беру материалдары. Бұл құралдарға салауатты өмір салты мен аурулардың профилактикасы туралы буклеттер, брошюралар, жаднамалар және тағы басқалары жатады. Материалдарды меңгеру тиімділігі – 20%.

Сонымен қатар бұл блокты бұқаралық ақпарат құралдарымен (теледидар, радио, баспасөз) жұмыс жүргізу де қажет – аудиторияны кеңінен қамтумен сипатталатын салауатты өмір салтын насихаттау әдісін пайдалану.

Денсаулық мектептері, пациенттер және қауіп-қатер факторы бар тұлғаларға арналған мектептер – нақты топ үшін денсаулықты нығайту және сақтаудың басым мәселелері бойынша халықтың мақсатты топтарын оқытудың ұйымдастырылған формасы. Түрлі мақсатты топтарға арналған денсаулық мектептері (науқастар және олардың отбасы мүшелері, қауіп-қатер факторы бар тұлғалар және тағы басқалар) тұрақты интерактивтік қарым-қатынас жасау түрінде ұйымдастырылады, мысалы: «коронарлық клубтар», «қант диабетімен ауратын науқастардың мектебі», «демікпемен ауратын науқастардың мектебі», «артериялық гипертониямен ауратын науқастардың мектебі» және тағы басқалар. Денсаулық мектептері оқытушылар мен оқушыларды дайындаудың бірыңғай бағдарламаларының, тиісті ақпараттық қамтамасыз етілуінің бар болуын көздейді. Мектептерде сабақ өткізудің жиілігі – 50-100 минуттан аптасына 1 рет, циклде оқыту ұзақтығы – 1-2 ай. Топта оқитындардың оңтайлы саны – 10 адам.

Сабақтарды ойдағыдай өткізу үшін оқытудың *интерактивтік әдістері қолданылады*. Топтардағы жұмыс пациенттерге олар оқшауланбай, өз қиындықтарымен оңаша қалмайтындарын сездіреді, әркімнің өз күшіне сенуіне көмектеседі, оқушылар идеяларымен, ақпараттармен өзара алмаса алады,

бұл денсаулықты нығайту және аурулардың профилактикасы бойынша дұрыс дағдыларды қалыптастыру үшін сенімді негізді қамтамасыз етеді.

Семинар-тренинг – білімді, танымды игерудің, машықтар мен дағдыларды қалыптастырудың белсенді түрі. Ол топтық оқытудың түрлі әдістерін пайдалана отырып бірнеше дәйекті жаттығулардан тұрады. Тренингтің ұсынылатын ұзақтығы – 20 минут.

Топтардағы талқылау. Бұл әдіс ақпаратты зерделеу кезінде пайда болған проблемаға, ойға және идеяға өзі көзқарасын талқылауға, басқа қатысушылардың проблемасына көзқарасын анықтауға мүмкіндік береді.

Әрекеттер тәжірибесімен оқыту. Әдіс рөлдік ойындарды, ахуалды орындағанды, практикалық сабақтарды, яғни, қатысушы бір құбылыс нәтижесінде болатын объектінің өзгеру үдерісін бастан өткізетін жұмыс түрлерін пайдалануды көздейді.

4. Уәждемелік сұхбаттасу әдісі

Профилактикалық медицинаның заманауи даму кезеңінің ерекшелігі мінез-құлықты өзгертетін транс-теориялық үлгіні тірек ететін халықаралық сарапшылармен ұсынылған Уәждемелік сұхбаттасу үлгісі болып табылады. Пациентке әсер етуге бағытталған көптеген әрекеттердің клиницист оқыған дәріс, оны түсіндіруі, үндеуі, сыны, таңқалдыруы немесе оның қорқынышты салдарымен қорқытуы тек «итермелеумен» шектелгені белгілі болды. Дегенмен реактанс (реактивті қарсыласу) нәтижесінде өзгеруге кедергі келтіретін өзгеріс болған жоқ, себебі адамдар тәуелсіздікті сезінуді қолдау мен басқалардың мәжбүрлеуіне қарсы тұруға уәждемеленген.

Уәждемелік сұхбаттасу — кеңесшінің адамды өзгерту кезінде көмекші болатын және клиентті қабылдауды білдіретін **ерекше кеңес беру технологиясы**. Бұл техника клиентті қабылдауға негізделген қысқа мерзімді және дау мен сендіруден аулақ бола отырып біреуге мінез-құлқын өзгертуге көмектесу тәсілі ретінде әзірленген.

Уәждемелеу — адамды әрекетке немесе әрекетсіздікке итермелейтін ынталандыру (уәждер) жүйесі. Уәж — қандай да бір әрекетті немесе әрекетсіздікті жасауға түрткі болу.

Уәждер адамның неліктен әрекет ете бастайтынын, басқаны емес дәл сол әрекетті неге істейтінін және кейбір әрекетті істемеуге өзін-өзі неге ұстайтынын түсіндіреді. Әрекет пен әрекетсіздік уәждемелері ретінде мұқтаждық пен қызығушылықты, құштарлық пен сезімді, мақсат пен мұратты айта аламыз. Қалау, қолынан келу мен іске асыру өзгерісі уәждемелерден тұрады. Бұл уәждемелер түрлі және кейде бір-біріне қарама-қайшы келуі мүмкін. Клиентпен өзгеру пікірін қарастыра отырып, оны ескеру қажет.

Уәждемелік сұхбаттасу қолдану кезінде әдістің негізгі қағидалары мен міндеттерін анықтайтын тиімді және сонымен қатар, қарапайым әңгімелесу тәсілдерінен (сұрақ қою, тыңдау, нәтиже шығару мен қолдаудан) тұрады. Тәсілдер

қағидаларға сәйкес қолданылып және жұмыстың әр кезеңіне қойылған нақты тапсырмаларға жетуге бағытталса, ол стратегия деп аталады. Түрлі стратегияларды қолдана отырып, клиентке оның мінез-құлқы туралы шешім қабылдауына әкелуге болады.

Мінез-құлықты өзгерту кезеңі екі компоненттен тұрады:

- 1) мінез-құлықты өзгерту жөнінде ойлану;
- 2) шын мәнінде мінез-құлықты өзгерту.

Мінез-құлықты өзгерту жөнінде ойлануға:

- қиындықты түсіну (адам өзін ойлануға мәжбүрлейтін есірткіні тұтынудың салдары туралы жана ақпарат алады);
- Басына түскен қиындықты уайымдау (есірткіні тұтынуға байланысты оқиғалар шін қатты уайымдау, мысалы, аса көп мөлшерде тұтынғанын үшін досының немесе есірткіні бірге қабылдап жүрген танысының өлімге душар болуы, АИТВ жұқпасының анықталуы);
- басқа адамдарға, әсіресе жақындарына (баласы бар адам балалар алаңында иненің жатқанын байқай бастайды) қиындықтың (мәселенің) әсер ету деңгейін түсіну;
- өзін-өзі қайта бағалау (өзі және өзінің қиындығы жөнінде ойлау мен сезіну, мысалы, өзін есірткіні тұтыну тыныштандырмайтыны туралы ойлану, не болмаса өзін есірткіні тұтынбайтын адам секілді сезінуге талпыну)
- әлеуметтік ресурстарды (өзгеруді қолдау ретінде қолдануға болатынын, мысалы терапевтік бағдарламаға қатысуға қандай мүмкіндіктер барлығын) бағалау.

Уәждемелік сұхбаттасу қағидалары

Уәждемелік сұхбаттасудың көмегімен клиентке өз мінез-құлқын түсінуіне көмектесуге тырыса отырып, кеңес беруші мынадай негізгі қағидаларға жүгінеді:

- клиентпен бірге уайымдау;
- қарсылық білдіру (қиындық жөнінде тұрақсыздық пен сенімсіздік) және онымен жұмыс істеу;
- дауласудан, тура сендіру мен дәлелдеуге тырысудан аулақ болу;
- қарсылықты азайту;
- шешім қабылдау мен іске асыруда клиенттің дербестігін қолдау, дамыту.

Бұл араласудың ерекшелігі пациенттен зиянды әдеттерден бірден бас тартуын талап етпейтіндігінде. Адамның мінез-құлқын жақсы жаққа өзгертуге уәждемелуді қалыптастыруға айтарлықтай уақыт бөлінеді. Барлық әсер ету технологиялары пациенттің өзгеруінің қай сатысында екендігіне байланысты.

Зиянды әдеттен зардап зегуші адамның қай сатыда екендігін анықтауға сұрақтардың көмегімен қол жеткізуге болады.

**1 кесте – Зиянды әдеттерге қатысты мінез-құлықты өзгерту сатылары:
Мінез-құлықты өзгерту кезеңдері.**

Өзгеру кезеңдері мен сатыларды сипаттау	Әлеуметтік қызметкердің міндеті	Тапсырманы орындау үшін нені қолдану қажет (келесі бөлімдерде әлеуметтік қызметкердің міндеттері туралы нақтырақ)
<p>Талаптану алдындағы саты Адам өзгерудің қажеттілігі туралы ойланбайды. Тұтынудың жағымдылығын сезіну жағымсыздықты сезінуден артық</p>	<p>Күмән тудыру - тәжірибедегі мінез-құлық үлгісіне байланысты қауіптер мен қиындықтарды түсінуге ықпал ету</p>	<p>Өзара түсіністік орнату. Дайындықтың жетіспеушілігін қабылдау. Басынан жағдайды түсіндіру: шешімді клиент өзі қабылдайды. Бейтарап және мінсіз тәсілмен ақпарат беру. Қауіпті түсіндіру және клиентке қатысты оны қарастыру Зиянды төмендетуге ықпал ететін ақпаратты ұсыну. Мінез-құлық үлгісі қайта бағалауды ынталандыру. Әрекетті емес, өзін-өзін тануды ынталандыру.</p>
<p>Талаптану сатысы Мінез-құлқын өзгерту кезінде адам екі жақтылықты сезінеді. Батылсыздық танытады. Жакын арада өзгеруді өз жоспарына қоспайды</p>	<p>Өзгерудің жоқтығына байланысты өзгеру мен қауіп үшін себепті анықтау және жою. Дербестік пен мінезді өзгертуге қатысты өз күшіне сенімділікті нығайту</p>	<p>Дайындықтың жетіспеушілігін қабылдау. Басынан жағдайды түсіндіру: шешімді клиент өзі қабылдайды. Клиентпен есірткіні тұтунудың жақсылығы мен жамандығын айыру. Әдеттегі күн тәртібі кестесін анықтау. Мінез-құлықты өзгертуге барлық «иә» және «қарсылықты» бағлауды анықтауға ынталандыру. Клиенттің өзгеру жөнінде тұрақсыздығы мен күдігін түсіну, талдап қорыту мен өз</p>

		ойын айту. Талдау мен бағалау нәтижесінде қол жеткізген өзгерудің жаңа, жағымды жетістіктерін айту. Клиенттің өзіне-өзі ой салуға бағытталған пікірлерін қадағалау және білдіру, күшейту. Еліктіруден қашу, өзгерудің пайдальлығы жөнінде дәлелдер ұсыну (клиентке оны өзі істеуге ынталандыру қажет).
Әрекетке дайындық сатысы Адам өзгеруге шешім қабылдайды және алғашқы талпынысын жасап «судың дәмін» көреді. Бір айдың ішінде өзгеруді бастауды жоспарлайды	Адамға өзгеруге бағытталған әрекетінің жоспарын оңтайлыларын белгілеуге көмектесу	Мінез-құлық түрлері мен стратегияларын бірге үйрену. Қиындықтар мен кедергілерді анықтап, оны жеңуде қолдау көрсету. Клиентке мүмкін болатын әлеуметтік қолдау көзін анықтауға көмектесу. Клиентке мінезін өзгертуді іске асыру үшін жасырын мүмкіншіліктеріне сенуге көмектесу. Бастапқы қадамын ынталандыру
Әрекет сатысы Адам 3-бай аралығында өзін өзгертуге қадам жасайды	Клиентке өзгерудің алғашқы қадамын жасауға көмектесу	Мақсатты анықтау және жоспарлау кезеңінде көмектесу. Қиындықты шешуде қолдау көрсету. Мінез-құлықты өзгертуге кедергі келтіретін және қолдайтын, нығайтатын факторларды анықтауға көмектесу. Өзгеру белгілері мен әлеуметтік қолдауға бел буу. Қиындықтарды жеңуде

		дербестігі мен өз күшіне сенімділігін нығайту. Алдыңғы өмір салтын жоғалту сезімін жеңуге көмектесу. Ұзақ уақыттық өзгеру ерекшелігін айту және түсінуді нығайту
Өзгерісті қолдау сатысы Адам ұзақ уақыт бойы (6 айдан 5 жыл немесе одан көп) жаңа мінез-құлыққа бейімделеді	Клиентке кедергі факторларын анықтауға қолдау көрсету және кедергінің алдын алу стратегиясын әзірлеу мен қолдануға көмектесу	Клиентке өзін-өзі сендіруге қолдау көрсету. Кедергіге қарсы тұру мүмкіндігін талқылау. Жақсы нәтиже берген кедергіні жеңу стратегиясын анықтау. Кедергі тудыратын факторларды зерттеу мен болжау. Қолдау жоспарын құру (жақындары, өзіне-өзі көмектесу топтары, консультант)
Кедергі сатысы (міндетті емес саты) Адам өзінің бұрынғы мінез-құлық үлгісіне қайта оралады	Адамға ойлануға, көңілі қалу немесе кедергіден кейін бұрынғы мінез-құлқын сақтап қалудан сақтануға әрекет етуге дайындалуға көмектесу	Клиентке болған кедергіні анықтауға көмектесу. Клиентке кедергіні жеңіліс емес, тәжірибе ретінде қабылдауға қолдау көрсету. Жоғары қауіп-қатерге байланысты жағдайды бірге талқылау. Мінез-құлықты өзгертуге бірден оралу үшін барлық «иә» мен «қарсылыққа» назар аудару.

Сонымен, мінез-құлықты өзгертудің транс-теориялық үлгінің құндылығы нақты бір пациенттің орналасқан әр сатысына арналған арнайы түрлі араласулар берілетін аталған технологияларды қолдануда.

2013 жылдың басынан бастап СӨСҚПҰО мінез-құлықты өзгертудің транс-теориялық үлгісін ҚР ДСМ «Мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарының кадрларының біліктілігін арттыру мен қайта даярлау» 14-бағдарламасының

шенберінде оқу үрдісінде қолданады. Аталған әдіс тыңдаушыларға шеберлік класс ретінде оқытылады. Сабақ үстінде материал тыңдаушыларға дәріс ретінде оқылмайды, оған сабақты практикалық дағдыларды қолдану арқылы тыңдаушылардың белсенді қатысуымен жаттықтыру жатады.

Сабақта тыңдаушылар өздерінің зиянды әдеттермен күрес саласындағы тәжірибесі мен өткізілген шеберлік класына қатысты болжамдарын айтады. Тыңдаушыларға сабақ үстінде өздерінің құндылықтары: олардың әр қайсысына өмірде басты нәрсе не болып табылады, ненің маңызы зор, ал не кезектегі мәселе болып қалатынын анықтау ұсынылады. Бұл технологияны игеру пациентпен жұмыс істеуде маңызды рөл атқарады, себебі маман зиянды әдеттермен күрес бойынша жұмыс жүргізу кезінде пациенттің құндылықтарына сүйенеді. Зиянды әдеттердің әрқашан пациенттің құндылықтарына кедергі келтіретінін атап өту қажет, дегенмен бұл пікірді онған саналы түрде ұғындыру қажет.

Әдетте, зиянды әдеті бар адам бірінші кезде «қарсылық танытады»: мәселенің барлығын жоққа шығарады немесе маңызсыз деп санайды, қазір зиянды әдеттен бас тарту үшін ыңғайлы уақыт емес деп айтады, зиянды әдетті жеңудің «мүмкін еместігіне» айналасындағыларды сендіруге тырысады. Пациентке уәждемелік сұхбаттасу технологиясын қолдану арқылы мәселені түсіндіруге көмектесуге болады. Барлық тыңдаушылар жұп-жұбымен бөлініп, уәждемелік сұхбаттасуды жүргізудің практикалық дағдыларын игереді. Бір тыңдаушы зиянды әдетті пациент, ал басқа мамандар оған зиянды әдеттен арылуға көмектесушілер рөлін ойнайды. Одан кейін тыңдайшылар рөлдермен алмасады.

Уәждемелі сұхбаттасу дағдыларын игеру кезінде тыңдаушылар ашық сұрақ қою, қозғау салатын сұрақ қою, аффирмация, мәселенің маңыздылығы мен оны шешу мүмкіндігін бағалау, рефлексия, уәждемелік сұхбаттасудың нәтижесін жинақтау секілді тәсілдерді қолдануды үйренеді.

Сонымен қатар, сабақ жүргізу үрдісінде пациенттің міндеттерді қабылдауына түрткі болатын технологиялар игеріледі. Теориялық материалды жеткізудің өзі талқылау кезінде тыңдаушының белсенді түрде қатысуы арқылы өтетінін айтып өту қажет.

Салауатты өмір салтын қалыптастырудың түрлі әдістерін қолдану кезінде жоғарыда аталғандарды ескере отырып, уәждемелік сұхбаттасуды жедел енгізу адамның ауруларды дамытатын мінез-құлықтық қауіпті факторларды төмендетуге мүмкіндігін кеңейтеді.

5. Мінез-құлықтық қауіпті факторлар бойынша Денсаулық мектебі

Мінез-құлықтық қауіпті факторлар бойынша Денсаулық мектебі – бұл аурулардың дамуына мінез-құлықтық қауіп факторларының дамуын ескерту бойынша тәжірибелік дағдылар мен мәлімет алуларының, білімдерінің деңгейлерін жоғарылатуға бағытталған халыққа және науқастарға жеке және топпен әсер ету әдістері мен құралдарының ұйымды рәсімделген жиынтығы. Бұл аурулардың пайда болуы мен даму жағдайларының алдын алуға, денсаулықты нығайту

мен сақтауға, дене белсенділігін арттыру мен дұрыс тамақтануға бағытталған бастапқы профилактика түрі денсаулық сақтау саласының бастапқы буынымен пациентке көрсетілетін топтық кеңес беру (ХАК-10 XXI –класс, Z30 – Z31, Z71-Z73 бойынша гигиеналық оқыту мен үйрету) медициналық профилактикалық қызмет түрлері болып табылады.

Мінез-құлықтық қауіпті факторлар мектебі Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесін ұйымдастыру туралы» Кодексінің 87-бабының 6-тармағы, 154-бабының 1-тармағына және 05.03. 2012 жылғы № 146 бұйрыққа сәйкес ұйымдастырылады.

Оқытудың мақсаты – салауатты өмір салты дағдысын халыққа үйрету, аурулардың дамуына мінез-құлықтық қауіп факторларының дамуының алдын алу бойынша мақсатты түрде науқастың қабілетін жеткізу және профилактикасы бойынша араласу жүргізу, оны қоршаған жағдайларды және өз өмірін өзгерту дағдысына оқыту және денсаулығына қарайтын мәселелерде құзырлықты жоғарылату.

Мінез-құлықтық қауіпті факторлар мектебінің міндеті:

- адамдардың өз денсаулығына байланысты мінез-құлықтарын, қатынастарын өзгертуге ықпал етуге бағытталған, тұрақты түрде жұмыс істейтін, ақпараттық-білімдік оқу жүйесін үнемі жүргізіп отыру;
- пациенттерге аурудың даму қауіпі бар факторлар жайында ақпарат беріп отыру және денсаулықты сақтау үшін жауапкершіліктерін арттыруға шақыру;
- пациенттердің аурулар қатерінің мінез-құлықтық факторларының өздерінің денсаулықтарына тигізетін әсерлерін болдырмаудың іскерлігі мен дағдысын қалыптастыру (дұрыс тамақтану, қозғалыс белсенділігі, стрессті жеңе білу, ішімдіктер ішу және нашакорлықпен айналысу сияқты зиянды әрекеттерден бойын алшақтау);
- пациенттің өз денсаулығын сақтау мен мұқият болу және емделу-сауығу үшін өзіне жағдайлар жасау, сондай-ақ медицина қызметкерлері берген ұсыныстарын ұстануға бағыт беру;
- пациенттің өз денсаулығын, қал-ахуалын өзі бақылаудың іскерлігі мен дағдысын қалыптастыру;
- пациенттің өз денсаулығына, қал-жағдайына әсер ететін себеп-салдарлы факторларды талдау бойынша іскерлік дағдыларын қалыптастыру және пациенттердің жеке бастарын сауықтырудың жоспарларын құруға үйрету.

Мінез-құлықтық қауіпті факторлар мектебінен алатын білім:

- мінез-құлықтық қауіпті факторлардың (зиянды әдеттер, дұрыс тамақтанбау, қимыл-қозғалыстың аздығы және т.б.) денсаулыққа әсері туралы ақпарат;
- дұрыс тамақтану, қозғалыс белсенділігі, күйзелісті басқару, зиянды әдеттерден: шылым шегу, алкогольді шамадан тыс тұтынудан бас тарту негіздері туралы ақпарат;
- семіздік, жоғары артериялық қан қысымы, май алмасу мен т.б. ағзаның бұзылу өзгерісі кезінде емдәм қағидалары туралы ақпарат.

Мінез-құлықтық қауіпті факторлар мектебінде оқу кезінде үйретілетін практикалық дағдылар:

- денсаулық жағдайын өздігінен бақылау үшін алынған білімді қолдану;
- дене салмағын бақылау, дене салмағын анықтау, шылымды тастауға шешім қабылдау, күйзеліс деңгейін және т.б. бақылауда ұстау;
- өз артериялық қан қысымын бақылау;
- дәрігердің нұсқауын орындау;
- дәрігералды көмек және өзінен-өзі көмектесу құралдарын пайдалану.

Мінез-құлықтық қауіпті факторлар мектебіндегі сабақтардың тақырыптары:

- дене белсенділігі;
- дұрыс тамақтану;
- шылымқорлықтың алдын алу;
- алкогольді шамадан тыс тұтынудың алдын алу;
- жеке тазалық гигиенасын сақтау;
- күйзелістің алдын алу мен сабырлық сақтау дағдыларына машықтану;
- коммуникативтік дағдылар, дауласу мен психологиялық денсаулық.

Сабақты жүргізудің сатылай алгоритмдері келесідей:

1 - сабақ. Дене белсенділігі

Сабақ ұзақтығы 100 минутқа дейін (физикалық денсаулық, жас ерекшелік пен жыныстық көрсеткіштеріне сәйкес есептеледі).

Сабақ құрылымы:

1. Кіріспе бөлім.
2. Ақпараттық бөлім.
 - 2.1. Дене белсенділігі дегеніміз не?
 - 2.2. Физикалық жаттыққандықты қалай анықтау керек.
 - 2.3. Аэробтық дене белсенділігі денсаулыққа қалай әсер етеді.
 - 2.4. Физикалық жаттығу кезінде кедергіні қалай болдырмау керек.
 - 2.5. Күнделікті дене белсенділігін қалай арттыру керек.
 - 2.6. Жаттықтыратын сабақ бағдарламасын қалай ұйымдастыру керек.
 - 2.7. физикалық жүктеменің жиілігін қалай бақылау қажет.
3. Сұрақтар мен жауаптар

Дене белсенділігі – адамның түрлі мінез-құлықтық үлгілерінің жиынтығы, «энергия шығынымен бұлшық еттің көмегімен жүзеге асатын дене қозғалысы» басты зат алмасу арқылы энергия шығынының арту деңгейімен анықталады (ДДҰ, 1994).

Қарқынды механизациялану, көп саланың компьютерленуінің дамуына байланысты аз қозғалысты өмір салты әдеттегі өмір құбылысы болып отыр. Сол мезгілде ғылыми зерттеулердің нәтижесі шылым шегу, артық дене салмағы, қандағы холестерин мөлшерінің артық болуымен қатар дене белсенділігінің төмендігі ишемиялық жүрек ауруы мен инсульт, қант диабеті мен остеопароз

секілді аурулардың дамуына ықпал ететінін дәлелдеп отыр. Сауықтыру шараларымен іске асырылатын дене белсенділігі жалпы өлім-жітімді төмендетіп және өмір сапасын арттырады. Дегенмен, кез келген физикалық жүктеме жоспарлы, үнемі денсаулық жағдайын және жүрек қан-тамыр жүйесінің жұмысын бақылау арқылы мөлшерленген болуы қажет. Дене жүктемесінің барлық түрінде «бастау-аяқтау» ережесін жіті сақтау қажет. Яғни, ең аз жүктемеден бастау арқылы мөлшерді біртіндеп арттырып, егер жаттығуды тоқтату қажет болған жағдайда жүктеме мөлшерін біртіндеп төмендету арқылы аяқтау қажет. Әр жаттығу нақты сызба бойынша құрылады: дененің құрысын жазу – негізгі бөлім – соңғы бөлім.

Дене белсенділігінің деңгейін арттырудың мақсаты не?

Дене белсенділігінің деңгейін арттырудың мақсаты физикалық жаттығудың жеткілікті деңгейіне жету, ағзаның төзімділігін, сондай-ақ қозғалыс пен бұлшық ет күшінің икемділігін, үйлесімділігін арттыру арқылы денсаулықты жақсарту үшін ағзаның бейімделген мүмкіндігін арттыру болып табылады.

Күнделікті дене белсенділігінің деңгейін қалай арттыруға болады?

Күнделікті дене белсенділігінің оңтайлы деңгейіне жету үшін келесілер ұсынылады:

- қоғамдық жергілікті көлік пен кейде жедел сатыдан бас тартып, жаяу жүру;
- таңғы гигиеналық гимнастикамен және жаттықтырушы гимнастикамен айналысу;
- қандай да бір сауықтыратын дене шынықтыру (жүру, жүзу, велосипед, шаңғы тебу, ақырын жүгіру және т.б.) түрлерімен үнемі жаттығу жүргізу;
- физикалық еңбекпен (үйдегі жұмыс, үй жанындағы жерде және т.б.) айналысу;
- қозғалыс (волейбол, бадминтон, теннис және т.б.) ойындарымен ойнау.

Физикалық жаттығуды абайлап, кезең-кезеңімен және біртіндеп бастау қажет. Егде жаста дене белсенділігімен айналысу кезінде келесі қағидаларды ұстану қажет:

- дене белсенділігі жаттығуын дене құрысын жазу (ақырын жүру, аяқ-қол алшақтығына арналған жаттығулар мен біртіндеп жүктемеге барлық қан айналымы құралын қосу) арқылы бастау;
- пациенттер күніне 30 минутқа дейін жаттығуды біртіндеп арттыру қажет. Егер оған дейін аз қозғалысты өмір салтын ұстанса, бұл кезең кемінде үш аптаға созылуы қажет;
- ойлы-қырлы жерлермен жаяу жүру, жүзу, велосипед тебу, велоэргометрде, жаттығу құрылғысында жүру және т.б., сондай-ақ күнделікті таңғы гимнастика (немесе тоғайда, саябақта, гүлзарда ұзақ серуендеу) өте тиімді.

Дене белсенділігін арттыру бойынша ұсыныстар көп көңіл аударуды талап етеді және дене жүктемесіне төзімділікке тестілеуден өткеннен кейін маманмен жүргізілгені жөн. Қарт адамдардың жаттығуына жарақат пен тірек-қимыл аппаратының ауруына себеп болатын жүгіру, секіру, ауыр затпен жаттығу секілді жүктеме түрлері аса сақтықпен қосылуы қажет. Сондай-ақ осындай тұлғалар санатына барлық жарыс түрлері, демді ұзақ уақыт ұстап тұратын, тез қозғалатын,

басты айналдыратын, басты ұзақ уақыт төмен қаратып тұратын, секіретін және т.б. жаттығулар жасауға болмайды.

Семіздік ауруымен ауыратын тұлғаларға арналған негізгі ұсыныстар:

- семіздікпен ауыратын пациенттерге төменнен орташа деңгейге дейін дене белсенділігінің түрлері: жүру, велосипед тебу, ескек есу немесе жүзу ұсынылады;
- егер салмақ түсіру дене белсенділігі бағдарламасының негізгі мақсаты болса күнделікті аэробты белсенділікті ұсыну қажет, 3500 калорияны пайдалану 450 г майдан арылтады;
- дене белсенділігімен ұзақ (30 минуттан аса) жаттығу майды энергия көзі ретінде қолдануға алып келеді. Сонымен, қарқындылықты арттырудан қарағанда, жаттығуды ұзақтылық пен көлемі есебінен арттыру мақсаттырақ, климаттық жағдайды назарға алу да қажет.

Физикалық жаттыққандықты анықтай алу қажет. Дәл осы жүрек қан-тамыр және тыныс алу жүйесінің жаттыққандығы ретінде қарастырады. Анықтаудың түрлі тәсілдері бар: сенімді, бірақ қымбат және еңбекті көп қажет ететін (мысалы: велоэргометрде жүгіру), емханалар мен кардиологиялық диспансерлердің арнайыландырылған бөлімдерінде жүргізуге болады. Мұндай қарапайым және қол жетімді әдісті пациент үйде өздігінен жасай алады. 1 минутта тамыр соғысының жиілігінің мөлшерін алдын ала өлшейді. Одан кейін жүктеме орындалады: 30 минут ішінде 20 рет отырып-тұру. Жаттығуды орындағаннан кейін 3 минуттан соң тамыр соғысын өлшеуді қайталайды. Егер жүктемеге дейінгі және кейінгі тамыр соғысының жиілігі 3 минуттан кейін минутына кемінде 5 рет болса, жүрек қан-тамыр жүйесінің реакциясы ойдағыдай, ал 5-тен 10-ға дейін болса – қанағаттанарлық, ал 10-нан аса қанағаттанарлықсыз немесе төмен.

Дене белсенділігі жоғары адамдар өзін-өзі жақсы сезінеді, күйзеліске төзімді және ұйқысы тыныш.

Жаттығудың дұрыс орындалуы

- **дене құрысын жазу кезеңі**, ағзаны қыздыру, майда бұлшық еттерді жазуға қажет уақыт, оған ең дұрысы жаяу ақырын жүру жатады;

- **негізгі бөлім**, аэробтық жүктемелердің (жүгіру, жүру, жүзу, ырғақты гимнастика, аэробты би және т.б.) түрлерімен айналысатын кезең;

- **қорытынды бөлім** – қозғалысты бірден тоқтатуға болмайды, оны жалғастыру қажет, бірақ ақыры және қарқындылықты біртіндеп төмендету арқылы қызуды басу кезеңі.

2-жаттығу. Дұрыс тамақтану

Сабак ұзақтығы 100 минут

Сабак құрылымы

1. Кіріспе бөлім

2. Ақпараттық бөлім

2.1. Дені сау адам қалай тамақтану қажет? Артериялық гипертониямен ауыратын

адамға қалай тамақтану ұсынылады?

2.2. Пациенттерді дұрыс тамақтану қағидалары туралы ақпараттандыру

2.3. Пациентке арналған тәулікті мәзірді құру.

2.4. Пациенттерге тағамның энергетикалық құндылығын есептеу әдісін үйрету.

2.5. Пациентке күнделікті тамақтану әдеті мен сипатына байланысты өзіндік қауіпті факторларды анықтауға және жеке сауықтыру жоспарын үйлесімді құруға үйрету.

2.6. Жеңіл және қиын орындалатын тамақтану әдетін өзгерту тізімін құру мен жеке сауықтыру жоспарын толықтыру.

3. Сұрақтар - жауаптар

Дұрыс салауатты тамақтану жүрек аурулары, сондай-ақ қант диабеті мен кейбір ісік түрлерімен ауыру қаупін азайтады. Дұрыс тамақтану холестерин деңгейінің өз мөлшерінен асырмайды, қан қысымын бақылауда ұстайды, сонымен қатар артық салмақ жинаудың алдын алуға көмектеседі.

Дұрыс тамақтану арқылы денсаулық үшін қажетті барлық нәрлі заттектермен ағзаның қажеттілігін қамтамасыз етеді. Ол әртүрлі, көкөністер мен жемістерге бай, көп майды тұтынуды шектейтін, құрамында май, ірімшік, сүт, ет, тәтті өнімдер болуы қажет. Дұрыс тамақтану қажетті салмақты ұстап тұруға мүмкіндік бере отырып, энергия жұмсауды ағзаның қажеттілігіне жауап беру қажет.

Тамақ үйлесімін құруға қойылатын негізгі талаптар

1. Тамақ үйлесімінің құнарлылығын төмендету.

2. Ас тұзын шектеу.

3. Жануар майлары мен холестеринді шектеу.

4. Фосфолипидтер мөлшерін арттыру.

5. Балықты омега-3-майлы қышқылды тұтынуды арттыру.

6. РР, С, Р, В6, Е дәрумендерін көп тұтыну.

7. Тамақ үйлесімін калий, магний және кальций тұздарымен байыту.

8. Емдәмде тағамдық талшықтарды арттыру.

9. Теңіз өнімдерін қосу.

Дені сау адам қалай тамақтануы қажет?

1. Энергетикалық үйлесімді.

2. Тағамдық заттектердің мөлшері бойынша құнды.

3. Мезгіл-мезгілмен және тұрақты, соңғы тағам қабылдау уақыты ұйықтар алдында 2-3 сағаттан кеш болмауы қажет.

4. Үйлесімді аспаздық әзірленген.

5. Алкогольді орынды тұтыну.

Дене салмағын бақылаудың маңызды факторы ағзаның энергетикалық шығынына тағам үйлесімі құнарлығының сәйкес болуы болып табылады. Адамға қажетті тәуліктік энергия жасына (30 жастан кейін әр он жыл сайын 7-10%-ға азаяды), жынысына (әйел адамдарда 7-10%-ға аз) сонымен қатар, әрине мамандығы мен еңбек қарқындылығына байланысты. 40-тан 60 жас аралығындағы жұмысы

дене еңбегінің шығынына байланысты емес қала тұрғындары ер адам үшін орта есеппен 2000 – 2400 ккалға, әйел адам үшін 1600 - 2000 ккалға тең.

Егер тәуліктік тағам үйлесімінің құнарлығы ағзаның энергия жоғалтуынан артық болса, аралық тағам алмасуының артық жиналуына ықпал етеді. Ферменттердің әсерінен бұл азық-түліктер жеңіл майға айналып, шелмай орналасатын орында энергия қоры ретінде жинала береді.

2-кесте –Негізгі тағамдық азық-түліктердің құнарлылығы (100г.ккал).

Тағам атауы	100 г.ккал	Тағам атауы	100 г.ккал
Сүт 3%, айран	59	Дайын балық (сиг, навага, нәлім, шортан)	70-106
Қаймақ 30%	294	Піскен сиыр еті	267
Кілегей 20%	206	Піскен шошқа еті	560
Майлы ірімшік	226	Піскен тауық еті	160
Ірімшік 9%	156	Қара нан	190
Ірімшік	315-340	Нан	203
Майсыз ірімшік	86	Бөлке нан, тоқаш	250-300
Сүзбе ірімшік	260	Қант	374
Балқытылған ірімшік	270-340	Карамель	350-400
Қатты ірімшік	350-400	Шоколад	540
Балмұздақ	226	Мармелад, тосап, зефир	290-310
Май	748	Алуа	510
Маргарин	744	Тәтті тоқаш	350-750
Өсімдік майы	898	Тосап, джем	240-280
Майонез	627	Қайнатылған шұжық, сосиска	260
Көкөністер	10-40	Шала қақталған шұжық	370-450
Картоп	83	Шикідей қақталған шұжық	500
Жемістер	40-50	Жұмыртқа (2 дана)	157
Нәрсу, жеміс шырыны	50-100	Майшабақ	234
Қызанақтағы балық консервісі	130-180	Майдағы балық консервісі	220-280

Дені сау адамның тағамында ақуыз мөлшері жеткілікті болуы қажет. Ақуыз ағзаны құрайтын негізгі материал, гормондар, ферменттер, дәрумендер, антиденелер түзілісінің көзі болып табылады. Ақуыз мөлшері 1 кг салмаққа 1 грамнан тең келуі қажет. Ақуыздың жартысы (30-40 грамм) жануар, ал жартысы (30-40 грамм) өсімдік текті болуы қажет. Сондықтан ақуызы көп жануар өнімдері – ет, балықтар, ірімшік, жұмыртқа, сүзбе, тағамда 20%-ға жуық ақуыз мөлшері бар өнімдер күніне 200 грамды құрауы қажет. Етті (сиыр, қой, шошқа етін) аптасына 2 реттен жиі қолданбау қажет, одан да оны тауық, күркетауық, жақсысы – балық етімен алмастырған жөн. Балық құрамындағы май қышқылдары қан құрамындағы холестерин деңгейі мен қанның ұйығыштығына жағымды әсер етеді. Ал «етті», әсіресе майлы етті жиі қолдану ішек ісігінің қауіпті факторы болып табылады. Өсімдік ақуызының көзі жарма және макарон өнімдері, күріш пен картоп болып табылады. Бұл өнімдер ақуыздың ғана емес, көмірсулар, тіндер мен минералды заттектердің (калий, кальций, магнийдің) және дәрумендер (С, В, каротиноидтар, фоли қышқылының) көзі болып табылады.

Өсімдік өнімдері құрамында судың көптігінен құнарлылығы төмен болып табылады. Ет және ет өнімдерімен, сондай-ақ кейбір сүт өнімдерімен, нан мен картоппен салыстырғанда энергетикалық мөлшері (оған сары май, өсімдік майы және басқа майдың түрлері немесе энергияға бай дәм сапасын жақсартатын су-устар қосылмаған жағдайда) төмен азық-түліктер тобына жатады.

Майлар құрамында майды ерітетін (А, Д, Е, К) дәрумендерінің, стериндердің, жартылай қанықтырылмаған май қышқылдарының, фосфолипидтердің болуының арқасында энергетикалық қана емес, пластикалық та құндылығы бар, сондықтан олар ағзаға қажет. Дені сау адамға олар ақуыз сияқты мөлшерде (1 кг салмаққа 1 грамм қажет, жануар және өсімдіктің дәрежеде) қажет. Майлылығы аз сүт және сүт өнімдерін (айран, сүт қышқылды өнім, сүзбе, йогурт) пайдаланған жөн. Олар ағзаны көптеген нәрлі заттектермен қамтамасыз етеді, ақуыз бен кальцийге бай, оларды күнделікті қолдану қажет. Майлылығы төмен өнімдерді тұтына отырып, ағзаны толықтай кальциймен қамтамасыз етуге және майды аз тұтынуға болады.

Көмірсулар екі топқа бөлінеді: қант (моно- және дисахаридтер) және құрамында крахмал бар көмірсулар мен тіндер. Негізгі моносахарид – глюкоза. Тағам құрамындағы көптеген көмірсулар ас қорыту кезеңінде глюкозаға айналады. Жемістердің құрамында кездесетін моносахарид түрі фруктоза болып абылады.

Аталған қанттардың әр түрі ағзаны тең мөлшерде энергиямен қамтамасыз етеді. Оған толық сіңбейтін сорбитол и ксилит жатпайды. сорбитол, ксилит, сахарин и аспартам секілді қантты жасанды алмастырушылар түрлі емдәм өнімдерінің ингредиенті болып табылады. Олардың кейбіреулерінде энергия көзі жоқ және қант диабеті мен семіздікпен ауыратын науқастар үшін пайдалы болуы мүмкін. Құрамында көп тазартылған қанты бар өнімдер энергия көзі болып табылады, бірақ оның құрамында нәрлі заттектер болмайды және емдәмнің қажетті

компоненттері болып табылмағандықтан ересектердің ас үлесінен алып тастауға болады.

Ас тұзын жалпы тұтыну нандағы, консервідегі және тағы басқа азық-түліктердің құрамындағы тұзды есепке алғанда күніне 1 шай қасықтан (5-6 грамман) аспауы қажет. Йодталған тұзды тұтыну ұсынылады. Қайнатылған ас тұзы әдетте табиғи түрде мөлшері аз азық-түлікте кездеседі. Тұз азық-түліктерді арнайы өңдеу және консервілеу үшін қолданылады. Көптеген адамдар үстел үстінде тамаққа тұз салып отырады. Тұз арнайы (жалпы тұтынылатын тұздың 80%-на жуығы) өндеуден өткен азық-түліктермен тұтынылады. Сондықтан консервіленген, тұздалған, кептірілген азық-түліктер (ет, балықты) аз мөлшерде және күнделікті қолданбау ұсынылады.

Йодтың тапшылығы ерте жастағы балалар мен әйелдер арасында кең таралған ақау болып табылады. Қазіргі замануи йод тапшылығының алдын алудың бірі әмбебап йодталған тұздарды тұтыну болып табылады.

Сұйықтық (су) қажеттілігі сусындар мен өнімдермен қанағаттандырылады, ағза тіндері өздігінен майларды, ақуыз бен көмірсуды алмастыру арқылы суды құрайды. Азық-түліктер ағзаны жартысынан көп сумен қамтамасыз етеді. Газдалған сусындардан гөрі суды, шырындарды, минералды суларды тұтынуды ұсыну қажет. Сұйықтықты қажетті мөлшерде, әсіресе ыстық кезде және дене белсенділігі жоғарылаған кезде тұтыну қажет. Барлық аталған сұйықтықты орташа тұтыну күніне 1,5-2,0 литрге тең болуы керек.

Тамақтану мезгіл-мезгілімен (тәулігіне кемінде 3-4 рет), тұрақты (бір уақытта) және бір қалыпты, соңғы қабылданған тамақ ұйықтар алдында 2-3 сағаттан кеш болмауы қажет.

ДДҰ-ның мәліметінше адамға күніне балғын, консервіленген немесе мұздатылған түрде кемінде 400 г көкөністер мен жеміс тұтыну керек. 70-80% көкөніс пен жемісті балғын күйінде, ал тек 20-30%-ын — өңделген күйінде қолдануға болады. Жергілікті өсірілген өнімдерді қолданған жөн. Көкөністер мен жемістер дәрумендердің, минералды заттардың, құрамында крахмал бар көмірсудың, органикалық қышқыл мен тағамдық талшықтардың көзі болып табылады. Көкөністерді тұтыну жемістерді тұтынудан шамамен 2:1 есеге артық болуы қажет. Тағамдық қауіп-қатер факторының бірі жүрек қан-тамыр ауруы мен ісік аурушандылығының артуына үлес қосады, көкөністермен және жемістермен толықтырылатын антиоксиданттардың (каротиноидер, С және Е дәрумендерінің) тапшылығы болып табылады.

Антиоксиданттардың жетіспеушілігі тамырлардың атероматоздық түйіндіктерінің дамуына ықпал етеді. Әсіресе ол шылымқрларда байқалады, себебі шылым шегу бос радикалдар көлемінің көбеюін тудырады. Көкөністер мен жемістермен антиоксиданттарды көп мөлшерде тұтыну ағзаны зиянды заттардан қорғауға көмектеседі.

Бұршақтар, жержаңғақ, нан, саумалдық, қырыққабат және брокколи секілді көкөністер фоли қышқылының көзі болып табылады. Ол жүрек-қан тамыр ауру

-ымен, жатыр мойынының ісігі, қан аздық ауруларына байланысты қауіпті факторларды төмендетуде маңызды рөл атқарады.

Бұршақтар, астық тұқымдастар секілді темірге бай өнімдермен қатар құрамында С дәрумені бар көкөністер мен жемістерді тұтыну темірді сіңіруді жақсартады. Оның қайнар көзі: қырыққабат тұқымдас — брокколи, сумалдық. Көкөністер мен жемістерде В тобындағы дәрумендер мен минералдар бар: магний, калий және кальций, олар АҚҚ-ның жоғарылау қаупін төмендетеді.

Ботқалар мен бутербродты тұтыну кезінде «көзге көрінетін» майды шектеу қажет. Ишемиялық жүрек ауруы, инсульт, ісік пен инсулинге тәуелді қант диабеті секілді басты жұқпалы емес аурулардың даму қаупі көп мөлшерде жануар майы мен «көзге көрінетін» майды тұтынуға байланысты.

3-сабақ. Шылымқорлықтың алдын алу.

Сабақ ұзақтығы 100 минут.

Сабақ құрылымы

1. Кіріспе бөлім

2. Ақпараттық бөлім

2.1. Темекі түтінінің компоненттері. Денсаулыққа темекінің әсері. Жеңіл темекілер туралы жалған мағлұмат

2.2. Сауалнама әдісі: шылым шегу қылығының түрі мен шылым шегу дәрежесін анықтау

2.3. Никотинге тәуелділік.

2.4. Шылымқорлықты емдеудің заманауи әдістері.

3. Сұрақтар мен жауаптар.

Шылым шегу өкпе, қуық, асқазан ісігінің даму қаупін арттырады – шылымқорлар шылым шекпейтіндерге қарағанда ісікпен 10 есеге жиі ауырады; обструктивтік өкпе аурулары; асқазанның жарасы; мидағы қан айналымының бұзылуы; шеткі артерияның, сүйектің (остеопороз дамиды – сүйек тінінің жойылуы, сүйектің сынуы), терінің (ол сары, бос, құрғақ, ерте әжім түседі, шылым шегетін адамдар өздерінің құрдастарынан айтарлықтай үлкен көрінеді), тістердің (олар сары және айтарлықтай бейім) зақымдалуы, барлық жүйке жүйесі бұзылады: шылымқорлар ашуланшақтықпен, көңіл күйінің жиі өзгеруімен, шаршағыштығымен ерекшеленеді; ұрықтың саны мен сапасына әсер ете отырып, еркектерде қауқарлық пен ұрықтылық төмендейді; шылым шегуді тастамаған егде тұлғаларда темекі ақыл-парасаттың кемдігі мен Альцгеймер ауруының дамуна ықпал етеді. Жоғарыда айтылғандар шылым шегудің ағзаға зиянды әсерінің толық көрінісі емес, бірақ осының өзі шылымқор адамға: «Шылым шегуден кідірмей бас тарту қажет пе?», - деген сауал тудыру қажет.

Темекі түтінінің құрамында 3400-ден аса компонент пен химиялық қосынды бар. Оның 200-ден астамы адам үшін улы және ағзаға дәл зиянды соққы береді.

Соңғы уақытта, әсіресе жастар арасында ерекше танымалдылықты темекінің «жеңіл» деп аталатын түрі тұтынылууда. Кез келген шылым ағзаға зиянды әсер

етеді.

Сол сияқты зияны ұзақ уақыт бойы әлемде бағаланбаған пассивті шылым шегу де ағзаға кері әсер етеді. Шылым шегілген мекеме ішінде ұзақ уақыт отырған тұлғаларда жүрек-қан тамыр ауруларының даму қаупі айтарлықтай өседі, ал ісікпен ауыру қаупі 5 есеге артады. Егер шылым шекпейтін адам шылым шегетіндердің арасында бірнеше сағат қатарынан отырса, ол кемінде 10 темекі шеккен болып есептелінетіні дәлелденген.

Шылым шегушілік мінез-құлық түрлері

«Шылым шегушілік мінез-құлық» – нақты бір жағдайда шылымқорды емдеуге оңтайлы әдіс таңдауға басқа да (жас, жыныс, өтіл мен шылым шегу жиілігін, шылым шегу сатысын, кіші әлеуметтік орта, темекіден бас тартуға психологиялық дайындық) сипаттамаларымен қатар мүмкіндік беретін шылым шегушінің мінез-құлықтық ерекшелігінің кешенді сипаты, шылым шегу себебі, шылым шегу сипаты және т.б.

Емдеу жағынан қарағанда темекі шегу әдеті мен темекіге тәуелділікке шылым шегуді саралау ұсынылады. Шылым шегушілік мінез-құлық түрін анықтау үшін Д. Хорнмен әзірленген сауалнама ұсынылады (Темекіге қарсы орталық бөлімін қараңыз). Бұл сауалнаманың негізінде шылымқорлық мінез-құлықтың келесі алты түрін анықтайды: «ынталандыру», «темекімен ойнау», «босаңсу», «қолдау», «қалау», «рефлекс».

Көп жағдайда шылымқорлық мінез-құлық түрлері аралас сипатта болып келеді, бірақ Д. Хорн сауалнамасы бойынша сұрақ-жауап оны анықтауға мүмкіндік береді:

- шылым шегудің басым түрі;
- үйреншікті мінез-құлық жағдайы;
- шылым шегу себебі.

«Ынталандыру». Шылым шегетін адам темекінің еліктіретін әрекетке ие екенін біледі: сергітеді, шаршағандықты басады. Осы типтегі шылым шегетін адамдарда никотинге психологиялық тәуелділік деңгейі жоғарылап, астения мен қантамыр дистониясының белгілері болады.

«Темекімен ойнау». Адам шылым шеккенде «ойнап» отырғандай. Оған «шылымдық» аксессуарлар: оттық, күл салғыш, темекінің түрлері қажет. Әдет бойынша ол жиі түгінді түрлі қылып шығаруға тырысады. Негізінен «өзгелермен бірге» әңгімелесу кезінде шегеді. Темекіні аз шегеді, әдетте күніне 2-3 темекі шегеді.

«Босаңсу». Ыңғайлы жағдайда ғана темекі шегеді. Темекі шегу арқылы адам демалыстан «қосымша рахат» алады. Темекіні шегуге бірінші рет орала отырып, ұзақ уақытқа тастайды.

«Қолдау». Бұл шылым шегу түрі қобалжумен, көңіл-күйдің түсуімен, қолайсыздықпен байланысты. Темекіні ызаға берілмеу, ұяндықты жөнү, күш-жігер жинау, жағымсыз жағдайды шешу үшін шегеді. Темекіге ашу-ызаны түсіретін

құрал ретінде қарайды.

«Қалау». Аталған шылым шегу түрі адамның темекіге құштарлығын көрсетеді. Адам қан құрамында никотин мөлшері төмендегенде шылым шегеді. Тыйым салуға қарамастан кез келген жағдайда шылым шегеді.

«Рефлекс». Осы типтегі шылымқорлар өзінің темекі шегуінің себебін түсінбей ғана қоймай, шылым шегу әрекетін де байқамайды. Бірден темекі шегеді, күніне қанша шегетінін білмейді, көп шегеді: тәулігіне 35 немесе одан да көп. Демалған уақытқа қарағанда жұмыс істеу кезінде көп шегеді; жұмыс қарқынды болған сайын қолынан шылым түспейді.

Темекіге тәуелділікті анықтау тәсілдері:

1) сауал беру арқылы осы қауіп факторының бар-жоғын анықтау (Сіз темекі шегесіз бе?);

2) темекі шегу кезеңін анықтау (Сіз қанша жылдан бері темекі шегесіз? Күніне орта есеппен қанша шылым шегесіз?). Ұдайы темекі шегушінің белгілері - күнделікті немесе кейде темекі шегеді;

3) фармакологиялық тәуелділік деңгейін анықтау (оянғаннан кейінгі танертеңгілік бірінші шылым шегу уақыты);

4) темекі шегудің себептерін анықтау үшін Хорн сауалнамасы бойынша темекі шегу типін анықтау.

Темекі шегу кезеңдері:

I кезең (кездейсоқ темекі шегу) - өтілі 5-10 жыл, орта есеппен күніне 5 шылым шегіледі. Негізінен психологиялық тәуелділік. Соматикалық өзгерістер жоқ немесе вегето-тамыр өзгерістері аздап білінеді. Темекі шекпеген кезде абстиненция болмайды.

II кезең (әдет болған темекі шегу) - өтілі 10-20 жыл, орта есеппен күніне 5-20 шылым шегіледі. Фармакологиялық тәуелділік, темекіге төзімділік жоғарылаған. Соматикалық патология. Темекі шекпеген кезде абстиненция белгілері айқын білінеді.

III кезең (құлшыныспен темекі шегу) - өтілі 20 жылдан асады, күніне 20 шылым шегіледі, көбінесе аш қарынға, түн ортасында, Фармакологиялық тәуелділік, темекіге төзімділік жоғары. Сомато-неврологиялық патология. Темекі шекпеген кезде тұрақты әрі айқын абстиненция болады.

Сабәк өткізу технологиясы. БМСК медицина қызметкерлері темекі шегушілікті кез-келген басқа медициналық мәселе ретінде бағалауы тиіс. Емхана дәрігері күнделікті жұмысында темекіні тастау бойынша пациенттермен профилактикалық жұмыс жүргізудің мынандай негізгі стратегияларын ұсынады:

1) темекі шегуді тоқтату туралы ұсыныстар берілетін алғашқы кеңес беру, онда пациенттерге ақпараттық брошюралар мен лифлетер таратылуы мүмкін;

2) темекі шегуден бас тартуын нығайту үшін қайта немесе жүйелі түрде кеңес беріп отыру (алғашқы кеңестен кейінгі 1,3 және 6 айлар);

3) пациенттерге дұрыс пайдалану туралы егжей-тегжейлі нұсқаулықтары бере отырып никотин жоқтық әсерді уақытша жеңілдеті үшін ауыстыру терапиясын

көп қайтара тағайындау (никотині бар сағыз немесе никотині бар теріге жапсыратын таспа, және т.б. типтегі заттар).

Қатысушыларға арналған кеңестер. Темекіден бас тарту - ұзақ әрі күрделі процесс; бас тарту стратегиясы әр пациент үшін, соның жағдайына және темекіге тәуелділік деңгейіне байланысты жеке тағайындалады.

4-сабақ. Алкогольді шамадан тыс тұтынудың алдын алу

Сабақ ұзақтығы 100 минут.

Сабақ құрылымы

1. Кіріспе сөз

2. Ақпараттық бөлім

2.1. Алкогольді қауіпті мөлшерде тұтыну. Алкогольдің денсаулыққа әсері.

2.2. Алкогольді тұтынуға байланысты мінез-құлықтың өзгеру деңгейі

2.3. МСАК деңгейінде алкогольді қиындықтары бар пациенттерді оқыту.

2.4. Шылымқорлықты емдеудің заманауи тәсілдері

3. Сұрақтар мен жауаптар

Алкогольді қауіпті мөлшерде тұтыну алкогольдің адамның психологиялық және тәни жағдайына зиян келтіруі мүмкін деңгейі ретінде қабылданады: алкоголь тұтыну (96° спирт) аптасына ерлер үшін * 350 г және одан көп және әйелдер үшін 210 г немесе одан көп мөлшерде. ДДҰ деректеріне сүйенсек 10 мл алкоголь: 1 саптыаяқ (кружка) кәдімгі сыраға (285 мл); 5 кружка алкогольсіз сыраға; 1 бокал асхана шарабына (120 мл); 1 рөмка күшейтілген шарапқа (60 мл); 1 кішкентай стақан (стопка) араққа немесе коньякқа (25 мл) сәйкес болады.

БМСК дәрігерінің кеңесіне келесі элементтер кіреді:

1) пациенттің алкоголь тұтынуы қауіпті болатыны туралы ақпарат;

2) осындай тұтынуды жалғасыра берсе болуы ықтимал қауіптер туралы ақпарат;

3) алкогольдік мінез-құлықты өзгерту туралы мақсат қою;

4) мұндай тұтынудың тәуелділік еместігі, және адамның өз әдеттерін өзгертуге қабылетті екендігі туралы айтып қолдау көрсету.

Алкогольді тұтынумен байланысты мінез-құлықты өзгерту кезеңі

Мінез-құлықты өзгерту моделіне келесі кезеңдер кіреді: зерделеу алды, ойлану, әзірлену, әрекет ету, қолдау, өршу. Алкоголь мәселелері бар пациенттердің 40%-ға жуығы кез-келген сәтте зерделеу алды кезеңінде болады, яғни алкоголь тұтыну әдетін өзгертуге - оны азайтуға немесе тоқтатуға дайын емес. Тағы 40%-ға жуығы осындай өзгерістер туралы ойланып жүреді, міне дәл осындайларға шешім қабылдау үшін жалпы медициналық тәжірибе (бұдан әрі - ЖМТ) дәрігерлерінің кеңесі мен көмегі қажет. Тек кемеліне жеткен науқастардың 20%-ы ғана алкогольдік әдеттері өзгерту үшін дәрігерлердің кеңесін дереу орындай бастайды. Әрекетке көші кезеңіне кіріскен пациент осы шешімді жүзеге асыру үшін өзіне жауапкершілік алады да өзгере бастайды. Ақырында, өзгерістерді қолдау сатысында ЖМТ дәрігерлері қол жеткен нәтижелерді нығайту және бақылау үшін пациенттермен қарым-қатынас жасауды жалғастыру керек.

Алкоголь мәселелері бар пациенттерді БМСК жағдайында оқыту

БМСК дәрігері өткізетін оқуға келесі мәліметтер кіреді:

- 1) алкоголь туралы жалпы мәліметтер;
- 2) тұтынудың қауіпсіз деңгейі туралы деректер;
- 3) тұтыну мен соматикалық бұзылыстардың байланысы;
- 4) залалды төмендету тәсілдері туралы ақпарат;
- 5) тәуелділіктің даму себептері мен қауіп факторлары;
- 6) негізгі тәуелділік белгілері;
- 7) ағымы және болжамы;
- 8) терапия түрлері: препараттар (антидепрессанттар, дисульфирам) және психотерапия.

Бұл кеңестерді барлық мамандық дәрігерлері үшін ДДҰ ұсынған:

- 1) кез-келген себептермен кеңес алуға келген барлық (16-дан 74 жасқа дейін) пациенттерден олардың алкоголь тұтынуы туралы үнемі сұрау керек;
- 2) тахикардиясы, артериалдық гипертензиясы және асқазан-ішек жолдарының қызметі бұзылған (гастрит, панкреатит), мазасызданғыш әрі ұйқысы қашқан пациенттерден жағдайын сұрау;
- 3) медициналық құжаттамаларда алкогольді тұрақты тұтынатын барлық пациенттердің алкогольді тұтынғаны (мөлшері мен жиілігі) туралы жазып қою;
- 4) бұрын алкоголь ішіп көрмегендерге спирт ішімдіктерін тұтынудың қажетсіздігі туралы кеңес беру;
- 5) алкогольді шамадан тыс тұтынатын пациенттерге оны тұтынуды нақты азайту (күніне екі стандартты дозадан кем) немесе алкогольден мүлдем бас тарту туралы кеңес беру және оның ықпалы нығайғанға дейін бақылап отыру;
- 6) қысқа мерзімді араласуларды қолдану, әсіресе алкогольді денсаулыққа қауіпті мөлшерде тұтынатындар және осыған байланысты мәселелері бар адамдар үшін, олардың әдеттерін өзгертуіне көмектесу.

5 сабақ. Жеке гигиенаны сақтау

Сабақ ұзақтығы 100 минут.

Сабақ құрылымы

1. Кіріспе сөз
2. Ақпараттық бөлім
 - 2.1. Жеке тазалық дегеніміз не.
 - 2.2. Жеке тазалық ережесін сақтау талаптары
 - 2.3. Қатысушыларға арналған кеңестер
3. Сұрақтар мен жауаптар

Сабақ өткізу технологиясы. Жеке гигиена - денсаулықты нығайтуға ықпал етін ережелер жиынтығын орындау. Оған денені, киімді, іш киімдерді, үй-жайды таза ұстауға, сонымен қатар тамақ әзірлеуге қойылатын талаптар жатады.

Алдыңғы кезекте денені таза ұстау керек. Теріні дер кезінде әрі жүйелі түрде

жуу керек, әйтпесе оның қорғаныс қабілеті мен микрофлорасының гомеостазы бұзылады. Әсіресе дененің ашық жерлері тез ластанады. Қоғамдық тамақтандыру мекемелерінде, үйде тамақ істеген кезде міндетті түрде қол таза болуы керек. Теріні тазартуға қажетті негізгі құралдар - сабын мен су. Күнделікті, әсіресе жұмыстан кейін, душ қабылдаған абзал, судың температурасы 37-38° жоғары болмау керек. Аптасына бір реттен жиілетпей ваннада немесе моншада сабын мен жөкені қолданып жуыну керек; жуынғаннан кейін іш киімдерді міндетті түрде ауыстырады. Төсек жаймаларды ваннаға (моншаға) түскеннен кейін ауыстырған дұрыс. Және де ұйықтар алдында күндізгі іш киімдерді түнгі жейдеге (пижамаға) ауыстыру ұсынылады. Жатарда аяқты сабындап жуады, әсіресе жазда күн сайын жуған жөн.

Шашты жұмсақ суда жуған жақсы. Майлы немесе құрғақ шаштарға арнайы күтім қажет. Жеке гигиенаға сыртқы жыныс органдарының күтімі де кіреді. Бұл арнайы гигиеналық шараларды бала туылған сәттен бастау керек және жүйелі түрде жасау қажет. Жеке гигиенада ішкі киімдердің, киімдердің тазалығын сақтау, күн сайын шұлықтарды ауыстыру маңызды орын алады.

Осы күнделікті қажет гигиеналық шаралардың бәрі отбасында біреу ауырып қалған кезде ерекше маңызға ие болады, өйткені гигиена талаптарын бұзу науқастың төңірегіндегі адамдардың, әсіресе балалардың жұмысқа қабілеттілігі мен денсаулығына теріс әсер етуі мүмкін.

Қатысушыларға арналған кеңестер:

- 1) алынған ақпараттар негізінде жеке гигиена саласында жол берген өзіңіздің қателіктеріңізді талдаңыз.
- 2) алынған ақпараттар негізінде отбасы мүшелеріне жеке гигиена нормалары мен ережелері туралы айтып беріңіз.

6 сабақ. Күйзелістің алдын алу және күйзеліске төзімділік дағдыларын қалыптастыру

Сабақтың ұзақтығы 100 минут

Сабақ құрылымы

1. Кіріспе бөлім
2. Ақпараттық бөлім
 - 2.1. Күйзеліс дегеніміз не?
 - 2.2. Күйзелістік жағдайға бейімделу
 - 2.3. Релаксация тренингі
 - 2.4 «Күйзеліске төзімділік» ұғымы
 - 2.5. Күйзеліске қарсы дем алу
 - 2.6. Қатысушыларға арналған кеңестер
3. Сұрақтар мен жауаптар

Күйзеліс дегеніміз не?

Күйзеліс – ағзаның артық күш жұмсауына, қобалжу мен күнделікті күйбең

тіршілікке әрекеті. Жүктелім артық болғанда адам жағдайы нашарлап басқа белгілер пайда бола бастайды. «Күйзеліс» сөзі ағзаның тіршілік етудің күрделі жағдайына бейімделуге талпынған күйін айқындайды. Адам шамасынан артық ауыр жұмыстар жасаса немесе психикалық ширығуға душар болса, оның ағзасы қорғана бастайды. Бірақ көбінесе ағза ойға немесе денеге келтірілген артық жүктелімдері көтеруге қабілетсіз болып қалады. Мұндай жағдайда кез-келген қосымша ширығу адамның қалыпты жағдайын бұзып, ауруға душар етуі мүмкін.

Күйзеліс - ауру емес, ағзаның қорғаныс күші. Егер мұндай қорғаныс созылмалы болса, адам ауруға осал және күйзелістің әсері жүрек қағысының жиілігімен, жоғары артериялық қан қысымымен, гастритпен, іштің қатуымен, шаштың түсуімен, бөртпе немесе аллергия, етеккірдің бұзылуы және т.б. білінуі мүмкін. Жеке күйзелістерді талдау тәсілі ретінде өзінің қажеттілігін дәлелдеген күйзелістер күнделігі болып табылады, ол күйзеліске төзімділікті қамтамасыз етуге көмектеседі.

Жалпы ереже

Оқыту процесінің қатысушыларының денсаулығының басты факторы мен көзі денсаулыққа ықпал ететін өмір салты болып есептеледі. Өмір салтының құрылымында басқарушы фактор – өмірлік мінез-құлық. Адамның салауатты өмір салтын қалыптастыру аурудың алдын алу мен адам денсаулығын қамтамасыз етудің жетекші факторы ретінде қарастырылады.

Релаксация тренингі 30 минут

Қатысушылардың барлығы өздерінің күйзелістік жағдайын бағалағаннан кейін психолог релаксация жаттығуларын жасатуға кіріседі, ол әркімге күйзелістен шығуға көмектеседі және кез келген жағдайда қолдануға болады: үйде, жұмыста және т.б. Психолог тыныштандыратын/классикалық әуенді, мысалы Шуман, Шопен, Вивальди қосып, қатысушыларға оған құлақ салып, барынша беріліп тындау керектігін өтінеді. Қандайда бір құбылысқа беріліп көңіл аудару толық релаксацияға ықпал етіп, жағымды көңіл-күйді тудырады. Релаксация 1-2 минутқа созылады. Сонан кейін күйзеліске қарсы тыныс алуды жасай бастайды. Орындықта отырып, ақырын мұрынмен терең дем алады, дем алу шегіне жеткенде демді ішке ұстап тұрады, одан кейін ақырын демін шығарады. Бұл 5 минуттың ішінде жасалады. Мұндай тыныштандыратын дем алу 5 ретке дейін қайталанады. Бұл мезгілде жаттықтырушы қатысушыларға әр терең дем алып, дем шығарған сайын күйзелістер арылуды көз алдына елестетуге тырысуларын ұсынады.

Күйзеліске қарсы дем алғаннан кейін минуттық релаксация жүргізіледі. Ол үшін жаттықтырушы қатысушыларға ауыз бұрышын еркін ұстап, ерінді ылғалдап және иықты босаңсытуды ұсынады. Өзінің бет әлпеті мен дене қалпына көңіл аударуларын сұрайды. Өздерінің көңіл-күйін, ойын, ішкі жағдайын көрсетіп тұрғанын ескертеді. Ешкім өзінің күйзелістегі жағдайын айналадағылары білгенін қаламайтыны белгілі. Бұл релаксация 1 минутқа созылады.

Одан кейін жаттықтырушы қатысушылардан өздерінің айналасына қарап, өздері отырған мекеменің ішіне және оны жақсы білсе де болар-болмас заттың

бәріне аса назар аударуларын ұсынады. Сондай-ақ асықпай оймен барлық заттарды рет-ретімен бір-бірден алуға және «мүлікті түгендеуге» толық көңіл аударуға тырысуларын сұрайды. Өз-өздеріне ішінен айту: «Қоңыр жазу үстелі, ақ перде, гүлге арналған қызыл гүлсауыт» және т.б. Бұл әрекетті жаттықтырушы әр затқа көңіл аудара отырып, айналадағы жағдайды үйлесімді қабылдауға назарын бағыттай отырып, әр адам өзінің ішкі күйзелісін ұмытады. Мұндай релаксация 10 минутқа созылады. Релаксация аяқталғаннан кейін жаттықтырушы бәрінің тұруларын, аяқтарын иық деңгейіне қойып, алдыға еңкейіп және өздерін бос ұстауларын, басын, иығы мен қолын еркін жіберіп тыныш дем алуларын сұрайды. Бұл қалыпты 1-2 минут ұстап тұрып, одан кейін ақырын бастарын (бастары айналып кетпеу үшін) көтеру керек. Аталған жаттығу 8 минут ішінде 2 рет қайталанатын. Жалпы релаксация уақыты 30 минутқа созылады. Күйзеліске төзімділік жөнінде берілетін ақпарат 35 минутты құрайды.

Барлық адамдарды күйзеліске төзімділік бойынша 4 топқа бөлуге болады:

Күйзеліске төзімді адамдар кез келген өзгеріске дайын және оны жеңіл қабылдайды. Олар дағдарыс жағдайында қиындықты оңай жеңеді.

Күйзеліске төзімсіз адамдарға кез келген өзгеріске бейімделу қиын, оларға өз мінез-құлқын, мақсатын, көзқарасын өзгерту қиын. Егер бір нәрсе дұрыс болмаса, олар күйзеліске түсіп кетеді.

Күйзеліске жаттықтырылған адамдар өзгеріске дайын, бірақ тек тез және ғаламдық өзгерістен басқа. Бұл адамдар артық қозғалыссыз айналадағы жағдайға өздігінен біртіндеп бейімделеді және ол мүмкін болмаған жағдайда күйзеліске тез түседі. Егер күйзеліс тудыратын оқиға қайталанса, күйзеліске жаттықтырылған адам оған дағдыланып, оған сабырлықпен қарайды.

Күйзеліске тежелетін адамдар сыртқы оқиғаның әсеріне өзгермейді, олардың өзінің тұрақты ұстанымы және дүниеге көзқарасы бар. Дегенмен мұндай адамдардың басында күйзеліс ылғи қайталанса, ол адам өзін-өзі жоғалтып алады.

Күйзеліске төзімділік – бұл туа біткен қасиет емес және жаттығуға өте жақсы беріледі.

7-сабақ. Қарым-қатынас жасау дағдылары

Дауласу мен психологиялық денсаулық

Сабақ ұзақтығы 100 минут

Сабақ құрылымы

1. Кіріспе бөлім
2. Ақпараттық бөлім
 - 2.1. Қарым-қатынас дағдылары дегеніміз не
 - 2.2. Ептілік тренингінің негізгі техникалары
 - 2.3 Релаксация тренингі
3. Сұрақтар мен жауаптар

Адамзат қоғамы қарым-қатынассыз мүмкін емес. Тұлға аралық қарым-қатынас адамның тұрмыстық жағдайында қажетті рөл атқарады, онсыз тұлға ретінде адамның жеке психологиялық қызметін, әрекеті мен қасиетін толық қалыптастыру, ал бастысы – адамның психологиялық денсаулығын қалыптастыру мүмкін емес.

Психологиялық денсаулық адамның тіршілік әрекетінде оны толыққанды қалыптастыру мен дамытуда қажетті жағдай болып табылады. Бір жағынан, ол адамның жастық, әлеуметтік және мәдени (бала немесе ересек адам, оқытушы немесе менеджер, ресейлікті немесе аустралиялықтың) рөлінорындау әрекеті болып табылады, екінші жағынан, өмір бойы адамның үздіксіз даму мүмкіндігін қамтамасыз етеді.

Адам туылғаннан бастап басқа адамдармен өзара қарым-қатынаста болады, дегенмен, кейде нақты өмір құбылысын зерттеуде жоғары жетістікпен ерекшеленетін адамдар қарым-қатынас жасау қабілетін білмегендіктен тұлғааралық қарым-қатынаста дәрменсіз болып қалады. Қарым-қатынасты айқындаудың әр адам үшін де, қоғам үшін де маңызы зор.

Адамның психологиялық қарым-қатынасы дамыған түрде объективті шындықтың әр түрлі жағымен тұлғаның жеке, таңдаулы, саналы байланысының толыққанды жүйесін көрсетеді.

Сабақтың мақсаты: психологиялық денсаулықты нығайту үшін адамдармен өзара жақсы қарым-қатынас жасауға арналған қарым-қатынас қабілетін дамыту.

Сабақ жүргізу технологиясы. Ептілік тренингінің негізгі техникалары:

1. Бақылаудағы мінез-құлыққа назар аудару.
2. Десенсибилизация–ұқсас қиындығы бар адамдар тобына қатысудың және топтың қолдаушылық әрекетінің көмегімен тұлғааралық үрейді, сезімталдықты жою. Мысалы, өзін төмен бағалайтын адам топтың тарапынан өзі туралы пікірді естісімен, өзін түзетеді.
3. Мәселені шешудің оқыту үлгісі. Жетекші назар аударуға шақыратын мінез-құлық түрі. Жетекші «не істеу қажет» үлгісін, жақсы оқытушының, басшының, ата-ананың және т.б. адамдардың қалай істейтінін көрсетеді. Мысалы, жақсы әйел жолдасын, жолдасының ата-анасын және т.б. басқа адамдардың көзінше сынамайды.
4. Мінез-құлықты жаттықтыру. Бұл қиын жағдайды рөлдік жеңу. Мысалы, өтінішпен жүгіну, бас тарту, қошеметтеу, ескерту. Ептілік тренингінде өзінің қалауы, жағдайы, қуанышы, агрессия туралы айтуды, «жок» деп айтқың келіп тұрғанда «иә» деп айтпау, ескерту жасау, кешірім сұрауды үйренеді.
5. Мінез-құлықты өзгертуде қол жеткізілген нәтижені бағалау. Психодиагностикалық шараның (тестілеу) көмегімен және өзіне-өзі есеп беру мен топтық пікірдің негізінде іске асырылады.
6. Үй жұмысы. Күнделікті толтыру, өзіне-өзі есеп беру мен мінез-құлықтық тапсырмаларды орындау (мысалы, отбасында ешкімге ескертпей Қуаныш күнін, Махаббат күнін ұйымдастыру; бейтаныс адаммен сөйлесу, танысу, бір жерге шақыру

және т.б.) аяқталады.

Мінез-құлықты түрлендіру тренингінде көп таралған тапсырмалар:

2.1. Өзіне-өзі сенімді болуға жаттықтыру. Топтың әр мүшесіне өзінің сенімді әрекет жасағысы келетін жағдай туралы ойланып, оны сипаттауға тапсырма беріледі. Сипатталған жағдайлардың ұқсастығын негізге ала отырып, топты осы оқиғаны талқылайтын және сипаттайтын 5-6 адамдық топшаға бөлу іске асырылады. Одан кейін өз еркімен жаттығу үшін екі жұп құрылады. Олар рөлдерін ауыстыра отырып, оқиғаны ойнайды. Басқа топ мүшелері оларға оң кері байланыс береді. Оқиға мен мінез-құлық, не ұнады (ұнамады), нені өзгерту керектігі талқыланады. Бұл жаттығуды кезекпен барлық топ орындап шығады. Осы оқиғаны игергеннен кейін ол қиындай түседі. Сонымен қатар, өзіне сенімсіз адамға әр оқиғада жеңіске жетуге, оң тәжірибеден көңілін көтеруге мүмкіндік беру маңызды.

2.2. Әңгімелесуге жаттықтыру. Мұндай жаттығудың мақсаты—тұлғааралық қарым-қатынасқа байланысты күмәнділікті төмендету және қарым-қатынас икемділігіне жаттықтыру. Серіктестер кезек-кезек сұрақ қоятындай етіп топты жұпқа бөледі және оған толық жауап береді. Одан кейін жұптар кезектесіп бірі өзі туралы айтады, келесісі бір-екі сөз айтады, түсіндіреді, дәлелдейді, сонымен әңгімені одан әрі өрбітеді. Бес минуттық диалогты ойнағаннан кейін серіктестер рөлдерімен алмасып, туындаған қиындық пен күйзелісті талқылайды.

2.3. Қорқынышпен күреске жаттықтыру. Қатысушыларға көзді жұмып, өздерін еркін ұстап және аз ғана үрей тудыратын оқиғаны немесе затты көз алдына оймен елестету ұсынылады. Одан кейін қайтадан еркінсіп, одан да күрделі экстремалды оқиғаны көз алдына елестетіп қайта еркінсуді ұсынады. Осылайша қатысушы үрейленбей барлық оқиға сатысын көз алдына әкелетін жағдайға жеткенше жалғастыру қажет. Мұндай тренингтің басты идеясы үрейлі әрекет пен қорқынышты релаксациямен алмастырумен аяқталады. Бұл тәсіл жұрт алдында сөз сөйлеу, емтихан алдындағы және жыныстық бұзылулар кезіндегі қорқынышты жоюға тиімді қолданылады.

3. Қарым-қатынас қағидалары мен даулы оқиғаларды шешу. Адамның психологиялық және физикалық денсаулығына әсер ететін жетекші факторлардың бірі даулы оқиға болып табылады.

3.1. Дейл Карнеги бойынша жағымды қарым –қатынас техникасы мен ережесі:
а) Сөзді бөлме; б) Тыңда; в) Қарсы келме; г) келісуге тырыс; д) Кінәлама; е) ұнамсыз сөздерден қаш; ж) мейірімді және жағымды сөздерді тауып айт.

3.2. Даулы оқиғаны шешу әдісі.

Дауласу – әрқайсысымыздың қоғамдық өміріміздің бір бөлігі. Дауласуды танып және жеңудің бес сатысын анықтайды:

- Дауласуды тану - «Сіз қашан ренішті, наразылықты сезінетінінізді?» сұрау
- Сіздің сезіміңіз—Егер сіз дауға қалғаныңызды түсінбесеңіз, өзіңізден сұраңыз: «мен нені сезінемін, бұл сезім қайдан пайда болды? Екінші дауласушы не сезінуде, ол неден туды?»

- Біз нені қалаймыз? - Біз ұрысқаннан не табамыз, анықтаңыздар? Дауласудың себебі неде? Мен нені қалаймын? Қарсыласым нені қалайды?
- Біздің пікіріміз–Сізді де, қарсыласыңызды да қанағаттандыратын пікірге келіңіздер, яғни екеуі де нені қаласа соны алатындай
- Біздің жоспарымыз–Екеуін де қанағаттандыратын шешім таба отырып, ол шешімді бірге іске асыруды бастаңыз, қарым-қатынастарыңызды жақсартып, достықтарыңызды нығайтыңыздар.

3.3. Даулы оқиғаны реттеу. Д.Карнеги 9 базалық ережені ұсынады:

1. Өзіңіз туралы сыни пікіріңіз болсын; оны объективті түсіну дауласуды конструктивті реттеуге ықпал етеді.

2. Өзін-өзі төмен бағалайтын адамдар ұрыс пен даулы оқиғаға жиі тап болады.

3. Өзін-өзі жоғары бағалайтын адамдар сирек дауласады және оған жол бермеу үшін әрқашан ортақ тіл табысады, ал дау туған жағдай болса, оны оңынан шешеді.

4. Әр дауда нақты бір оң мүмкіндік бар. Бұл екінші адамның қажеттілігі мен қалауын білуге және түсінуге болатынын түсіндіреді. Бұл бір-біріңнің қарым-қатынасыңды түсінуге, жақсартуға және қарсыласыңның жағдайын түсінуге көмектеседі.

5. Оң өзара әрекетсіз дауды дұрыс шешу мүмкін емес.

6. Өзара түсіністік пен жақсы қарым-қатынасты дауласудың алдын алуға мүмкіндік беретін арнайы қарым-қатынас дағдыларын, көнгіштік, сендіруді игеруді оқыту не үшін қажет.

7. Араласудың конструктивті дағдылары мен дауды реттеуге үйренуге және оларды қажет болған жағдайда қолдануға болады.

8. Дауласуды реттеу стратегиясы тиімді болу үшін ол әр түрлі деңгейде және қоғам өмірінде біріктірілген болуы қажет. Дауласуды реттемелеуді біріктіруді маңызды деңгейі отбасы, ұжым, ЖОО-лар, өңірлер, мемлекет болып табылады.

9. Кез келген дауды шешу кезіндегі оң тәсілдер мен өзара әрекеттер денсаулықтың психологиялық және әлеуметтік деңгейін сақтау кепілгері болып табылады.

4. Қатысушыларға арналған кеңестер. Қарым-қатынас дағдыларын игерген адамдардың басымдылығы сөзсіз. Демек, бұқаралық қарым-қатынас дағдылары туралы мәселе туындайды, қазіргі кезде көптеген әлеуметтік-психологиялық тренингтер бар.

Әлеуметтік-психологиялық тренинг—жетекші психологтың көмегімен арнайы құрылған кіші топтарда тұлғааралық қарым-қатынасты құрудың қазіргі уақытта тиімдірек және дамыған елдерде кеңінен қолданылатын психологиялық дағдыларды оқыту тәсілдері.

Топта психологиялық жаттығу мен ойындардың арнайы жүйесімен қатысушыға көптеген рөлдерді ойнап көру үшін қауіпсіз басқа адамдардың көзімен өз қиындығын көруге, отбасында ала алмаған қарым-қатынаста қажетті дағдыларды үйренуге, мінез-құлықтың жаңа түрін бойына сіңіруге, түсінуге және өз мәселесін шешіп, бақытты болуға мүмкіндік туады.

4.1. Қатысушыға қойылатын талаптар:

4.1.1. Белсенділік ережесі. Топтық жұмысқа бәрі қатысады.

4.1.2. Шыншылдық ережесі. Топта сенімді қарым-қатынасты бекітуге ықпал ететін әр қатысушының шынайылығы.

4.1.3. Тең бағалау ережесі. Топта бәрі бірдей. Мәртебелік деңгей жоқ.

4.1.4. «Қазір және енді» ережесі. Топта талқылауға тікелей тренинг барысында болған оқиғалар ғана жатады.

4.1.5. Құпиялық ережесі. Топта талқыланатын және әр адамның жеке өміріне қатысты мәлімет шектен шықпайды.

4.1.6. Конструктивті кері байланыс ережесі. Қатысушылар тұлғалық жалпы баға бермеуге, тек мінез-құлық пен болып жатқан оқиғаны сипаттауға келіседі.

6. Жастар денсаулық орталығы (ЖДО)

Жастар денсаулық орталығы –МСАК ұйымдарында жасөспірімдер мен жастарға кешенді медициналық-психологиялық-әлеуметтік көмек көрсететін арнайы қызмет.

Өзектілігі.

Соңғы он жыл ішінде барлық әлемдегідей біздің елімізде де қиындық тудыратын жас адамдардың жыныстық мінез-құлқы тез өзгерді:

- күтпеген жүктілік;
- жыныстық жолмен жұғатын жұқпалар (ЖЖЖИ), оның ішінде ЖИТС;
- жыныстық зорлау;
- Психологиялық ауытқу.

ҚР ДСМ салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығының мәліметінше 2012 жылы жүргізілген 15-29 жастағы жасөспірімдер мен жас адамдардың репродуктивтік денсаулық жағдайларына, олардың хабарлылығы мен қауіпсіз мінез-құлық дағдыларының деңгейіне профилактикалық бағдарламалардың әсерін сипаттайтын ұлттық көрсеткіштерді әзірлеу бойынша жүргізілген зерттеу нәтижесінде Қазақстанда 15-29 жастағы жасөспірімдер мен жастардың сақтандыратын мінез-құлық туралы жеткіліксіз ақпаратты екендігі және қауіпсіз жыныстық мінез-құлық қолданатыны белгілі болды. Сонымен, 14 жаста жыныстық қатынасқа түскен жасөспірімдер - 8,4%. 15 жаста жыныстық қатынасқа 33,1% жасөспірім, ал 19 жаста әр екінші жас адам (49,2%) түседі екен. Жасөспірімдер мен жастардың айтарлықтай бөлігін қауіптілік деңгейі жоғары бей-берекет жыныстық қатынасқа түсу мазаламайды. 41,0% 15-29 жастағы жасөспірімдер мен жастардың бір серіктестен көп жыныстық байланысы бар.

Жасөспірімдер мен жастар арасында контрацептивті қолдану олардың репродуктивтік мінез-құлқы үшін әлі тән емес. Соңғы жыныстық қатынас кезінде мүшеқапты қолданбаған немесе тұрғылықты мекен-жайына байланыссыз контрацепция құралын пайдаланғаны туралы есінде жоқ жасөспірімдер мен жастардың пайызы жоғары (22,4%) болып шықты.

Қазақстанда жасөспірімдік жүктілік деңгейінің жоғарылығы байқалады. 15-29

жастағы жыныстық қатынасқа түскен жасөспірім қыздардың әр бесіншісі (21,3%) жүкті болған.«Мединформ» ЖШС-ның 2011 жылғы мәліметі бойынша елде жүктілік бойынша есепке 15-29 жастағы 22 081 жасөспірім қыз (олардың жалпы санының 2,9%) алынған. 2011 жылы 1519 жастағы жасөспірім қыздардың босану саны 12 362-ні құрады, яғни жүктілік бойынша есепке алынған қыздардың 55,7%-ы.

15-29 жастағы жастар мен жасөспірімдердің жыныстық белсенділігі олардың жыныстық жолмен берілетін инфекциямен ауыру қаупін тудырады. Өзінде жыныстық жолмен жұғатын жұқпаның барын байқаған тұлғалар арасында 62,1% жас балалар мен қыздар жыныстық мүшедегі жараның шығуына шағымданған, 61,8% ер бала кіші дәретке отыру кезінде ауырғандарын, жыныстық мүшеден бөліністің бөлінгенін, ал 48,3% - ұманың ауыруы мен сінгенін байқаған. 50% қыз бала етеккірмен байланыссыз іштің төменгі жағының ауырғанына және жыныстық мүшеден патологиялық шығындының бөлінгеніне шағымданған. Бұл 15-29 жастағы жасөспірімдер мен жастардың жыныстық және репродуктивтік денсаулығын жақсарту бойынша барлық шаралар жүйесін оңтайландырудың және денсаулық сақтау саласында арнайы қызмет құру қажет екенін көрсетеді.

Жастар денсаулық орталығы Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің 2011 жылғы 9 маусымдағы №381 бұйрығына сәйкес ұйымдастырылған.2014 жылдың басында республикада МСАК ұйымдарында 76 жастар денсаулық орталығы қызмет атқаруда.

Жастар денсаулық орталығы құру үшін негіздеме

- жасөспірімдер денсаулығының әлеуметтік маңызы;
- жасөспірімдердің денсаулығы мен әлеуметтік қорғанысының бірден нашарлауы;
- базалық медициналық көмектің жетіспеуі, медициналық-әлеуметтік көмекке жоғары мұқтаждық;
- жастардың психологиялық және әлеуметтік жетілмеуі, денсаулығына саналы қарым-қатынастың және көмекке өздігінен жүгіну жағдысының жоқтығы, өзін-өзі бақылау мен өз сезімі мен ойын білдіру дағдысының болмауы;
- «қауіпті мінез-құлықты аурулардың» үлес салмағының өсуімен жастардың ауыру құрылымын өзгерту. АИТВ жұқпасы мен жыныстық жолмен берілетін инфекциялар індеті, есірткіні тұтыну жасөспірімдердің денсаулыққа қатысты мәселесін шешуге арналған қызметтерді дамытуды жеделдетуге тура келеді;
- отбасының әсер етуінің төмендігі, ерте пубертат, жыныстық өмірдің ерте басталуы және кеш тұрмыс құру репродуктивтік денсаулықты сақтауда елеулі мәселе туғызады;
- жасөспірімдер мен жастардың денсаулығын сақтауда кешенді тәсіл мен ведомствоаралық өзара әрекеттестік қажет.

Жастар денсаулық орталығында көрсетілетін қызметтердің басты қағидалары

- жасөспірімдер мен жастарға бағытталғандық;
- консультативтік және профилактикалық көмектің басымдылығы;
- қолжетімділік;
- КТМКК шеңберінде тегіндік;
- қызмет көрсетуді ұйымдастырудың тиімді түрі;
- осал топтарға көзделу;
- кешенділік пен тиімділік.

ЖДО-ның міндеті

I. Медициналық-психологиялық-әлеуметтік көмекпен қамтамасыз ету келесі мәселелер бойынша басым:

- отбасын жоспарлау;
- гинекология, оның ішінде балалар мен жасөспірімдік;
- урология, оның ішінде балалар мен жасөспірімдік;
- психологтың консультациясы;
- АИТВ профилактикасы жөніндегі дәрігердің консультациясы;
- дерматовенерологтың консультациясы;
- мінез-құлықтық қауіп факторларының (темекі шегушілік, шектен тыс алкогольді тұтыну) алдын алу;
- әлеуметтік-құқықтық мәселелер.

II. Жасөспірімдерге келесі дағдыларға икемденуге және қалыптастыруға үйрету:

1. салауатты өмір салтын ұстану (профилактикалық бағыт);
2. ЖЖБИ, ЖИТС және жоспарланбаған жүктіліктің алдын алу бойынша жыныстық қатынас пен эмоционалдық мәдениетін, әлеуметтік - құқықтық білімнің деңгейін арттыру;
3. қауіпті жағдайларды төмендету үшін саналы, жауапты және қауіпсіз сексуалдық мінез-құлық дағдыларын қалыптастыру;
4. лайықты мінез - құлық дағдыларын үйрету (теңдік, сыйластық, өзара ынтымақтастық, жағдайды бағалай білу, ілтипаттылық), отбасылық өмірге жауапты серіктестікті (әке болуды) қалыптастыру.

III. Оқу-әдістемелік, ақпараттық материалдарды, бағдарламаларды әзірлеу, оның ішінде:

1. репродуктивтік денсаулығын, сексуалдық және репродуктивтік мінез-құлықты сақтау, сенімді әрі қауіпсіз контрацептивтік құралдарды пайдалану, қаламаған жүктіліктің алдын алу мәселелері бойынша жастар мен жасөспірімдерге қазіргі заманғы білімдермен қамтамасыз ететін ақпараттық қызметтер көрсету.
2. ақпараттық-білім беру материалдарын әзірлеу;
3. лайықты оқыту және ақпараттандыру, оның ішінде құқықтық мәселе бойынша медицина қызметкерлерін, педагогтарды, қоғамдық және жастар ұйымдарының өкілдерін, бұқаралық ақпарат құралдарын;

4. жасөспірімдердің мінез-құлқын психологиялық түзеу бойынша; салауатты өмір салтын қалыптастыру нұсқауы; ЖЖЖИ-дің, нашақорлықтың, маскүнемдіктің және т.б. профилактикасы.

IV. Басқа ЕПҰ-мен жұмыста сабақтастықты қамтамасыз ету:

1. бейінді ЕПҰ-ға (оның ішінде қалалық консультативтік-диагностикалық орталықтар мен дағдарыс орталықтары, арнайыландырылған стационарлар және т.б.) дер кезінде кеңес алуға жіберу;

2. арнайыландырылған тар бейінді ЕПҰ-да басты емдеу курсы алған жасөспірімдерді диспансерлік бақылауды іске асыру мен оңалту шараларын жүргізу.

V. Жасөспірімдер мен жастарды әлеуметтік-құқықтық жетекшілікпен қамтамасыз ету.

VI. Сектораралық ынтымақтастық (жалпы білім беретін мектептер, орта және жоғары оқу орындары, білім беру, денсаулық сақтау басқармалары, Әкімшілік, салауатты өмір салты қызметі, наркологиялық диспансер, психоневрологиялық диспансер, ЖИТС орталығы, тері-венерологиялық диспансер, бұқаралық ақпарат құралдары).

Жұмыс технологиясы

Жас адамдарда шынайы қызмет алу мүмкіндігі болу: қарапайым жүгіну шаралары, тегін медициналық көмектің орындалу кепілі, көрсетілетін қызметтің кешенділігі, кез келген қызықтыратын ақпарат алу мүмкіндігі және с.с.

ЖДО-ға жас адамдарды тарту үшін ақпараттық-бұқаралық шаралар жүргізу қажет, мысалы, орталық туралы мәлімделген бүктемелер шығарып, оны адамдар көп келетін жерлерде тарату, теледидардан бейнероликтер көрсету. Бірыңғай түсте (қызғылт-жасыл) логотип әзірленді, БАҚ-қа, веб-сайтқа жастар денсаулық орталығының ақпараттық жолдауы жіберілді (zhas.kz).

ЖДО-ның қызметі қыздармен қатар ер балаларға да қолжетімді болуы маңызды. Физикалық және ділдік мүмкіндігі шектеулі жас адамдарға орталықта басқалармен бірдей қызмет көрсетілуі тиіс.

ЖДО құпиялық қағидасын жіті сақтауы тиіс, жасөспірім дәрігерге толық сенім артып, бәрін айтуы қажет. Кейбір төтенше жағдайда ғана дәрігер жасөспірімге ата-анасы мен жақындарына қиындығы туралы айтуына көндіру қажет, мысалы жасанды түсік жасату (Қазақстан Республикасының «Адамның ұрпақ жаңғырту құқықтары және оларды жүзеге асыру кепілдіктері туралы» 2004 жылғы 16 маусымдағы №565-11 Заңына сәйкес).

Жасөспірімдерді ауруға байланысты ғана емес, профилактикалық мақсатта, сондай-ақ қызметті таңдауда еркіндікті білдіру мен медицина қызметкерінің нұсқауын орындауға байланысты дәрігерге өз бетінше және саналы түрде жүгінуге уәждемелеу қажет.

Қызметкер тарапынан жасөспірімді түсіну мен оның ерекшелгін қабылдауға негізделген қарым-қатынас, құрмет, шыдамдылық, өз ойын білдіру кезінде құпиялықты сақтау мен қолдаудың маңызы зор.

Жасөспірімдер мен жастарға консультативтік, емдеу-профилактикалық көмек көрсету келесі бағыттар бойынша іске асырылады.

- отбасын жоспарлау мәселесі бойынша консультация беру, қазіргі кездегі контрацепция құралдарымен және тәсілдерімен, оларды қолдану негіздерімен және қайшы негіздемелермен жастар мен жасөспірімдерді таныстыру; әсіресе контрацептивтер қолдану барысында қосалқы әсерлер мен асқынушылықтар туындаған кезде, пациенттерге консультация беру және тұрақты бақылауға алу;
- Контрацепция құралдарын тарату мен есепке алу
- жыныстық жетілу кезеңінің барлық мәселелер, қауіпсіз жыныстық қатынас, қаламаған жүктіліктің, ЖЖБИ, АИТВ жұқпасының алдын алу мәселелері бойынша консультация беру;
- босанғаннан кейін, жүктілікті үзгеннен кейін және қайталағанын қаламаған жүктіліктің алдын алудан соң жас пациенттерге сауықтыруды қорытынды кезеңін жүргізу, сондай-ақ асқынушылық орын алған жағдайда (пациенттің қалауы бойынша) консультация беру;
- жатыр мойны ауыруымен ауыратын пациенттерді диагностикалау мен емдеу; жіті (цитологиялық, вирусологиялық) тексеруге жіберу, диспансерлік бақылауды іске асыру.
- жасөспірім қыздардың сүт безі патологияларын бастапқы анықтау және тексеру, емдеу үшін маммолог маманға дер кезінде жіберу;
- ЖЖЖИ-мен ауыратын жасөспірімдерді анықтау мен емдеу, мерез және соз ауыруымен ауыратын паценттерді ҚТВД-ге жіберу.
- жыныс органдарының туа пайда болған немесе жүре пайда болған аурулары бар жасөспірім ұлдар мен бозбалаларды диагностикалау және бейінді ұйымдарға емделуге жіберу;
- жасөспірімдердің жалпы психикалық денсаулығы, жыныстық қатынас мәселелері бойынша жасөспірімдерге медициналық-психологиялық консультациялар беру, жасөспірімдер мінез-құлықтарының барлық түрдегі бұзылуларын медициналық-психологиялық тұрғыдан түзету, жастармен және жасөспірімдермен жеке және топпен психологиялық тренингтер өткізу.

Емдеу-диагностикалық қызмет ЖДО-ға өз еркімен жүгінген немесе басқа ЕПҰ-ның мамынымен жіберілген жасөспірімдерді жеке қабылдауды ұйымдастыру арқылы іске асырылады. Жасөспірімдермен барлық емдеу-диагностикалық шаралар ҚР заңнамасына сәйкес қатаң түрде жүргізіледі.

Әлеуметтік және психологиялық қызмет көрсету:

Репродуктивтік денсаулыққа (жыныстық зорлық, күтпеген жүктілік, ЖЖЖИ, АИТВ жұқпасы және т.б.) қатысты күйзеліске тап болған жасөспірімдерді әлеуметтік қорғау.

Психологиялық-педагогикалық, медициналық-әлеуметтік орталықтар және әлеуметтік қорғау органдарымен өзара әрекеттестік.

Білім беру ұйымдарындағы әлеуметтік педагогтармен және психологтармен өзара әрекеттестікке бағытталған.

Оқу-әдістемелік жұмыс:

Қалалар мен өңірлердің білім беру және емдеу-диагностикалық ұйымдарының педагогтары, әлеуметтік қызметкерлері, медицина қызметкерлер құрамы мен психологтары, жасөспірімдердің ата-аналары үшін оқыту семинарларын, тренингтер, мәжілістер, дөңгелек үстелдер, жеке консультациялар өткізу.

Жасөспірімдермен жұмыс істеу үшін жастар арасынан көшбасшыларды (еріктілерді) іріктеу мен даярлау.

Жастар мен қоғамдық ұйымдардың, әлеуметтік қызметтердің, бұқаралық ақпарат құралдарының бірлескен жұмысына тарту және өзара әрекеттестік, халық арасында білім беру, санитарлық-ағарту жұмысына, оның ішінде теледидарда, радио сөз сөйлеуге қатысу, мерзімдік басылымдарға мақала беру және т.б.

Халыққа, ЕПҰ мамандарына, білім беру мекеесінің қызметкеріне арналған ақпараттық және әдістемелік материалдарды әзірлеуге қатысу.

Кадрларды даярлау

Мамандарды оқыту Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығында мемлекеттік үлгідегі сертификатты беру арқылы дәрігерлердің біліктілігін жетілдіру тақырыптық (156 сағат) циклінде және акушерлік және гинекология кафедрасында «Жасөспірімдік гинекология» циклінде жүргізіледі.

Халықаралық үкіметтік емес ұйымдардың техникалық қолдауымен психологиялық-әлеуметтік консультация бойынша интерактивтік тренингтер сериялары қарастырылған.

Жастар денсаулық орталығының мамандарын (медициналық қызметкерлер, психологтар, әлеуметтік қызметкерлерді) мемлекеттік үлгідегі сертификат беру арқылы «Жазғы мектеп» және «Қысқы мектепте» «Жасөспірімдер мен жастардың репродуктивтік денсаулығын сақтау», «Жасөспірімдер мен жастарға психологиялық-әлеуметтік кеңес беру» және т.б. тақырыптары бойынша оқыту.

7. Темекіге қарсы орталықтар (кабинеттер)

Темекіге қарсы орталықтар (кабинеттер) – МСАК жүйесіндегі арнайы қызмет, әлемде қабылданған шылымқорлықтың алдын алу, темекі өнімдерін тұтыну мен темекіден бас тартуда көмек көрсетудің тиімді практикалық механизмдерінің бірі.

Өзектілігі.

ҚР ДСМ тапсырысы бойынша СӨСҚПҰО жүргізген 2012 жылғы Ұлттық зерттеу мәліметінше сұралған ересек жастағы тұрғындар арасында темекі тартудың таралуы - 26,5%, сауалнамаға жауап беруші пассивті темекі тартушылар - 62,2%, темекі тартуды ешқашан тастамаған темекі тартатын сұхбаткерлер саны - 25,9%, күнделікті темекі тартатын сұралғандар - 20,3%, күнделікті тартпайтындар - 8,3%-ды құрады. Темекі тартудың 11-17 жастағы балалар мен жасөспірімдер арасында кең таралуы 6,7%, сұралған балалар арасында үйде пассивтік темекі тартатындар – 12,5% және басқа орындарда 14,8%-ды құрайды. Темекі індетінің

құрбандары еңбекке қабілетті жастағы адамдар – 18-55 жастағы еркектер мен 15-49 репродуктивті жастағы әйелдер болып отыр. Жасөспірімдер мен жастардың темекі тартуының көбеюі ерекше қауіп тудыруда.

Қазақстан темекіге қарсы жеткілікті деңгейде белсенді күрес жүргізуде. Республикада 2006 жылдың 25 қарашасынан ҚР «Дүниежүзі денсаулық сақтау ұйымдарының темекіге қарсы күрес жөнінде шекті келісім-шартын бекіту туралы» (ДДҰ ТКШК) заңы әрекет етуде.

Қазақстан Республикасында 2013 жылдан СӨСҚ өңірлік орталықтары және БМСК негізінде жылына орта есеппен алғанда 1982 адамды қамтитын 95 темекіге қарсы орталықтар мен кабинеттер ашылған және жұмыс істеуде.

Жоғарыда көрсетілген және Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің 2011 жылдың 9-маусымындағы № 381 «Салауатты өмір салтын қалыптастыру саласының қызметін жүзеге асыруда денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы ереже» бұйрығына сәйкес республикадағы БМСК негізінде құрылған темекіге қарсы орталық қызметтерінің, мінез-құлық қауіп факторлары бойынша денсаулық мектептері қызметтері жетілдіріліп және жүйесі кеңейтілуде.

Темекіге қарсы орталықтардың міндеті:

- 1) тәуелді темекі шегушіліктен арылуға келетіндерге емдеу-профилактикалық көмек көрсету;
- 2) медицина ұйымдарында «Темекі шегушіліктен азат аймақ» жобасын жүзеге асыру ісінде ұйымдастыру-консультациялық көмек көрсету (семинарлар өткізу, медицина қызметкерлерін темекіге тәуелділіктен емдеу);
- 3) медицина қызметкерлеріне халықтың арасында темекінің алдын алу тәсілдерін үйрету;
- 4) бекітілген халық арасында темекі шегушіліктің таралуы бойынша статистикалық мониторинг пен талдау жүргізу, тәуелді темекі шегушіліктен арылғысы келетіндерге көмек көрсету қызметін жетілдіру және дамыту туралы ұсыныстар әзірлеу;
- 5) дәрігерлер мен орта медицина қызметкерлерінің темекі шегушіліктің алдын алу мәселелері бойынша кәсіби білім беру жүйесін арттыру үшін ұйымдастыру-әдістемелік жұмыстар жүргізу, темекіге тәуелділік мәселелеріне қатысты конференциялар, кеңестер, дөңгелек үстелдер ұйымдастыру және өткізу;
- 6) темекі шегушіліктің алдын алу мәселелері бойынша халықтың арасында ақпараттық іс-шаралар ұйымдастыру және өткізу (акциялар, семинарлар, дәрістер, сұхбаттар);
- 7) темекіге тәуелділіктің алдын алу мәселелері бойынша жасөспірімдермен жұмыс жүргізу үшін жастардың арасынан жетекшілер (еріктілер) іріктеп алу және білімдерін арттырып еріктілер қозғалысын дамыту;
- 8) жастар мен қоғамдық ұйымдар, әлеуметтік қызметтер, бұқаралық ақпарат құралдары өкілдерімен өзара іс-қимыл және жұмылдыру, халықтың арасында білім беру жүйесіне, санитарлық-профилактикалық жұмыстарына жеке

үлесін қосу, оның ішінде теледидар мен радио арқылы хабарлар беру, мерзімдік басылымға мақалалар жариялау және басқа;

9) медицина ұйымдарының қызмет көрсететін аумақтағы ұйымдардың арасында темекі шегушіліктің таралу деңгейін төмендету үшін сектораралық байланысты қамтамасыз ету және халықтың арасында темекі шегушіліктің алдын алу іс-шараларын үйлестіру (аудан әкімшілігі, мектептердегі, колледждердегі, жоғары оқу орындарындағы және басқа темекіге қарсы орталықтар).

Темекіге қарсы орталықтың қызметкерінің атқаратын міндеттері

1. Профилактикалық қызметті темекі тартуға ескерту жасау және шектеу бойынша ұйымдастырады. Хорн сауалнамасы бойынша шылым шегу типін анықтайды.
2. Темекі тартуды тастағысы келетіндерге емдік-профилактикалық көмек көрсетуді ұйымдастырады.
3. Медициналық қызметкерлер үшін тұрғындар арасында темекі тартудың алдын алу мен оны шектеу мәселелесі бойынша оқытатын семинар-тренингтер ұйымдастырады.
4. Медициналық қызметкерлер арасында темекі тартуға тыйым салу туралы бұйрықтың орындалуын бақылайды.
5. Қызмет көрсететін аумақта темекі тартуды шектеу мен алдын алу бойынша жұмыстарды үйлестіреді.

Темекі тартуға ескерту жасау мақсатында ТҚО маманына қажет:

1. Ауыспалы кезеңдерде емделушілермен темекіден бас тартқаннан соң 48 сағат, 1,3,6 және 12 ай мерзімінде жеке немесе телефон арқылы хабарласып отыру.
2. Бірінші үш айда шылымқорлар психотерапевтік сипаттағы (темекі тартпау уәждемесін қолдау жөнінде әңгіме, топтық жаттығулар, темекі тастаған басқа емделушілермен кездесу) немесе дәрілік сипаттағы (абстиненцияны тоқтату, седативтік дәрілер, тазартатын диета және т.б.) қолдауды қажет етеді.
3. Емделушіні темекіден бас тартудың дәрісіз әдістері туралы әдебиеттер немесе ескертпелермен қамтамасыз еткен дұрыс.
4. Салауатты өмір салты бойынша (психологиялық гигиена, спорт, темекіден бас тарту) ұсыныстар беру қажет.
5. Емделуші біреуге көмек көрсете алады, мысалы, туысқанына немесе танысына темекіден бас тартуға кеңес беруіне болады.
6. Емделушіге ауыспалы кезеңде немесе абстиненция асқынғанда көмек сұрауды ұсыну.
7. Бұрынғы шылымқорға темекіге итермелейтін жағдайлардан өзін алшақ ұстауға кеңес беру.
8. Бұрынғы шылымқормен әңгімелесу кезінде темекі тартпаудың абырой екендігін айтып, қайталап отыру.

Ұсыныстар

Қазіргі кезде ДДҰ-ның темекімен күрестегі басты мақсаты балалардың және жасөспірімдердің темекі тартқанға дейін темекінің зияны туралы

ақпараттандыру. Ақпарат күмән тудырмай, тартымды және түсінікті болуы керек. Темекімен күресуде жетістікке жету дәрігердің өзімен, медициналық мекеме қызметкерлерінің жауапкершілігіне байланысты. Бұл факторға дұрыс қарым-қатынас жасау, жан-жақты қолдау жетістік мүмкіндігін айтарлықтай жоғарылатады.

3 кесте –Хорн сауалнамасы

Сұрақтар	ылғи	жиі	жиі емес	сирек	ешқашан
А. Мен өзімді босаңсытып алмау үшін темекі тартамын	5	4	3	2	1
Б. Темекіні соңына дейін тартып болмайынша рахат аламын	5	4	3	2	1
В. Темекі тарту арқылы мен рахаттанамын және босаңсымын	5	4	3	2	1
Г. Мен бір нәрсеге ренжіп, ашуланғанда темекі тартамын	5	4	3	2	1
Д. Менің темекім таусылып қалса мен оны алғанша уақыт төзгісіз болып кетеді	5	4	3	2	1
Е. Мен оны өзім байқамастан автоматты түрде түгел тартамын	5	4	3	2	1
Ж. Мен өзімді ынталандыру және күш-қуатымды көтеру үшін тартамын	5	4	3	2	1
З. Мезгілдік рахатты темекі тарту кезінде аламын	5	4	3	2	1
И. Темекі тартқаннан рахаттанамын	5	4	3	2	1
К. Менің көңіл-күйім болмай, ренжіген кезімде темекі тартамын	5	4	3	2	1

Л. Темекі тартпаған кезде өзімді жақсы сезінемін	5	4	3	2	1
М. Алдыңғы тартқан темекімнің түтіні әлі күл сауытта өшпегенін байқамастан, жаңа темекіні тартамын	5	4	3	2	1
Н. Өзім асығып отырып темекі тартамын	5	4	3	2	1
О. Темекінің түтініне қарап кейде рахаттанамын	5	4	3	2	1
П. Босаңсып, ыңғайлы отырғанда темекі тартқым келеді	5	4	3	2	1
Р. Өзімді жабырқау сезінгенде және барлық жағымсыз нәрселерді ұмытқым келген кезде тартамын	5	4	3	2	1
С. Егер мен біраз уақыт темекі тартпасам, темекіге деген аштықты сезінемін	5	4	3	2	1
Т. Темекіні аузыма салған соң оны қашан тартып қойғанымды байқамай қаламын	5	4	3	2	1

Темекі шегу типтері:

А+Ж+Н – «**Ынталандыру**» («ыстық кофенің» сергітетін әсеріне сену)

Б+З+О –«**Темекімен ойнау**» («серіктес үшін» темекі тарту ерекшелігі)

В+И+П – «**Босаңсу**» (тек қолайлы жағдайда)

Г+К+Р – «**Қолдау**» (эмоциялық күш-қуатты төмендету құралы ретінде)

Д+Л+С – «**Қалау**» (темекіге физиологиялық тәуелдік)

Е+М+Т- «**Рефлекс**» шартты түрде темекі тарту

Хорн сауалнамасы бойынша нәтижелерді бағалау

А-дан Т-ға дейін 18 мақұлдама!

Темекі тартудың әр 6 түріне 3 мақұлдамадан келеді.

Әр мақұлдамаға ұпай түрінде 5 жауап варианттарынан келеді.

Темекі тарту бойынша ұпайлар 11 және одан көп ұпай болса – темекіні мына себептермен тартады, 7-11 шектеумен тартады деген сұрақ топтары бойынша жинақталады.

Әсер ету тәсілі

- Дәрілік
- Психотерапевтік (аутогенді жаттығумен қоса)
- Тыныс алу гимнастикасы (темекі тарту түрінен ынталандыру немесе тынышталдыру жаттығулары)
- Сумен жүргізілетін ем-шаралар (су құю, массажды Шарко души, циркулярлық, су асты, тыныштандыратын ванна, шомылу)
- Дене белсенділігін арттыру
- Диетотерапия

8. Ұлттық скринингтік бағдарламаның шеңберінде халықты скринингтік тексеріп-қарау

Аурулардың алдын алуда тиімді құрал халықты скринингтік тексеріп-қарау болып табылады. **Медицинада скрининг** (ағылшынша, screening електен өткізу) — арнайы диагностикалық зерттеуді қолдануға, оның ішінде жаппай халықты немесе оның жеке бөлігін тестілеуге негізделген қандай да бір ақау, не оның дамуының қауіпті факторы бар тұлғаны анықтау әдісі.

Скринингтің мақсаты – уақытылы емдік-профилактикалық көмек көрсету үшін ауруды немесе оған адамның бейімділігін ерте диагностикалау. Скрининг нәтижелерін зерттеліп отырған аурудың (немесе аурулар тобының) таралуын, оны дамытудың қауіпті факторлары мен оған қатыстылығын анықтау үшін қолданады.

Өзектілігі.

Халық денсаулығын зерттеудің халықаралық тәжірибесі скринингтік бағдарлама нәтижесінің жоғарылығын көрсетеді. Денсаулық сақтау деңгейі жоғары мемлекеттер скринингтік бағдарламалардың, ерте диагностиканы насихаттаудың, негізгі қауіпті факторларды азайтудың арқасында бес жылдық өміршеңдіктің 90%-дық деңгейіне қол жеткізді. Мысалы, тек холестериннің орташа деңгейін, темекі шегудің таралуын және жоғары қан қысымын төмендету есебінен Финляндияда ишемиялық жүрек ауруларынан болатын өлім-жітім жағдайлары 80%-ға, Ирландияда 25-84 жас аралығындағы тұлғалар арасында ишемиялық жүрек ауруларынан болатын өлім-жітімді 48,1%-ға, АҚШ-та жүрек - қан тамыры ауруларынан болатын өлім-жітімді 100 мың халыққа шаққанда 195,4-тен 92,4-ке дейін төмендетуге қол жеткізілді. Маммографиялық скрининг АҚШ-та, Канадада, Швецияда, Дания мен Норвегияда өткізілген зерттеулер кезінде 50

жастан асқан әйелдер арасында сүт безі ісігінен өлім-жітім деңгейін орта есеппен 30%-ға төмендетті. Жатыр мойыны сүртіндісінің цитологиясы Финляндия, Исландия, Швеция, Дания мен Норвегияда өткізілген зерттеу кезінде жатыр мойыны ісігінен болатын өлім-жітімді орта есеппен 80%-ға төмендеткен. Скрининг кезінде нәжістегі жасырын қанды анықтау тестін жүргізу арқылы Миннесота (АҚШ), Англия, Финляндияда өткізілген зерттеу кезінде тоқ/аш ішек ісігінен болатын өлім-жітімді орта есеппен 15%-ға төмендетуге қол жеткізілген.

Қазақстан Республикасында 2008 жылдан бастап Қазақстан Республикасының Президентінің 2010 жылғы 29 қарашадағы №1113 Жарлығымен бекітілген Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасымен; Мемлекет басшысының 2011 жылғы 28 қаңтардағы «Болашақтың іргесін бірге қалаймыз!» және «Қазақстан Жолы - 2050: Бір мақсат, бір мүдде, бір болашақ» атты 2014 жылғы 17 қаңтардағы Қазақстан халқына Жолдауларымен; «Халықтың нысаналы топтарына профилактикалық медициналық тексеру жүргізу ережесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2009 жылғы 10 қарашадағы № 685 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2011 жылғы 16 наурыздағы N 145 бұйрығымен реттеленген ұлттық скринингтік бағдарлама іске асырылуда.

Скринингті жүргізудің басты қағидалары

Скринингті жүргізудің негезгі шарттары дайындалған қызметкерлер құрамының болуы және зерттеліп отырған белгілерді анықтауға стандартталған тәсіл мен алынған нәтижесі бағалау болып табылады. Қолданылатын әдістер қарапайым, сенімді және қалпына келтірілетін болуы қажет. Олардың жеткілікті сезімталдықты және жоғары өзгешелікті игеруі қажет.

Скрининг түрінде тексеру көп кезеңдік сипатта болуы мүмкін, мысалы, бірінші кезеңде артериялық гипертензиямен ауыратын барлық науқастарды анықтайды, екінші кезеңде клиникалық немесе амбулаторлық жағдайда АҚҚ-ның көтерілу себебін анықтайды, ол науқасқа емдік көмекті саралауға және бір мезгілде гипертониялық аурулар жиілігі мен жеке симптомдық гипертензия түрлері туралы мәліметтер алуға мүмкіндік береді. Скринингтің рөлі халықты диспансерлеу кезінде өте маңызды. Денсаулық сақтау саласының тәжірибесінде скринингтік зерттеу сипатына бұқаралық профилактикалық, гинекологиялық тексеруді, флюорография, маммография кіреді; ең көп таралған тексеру кардиология, онкология, фармакологиямен медициналық генетикада скрининг алады.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының негізгі ұсыныстарының бірі скринингтік бағдарламаны жүзеге асыру кезінде ауруларды ерте анықтауға тестілеуді ғана емес, сондай-ақ әлемдегі дамыған және дамушы елдердегі халықтың өлім-жітімінің басты себебі болып табылатын созылмалы жұқпалы емес аурулардың қауіпті факторларын анықтауға да тестілеу қолдану қажеттілігі.

Темекіден бас тарту, артериялық қан қысымын бақылау, дұрыс тамақтану, жеткілікті дене белсенділігі, алкогольді тұтынуды шектеу, дене салмағын тұрақтандыру болжамды жақсарту мен халықтың мүгедектік және өлім-жітім деңгейін төмендету үшін маңызды жағдай ретінде бағаланады.

Скринингтік тексеріп-қарау кезінде жүргізілетін «тест-сауалнаманы» қарапайымдылық, жалпыға қолжетімділік, түрлі автоматтандырылған зерттеу жүйесінде және жаппай зерттеу жүргізуде оны қолдану мүмкіндігі ретінде стандартталған сұрақ-жауап ерекшелігінің арқасында келешегі зор зерттеу әдісі деп есептеуге болады. Анықталған науқастарды толық тексеру бойынша жақсы ұйымдастырылған жұмыс арқылы сауалнаманы дұрыс қолданған жағдайда (ф025-08/у – амбулаторлық пациентті профилактикалық медициналық тексерудің(скринингтің) статистикалық картасы), скринингтік тексеру тиімділігі, әсіресе аурулардың пайда болуына мінез-құлықтық қауіпті факторларды ерте анықтауда артады. Скринингтің тиімділігінің маңызды аспектілері тек тексерумен қамту ғана емес, қауіпті факторлар анықталған адамдарды жіті есепке алу болып табылады. Алғашқы кездегі аурудың белгісіз дамуының себебінен көптеген науқастар әрі қарай бақылаудан бас тартқандықтан онымен байланыс жоғалады. Осыған байланысты, қауіпті факторлары бар тұлғалар арасында ерте сатыда ауруды анықтауға кеткен күш зая кетпес үшін диспансерлік бақылаудың маңыздылығына қатысты түсіндіру жұмысын жүргізуді талап етеді.

Қазақстандағы скринингтер түрлері

Қазақстанда Ұлттық скринингтік бағдарлама Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасының бір бағыты ретінде 2011 жылдан басталды және оған 14 скринингтік бағдарлама кіреді:

2009 жылдан басталды:

1. АГ, ИЖА-ны ерте анықтауға скрининг
2. Сүт безі ісігін ерте анықтауға скрининг
3. PAP-тестті қолдану арқылы жатыр мойыны ісігін ерте анықтау үшін әйелдер скринингі

2011 бастап енгізілді:

4. Қант диабетін ерте анықтауға скрининг
5. Ерте жастағы балларды туа біткен және жүре біткен құлақ есту ақауын ерте анықтауға скрининг
6. Глаукоманы ерте анықтауға скрининг
7. Нысаналы қауіпті топтағы балалар мен ересектердегі В және С гепатитіне скрининг
8. Тоқ ішек ісігін ерте анықтауға скрининг

Эксперименттік өңірлерде 2013 жылдан бастап, республиканың барлық өңірлерінде 2016 жылдан бастап енгізілді.

9. Аталық без ісігін ерте анықтауға скрининг
10. Өңеш пен асқазан ісігін ерте анықтауға скрининг

11. Бауыр ісігін ерте анықтауға скрининг

Мониторингілеу жүйесіне республикада үнемі іске асырылатын балаларды профилактикалық (скринингтік) тексеру енгізілген.

Скринингтерді жүргізу технологиялары

Скринингтік тексерулер деңгейі:

– Медициналық орын (**МО**)

– Фельдшерлік-акушерлік орын (**ФАО**)

– Дәрігерлік амбулаториядағы профилактикалық-әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімі (кабинеті) (**ДА**)

– Ауылдық, аудандық, қалалық емханалардағы профилактика әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімі (кабинеті) (**АЕ, АЕ, ҚЕ**)

Скринингтік тексеру кезеңдері:

А) дайындық кезеңі – нысаналы топтарды қалыптастыру, ақпараттық сүйемелдеу, скринингке шақыру.

Б) скрининг жүргізу – амбулаториялық пациенттің (бұдан әрі - 025-08/е нысан), профилактикалық медициналық тексерудің (скрининг) статистикалық картасын (бұдан әрі - 025-08/е нысан), толтыру, скрининг-тест, зертханалық және аспаптық зерттеулер, мамандардың консультацияларын өткізу.

В) қорытынды кезеңі – анықталған патологиясы бар тұлғаларды толық тексеру және диспансерлік есепке алу, есепке алу-есеп беру статистикалық құжаттарын ресімдеуді аяқтау.

Дайындық кезеңі

Медициналық пункттің, фельдшерлік-акушерлік пункттің, дәрігерлік амбулаторияның, ауылдық, аудандық, қалалық емхананың (бұдан әрі - БМСК ұйымдары) профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің (кабинетінің) дәрігерге дейінгі кабинетінің профилактикалық іс-шараларға жауапты орта медицина қызметкері, мектепке дейінгі мекеменің, білім беру ұйымдарының орта медицина қызметкері жүзеге асырады және мыналарды қамтиды:

- ағымдағы жылдың 15 қарашасына дейін алда тұрған скринингтік тексерулерге жататын нысаналы топтың жыл сайынғы тізімін құрады және ұйымдастыру-әдістемелік бөлімге және аудандық, қалалық емхананың профилактикалық медицина бөліміне береді;

- ересектердің нысаналы топтарын, нысаналы топтағы балалардың ата-аналарын скринингтік тексерулерді өтудің қажеттілігі және шарттары туралы хабардар ету;

- халықтың нысаналы топтарын скринингтік тексеруге шақырады және оның жүргізілуін бақылайды;

- халықтың нысаналы топтарының скринингтік тексерулерді уақытылы өтуін қамтамасыз етеді.

Скринингті жүргізу

Медициналық пункттің, фельдшерлік-акушерлік пункттің, дәрігерлік амбулаторияның, ауылдық, аудандық, қалалық емхананың (бұдан әрі - БМСК ұйымдары) профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің (кабинетінің) дәрігерге дейінгі кабинетінің профилактикалық іс-шараларға жауапты орта медицина қызметкері, мектепке дейінгі мекеменің, білім беру ұйымдарының орта медицина қызметкері жүзеге асырады және мыналарды қамтиды:

Ересектердің нысаналы топтарын скринингтік тексерулер жүргізуді учаскелік дәрігер/жалпы практика дәрігері (бұдан әрі - БМСК дәрігері), БМСК ұйымдарының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің (кабинетінің) дәрігерге дейінгі кабинетінің дәрігері мен орта медицина қызметкері және БМСК дәрігерінің/БМСК ұйымдарының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесі дәрігерінің жолдамасы бойынша бейінді мамандар жүзеге асырады:

- скринингтік тексеруге шақырылған, скринингтік тексерулерден өткен, толық тексерілуге жіберілген нысаналы топтағы пациенттердің тізімін салыстырады;
- скринингтік тексерулер жүргізуге тартылған мүдделі денсаулық сақтау ұйымдарымен байланыс пен сабақтастықты жүзеге асырады;
- дәрігердің ұсынымы бойынша пациентті толық тексерілу үшін шақырады.

Скринингті жүргізу

ДА, АЕ, АЕ, ҚЕ-нің профилактика бөлімінің дәрігері:

- пациенттің денсаулық жағдайына бағалау жүргізеді, қауіпті факторларды анықтайды, денсаулық тобын белгілейді (Д-ІА, Д-ІБ, Д-ІІ, Д-ІІІ);
- БМСК/БМСК ұйымдарының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесі дәрігері профилактикалық медициналық скринингтің статистикалық нысанына халықтың нысаналы топтарын скринингтік тексерулердің нәтижелерін қауіп (мінез-құлықтық, биологиялық) факторларын, қорытынды диагнозды көрсете отырып, енгізеді, толық емделуге, бақылауға ұсынымдар береді. Қорытынды диагнозды алғаннан кейін нысан толтырылды деп есептеледі және скринингтік тексерулердің деректерін электрондық базаға енгізу үшін медициналық статистика кабинетіне (маманына) беріледі;
- скринингтік тексерудің нәтижесін амбулаторлық науқастың медициналық картасына енгізеді.

Қорытынды кезеңі

СӨС кабинетінің медицина қызметкері:

- СӨС-ті насихаттау және мінез-құлықтық қауіпті факторлардың алдын алу алгоритмдеріне сәйкес қауіпті факторларды төмендету бойынша профилактикалық араласу жүргізеді.

Участкелік терапевт, ДА, АЕ, АЕ, ҚЕ-нің жалпы тәжірибелік дәрігері:

- скринингтік тексеру жүргізу кезінде анықталған алғаш қойылған диагнозбен пациентті диспансерлік есепке алуды және тиісті есеп беру-есеп алу статистикалық құжатты толтыру арқылы созылмалы ауру түрімен ауыратын науқасты бекітілген стандарттарға сәйкес диспансерлеу.

Скринингтік тесттер

ЖҚА (АГ, ижа) мен ҚД ерте анықтауға скрининг 25, 30, 35, 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64 жастағы ерлер мен әйелдер нысаналы топ болып табылады, 40-тан 64 жасқа дейінгілер – артериялық гипертония, жүректің ишемиялық ауруы және қант диабеті бойынша диспансерлік есепте тұрмайтындар – 2 жылда 1 рет.

Скринингтік тексерулерді жүргізу сатысы екі кезеңнен тұрады:

- бірінші кезең (скрининг-тест бойынша сұрату жүргізу; антропометриялық өлшеулер жүргізу (салмағы, бойы, белдің көлемі), АҚ еселік өлшеу, жалпы холестерин мен қан глюкозасының экспресс-диагностикасын) барлық нысаналы топтар үшін міндетті болып табылады.

- екінші кезең (электрокардиографиялық зерттеулер жүргізу (бұдан әрі – ЭКГ), бейінді маманның тексеруі) - айғақтары болған жағдайда таңдалып жүргізіледі.

МО, ФАО – 025-08/у Ү.; антропометриялық өлшеулер жүргізу, скрининг-тест бойынша сұрату жүргізу, АҚ еселік өлшеу, зертханалық зерттеу үшін ДА-ға жолдау.

ДА, АЕ, АЕ, ҚЕ-нің профилактика бөлімдері:

- Дәрігерге дейінгі кабинет (025-08/у Ү.; антропометриялық өлшеулер жүргізу, скрининг-тест бойынша сұрату жүргізу, АҚ еселік өлшеу)
- Жедел-зертхана
- ЭКГ кабинеті
- Дәрігердің кабинеті

ДА, АЕ, АЕ, ҚЕ-нің кардиолог, эндокринолог бөлімі:

Тексеруді аяқтау, диагноз қою. Пациентті әрі қарай бақылау бойынша тексерулер нәтижесі мен ұсыныстар учаскелік дәрігерге, жалпы тәжірибелік дәрігеріне жолданады.

Қауіп факторлары.

- **Скрининг-тест** –025-08/у үлгісі
- Шылым шегу
- Алкогольді шамадан тыс тұтыну
- Семіздік (Кетле индексі, мықым шеңбері)
- Дене белсенділігі деңгейі

Глаукоманы ерте анықтауға скрининг

Глаукома бойынша диспансерлік есепте тұрмайтын 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 жастағы ерлер мен әйелдер нысаналы топтары болып табылады.

Скринингті жүргізу кезеңдері:

- Тест-сауалнама бойынша сұрақ-жауап;

- Көзішілік қысымды өлшеу.
- Скрининг МО-дан бастап МСАК-тың барлық деңгейінде жүргізіледі. КДК, ДА, АЕ, АЕ, ҚЕ-нің **офтальмолог** бөлімі:

Тексеруді аяқтау, диагноз қою. Пациентті әрі қарай бақылау бойынша тексерулер нәтижесі мен ұсыныстар учаскелік дәрігерге, жалпы практика дәрігеріне жолданады.

Ісік алды ауруларын және жатыр мойнын ерте анықтауға скрининг жүргізу:

- жатыр мойны ісігі бойынша диспансерлік есепте тұрмайтын 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 жастағы әйелдер нысаналы топтары болып табылады;

Скринингті жүргізу кезеңдері:

- Тест-сауалнама бойынша сұрақ-жауап, антропометрия;
- Маммография (емхана деңгейі), «бастапқы оқу»;
- «Қайта оқу» барлық маммограммалар
- Емханалардан онкологиялық диспансерге маммограммаларды беру онкологиялық диспансердің маммографиялық кабинетінің медициналық тіркеушісінің (мұрағатшы) қолы қойылған ілеспелі құжат арқылы жүргізіледі.
- Барлық маммограммалар аудандық емхананың, онкологиялық диспансердің маммографиялық мұрағатында мұрағатталады. Скрининг шеңберінде жасалған маммограммалар пациентке берілмейді;
- Скрининг шеңберінде жасалған маммограммалар пациентке берілмейді.
- **ДА, АЕ, АЕ, ҚЕ-нің профилактика бөлімдері** дәрігерлері «қайта оқудың» нәтижесінен кейін:
- М1, М2 (патологиясыз) – пациентке келесі маммографиялық тексеруді 2 жылдан кейін жүргізуді ұсынады;
- М6 (сүт безі ісігі, патоморфологиялық верификацияланған) – пациент емхананың онколог, маммолог дәрігеріне емдеу және динамикалық немесе диспансерлік бақылау үшін жіберіледі;

Ісік алды ауруларын және жатыр мойнын ерте анықтауға скрининг жүргізу

Жатыр мойны ісігі бойынша диспансерлік есепте тұрмайтын 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 жастағы әйелдер нысаналы топтары болып табылады;

Скринингтік тексерудің дайындық сатысында пациентке скринингтен өтуге қойылатын талаптар туралы хабарлайды.

Скринингті жүргізу 2 кезеңнен тұрады:

- бірінші кезең (скрининг-тест бойынша сұрату жүргізу; антропометриялық өлшеулер жүргізу (салмағы, бойы, белдің көлемі), жатыр мойнының сүртіндісін цитологиялық зерттеу) барлық нысаналы топтар үшін міндетті болып табылады.
- екінші кезең (акушер-гинеколог маманның тексеруі, кольпоскопия, биопсия жауабы) - айғақтары болған жағдайда таңдалып жүргізіледі.
- скрининг ФАО деңгейінде жүргізіледі
- цитологиялық зерттеу (Pap-тест):
- дәстүрлі әдіспен (бір әйнек) немесесұйықтық цитология әдісі (бір контейнер);

- цитологиялық зерттеуге жолдама бекітілген үлгіде толтырылады;
- Бетезда ТСБ, 2001 жүйесі бойынша нәтижелерді талдау;
- Ісік анықталған кезде пациентті биопсия жасау үшін гинеколог дәрігерге жібереді.
- Цитология нәтижесін алғаннан кейінгі **ДА, АЕ, АЕ, ҚЕ-нің профилактика** дәрігерінің тәсілі:
 - «бағалау үшін қанағаттанарлықсыз», «Үлгі қабылданбады/зерттелмеді», «Үлгі қаралды және бағаланды, бірақ эпителилік патологияларды бағалау үшін мәліметтер жеткіліксіз» деген жауаптар алынған кезде пациент цитологиялық скринингке қайтадан шақырылады;
 - «Интраэпителиалдық зақымдану немесе қатерлі ісік жоқ» (яғни, норма) деген ТСБ бойынша I санат пациенттің келесі цитологиялық скринингті 5 жылдан кейін өтуі ұсынады;
 - Цитология нәтижесін алғаннан кейінгі **ДА, АЕ, АЕ, ҚЕ-нің гинеколог** дәрігерінің тәсілі:
 - II, III, V санатты пациентке толық тексерілуді, емделуді және динамикалық бақылауда болуды ұсынады;
 - ASC-US кезінде: бақылау және 6-12 айдан кейін қайта цитологиялық зерттеу жүргізу; ASC-US сақталса немесе асқынса, кольпоскопия жасату;
 - ASC-H немесе LSIL кезінде – патологиялық ошақты сәкестендіру арқылы нысаналы биопсиямен кольпоскопия жүргізіледі. Егер кольпоскопиямен биопсия мәліметінше CIN болмаса, 6-12 мерзімінде қайта цитологиялық зерттеу жүргізу көрсетілген, ASC-US немесе ауыр асқыну анықталса – қайта кольпоскопия және биопсия жасау.
 - Биопсия нәтижесін алғаннан кейінгі **ДА, АЕ, АЕ, ҚЕ-нің гинеколог** дәрігерінің тәсілі:
 - CIN I морфологиялық нәтижесін алғаннан кейін – Pap-тест жүргізу арқылы 6 айдан кейін бақылау тексеру ұсынылады;
 - CIN II, CINIII, CIS, AIS, жатыр мойны ісігі морфологиялық нәтижесін алғаннан кейін пациент арнайы ем алу үшін онкологиялық диспансерге жіберіледі.

Жуан және тік ішектердің ісік алды және ісік ауруларын ерте анықтауға скрининг жүргізу:

- жуан және тік ішектердің полипозы, обыры бойынша диспансерлік есепте тұрмайтын 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 жастағы ерлер мен әйелдер нысаналы топтары болып табылады.

Скринингтік тексерудің дайындық сатысында пациентке скринингтен өтуге қойылатын талаптар туралы хабарлайды.

Скринингті жүргізу 2 кезеңнен тұрады:

- бірінші кезең (скрининг-тест бойынша сұрату жүргізу; гемокульт-тест) барлық нысаналы топтар үшін міндетті болып табылады.
- екінші кезең (ректороманоскопия, биопсия жасау, ирригоскопия) - айғақтары болған жағдайда таңдалып жүргізіледі.

- Скрининг МО деңгейінде жүргізіледі

Гемокульт-тестін бағалау:

- бір сызық – тесттің теріс нәтижесінде (нәжісте жасырын қан болмаса) пациентке 2 жылдан кейін гемокульт-тестінен тексерілуден өту ұсынылады;
- екі сызық – тестің оң нәтижесінде (нәжісте жасырын қан анықталса) пациент ДА, АЕ, АЕ, ҚЕ-нің профилактика бөлімінің дәрігеріне жіберіледі;
ДА, АЕ, АЕ, ҚЕ-нің профилактика бөлімінің дәрігері:
- ректороманоскопияға жібереді;
- пациентке зерттеу күні міндетті тазарту клизмаларын жүргізу туралы хабарлайды;
- Ректосигмоскопия нәтижесін алғаннан кейінгі ДА, АЕ, АЕ, ҚЕ-нің профилактика дәрігерінің тәсілі:
- RRS1 кезінде – ҚДЦ/емханаға, онкологиялық диспансерге толық колоноскопия жасауға жіберу;
- RRS2-RRS5 және биопсия теріс нәтиже берсе –гастроэнтерологқа жіберу;
- RRS6-RRS7 және биопсия теріс нәтиже берсе–колопроктологқа жіберу;
- RRS8 кезінде пациент онкологқа жіберіледі.

Скрининг нәтижесі

- **IA диспансерлік топ (бұдан әрі – Д-IA):** қауіп факторынсыз дені саулар – қандайда бір шағым жасамайтын және анамнезінде және тексеру кезінде созылмалы ауруы, қауіп факторы немесе жекелеген органдары мен жүйелерінің бұзылулары анықталмаған тұлғалар

- **IB диспансерлік топ (бұдан әрі - Д-IB):** қауіп факторы бар дені саулар – бақылауды және профилактикалық араласуды қажет ететін «шекаралық» жағдайындағы, қауіп факторлары анықталған (ағзаның функциялық қызметіне әсер етпейтін артериялық қысым өлшемдерінде және басқа да физиологиялық сипаттамаларында белгіленген норма шегінен аздаған ауытқулары анықталған) тұлғалар

- **II диспансерлік топ (бұдан әрі - Д-II):** іс жүзінде дені саулар – анемнезінде жіті және соңғы бірнеше жыл бойы қабынусыз келген созылмалы аурулары бар тұлғалар;

- **III диспансерлік топ (бұдан әрі - Д- III)** наукастар – емдеуді қажет ететін тұлғалар;

Ұлттық скринингтік бағдарлама: есеп беру

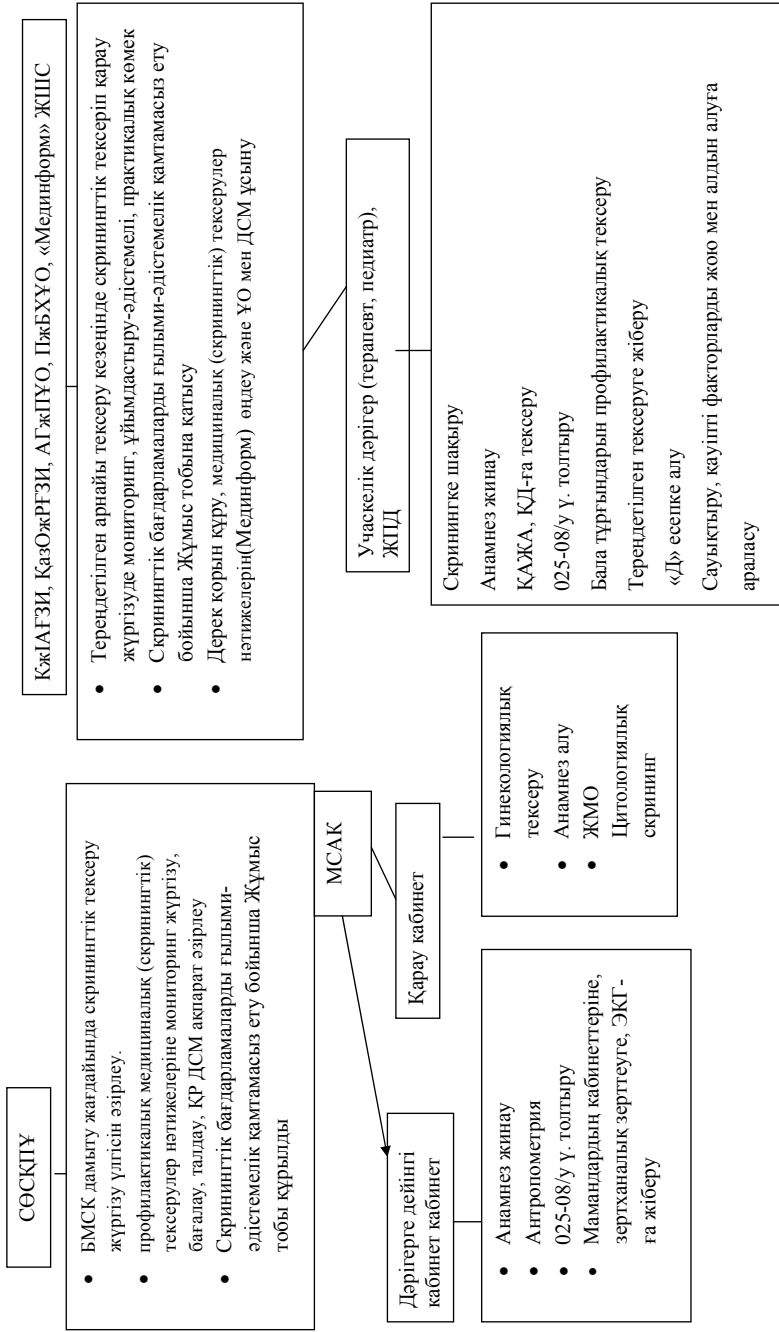
- МСАК ұйымдары скринингтік тексерулердің электрондық базасын қалыптастырады және ай сайын Республикалық электрондық денсаулық сақтау орталығына жібереді.

- Аумақтық медициналық ақпараттық-талдау орталығы тоқсан сайын республикалық медициналық ақпараттық-талдау орталығына (бұдан әрі – РАТО), салауатты өмір салтын қалыптастыру қызметіне (аудандық, қалалық, облыстық

салауатты өмір салтын қалыптастыру қызметіне), бейінді қызметтер мен Басқармаға скринингтік тексерулер бойынша жиынтық талдауды ұсынады.

- Басқармаға тоқсан сайынғы талдамалық материалдық ұсына отырып, салауатты өмір салтын қалыптастыру қызметі бейінді қызметтермен, штаттан тыс мамандармен бірлесіп барлық жүргізілген скринингтік тексерулердің мониторингі мен талдауын жүзеге асырады.

4 кесте – ҚР скринингтік тексеріп-қарау әдістемелік құралы



9. Бастапқы денсаулық сақтау жүйесінде психологиялық көмек

Қазақстанда бастапқы денсаулық сақтау жүйесінде медициналық-психологиялық қызмет құрылған. Оның мақсаты адамдардың әлеуметтік-психологиялық біліктілігін арттыруға және жеке адамға, топқа, ұйымға психологиялық көмек көрсетуге бағытталған халыққа психологиялық көмек көрсету болып табылады.

Психологиялық көмек көрсетудің негізгі тәсілі — жеке консультация және психологиялық жұмыстың топтық түрі. Психологиялық көмектің психопрофилактикалық және психологиялық түзету бағыттылығы бар, оны психологиялық қиындықты жеңуге қолдануға болады.

Өзектілігі

Қазір қоғамда психологиялық ауытқулардың кең таралуы және олардың медициналық-әлеуметтік салдары байқалуда.

Маскүнемдіктің, нашақорлықтың, ПБЗ тұтынудың, ЖЖЖИ, АИТВ жұқпасы, жасөспірімдік жасанды түсік тастау, психологиялық-әлеуметтік бейімсіздік пен суицидтің қарқынды өсуімен жас адамдардың қауіпті мінез-құлықтары белең алуда. Мінез-құлықтың ауытқуының өсуі балалық шақтан ересек шаққа өткенде, жаңа әлеуметтік бағытқа шыққанда, қоғамға өзін мүше ретінде саналы қарым-қатынасын қалыптастыру кезеңінде жасөспірім кезде байқалуда. Жасөспірімдер мен жас адамдар республикадағы ең аз әлеуметтік қорғалған халық тобы.

Емхананың **психологының міндеті** - аурудан зардап шегіп отырған пациенттің интеллектуалды, эмоционалды, жеке ерекшелігін терең психологиялық анықтау.

Емханадағы психологиялық қызметке:

- Психологиялық диагностика жасау және тұлғалық немесе топтық психологиялық көмек көрсету.
- Медициналық қызметке әлеуметтік-психологиялық жетекшілік ету, түрлі өмірге пациенттерді тұлғалық және әлеуметтік бейімдеу.
- Өз мінез-құлқын өзі сақтауға оқыту мақсатында психологиялық тренингтер жүргізу.
- Халықтың түрлі топтарының психологиялық біліктілігін арттыру мақсатында БАҚ-қа хабарлау, буклеттер, үнпарақтар шығару арқылы ақпараттық және білім беру шараларын жүргізу.

Денсаулық сақтау ұйымдарында әлеуметтік маңызды аурулары алғаш анықталған пациенттерде қайта алдын алу бойынша шараларды арттыру үшін Денсаулық мектептері қызмет етеді: Артериялық гипертония мектебі, Коронарлық науқас мектебі, Бронх демікпесі мектебі, Қант диабеті мектебі. Аталған мектептерде тиісті нозология бойынша пациенттер аурулар туралы ақпарат, практикалық дағдылар алады. Мектептегі сабақтар терапевт, психолог дәрігерлермен жүргізіледі, қажет болған жағдайда емхананың басқа мамандары тартылады.

Психолог-консультант жұмысының ең маңызды аспектісі оның үнемі жетіліп отыруы болып табылады, оған: жеке және топтық терапия, супервизия, білім беретін кәсіби бағдарламалар, бұқаралық ақпарат құралдарына мақала беру және

сөз сөйлеу, халықтың түрлі тобына психологиялық көмек көрсетуге байланысты кәсіби мәжілістер мен семинарға, жобаларға, қатысу, мысалы, жобалар: («Отбасын нығайту», «Қауіпсіз аналық», «ЖЖЖИ мен АИТВ/ЖИТС профилактикасы») және т.б.

Біліктілікке қойылатын талаптар

МСАК орталығының психолог-консультант– «Психология» мамандығы бойынша жоғары психологиялық білімі бар және медициналық психология бойынша дипломнан кейінгі білім беру факультетінде қосымша дайындықтан өткен, дайындық бағдарламасымен қарастырылған түрлі психопрофилактика, психологиялық түзету, психологиялық консультация әдістерін игерген және медицина психологиясы бойынша сертификат алған маман.

Мекеме басшысына немесе орынбасарына бағынады.

Қолданыстағы заңнамаға сәйкес тағайындалады және орнынан босатылады.

Келесі міндеттерді атқарады:

1. Дәрігердің жолдауы бойынша негізіне патопсихологиялық патогендік мінез-құлықтық стереотиптер жататын психологиялық ауытқу мінез-құлықтық қауіпті факторлармен ерекше назар аудара отырып, психодиагностикалық зерттеу жүргізеді.

2. Психологиялық денсаулықты қалпына келтіруге және пациенттің дамуындағы ауытқуды түзетуге бағытталған жұмысты жүргізеді.

3. Пациенттің тұлғалық үйлесімді дамуына немесе оны қиындатуға бөгет жасайтын жағдайды анықтайды.

4. Пациентке, оның туыстарына және медициналық қызметкерге тұлғалық, кәсіби және тұрмыстық психологиялық мәселені шешуде көмек көрсету арқылы психопрофилактика, психотүзету, психологиялық консультация бойынша шараларды іске асырады.

5. Дәрігермен бірге (психотерапевт) жеке, жыныстық және жастық факторлар есебімен дамытушы және психологиялық түзету бағдарламалары әзірленеді. Дәрігермен бірге құндылықты нұсқау, қабілетті, мүмкіндікті және өзекті жоспарларды есепке ала отырып пациенттерді профилактикалық бағдарлау бойынша жұмыстарды орындайды.

6. Медицина, әлеуметтік психология және деонтология саласында медициналық қызметкерлерді оқыту бойынша жұмыс жүргізу.

7. Өткізілетін психологиялық, емдік және профилатикалық шаралардың тиімділігін анықтайды.

8. ҚР Денсаулық сақтау министрлігімен сәйкес белгіленген үлгіде құжаттарды рәсімдейді.

9. 5 жылда кемінде бір рет білімді жетілдіру циклында өз біліктілігін арттыру.

10. Психопрофилактика, психодиагностика, психологиялық түзету, психологиялық консультацияның заманауи әдістері тәжірибесіне енгізеді.

10. Денсаулық сақтау саласында әлеуметтік қызметкердің рөлі

Әлеуметтік жұмысты классикалық анықтау жасқа, жынысқа, ұлтқа, сенімге, азаматтыққа байланыссыз қиын жағдайға тап болған адамға көмек көрсету ретінде осы қызмет түрінің шегін көрсетеді.

Әлеуметтік қызметкердің басты мақсаты – әл-ауқан және әлеуметтік дұрыс қызмет етуге (лайықты, үйлесімді және толыққанды өмір) тұлғаның, отбасының, қоғамның мүмкіндігі мен қабілетін ашуға қамқорлық.

Әлеуметтік жұмыстың басты құндылығы – клиентке оның даралығын, бірегейлігін қабылдауға және көмектесуге әр адамның құқығын мойындау – дәрігер қағидасымен үйлеседі.

Денсаулық сақтау мекемесінде әлеуметтік қызметкердің тәжірибесі дәрігердің диагнозына, зертханалық сараптау көрсету ғана емес, психологиялық-әлеуметтік зерттеу, әлеуметтік жағдайды сараптау және науқастың психологиялық жағдайына, оның жақынына, отбасындағы жағдайға сүйенеді.

Медициналық әлеуметтік қызметкердің басты міндеттері – ол:

- науқастың айналасындағылармен оңтайлы байланысты қамтамасыз ету (мәселенің өте кең ауқымы – тұлғалықты анықтау мен психологиялық ауру пациенттерді оқытуды ұйымдастыруға дейін науқастың құжаттарын қалпына келтіру);

- дағдарыс жағдайында науқастың жақындарына өзіндік көмек пен қолдауды оңтайландыру;

- медициналық мекеме қызметкерлерінің науқастың отбасымен және жақындарымен байланысты қамтамасыз ету;

- клиенттің ауруы қайғылы оқиғамен аяқталған жағдайда жақындарды және туғандарға қолдау көрсету);

- халықты медициналық-әлеуметтік-психологиялық ағарту;

- әкімшілік қолдау бағдарламалары.

Шетелдік зерттеуге сәйкес медициналық әлеуметтік қызмет клиенттерінің басты мәселелері денсаулықпен, балаларға күтім жасаумен, нашақорлық пен маскүнемдік мәселесімен, жарақаттан кейінгі күйзелістің салдарымен, қайғылы оқиғамен байланысты. Келесі көмек түрлері: клиентке оның жақындары мен туыстарының ауыру мәселелері бойынша ақпараттандыру, ЖИТС-пен, маскүнемдікпен ауыратын науқастарды ауруханаға жатқызуға көмектесу, балаларға күтім жасау бойынша жас ата-аналарға нұсқау беру, созылмалы аурулары бар адамдарға көмектесу, қарт және жалғыз басты адамдарға қолдау көрсету және т.б.

Әлеуметтік қызметкердің қызметіне мұқтаж ерекше категорияны аутизммен, олигофрениямен ауыратын психикалық науқастар, сондай-ақ гестациоздық және метаболизмдік ауытқумен ауыратын және бас сүйек – ми зақымнан зардап шегетін науқастар көрсетеді. Емдеу мекемесінің жағдайында пациенттерде ятрогения және эгогения туындауы мүмкін, ондай жағдайда әлеуметтік қызметкерлер кері эмоциядан арылтуға бағытталған көмек стратегиясын әзірлеу. Ерекше мұқтаж

адамдармен әлеуметтік жұмысының жеткілікті кең қолдаушы көмек үлгісінің спектрі бар. Оған жеке және топтық техникалар, ерекше қолдау бағдарламалар кіреді. Топтық көмек әдістері қолданылады.

Әлеуметтік қызметкер стационарлар, онкологиялық науқастарға қызмет көрсетушілер, емделмейтін науқастар, жарақат бөлімі, қарқынды терапия палаталары және т.б. үшін таптырмайды.

Әлеуметтік қызметкерлерді даярлау басымдылығы әлеуметтік жүйе туралы білімді игерумен және клиенттердің практикалық қажеттілігін түсінумен аяқталады. Осы немесе басқа отбасының мұқтаж болып отырған ресурстарына қалай қол жеткізу керек екенін үйретеді, олар тұрмысы төмен отбасы секілді тұрмыс деңгейі орташа отбасымен де, түрлі этникалық топтардың өкілдерімен және жеңсікқұмарлармен де жұмыс істеу алады.

Әлеуметтік қызмет халыққа кешенді медициналық-әлеуметтік көмек көрсету бойынша түрлі бағдарламаларды және амбулатория қызметкерлерінің кәсіби біліктілігін көтеруді іске асырады. Оның ішінде:

1. Салауатты өмір салты бойынша бағдарламалар;
 2. Қызметкерлер мен халыққа арналған әлеуметтік-психологиялық тренингтер;
 3. Консультациялық және медициналық-түзету жұмысына арналған сенім телефоны;
 4. Бастамашыл клубтар қызметі («Лайықты қарттық», «Эврика», «Жасырын нашақорлар» және т.б.);
 5. Нашақорлар ұясына, мүмкіндігі шектеулі тұлғалар пәтеріне, мұқтаждарға бару арқылы кешенді жедел медициналық-психологиялық көмек бригадасының жұмысы;
 6. Жаңартпашыл технологияны қолдану арқылы көшпелі медициналық-әлеуметтік жұмыс жүргізу, көшпелі тренингтер өткізу (туристік базалар, табиғатта, оқу орны және т.б.);
 7. Ғаламтор бойынша үйірме қызметін ұйымдастыру.
 8. Компьютерлік класс қызметі.
 9. Өзін-өзі шығармашылық көрсету бойынша мәдени шараларды өткізу (поэзия кештері, бұйымдардың көрмесі және жаппай сату, аса көрнекті қайраткерлермен кездесу, дарындыларды іздеу, театрланған қойылым және т.б.).
 10. Мемлекеттік, халықаралық үкіметтік емес ұйымдармен ынтымақтастық.
 11. Қоғамдағы, әкімшіліктегі, депутаттар, бизнесмендер арасындағы көшбасшылармен Үйлестіру кеңесінің жұмысын жүргізу.
 12. Жастар арасынан көшбасшыларды дайындау, салауатты өмір салты бойынша нұсқаушыларды, еріктілерді дайындау бойынша жаттығу сабағының түрі.
- Әлеуметтік қызметкер жеке ерекшелікті есепке ала отырып, өз учаскесі мен мекен-жайындағы халықтың сенімді тұлғасы ретінде сөз сөйлейді, оңтайлы медициналық-әлеуметтік қызмет көлемін беруді қамтамасыз ете отырып, пациенттердің денсаулығын сақтау және нығайту бағдарламаларын іске асырады.

II. Симуляциялық оқыту бөлімі

Оқу-тренинг орталығын құру денсаулық мектептерінде, жастар денсаулық орталықтарында жастар мен жасөспірімдермен жұмыс істеуде, флеш-мобтар мен басқа кең ауқымды акциялар түрін ұйымдастырғанда профилатикалық шараларды жүргізгенде МСАК мамандарының кәсіби біліктілігін игеруге мүмкіндік береді.

Денсаулық сақтайтын тренинг теория, арнайы техникалар мен нақпіншіндерді, демонстрациялық жиынтықтар мен интерактивтік ойындарды қолдану арқылы жаттығулардың бір-бірімен үйлесуімен ерекше жаттығу сабағын көрсетеді. Тренингке қатысушылар өмірге ұқсас жағдаят құрып және оның шешу жолдарын бейнелеуге мүмкіндіктері бар.

Мақсаты денсаулыққа қатысты мінез-құлықты өзгерту процесіне әсер ету болып табылатын денсаулық сақтау саласындағы ақпараттық қызмет әдістемесін дамытатын әлемдік тәжірибе қазіргі уақытта профилактикалық қызметтің тек тренингтік үлгісі білім беру қызметінің тиімді және орынды үлгісі болып табылады деген тұжырымға келді.

Қазақстан алғаш рет Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығы 2013 жылы АҚШ-тың санитарлық-ағарту ісі жөніндегі жаңартпашыл өнімдері саласының көшбасшысы Health Edco жаңартпашыл оқыту технологиясын қолданушы симуляциялық оқыту бөлімін құрды.

Симуляциялық оқыту бөлімінің басты міндеті мен атқаратын қызметі

1. Ең үздік халықаралық тәжірибеге сәйкес денсаулық сақтау әдеттеріне дағдыландырудың, салауатты өмір салтын ұстануға уәждемені қалыптастыру мен әлеуметтік маңызды аурулардың мінез-құлықтық қауіпті факторларының алдын алудың жаңартпашыл технологиясын енгізу.

2. Халықтың нысаналы тобын, медициналық мамандарды, педагогтар мен еріктілерді және т.б. салауатты өмір салтын қалыптастыру мен әлеуметтік маңызды аурулардың алдын алуға оқыту, ол келесі жерде жүзеге асырылады:

- МСАК-тың отбасылық денсаулық орталықтарының денсаулық мектептерінде;
- темекіге қарсы орталықтарда;
- жастар денсаулық орталықтарында;

Денсаулықты нығайтуға ықпал ететін мектептерде, Салауатты университеттерді, Салауатты жұмыс орындарында; Білім беру ұйымдарында және т.б.

Негізгі қызметтері:

1. Жеті бағыт бойынша Health Edco жаңартпашыл оқыту орталығының технологиясы бойынша мінез-құлықтық қауіпті факторлардың, созылмалы емес жұқпалы аурулардың алдын алу мәселелері бойынша денсаулық сақтау саласында қолданбалы жаңартпашыл технологиялар ағымымен қамтамасыз ету:

I. Шылымқорлықтың алдын алу;

II. Маскүнемдіктің алдын алу;

III. Нашақорлықтың алдын алу;

IV. Үйлесімді тамақтануды насихаттау;

- Ү. Репродуктивтік денсаулықты сақтау;
 ҮІ. Жүрек-қантамыр ауруларының алдын алу;
 ҮІІ. Онкологиялық аурулардың алдын алу.

2. Нысаналы топқа байланысты халық арасында мінез-құлықтық қауіпті факторлар мен әлеуметтік маңызды аурулардың алдын алу, СӨС қағидаларын қалыптастыру мен енгізу бойынша оқытуды ұйымдастырады және өткізеді.

3. Жоғары және орта білімді медициналық мамандарды, салауатты өмір салтын қалыптастыру мен қоғамдық денсаулық сақтаудың өзекті мәселелері бойынша білім беру ұйымдары мен басқа қызығушылық танытқан ведомстволардың мамандарын оқытуды ұйымдастыру мен жүргізу.

4. Симуляциялық оқыту бойынша СӨСҚ құрылымдық бөлімшелерінің қызметінде, МСАК-тың профилактикалық және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімінде, сондай-ақ басқа ведомстволар мен ұйымдарға ұйымдастыру-әдістемелік жетекшілік пен консультативтік көмек көрсету.

5. Қызығушылық танытқан ведомстволармен, облыс көлеміндегі ұйымдармен, республикалық маңызды қалалармен бірге әлеуметтік маңызы бар аурулардың алдын алу, денсаулықты нығайту, СӨСҚ мәселелері бойынша халықтың ақпараттылығын арттыру мен мінез-құлықтық қауіпті факторлардың таралуын төмендету бойынша симуляциялық құралдарды көрсету арқылы шаралар (Дүниежүзілік денсаулық күні, айлықтар, онкүндіктер және т.б.) жүргізуге қатысу.

6. Жекеменшік түріне және ведомстволық тиістілігіне байланыссыз халықаралық, үкіметтік емес ұйымдармен, қорлармен, қозғалыстармен, бизнес-құрылымдармен, көшбасшылармен, қоғамдық ұйымдармен, СӨС-ті насихаттаушы ұйымдармен ынтымақтастықты іске асыру.

Симуляциялық оқыту бөлімін (оқу-тренинг орталығын) материалдық-техникалық жабдықтаудың минималды стандарты (нормативі)

№	Атауы	Саны
I. Темекі тартудың алдын алу		
1.	Темекі тартушының үлгісі	1
2.	«Темекі тартпаудың артықшылығы» үлгісі	1
3.	Үлкен темекінің нақпішіні	2
4.	«Сағаттар » үлгісі	1
5.	«Механикалық шылымқор» үлгісі	5
6.	«Екеуі үшін шылым шегетін қуыршақ» үлгісі	2
7.	«Шылымқор қуыршақ» үлгісі	2
8.	«Өкпедегі ауыр сырыл» үлгісі	1
9.	«Екі нақпішін шылымқордың өкпесін көрсетеді» үлгісі	1
10.	Шылым шегудің салдары бойынша демонстрациялық шабадан	1
11.	«Шылымқордың қаңқасы» үлгісі	2
		19

II. Алкоголизмнің алдын алу		
1.	Алкогольді шамадан тыс тұтынудың салдары бойынша демонстрациялық шабадан	1
2.	Бауырдың үлгісі	2
3.	«Ішімдік ішудің алдында, ойланыңыз» үлгісі	2
4.	Интерактивті көзілдірік үлгісі	10
5.	Интерактивті көзілдірік D.W.eyes» үлгісі	10
6.	«Өлшеуіш әйнектер » сусындар жиынтығы	2
7.	Әзірлік үлгісі - «Анасы не істесе , баласы соны істейді»	1
8.	Интерактивті ойын	1
9.	Интерактивті ойын «Мас және қауіпті» (көзілдірікпен)	1
		30
III. Нашакорлықтың алдын алу		
1.	«Метамфетамин» үлгісін көрсету	1
2	« Есірткі тұтыну салдары» үлгісін көрсету	1
3	«АИТВ/ЖИТС салдары»- үлгісін көрсету	1
4	«Метамфетамин- аузы, ішкі көзқарас» үлгісі	2
		5
IV. Үйлесімді тамақтануды насихаттау		
1	Тамақтанудың төртқырлы пирамидасы	1
2	Үйлесімді тамақтану бойынша демонстрациялық шабадан	1
		2
V. Репродуктивті денсаулықты сақтау		
1	Эмбрионның дамуы мен ұрықтануы-үлгісі	2
2	Жыныстық мүшенің -үлгісі	1
3	«Жүктілік эмпатиясы»- үлгісі (жасөспірімдікі)	6
4	«Жүктілік эмпатиясы » үлкен үлгісі	2
5	Ерлердің жамбас үлгісі	1
6	Әйелдердің жамбас үлгісі	1
7	«Құрсақтағы өмір» үлгісі	2
8	ЖЖЖИ бойынша демонстрациялық шабадан	2
	Барлығы:	17
VI. Жүрек-қантамыр ауруларының алдын алу		
1	Кіші анатомиялық үлгілер жиынтығы (гипертония)	2
2	Жүрек үлгісі	2
3	Жүрек аурулар үлгісінің жиынтығы	2
	Барлығы:	6

VII. Онкологиялық аурулардың алдын алу		
1	«Маммографияның маңыздылығы туралы білініз»-үлгі	2
2	«Сүт безі обырының»-үлгісі	1
	Барлығы:	3
	Барлығы: 39 түр	82 дана

Профилактикалық қызметті жүргізудің тиімділігін арттыру сандық теледидар, онлайн жарнама, мобильдік құрал мен смартфондар, ғаламтор негізінде әлеуметтік қарым-қатынас жүйелері секілді жаңа медиялық алаңдардың дамуымен байланысты. Қазір қолдағы симуляциялық құралдарды қолдану арқылы білім беруге бағытталған телебағдарламалар шығарылған және оны республикалық телеарналардан көрсету іске асырылуда. Бұл жұмыстың түрін хабарландыруды, дебаттарды ынталандыру мен зерттеуді кеңейтуге және елдегі МСАК-тағы симуляциялық оқытудың ұқсас бөлімдерін құруға көз жеткізуге арналған құрал ретінде қолдану қажет.

Болжаулы нәтиже

- Оқытылып жатқан контингенттің ақпараттылық деңгейін арттыру;
- Жанартпашыл технологияны қолдану арқылы мінез-құлықтық қауіпті факторлардың алдын алу мен денсаулықты нығайту бойынша МСАК дәрігерлеріне арналған тренингтер ұйымдастыру мен жүргізу жөнінде ұсыныстар әзірлеу;
- Халықтың қызығушылығын білдіретін денсаулық әлеуетін сақтау мен арттыруға ақпараттылық деңгейін арттыратын жанартпашыл білім беретін технологиялар негізінде денсаулықты нығайту механизмдерін әзірлеу;
- Жоғары деңгейде, орта және төмен деңгейде (профилактикалық медициналық көмектің қолжетімділігін артыру үшін) ДДҰ-ның заманауи тәсілдері мен қағидаларының негізінде халық денсаулығын күшейтетін заманауи үлгілер ретінде оқу-тренинг орталықтарын әйгілендіру.

12. Ақпараттық науқан

Ақпараттық науқан (АН) – өмірдің белгілі бір бөлігінде өздері мен қоғам үшін жаңа, пайдалы мінез-құлық үлгілерін қабылдауға түрткі қылу мақсатында жаппай және жеке ақпараттандыру мен оқыту арналары және түрлі құралдардың көмегімен белгілі халық тобына (нысаналы топтарға) әсер ету шараларының кешенді жүйесі.

Ақпараттық науқан қалай денсаулықты нығайту мен сақтауға болатыны жөнінде адамдарды ақпараттандырып қана қоймай, адам ұқсағысы келетін тартымды, сымбатты, беделді өмір салтына белгілі мінез-құлық үлгілері мен пайдалы әдеттерді жасау арқылы оған түрткі болады. Нысаналы топтарды ақпараттандыру кейбір фактілерге қатысты оның ақпараттылық деңгейіне әсер етіп қана қоймай, насихатталатын мінез-құлық түрлеріне оң қарым-қатынасты қалыптастырады.

Арудың алдын алудағы ақпараттық науқанның негізгі үш мақсаты бар:

дәлелді ақпаратты беру, яғни білімді жетілдіру; мәселеге қатысты белгілі тұлғалық (денсаулықты сақтауға оң қарым-қатынас пен қауіпсіз мінез-құлық, жауапты) қатынасты құру; қауіпсіз міне-құлық дағдылары мен үлгілерін қалыптастыру.

Ақпараттық науқанның көмегімен келесі міндеттер шешіледі: қоғамдық пікірталас-науқанды ынталандыру билік құрылымдары, халық арасында бұқаралық ақпарат құралдарында белгілі тақырыптарды талқылауда бастама болады және ынталандырады. Құрылған пікірталас алаңы көп адамды ақпараттандыруға мүмкіндік беретін мәселе бойынша қарқынды ақпарат алмастыруға ықпал етеді; саяси шешімдерді қабылдауға әсер етуі – науқан саясаткерлер мен қоғам қайраткерлерін тиісті саяси шешімдер қабылдауға итермелеуі мүмкін; халықтың ақпаратқа, тауарларға және профилактика, емдеу мен консультация бойынша қызметке сұранымын қалыптастыру, ақпараттық науқан өткізу жеке тұлғалар мен барлық қоғамның аурулар мен олардан қорғану шаралары туралы ақпарат алуға қызығушылығын тудырады.

Науқанды кез келген деңгейде дұрыс ұйымдастырған жағдайда барлық аталған мақсаттарға жетеді. Дегенмен, жергілікті жағдайға, нысаналы топтардың мұқтаждығы мен кейбір факторлар қатарына қарамастан әр науқан өз күшін жоғарыда аталған аспектілерді біріне көздейді.

СӨС-ті қалыптастыру бойынша ақпарат көздері:

Салауатты өмір салтын қалыптастыру бойынша **кең ауқымды акциялар** денсаулықты сақтау мен нығайту саясатының қажетті анықтаушы болып табылады, салауатты өмір салтын қалыптастыру, аурулардың алдын алуға айтарлықтай халық тобын қамтуға, медициналық қызметкерлермен қатар түрлі министрліктер мен ведомстволардың өкілдерін жұмылдыруға мүмкіндік береді. Қазақстан Республикасының барлық өңірлерінде салауатты өмір салтын қалыптастыру қызметімен өткізілетін кең ауқымды акцияларға «Денсаулық фестивалі», «Денсаулық жолы», айлықтар мен онкүндіктер жатады.

• **брифинг** — жаңалық акциясы, БАҚ өкілдерімен мемлекеттік немесе коммерциялық құрылымды өкілдік ететін ресми тұлғалардың жаңалық пен белгілі бір мәселе бойынша ұстанымдарын айтатын қысқа кездесу. Брифинг жоспарланған оқиғаны (яғни, күтпеген жаңалықтар, эмоционалдық қабылдау) хабарлауға ыңғайлы. Осы ақпаратта жасырынған мәлімет немесе идеологиялық тезис аудиториямен сынға ұшырамай қабылданады.

• **баспасөз мәжілісі** — мекеменің, компанияның, ұйымдардың өкілдерімен және жеке қызметкерлермен тілшілердің ұйымдастырылған кездесуі. Баспасөз мәжілісінің мақсаты: бірінші кезекте түрлі аспектілер жөнінде БАҚ-қа ақпараттар мен пікірлер беру, сұрақтар мен жауаптардың көмегімен мәліметтерді тексеру және мұғлұматтарды салыстыру. Баспасөз мәжілістері – қоғаммен байланыс ұйымдастырудың және онымен бұқаралық ақпарат құралдары арқылы қажетті ақпаратты берудің кең таралған және тиімді тәсілдерінің бірі. Баспасөз мәжілісі ұйымдастыру қандай да бір маңызды оқиғаны, өзекті мәселені жұртшылыққа хабарлау қажет болған жағдайда мақсатты болып табылады.

• **пікірталастар** – қарым-қатынасты үйрену түрі, жалпы білім беретін мектептерде, колледждерде, жоғары оқу орындарында оқитын, өздігінен әдебиетпен жұмыс істеу дағдыларын жаттықтыру, пікірталасты жүргізуге дағдылану мен қарама-қарсы жақтың ұстанымының бар болуға құқылы екенін есепке ала отырып, өз көзқарасын сақтап қалуға жаттығуға мақсатты тәрбие жұмысын ұйымдастыру тәсілі.

• **баспасөз-айналымы** — өңірге, жобаға, кәсіпорынға назар аударту мақсатында тілшілер үшін ұйымдастырылған саяхат. Баспасөз-айналымы жеке ақпарат көзі бола алады.

• **презентация** — шақырылған тұлғалар арасында жаңа кәсіпорында, фирмаларды, бірлестіктерді, жобаны, тауарды ресми көрсету. Әдетте презентация өнімнің үлгілері таратылып, көрсетілген тауарға тұтынушыларды табуға жарнамалық-коммерциялық мақсатта өткізіледі;

• **көрме** — қоғамдық өмірдің экономика, ғылым, техника, мәдениет, өнер мен басқа да салаларының жетістіктерін көрсетеді;

• **мәжіліс** — алдын ала белгіленген тақырып бойынша ұйымдардың өкілдерімен, ғалымдармен, түрлі сала мамандарымен кеңес;

• **әлеуметтік бейне** - және аудиороликтер- қоғамның назарын қандай да бір мәселеге және оны шешуге аударған бейнеөнімдер;

• **әлеуметтік бейнеөнімді киноға орналастыру** – аурудың алдын алу шаралары туралы халықтың ақпараттылығын ақпараттандыру мақсатында телефильм - киноға кіргізу;

• **«шұғыл желі»** — жұртшылықпен екі жақты сенімді байланыс орнатудың тиімді құралы. «Шұғыл желінің» жүргізілуі туралы хабар газеттерден және/немесе теледидардан беріледі. Ол ақпарат беруге және қоғамдық пікір туралы ақпарат алуға мүмкіндік береді. Баспасөз орталығы, «шұғыл желі» тәулігіне 24 сағат қол жетімді және қандай тақырыптың өзектілігі жоғары екенін анықтау үшін қоңыраулар мазмұнын жазып отырады;

• **промо-акция** — қызығушылық танытуға есептелген нарықта бизнес-өнімді өткізу бойынша шараларды ынталандыру.

Қорытынды

Әдістемелік ұсыныстар қазақстандық денсаулық сақтаудың бастапқы буынындағы профилактикалық жұмыс түрі мен әдісін көрсетеді. Денсаулық сақтау саласының әлеуметтік-бағытты үлгісін қалыптастыру мен дамытуда профилактикалық араласудың заманауи технологияларын қолдану мен азаматтардың денсаулық әлеуетін дамыту болып табылады. Әдістемелік ұсынымдарда кең таралған ауруларды анықтау мен алдын алуға және халықтың денсаулық жағдайына бағытталған бастапқы денсаулық сақтау қызметін ұйымдастыруға енгізілген әдістердің он бір түрі мен ұйымдастыру түрлері енгізілген. Сонымен қатар, салауатты өмір салтын қалыптастыру мен мінез-құлықтық қауіпті факторларды төмендету бойынша профилактикалық жұмысты жүргізу үшін мамандарды дайындау қажет екені атап көрсетілген.

Қолданылған әдебиеттер тізімі

1. Bedirhan U.B. The global burden of mental disorders // Am. J. Pub. Health. – 1999. – Vol.89, P.1315-1318.
2. Rubenstein L.V. et al. Evidence-based care for depression in managed primary care practices // Health Affairs. – 1999. – Vol. 18(5). – P.89-105.
3. Granucci L.J. Clinical social work and family medicine: A partnership in community service // Health&Social Work. – 2000. – Vol. 25(2). – P. 119-126.
4. Первичная медико-санитарная помощь Сегодня актуальнее, чем когда-либо // Доклад о состоянии здравоохранения в мире, Всемирная организации здравоохранения. – 2008.
5. Государственная программа развития здравоохранения РК «СаламаттыҚазақстан» на 2011-2015 годы (утвержденная указом Президента РК от 29 ноября 2010 года №1113).
6. Приказ от МЗ РК от 05 января 2011 года №7 «Об утверждении Положения о деятельности организации здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь».
7. Б.А.Азанова, А.С.Умралина, Г.А. Мусина, А.Мергентай, Б.Т.Каупбаева «О некоторых аспектах создания социально-ориентированной модели ПМСП в Казахстане. Медико-социальные аспекты охраны здоровья», 2013, №3 (68), С.42-48.
8. Авдюхина Т.И., Константинова Т.Н. Энтеробиоз. Клиника, диагностика, лечение, эпидемиология, профилактика // Учебное пособие для врачей. Москва, 2003, 60 с.
9. Аканов А.А., Тулебаев К.А., Нургабылова А.Б. и др. Методологические подходы к созданию интегрированных программ профилактики хронических неинфекционных заболеваний (Практическое руководство). Алматы, 1999, 98 с.
10. Аканов А.А. и др. Табачная зависимость и меры профилактики // Методическое пособие для врачей общей практики, Алматы, 1999.
11. Аканов А.А., Нургабылова А.Б., Косинов И.М. и др. Употребление алкоголя и его профилактика (Методическое пособие для врачей общей практики). // Алматы, 1999, 31 с.
12. Аканов А.А., Сейсенбаев А.Ш., Айтжанова Г.Б. и др. Алгоритм действий медицинских работников на уровне ПМСП по основным факторам риска хронических неинфекционных заболеваний (Методические рекомендации для работников ПМСП). Алматы, 2000, 39 с.
13. Аканов А.А. и др. Руководство по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний и укреплению здоровья (Издание первое). Алматы, 2002.
14. Аканов А.А., Турдалиева Б.С., Исманкулова Г.С. Профилактика поведенческих факторов риска на уровне ПМСП (методические рекомендации) // Алматы, 2003, 48 с.
15. Амиреев С.А. Эпидемиология. Частная эпидемиология. 2 том. Алматы, 2002, 692 с.

16. Вирусные гепатиты: достижения и перспективы – США, Национальный институт здоровья, 2002.
17. Вуд М.Э., Банн П.А. Секреты гематологии и онкологии. – Москва, Бином, 1997, С.224-225, 256-257.
18. Германюк Т.А., Байсугурова В.Ю., Колокина Р.С. и др. Стандарты знаний по профилактике заболеваний и укреплению здоровья. Методические указания. Алматы, 2002, 48 с.
19. Германюк Т.А., Колокина Р.С., Гоголина Н.А. и др. Методические подходы к первичной профилактике инфекционных заболеваний (методические рекомендации). Алматы, 2002, 45 с.
20. Джамалдинов Д.Д.. Профилактика и ранняя диагностика опухоли кожи. В помощь практическому врачу. Алматы, 2003, 9 с.
21. Дорничев В.М., Гуревич П.С., Губачев Ю.М. Семейный врач и организация здорового образа жизни. Ч.2. Медицинские вопросы физической культуры в практике семейного врача. С-Пб., 2000, 63 с.
22. Здоровье-21 – здоровье для всех в 21-ом столетии. Изд. ВОЗ, Копенгаген, 1999, С.124-125 (физическая активность).
23. Клинические протоколы по охране репродуктивного здоровья для врачей акушеров-гинекологов первично медико-санитарной помощи. Алматы, 2001, 123 с.
24. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова – 2-е изд., испр. М.: ГОЭТАР-МЕД, 2002, 1248 с.
25. Комарова Л.Е. Скрининг рака молочной железы. // Ж.Современная онкология, том 04, № 2, 2002.
26. Крофман Дж., Хорн Н. Клиника туберкулеза. Бишкек, 2001, С.7-25.
27. МКБ-10 (Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти). Адаптированный вариант. / Отв.ред. Овчаров В.К., Максимова М.В. // Москва, 1996, 196 с.
28. Мустафаева Д.У., Косинов И.М. Борьба с артериальной гипертонией. (Методическое пособие для врачей общей практики). Алматы, 1999, 30 с.
29. Подростковая медицина: Руководство для врачей / Под ред. Л.И. Левиной СПб.: Специальная литература, 1999, 731 с.
30. Профилактика через первичное здравоохранение. Рекомендации для улучшения качества работы / Под ред. L.Dobrossy. – ЕРБ ВОЗ, Копенгаген, 2003, 165 с.
31. Учет и отчетность по онкологической заболеваемости. // Методические рекомендации (Под ред. Ж.Арзыкулова, Х.Сагын). Алматы, 2003, 18 с.
32. Ранняя диагностика рака. // Метод.рекомендации (Авторский коллектив под ред. Ж.А.Арзыкулова). Алматы, 2003, 27 с.
33. Рациональное ведение больных острыми респираторными заболеваниями и гриппом // Рекомендации НИИ Гриппа РАМН. Москва, 1998.

34. Сурдина Т.Ю. Оценка эпидемиологической обоснованности и экономической эффективности амбулаторного лечения больных вирусным гепатитом А. Алматы, 2003.
35. Фостер С., Лейнг Р., Фири Р., Алкенбарк С. Первичная медико-санитарная помощь: обзор современных тенденций развития. Проект Здравплюс. Алматы, 2003, 48 с.
36. Эндрюсон Д., Ридер Г.. Организация борьбы с туберкулезом, Руководство по выполнению стандартов. - Международный Союз по борьбе с туберкулезом и болезнями легких, 2003, С.3-5, 52-58.
37. Battista R. Practice guidelines for preventive care: the Canadian experience. *British J.of General Practitioners*. 1993, V.43, P.301-304
38. Epstein F.H. & Holland W.W. Prevention of chronic diseases in the community. One disease versus multiple disease strategies. // *Int.J.of Epidemiology*, 1983, V.12, P.135-137.
39. Fowler G. Et al. Prevention in general practice. Oxford, OxfordUniversity Press. 1993.
40. HarriesA.,MaherD.. ТБ / ВИЧ, Клиническое руководство, ВОЗ, 1997, С. 19-23, 45-47.
41. Hayward R.S. et al. Preventive care guidelines: 1991. *Annals of internal medicine*. 1991, V.114, P.758-783.
42. Health in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994 (WHO Regional Publications Series, № 56).
43. Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford, OxfordUniversity Press. 1992.
44. Preventive cancers. /Ed. Heller T. et al. – Open University Press, Springer Verlag. 1992.
45. Руководство по пропаганде здорового образа жизни и профилактике заболеваний.(Методическое руководство),-Астана.- 2007.-124с.
46. Тулегалиева А.Г., Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Шумилина Л.Н. Организация деятельности антитабачных центров в Казахстане. (методические рекомендации). Алматы., 2013. – 26 с.
47. Баттакова Ж.Е., Каржаубаева Ш.Е., Медеубаева К.К., Шайкенова А.Т. Организация молодежных центров здоровья в Казахстане. (методические рекомендации). Алматы., 2012. – 92с.
48. Положения об организации и деятельности Школ здоровья по поведенческим факторам риска в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Приказ №146 от 05.03.2012г.
49. Алгоритмы действий медицинских работников первичной медико-санитарной помощи по пропаганде здорового образа жизни, профилактике факторов риска основных социально-значимых заболеваний. (протоколы профилактической деятельности). Приказ №89 от 17.02.2012г.
50. Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С., Егорычев В.Е., Имангалиева А.А. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний с помощью коррек-

ции питания и физической активности (методические рекомендации). Алматы, 2011. – 23 с.

51. Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Каржаубаева Ш.Е., Жылкайдарова А.Ж., Кулкаева Г.У., Адаева А.А., Имангалиева А.А., Султанова З.Б. Алгоритмы действий медицинских работников первичной медико-санитарной помощи по профилактике поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (методические рекомендации). Алматы, 2011. – 23 с.

52. Баттакова Ж.Е., Каржаубаева Ш.Е., Колокина Р.С., Шайкенова А.Т. Методическое руководство для координаторов проекта ВОЗ «Школы, способствующие укреплению здоровья в Казахстане». Выпуск №4 Алматы, 2011. – 25 с.

53. Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С. Рекомендации для специалистов общей врачебной практики при проведении первичной профилактики неинфекционных заболеваний. (учебное пособие). Алматы, 2012. – 33 с.

54. Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Егорычев В.Е. Система контроля качества и критерии оценки результативности профилактики факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в общей врачебной практике. (методические рекомендации). Алматы, 2012. – 19 с.

55. Баттакова Ж.Е., Каржаубаева Ш.Е., Сулейманова Н.А., Шумилина Л.Н. Школа здоровья для пациентов с сахарным диабетом (учебно-методическое пособие). Алматы, 2012. – 16 с.

56. Баттакова Ж.Е., Каржаубаева Ш.Е., Сулейманова Н.А., Шумилина Л.Н. Школа здоровья для пациентов с артериальной гипертонией (учебно-методическое пособие). Алматы, 2012. – 38 с.

57. Баттакова Ж.Е., Палтушева Т.П., Длимбетова Д.О. Рекомендации для полевых интервьюеров при проведении глобального опроса взрослого населения по потреблению табака (методические рекомендации). Алматы, 2013. – 26 с.

58. Battakova Zh.e., Tokmurziyeva G.Zh., Paltusheva T.P., Khaidarova T.S., Akhmetov V.I. Prevalence of smoking among adult Populaion of Kazakhstan // EurAsian Journal of BioMedicine, Vol.6, No.1, 2013. P.1-3.

59. Battakova Zh.E, Tokmurziyeva G.Zh, Slazhneva T.I, Darisheva M.A, Abdrakhmanova Sh.Z, Akhmetov V.I. Quality of life of population in urban Areas of Kazakshtan // EurAsian Journal of BioMedicine, Vol.6, No.1, 2013. P.5-10.

60. V.Ye. Yegorychev, Zh. Ye. Battakova, T.I. Slazhneva, T.S. Khaidarova, A.A. Adayeva, A.A. Akimbayeva, N.T. Utembayeva, D.O. Dlimbetova. Intensity of effect and prevalence of cardiovascular diseases risk factors in elderly // Eurasian Journal of BioMedicine, Vol.6, No.1, 2013. P.11-15.