

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

УДК: 618.2-089.163

Қолжазба құқығында

АХМЕТОВА ЖАДЫРА КАМБЫЛОВНА

**Жүкті әйелдерді босануға дайындаудағы мультидисциплинарлы
тәсілді бағалау**

6D110200 – Қоғамдық денсаулық сақтау

Философия докторы (PhD)
дәрежесін алу үшін дайындалған диссертация

Ғылыми кеңесші
м.ғ.д., асс. проф. Оспанова Д.А.
Ғылыми кеңесші
м.ғ.к., Сармулдаева Ш.К.
Шет елдегі ғылыми кеңесші
м.ғ.к. Павлович Т.П.

Қазақстан Республикасы
Алматы, 2024

МАЗМҰНЫ

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР	4
АНЫҚТАМАЛАР	5
БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР	7
КІРІСПЕ	8
1 БОСАНУҒА ДАЙЫНДЫҚ КЕЗІНДЕ ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРГЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫҢ ЗАМАНАУИ ТӘСІЛДЕРІ	13
1.1 Шет елдерде ана мен бала денсаулығын қорғау қызметін ұйымдастыру	13
1.2 ТМД елдерінде жүкті әйелдерді босануға дайындау кезінде мультидисциплинарлы тәсілді ұйымдастыру	19
1.3 Қазақстанда жүкті әйелдерге медициналық және медициналық-әлеуметтік көмекті ұйымдастыру	24
2 ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ	30
2.1 Зерттеу кезеңдері	30
3 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНАЛАРДА ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРГЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК КӨМЕКТІҢ ҰЙЫМДАСТЫРЫЛУЫ МЕН СИПАТЫН ЗЕРТТЕУ	42
3.1 Қазақстан Республикасында акушерлік-гинекологиялық көмекті ұйымдастыру ерекшеліктері (нормативтік-құқықтық базаның контент-талдауы)	42
3.2 Қалалық емханаларда бақыланатын жүкті әйелдер контингентінің сипаттамасы	48
3.3 Қалалық емханаларда жүкті әйелдерге медициналық-әлеуметтік көмек көрсетуді ұйымдастыру	54
3.4 Қалалық емханаларда жүкті әйелдерге медициналық-әлеуметтік көмектің сапасын зерттеу	61
4 ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРГЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК-ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ ЖӨНІНДЕГІ МАМАНДАРДЫҢ ҚЫЗМЕТІН ТАЛДАУ	70
4.1 Медициналық-әлеуметтік көмекті ұйымдастыру және сапасы туралы жүкті әйелдердің пікірінің нәтижелері	70
4.2 Жүкті әйелдерді диспансерлеудің тиімділігін арттыру мақсатында медицина қызметкерлерінің пікірін зерттеу нәтижелері	86
5 ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІ БОСАНУҒА ДАЙЫНДАУ КЕЗІНДЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРЛЫҚ ТӘСІЛ ЖҮЙЕСІН ОҢТАЙЛАНДЫРУ ҮШІН МЕДИЦИНАЛЫҚ-ҰЙЫМДАСТЫРУ ІС-ШАРАЛАРЫНЫҢ НЕГІЗДЕМЕСІ	98
5.1 Акушер-гинекологтардың, учаскелік терапевттердің, психологтардың, әлеуметтік қызметкерлердің, орта медицина қызметкерлерінің, заңгерлердің жүкті әйелдерді босануға дайындау бойынша өзара байланысын жетілдіру	98
5.2 Жүкті әйелдерді босануға дайындау кезінде мультидисциплинарлық	

тәсіл жүйесін оңтайландыру үшін медициналық-ұйымдастыру іс-шараларының негіздемесі	109
5.2.1 Жүкті әйелдерге медициналық-әлеуметтік көмек көрсетуді ұйымдастыруды жетілдірудің және сапасын арттырудың негізгі бағыттары	109
5.2.2 Акушер-гинекологтардың, учаскелік терапевттердің, психологтардың және арнайы мамандардың (әлеуметтік қызметкер, заңгер) өзара байланысы арқылы жүкті әйелдерді диспансеризациялау мен босануға дайындығын жетілдіру	110
5.2.3 Жүкті әйелдерге медициналық-әлеуметтік-психологиялық көмекті жақсартудағы отбасының рөлін арттыру	112
ҚОРЫТЫНДЫ	113
ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ	119
ҚОСЫМШАЛАР	133

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР

Бұл диссертациялық жұмыста келесі нормативтік құжаттарға сілтемелер қолданылған:

"Салауатты ұлт" әрбір азамат үшін сапалы және қолжетімді денсаулық сақтау ұлттық жобасы.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды дамытудың 2020-2025 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы.

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" ҚР Кодексі (04.05.2020 ж. жағдай бойынша өзгерістер мен толықтырулармен)

"Қазақстан Республикасында алғашқы медициналық-санитариялық көмекті дамытудың 2018-2022 жылдарға арналған негізгі бағыттарын бекіту туралы" бұйрық.

Республикада акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 26 тамыздағы № 92 бұйрығы.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 28 сәуірдегі № 281 бұйрығы.

Алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсету Қағидалары және алғашқы медициналық-санитариялық көмек ұйымдарына бекіту қағидалары.

ҚР Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2009 жылғы 10 қарашадағы №685 "Халықтың нысаналы топтарына профилактикалық медициналық тексерулер жүргізу қағидаларын бекіту туралы" бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 25.12.2017 ж. №995 бұйрығы.

"Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы " ҚР ДСМ 2017.03.24 № 92 бұйрығы.

ҚР ДСӘДМ 28.04.2015 ж. № 281 "алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсету қағидаларын және азаматтарды алғашқы медициналық-санитариялық көмек ұйымдарына бекіту қағидаларын бекіту туралы" бұйрығы.

ҚР ДСМ 05.06.2014 ж. № 302 бұйрығы "емдеуге жатқызу бюросының порталы арқылы ТМККК шеңберінде стационарға жоспарлы емдеуге жатқызуды ұйымдастыру жөніндегі Нұсқаулықты бекіту туралы" ҚР ДСМ 3.07.2010 ж. №492 бұйрығына өзгеріс енгізу туралы.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2011 жылғы 5 қаңтардағы № 7 бұйрығы. Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы ережені бекіту туралы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 Бұйрығы. Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы.

АНЫҚТАМАЛАР

Бұл диссертациялық жұмыста келесі терминдерге сәйкес анықтамалар қолданған:

Денсаулық сақтаудағы сабақтастық-денсаулықты қалпына келтіру (сақтау) деген бірыңғай стратегиялық мақсатқа қол жеткізу мақсатында адамдарды емдеуде, түрлі емдеу-профилактикалық мекемелерде халыққа медициналық қызмет көрсетуде бірыңғай тактика жүргізуді білдіреді;

Амбулаториялық медициналық көмек (немесе амбулаториялық-емханалық көмек) – амбулаториялық-емханалық ұйымдарда (аумақтық қалалық емханаларда, әйелдер консультацияларын қоса алғанда, консультациялық-диагностикалық емханаларда (орталықтарда) және т.б.) алғашқы медициналық-санитариялық көмек, Білікті және мамандандырылған медициналық көмек түрінде ұсынылады. Амбулаториялық-емханалық көмекті учаскелік терапевттер, педиатрлар, акушер-гинекологтар, жасөспірімдер кабинеттерінің дәрігерлері, жалпы практика дәрігерлері, фельдшерлер, акушерлер, жеке үй-жайды ұстаусыз медицина қызметкерлері және бейінді мамандар көрсетеді. Амбулаториялық-емханалық көмек уәкілетті орган бекітетін Денсаулық сақтау стандарттарына сәйкес көрсетілетін профилактикалық, диагностикалық және емдеу қызметтерін, сондай-ақ еңбекке уақытша жарамсыздық сараптамасын қамтиды;

Алғашқы медициналық-санитарлық көмек (МСАК)- медициналық көмек көрсету жүйесінің негізі болып табылады және аурулар мен жағдайларды алдын алу, диагностикалау, емдеу, медициналық оңалту, жүктіліктің барысын бақылау, салауатты өмір салтын қалыптастыру және халықты санитарлық-гигиеналық ағарту жөніндегі іс-шараларды қамтиды.

Стационарлық медициналық көмек – тәулік бойы медициналық бақылаумен білікті, мамандандырылған медициналық көмек көрсету нысаны. Стационарлық көмек медициналық ұйымдарда олардың лицензиямен айқындалатын қызметінің бағытына сәйкес көрсетіледі. Стационарлық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарына ауруханалар, клиникалар, Диспансерлер жатады. Стационарлық медициналық көмек тұрақты дәрігерлік бақылауды, тәулік бойы қарқынды күтімді, диагностика мен емдеуге кешенді тәсілді, жаңа медициналық технологияларды пайдалана отырып, тексерудің және емдеудің күрделі әдістерін қолдануды талап ететін аурулар кезінде көрсетіледі.

Репродуктивті жас (фертильді жас) – бұл организмнің ұрпақты болу қабілеті сақталатын жас. Әйелдің оңтайлы репродуктивті жасы 19 жастан 49 жасқа дейінгі кезең болып саналады;

Репродуктивті денсаулық – бұл репродуктивті жүйенің толық физикалық, психикалық және әлеуметтік әл-ауқатының күйі, оның функциялары мен процестері, соның ішінде ұрпақтардың көбеюі және отбасындағы психосексуалдық қатынастардың үйлесімділігі.

Жүктілік алдындағы дайындық – бұл денені толыққанды тұжырымдамаға, дені сау баланы көтеруге және тууға дайындауға арналған диагностикалық, профилактикалық және емдік шаралар кешені.

БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР

ҚЕ	Қалалық емхана
ДДҰ	Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
ТБА	Туа біткен ақаулар
БҰДСЖ	Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесі
ӘК	Әйелдер кеңесі
БШАКБ	Балалық шақ ауруларын кешенді басқару
ҰӨТ	Ұрықтың өсуінің тежелуі
АҚ	Ақпараттандырылған келісім
ЖЖБИ	Жыныстық жолмен берілетін инфекциялар
КМАЖ	Кешенді медициналық ақпараттық жүйе
МКС	Медициналық көмектің сапасы
ҚР ДСМ	Қазақстан Республикасы Денсаулық Сақтау Министрлігі
АӨ	Ана өлімі
ААА	Асқынған акушерлік анамнез
ААГА	Асқынған акушерлік-гинекологиялық анамнез
БҰҰ	Біріккен Ұлттар Ұйымы
БПП	Босанудың психопрофилактикасы
АМСК	Алғашқы медициналық-санитарлық көмек
ҚР	Қазақстан Республикасы
ОДА	Отбасылық дәрігерлік амбулатория
АҚШ	Америка Құрама Штаттары
ФАП	Фельдшерлік-акушерлік пункт
ТФ	Тәуекел факторлары
ЭГП	Экстрагенитальды патология
ТМД	Тәуелсіз мемлекеттер достастығы
ЭЫДҰ	Экономикалық ынтымақтастық және даму ұйымы

КІРІСПЕ

Зерттеу тақырыбының өзектілігі

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау жүйесіндегі басым бағыттардың бірі ана мен баланы қорғау болып табылады. 2012 жылы ұсынылған Қазақстан Республикасының 2050 жылға дейінгі Даму стратегиясы Қазақстанның әлемдегі ең дамыған отыз елдің қатарына кіруін қарастырады, бұл халықты сапалы, уақтылы, қолжетімді медициналық көмекпен қамтамасыз ету үшін денсаулық сақтау жүйесіндегі жұмысты одан әрі жетілдіру қажеттілігін білдіреді [1].

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) жүкті әйелдер мен аналардың антенатальды кезеңдегі медициналық көмектің сапасы мен тиімділігіне қанағаттануын бақылауды және бағалауды ұсынады. Антенатальды күтім нәресте өлімін азайтуда маңызды рөл атқарады, бұл антенатальды күтімі жоқ жаңа туған нәрестелер босанғанға дейінгі күтімді алған нәрестелерге қарағанда бес есе жиі өлетінін көрсетеді. Пренатальды күтімге қол жеткізу жүктілік нәтижелерінің сәттілігінің маңызды факторы болып табылады [2].

Соңғы онжылдықта ҚР-да перинаталдық көмекті ұйымдастыруда жүйелі өзгерістер болды. "Әрбір азамат үшін сапалы және қолжетімді денсаулық сақтау "салауатты ұлт" ұлттық жобасын іске асыру шеңберінде жоғары тиімді перинаталдық технологиялар енгізілді және енгізілуді жалғастыруда, тәуелсіз медициналық сараптама жүйесі құрылды, бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесі (РТЗ) қалыптастырылды [3-7].

Әйелді ана рөлін орындауға дайындау-бұл күрделі, бұл тек физиологиялық ғана емес, сонымен қатар осы рөлдің әлеуметтік, психологиялық аспектілеріне де әсер ететін, процесс. Әйелдердің репродуктивті денсаулығы, жүкті әйелдерге медициналық көмек көрсету проблемалары қазіргі ғылымда өте танымал және қарқынды дамып келе жатқанына қарамастан, әйелді ана рөлін орындауға дайындау процесінде командалық тәсілдің қызметін кешенді бағалауға арналған жұмыстардың тапшылығы бар. Бұл факт белгіленген құбылысты барабар қарастыруға қабілетті әдіснамалық және эмпирикалық зерттеу стратегияларын іздеуге бағытталған [8]. Мультидисциплинарлық тәсіл әйелді ана рөліне дайындаудың әр кезеңінде, әсіресе жүктілік кезеңінде маңызды рөл атқарады. Баланы күту кезеңінде әлеуметтік ортаның әйелге әсеріне байланысты барлық қайшылықтар күшейе түседі: бұл еңбек нарығындағы гендерлік кемсітушілік, экономикалық тәуелсіздіктің жоғалуы, қоғамдық өмірге қатысудан мәжбүрлі түрде бас тарту және Отбасылық қатынастардағы өзгерістер [9]. Әйел мен баланың денсаулығын сақтауға, нығайтуға және қалпына келтіруге бағытталған медициналық, психологиялық және әлеуметтік-құқықтық сипаттағы көпсалалы кәсіби қызметтің бір түрі ретінде қарастыра отырып, жүкті әйелді ана рөлін орындауға дайындаудың заманауи тәжірибесіне медициналық-социологиялық талдау жүргізу қажет.

Жүкті әйелге жағымсыз әсерлердің алдын алуға бағытталған барлық әлеуметтік институттардың өзара әрекеттесуі, профилактикалық

бағдарламаларды жүзеге асыру, диагностиканы, емдеуді жақсартумен, заманауи медициналық технологияларды қолданумен қатар, жүкті әйелдердің өмір сүру сапасын жақсартудың стратегиялық міндеттерін шешуге және ана рөліне дайындықты қалыптастыруға қабілетті екенін атап өткен жөн.

Жүкті әйелді ана рөлін орындауға дайындау-бұл күрделі процесс, оны сәтті жүзеге асыру әйелдің биологиялық, психологиялық және әлеуметтік әлауқатын жаңартуға бағытталған факторлардың бүкіл жүйесіне байланысты. Өкінішке орай, бүгінгі таңда ҚР-да жүкті әйелге әлеуметтік-психологиялық, медициналық-әлеуметтік және құқықтық көмектің кешенді міндеттерін шешу міндеті тұрған мемлекеттік құрылымдар жоқ. Бұл жағдайда ана мен баланы қорғауға, ана мен балаға нақты кешенді көмек көрсетуге, демографиялық жағдайды жақсартуға, отбасылық құндылықтарды жандандыруға және нығайтуға бағытталған әйелдер консультациясының қызметі өте қажет. Қолданыстағы позицияны өзгерту тек акушерлік мәселелерге пәнаралық көзқарас негізінде мүмкін болады. Медициналық ойлаудың жаңа парадигмасын қалыптастыру қажет, бұл ауруларға ғана емес, сонымен қатар жағымсыз эмоциялар, психикалық стресс, шаршау, мазасыздық сияқты психикалық факторлар акушерлік асқынулардың пайда болуының этиологиялық факторлары болуы мүмкін. Бұл міндетті іске асыру мәселені пәнаралық зерттеу шеңберінде ең тиімді болады, бұл жүкті әйелді әйелдің қажеттіліктерін де, медицина институтының мүмкіндіктерін де ескере отырып, ана рөлін орындауға дайындаудың оңтайлы моделін жасауға мүмкіндік береді.

Бұл ғылыми-практикалық алғышарттар орындалған диссертациялық зерттеудің өзектілігін анықтайды.

Зерттеудің мақсаты - жүкті әйелдерге медициналық-профилактикалық және әлеуметтік-психологиялық көмектің көпсалалы тәсілін оңтайландыру

Зерттеудің міндеттері:

1. Жүкті әйелдерге медициналық-әлеуметтік көмекті ұйымдастырудың отандық және шетелдік тәжірибесін зерделеу және тарихи ретроспективада жүкті әйелдерге медициналық қызмет көрсету нысандарын қарастыру.

2. Қалалық емханада диспансерлік бақылау жүйесінде жүктілікті жүргізу мен босануға дайындықтың ұйымдастырушылық-медициналық және әлеуметтік-психологиялық тәсілдерін бағалау.

3. Көпсалалы қызмет көрсету жағдайында жүкті әйелдерге медициналық-профилактикалық және әлеуметтік-психологиялық көмек көрсету бойынша денсаулық сақтау ұйымдары мамандарының қызметін талдау.

4. Медицина қызметкерлерінің медициналық-әлеуметтік-психологиялық сүйемелдеуінің тиімділігін арттыру және интеграциялау мақсатында босануға дайындық кезінде жүкті әйелдерді басқаруға мультидисциплинарлық тәсілді енгізу жөніндегі ұсынымдарды негіздеу.

Зерттеудің ғылыми жаңалығы отандық ғылымда алғаш рет медициналық-әлеуметтанулық зерттеу материалында акушер-гинеколог дәрігері мен босану жүйесінің басқа агенттері арасындағы қарым-қатынастың рөлі мен ерекшеліктері айқындалды, осы саладағы жанжалдардың алдын алу

және шешу жолдары бойынша ұсыныстар жасалды. Ғылыми әдебиеттерді талдау негізінде фертильді жастағы әйелдердің репродуктивті мінез-құлқының қалыптасуы талданды және жүкті әйелдерге медициналық көмекті институттандыру нысандары анықталды.

Жұмыста жүктілікке байланысты акушер-гинекологқа жүгінген әйелдің медициналық-әлеуметтік портреті ұсынылған және босану жүйесінде жеке медицина әдістерін қолдану алғышарттары көрсетілген.

Босану жүйесіндегі акушер-гинекологтардың кәсіби диспозицияларын талдау негізінде жүкті әйелдерге медициналық көмек көрсетудің әртүрлі кезеңдерінде медициналық қоғамдастықтағы қатынастарды оңтайландыру бойынша ұсыныстар жасалды. Медицина әлеуметтануының сапалы әдістерін қолдану босану жүйесіндегі этикалық-құқықтық қақтығыстарды типологиялауға және олардың алдын-алу және шешу бойынша ұсыныстар беруге мүмкіндік берді.

Зерттеу нәтижелерінің тәжірибелік маңыздылығы

Денсаулық сақтау жүйесі деңгейінде:

Зерттеу материалдары жүкті әйелдерді диспансерлеуді жүзеге асыратын денсаулық сақтау мекемелерінің МСАК деңгейінде оларды медициналық-психологиялық сүйемелдеу бағдарламаларын әзірлеу үшін практикалық пайдалануға арналған.

Кешенді медициналық-әлеуметтанулық талдау негізінде жүктілік қайталама әлеуметтену процесі ретінде қарастырылады, жүкті әйелдерге қызмет көрсетудің әлеуметтік институттарының тарихи қалыптасуы ұсынылған.

Медициналық ұйым деңгейінде:

Жүкті әйелдердің қалалық емхана қызметіндегі медициналық, әлеуметтік және психологиялық компоненттерді интеграциялаудың теориялық негізі ретінде ана рөлін орындауға дайындығы тұжырымдалған.

Оның қажеттілігін анықтау және медициналық қызмет көрсетуді жетілдіру мақсатында қалада тұратын қазіргі жүкті әйелдің медициналық-әлеуметтік портреті қалыптасты.

МСАК және стационар жағдайында жүктілікті кешенді медициналық-әлеуметтік және психологиялық сүйемелдеудің жаңа тәсілі ананың рөліне дайындықты қалыптастырудың маңызды факторы ретінде негізделген.

Теориялық маңыздылығы

Зерттеу материалдары жүкті әйелдерді диспансерлеуді жүзеге асыратын денсаулық сақтау ұйымдарында оларды МСАК деңгейінде медициналық-психологиялық сүйемелдеу бағдарламаларын әзірлеу үшін практикалық пайдалануға арналған.

Қоғамдық денсаулық сақтау және денсаулық сақтау, Акушерлік және гинекология, психология саласындағы, сондай-ақ "Денсаулық сақтау және қоғамдық денсаулық сақтау ұйымы", "Акушерлік және гинекология"мамандықтары бойынша жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру

жүйесіндегі одан әрі теориялық және қолданбалы ізденістер үшін база ретінде қолданылады.

Қорғауға шығарылатын ережелер:

1. Жүкті әйелдерді босануға дайындауды ұйымдастырудың қолданыстағы моделі әр түрлі деңгейдегі босану жүйесінің әр агентінің функционалдығын, жүкті әйелдерді диагностикалау, емдеу, басқару және босануға дайындаудың заманауи технологияларын, соның ішінде көпсалалы топтарды ескере отырып жетілдіруді қажет етеді.

2. Жүкті әйелдердің диспансерлеу жағдайын талдау нәтижелері, олардың диспансерлеу туралы пікірлері, сондай-ақ босану жүйесінің барлық агенттерінің пікірлері емхана деңгейінде де, стационар деңгейінде де жүргізілетін медициналық-әлеуметтік және ұйымдастырушылық-құқықтық іс-шаралардың сапасы мен тиімділігін жақсарту қажеттілігін бағалауға мүмкіндік береді.

3. Қазіргі жағдайда медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру және жүкті әйелдерді көпсалалы басқару қолданыстағы тетіктерді интеграциялау және адам денсаулығының әлеуметтік детерминанттарының маңызды проблемалары бар медицина мамандары үшін жаңа міндеттерді анықтау арқылы оңтайландырылуы керек.

Зерттеу нәтижелерін сынақтан өткізу және енгізу

Диссертациялық жұмыс материалдары 7 ғылыми жұмыста жарияланған, оның ішінде 1 мақала Scopus дерекқорында сәйкестендірілетін журналда, 5 мақала ҚР Білім және ғылым министрлігінің Білім және ғылым саласындағы бақылау комитеті ұсынған журналдарда жарияланған, сонымен қатар «Жүкті әйелдерді босануға дайындау кезіндегі медициналық ұйымдардың қызметін талдау» тақырыбында оқу құралы жазып шығарылған.

Диссертациялық зерттеудің негізгі нәтижелері конференцияларда ұсынылды: "Гинекологиядағы Эндовидеохирургия" IV Халықаралық конгресі, 14-15 мамыр 2019 ж., Алматы, Апасатаров оқулары: "Медицина болашағы. Мәселелер мен шешімдер" атты студенттер мен жас ғалымдар Халықаралық ғылыми-практикалық конференциясы, 24-сәуір 2019 ж., Алматы, "Қазақстан әйелдерінің репродуктивті әлеуеті" Республикалық ғылыми-практикалық конференциясы, 28-29 наурыз 2019 ж., Астана, «Актуальные вопросы совершенствования медицинской помощи населению РК» №1 қалалық клиникалық аурухананың 35 жылдығына арналған, халықаралық қатысумен ғылыми-практикалық конференция, 20-21 желтоқсан 2018 ж., Алматы, «Охрана здоровья населения сегодня - это здоровое поколение завтра» Республикалық ғылыми-практикалық конференция, 3 мамыр 2019 ж., Алматы.

Диссертацияның көлемі мен құрылымы.

Диссертациялық жұмыс 130 бетте көрсетілген. Құрылым келесі элементтермен ұсынылған: Нормативтік сілтемелер, анықтамалар, қысқартулар мен белгілеулер тізімі, кіріспе, әдеби шолу, зерттеу материалдары мен әдістері, өзіндік зерттеу тарауы, қорытынды, пайдаланылған дереккөздер тізімі және

қолданбалар. Диссертация 22 кестемен және 37 суретпен суреттелген.
Библиографиялық тізімде 197 дереккөз бар.

1 БОСАНУҒА ДАЙЫНДЫҚ КЕЗІНДЕ ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРГЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫҢ ЗАМАНАУИ ТӘСІЛДЕРІ (әдебиеттерге шолу)

1.1 Шет елдерде ана мен бала денсаулығын қорғау қызметін ұйымдастыру

Дамыған елдердің ана күтімі бойынша стратегиялары тұрақты негізде ағымдағы қызмет көрсетуді жақсартуға және жаңғыртуға бағытталған. Стратегиялар барлық туындаған мәселелер бойынша ата-аналарға толық интеграцияланған, сапалы күтімді қамтамасыз етуді көздейді [11]. Бұл қызметтер әйелдерге бағытталған, бірақ өмірлік маңызды рөлді серіктес / әке және отбасы екенін мойындадып, жүктілікті пәнаралық топтың құрамына кіретін жетекші маманмен басқаруды көздейді. Мұндай үлгідегі көмек пен бақылау мүмкіндігінше жалпы тәжірибелік дәрігер мен ананы қорғау қызметі арасындағы аралас көмек арқылы, сондай-ақ бір ауруханалық мекемеде акушерлер мейірбикелермен және жалпы тәжірибелік дәрігерлермен бірге жұмыс істейтін қауымдастық құрамындағы акушерлік қызмет арқылы жүзеге асырылады. Кейбір жүкті әйелдерге мамандандырылған медициналық көмектің жоғары деңгейі қажет болатынын ескеріп, стратегия жүктілік пен босанудың нәтижесін мүмкіндігінше қалыпқа келтіруге тырысады.

Жүктілік және босану-бұл әйелдердің денсаулығы мен әл-ауқатына назар аударудың ерекше мүмкіндігі бар уақыт. Мамандарды дұрыс тандау баланың денсаулығына және оның болашақ өміріне айтарлықтай әсер етуі мүмкін. Халықаралық дәлелдер антенатальды және ерте өмір тәжірибесі нәрестенің денсаулығы мен әл-ауқатына, жетілуіне және кейінгі өміріне дейін әсер етуі мүмкін екенін көрсетеді, әрі қарай әрбір баланың өмірінің ең жақсы басталуын қамтамасыз етудің маңыздылығын көрсетеді. Ол үшін араласу мен қолдау отбасының ерекшеліктерін, денсаулығын, мысалы, әлеуметтік-экономикалық жағдайларды ескеруі керек [12]. Жүктілікке дейінгі және жүктілік кезіндегі ананың тамақтануы өсу мен әлеуетке әсер етеді, ұрықтың дамуы және сау баланың дамуына ықпал етеді. Жүктілік кезіндегі тамақтану ұрықтың дамуына ғана емес, сонымен бірге бұл баланың ересек жаста созылмалы аурулардың даму қаупіне де әсер етеді [13]. Тамақтану скринингінің нәтижелері бала туу жасындағы көптеген әйелдердің темір немесе кальций бойынша мақсатты нормаға жете алмайтынын көрсетеді, бұл олардың жетіспеушілігінің жоғары қаупіне ұшырайды, бұл анемияның дамуына ықпал етеді [14]. Емшекпен емізу ана мен баланың денсаулығы үшін маңызды. Аналар үшін бұл босанғаннан кейінгі депрессия қаупінің төмендеуін [15] жүрек-қан тамырлары аурулары, сүт безі және аналық без обыры қаупінің төмендеуін қамтиды. қатерлі ісік [16] және жүктілікке дейінгі салмаққа тезірек оралу [17]. Бұл ананың өмірінің кейінгі кезеңінде, тіпті гестациялық қант диабетімен ауырса да, 2 типті қант диабеті қаупінің төмендеуімен байланысты [18]. Емшек сүтімен емізетін нәрестелер үшін жедел инфекциялардан [19], отит медиасынан [20], неонатальды энтероколиттен [21] және тыныс алу жолдарының ауруларынан жақсы

қорғауды қамтамасыз етеді [21]. Зерттеулер сонымен қатар емшек сүтімен емізу баланың семіздік қаупін азайтады деп болжайды [22,23]. Емшек сүтімен емізудің маңыздылығы туралы дәлелдерге қарамастан, әлемдегі көрсеткіштер онша жоғары емес. Бұл емшек емізу қызметін және лактация бойынша кеңесшілердің жұмысын дамыту қажеттілігін тудырады. Семіздік жүктілік кезінде маңызды қауіп факторы болып табылады. Аналық семіздікке байланысты асқынулар пайда болуы мүмкін, соның ішінде гестациялық қант диабеті, преэклампсия, ұрықтың өсу ауытқулары және босану кезінде араласу қажеттілігі. Сонымен қатар, анадағы семіздіктің ұзақ мерзімді әсеріне жүйке түтігінің ақауларының жоғарылау қаупі, өмір бойы қант диабетінің даму қаупінің жоғарылауы, әйелдің жүрек-қан тамырлары аурулары және балалық семіздік қаупінің жоғарылауы жатады [24,25]. Бұл репродуктивті жастағы, жүктілік кезінде, нәресте кезінде және ерте жастағы әйелдер үшін салауатты салмақты сақтауға баса назар аударуды қамтиды. Стратегия отбасы мен ананың маңызды ролін баланың алғашқы жылдардағы тамақтану әдеттері мен физикалық белсенділігіне әсер ететін ең ықпалды фактор ретінде таниды. Диетологтар мен физиотерапевттер сияқты денсаулық сақтау және әл-ауқат мамандары жүктілік кезінде және одан тыс уақытта әйелдің салмағын сақтау үшін тиісті шараларды әзірлеуде және қабылдауда маңызды рөл атқарады. Бұған физикалық белсенділік, темекі шегу, алкогольизм, нашақорлық және жүктіліктің барысы мен денсаулық деңгейіне әсер ететін басқа факторлар жатады.

Мультидисциплинарлы тәсілді жүзеге асырудың төрт стратегиялық басымдығы бар [26]:

1. Балалардың өмірінің ең жақсы басталуын қамтамасыз ету мақсатында ананың денсаулығы мен әл-ауқатына негізделген тәсіл. Аналар мен отбасылар өздерінің денсаулығы мен әл-ауқатын жақсартуға қолдау мен мүмкіндік алады;

2. Әйелдер қауіпсіз, жоғары білікті, қолжетімді, әйелдерге бағытталған жүктілік және босану күтіміне қол жеткізе алады;

3. Жүктілік және босану қалыпты физиологиялық процесс ретінде танылады, ол әйелдің қалауын ескере отырып босану орнын таңдаудың мейілінше қауіпсіз болуына мүмкіндік береді;

4. Перзентхана қызметтері күшті және тиімді басшылыққа, әйелдер мен серіктестіктің, білікті және құзыретті мамандардың жұмысымен жүзеге асырылатын басқару тетіктеріне сүйене отырып, жеткілікті ресурстарға ие болады.

Ана қызметтеріне стратегиялық тәсілдерді талдау жеті елде, атап айтқанда Австралия, Канада, Жаңа Зеландия, Англия, Уэльс, Солтүстік Ирландия және Шотландияда қарастырылды [27-33].

Әрбір ел жүкті әйелдер мен олардың отбасыларына жүктілік пен босануды күтуге барынша көмек көрсетуге бағытталған.

Бұл стратегияларда үш жалпы басымдық анықталған:

- орталықтағы әйел;
- сапа және қауіпсіздік;

- қол жетімділік.

Австралиядағы ана денсаулығының бес жылдық стратегиясы (2018).

Аналарға қамқорлық әйелге бағытталған, ол үшін максималды қауіпсіздік жағдайында әйелдің қажеттіліктерін ескеріледі. Австралиядағы барлық жүкті әйелдер дәлелді базасы бар жоғары мамандандырылған күтімге, тұрғылықты жеріне жақын әртүрлі жағдайларда құзыретті, уақтылы қызмет көрсетуге қол жеткізе алады. Перзентхананың тиісті дайындалған және білікті медициналық қызметкерлері барлық әйелдерге жүктілік пен босануға тұрақты көмек көрсету үшін қол жетімді болады.

- Босану бойынша негізгі буын-акушер-гинеколог және перзентхана;
- Мемлекеттік емхана;
- Жалпы тәжірибелік дәрігер жүктілікке жоғары қауіпті емес күтімді жүзеге асыра алады (негізінен пренатальды кезеңде);
- Алғашқы көмек акушерка көрсетуі мүмкін;
- Әйелдердің 97% - ы аурухана мекемелерінде босанады (70% - ы мемлекеттік, 30-ы жеке);

Канаданың босану жүйесінің ұлттық стратегиясы (2019).

Жалпы мақсат. Жан-жақты босану стратегиясы арқылы ана мен жаңа туған кезеңге тұрақты және тиісті отбасылық-бағдарланған күтімді қамтамасыз ету.

- Негізінен акушерлік көмекке бағытталған;
- Жалпы практика дәрігерлерінің қатысу деңгейін төмендету;
- Барлық жағдайларда қол жетімді емес жергілікті акушерлердің санының аздығы;

Акушерлік-гинекологиялық қызметтер әдетте үшінші көмек бөлімшелерінде және мамандандырылған орталықтарда ұсынылады.

Жаңа Зеландияның ана болу стандарттары (2019): ана күтімі қызметтерін жоспарлау, қаржыландыру және мониторингке арналған стандарттар жиынтығы

Жаңа Зеландияның ана болу стандарттары бүкіл Жаңа Зеландияда әділ, қауіпсіз және жоғары мамандандырылған ана күтімі қызметтерін қамтамасыз ету үшін нұсқаулық ретінде қызмет етеді. Олар үш стандартқа негізделген.

1. Босану қызметтері аналар мен балалардың денсаулығы үшін оңтайлы нәтижелерге дәйекті қол жеткізу мақсатында барлық деңгейлерде қолжетімді қауіпсіз жоғары мамандандырылған қызметтерді ұсынады.

2. Ана күтімі қызметтері жүктілік пен босануды өмірдің қалыпты физиологиялық кезеңі ретінде мойындайтын әйелге бағытталған тәсілді қамтамасыз етеді.

3. Барлық әйелдер кез-келген босану қызметіне қол жеткізе алады.

- 1991 жылдан бастап жүктілік пен босанудың жетекші қамқоршысы акушерка, жалпы тәжірибелік дәрігер немесе акушер болуы мүмкін;

- 2010 жылы жетекші қамқоршылардың 78,2% - ы акушеркалар болды; 1,6% - ы ЖПД болды; 5,8% - ы акушер-гинеколог дәрігерлер, ал 14,4% - басқа мамандар болды;

- 2010 жылы босанудың 85% ауруханада жүргізілді; бастапқы деңгейде

10,8% (туу орталықтары бар мекемелер); және үйде 3,2%.

Англияда антенатальды кезеңдегі жүкті әйелдерді мемлекеттік бақылау (2020)

Денсаулық сақтау министрлігінің аналарды қорғау қызметтері үшін негізгі мақсаттары:

- сапа және қауіпсіздік көрсеткіштерін жақсарту;
- жүктілік пен босанудың оң нәтижесі;
- акушерлік араласуды барынша азайту;
- жалпыға қол жетімділікке баса назар аударып, қоғамдық денсаулық сақтауды насихаттау;

- жүктілікке және психикалық денсаулыққа байланысты әйелдерге арналған диагностика мен қызметтерді жақсарту.

Мақсатқа жету: босану орны мен шарттарын таңдау; күтімнің үздіксіздігін қамтамасыз ету; желілер мен келісілген қызмет көрсету жолдары арқылы интеграцияланған қызмет көрсетуді қамтамасыз ету арқылы жоспарланады.

Стратегия NICE нұсқауларына негізделген

- асқынбаған жүктілікке пренатальды көмек (2008);
- босану кезінде сау әйелдер мен сәбилерге күтім жасау (2014);
- пренатальды және босанғаннан кейінгі психикалық денсаулық (2014);

Акушерлік бөлім: акушер босану барысы үшін негізгі кәсіби жауапкершілікке ие;

- Акушерлік бөлімнің жанында: акушерлерде жүкті әйелдерді бақылау бойынша кәсіби жауапкершілік бар;

- Жеке акушерлік бөлім: акушерлер босану процесін бақылауға кәсіби жауапты, сонымен қатар жалпы тәжірибелік дәрігерлер;

- Акушерлік қызметтер көпшілікке қол жетімді;

Гинекологиялық қызметтер әдетте үшінші көмек бөлімшелерінде және мамандандырылған орталықтарда ұсынылады.

Солтүстік Ирландиядағы ана денсаулығын қорғау стратегиясы, 2012-2018 жж.

Бұл стратегияның мақсаты-Солтүстік Ирландиядағы әйелдер мен жаңа туған нәрестелер үшін ең жақсы нәтижені қамтамасыз ету үшін ана денсаулығын қорғаудың жоғары сапасын, қауіпсіздігін, үздіксіздігін қамтамасыз ету болып табылады. Бұл ретте барлық медицина қызметкерлері, әлеуметтік қызмет көрсету қызметкерлері және жұртшылық өкілдері бірге жұмыс істеуі тиіс, ана мен бала үшін ғана емес, ата-аналар мен бүкіл отбасы үшін де баса назар аударып, денсаулықты жақсарту бойынша нәтижелер танылады. Себебі әйелдің жүктілігі кезінде негізгі емдеу, эмоционалды күтім және әлеуметтік факторлар бір-бірімен тығыз байланысты және оның барысына әсер етеді.

- Акушерлік бөлім: акушер босану барысы үшін негізгі кәсіби жауапкершілікке ие;

- Акушерлік бөлімнің жанында: акушерлерде жүкті әйелдерді бақылау

бойынша кәсіби жауапкершілік бар;

- Жеке акушерлік бөлім: акушерлер босану процесін бақылауға кәсіби жауапты, сонымен қатар жалпы тәжірибелік дәрігерлер;

- Акушерлік қызметтер көпшілікке қол жетімді;

Гинекологиялық қызметтер әдетте үшінші көмек бөлімшелерінде және мамандандырылған орталықтарда ұсынылады.

Уэльстегі ана денсаулығын қорғау қызметтерінің стратегиялық көзқарасы 2019 жыл.

Сондай-ақ әйелге, оның эмоционалды фонына, отбасылық құндылықтар мен қолдаудың рөліне бағытталған.

- Акушерлік бөлім: акушер босану барысы үшін негізгі кәсіби жауапкершілікке ие;

- Акушерлік бөлімнің жанында: акушерлерде жүкті әйелдерді бақылау бойынша кәсіби жауапкершілік бар;

- Жеке акушерлік бөлім: акушерлер босану процесін бақылауға кәсіби жауапты, сонымен қатар жалпы тәжірибелік дәрігерлер;

- Акушерлік қызметтер көпшілікке қол жетімді;

Гинекологиялық қызметтер әдетте үшінші көмек бөлімшелерінде және мамандандырылған орталықтарда ұсынылады.

Шотландиядағы ана денсаулығын қорғау стратегиясы (2017).

Шотландия Стратегиясының мақсаты-ана мен баланың денсаулығын жақсарту және ана мен бала денсаулығының теңсіздігін азайтып, ана болуға қосқан үлесін арттыру.

- Акушерлік бөлім: акушер босану барысы үшін негізгі кәсіби жауапкершілікке ие;

- Акушерлік бөлімнің жанында: акушерлерде жүкті әйелдерді бақылау бойынша кәсіби жауапкершілік бар;

- Жеке акушерлік бөлім: акушерлер босану процесін бақылауға кәсіби жауапты, сонымен қатар жалпы тәжірибелік дәрігерлер;

- Акушерлік қызметтер көпшілікке қол жетімді;

- Гинекологиялық қызметтер әдетте үшінші көмек бөлімшелерінде және мамандандырылған орталықтарда ұсынылады.

Осылайша, ана денсаулығын сақтау жүйелері айтарлықтай ерекшеленсе де, халықаралық деңгейде туындайтын негізгі тенденциялар мен сипаттамалар жақсы нәтижелермен қауіпсіз, сапалы күтімге ұмтылуда, соның ішінде келесі б жалпы белгілер көрсетілген [34-38]:

- Ұлттық, кешенді, жалпыға қолжетімді перзентхана қызметтері;

- Жүкті әйелдердің қажеттіліктерін дұрыс қанағаттандыру үшін медициналық көмек көрсетудің әртүрлі шарттары;

- Жүктілік пен босануды өмірдің физиологиялық кезеңі ретінде танитын және жүкті әйелдердің тәжірибесі мен тілектерін ескеретін әйелге бағытталған тәсіл;

- Мамандардың жақсы өзара әрекеттесуі және нақты ұсыныстары бар пәнаралық көмек;

- Акушеркалардың рөлін күшейту;

- Деректерді жақсарту:

- жағымсыз жағдайлады жүйелі бақылау және бағалау;

- тәуекел факторларына дәйекті скрининг;

- нәтижелерді бағалау.

Америка Құрама Штаттарында, Англияда, Жаңа Зеландияда, Норвегияда, Балтық елдерінде, Голландияда және т.б. жүкті әйелдерді босануға пренатальды дайындауды жүргізу кезінде заңнама, штаттық-Ұйымдық құрылым және медициналық және мейірбикелік (акушерлік) персоналдың функциялары өзгереді [39-44].

Шетелдік әдебиеттерде медициналық оңалтуды жүзеге асыру үшін ең жақсы жағдайлар бірнеше көп бейінді бөлімшелері бар ірі мамандандырылған орталықтарда жасалады деген пікір жиі айтылады [45-48]. Жүктілік кезіндегі әйелдердің денсаулығын сақтаудың медициналық-ұйымдастырушылық мәселелерін зерттеу, әртүрлі қолайсыз емдеу-диагностикалық және ұйымдастырушылық-тактикалық факторларды анықтау бойынша бірқатар жұмыстар орындалды.

Жүктілік кезіндегі әйелдің денсаулығына медициналық-ұйымдастырушылық факторлардың әсерін зерттеген барлық авторлар жүкті әйелді алғашқы тексерудің уақтылы зерттеуінің және оны есепке алу мерзімінің, "қауіпті патологияны" болжаудың уақтылы болжамының, тәуекел тобындағы профилактикалық іс-шаралар көлемінің жеткіліксіз толықтығының, жүкті әйелдердің пренатальды дайындық сапасына сараптамалық бақылаудың жоқтығын көрсетеді [49-53].

Жалпы алғанда, негізгі консенсус перинаталдық кезеңдегі денсаулық мәселелерін азайту үшін жылдам, тұрақты және барабар пренатальды басқарудың маңыздылығына негізделген. Harper және т. б. АҚШ-та босану кезіндегі өлімнің айтарлықтай үлесін барабар антенатальды және интранатальды күтім арқылы болдырмауға болатынын көрсетеді [54]. Осылайша, негізгі міндет-жүкті әйелдердің денсаулығына қауіп-қатерді азайту мақсатында нақты жағдайларға бейімделген қызметтерді ұсыну болып табылады.

Зерттеулерге шолу нақты медициналық қызметтерді бейімдеуде және олардың қол жетімділігін қамтамасыз етуде пайдалы болатын үш стратегияны анықтады:

1. Медициналық көмектің үздіксіздігін қамтамасыз ету [55]. Жекелендірілген тұрақты басқару әйелдерге кездесетін белгілі бір қиындықтарды анықтау үшін жиі маңызды болып табылатын сенімді ынталандырады.

2. Пәнаралық топтарда жұмыс істеудің маңыздылығы. Пәнаралық тиімді стратегия болып саналады, оны жүзеге асыру үшін көп салалы мекемелерге біріктіру қажет [56].

3. Денсаулықты нығайтудың, әсіресе медициналық көмектің қолжетімділігінің әлеуеті - мақсатты аудиторияға бейімделген қызметтерді құру-олардың денсаулық жағдайына, мәдениеті мен өмір сүру жағдайларына, қызметтерге қол жеткізуге кедергі келтіретін тілдік және мәдени кедергілерді азайту [57-62].

1.2 ТМД елдерінде жүкті әйелдерді босануға дайындау кезінде мультидисциплинарлы тәсілді ұйымдастыру

Тәуелсіз мемлекеттер достастығы (бұдан әрі-ТМД) елдерінде денсаулық сақтау жүйесінің басым бағыттарының бірі ана мен баланың денсаулығын нығайту болып табылады. Осы елдердің әрқайсысында Денсаулық сақтау жүйесінің күш-жігерінің нәтижесінде отбасылық медицинаға негізделген алғашқы медициналық-санитарлық көмектің (МСАК) интеграцияланған моделі негізінде халыққа медициналық қызмет көрсету, сондай-ақ аналардың, жаңа туған нәрестелердің, балалар мен жасөспірімдердің денсаулығын нығайту жөніндегі стратегиялық немесе өзге де мемлекеттік бағдарламалар әзірленді [63-66].

Өзбекстанда, Түрікменстанда, Тәжікстанда және Қырғызстанда перинаталдық көмек көрсету жөніндегі жұмысты күшейту ДДҰ, UNICEF және т.б. халықаралық ұйымдардың қолдауымен жүргізіледі. ДДҰ ұсынымдарына сәйкес перинаталдық көмекті ұйымдастырудың негізгі бағыты жүкті әйелдерді денсаулық сақтаудың бастапқы буынында профилактикалық тексерулермен қамтуды арттыруға бағытталған. Халық үшін қауіпсіз ана болу және отбасын жоспарлау мәселелері бойынша әйелдердің хабардар болуын жақсарту бойынша жұмыс жүргізілуде. Сондай-ақ, клиникалық қызметтерден басқа, антенатальды көмек психоәлеуметтік және құқықтық мәселелер бойынша кеңес беруді, физикалық көрсеткіштерді динамикалық бақылауды қамтиды. Перинаталдық орталықтарды дамыту бағдарламасы аналар мен балаларға медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын қамтамасыз етуге, ана мен бала өлімін азайтуға бағытталған [67].

Баланың денсаулығы құрсақішілік кезеңде қалыптаса бастайды және көбінесе ата-аналардың денсаулығы мен жүктіліктің барысымен анықталады. Жүктілік алды дайындық-бұл денені толыққанды тұжырымдамаға, дені сау баланы көтеруге және босануға дайындауға арналған диагностикалық, профилактикалық және емдік шаралар кешені. Жүкті әйелдің және оның туылмаған баласының денсаулығын сақтау қазіргі заманғы медицинаның басым міндеттерінің бірі болып табылатынына қарамастан, жүктіліктің өздігінен түсік түсіру, мерзімінен бұрын босану, преэклампсия сияқты асқынулары олардың таралуына, әйелдің денсаулығы үшін қолайсыз нәтижелер қаупіне және перинаталдық шығындарға байланысты жоғары өзектілігін сақтайды. Сәбилердің өлімі мен балалардың аурушандығы, өз кезегінде, фетоплацентарлы кешен функцияларының бұзылуы нәтижесінде ұрықтың шала туылуымен және/немесе дамуының кешеуілдеуімен ғана емес, сонымен қатар жаңа туған нәрестелердің 3-5% - да байқалатын және Дүниежүзілік денсаулық

сақтау ұйымының (ДДҰ) мәліметтері бойынша 20% аурушаңдық пен мүгедектік құрылымында, 15-20% - перинаталдық өлім құрылымында анықталады [68,69].

А.С. Ярославцев [70] Астрахан облысындағы әйелдердің репродуктивті денсаулығын зерттеу аясында кейбір әлеуметтік-гигиеналық және медициналық-әлеуметтік факторлардың әйелдердің денсаулығы мен репродуктивті қондырғыларына әсерін анықтау мақсатында қалалық емханалар базасында сауалнама жүргізілді. Арнайы әзірленген бағдарлама бойынша 1000-нан астам әйелден сұхбат алынды. Жүргізілген талдау көрсеткендей, дені сау әйелдердің ең аз саны 20 жасқа толмаған (33,3%). Жылына 1 реттен аз гинекологқа баратын әйелдердің 62,5% - созылмалы патология болған.

Жүктілік пен босанудың сәтті өтуінің маңызды факторларының бірі-жүкті әйелдің жасы. Жасөспірім аналардың, 18 жасқа дейінгі жасөспірімдердің және 30 жастан асқан әйелдердің өлім қаупі қалыпты репродуктивті топтағы әйелдер үшін ана жоғалту қаупінен 2-6 есе жоғары [71-73].

Медициналық және әлеуметтік факторлардың ана өліміне әсерін зерттеу ананың жасы мен өлім арасындағы тікелей байланысты анықтады. Жас аналар мен 30 жастан асқан әйелдердің өлім қаупі оңтайлы жас тобына қарағанда 4-6 есе жоғары, 35-40 жаста 4 есе және 40-45 жаста 7 есе артады [74-79].

Медициналық-әлеуметтік зерттеу деректері бірінші жүктіліктегі жүктіліктің асқынуы әйелдердің 26,0% - на дейін байқалғанын көрсетті. Екінші жүктілік кезінде асқынулар 12,0% дейін байқалды. Жүргізілген зерттеулердің нәтижелерін талдағанда, көп жағдайда әйелде аралас және көп патология қалыптасатындығына назар аударылады [80-85].

Грузиядағы мультидисциплинарлы тәсілді зерттеудің бірінде медициналық көмекке жүгінуге байланысты жүкті әйелдердегі экстрагенитальды патологияның (ЭГП) құрылымын зерттеу болды. Скринингтік тексеруге 742 жүкті әйел қатысты. Орташа жасы $28,4 \pm 5,5$ жасты құрады. 2012-2013 жылдары жүкті әйелдерге жедел медициналық жәрдем шақыруларының себептеріне ретроспективті талдау жүргізілді. Алынған мәліметтер негізінде ЕГР басқарылатын жүкті әйелдерді басқару алгоритмі ұсынылды. ЭГП құрылымында бір бейін бойынша қан аурулары-306 жағдай (41,2%), одан кейін бүйрек аурулары - 290 (39,1%) және асқазан-ішек жолдарының аурулары (38,8%) - тиісінше 288 жағдай көш бастады. Жүкті әйелдерге шұғыл медициналық көмекке жүгіну құрылымында тыныс алу органдарының аурулары бірінші орында (2012- 28%, 2013- 30%), одан кейін зәр шығару жүйесінің аурулары (2012 ж.-19,6%, 2013 ж.-17,2%). Нәтижелер экстрагенитальды патологиясы бар жүкті әйелдерге қауіп-қатерді анықтау және медициналық көмек көрсету алгоритмінің негізін құрады. Скринингтік зерттеу құрылымында гематологиялық бейіндегі аурулар басым болды, ал тыныс алу органдарының аурулары көбінесе шұғыл медициналық көмек көрсетуге себеп болды [86].

Көптеген авторлар [87-91] созылмалы экстрагенитальды аурулармен жүкті әйелдердің 70% - ы, жүктілік кезінде 86% - ы жедел аурумен ауыратыны

анықталды. Несеп-жыныс жүйесінің аурулары (21%), ас қорыту (17%), семіздік (16,8%), вегетативті-тамырлы дистония (12,8%), өкпе аурулары (7%) жиі кездеседі. Экстрагенитальды патологиямен байланысты ана өлімі 17-20% құрағанын көрсетті.

Экстрагенитальды аурудың болуы, жүкті әйелдің ағзасының жүктілікке толық бейімделуіне жол бермейді, әртүрлі асқынулардың пайда болуына ықпал етеді [92-94].

2016 жылы отандық және әлемдік дәлелдемелер базасын зерделеуге негізделген әртүрлі клиникалық жағдайларда ерлі-зайыптыларды жүктілікке дайындау мәселелері бойынша сарапшылардың консенсусын көрсететін "Прегравидарлық дайындық" (Ресей) клиникалық хаттамасы жарияланды. Сапалы пәнаралық көмек пациенттің азап шегуінің барлық компоненттерін азайтуға бағытталған. Науқастың кешенді күтімге және әртүрлі көмек түрлеріне деген қажеттіліктерін қанағаттандыру үшін әр түрлі мамандықтағы мамандардың осы жұмысқа қатысуы қажет. Сондықтан стационар бригадасы немесе штаты әдетте дәрігерлерден, тиісті біліктілігі бар мейірбикелерден, психологтан, әлеуметтік қызметкерден тұрады. Басқа мамандар қажет болған жағдайда көмек көрсетуге тартылады. Туыстар мен еріктілердің көмегі де қолданылады. Айта кету керек, пациенттердің өздері де мультидисциплинарлық көмек көрсету процесінің толыққанды қатысушылары болып табылады және олардың қатысу мәнін ешбір жағдайда төмендетуге болмайды [95].

Жүкті әйелдерді босануға дайындаудың көпсалалы тәсілінде ұйымдастырушылық қателіктердің пайда болуына себеп болатын себептердің ішінде көптеген авторлар диспансерлеуді басқаруға бөлім меңгерушілерінің жеткіліксіз қатысуын, қауіп факторларын сандық бағалаудың болмауын, немқұрайлылықты, әртүрлі мамандықтағы дәрігерлердің жүкті әйелдерді босануға дайындауда жауапсыздығын көрсетеді [96-99]. Сонымен қатар, медициналық көмек көрсетудегі ең көп кездесетін кемшіліктер-бұл қалалық емханалардың дәрігерлері арасында сабақтастықтың болмауы.

Жүкті әйелді кеш жіберу, тексеру мерзімдерін кешіктіру есебінен қажетті профильдегі дәрігер-мамандарды тарту бойынша қателіктер жоғары үлес салмағын алады. Бұл байланысты әйелдердің денсаулығы туралы акушер-гинекологтың ақпараттық базасының болмауы алғашқы келу кезінде [100-106]. Ересектерге арналған емхана жағдайында жіберілген қателіктердің жартысы екі топта да экстрагенитальды патологиясы бар жүкті әйелдерді диспансерлеу ақауларымен байланысты болды. Деректер жүкті әйелдерді бақылау сапасын бақылау мен түзетудің қолданыстағы жүйесі жеткіліксіз екенін және, ең алдымен, бақылаудың алғашқы кезеңдерінен бастап, бақылау мерзімдерін жүйелеу арқылы, екіншіден, оны әртүрлі профильдегі мамандармен біріктіру арқылы өзгертуді қажет ететіндігін көрсетеді [107].

Беларуссияда жүкті әйелдерді бақылау жүйесінің ұйымдық құрылымын жетілдіру, акушерлік-педиатриялық бірлестіктерді, акушерлік-терапиялық кешендерді құру негізінде әртүрлі қызметтердің мамандарын интеграциялау,

емхананың Біріккен аумақтық учаскелерін, терапевтік қызметпен әйелдер консультацияларының бірлестіктерін құру бойынша перспективалық сараптамалық бақылау нысаны (Консультативтік-сараптамалық комиссиялар) ұсынылды [108-113]. Ақаулар құрылымында дәрігерлердің кәсіптік даярлығының жеткіліксіздігімен және кәсіптік жауапкершіліктің жеткіліксіздігімен байланысты ақаулар, сондай-ақ амбулаториялық-емханалық мекемелер деңгейінде басқару жүйесі тарапынан жүкті әйелдердің пренатальды даярлығының сапасын бақылаудың жеткіліксіздігімен байланысты ақаулар басымдыққа ие болды [114-118].

Осылайша, жүкті әйелдерге босанғанға дейінгі медициналық көмектің тиімділігін арттыру мәселесін шешу босану жүйесін жетілдірудің басым бағыттарының бірі болып табылады [119-123].

Қысқа мерзімді және қарқынды медициналық бақылаудың пациенттердің едәуір бөлігі үшін тиімді және қолайлы екендігі көптеген елдерде жүктіліктің стационарлық емінің рөлін өзгертудің маңызды параметрі болды. Артықшылықтары айқын: біріншіден, ятрогендік аурулардың саны азаяды, (ауруханаішілік инфекция, емдеудегі қателіктер немесе реакция дәрі-дәрмектер); екіншіден, ауруханада аз уақыт болу тезірек қалпына келтіруге ықпал етеді [124-129].

Жүктілік табиғи физиологиялық процестер екенін, сонымен қатар тиімді күтім мен басқаруды қажет ететін ықтимал қауіптері бар екенін атап өту маңызды. Медициналық мамандықтардың ешқайсысы жеке мамандардың дағдылары мен тәжірибесін оқшаулауда денсаулық сақтаудың барлық мәселелерін тиімді шеше алмайтыны түсінікті. Ынтымақтастық моделінің эволюциясы әрқайсысының қажеттіліктеріне және қоғамның шындығына негізделген. Әр түрлі денсаулық сақтау мамандықтарының өкілдері ынтымақтастық қатынастарын дамыту және олардың қоғамындағы ұзақ мерзімді әлеуметтік артықшылықтарды қарау үшін бірлесіп жұмыс істей алады. Мультидисциплинарлы тәсілді жүзеге асырудың төрт стратегиялық басымдығы бар:

1. Балалардың өмірінің ең жақсы басталуын қамтамасыз ету мақсатында ананың денсаулығы мен әл-ауқатына негізделген тәсіл. Аналар мен отбасылар өздерінің денсаулығы мен әл-ауқатын жақсартуға қолдау мен мүмкіндік алады;

2. Әйелдер қауіпсіз, жоғары білікті, қолжетімді, сапаға бағытталған - жүктілік және босану күтіміне қол жеткізе алады;

3. Жүктілік және босану қалыпты физиологиялық процесс ретінде танылады, әйелдің қалауын ескере отырып, босану орнын таңдау қауіпін бағалау арқылы ол қаншалықты қауіпсіз болуы мүмкін екендігін айқындайды;

4. Перзентхана қызметтері күшті және тиімді басшылыққа, әйелдермен серіктестікте мамандардың білікті және құзыретті жұмысымен жүзеге асырылатын басқару тетіктеріне сүйене отырып, жеткілікті ресурстарға ие болады.

Ең дұрысы, ынтымақтастық моделі ана денсаулығын сақтаудағы интеграцияланған бастапқы күтімнің аймақтық жүйесіне айналуға.

Ынтымақтастық-бұл ортақ мақсат үшін бірлескен жұмыс. Ынтымақтастық жалпы денсаулық сақтау қажеттіліктерін қанағаттандыру мақсатында шешім қабылдау процесінде бірлескен өзара іс-қимыл болып табылады. Пациенттерге сапалы көмек әр түрлі мамандықтағы дәрігерлердің, орта және кіші медициналық қызметкерлердің бірлескен үлесі арқылы жүзеге асырылады деп саналады. Нағыз бірлескен тәжірибенің иерархиясы жоқ. Әрбір қатысушының үлесі дәстүрлі жұмыс беруші / қызметкер қарым-қатынасына емес, тәжірибеге енгізілген білімге немесе тәжірибеге негізделген [130].

Жүкті әйелдерге арналған медициналық көмектің пәнаралық моделі біртұтас топта бірге жұмыс істейтін әртүрлі білімі мен тәжірибесі бар адамдар тобына бағытталған. Модель бірлескен командалық тәжірибе тұжырымдамасын дамытады және босануға көмек көрсететін және алатын тиісті мүдделі тараптардың қажеттіліктері мен мәселелерін шешуге икемді. Икемділік ана күтімі провайдерлерінің әртүрлі контекстік қажеттіліктеріне сәйкес келетін опцияларды қарастырады. Топ мүшелерінің қызметі:

- миссияны және жалпы мақсаттарды анықтау;
- өзара көмектің жоғары деңгейін сақтау;
- тәртіптік айырмашылықтар мен қайталанатын рөлдерді қабылдау және пайдалану;
- проблемаларды бірлесіп шешуге ықпал ететін ресми және бейресми құрылымдар құру;
- көшбасшылықпен бөлісу;
- қоғамдастыққа және әйелдерге бағытталған қызметтерді ұсынуға бағытталған.

Жүкті әйелдердің репродуктивті денсаулығының нашарлауы босанудың қолайсыз нәтижелерінің өсуіне әкеледі, жана туған нәрестелердің денсаулығына теріс әсер етеді және репродуктивті жоғалтуды анықтайды [131]. Бұл процестер демографиялық жағдайды анықтайтын құнарлы жастағы халықтың әлеуметтік, жас және психологиялық көрсеткіштеріндегі елеулі өзгерістермен қатар жүреді [132-136].

Босанған әйелдердің денсаулық жағдайына келесі факторлар сенімді әсер ететіні анықталды: тұрғын үй-тұрмыстық жағдайлар, жас, материалдық қамтамасыз ету, босанудың қалыпты ағымы, созылмалы аурулардың болуы, осы жүктіліктің асқынуы, кәсіптік зияндардың болуы, ауруханаға жатқызу саны, некенің ұзақтығы, жүктілікке байланысты әйелдер консультациясына қай мерзімде жүгінгені, олардың саны аборт [137-139]. Бірқатар жұмыстардағы босанған әйелдердің репродуктивті денсаулығының жай-күйін талдау [140-142], жеке көрсеткіштер бойынша зерттелген: жүктілік, түсік түсіру, босану, созылмалы және жұқпалы аурулардың болуы, босанудың асқынуы және т. б.

Осы уақытқа дейін босану жүйесінде жүктілік және босану кезінде әйелдерге тиімді медициналық - әлеуметтік көмек туралы жүйелік идеялар әлі қалыптасқан жоқ. Сондықтан осы медициналық мекемелердің қызметін оңтайландыру мәселесі өзекті және іс жүзінде орынды. О. В. Шарарованың пікірінше [143,144] акушерлік көмектің тиімділігі мен сапасын арттыру

мақсатында амбулаториялық-емханалық мекемелерді, күндізгі стационарлар желісін дәйекті нығайту қажет [145-148].

1.3 Қазақстанда жүкті әйелдерге медициналық-әлеуметтік көмекті ұйымдастыру

Бастапқы медициналық-санитариялық көмек (МСАК) (ДДҰ анықтамасы бойынша) – бүкіл қоғамды қамтитын және қоғамның әрбір мүшесінің денсаулығы мен әл-ауқатының ең жоғары мүмкін деңгейіне тең қол жеткізуге бағытталған, оның шеңберінде денсаулықты нығайтудан және профилактикадан емдеуге, оңалтуға және паллиативтік көмекке дейін жүзеге асырылатын іс-шаралардың бірыңғай кешенін жүзеге асыру арқылы халықтың медициналық-санитариялық қажеттіліктерін қалыптастырудың ең ерте кезеңдерінде қанағаттандыруға басымдық берілетін денсаулық сақтау тәсілі" [149]. Қазақстан Республикасында халыққа МСАК көрсету бастапқы буын мамандары амбулаториялық-емханалық ұйымдар арқылы жүзеге асырылады [150]. Бастапқы Денсаулық сақтау қызметі: ЖТД, учаскелік терапевт, акушер-гинеколог және педиатр, орта медициналық персонал және басқа мамандар оған жүгінгендердің 90% - на дейін медициналық көмек көрсетеді [151].

Қазіргі уақытта медициналық көмектің сапасы мен тиімділігін арттыруға бағытталған Қазақстанда жүргізіліп жатқан денсаулық сақтау реформасы ана мен бала денсаулығын қорғаудың басым проблемаларына негізделген [152,153].

Қазақстан Республикасы қызметінің маңызды бағыттарының бірі "халықтың өмір сүру ұзақтығын ұлғайтуға, өлім-жітім деңгейін қысқартуға, бала туудың өсуіне, ішкі және сыртқы көпші-қонды реттеуге, халықтың денсаулығын сақтау мен нығайтуға және елдегі осы демографиялық жағдайды жақсартуға" бағытталған демографиялық саясат болып табылады [154]. Осыған байланысты, жүктілік және босану кезеңінде әйелдерге медициналық көмек көрсету сапасын арттыру, сондай-ақ жүктілік пен босанудың қолайсыз нәтижесінің қаупін азайтатын перинаталдық технологияларды дамыту жөніндегі іс-шаралардың бір бөлігі жүзеге асырылды.

Занды тұрғыдан алғанда, жүкті әйел "Халық денсаулығы және ҚР Денсаулық сақтау жүйесі туралы" Кодексте бекітілген [155] кез келген басқа пациентке тән жалпы құқықтар кешеніне ие, олардың мазмұны мен іске асырылуы оның жай-күйінің ерекшелігімен айқындалады.

Сонымен, жүкті әйелдің денсаулығын қорғау мақсатында ол қоршаған ортаны қорғаумен, қауіпсіз еңбек жағдайларын жасаумен, қолайлы еңбек жағдайларын жасаумен, тұрмыспен, демалыспен, тәрбие мен оқытумен, тиісті сапалы тамақ өнімдерін, сапалы, қауіпсіз және қол жетімді дәрі-дәпмектерге қол жетімді және сапалы медициналық көмек көрсетумен қамтамасыз етіледі [156].

Халықаралық құжатта халықтың, оның ішінде жүкті әйелдердің денсаулығын қамтамасыз ету саласындағы құқықтық нормалар жалпы еуропалық деңгейде бекітілген. Қазақстан жүкті әйелдердің денсаулығын

сақтау құқығын қамтамасыз етудің, қорғаудың және іске асырудың қосымша кепілдіктерін жасау бойынша өзіне міндеттемелер қабылдады.

Жүкті әйелдердің негізгі құқықтарына азаматтарға тегін медициналық көмек көрсетудің мемлекеттік кепілдіктер бағдарламасына сәйкес ақы алынбай көрсетілетін медициналық көмекке, сондай-ақ ақылы медициналық қызметтер мен өзге де қызметтерді алуға, оның ішінде ерікті медициналық сақтандыру шартына сәйкес көрсетілетін медициналық көмекке құқық жатады [157]. Медициналық көмекке құқық мыналарды қамтиды: дәрігерді таңдау және жоғарыда аталған Кодекске сәйкес медициналық ұйымды таңдау; санитарлық-гигиеналық талаптарға сәйкес келетін жағдайларда медициналық ұйымдарда профилактика, диагностика, емдеу, медициналық оңалту; маман дәрігерлерден кеңес алу; қол жетімді әдістермен ауруға және (немесе) медициналық араласуға байланысты ауырсынуды жеңілдету және дәрілік препараттармен; өз құқықтары мен міндеттері, өз денсаулығының жай-күйі туралы ақпарат алу, пациенттің мүддесі үшін оның денсаулық жағдайы туралы ақпарат берілуі мүмкін адамдарды таңдау; емделуде стационарлық жағдайда болған жағдайда емдік тамақтану алу; дәрігерлік құпияны құрайтын мәліметтерді қорғау; медициналық араласудан бас тарту; медициналық көмек көрсету кезінде денсаулыққа келтірілген зиянды өтеу құқықтарын қорғау үшін адвокаттың немесе заңды өкілдің рұқсаты.

"Қазақстан Республикасында акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы" Денсаулық сақтау министрінің [158] бұйрығы жүктілік кезіндегі әйелдерге медициналық көмек "Акушерия және гинекология" бойынша жұмыстарды қоса алғанда, медициналық қызметті жүзеге асыруға лицензиясы бар медициналық ұйымдарда алғашқы медициналық-санитарлық көмек, мамандандырылған және жедел медициналық көмек шеңберінде көрсетілетінін белгілейді.

Жүкті әйелдерге медициналық көмек көрсету екі негізгі кезеңде жүзеге асырылады:

- амбулаториялық;
- стационарлық.

Әйелдер консультациясында және перзентханада жүкті әйелді бақылауда сабақтастықты жүзеге асыру үшін әрқайсысының қолына айырбастау-хабарлама картасы беріледі, оған жүкті әйелдің денсаулық жағдайы туралы негізгі деректер енгізіледі. Ол бұл картаны перзентханаға түскен кезде стационар дәрігеріне береді.

Қазақстан Республикасының 2050 жылға дейінгі Даму стратегиясында халықты сапалы, уақтылы, қолжетімді медициналық көмекпен қамтамасыз ету үшін денсаулық сақтау жүйесін одан әрі жетілдіру қажеттілігі белгіленген. Маңызды медициналық нұсқаулардың болуы ұрықты дұрыс бақылауды жеңілдетеді және туа біткен ақауларды ерте анықтауға, мерзімінен бұрын босанудың алдын алуға, салмағы аз балалардың туылуына және ананың асқынуларының дамуына әкеледі.

Қазақстан Ана мен бала денсаулығын сақтау саласында айтарлықтай жетістіктерге жетті. Соңғы екі онжылдықта сәбилер мен аналар өлімі айтарлықтай төмендеді, бұл Қазақстанға Мыңжылдықтың даму мақсаттарына сәйкес келетін белгілі бір нәтижелерге қол жеткізуге мүмкіндік берді, алайда сәбилер мен ана өлімінің қол жеткізілген деңгейі ЭЫДҰ елдерінің орташа деңгейімен салыстырғанда әлі де жоғары болып отыр [159].

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2007 жылғы 21 желтоқсандағы № 746 "Қазақстан Республикасында перинаталдық көмекті аймақтандыру туралы ереже" бұйрығы негізінде 2007 жылы перинаталдық көмек көрсетудің үш деңгейлі жүйесіне көшті [160]. Перинаталдық көмекті өңірлендіру тиімділігі халықаралық зерттеулерде дәлелденді, мұнда деректер нәрестелер мен аналар арасындағы өлім-жітім деңгейінің төмендегенін көрсетеді. Шұғыл жағдайларда жоғары мамандандырылған көмекпен қамтамасыз етуді қиындататын елдің аумақтық ерекшеліктері және халықтың біркелкі емес тығыздығы өңірлендіру қағидаты бойынша перинаталдық көмек көрсету үшін бейімді факторлар болып табылады. Өңірлендіру перинаталдық қызмет жүйесінің қолданыстағы мүмкіндіктерін ұтымды пайдалану арқылы перинаталдық көмектің сапасы мен қолжетімділігін жақсарту процесінің бөлігі болып табылады.

Перинаталдық көмек дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді, жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңде әйелдерге дәрігерге дейінгі, білікті, мамандандырылған медициналық көмек пен жоғары технологиялық медициналық қызметтер көрсетуді, сондай-ақ ұрпақты болу жүйесі аурулары бар барлық жастағы жаңа туған нәрестелерге, балалар мен әйелдерге көмек көрсетуді қоса алғанда, тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде мемлекеттің қолдауымен қамтамасыз етіледі. Қажеттіліктерге сүйене отырып, акушерлік-гинекологиялық көмек келесі нысандарда көрсетіледі:

- 1) амбулаториялық-емханалық көмек: МСАК, консультациялық-диагностикалық көмек;
- 2) стационарды алмастыратын көмек;
- 3) стационарлық көмек;
- 4) жедел медициналық көмек;
- 5) санитарлық авиация.

Еуропалық Одақ қаржыландыратын және ДДҰ Еуропалық өңірлік кеңсесі енгізетін" 2009-2011 жылдарға арналған Қазақстанда Ана мен бала денсаулығын қорғауды қолдау " жобасы шеңберінде медициналық ұйым деңгейінде медициналық көмектің сапасын үздіксіз арттыру үшін тренингтерді күшейту және сыртқы курацияны қолдайтын тетіктерді енгізу арқылы клиникалық практиканы одан әрі жақсарту жалғастырылды. Осы кезеңде халықаралық тәсілдер мен дәлелді медицинаның талаптарына сәйкес жүктілік, босану кезіндегі аурулар мен жағдайларды диагностикалау, емдеу хаттамалары, клиникалық нұсқаулықтар қайта қаралды және енгізілді.

Тиімді перинаталдық көмек пен күтімді енгізу, жүкті әйелдер мен жаңа туған нәрестелерге мамандандырылған көмекке қолжетімділікті арттыруды қамтамасыз еткен перинаталдық көмекті аймақтандыру ана өлімінің көрсеткіштерін 2008 жылғы 31,2-ден 2021 жылы 14,7-ге дейін, перинаталдық өлім-жітімді тиісінше 16,2-ден 8,4-ке дейін, ең алдымен шұғыл Акушерлік және неонаталдық көмек көрсетуді жақсарту есебінен төмендетуге мүмкіндік берді. ҰБДЖ электрондық жүйені дамытуды бастады, оның шеңберінде "Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің "бекітілген халық тіркелімі" порталының "жүкті және құнарлы жастағы әйелдер тіркелімі" кіші жүйесін енгізу туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2013 жылғы 22 қарашадағы № 674 бұйрығы шығарылды [161]. Бұл тіркелім Денсаулық сақтау жүйесін басқарудың тиімділігін арттыруды, медициналық ұйымдарда жүкті және құнарлы жастағы әйелдердің денсаулық жағдайына мониторинг жүргізуді, медициналық ұйымдардың жедел өзара іс-қимылын және әйелдер мен жаңа туған нәрестелердің денсаулығы үшін ықтимал қауіптерді азайтуды қамтамасыз етеді. Жүкті әйелдер бойынша деректерді толтыру МСАК деңгейінде жүргізіледі. Тәуекел тобына байланысты әрбір жүкті әйелдің "маршрут" қызметінің медициналық ұйымдарының барлық деңгейлеріне күнделікті мониторинг жүргізіледі.

Денсаулық сақтауды цифрландырудың дамуымен барлық медициналық мекемелерде жұмыс процесін автоматтандыруға және медициналық құжаттаманы қағазсыз жүргізуге көшуді қамтамасыз етуге мүмкіндік беретін кешенді медициналық ақпараттық жүйе (КМАЖ) енгізілуде [162].

Өңірлендіру жағдайында Қазақстан Республикасында перинаталдық көмекті одан әрі дамытуға жұмыс тиімділігін арттыру және Қазақстан Республикасында босандыру қызметі мен балалық шақтың 2016-2019 жылдарға арналған интеграцияланған моделін енгізу жөніндегі жол картасы ықпал етті, оның негізінде әрбір өңір өңірлер бөлінісінде босандыру қызметі мен балалық шақтың интеграцияланған моделін дамытудың Жол картасын әзірледі.

Білім беру іс-шараларына ерекше назар аударылады, оның шеңберінде технологияларды енгізу мен медицина қызметкерлерін оқытуды жүргізу және мониторингтеу үшін тиімді перинаталдық көмек пен БШАКБ енгізу бойынша өңіраралық үйлестірушілердің, ұлттық жаттықтырушылардың тізімі жасалды [163]. Еліміздің 18 өңірінде тиімді перинаталдық көмек пен БШАКБ енгізуді үйлестіру жөніндегі өңірлік оқу орталықтары жұмыс істейді.

Медициналық көмек көрсетудің интеграцияланған моделі қызметтердің барлық циклін көрсетуге мүмкіндік береді: профилактика, емдеу шаралары, әлеуметтік қызметтер [164].

Жақында Қазақстанда және шетелде кеңінен таралған халыққа медициналық көмек көрсету тиімділігінің жаңа өлшемдерінің бірі өмір сапасы болып табылады. Әлеуметтік-экономикалық қайта құрудың қазіргі кезеңінде тұтынушылардың құқықтары мен қоғамның мүдделерін қорғау проблемасын халықтың әртүрлі топтарының өмір сүру сапасы тұрғысынан қарастыру қажет [165-167]. Өмір сапасы медициналық-әлеуметтік, гигиеналық, экологиялық,

эпидемиологиялық, клиникалық-ұйымдастырушылық және басқа да қауіп факторларының әсер етуінің әртүрлі деңгейлеріндегі физикалық, психологиялық және әлеуметтік-экономикалық қызметті ескере отырып, өмір сүру жағдайларын және денсаулық көрсеткіштерінің динамикасын интегралды жеке өзін-өзі бағалау ретінде қарастырылуы керек [168].

Соңғы жылдары өмір сүру сапасын бағалау әртүрлі емдеу және оңалту әдістерінің тиімділігін зерттеу және салыстыру кезінде зерттеу жоспарларына көбірек енгізілді. Денсаулық сақтаудың әртүрлі салаларында өмір сапасына қатысты зерттеулердің саны біртіндеп артып келеді [169]. Бұл әдіс адамның донозологиялық жағдайларының ерекшеліктерін анықтауға мүмкіндік береді, бұл клиникалық және функционалдық өзгерістерді көрсетуі мүмкін және ерте кезеңдерде патологиялық жағдайлардың пайда болу қаупін анықтауға мүмкіндік береді [170].

Осылайша, жүкті әйелдерге босанғанға дейінгі медициналық көмектің тиімділігін арттыру мәселесін шешу босану жүйесін жетілдірудің басым бағыттарының бірі болып табылады [171].

"Жоғары тәуекел" тобына жататын жүкті әйелдерді пренатальды ауруханаға жатқызу үлкен маңызға ие. Ұсынылған ұйымдастырушылық жұмыс түрлерінің ішінде жаңа медициналық-ұйымдастырушылық формаларды, атап айтқанда перинаталдық орталықтарды, бір күндік диагностикалық стационарларды, пренатальды диагностика кабинеттерін, жүкті әйелдерді босануға психопрофилактикалық даярлау кабинеттерін құруға үлкен мән беріледі [172].

Бірқатар мамандардың пікірінше, акушерлік-гинекологиялық қызмет Өзінің ұйымдық оқшаулануына байланысты әйелдер мен балалардың денсаулығын қалыптастыру мен қорғаудың өзекті мәселелерін дербес шеше алмайды. Жалпы дәрігерлік практиканың дамуы жағдайында ана мен балаға барлық кезеңдерде медициналық көмек көрсетудің маңызды компоненттері әртүрлі мамандардың (акушер-гинекологтар, неонатологтар, терапевтер, анестезиолог-реаниматологтар, медициналық генетиктер, психологтар және т. б.) бірыңғай көпсалалы тәсілі мен өзара іс-қимылы, олардың біліктілігін үнемі арттыру, емдеу-диагностикалық процесті стандарттау болып табылады [173].

Қазіргі кезеңде жүкті әйелдердің босануға психопрофилактикалық дайындығы дамудың жаңа кезеңін алды. Соңғы жылдары жүктіліктің психологиялық аспектілеріне қызығушылық артты, оны әртүрлі мамандар жүргізген зерттеулер дәлелдейді: акушер-гинекологтар, психологтар, психиатрлар, невропатологтар. Жүктілік мәселелерін зерттеу үшін пәнаралық тәсіл қажет болды. Генетика, эмбриология, физиология, психология, психоанализ, акушерлік, перинатология саласындағы жаңа жетістіктер сияқты ғылымдардың дамуы жүктілік пен босану процесіне жаңа көзқарасқа, баланың дамуы мен туылуына жаңа көзқарасқа ықпал етті. Әр түрлі мамандардың күші — жігерін біріктіру жаңа саланың-перинаталдық психология мен медицинаның пайда болуына әкелді. Перинаталдық психология психикалық және/немесе психосоматикалық бұзылулар мен аурулардың бастапқы профилактикасына

негіз болатын ана мен баланы биологиялық, психологиялық және әлеуметтік босанғанға дейінгі қорғау технологиясын ғылыми негіздеуге және дамытуға арналған [174].

Түйіндеме. Зерттелген әдеби және ғылыми дереккөздерді талдау босану мекемелерінің ұйымдастырушылық-клиникалық қызметін жетілдірудің жеткіліксіз зерттелгендігін көрсетеді. Жүкті әйелдерді босануға дайындаудың мультидисциплинарлық тәсілінің жүйесін жетілдіру үшін мынадай бағыттарды айқындауымыз қажет: жүктілік кезеңінде әйелдердің денсаулығын сақтау жөніндегі ұлттық және өңірлік нысаналы бағдарламаларды әзірлеу және енгізу; жүктіліктің бірінші триместрінен бастап жүктіліктің асқынуын диагностикалау, алдын алу және емдеу технологияларын жетілдіру; жүктілік кезіндегі оның жағдайын бағалаумен тығыз байланысты ұрықты антенатальды қорғау; жүктіліктің бірінші триместрінен бастап жүктілікті анықтау мен тексерудің бірыңғай стандарттарын сақтау және жүктілікті басқарудың стандартталған хаттамаларының болуы; психологиялық түзетудің және босануға дайындықтың заманауи әдістерін қолдану; жүкті әйелдердің денсаулығын қорғау жөніндегі қызметте акушерлік-гинекологиялық мекемелердің әртүрлі ұйымдастыру нысандарындағы күш-жігерін біріктіру; босандыру мекемелерінің материалдық және техникалық базасын бірінші кезекте нығайту; босандырудың қазіргі заманғы технологияларын қамтамасыз ету мақсатында акушерлік-гинекологиялық стационарларды негізді қайта құрылымдау; гигиеналық тәрбие жүйесін қалыптастыру, салауатты өмір салтын насихаттау, контрацепция, үйлесімді жыныстық қатынастар, репродуктивті жастағы әйелдердің отбасын жоспарлау. Бұл диссертациялық зерттеу тақырыбын таңдауды, оның теориялық және практикалық маңыздылығын анықтады.

2 ЗЕРТТЕУДІҢ ӘДІСТЕМЕСІ ЖӘНЕ ҰЙЫМДАСТЫРЫЛУЫ

2.1 Зерттеу кезеңдері

Мақсатқа жету және қойылған міндеттерді шешу үшін өзара байланысты 6 кезеңді қамтитын зерттеуді ұйымдастыру және жүргізу үшін зерттеу бағдарламасы әзірленді (кесте 1).

Кесте 1 - Зерттеуді ұйымдастырудың жалпы схемасы

Зерттеу кезеңі / міндеттері	Зерттеу әдісі	Зерттеу объектісі	Зерттеу көлемі
1	2	3	4
Зерттеудің мақсаты мен міндеттерін анықтау. Әдеби дереккөздерге талдау жасау. Ғылыми зерттеулер этикасы қағидаларына сәйкес зерттеу құралдарын дайындау.	Библиографиялық, ақпараттық-аналитикалық.	Medline, Pubmed, Cochrane кітапханасы дерекқорлары бойынша және орыс және ағылшын тілдеріндегі шолғышты әдеттегі іздеу арқылы ұлттық және халықаралық әдебиеттерге шолу жасалды.	2000-2023 жылдар кезеңіндегі деректер базасынан барлығы 65 мақала ағылшын тілінде, 78 мақала орыс тілінде, 24 мақала қазақ тілінде талданды. Республикалық және қалалық деңгейдегі 14 бұйрық қолданылды.
Алматы қаласы бөлінісінде «Тіркелген халық тіркелімі» электрондық порталына сәйкес халықтың санын ескере отырып, медициналық ұйымдарды таңдау.	Ақпараттық-аналитикалық. Есептік медициналық құжаттама.	Кешенді зерттеу қалалық №4, №6, №8, №14, №15, №36, Maksatmed (бұдан әрі-№4-А, №6-В, №8-С, №14-Д, №15-Е, №36-Ғ, МАКСАТМЕД-Г ЖШС), №1 ҚКА, №2 және 4 перзентхана МҰ жүргізілді	2017-2019 жылдар кезеңінде талданған: репродуктивті жастағы әйелдер n-84381; - жалпы саны n-22811 жүкті әйелдер;
2019 жылғы бастапқы құжаттамадан мәліметтерді көшіру	Бастапқы медициналық құжаттамадан мәліметтерді	Жүкті әйелдердің айырбастау және жеке карталары	n-298 жүкті әйелдің айырбастау және жеке картасы; n-2158 жүкті әйелдерге

1 – кестенің жалғасы

1	2	3	4
(шілде-қараша айлары). Ананың рөлін орындауға дайындықтың Медициналық және әлеуметтік-психологиялық факторларын зерттеу үшін жүкті әйелдерге сауалнама жүргізу	көшіру. Жүкті әйелдерге әлеуметтік сауалнама жүргізу		сауалнама;
Жүктілік және босану кезінде жүкті әйелдерге медициналық көмекке қатысушылардың командалық өзара әрекеттесу мәселелерін зерттеу.	Медицина қызметкерлеріне әлеуметтік сауалнама жүргізу	Медицина қызметкерлерінің сауалнамасының нәтижелері бойынша алынған дерекқорларды статистикалық өңдеу	n-432 медициналық қызметкер
Алынған деректерді талдау.	Статистикалық, корреляционды анализ.	Статистикалық өңдеу деректерді топтастыруды, қарапайым және комбинациялық кестелерді құруды қамтыды.	Барлық деректерді талдау қолмен, сондай-ақ SPSS Statistics бағдарламасы арқылы жүргізілді.
Босануға дайындық кезінде жүкті әйелдерге медициналық көмек көрсетудің әртүрлі кезеңдерінде көпсалалы тәсілді оңтайландыру бойынша ұсыныстар әзірлеу.	Сараптамалық, аналитикалық әдіс	Деректерді жүйелеу	Диссертациялық жұмыстың нәтижелері Алматы қалалық Денсаулық сақтаудың ғылыми-тәжірибелік қызметіне енгізілді.

Зерттеу жүргізу кезінде "Әрбір азамат үшін сапалы және қолжетімді денсаулық сақтау "Салауатты ұлт" Ұлттық жобасы, Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды дамытудың 2016-2019, 2020-2025 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы, ҚР ДСМ нормативтік-құқықтық базасы [7,с. 5] басшылыққа алынды. Қазақстан Республикасында акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартымен " 2021 жылғы 26 тамыздағы № 92, Қазақстан Республикасында алғашқы медициналық-

санитариялық көмек көрсетуді ұйымдастыру Стандарты, сондай-ақ денсаулық сақтау бұйрықтарымен: "Қазақстан Республикасында алғашқы медициналық-санитариялық көмекті дамытудың 2018-2022 жылдарға арналған негізгі бағыттарын бекіту туралы"; 2015 жылғы 28 сәуірдегі №281 "Алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсету қағидаларын және алғашқы медициналық-санитариялық көмек ұйымдарына бекіту қағидаларын бекіту туралы"; 28.04.2015 ж. №281 бұйрықтар, "Алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсету қағидаларын және азаматтарды алғашқы медициналық-санитариялық көмек ұйымдарына бекіту қағидаларын бекіту туралы"; "Алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 24 тамыздағы №ҚР ДСМ-90 Бұйрығы. "Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы ережені бекіту туралы" 2011 жылғы 5 қаңтардағы №7; "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" 2020 жылғы 4 қарашадағы №175; "Денсаулық сақтау ұйымдарының өзара іс-қимыл жасау қағидаларын бекіту туралы" 2009 жылғы 26 қарашадағы №785 және т. Б заңнамалық құжаттар жұмыстың негізі ретінде қолданылды.

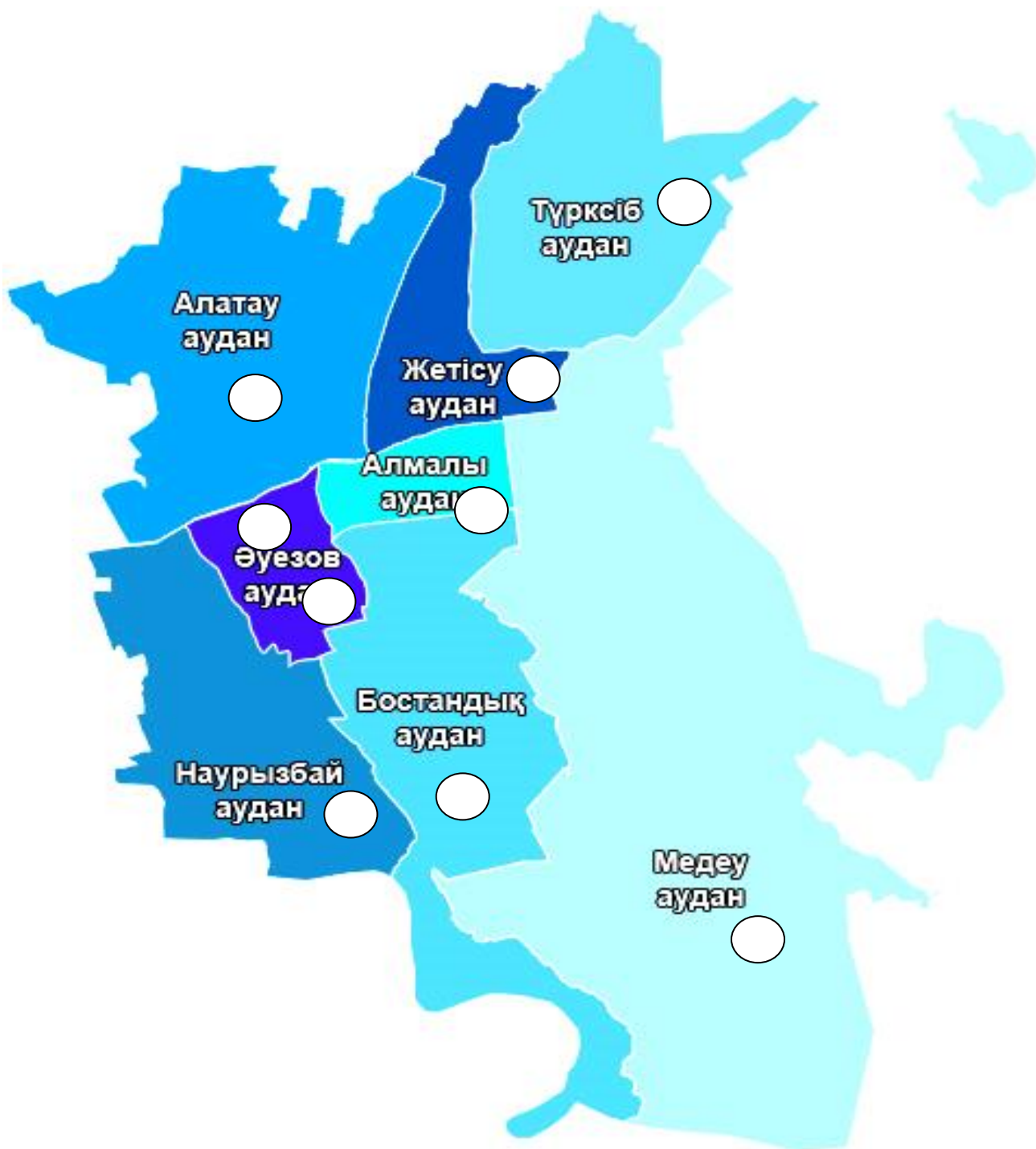
Зерттеу бағдарламасын жасау кезінде ҚР ДСМ Қоғамдық денсаулық сақтау Ұлттық орталығы әзірлеген ұйым мәселелерін зерделеудің жалпы әдістемелік тәсілдері басшылыққа алынды.

Қойылған міндеттерді шешу үшін статистикалық, сараптамалық, социологиялық, эксперименттік әдістерді, бастапқы медициналық құжаттамадан деректерді көшіруді қамтитын кешенді әдістеме қолданылды (кесте 1). Зерттеудің әр бағыты бойынша бағдарламалар мен жұмыс жоспарлары жасалды, әдістемелер мен статистикалық құралдар әзірленді, медициналық құжаттамадан деректерді көшіру, шифрлау, статистикалық өңдеу және ақпараттық материалдарды топтастыру жүргізілді.

Зерттеудің **бірінші кезеңінде** тақырыптың өзектілігін анықтауда біз әдеби дереккөздерге талдау жасадық. Medline, Pubmed, Cochrane кітапханасы дерекқорлары бойынша және орыс және ағылшын тілдеріндегі шолғышты әдеттегі іздеу арқылы ұлттық және халықаралық әдебиеттерге шолу жасалды. 2000-2023 жылдар кезеңіндегі деректер базасынан барлығы 199 мақала талданды, оның ішінде 65 мақала ағылшын тілінде, 78 мақала орыс тілінде, 24 мақала қазақ тілінде. Жүкті әйелдерді пренатальды даярлауды қамтамасыз ететін босандыру мекемелерінің қалалық жүйесінің басқару және клиникалық қызметін реттейтін әдістемелік, клиникалық-ұйымдастырушылық құжаттамаға және нормативтік-заңнамалық базаға контент-талдау жүргізілді, республикалық және қалалық деңгейдегі 14 бұйрық пайдаланылды. Осы зерттеудің мақсаттары, міндеттері мен негізгі бағыттары анықталды. Ғылыми зерттеулер этикасының қағидаттарына сәйкес зерттеу құралдары (қосымша А,Б) жергілікті-этикалық комиссиямен мақұлданған.

Зерттеудің **екінші кезеңінде** Алматы қаласы бөлінісінде "Тіркелген халық тіркелімі" электрондық порталына сәйкес халықтың санын ескере отырып,

медициналық ұйымдар таңдалды (кесте 1). Ұйымның қызмет көрсету ауданында тұратын жүкті әйелдер контингентін зерделеу үшін "Жүкті, босанатын және босанған әйелдерге медициналық көмек туралы" №2110 есептік деректер, сондай-ақ "жүкті және фертильді жастағы әйелдер тіркелімі" электрондық порталы пайдаланылды. Зерттеу қалалық 2017-2019 жылдары жалпы саны 22811 жүкті әйелдерге және 2019 жылдың соңына қарай 84381 фертильді жастағы әйелдерге қызмет көрсеткен №4, №6, №8, №14, №15, №36, Maksatmed (бұдан әрі-ҚЕ №4-А, ҚЕН№6-В, ҚЕН№8-С, ҚЕН№14-Д, ҚЕН№15-Е, ҚЕН№36-Ғ, Maksatmed-Г) емханаларда, сонымен қатар №1 ҚКА перзентханасында, №2 және 4 перзентханада жүргізілді. Аталған медициналық ұйымдар заңнамаға сәйкес міндетті және ерікті медициналық сақтандыру шеңберінде осы бейіндегі медициналық қызметтердің барлық кепілдендірілген жиынтығын ұсынады. Кешенді зерттеу Алматы қаласы Қоғамдық денсаулық сақтау басқармасының ана мен бала денсаулығын сақтау бөлімінің келісімі бойынша жүргізілді.



Сурет 1 - Қала ауқымында қалалық емханалардың орналасуы

Үшінші кезең МСАК кезеңінде жүктілікті жүргізу туралы амбулаториялық-жеке карталардың деректері негізінде интеграцияланған мультидисциплинарлық тәсілді ескере отырып, жүкті әйелдерге медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыруды талдауға арналды. Алматы қаласы бойынша жүкті әйелдер ауруының өңірлік ерекшеліктері зерттелді. Сырқаттанушылықты талдау үшін 2019 жылғы бастапқы құжаттамадан (шілде-қараша айлары) мәліметтер көшірілді. Барлығы жүкті әйелдердің 298 бастапқы құжаттары статистикалық өңдеуден өтті. Көшіруді зерттеу авторы және әйелдер

консультацияларының акушер-гинекологтары жүргізді, олардың негізінде бұл жұмыс жүргізілді. Көшірілген мәліметтердің толықтығы мен дұрыстығын бақылауды осы зерттеудің авторы, сондай-ақ Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университетінің Акушерлік және гинекология кафедрасының профессоры Р.Қажығалиқызы жүзеге асырды. Іріктеменің репрезентативтілігі қайта іріктеу формуласы бойынша анықталды:

$$n = \frac{t^2 \sigma^2 N}{N \Delta^2 + t^2 \sigma^2} \quad (1)$$

мұндағы: n - іріктеме көлемі; n - бас жиынтық; δ - бас жиынтықтағы орташа шамалардан ауытқу шамасын сипаттайтын зерттелетін белгінің дисперсиясы немесе шашырау өлшемі; t - сенім коэффициенті (сенімділік критерийі); Δ - іріктеменің шекті қателігі.

Медициналық құжаттамадан деректерді көшіру төлқұжат бөлімінен басталды, онда келесі ақпарат бар: тегі; аты; әкесінің аты; жасы; тұрғылықты жері; неке жағдайы; кәсіп; жұмыс (оқу) орны; етеккірдің басталу жасы; етеккір циклінің сипаттамасы; жүктілікке дейін контрацептивтерді қолдану; акушерлік-гинекологиялық және соматикалық анамнез. Келесі ақпарат көздері пайдаланылды: ҚР ДСМ 2020 жылғы 30 қазандағы №175 бұйрығымен бекітілген №077/е нысаны бойынша жүкті және босанған әйелдің жеке картасы, №048/е нысаны бойынша жүкті және босанған әйелдің айырбастау картасы.

Жүкті әйелдерге ананың рөлін орындауға дайындықтың Медициналық және әлеуметтік-психологиялық факторларын зерделеу, сондай-ақ жүктілік кезіндегі диспансерлік бақылау жүйесіндегі олардың маңыздылығын бағалау үшін сауалнама жүргізілді. Респонденттердің саны 2158 жүкті әйелді құрады. Алматы қаласында есепке алынған жүктіліктің жалпы санынан (22811 әйел) 19294 жүкті әйелдің негізгі бөлігі (84,5%) жүктіліктің бірінші триместрінде қалалық әйелдер консультацияларында есепке алынды. Жоғарыда аталған 4 медициналық, атап айтсақ, ҚЕН№6-В, ҚЕН№8-С, ҚЕН№15-Е, ҚЕН№36-Ғ емханаларында, сондай-ақ №2,4, №1ҚКА перзентханаларында жүргізілді.

Материалды жинау үшін "МСАК деңгейінде медициналық-әлеуметтік көмекті ұйымдастыру және сапасы мәселелері бойынша жүкті әйелдердің пікірін зерделеу сауалнамасы" (1-қосымша) арнайы құралы әзірленді, оған: жүкті әйелдердің әлеуметтік-демографиялық және кәсіптік сипаттамалары, диспансерлеуге деген көзқарас, жүкті әйелдердің босануға психопрофилактикалық дайындығы, консультацияға барудың жүйелілігі, медициналық қызметкерлердің жұмысына қанағаттану мәселелері кіреді.

Зерттеу материалының сипаттамасы-жүкті әйелдер

Қосылу критерийлері:

- жүкті әйелдің жасы 18 және одан жоғары;
- медициналық ұйымдарға жүктілікке байланысты диспансерлік есепке алынған жүкті әйелдер;
- жүктіліктің 30-37 аптасындағы амбулаторлы бақыланатын әйелдер;

- босанушы әйелдер;
- ақпараттандырылған келісім.

Алып тастау критерийлері:

- босанғаннан кейінгі кезеңдегі әйелдер;
- зерттеуге қатысудан бас тарту.

Іріктеме құрамы:

-88% қалалық емханалардың әйелдер консультацияларында медициналық бақылаудағы жүкті әйелдер;

-12% жүкті әйелдер перзентханаларда медициналық бақылауда болды.

Іріктеме көлемі: Алматы қаласының төрт ҚЕ бас жиынтығының көлеміне қарай іріктеме әрбір МҰ-да диспансерлік есепте тұрған орта есеппен 480 жүкті әйелді және №2, 4, ҚКА1 перзентханаларында жүкті әйелдердің патология бөлімшелерінде болған 260 жүкті әйелді құрайды. Сауалнамаға барлығы 2158 жүкті әйел қатысты, бұл жоспарланған көлемнің 98,9% құрады. Жүкті әйелдерге сауалнама әйелдер консультацияларында бақылау кезінде, сондай-ақ босану мекемелеріне босанғанға дейінгі госпитализация кезінде жүргізілді. Сауалнаманың анонимділігіне кепілдік берілді.

Жүкті әйелдердің пікірін зерттеу сауалнамасында 3 блокқа біріктірілген 38 сұрақ болды. *Бірінші блокта* жүкті әйелдердің медициналық-демографиялық және әлеуметтік-гигиеналық сипаттамалары бар. Онда жасы, отбасылық жағдайы, білімі, әлеуметтік жағдайы, еңбек сипаты, тұрғын үй жағдайлары, тамақтану, жан басына шаққандағы айлық табыс деңгейі, жақын туыстарымен қарым-қатынас, жүкті әйелдің және оның жақындарының жаман әдеттері, жұбайының өзін-өзі бағалауы және физикалық денсаулығын бағалау, жүктілікке дейінгі және жүктілік кезіндегі психотравматикалық жағдайлардың әсері туралы сұрақтар бар. *Екінші блок* жүкті әйелдің акушерлік-гинекологиялық тарихын зерттеуге мүмкіндік береді және келесі сұрақтарды қамтиды: әйелдер консультациясына бірінші рет барған кездегі жүктілік мерзімі, алдыңғы жүктіліктің барысы мен нәтижесі, балалар саны, бұл жүктілік қажет пе және оның қалай жүретіні, жүктілікке дейін және жүктілік кезінде анықталған экстрагенитальды патологияның сипаты, ауруханаға жатқызу саны және олардың себебі, қауіп факторлары және осы жүктіліктің асқынулары. *Үшінші бөлім* жүкті әйелдерге медициналық-әлеуметтік-психологиялық-құқықтық көмек шеңберіндегі әйелдер консультациясының қызметіне арналған. Бұл блокта мынадай сұрақтар бар: әйелдер консультациясына бару уақытының шығындары, "Ана мектебі" кабинетінің жұмысы туралы, жүкті әйелдерді диспансерлеу сапасы туралы, клиникалық-диагностикалық, психопрофилактикалық және құқықтық қызметтердің сапасы туралы.

Сауалнама нәтижелері бойынша Microsoft Excel бағдарламасында мәліметтер базасы жасалды. Деректерді талдау қолмен, сондай-ақ SPSS Statistics бағдарламасы арқылы жүргізілді. Социологиялық зерттеу жүргізу кезінде іріктемелі жиынтық көлемін есептеуді біз формула бойынша жүзеге асырдық:

$$n=(t^2\delta):\Delta^2; \quad (2)$$

$n = 2158$ (респондентов)

мұндағы: n - іріктеме көлемі; δ -жалпы жиынтықтағы орташа шамалардан ауытқу шамасын сипаттайтын зерттелетін белгінің дисперсиясы немесе шашырау өлшемі; t - сенім коэффициенті (сенімділік критерийі); Δ -іріктеменің шекті қателігі. Денсаулық сақтау саласындағы әлеуметтанулық зерттеулерде ең көп қолданылатын мәндер: $\Delta=0,05$ және $t = 2$, бұл 100% жағдайлардың 95% - в нәтижелердің сенімділігін қамтамасыз етеді, шекті қателік $\pm 5\%$. Демек, 2158 адам арасында жүргізілген сауалнамада 95% жағдайда $\pm 5\%$ максималды қателікпен социологиялық зерттеу нәтижелерін алуға болады.

Зерттеудің **төртінші кезеңі** жүкті әйелдерге жүктілік және босану кезінде медициналық көмекке қатысушылардың командалық өзара әрекеттесу мәселелерін зерттеу болды. Мультидисциплинарлық топ құрамындағы медицина қызметкерлерінің қызметіне баға берілді (акушер-гинеколог, жалпы практика дәрігері, акушерка, медбике, психолог, әлеуметтік қызметкер, заңгер). Медицина қызметкерлерінің сауалнамасының нәтижелері бойынша алынған дерекқорларға статистикалық өңдеу жүргізілді. Ақпарат жинау үшін "Жүкті әйелдерге медициналық-әлеуметтік көмекті ұйымдастыру және сапасы мәселелері бойынша медицина қызметкерлерінің пікірін зерделеу сауалнамасы" арнайы құралы әзірленді (қосымша Б).

Зерттеу барысында акушер-гинекологтарға, жалпы практика дәрігерлеріне, психологтарға, әлеуметтік қызметкерлерге, акушерлер мен медбикелерге медициналық-әлеуметтік көмектің ұйымдастырылу деңгейі мен сапасын, медицина қызметкерлерінің жұмысына әсер ететін сипатын, ерекшеліктері мен себептерін анықтау мақсатында сауалнама жүргізілді. Орта медициналық қызметкерлер мен дәрігерлердің командадағы міндеттерді бөлудің әділдігін бағалау сұрақтарындағы жауаптарында статистикалық маңызды айырмашылықтар анықталды. Медицина қызметкерлеріне сауалнама 4 қалалық В, С, Е, F емханаларында, сондай-ақ №2, 4, ҚКА1 перзентханаларында жүргізілді. Сауалнамаға барлығы 432 медициналық персонал қатысты, оның ішінде 44 дәрігер қалалық емханалардың акушер-гинекологтары, 40 дәрігер перзентханалардың акушер-гинекологтары, 120 жалпы практика дәрігерлері, терапевттер, 18 дәрігер-психологтар, 16 әлеуметтік қызметкерлер, сондай-ақ 184 орта медицина қызметкерлері, оның ішінде 24 қалалық емханалардың акушерлері, 40 перзентханалардың акушерлері, қалалық емханалардың 120 медбикесі және 10 заңгер қатысты (кесте 2).

Кесте 2 - Мультидисциплинарлы топтың респонденттерін топтастыру

Респонденттерді бөлу	Респонденттер саны	
	абс.	%
Қалалық емханалардың акушер-гинеколог дәрігерлері	44	10,1
Перзентхананың акушер-гинекологтары	40	9,2
Жалпы практика дәрігерлері (терапевттер)	120	27,7
Психологтар	18	4,1
Қалалық емханалардың акушерлері	24	5,5
Перзентхана акушерлері	40	9,2
Медбикелер	120	27,7
Әлеуметтік қызметкерлер	16	3,7
Заңгерлер	10	2,3
Барлығы	432	100

Әлеуметтік зерттеу респонденттерінің сипаттамасы

Жүкті әйелдерге босануға дайындық кезінде медициналық көмектің сапасын бағалау үшін медицина қызметкерлері арасында әлеуметтік зерттеу жүргізілді.

Қосылу критерийлері:

- ана денсаулығын сақтау жүйесінде кемінде 3 жыл жұмыс тәжірибесінің болуы;

- медициналық ана денсаулығын қорғау ұйымдарындағы қызметі;
- ақпараттандырылған келісім.

Алып тастау критерийлері:

- медициналық ана денсаулығын қорғау ұйымдарындағы қызметінде кемінде 3 жыл жұмыстың болмауы;

- қатысудан бас тарту.

Іріктеме құрамы: 10,1% қалалық емханалардың акушер-гинекологтары, 9,2% перзентханалардың акушер-гинекологтары, 27,7% жалпы практика дәрігерлері (терапевттер), 4,1% психологтар, 5,5% қалалық емханалардың акушерлері, 9,2% перзентханалардың акушерлері, 27,7% медбикелер, 3,7% әлеуметтік қызметкерлер және 2,3% заңгерлер.

Іріктеме көлемі: зерттеу объектілері бойынша мамандардың барлық санаттары бойынша бас жиынтықтың көлеміне қарай іріктеме әрбір медициналық ұйымда орта есеппен 65 респондентті құрады. Барлығы 432 медицина қызметкерлерінен, оның ішінде заңгерлерден сұхбат алынды, бұл жоспарланған іріктеу көлемінің 94,9% құрады. Сауалнаманың анонимділігіне кепілдік берілді.

Іріктелген базаларда медициналық персоналдың жұмысы үшін тиісті жағдайлардың болуы, қажетті емдеу-диагностикалық аппаратурамен және жабдықтармен қамтамасыз етілуі ескерілген. Әрбір әйел консультациясында клиникалық зертхана, емшара кабинеті, УДЗ кабинеті, отбасын жоспарлау кабинеттері бар. Базаларды іріктеу кезінде кадрлармен қамтылу да ескерілді, ол

осы ұйымдарда 99,2% -кұрайды. Таңдалған әйелдер консультациялар дәрігерлер мен орта медицина қызметкерлерімен толық қамтамасыз етілген.

Медицина қызметкерлерінің пікірін зерделеу сауалнамасы 32 сұрақтан тұрды: дәрігерлер мен орта медицина қызметкерлерінің әлеуметтік-кәсіптік сипаттамасы, біліктілік және өзін-өзі даярлау деңгейі, медициналық көмектің сапасы, еңбекті ұйымдастыруға қанағаттану, материалдық ынталандыру жүйесі, жүкті әйелдерді тексеру және жүргізу кезінде өзара байланыстар мен сабақтастықтың болуы және оларды босануға дайындау мәселелерін білу.

Сауалнамаға дейін респонденттерге зерттеу ғылыми мақсатта жүргізіліп жатқаны, қатаң құпия және шынайы жауаптар жүкті әйелдерге медициналық-әлеуметтік-психологиялық көмекті жақсартуға ықпал ететіні туралы алдын ала хабарланды.

Сауалнамамен қатар бағдарламаға сәйкес кейбір мәселелерді терең зерттеу үшін сұхбат әдісі қолданылды. Медициналық ұйымдардың заңгерлерінің жүкті әйелдерді босануға мультидисциплинарлық даярлаудағы мәртебесін анықтау мақсатында сұхбаттасу жүргізілді.

Зерттеудің **бесінші кезені** статистикалық талдауға бағытталған. Статистикалық өңдеу деректерді топтастыруды, қарапайым және комбинациялық кестелерді құруды қамтыды. Бұрын тек тіршілік ету ортасы туралы ақпарат алу үшін қосымша зерттеу әдістері ретінде қызығушылық танытқан медициналық-әлеуметтанулық талдау әдістері соңғы онжылдықта халықаралық және отандық зерттеулерде кеңінен қолданылатын өзекті және ақпараттылыққа айналды [175]. Сонымен қатар, қала тұрғындарының медициналық-санитарлық сауаттылығы мен медициналық ақпараттандыру деңгейі айтарлықтай өсті. Сұхбат алушының зерттелушімен жеке байланысы әр сұраққа неғұрлым дұрыс және толық жауап беру ықтималдығын қамтамасыз етеді және өмір салтының ерекшеліктері, өмір сүру қаупінің факторлары және әртүрлі клиникалық және психоэмоционалды күйлердегі өмір сапасы туралы қосымша ақпарат алуға мүмкіндік береді [176].

Сауалнама нәтижелері бойынша Microsoft Excel бағдарламасында мәліметтер базасы жасалды. Деректерді талдау қолмен, сондай-ақ SPSS Statistics 23 бағдарламасы арқылы жүргізілді. Қалыпты үлестірілген параметрлерді сипаттау үшін орташа арифметикалық және орташа арифметикалық стандартты ауытқу қолданылды.

Вариациялық статистиканың жалпы қабылданған әдістері орташа шамаларды (M), абсолютті және салыстырмалы шамалар үшін орташа қателерді (M), топтар арасындағы салыстыру кезінде айырмашылықтардың сенімділік көрсеткішін (p) есептей отырып қолданылды.

Қатынастарды анықтау үшін Спирменнің (r) корреляция коэффициентін және оның маңыздылық деңгейін (p) бағалауды қамтитын корреляциялық талдау әдісі қолданылды.

Салыстырмалы көрсеткіштер үшін орташа арифметикалық стандартты кате формула бойынша есептелді:

$$\pm s. e. = \sqrt{\frac{p * q}{n}} \quad (3)$$

мұндағы:

p - тиісті үлес;

q-үлестермен көрсетілген барлық құбылыс, "- p" (мысалы, 100-р үшін пайызбен жұмыс істеу жағдайлары);

n-үлгідегі бақылаулар саны.

Статистикалық айырмашылықтарды бағалау t-тест (Стьюдент) көмегімен қолмен жүргізілді:

$$t = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{(\pm s. e. p_1)^2 + (\pm s. e. p_2)^2}} \quad (4)$$

мұндағы:

p - тиісті үлес;

±s.e.p-үлес үшін стандартты қате.

Статистикалық байланысты бағалау автоматты түрде, SPSS Statistics бағдарламасында, Хи-квадрат (Пирсон) критерийі арқылы конъюгация кестелерін құрастыру кезінде жүргізілді.

Болжамды бағалау сызықтық регрессия әдісімен, келесі формула бойынша есептеледі:

$$y = a + b * x \quad (5)$$

мұндағы:

y-болжамды (тәуелді) айнымалы;

x-болжамды (тәуелсіз) айнымалы;

A + b - регрессия коэффициенттері.

Осы теңдеудің "a" және " b " коэффициенттерін анықтау үшін келесі формулалар қолданылды:

$$a = \frac{\sum y - b \sum x}{n} \quad b = \frac{n \sum xy - \sum x \sum y}{n \sum x^2 - (\sum x)^2} \quad (6)$$

Біздің зерттеу материалдарын өңдеу және талдау кезінде математикалық және статистикалық әдістер қолданылды (қарқынды және экстенсивті көрсеткіштерді, орташа мәндерді есептеу, орташа квадраттық ауытқуларды есептеу). Зерттеу нәтижелерінің айырмашылығының дұрыстығын бағалау "x2" критерийін, Стьюденттік критерийді қолдана отырып жүргізілді.

Статистикалық өңдеуден кейін Microsoft Office және Excel қолданбалы бағдарламалар пакеті арқылы алынған барлық деректер кестелерге, графиктерге, диаграммаларға аударылды, бұл алынған нәтижелердің ақпараттылығын едәуір арттырады және материалды қабылдауды жеңілдетеді.

Сауалнама арқылы жүкті әйелдердің элеуметтік-психологиялық жағдайын зерттеу денсаулық жағдайын бағалаудың ақпараттық, сезімтал және үнемді

әдісі болуы мүмкін. Әдіс адам өмірінің көп компонентті сипаттамаларын-оның физикалық, психологиялық және әлеуметтік қызметін интегралды сандық бағалауға мүмкіндік береді.

Жүкті әйелдердің әлеуметтік-психологиялық жағдайын бақылау донозологиялық диагностиканың ең қарапайым, қол жетімді және жаппай әдісі және репродуктивті жастағы әйелдерде әртүрлі патологиялық жағдайлардың алдын алудың және жүктіліктің әртүрлі триместрлеріндегі олардың клиникалық жағдайын бағалаудың сапалы жаңа тәсілдерін әзірлеудің негізі бола алады.

Осылайша, аталған әдістердің үйлесімі бізге қалалық әйелдер консультацияларында жүкті әйелдерге медициналық-әлеуметтік-психологиялық көмек көрсету туралы сенімді, толық және жан-жақты ақпарат алуға мүмкіндік берді. Зерттеу материалдарының негізінде біз жүкті әйелдерді интеграциялау және жүкті әйелдерді медициналық-әлеуметтік-психологиялық сүйемелдеудің тиімділігін арттыру мақсатында босануға дайындық кезінде жүкті әйелдерді басқару кезінде мультидисциплинарлық тәсілді енгізу бойынша әдістемелік ұсынымдар әзірледік.

Соңғы **алтыншы кезеңде** жүкті әйелдерді босанғанға дейін дайындауды қамтамасыз ететін босандыру мекемелерінің қалалық жүйесінің басқару және клиникалық қызметін реттейтін қолда бар әдеби көздерге кешенді бағалау, әдістемелік, клиникалық-ұйымдастырушылық құжаттамаға және нормативтік-заңнамалық базаға контент-талдау жүргізілді. Медициналық-социологиялық зерттеу материалында акушер-гинеколог дәрігері мен босану жүйесінің басқа да агенттері арасындағы қарым-қатынастың рөлі мен ерекшеліктері анықталды. Босануға дайындық кезінде жүкті әйелдерге медициналық көмек көрсетудің әртүрлі кезеңдерінде мультидисциплинарлық тәсілді оңтайландыру бойынша ұсыныстар әзірленді. Диссертациялық жұмыстың нәтижелері Алматы қаласының Денсаулық сақтаудың ғылыми-практикалық қызметіне енгізілді. Авторлық куәліктер алынды.

3 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНАЛАРДА ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРГЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК КӨМЕКТІҢ ҰЙЫМДАСТЫРЫЛУЫ МЕН СИПАТЫН ЗЕРТТЕУ

3.1 Қазақстан Республикасында акушерлік-гинекологиялық көмекті ұйымдастыру ерекшеліктері (нормативтік-құқықтық базаның контент-талдауы)

"Әрбір азамат үшін сапалы және қолжетімді денсаулық сақтау "салауатты ұлт" ұлттық жобасы, Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау мен медициналық көмекті дамыту тұжырымдамасы, оны дамытудың басым міндеттерінің арасында Денсаулық сақтау саласындағы басқа да негізгі құқықтық құжаттар әйелдердің денсаулығын сақтау және нығайту қажеттілігін айқындады.

Бұл мәселені шешкен кезде әйелдер халқының жалпы соматикалық және репродуктивті денсаулығына әсер ететін барлық факторларды ескеру қажет, соның ішінде: қолайсыз экологиялық және өндірістік жағдайлар, әлеуметтік-экономикалық мәртебе, жалпы және санитарлық мәдениеттің деңгейімен анықталатын өмір салтының ерекшеліктері. Сонымен қатар, халыққа акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұтымды ұйымдастыру маңызды рөл атқарады, әсіресе бірқатар зерттеулердің деректері оны көрсетуде көптеген проблемалар мен ақаулардың болуын көрсетеді. Сондықтан оларды талдау көмектің осы түрін жақсартуға және әйелдердің репродуктивті денсаулығын нығайтуға бағытталған шараларды әзірлеу үшін өте маңызды.

Көмектің кез келген түрін ұйымдастыру, ең алдымен, тиісті нормативтік базамен айқындалатынын ескере отырып. Біз акушерлік-гинекологиялық көмек көрсету саласындағы қолданыстағы құқықтық құжаттарды олардың қазіргі жағдайларға сәйкестігі тұрғысынан талдадық.

Тарауда әйелдердің денсаулығын сақтау жөніндегі, оның ішінде жүкті әйелдер мен босанған әйелдерді диспансерлеу жөніндегі нормативтік-құқықтық құжаттар қаралды (қосымша А). Зерттелетін қалалық емханаларда жүкті әйелдер мен босанған әйелдердің денсаулық жағдайына диспансерлік бақылауды ұйымдастыруға талдау жүргізілді. Пренатальды диагностиканы жүргізу және жүкті әйел мен босанған әйелді басқарудың басқа да мәселелері бойынша жұмыстың жай-күйі қаралды.

А қосымшаға сәйкес, әйелдердің денсаулығын сақтауға байланысты нормативтік-құқықтық құжаттардың үлкен пакеті қабылданды. Қазақстан Республикасында, оның ішінде Алматы қаласында нормативтік-құқықтық база үнемі дамып, жаңартылып отырады.

"Салауатты ұлт" әрбір азамат үшін сапалы және қолжетімді денсаулық сақтау" ұлттық жобасының негізгі міндеттерінің бірі жүкті әйелдердің денсаулығын сақтау және балалардың денсаулығын нығайту болып табылады. Ұлттық жобаның негізгі міндеттеріне қол жеткізу үшін мынадай іс-шаралар айқындалды:

- Жүкті әйелдерді жеке және пәнаралық босанғанға дейінгі бақылаумен қамтуды ұлғайту;

- МСАК деңгейінде жүкті әйелдерді байқау сапасын ынталандыратын индикаторларды жетілдіру (ҚР ДСМ 15.12 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу. 2020 ж. № ҚР ДСМ -278/2020);

- Отбасылық жұптардың денсаулық паспортын енгізу (ҚР 26.12 кодексіне өзгерістер мен толықтырулар енгізу. 2011 ж. "Неке (ерлі-зайыптылық) және отбасы туралы" және ҚР Кодексі 7.07.2020ж. "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы");

- Медицина қызметкерлерінің жүктілікті 10 аптаға дейін ерте белсенді анықтауы;

- Жүкті әйелдердің денсаулық индексін бақылау;

- Репродуктивті денсаулық проблемалары бар отбасылар үшін экстракорпоралды ұрықтандыруды (ЭЖҰ) жүргізуге квоталар бөлу;

- Халықаралық стандарттарға сай келетін пренатальды диагностиканың заманауи бағдарламаларын енгізу;

-Пилоттық режимде тандемдік масс-спектрометрия әдісімен алмасудың тұқым қуалайтын ауруларына селективті диагностика жүргізу (пилоттық жоба);

- Әлемнің жетекші орталықтарында, оның ішінде қарқынды терапия бойынша дәрігерлерді босандыру қызметі үшін даярлау;

Кодекстің 33-1-бабында медициналық көмектің көлемі жазылған. Медициналық көмек мынадай көлемде көрсетіледі:

1)"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Кодекстің 34-бабына сәйкес ұсынылатын тегін медициналық көмектің кепілді көлемі болып табылатын ең азы;

2) "Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы"Қазақстан Республикасының Заңына сәйкес ұсынылатын міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесіндегі медициналық көмек болып табылатын базалық;

3) медициналық көмектің қосымша көлемі:

"сақтандыру қызметі туралы" Қазақстан Республикасының Заңына сәйкес ерікті медициналық сақтандыру шеңберіндегі медициналық көмек;

4) ақылы қызметтер көрсету және Қазақстан Республикасының заңнамасына қайшы келмейтін өзге де көздер есебінен көрсетілетін медициналық көмек көрсетіледі.

Республикада акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартына сәйкес Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 26 тамыздағы №92 бұйрығы акушерлік-гинекологиялық көмек көрсету мынадай нысандарда жүзеге асырылады:

1) амбулаториялық-емханалық көмек (тәулік бойы медициналық бақылау мен емдеуді көздемейтін жағдайларда): алғашқы медициналық-санитариялық көмек (бұдан әрі - МСАК) және консультациялық-диагностикалық көмек (бұдан әрі – КДП);

2) стационарды алмастыратын көмек (тәулік бойы медициналық бақылауды және емдеуді қажет етпейтін медициналық байқауды және емдеуді көздейтін жағдайларда);

3) стационарлық көмек (тәулік бойы медициналық бақылауды және емдеуді қамтамасыз ететін жағдайларда);

4) жедел медициналық жәрдем;

5) санитариялық авиация.

ҚР-дағы "Дені сау ұлт" әрбір азаматы үшін сапалы және қолжетімді денсаулық сақтау" Ұлттық жобасына сәйкес жүкті әйелдер жүктіліктің 10 аптасына дейінгі мерзімде медициналық есепке тұруға міндетті. Консультацияға ерте келу жүктіліктің асқынуын анықтауға және босанудың нақты мерзімін анықтағанға дейін жүктілік жоспарын құруға мүмкіндік береді. Сондай-ақ, босанған әйел ТМККК шеңберінде тегін босанатын перзентхананы еркін таңдауға құқылы. "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" ҚР Кодексінің 88-бабы бірінші тармағының бірінші және үшінші тармақшаларына сәйкес Қазақстан азаматтары медициналық ұйымды еркін таңдауға, сапалы және уақтылы медициналық көмек алуға, ҚР Үкіметі бекітетін тізбеге сәйкес ТМККК алуға құқылы.

Республикада акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартына сәйкес Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 26 тамыздағы №92 Бұйрығы 3 және 4-тармақтарда жүкті әйелдерге, босанатын әйелдерге, босанатын әйелдерге және жүктіліктен тыс әйелдерге Денсаулық сақтау жүйесі ұйымдарындағы барлық жас топтарында тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде (бұдан әрі - ТМККК шеңберінде жүкті әйелдерді, босанған әйелдерді, босанған әйелдерді және гинекологиялық науқастарды дәрілік қамтамасыз ету" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2019 жылғы 8 мамырдағы № ҚР ДСМ-70 бұйрығы " қазақстандық ұлттық дәрілік формулярды әзірлеу және бекіту Қағидаларына сәйкес дәрілік формулярлар негізінде ұсынылады.

Қазақстан Республикасында акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартындағы ескі стандарттан айырмашылықтар, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 26 тамыздағы № 92 бұйрығы былайша жазылады:

- Медицина қызметкерлерінің жүктілікті 10 аптаға дейін ерте белсенді анықтауы;

- Жүкті әйелдерге, босанатын әйелдерге, босанатын әйелдерге және жүктіліктен тыс әйелдерге медициналық көмек тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі (бұдан әрі-ТМККК) шеңберінде және (немесе) міндетті элеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде (бұдан әрі-ТМККК) көрсетіледі-МӘМС), "сақтандыру қызметі туралы" Қазақстан Республикасының Заңына сәйкес ерікті медициналық сақтандыру шеңберінде, денсаулық сақтау субъектілерінің ақылы қызметтер көрсету қағидаларына және ақылы медициналық қызметтер (көмек) ұсыну жөніндегі шарттың үлгілік

нысанына сәйкес ақылы негізде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 29 қазандағы № ҚР ДСМ-170/2020 бұйрығы.

Жүкті әйелдерді, босанған әйелдерді, босанған әйелдерді және гинекологиялық науқастарды дәрілік қамтамасыз ету ТМҚКК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде дәрілік формулярлар негізінде, Қазақстан ұлттық дәрілік формулярын әзірлеу және бекіту Қағидаларына сәйкес жүзеге асырылады" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2019 жылғы 8 мамырдағы № ҚР ДСМ-70 Қазақстан ұлттық дәрілік формулярының бұйрығы (тіркелген нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 18586) (бұдан әрі – № 931 бұйрық) және "Белгілі бір аурулары (жай-күйі) бар Қазақстан Республикасы азаматтарының жекелеген санаттарын тегін және (немесе) жеңілдікпен амбулаториялық қамтамасыз етуге арналған дәрілік заттар мен медициналық бұйымдардың тізбесін бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 5 тамыздағы № ҚР ДСМ-75 бұйрығы.

Республикада акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартына сәйкес, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 26 тамыздағы № 92 бұйрығы 85-тармақта жүкті әйелдерді емдеуге жатқызу бюросының порталы арқылы стационарға жоспарлы жатқызу дәрігердің қабылдау бөліміне № 175 бұйрықпен бекітілген медициналық құжаттаманы толтыра отырып, ҚБ қабылдау бөлімшесіне жүзеге асырылатыны жазылған. науқастың медициналық көрсетілімдері және медициналық көмек алуға ақпараттандырылған келісімі. Атап айтқанда, стандартқа мынадай өзгерістер енгізілді:

Пункт 85, Жүкті әйелдерді, босанған әйелдерді және гинекологиялық аурулары бар пациенттерді стационарға жоспарлы емдеуге жатқызу МСАК немесе басқа денсаулық сақтау ұйымы мамандарының жолдамасы бойынша стационар дәрігерінің емдеуге жатқызу күнін айқындай отырып, емдеуге жатқызу бюросы порталы арқылы жүзеге асырылады.

Жүкті әйелдер мен босанған әйелдерді босануға жіберу перинаталдық көмекті аймақтандыру деңгейін ескере отырып, 37 апта мерзімнен бастап емдеуге жатқызу бюросы порталының күту парағында тіркеледі. Осы бағыт бойынша әйелдерді босану іс-әрекетінің басталуымен және/немесе амниотикалық сұйықтықты стационарға (перинаталдық орталық, перзентхана бөлімшесі бар көпбейінді аурухана) құю арқылы босануға жатқызу жүзеге асырылады.

Емдеуге жатқызудың соңғы күні ауруханаға жатқызу фактісін емдеуге жатқызуды есепке алу журналында және емдеуге жатқызу бюросының порталын емдеуге жатқызудан бас тартуды тіркей отырып, стационарға түскен күні айқындалады. Ықтимал салдарын көрсете отырып, медициналық көмектен бас тарту медициналық құжаттардағы жазбамен ресімделеді және оған пациент не оның заңды өкілі, сондай-ақ медицина қызметкері қол қояды".

Қазақстан Республикасында мемлекеттік деңгейде 2000 жылдан бастап МСАК ұйымдарын бюджеттік-сметалық қаржыландырудың орнына жан

басына шаққандағы норматив арқылы қаржыландыру келді. Қаржыландырудың осы тетігін енгізу МСАК ұйымдарының әкімшілік және қаржылық дербестігіне қол жеткізуге, менеджмент пен ресурстарды басқару деңгейін жетілдіруге, халыққа МСАК деңгейінде көрсетілетін қызметтердің көлемі мен сапасын кеңейтуге ықпал етті.

Қазақстанның МСАК қаржыландыру жүйесі соңғы жылдары айтарлықтай өзгерістерге ұшырады және қазіргі кезеңде медициналық қызметтердің сапасын бақылау жүйесін барынша ынталандыруға және қолдауға бағытталған. 2011 жылдан бастап МСАК ұйымдары қол жеткізілген жұмыс нәтижелеріне сәйкес жан басына шаққандағы нормативтің негізгі компонентіне ынталандыру төлемдерін алады. Индикаторлар жүйесін бағалау арқылы ұйым қызметінің түпкілікті нәтижесі ретінде жан басына шаққандағы нормативтің ынталандырушы құрамдауышын енгізу халыққа сапалы және қауіпсіз медициналық көмекті қамтамасыз ету проблемасының шешімдерінің бірі болып табылады.

ҚР нормативтік-құқықтық құжаттарына сәйкес, МСАК көрсететін бюджеттік Денсаулық сақтау ұйымдары үшін тариф қызмет көрсетілетін аумақтың жан басына шаққандағы нормативі және көрсетілетін қызметтердің сапасын жақсартуға және көлемін ұлғайтуға бағытталған медициналық ұйымды еркін таңдау құқығын ескере отырып, азаматтарды бекіту болып табылады.

2017 жылдан бастап МӘМС-ке қаражат жинақталады, 2018 жылдан бастап әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі (бұдан әрі – ТМККК) шеңберінде медициналық көмекті стратегиялық сатып алушы рөлін атқарады. МӘМС реформасын ұлттық деңгейде іске асыру мақсатында 2020 жылғы 1 қаңтардан бастап МӘМС енгізіле бастады.

Денсаулық сақтау желісінің инфрақұрылымы өзгертілді. Денсаулық сақтау ұйымдары желісінің мемлекеттік нормативін іске асыру шеңберінде өңірлердің 2025 жылға дейінгі кезеңге арналған перспективалық жоспарлары бекітілді. Республика бойынша орта есеппен медициналық объектілердің жартысынан астамы (59,7%) тозған.

Мемлекеттік медициналық ұйымдар басқармасының дербестігін арттыру тетіктері іске асырылды. Мемлекеттік медициналық ұйымдарда корпоративтік басқару элементтері енгізілді: тәуелсіз директорлардың қатысуымен байқау кеңестері құрылды, медицина қызметкерлерінің жалақысының деңгейін өз бетінше айқындау және штат кестесін өз бетінше айқындау практикасы енгізілді.

Мемлекеттік медициналық ұйымдардың рейтингі менеджмент, клиникалық және ғылыми қызмет көрсеткіштері, сондай-ақ корпоративтік басқару деңгейі бойынша жүргізіледі.

МӘМС енгізілуімен медициналық көмектің сапасын қамтамасыз етуде медициналық қоғамдастықтың рөлі артады. Медициналық қызметтердің сапасы жөніндегі бірлескен комиссия - кеңесші орган құру арқылы медициналық қызметтердің сапасын арттырудың институционалдық тетігі іске асырылды.

Медициналық көмекті ұйымдастырудың 30-дан астам стандарты енгізілді, дәлелді медицинаға негізделген 1300-ден астам клиникалық хаттама бекітілді.

Денсаулық сақтау технологияларын бағалау жүргізіледі. Жүкті әйелдерді бақылауда жетекші мамандар ретінде акушер-гинекологтардың функционалдық міндеттері мен жұмыс формалары Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 26 тамыздағы № 92 бұйрығымен бекітілген. Бұйрықта жүкті әйелдер мен босанған әйелдерді диспансерлік бақылау (оның ішінде патронаж); жүктіліктің, босанудың және босанғаннан кейінгі кезеңнің асқынуларының алдын алу және ерте анықтау мақсатында жүкті әйелдерді диспансерлік бақылау, әйелдерді "қауіп факторлары бойынша" бөле отырып; пренаталдық скрининг жүргізу - хромосомалық патология және туа біткен даму ақаулары бойынша тәуекел тобын анықтау мақсатында жүкті әйелдерді кешенді тексеру регламенттеледі.

Жүктілік кезінде және босанғаннан кейін соматикалық денсаулықты сақтауға жауапты жалпы емдеу желісінің мамандары ретінде учаскелік терапевттерге Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 26 тамыздағы № 92 бұйрығымен "Алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 24 тамыздағы №ҚР ДСМ-90 бұйрығымен келесі функционалдық міндеттері бекітілді: экстрагенитальды патологияны уақтылы анықтау және диспансерлік есепке алу үшін ФЖӘ-ді жыл сайынғы тексеру; "Созылмалы аурулары бар адамдарға медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру қағидаларын, бақылау кезеңділігі мен мерзімдерін, диагностикалық зерттеулердің міндетті минимумы мен еселігін бекіту туралы" бұйрығымен бекітілген динамикалық байқау қағидаларына сәйкес созылмалы экстрагенитальды аурулардың болуымен ФЖӘ динамикалық байқау Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 23 қазандағы № ҚР ДСМ-149/2020 бұйрығымен кеңес беру, оның ішінде ұрпақты болу денсаулығын сақтау және отбасын жоспарлау мәселелері бойынша ақпараттық жұмыс; созылмалы экстрагенитальды аурулары бар ФЖӘ топтарын контрацепциямен қамтуды ұйымдастыру; жүктілікті жоспарлау кезінде жүктілік алды даярлықты жүргізу; жүктілікті уақтылы анықтау және диспансерлік есепке алуды қамтамасыз ету; 10 апта мерзімде (немесе бірінші келген кезде) және жүктіліктің 30-32 апталарында жүкті әйелдерді міндетті тексеруден өткізу, сондай-ақ көрсеткіштер бойынша басқа мерзімдерде; жүктіліктің физиологиялық (асқынбаған) ағымы бар жүкті әйелдерді басқару жүктелген.

Түйіндеме. Осылайша, осы бөлімді қорытындылай келе, жүктілік кезінде әйелдерге медициналық көмекті ұйымдастыру бойынша ҚР нормативтік-құқықтық базасының жүргізілген контенттік талдауы ұрықтың антенатальды қорғалуы қалалық емхананың көптеген мамандарының функционалдық міндеттеріне енгізілгенін қорытындылауға мүмкіндік береді. Қолданыстағы нормативтік-құқықтық база жүкті әйелдерді акушер-гинекологтармен, терапевттермен және педиатрлармен сүйемелдеуді анықтайды, бұл ретте

санитарлық-гигиеналық оқытуды бастапқы профилактиканың маңызды құрамдас бөлігі - барлық медицина қызметкерлері жүргізуге міндетті.

Мамандардың міндеттерін талдау кезінде олардың бір-бірін қайталайтыны белгілі болды, мысалы, жүктіліктің физиологиялық ағымы бар жүкті әйелдерді басқару және жүкті әйелді күту тек акушер-гинекологтармен ғана емес, сонымен қатар жалпы тәжірибе дәрігерлерімен де жүзеге асырылады. Сонымен қатар, кейбір міндеттер әлі де декларативті болып табылады, өйткені ол оларды орындауы керек дәрігерлердің мамандығына мүлдем сәйкес келмейді. Мысалы, терапевт жаңа туған аналарға жаңа туған нәрестелерді күтуге үйретуі керек және арнайы дайындықты қажет ететін емшек сүтімен емізу бойынша ұсыныстар беруі керек. Біздің ойымызша, мұнда болашақ аналар мен оның баласының денсаулығын нығайтуға бағытталған жүкті әйелдерді сүйемелдеудің әр маманы (акушер-гинеколог, терапевт, педиатр) үшін әмбебап бағдарламасын әзірлеу қажеттілігі туындайды.

3.2 Қалалық емханаларда бақыланатын жүкті әйелдер контингентінің сипаттамасы

"Жүкті және фертильді жастағы әйелдер тіркелімі" электрондық порталының деректері бойынша біз тіркелген фертильді жастағы әйелдердің, сондай-ақ №4, №6, №8, №14, №15, №36, MaksatMed қалалық емханалардағы 2017-2019 жылдар кезеңінде (3, 4, 5, 6, 7, 8 кестелер) жүкті әйелдердің жалпы санын зерттедік.

"Тіркелген халық тіркелімі", "Жүкті және фертильді жастағы әйелдер тіркелімі" электрондық порталының ресми деректері бойынша 2017, 2018, 2019 жылдары фертильді жастағы әйелдердің саны шамамен бірдей екенін көруге болады (3-кесте), алайда есепке алынған жылдарда қалалық емханаларда ФЖӘ-ге профилактикалық көмек көрсету көрсеткіштері әртүрлі (кестелер 4,5).

Жүкті және фертильді жастағы әйелдер тізілімінің деректерін талдай отырып, контрацепциямен қамтылған әйелдердің қалалық емханалар шеңберінде әртүрлі деңгейде екендігін анықтадық. Атап айтсақ, 2017 жылы А (7,04%), С (0,66%), Е (6,41%), F (1,88%), G (0,21%) емханаларында фертильді жастағы әйелдерді барлық санына шаққанда контрацепциямен қамту жұмыстары мүлдем аз көрсеткіштерге алып келген. Дегенмен, 2018 жыл мен 2019 жылдардың көрсеткіштерін сараптай келгенде, 2019 жылдың аяғында бұл көрсеткіштер біршама салыстырмалы түрде жоғарылап, 11,18%-дан 30,03%-ға еселеді (кесте 3).

"Жүкті және фертильді жастағы әйелдер тіркелімі" электрондық порталының ресми деректері бойынша 2017, 2018, 2019 жылдары 1-А (дені сау, ағымдағы жылы жүктілікті жоспарлан әйелдер), 2-А (экстрагенитальді ауруы бар, ағымдағы жылы жүктілікті жоспарлаған әйелдер), 3-А (гинекологиялық ауруы бар, ағымдағы жылы жүктілікті жоспарлаған әйелдер), 4-А (экстрагенитальді және гинекологиялық аурулары бар, ағымдағы жылы жүктілікті жоспарлаған әйелдер) әйелдер санының 2017 жылы фертильді жастағы жалпы әйелдердің санына шаққанда барлық емханалардың орташа

көрсеткіші 12,87% көрсетті. Бұл көрсеткіш 2018 жыл мен 2019 жылдары 2 есеге артып, сәйкесінше, 24,74% және 20,11% ды құрап отыр (кесте 5).

2017-2019 жылдар аралығында жүкті әйелдерді жүктілік алды дайындықтан өткізу көрсеткіштерін "Жүкті және фертильді жастағы әйелдер тіркелімі" электрондық порталының ресми деректері бойынша айқындау барысында жүктілікті жоспарлаған әйелдердің барлық зерттелген емханалар бойынша көрсеткіші орта есеппен алған 2017 жылы 1,9% құраса, бұл көрсеткіш 2019 жылдың соңына қарай 3 есеге артып, 8,0%-ды құрап отыр (6-кесте).

Жүктілікті ағымдағы жылы жоспарлаған фертильді жастағы әйелдерді жалпы тәжірибе дәрігерінің қарауымен қамтылуы есепке алынған жылдарда 2017 жылы 30,25%-ды көрсетсе, 2019 жылдың аяғында бұл көрсеткіш 2 есеге артып, 67,58 % құрағанын айқындайды (кесте 7).

Зерттеу алгоритмі бойынша жалпы тәжірибе дәрігеріне жүтінген ағымдағы жылы жүктілікті жоспарлаған фертильді жастағы әйелдердің акушер-гинеколог дәрігерінің қарауында болуы да төмен көрсеткіштерге ие. Атап айтсақ, 2017 жылы бұл көрсеткіш фертильді жастағы әйелдердің 7,9% қамтыса, 2018 жылы-19,98%, 2019 жылы-54,7% фертильді жастағы әйелдерді акушер-гинеколог дәрігердің қаралуымен қамтамасыз етілген (кесте 8).

Осы кестені талдай отырып, есепті кезеңде әрбір қалалық емханада тіркелген жүкті әйелдердің шамамен бір деңгейде екенін көруге болады, тек тіркелген жүкті әйелдердің F емханасында жыл сайын 1,5 есе артады. Бұл емхананың қаланың жаңа ауданында орналасқандығымен түсіндіріледі және жыл сайын осы ауданның халық саны да артып келеді.

Кесте 3 - Қалалық емханалар бөлінісінде 2017 жылдан 2019 жылға дейін тіркелген жүкті әйелдер мен ФЖӘ-нің жалпы саны

Қалалық емханалар	2017 жыл			2018 жыл			2019 жыл		
	ФЖӘ	Жүкті әйелдер		ФЖӘ	Жүкті әйелдер		ФЖӘ	Жүкті әйелдер	
		Абс.	%		Абс.	%		Абс.	%
A	20879	1448	6,9	19916	1382	6,9	18983	1542	8,1
B	17595	1475	8,3	16981	1348	7,9	16875	1233	7,3
C	14951	1674	11,2	15225	1646	10,8	14997	1500	10,0
D	9497	892	9,3	9580	816	8,5	9505	862	9,0
E	13057	1318	10,1	12865	1326	10,3	13143	1271	9,6
F	4678	329	7,03	6724	798	11,8	8210	976	11,8
G	2791	207	7,4	2899	389	13,4	2668	379	14,2
Барлығы	83448	7343	8,7	84190	7705	9,1	84381	7763	9,1

Кесте 4 - ФЖӘ-дің динамикадағы контрацепциямен қамтылуы

Қалалық емханалар	2017 жыл			2018 жыл			2019 жыл		
	ФЖӘ	Контрацепциямен қамтылуы		ФЖӘ	Контрацепциямен қамтылуы		ФЖӘ	Контрацепциямен қамтылуы	
		Абс.	%		Абс.	%		Абс.	%
A	20879	1470	7,04	19916	2346	11,77	18983	587	3,09
B	17595	6687	38,0	16981	7922	46,65	16875	8155	48,32
C	14951	100	0,66	15225	3299	21,66	14997	5169	34,46
D	9497	2288	24,09	9580	3266	34,09	9505	3399	35,76
E	13057	837	6,41	12865	6473	50,31	13143	4748	36,12
F	4678	88	1,88	6724	1901	28,27	8210	2923	35,60
G	2791	6	0,21	2899	335	0,74	2668	453	16,9
Барлығы	83448	11476	11,18	84190	25542	27,64	84381	25434	30,03

Кесте 5 - 1А, 2А, 3А, 4А бақылау топтарындағы әйелдер саны

Қалалық емханалар	2017 жыл			2018 жыл			2019 жыл		
	ФЖӘ	1А, 2А, 3А, 4А бақылау топтарындағы әйелдер саны		ФЖӘ	1А, 2А, 3А, 4А бақылау топтарындағы әйелдер саны		ФЖӘ	1А, 2А, 3А, 4А бақылау топтарындағы әйелдер саны	
		Абс.	%		Абс.	%		Абс.	%
А	20879	407	1,94	19916	775	6,89	18983	15	0,07
В	17595	4181	23,76	16981	6367	37,49	16875	7253	42,98
С	14951	300	2,00	15225	82	0,53	14997	342	2,28
Д	9497	256	2,69	9580	948	9,89	9505	1459	15,35
Е	13057	735	5,6	12865	2824	21,9	13143	2531	19,25
Ғ	4678	251	5,3	6724	3183	47,33	8210	1590	19,36
Г	2791	1363	48,83	2899	1428	49,2	2668	1108	41,52
Барлығы	83448	7493	12,87	84190	15607	24,74	84381	14298	20,11

Кесте 6 - Динамикада ФЖӘ-ді жүктілік алды дайындықпен қамту

Қалалық емханалар	2017 жыл			2018 жыл			2019 жыл		
	ФЖӘ	Жүктілік алды дайындықпен қамту		ФЖӘ	Жүктілік алды дайындықпен қамту		ФЖӘ	Жүктілік алды дайындықпен қамту	
		Абс.	%		Абс.	%		Абс.	%
А	20879	27	0,12	19916	33	0,16	18983	105	0,55
В	17595	128	0,72	16981	1442	8,49	16875	2693	15,95
С	14951	1	0,006	15225	43	0,02	14997	207	1,38
Д	9497	53	0,55	9580	752	7,84	9505	1023	10,76
Е	13057	641	4,9	12865	2160	16,78	13143	1388	10,56
Ғ	4678	202	4,31	6724	665	9,88	8210	940	11,44
Г	2791	76	2,72	2899	71	2,44	2668	138	5,17
Барлығы	83448	1128	1,9	84190	5166	6,5	84381	6494	8,0

Кесте 7 - ЖТД, терапевтер тексерген ФЖӘ саны

Қалалық емханалар	2017 жыл			2018 жыл			2019 жыл		
	ФЖӘ	ЖТД, терапевтер тексерген ФЖӘ саны		ФЖӘ	ЖТД, терапевтер тексерген ФЖӘ саны		ФЖӘ	ЖТД, терапевтер тексерген ФЖӘ саны	
		Абс.	%		Абс.	%		Абс.	%
А	20879	1007	4,83	19916	1198	6,15	18983	12047	63,46
В	17595	13404	76,18	16981	9495	55,90	16875	13754	81,5
С	14951	1456	9,73	15225	623	4,09	14997	9816	65,45
Д	9497	2811	29,5	9580	4632	48,35	9505	6644	69,9
Е	13057	3555	27,22	12865	5190	4,03	13143	9017	68,60
Ғ	4678	2456	52,5	6724	4554	67,72	8210	5547	67,56
Г	2791	330	11,82	2899	1871	64,53	2668	1511	56,63
Барлығы	83448	25019	30,25	84190	27563	35,82	84381	58336	67,58

Кесте 8 - Акушер-гинекологтар тексерген ФЖӘ саны

Қалалық емханалар	2017 год			2018 год			2019 год		
	ФЖӘ	Акушер-гинекологтар тексерген ФЖӘ саны		ФЖӘ	Акушер-гинекологтар тексерген ФЖӘ саны		ФЖӘ	Акушер-гинекологтар тексерген ФЖӘ саны	
		Абс.	%		Абс.	%		Абс.	%
А	20879	1605	7,68	19916	1186	5,95	18983	11573	60,96
В	17595	3565	20,26	16981	4854	28,58	16875	10128	60,01
С	14951	107	0,71	15225	3059	20,09	14997	9140	60,94
Д	9497	130	1,36	9580	37	0,38	9505	5632	59,25
Е	13057	1528	11,70	12865	7228	56,18	13143	8175	62,2
Ғ	4678	337	7,2	6724	1924	28,61	8210	4131	50,31
Г	2791	179	6,41	2899	4	0,13	2668	785	29,42
Барлығы	83448	7451	7,9	84190	18292	19,98	84381	49564	54,7

Түйіндеме. Қалалық емханаларда тіркелеген фертильді жастағы әйелдер мен жүкті әйелдер контингентінің сипаттамасы бөлімін қорытындылай келе, "Жүкті және фертильді жастағы әйелдер тіркелімі" электрондық порталының деректері бойынша біз тіркелген фертильді жастағы әйелдердің, сондай-ақ №4, №6, №8, №14, №15, №36, MaksatMed қалалық емханалардағы 2017-2019 жылдар кезеңінде жүкті әйелдердің жалпы саны шамамен бір деңгейде екенін анықтап, тек тіркелген жүкті әйелдердің F емханасында жыл сайын 1,5 есеге артып, бұл емхананың қаланың жаңа ауданында орналасқандығын атап, жыл сайын осы ауданның халық санының да артып келетінімен дәлелдедік.

Жүкті және фертильді жастағы әйелдер тізілімінің деректерін талдай отырып, контрацепциямен қамтылған әйелдердің қалалық емханалар шеңберінде әртүрлі деңгейде екендігін анықтадық. Атап айтсақ, 2017 жылы А (7,04%), С (0,66%), Е (6,41%), F (1,88%), G (0,21%) емханаларында фертильді жастағы әйелдерді барлық санына шаққанда контрацепциямен қамту жұмыстары мүлдем аз көрсеткіштерге алып келген. Дегенмен, 2018 жыл мен 2019 жылдардың көрсеткіштерін сараптай келгенде, 2019 жылдың аяғында бұл көрсеткіштер біршама салыстырмалы түрде жоғарылап, 11,18%-дан 30,03%-ға еселеді.

"Жүкті және фертильді жастағы әйелдер тіркелімі" электрондық порталының ресми деректері бойынша 2017, 2018, 2019 жылдары 1-А (дені сау, ағымдағы жылы жүктілікті жоспарлан әйелдер), 2-А (экстрагенитальді ауруы бар, ағымдағы жылы жүктілікті жоспарлаған әйелдер), 3-А (гинекологиялық ауруы бар, ағымдағы жылы жүктілікті жоспарлаған әйелдер), 4-А (экстрагенитальді және гинекологиялық аурулары бар, ағымдағы жылы жүктілікті жоспарлаған әйелдер) әйелдер санының 2017 жылы фертильді жастағы жалпы әйелдердің санына шаққанда барлық емханалардың орташа көрсеткіші 12,87% көрсетті. Бұл көрсеткіш 2018 жыл мен 2019 жылдары 2 есеге артып, сәйкесінше, 24,74% және 20,11% ды құрап отыр (кесте 4).

2017-2019 жылдар аралығында жүкті әйелдерді жүктілік алды дайындықтан өткізу көрсеткіштерін "Жүкті және фертильді жастағы әйелдер тіркелімі" электрондық порталының ресми деректері бойынша айқындау барысында жүктілікті жоспарлаған әйелдердің барлық зерттелген емханалар бойынша көрсеткіші орта есеппен алған 2017 жылы 1,9% құраса, бұл көрсеткіш 2019 жылдың соңына қарай 3 есеге артып, 8,0%-ды құрап отыр.

Жүктілікті ағымдағы жылы жоспарлаған фертильді жастағы әйелдерді жалпы тәжірибе дәрігерінің қарауымен қамтылуы есепке алынған жылдарда 2017 жылы 30,25%-ды көрсетсе, 2019 жылдың аяғында бұл көрсеткіш 2 есеге артып, 67,58% құрағанын айқындайды.

Зерттеу алгоритмі бойынша жалпы тәжірибе дәрігеріне жүгінген ағымдағы жылы жүктілікті жоспарлаған фертильді жастағы әйелдердің акушер-гинеколог дәрігерінің қарауында болуы да төмен көрсеткіштерге ие. Атап айтсақ, 2017 жылы бұл көрсеткіш фертильді жастағы әйелдердің 7,9% қамтыса, 2018 жылы-19,98%, 2019 жылы-54,7% фертильді жастағы әйелдерді акушер-гинеколог дәрігердің қаралуымен қамтамасыз етілген.

"Жүкті және фертильді жастағы әйелдер тіркелімі" электрондық порталының деректерін емханалар басшылығы тарапынан мұқият зерделеу мен тоқсан сайынғы есептілікті талап етеді.

3.3 Қалалық емханаларда жүкті әйелдерге медициналық-әлеуметтік көмек көрсетуді ұйымдастыру

2021 жылғы 26 тамыздағы №92 бұйрықпен Қазақстан Республикасында акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартына сәйкес қалалық емханалар жүкті әйелдерге білікті емдеу-профилактикалық, акушерлік-гинекологиялық және әлеуметтік-құқықтық көмек көрсетуі тиіс.

Әйелдер консультациясы қызметінің маңызды бағыты жүкті әйелдердің денсаулық жағдайын бақылау, ана мен баланың денсаулығындағы ауытқулардың алдын алуды, жүктілік пен босанудың асқыну жиілігін азайтуды, босанғаннан кейінгі асқынулардың алдын алу жөніндегі іс-шараларды жүргізуді, ұрықты антенатальды қорғау жөніндегі іс-шараларды жүзеге асыруды қамтитын профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыру және жүргізу болып табылады. Қалалық емхана жұмысының маңызды көрсеткіштерінің бірі жүкті әйелдерді диспансерлеумен ерте қамту болып табылады. Жүкті әйелдерді әйелдер консультациясының диспансерлік бақылауымен уақтылы қамту персоналдың, оның ішінде мейірбикенің гигиеналық тәрбие, ағартушылық қызмет бойынша жұмысының деңгейін көрсетуі мүмкін. Жүктілік кезінде әйелдің қалалық емханаға ерте жүгінуі маңызды профилактикалық маңызға ие, өйткені ол жүктіліктің ерте кезеңдерінде толық тексеруге және кез-келген экстрагенитальды ауру немесе акушерлік патология анықталған әйелдерге қатысты тиісті шаралар қабылдауға мүмкіндік береді. Қалалық емхананың жүкті әйелдерді диспансерлік бақылаумен уақтылы қамтуын екі көрсеткіш бойынша бағалауға болады: жүкті әйелдерді ерте қамту және кеш қамту. Осыған байланысты біз 22-нысанның, 2110-кестенің "Жүкті, босанған және босанған әйелдерге медициналық көмек туралы есеп" есептік деректерін зерттедік.

Зерттеу материалдарын талдау 2017 жылы базалық қалалық емханаларда диспансерлік бақылаумен жүкті әйелдерді ерте (12 аптаға дейін) қамту көрсеткіші $77,4 \pm 2,7$, кеш қамту тиісінше $22,6\%$, 2018 жылы $83,6 \pm 3,2$, кеш қамту $16,4 \pm 2,8$, 2019 жылы $88,2 \pm 2,6$, кеш қамту $11,8 \pm 1,9$ көрсетті (кесте 9, 10, 11). Осы материалдың нәтижелері бойынша жыл сайын жүкті әйелдерді диспансерлік бақылаумен ерте қамту көрсеткіші (12 аптаға дейін) өсетіні анықталды, бірақ соған қарамастан кеш қамту көрсеткіштері жақсы нәтиже алғысы келеді.

Кесте 9 - 2017 жылы жүктіліктің ерте кезеңінде диспансерлік бақылаумен қамтылған жүкті әйелдердің саны

Қалалық емханалар	Диспансерлік есепке алу мерзімі, апта				
	Барлық жүкті әйелдер	Жүктіліктің 12 аптасына дейін	%	Жүктіліктің 12 аптасынан кейін	%
A	1448	1253	86,5	195	13,5
B	1475	1159	78,5	316	21,5
C	1674	1390	83,0	284	17,0
D	892	699	78,3	193	21,7
E	1318	1033	78,3	285	21,7
F	329	175	53,2	154	46,8
G	207	175	84,5	32	15,5
Орташа есеппен	77,4±2,7			22,6±0,6	

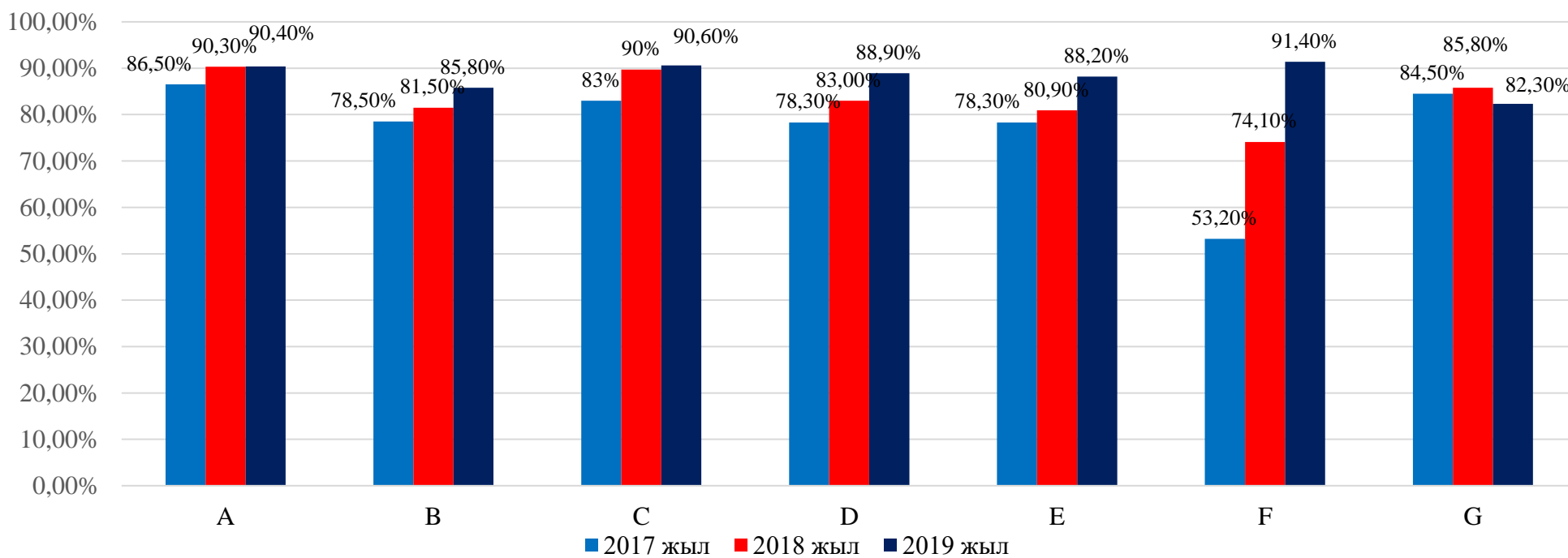
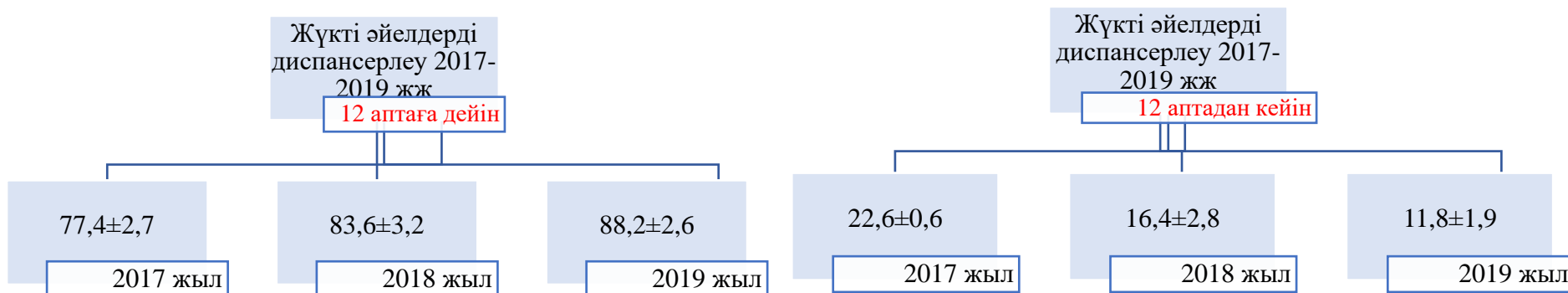
Кесте - 10. 2018 жылы жүктіліктің ерте кезеңінде диспансерлік бақылаумен қамтылған жүкті әйелдердің саны

Қалалық емханалар	Диспансерлік есепке алу мерзімі, апта				
	Барлық жүкті әйелдер	Жүктіліктің 12 аптасына дейін	%	Жүктіліктің 12 аптасынан кейін	%
A	1382	1249	90,3	133	9,7
B	1348	1099	81,5	249	18,5
C	1646	1477	89,7	169	10,3
D	816	678	83,0	138	17,0
E	1326	1074	80,9	252	19,1
F	798	592	74,1	206	25,9
G	389	334	85,8	55	14,2
Орта есеппен	83,6±3,2			16,4±2,8	

Кесте - 11. 2019 жылы жүктіліктің ерте кезеңінде диспансерлік бақылаумен қамтылған жүкті әйелдердің саны

Қалалық емханалар	Диспансерлік есепке алу мерзімі, апта				
	Барлық жүкті әйелдер	Жүктіліктің 12 аптасына дейін	%	Жүктіліктің 12 аптасынан кейін	%
A	1542	1395	90,4	147	9,6
B	1233	1058	85,8	175	14,2
C	1500	1360	90,6	140	9,4
D	862	767	88,9	95	11,1
E	1271	1122	88,2	149	11,8
F	976	893	91,4	83	8,6
G	379	312	82,3	67	17,7
Орта есеппен	88,2±2,6			11,8±1,9	

Осы материалды зерттеу нәтижелері бойынша жүкті әйелдерді диспансерлік бақылаумен ерте қамту көрсеткішінің динамикасы 2017 жылдан 2019 жылға дейінгі кезеңде барлық қалалық әйелдер консультациялары бойынша көрсеткіш $77,4 \pm 2,7\%$ -дан $88,2 \pm 2,6\%$ -ға дейін ұлғайды.



Сурет 2 - 2017-2019 жж жүктіліктің ерте кезеңінде диспансерлік бақылаумен қамтылған жүкті әйелдердің саны

Жүкті әйелдерді уақтылы тексеру, консультациялық көмек, сауықтыру және жүкті әйелдерді басқару стандарттарына сәйкес антенатальды патронаж кезінде тиімді диспансерлеуге мүмкіндік береді. Тексеру нәтижесінде жүктілікті одан әрі көтеру мүмкіндігі, тәуекел дәрежесі анықталады, жүктілікті басқарудың одан әрі жоспары жасалады.

Зерттеу нәтижелері бойынша 2017 жылы 22,6%, 2018 жылы 16,4%, 2019 жылы 11,8% жүкті әйел диспансерлік есепке уақтылы алынбады, бұл көп жағдайда санитарлық-ағарту жұмысының қанағаттанарлықсыз жұмысымен айқындалды. Диспансерлік есепке алудың уақтылы қабылданбауы әрбір жетінші жүкті әйелдің, әсіресе экстрагенитальды аурулары бар әйелдерді сауықтыру және емдеу кезінде тұрақты емес бақылауды анықтады (сурет 2).

Соңғы жылдары жалпы босану санының өсу тенденциясы байқалды. Босану динамикасын зерттеу 2017-2019 жылдар аралығында айтарлықтай өсуді көрсетеді (кесте 11). Алайда, В, Е қалалық емханаларында босану санының азайғанын көруге болады, керісінше, F, G қалалық емханаларында босану саны айтарлықтай өсті.

Кесте-12. 2017-2019 жылдардағы босану динамикасы

ҚЕ	2017			2018			2019		
	Мерзімінде босану	Оның ішінде алғашқы босану		Мерзімінде босану	Оның ішінде алғашқы босану		Мерзімінде босану	Оның ішінде алғашқы босану	
		Абс.	%		Абс.	%		Абс.	%
жылдар									
А	1400	398	28,4	1382	378	27,3	1426	415	29,1
В	1325	415	31,3	1174	404	34,4	1093	343	31,3
С	1518	449	29,5	1543	434	28,1	1402	408	29,1
Д	749	159	21,2	757	163	21,5	707	167	23,6
Е	1261	373	29,5	1182	243	20,5	1155	337	29,1
Ғ	108	32	29,6	713	175	24,5	857	211	24,6
Г	60	11	18,3	300	87	29,0	326	69	21,1
барлығы	6421	1837	28,60	7051	1884	26,71	6966	1950	27,99

Кесте-13. 2017-2019 жылдары қалалық емханалар бойынша мерзімінен бұрын босану саны

ҚЕ	2017			2018			2019		
	Мерзімінен бұрын босанудың жалпы саны	Оның ішінде алғашқы босану		Мерзімінен бұрын босанудың жалпы саны	Оның ішінде алғашқы босану		Мерзімінен бұрын босанудың жалпы саны	Оның ішінде алғашқы босану	
		Абс.	%		Абс.	%		Абс.	%
жылдар									
А	112	37	33,0	89	37	41,5	80	24	30,0
В	72	22	30,5	89	28	31,4	73	26	35,6
С	100	32	32,0	75	21	28,0	68	20	29,4
Д	55	11	20,0	58	8	13,7	53	11	20,7
Е	84	22	26,1	47	20	42,5	66	25	37,8
Ғ	7	1	14,2	50	14	28,0	80	15	18,7
Г	4	1	25	41	8	19,5	73	6	8,2
барлығы	434	126	29,0	449	136	30,28	493	127	25,76

2017-2019 жылдар аралығындағы барлық қалалық емханаларда көрсетілгендей босану динамикасында мерзімінде босану көрсеткіштері мен оның ішінде алғашқы босанушылардың айырмашылығы байқалмайды (кесте 12). Дегенмен, мерзімінен бұрын босану көрсеткіштерін сараптағанда А, В, С, Е емханаларында жалпы босану санына шаққанда мерзімінен бұрын босану көрсеткіштері жоғары болып келеді. Керісінше, бұл көрсеткіштер G емханасында 2019 жылы алдыңғы жылдармен салыстырғанда төмен көрсеткіштерді беріп отыр (кесте 13).

Түйіндеме. Осылайша, зерттеудің осы бөлімін қорытындылай келе, біз жүкті әйелдерді қалалық емхананың диспансерлік бақылауымен уақтылы қамтуды екі көрсеткіш бойынша бағаладық: жүкті әйелдерді ерте қамту және кеш қамту. Осыған байланысты біз 22-нысанның, 2110-кестенің "Жүкті, босанған және босанған әйелдерге медициналық көмек туралы есеп" есептік деректерін зерттедік. Зерттеу материалдарын талдау 2017 жылы базалық қалалық емханаларда диспансерлік бақылаумен жүкті әйелдерді ерте (12 аптаға дейін) қамту көрсеткіші $77,4 \pm 2,7$, кеш қамту тиісінше 22,6%, 2018 жылы $83,6 \pm 3,2$, кеш қамту $16,4 \pm 2,8$, 2019 жылы $88,2 \pm 2,6$, кеш қамту $11,8 \pm 1,9$ көрсетті (кесте 8-10). Осы материалдың нәтижелері бойынша жыл сайын жүкті әйелдерді диспансерлік бақылаумен ерте қамту көрсеткіші (12 аптаға дейін) өсетіні анықталды, бірақ соған қарамастан кеш қамту көрсеткіштері жақсы нәтиже алғысы келеді.

Осы материалды зерттеу нәтижелері бойынша жүкті әйелдерді диспансерлік бақылаумен ерте қамту көрсеткішінің динамикасы 2017 жылдан 2019 жылға дейінгі кезеңде барлық қалалық әйелдер консультациялары бойынша көрсеткіш $77,4 \pm 2,7\%$ - дан $88,2 \pm 2,6\%$ - ға дейін ұлғайды.

Зерттеу нәтижелері бойынша 2017 жылы–22,6%, 2018 жылы–16,4, 2019 жылы 11,8 жүкті әйел диспансерлік есепке уақтылы алынбады, бұл көп жағдайда санитарлық-ағарту жұмысының қанағаттанарлықсыз ұйымдастырылуымен айқындалды. Диспансерлік есепке алудың уақтылы қабылданбауы әрбір жетінші жүкті әйелдің, әсіресе экстрагенитальды аурулары бар әйелдерді сауықтыру және емдеу қажеттілігі тұрақты емес бақылауды анықтады.

Соңғы жылдары жалпы босану санының өсу тенденциясы байқалды. Босану динамикасын зерттеу 2017-2019 жылдар аралығында айтарлықтай өсуді көрсетті. Алайда, В, Е қалалық емханаларында босану санының азайғанын көруге болады, керісінше, F, G қалалық емханаларында босану саны айтарлықтай өсті.

2017-2019 жылдар аралығындағы барлық қалалық емханаларда көрсетілгендей босану динамикасында мерзімінде босану көрсеткіштері мен оның ішінде алғашқы босанушылардың айырмашылығы байқалмады. Дегенмен, мерзімінен бұрын босану көрсеткіштерін сараптағанда А, В, С, Е емханаларында жалпы босану санына шаққанда мерзімінен бұрын босану көрсеткіштері жоғары болып келеді. Керісінше, бұл көрсеткіштер G

емханасында 2019 жылы алдыңғы жылдармен салыстырғанда төмен көрсеткіштерді беріп отыр.

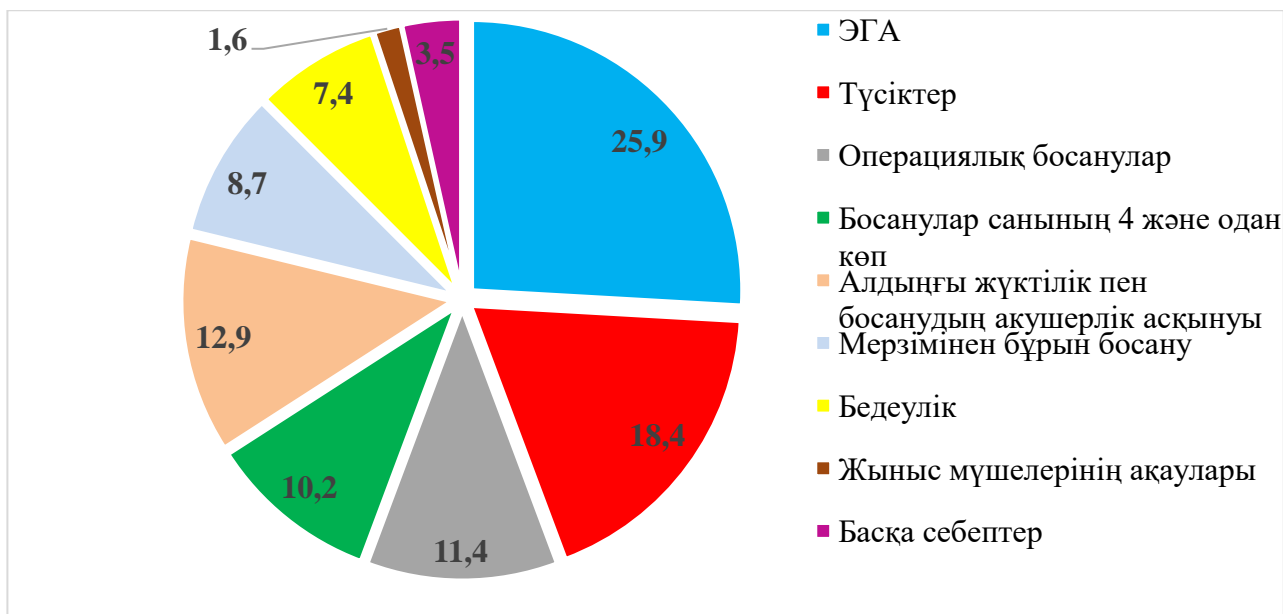
3.4 Қалалық емханаларда жүкті әйелдерге көрсетілетін медициналық-әлеуметтік көмектің сапасын зерттеу

Жаңа экономикалық жағдайларда медициналық-әлеуметтік көмек көрсету сапасы мәселесі денсаулық сақтаудағы ең өзекті мәселелердің бірі болып табылады. Медициналық-әлеуметтік іс-шаралар әйелдердің денсаулығын сақтауға, нығайтуға, аурудың алдын алуға және азайтуға, салауатты өмір салтының тұрақты стереотиптерін қалыптастыруға бағытталған. МСАК жағдайында жүкті әйелдерді диспансерлік бақылау қалалық емхананың басты міндеті болып табылады, жүктілік пен босанудың нәтижесі көбінесе оның сапасына байланысты.

Емдік-профилактикалық көмектің сапасын зерделеу мақсатында біз № 077/е нысаны бойынша жүкті және босанған әйелдің жеке карталарын және № 048/е нысаны бойынша жүкті және босанған әйелдің айырбастау картасын көшірдік.

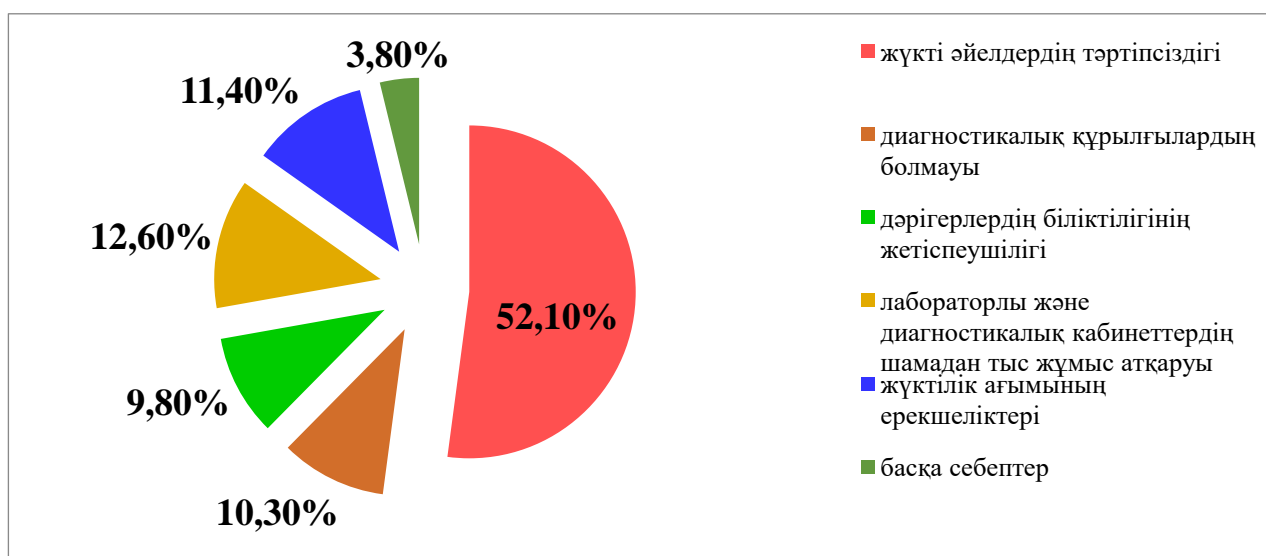
Әйелдер консультациясы жұмысының маңызды көрсеткіштерінің бірі жүкті әйелдерді дәрігерлік бақылаумен ерте қамту екені белгілі. Бұл экстрагенитальды патологияны уақтылы диагностикалауға, жүкті әйелдің сауығуын қамтамасыз етуге және тәуекел дәрежесін анықтауға мүмкіндік береді. Орташа алғанда, жүкті әйелдердің 1/4 бөлігі (11,8%) уақтылы есепке алынбаған, жүкті әйелдердің 7,1%-да жүктілікті басқарудың жеке жоспары болмаған және 22,3% жағдайда ол толық болмаған. Соңғы жылдардағы ең көп таралған акушерлік патология-жүктілік кезіндегі гипертензиялық жағдайлар, жүктіліктен туындаған ісіну, созылмалы аурулар, анемия және т.б. Әйелдердің 70,9%-ауыр акушерлік анамнез анықталды.

Медициналық құжаттаманы көшіруді зерттеу нәтижелері бойынша акушерлік-гинекологиялық анамнезді ауырлататын негізгі себептер экстрагенитальды аурулар-25,9%, түсік түсіру-18,4%, жедел босану-11,4%, босану саны 4 және одан жоғары-10,2%, босану және босанғаннан кейінгі кезеңдегі асқынулар-алдыңғы жүктіліктер-12,9%, мерзімінен бұрын босану-8,7%, бедеулік-7,4%, басқа себептер-3,5%, жыныс мүшелерінің дамуындағы ауытқулар-1,6% құрағанын көрсетеді (сурет 3).



Сурет 3. Асқынған акушерлік-гинекологиялық анамнез себептері

Уақтылы және толық тексеру жүктілікті көтеру мүмкіндігін, тәуекел дәрежесін, сондай-ақ жүктілікті басқару жоспарын анықтайды. Көшіру нәтижелері бойынша уақтылы тексерілмеу жағдайлардың 25,9%, толық емес-тексерілу жағдайлардың 36,5% құрады. Уақтылы тексерілмеу себептері, жағдайлардың жартысына жуығы 52,1% жүкті әйелдердің тәртіпсіздігі, жағдайлардың 12,6% зертханалық және диагностикалық кабинеттердің шамадан тыс жүктелуі, жағдайлардың 11,4% жүктілік ағымының ерекшелігі, 10,3%-диагностикалық жабдықтың болмауы, 9,8%-дәрігердің біліктілігінің жеткіліксіздігі, жағдайлардың 3,8% басқа себептер екенін айқындады (сурет 4).



Сурет 4. Құжаттарды көшіру деректері бойынша жүкті әйелдерді уақтылы тексермеу себептерінің құрылымы
Толық бақылаудың маңызды шарты-жүкті әйелдің консультациясына

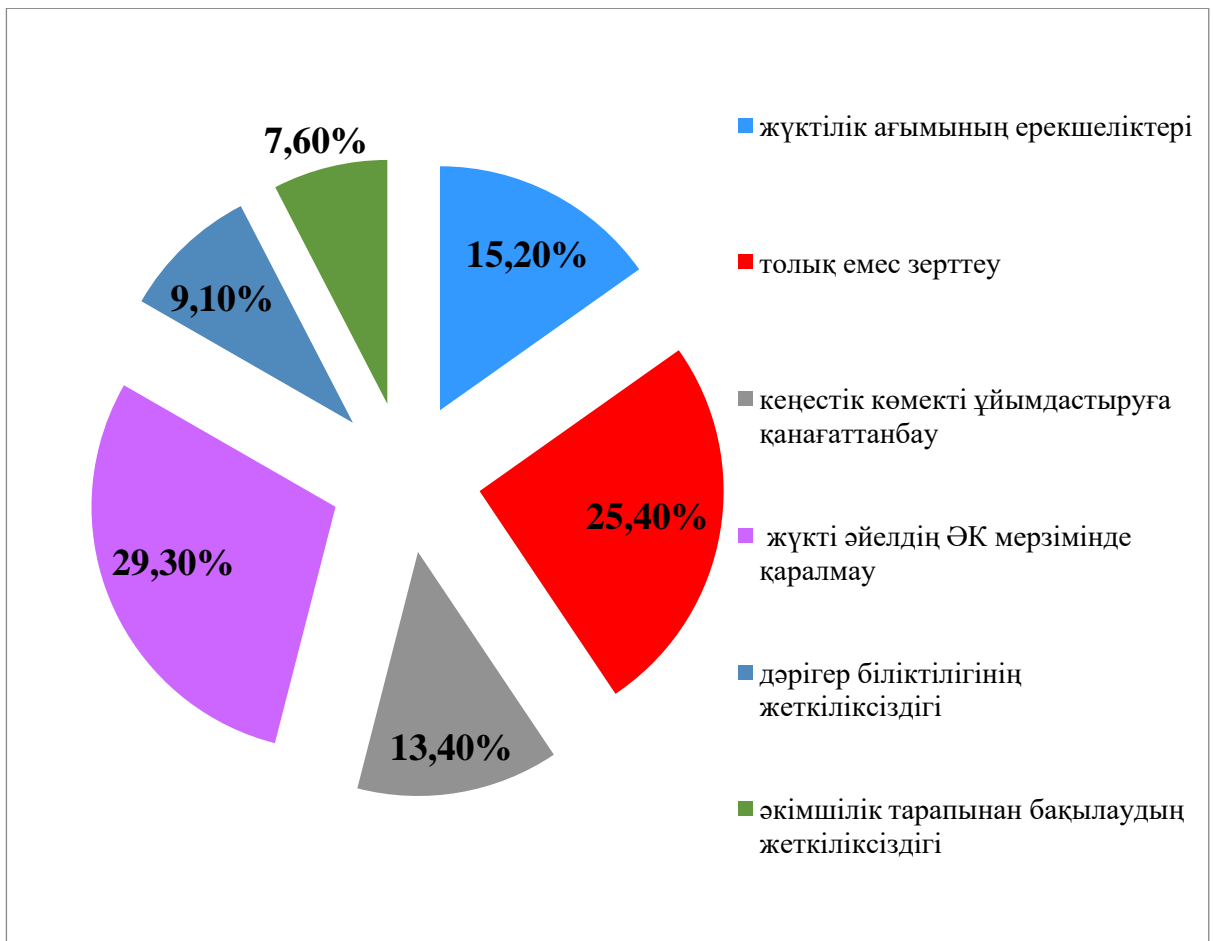
барудың жүйелілігі және жүкті тар мамандардың бақылауы. Зерттеу материалдары бойынша келудің жүйелілігі 68,2% құрады. Терапевт жүкті әйелдердің 98,8%, тіс дәрігері - 82,9%, окулист - 62,4%, оториноларинголог - 75,5%, басқа мамандар-жүкті әйелдердің 31,7% бір рет қарады. 12 аптаға дейінгі жүкті әйелдерді жалпы тәжірибе дәрігерінің тексеруі 87,2% құрады.

Жүкті әйелдер консультациясына бірінші рет барған кезде жүктілік мерзімін дұрыс белгілеу, болжамды мерзімін анықтау, акушерлік-гинекологиялық анамнез жинау, жүктіліктің қолайсыз нәтижесінің қауіп факторларын анықтау үшін экстрагенитальды патологияның болуын анықтау маңызды. Алайда, зерттеу көрсеткендей, жүктілік мерзімі 12,1%, босану мерзімі 16,7%, перинаталдық қауіп факторлары 12,6% жағдайда дұрыс анықталмаған.

Баланың өміріне, денсаулығына, дамуына қауіп төндіретін медициналық немесе әлеуметтік сипаттағы тәуекелдерді анықтау және азайту үшін жүкті әйелдердің, жаңа туған нәрестелердің үйінде патронаждық бақылау әмбебап-прогрессивті модель негізінде жүргізіледі.

Патронаждың әмбебап-прогрессивті моделі кезінде міндетті жоспарлы сапарлармен қатар (әмбебап тәсіл), баланың өміріне, денсаулығына немесе дамуына медициналық немесе әлеуметтік қауіптердің болуына байланысты жүкті әйелдерге, жаңа туған нәрестелерге және ерекше қолдауға мұқтаж балаларға арналған жеке жоспар бойынша (прогрессивті тәсіл) қосымша патронаждар жүргізіледі.

Антенатальды кезеңдегі пренатальды патронаж босану нәтижелері, белгіленген режимнің орындалуын бақылау, санитарлық-ағарту жұмыстарын жүргізу, тұрғын үй-тұрмыстық жағдайлармен және отбасылық қатынастардың сипатымен танысу үшін маңызды екені белгілі. Алайда, зерттеу барысында пренатальды патронаж жағдайлардың жартысына жуығы 48,5% жүргізілмегені, 24,2% жағдайда уақтылы емес және 27,8% жағдайда жеткіліксіз екендігі анықталды. 14,5% жағдайда физиопсихопрофилактикалық дайындық жүргізілмеді, 23,4% жағдайда ол уақтылы емес және жағдайлардың жартысында 46,7% төмен болды. Экстрагенитальды дұрыс диагноз қою белгілі патологиялар жүкті әйелдерді тиімді емдеуді, содан кейін босануды қамтамасыз ететін маңызды сәттердің бірі болып табылады. Алайда, жағдайлардың 6,5% диагноздар сәйкес келмеді. Ілеспе патологияның диагнозы уақтылы 21,5%, негізсіз-7,9% жағдайда уақтылы анықталмады. Уақтылы және қате диагноздың негізгі себептері, зерттеу нәтижелері бойынша, 29,3% жағдайда жүкті әйелдер консультациясына уақтылы келмеу және тұрақты емес бару, 25,4% жағдайда-тексерудің жеткіліксіздігі, 15,2% жағдайда - жүктілік барысының ерекшелігі, 13,4%-консультациялық көмекті қанағаттанарлықсыз ұйымдастыру, 9,1%-дәрігердің біліктілігінің жеткіліксіздігі, 9,1% - дәрігердің біліктілігінің жеткіліксіздігі, Жағдайлардың 7,6% - басшылық тарапынан бақылаудың жеткіліксіздігі (сурет 5).



Сурет 5. Уақтылы және қате диагноз қою себептерінің құрылымы

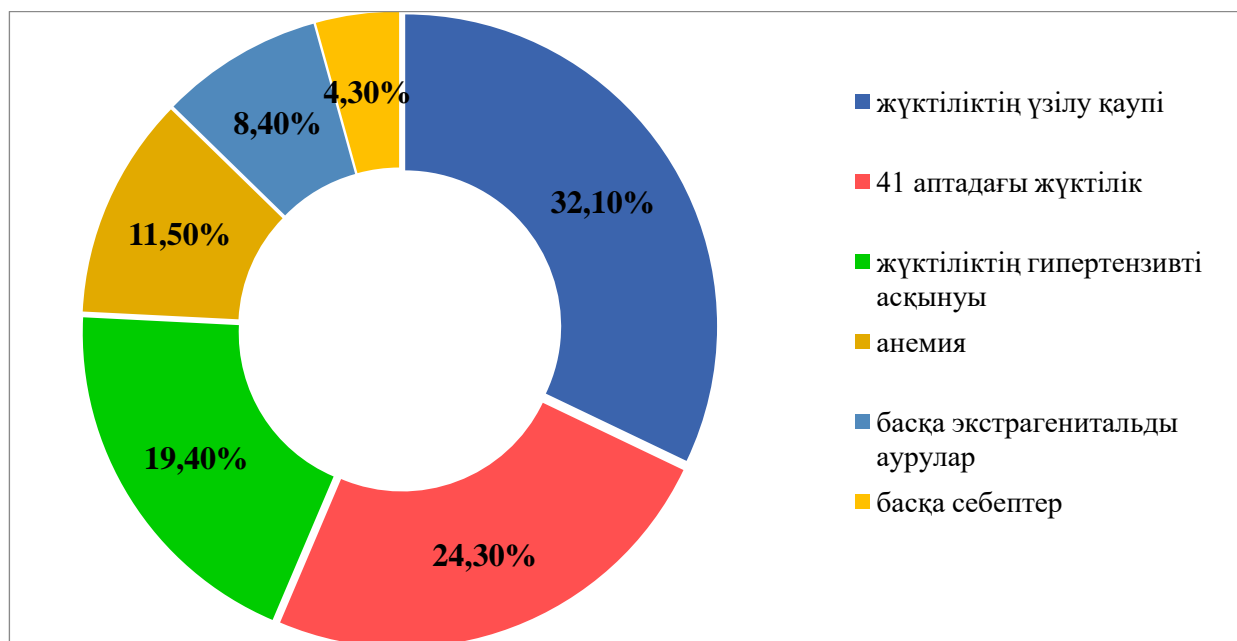
Әйелдер консультациясы туралы Ережеге сәйкес жүкті әйелдерге әлеуметтік-құқықтық көмек көрсетуге ерекше назар аудару керек. Бұл жүкті әйелдердің еңбегін құқықтық реттеуде, олардың денсаулығын сақтауға байланысты іс-шараларда, сондай-ақ жүкті әйелдер баласын дүниеге әкелгісі келетін перзентхананы таңдауда көрінеді. Зерттеу нәтижелері бойынша 19,6% әлеуметтік-құқықтық көмекке мұқтаж болды, алайда ол 17,1% жағдайда көрсетілмеген.

Жүкті әйелдерді диспансерлеудің маңызды аспектісі емдеу-сауықтыру іс-шаралары жоспарын орындаудың сапасы мен толықтығы болып табылады. Зерттеу нәтижелері бойынша экстрагенитальды патологиясы бар жүкті әйелдерге емдеу-сауықтыру іс-шаралары 24,4% жағдайда уақтылы басталмағаны және 17,4% жағдайда жеткіліксіз болғандығы анықталды (емдеу тактикасы жеткіліксіз таңдалды, дәрі-дәрмектерді тоқтату күні көрсетілмеді және т.б.). Бұл көбінесе жатыр ішілік инфекциялармен 27,4%, қалқанша безімен 18,5%, анемиямен 16,5% жүкті әйелдерде болды кесте 14.

Кесте 14 - Зерттеу материалдары бойынша жүкті әйелдерге емдеу-сауықтыру іс-шараларының сапасы (%)

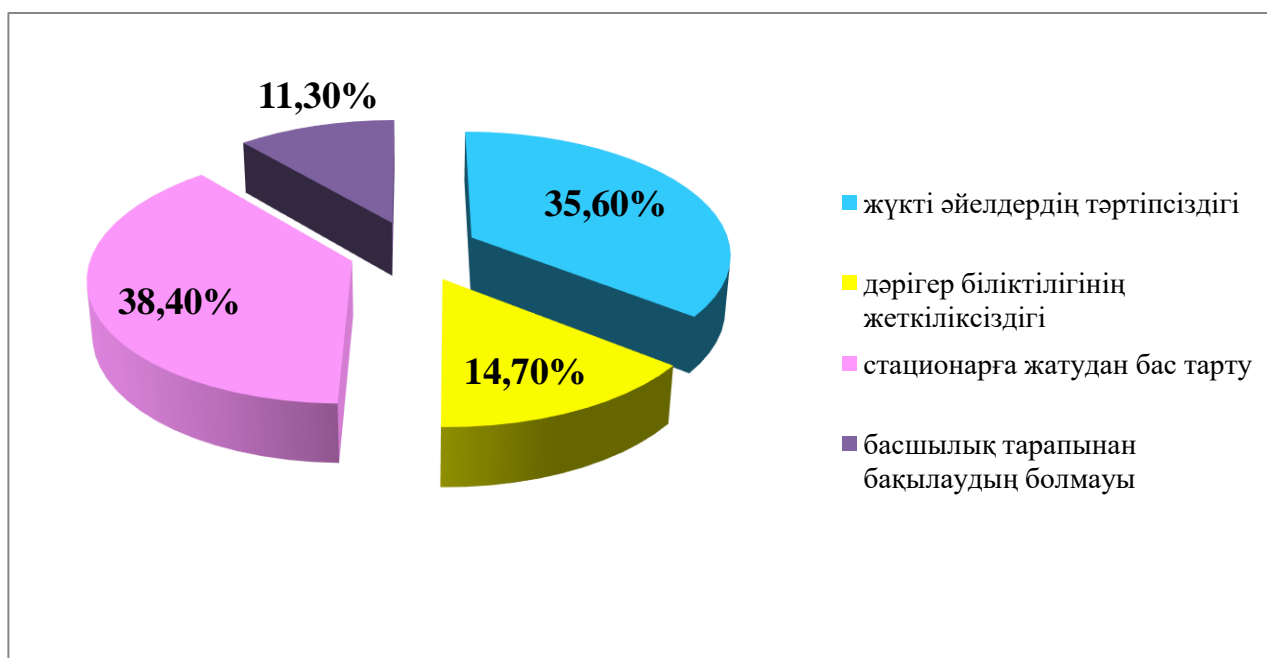
Ауру түрі	Емдеу-сауықтыру іс-шаралары өткізілді:			
	Уақтылы	Уақтылы емес	Толық көлемде	Толық көлемде емес
Анемия	80,5	19,5	86,3	13,7
Несеп-жыныс жүйесінің аурулары	77,6	22,4	87,4	12,6
Қалқанша безінің аурулары	72,9	27,1	81,5	18,5
Жүктіліктің гипертензиялық асқынулары	79,8	20,2	83,5	16,5
Қан айналым жүйесінің аурулары	78,7	21,3	84,5	15,5
Жатыршілік инфекциялар	64,3	35,7	72,6	27,4
Орта есеппен	75,6±6,2	24,4±6,2	82,6±5,3	17,4±5,3

Экстрагенитальды және акушерлік патологиясы бар жүкті әйелдерді диспансерлік бақылаудың тағы бір көрсеткіші тиісті стационарларға (перзентхана, перинаталдық орталық және т.б.) уақтылы жатқызу болып табылады. Бұл ана мен перинаталдық өлімді азайтуға мүмкіндік береді. Зерттелген материалдардың деректері бойынша жүкті әйелдердің 78,6% - ы пренатальды емдеуге жатқызу көрсеткіші болып, оның 58,9% - ы ауруханаға жатқызылды. Ауруханаға жатқызудың негізгі көрсеткіштерін 32,1% жағдайда жүктіліктің үзілу қаупі, 24,3% жүктілік 41 аптасы, 11,5% жағдайда анемия, 8,4-басқа экстрагенитальды патология және 4,3% жағдай-басқа себептер (ұрықтың гипоксиясы, туа біткен даму ауытқулары және т.б.) құрады (сурет 6).



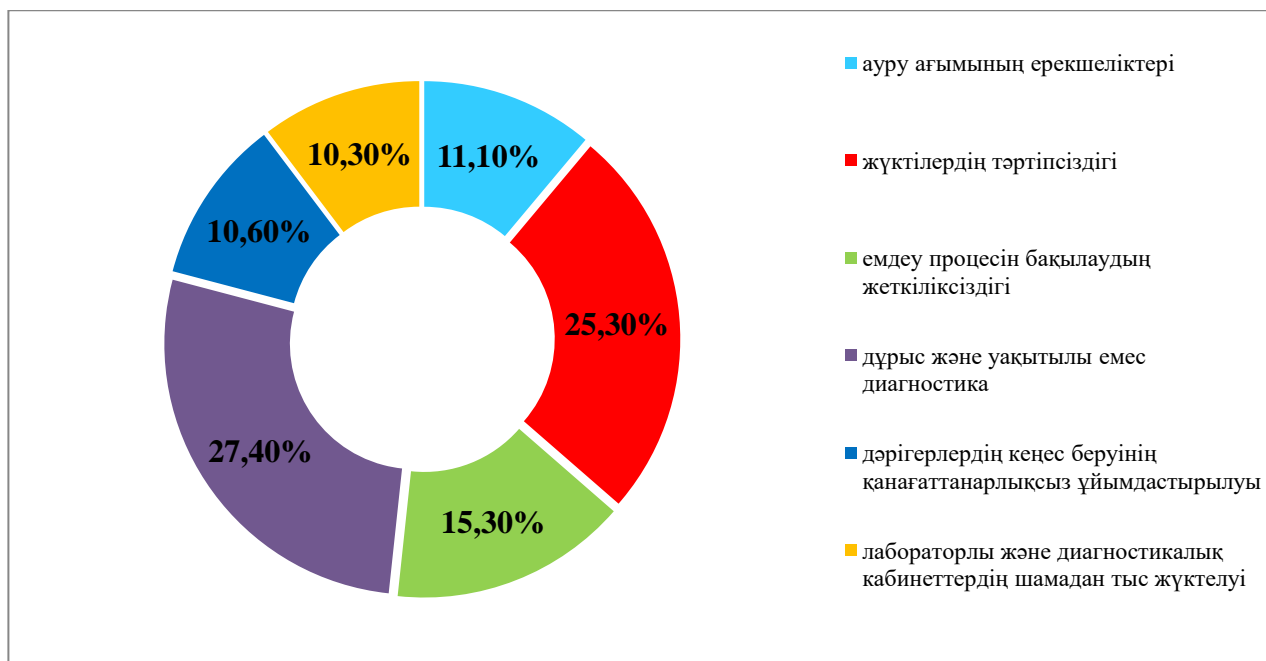
Сурет 6 - Жүкті әйелдерді пренатальды госпитализациялау себептерінің құрылымы, (%)

Ауруханаға жатпау себептері, жағдайлардың 38,4%-беремен жүкті әйелді ауруханаға жатқызудан бас тарту, 35,6%-да жүкті әйелдің тәртіпсіздігі, 14,7% - да дәрігердің біліктілігінің жеткіліксіздігі (уақтылы және жеткіліксіз тексеру), 11,3% - да басшылық тарапынан бақылаудың болмауы болды (сурет 7).



Сурет 7 - Жүкті әйелдерді ауруханаға жатқызбау себебінің құрылымы

Зерттеу нәтижелері бойынша емдеу-сауықтыру іс-шараларының жеткіліксіз және уақтылы жүргізілмеуінің себептері: 27,4% жағдайда - дұрыс емес және уақтылы диагноз қойылмаса, 25,3% жағдайда-жүкті әйелдің тәртіпті болмауы, 15,3% жағдайда-емдеу процесін бақылаудың жеткіліксіздігі, 11,1% жағдайда-ауру ағымының ерекшелігі, 10,6% жағдайда-қанағаттанарлықсыз ұйым 10,3% жағдайда-зертханалар мен диагностикалық кабинеттердің шамадан тыс жүктелуі (сурет 8).



Сурет 8 - Емдеу-сауықтыру іс-шараларының уақтылы емес және толық орындалмауы себептердің құрылымы

"Жүкті және босанған әйелдің жеке картасы (077/у нысаны)" Медициналық және ғылыми маңызы бар заңды құжат екені белгілі. Зерттеу материалдары бойынша, 2/3 (78,5%) артық жағдайларда жүкті әйелдердің карталарын жүргізу кезінде кемшіліктер болған. Атап айтқанда, перинаталдық қауіп факторлары көрсетілмеген - 20,1%, ұсынымдар мен кеңестер жоқ - 16,3%, титулдық парақтың сапасыз ресімделуі – 14,2%, гравидограмманың болмауы немесе шаблондық жүргізілуі-67,2%, акушерлік анамнездің жеткіліксіз сипаттамасы - 11,4%, бақылау талдауларының болмауы - 9,8%, тар мамандықтарды қайта қараудың болмауы-17,3% айқындалды.

Түйіндеме. Зерттеу нәтижесінде жүкті әйелдің әрбір үштен бірінде (36,5%) толық тексерілмегені анықталды; жүктілікті басқару стандарттары орындалмады, жағдайлардың жартысына жуығы (48,5%) пренатальды патронаж жүргізілмеді; жүкті әйелдердің 1/4 бөлігі уақтылы есепке алынбады; жүкті әйелдің әрбір төртінші (27,4%) уақтылы емдік-сауықтыру іс-шаралары өткізілмеді; жүктілік стандарттары нашар орындалды. Жүкті әйелдердің 7,1% - оны басқарудың жеке жоспары болмады және 22,3% жағдайда ол төмен болды. Соңғы жылдардағы ең көп таралған акушерлік патология-жүктілік кезіндегі гипертензиялық жағдайлар, жүктіліктен туындаған ісіну, созылмалы аурулар, анемия және т.б. әйелдердің 70,9% - ауыр акушерлік тарих анықталды.

Медициналық құжаттаманы көшіруді зерттеу нәтижелері бойынша акушерлік-гинекологиялық анамнезді ауырлататын негізгі себептер экстрагенитальды аурулар-20,9%, түсік түсіру-16,4%, жедел босану-11,4%, жүктілік және босану саны-10,2%, босану және босанғаннан кейінгі кезеңнің асқынуы-9,9%, мерзімінен бұрын босану-8,7%, алдыңғы жүктіліктің асқынуы

болып табылады-8,3%, бедеулік-7,4%, басқа себептер-5,2%, жыныс мүшелерінің дамуындағы ауытқулар-1,6% құрады.

Көшіру нәтижелері бойынша уақтылы тексерілмеу жағдайлардың 25,9%-3, толық емес-жағдайлардың 36,5% - орын алды. Тексерудің жеткіліксіздігінің себептері, жағдайлардың жартысына жуығы (52,1%) жүкті әйелдердің тәртіпсіздігі, жағдайлардың 12,6%-зертханалық және диагностикалық кабинеттердің шамадан тыс жүктелуі, жағдайлардың 11,4%-жүктілік ағымының ерекшелігі, 10,3%-диагностикалық жабдықтың болмауы, 9,8%-дәрігердің біліктілігінің жеткіліксіздігі, жағдайлардың 3,8% - басқа себептер болды.

Толық бақылаудың маңызды шарты-жүкті әйелдің консультациясына барудың жүйелілігі және жүкті тар мамандардың бақылауы. Зерттеу материалдары бойынша келудің жүйелілігі 68,2% құрады. Терапевт жүкті әйелдердің 98,8%, стоматолог -82,9%, окулист-62,4%, оториноларинголог-75,5%, басқа мамандар-жүкті әйелдердің 31,7% бір рет қарады. 12 аптаға дейінгі жүкті әйелдерді жалпы тәжірибе дәрігерінің тексеруі 87,2% құрады.

Дұрыс емес жүктілік мерзімі 12,1%, босану мерзімі 16,7%, перинаталдық қауіп факторлары 12,6% жағдайда дұрыс анықталмаған.

Зерттеу нәтижелері бойынша 19,6% әлеуметтік-құқықтық көмекке мұқтаж болды, алайда ол 17,1% жағдайда көрсетілмеген.

Жүкті әйелдерді диспансерлеудің маңызды аспектісі емдеу-сауықтыру іс-шаралары жоспарын орындаудың сапасы мен толықтығы болып табылады. Зерттеу нәтижелері бойынша экстрагенитальды патологиясы бар жүкті әйелдерге емдеу-сауықтыру іс-шаралары 24,4% жағдайда уақтылы басталмағаны және 17,4% жағдайда жеткіліксіз болғандығы анықталды (емдеу тактикасы жеткіліксіз таңдалды, дәрі-дәрмектерді тоқтату күні көрсетілмеді және т.б.). Бұл көбінесе жатыршілік инфекциялармен (27,4%), қалқанша безімен (18,5%), анемиямен (16,5%) жүкті әйелдерде болды.

Зерттеу нәтижелері бойынша емдеу-сауықтыру іс-шараларының жеткіліксіз және уақтылы жүргізілмеуінің себептері: 27,4% жағдайда - дұрыс емес және уақтылы диагноз қойылмаса, 25,3% жағдайда-жүкті әйелдің тәртіпті болмауы, 15,3% жағдайда-емдеу процесін бақылаудың жеткіліксіздігі, 11,1% жағдайда-ауру ағымының ерекшелігі, 10,6% жағдайда-қанағаттанарлықсыз ұйым маман дәрігерлердің консультациялық көмегі, 10,3% жағдайда-зертханалар мен диагностикалық кабинеттердің шамадан тыс жүктелуі есептелді.

Зерттелген материалдардың деректері бойынша жүкті әйелдердің 78,6% - пренатальды емдеуге жатқызу көрсеткіштері болып, 58,9%-ы ауруханаға жатқызылды.

Ауруханаға жатқызудың негізгі көрсеткіштері 32,1% жағдайда жүктіліктің үзілу қаупі, 24,3% жүктілік 41 аптасы, 19,4% жүкті әйелдердің токсикозы, 11,5% жағдай анемия, 8,4-басқа экстрагенитальды патология және 4,3% жағдай-басқа себептер (ұрықтың гипоксиясы, туа біткен даму ауытқулары және т.б.) болып табылды.

Ауруханаға жатпау себептері, жағдайлардың 38,4%-беремен жүкті әйелді ауруханаға жатқыздан бас тарту, 35,6%-да жүкті әйелдің тәртіпсіздігі, 14,7% - да дәрігердің біліктілігінің жеткіліксіздігі (уақтылы және толық емес тексеру), 11,3% - да басшылық тарапынан бақылаудың болмауы.

"Жүкті және босанған әйелдің жеке картасы (077/у нысаны)" Медициналық және ғылыми маңызы бар заңды құжат екені белгілі. Зерттеу материалдары бойынша, 2/3 (78,5%) артық жағдайларда жүкті әйелдердің карталарын жүргізу кезінде кемшіліктер болған. Атап айтқанда, перинаталдық қауіп факторлары көрсетілмеген-20,1%, ұсынымдар мен кеңестер жоқ-16,3%, титулдық парақтың сапасыз ресімделуі – 14,2%, гравидограмманың болмауы немесе шаблондық жүргізілуі-67,2%, акушерлік анамнездің жеткіліксіз сипаттамасы -11,4%, бақылау талдауларының болмауы-9,8%, бейінді мамандардың қайта қарауының болмауы-17,3%.

Әлеуметтік-гигиеналық және клиникалық-биологиялық белгілері бойынша жүкті әйелдердің контингенттерін сипаттайтын материалдарды талдау; жүкті әйелдерге медициналық-әлеуметтік көмектің ұйымдастырылуы мен сипатын зерттеу; жүкті әйелдердің аурушандығының өңірлік ерекшеліктерін зерделеу МСАК деңгейінде жүкті әйелдерге медициналық-әлеуметтік көмекті ұйымдастыру мен жетілдірудің жолдарын іздеу қажеттігін көрсетті.

Акушер-гинекологтардың, бейінді маман дәрігерлердің және болашақ аналардың құқықтарын қорғау жөніндегі заңгер консультанттардың, әйелдердің денсаулығы мен еңбегін қорғау жөніндегі құқықтық мәселелерді насихаттауды қанағаттанарлықсыз ұйымдастырудың өзара байланысы мен сабақтастығының жоқтығы атап өтілді.

4 ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРГЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК-ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ БОЙЫНША МСАК МАМАНДАРЫНЫҢ ҚЫЗМЕТІН ТАЛДАУ

4.1 Медициналық-әлеуметтік көмекті ұйымдастыру және сапасы туралы жүкті әйелдердің пікірінің нәтижелері (сауалнама нәтижелері)

Медициналық көмекті бағалаудың негізгі критерийлерінің бірі пациенттердің алынған медициналық көмекке қанағаттануы екені белгілі.

Материалды жинау үшін арнайы "МСАК деңгейінде медициналық-әлеуметтік көмекті ұйымдастыру және сапасы мәселелері бойынша жүкті әйелдердің пікірін зерделеу сауалнамасы" әзірленді, оған: жүкті әйелдердің әлеуметтік-демографиялық және кәсіби сипаттамалары, диспансерлеуге деген көзқарас, жүкті әйелдердің босануға психопрофилактикалық дайындығы, консультацияға барудың жүйелілігі, акушер-гинеколог пен акушердің, ЖТД, бейінді мамандардың жұмысына қанағаттану мәселелері кірді. В,С,Е,Ғ қалалық емханаларының әйелдер кеңесінің жүкті әйелдерінен алынған 2158 сауалнаманың мазмұны талданды.

Жүктіліктің барысы мен нәтижесіне әсер ететін маңызды медициналық-әлеуметтік фактор жүкті әйелдің жасы болып табылады. Жүктілікке байланысты қалалық емханаларға жүгінген әйелдердің жас құрамы 3-кестеде келтірілген. Қарастырылып отырған жүкті топтар арасында 20-24 жас аралығындағы (орта есеппен 41,1%) және 25-29 жас аралығындағы (орта есеппен 32,9%) әйелдер басым екенін атап өткен жөн. Олардың саны 30-34 жылда шамамен 2 есе азаяды. 19 жасқа дейінгі және 35-39 жасқа дейінгі жас топтары сәйкесінше орта есеппен 3,3% және 2,4% құрайды (15-кесте).

Кесте 15 - Әйелдер кеңесі бөлінісінде жүкті әйелдерді жасына байланысты бөлу (%)

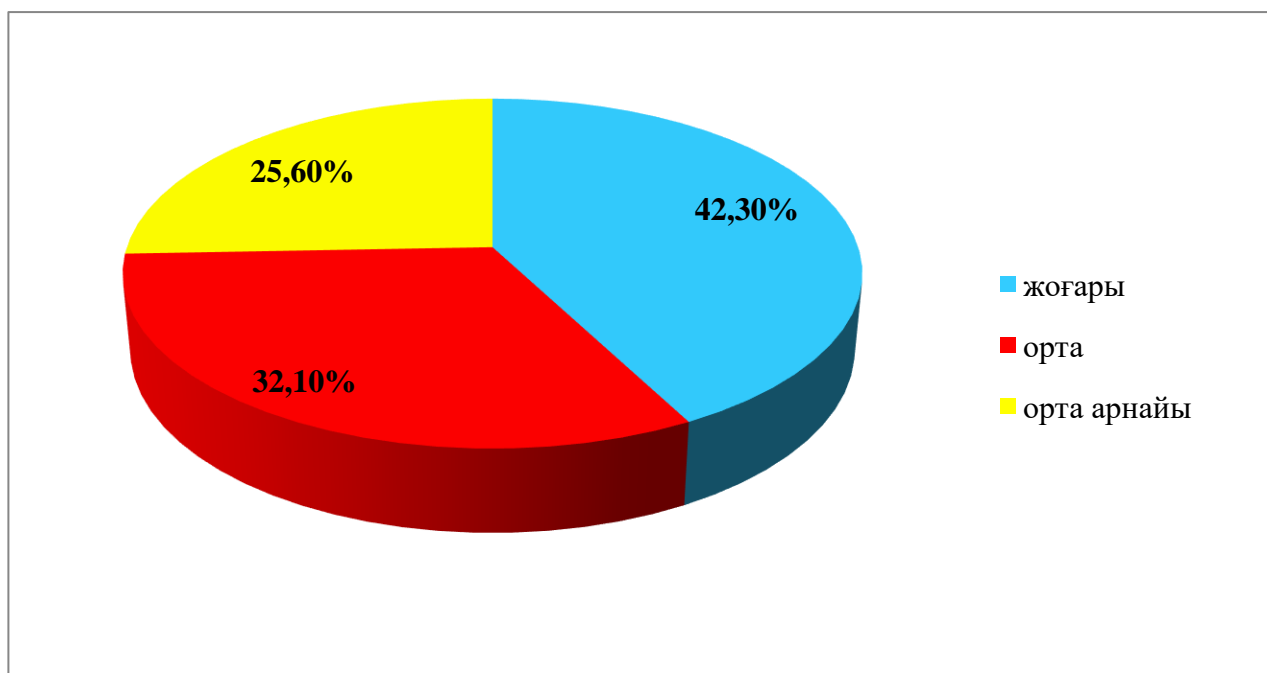
Әйелдер кеңесі	Жасы					
	19 жасқа дейін	20-24	25-29	30-34	35-39	40 жас және одан жоғары
В	4,0	39,8	33,6	15,7	5,7	2,3
С	3,1	42,2	29,4	18,9	3,8	2,8
Е	3,7	37,9	38,2	14,2	4,2	2,1
Ғ	2,6	44,1	30,5	16,4	3,5	2,6
Орта есеппен	3,3±0,5	41,1±0,1	32,9±2,5	16,3±1,6	4,3±1,5	2,4±0,5

Жүктіліктің жиілігі бойынша жүкті әйелдердің таралуы 16-кестеде келтірілген. Бұл кестеден бірінші жүктілік әйелдердің 37,2%, екіншісі – 27% – да, үшіншісі-19,4%, төртінші және одан да көп жүктілік-әйелдердің 13,0% - да болғанын көруге болады.

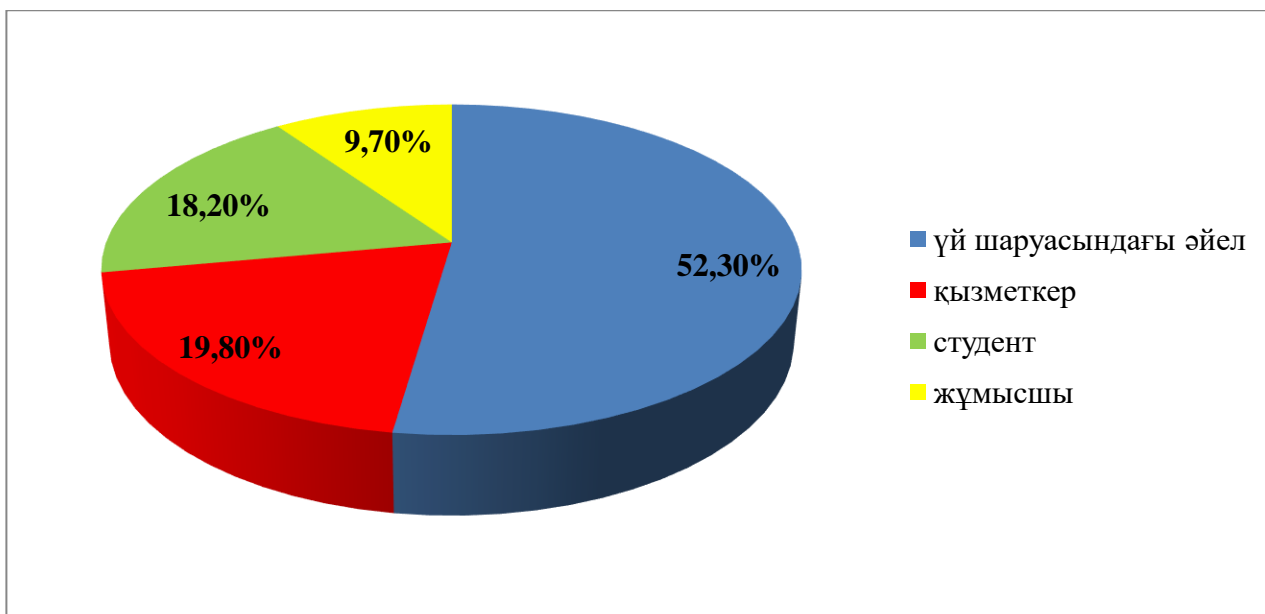
Кесте 16 - Қалалық емханаларда жүктіліктің жиілігі бойынша жүкті әйелдерді бөлу, %

Әйелдер кеңесі	Жүктілік жиілігі			
	1-ші	2-ші	3-ші	4 және одан көп
№6	38,5	26,4	18,2	15,6
№8	36,2	27,3	17,6	11,8
№15	39,7	26,1	22,4	14,1
№36	34,7	28,2	19,7	10,6
Орта есеппен	37,2±1,2	27±0,8	19,4±2,5	13,0±1,3

Алынған материалды талдау көрсеткендей, әйелдер консультацияларында байқалған жүкті әйелдер арасында жоғары білімі бар адамдар басым болды-42,3%, орта білімі-32,1% және арнайы орта-25,6%. Әлеуметтік - кәсіптік жағдайы бойынша үй шаруасындағы әйелдер (52,3%), қызметкерлер 19,8%, студенттер -18,2, жұмысшылар 9,7% (сурет 9,10) үлес қосты.

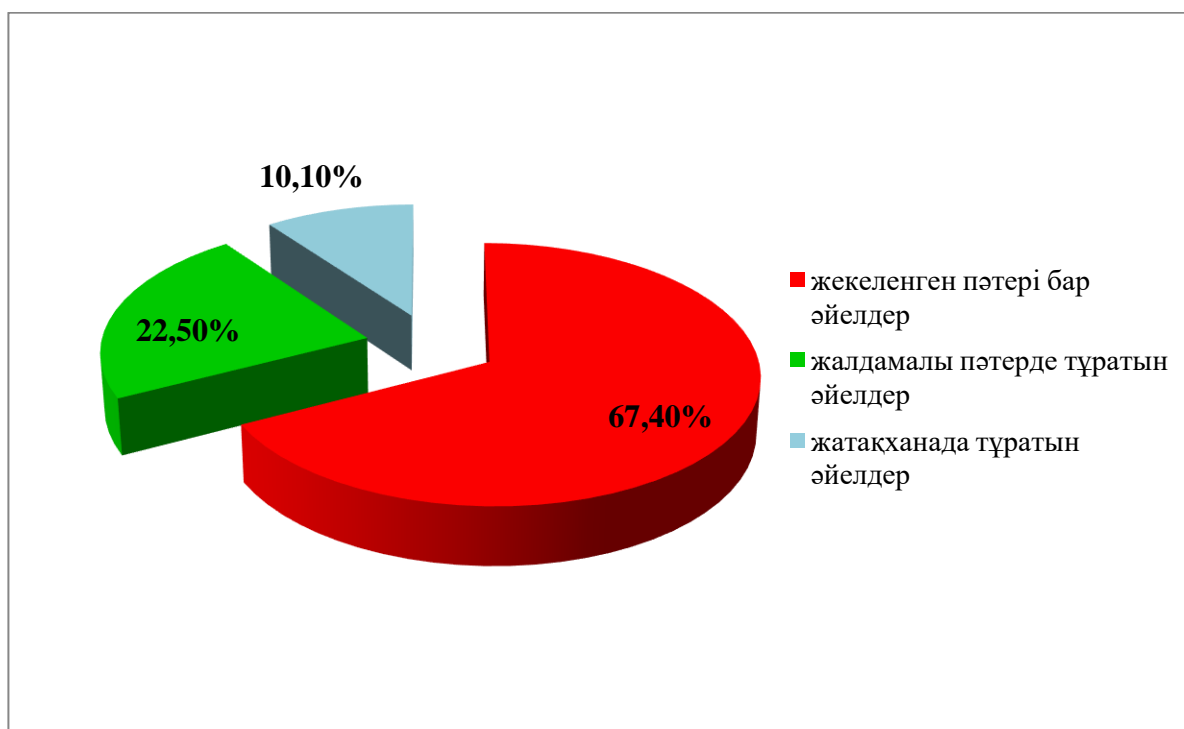


Сурет 9 - Жүкті әйелдерді білім деңгейі бойынша бөлу (%)



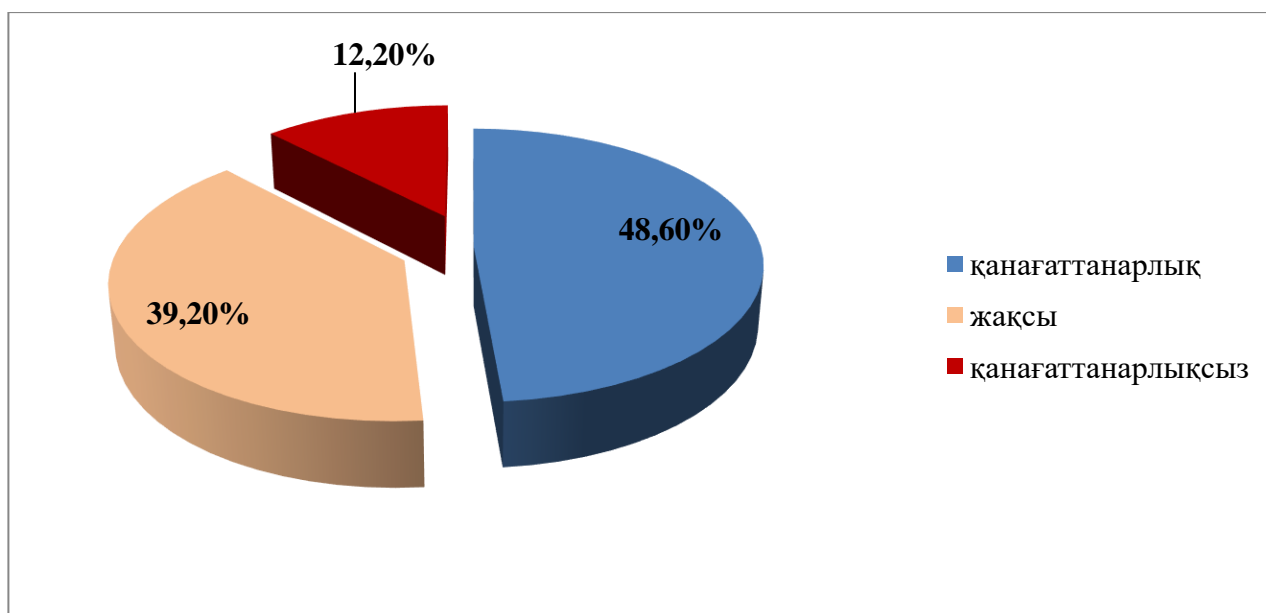
Сурет 10 - Жүкті әйелдерді әлеуметтік-кәсіптік мәртебесі бойынша бөлу (%)

Жүкті әйелдердің тұрғын үй-тұрмыстық жағдайларын зерделеу әйелдердің негізгі үлесі (67,4%) жекелеген пәтерлерде, оның ішінде жағдайы жасалған пәтерлерде 42,6% тұратынын, жеке тұрғын үйді жалға алатыны 22,5%, жатақханаларда 10,1% тұратынын көрсетті (сурет 11).



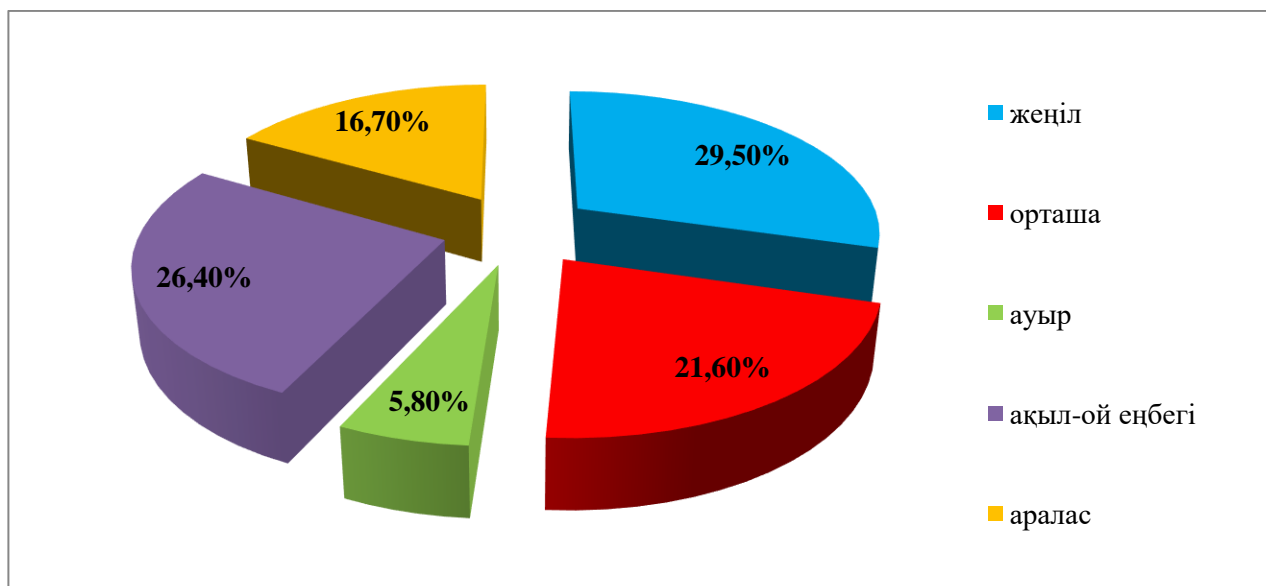
Сурет 11 - Респонденттерді тұрғын үй-тұрмыстық жағдайлардың сипаты бойынша бөлу (%)

Бұл ретте әйелдердің 48,6% – тұрғын үй жағдайлары қанағаттанарлық, 39,2% –жақсы, 12,2%- қанағаттанарлықсыз (сурет 12).



Сурет 12 - Респонденттерді тұрғын үй жағдайлары бойынша бөлу (%)

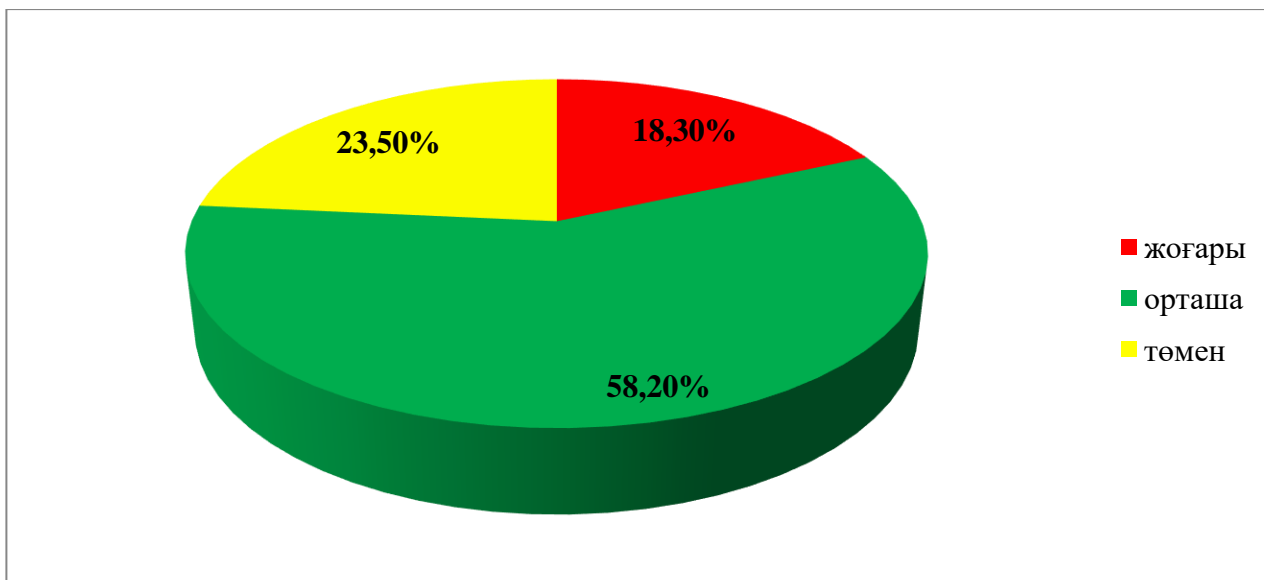
Жүктілік пен босану барысына орындалатын жұмыстың сипаты үлкен әсер ететіні белгілі. Зерттеу материалдары бойынша әйелдердің 29,5% - ы жеңіл физикалық еңбекпен, орташа 21,6% - ы, ауыр -5,8% - ы, ақыл-ой жұмысы 26,4% - ы жұмыс істейді және жүкті әйелдердің 16,7% - ы еңбектің екі түрін біріктіреді (сурет 13).



Сурет 13 - Зерттеу респонденттерін еңбек сипаты бойынша бөлу (%)

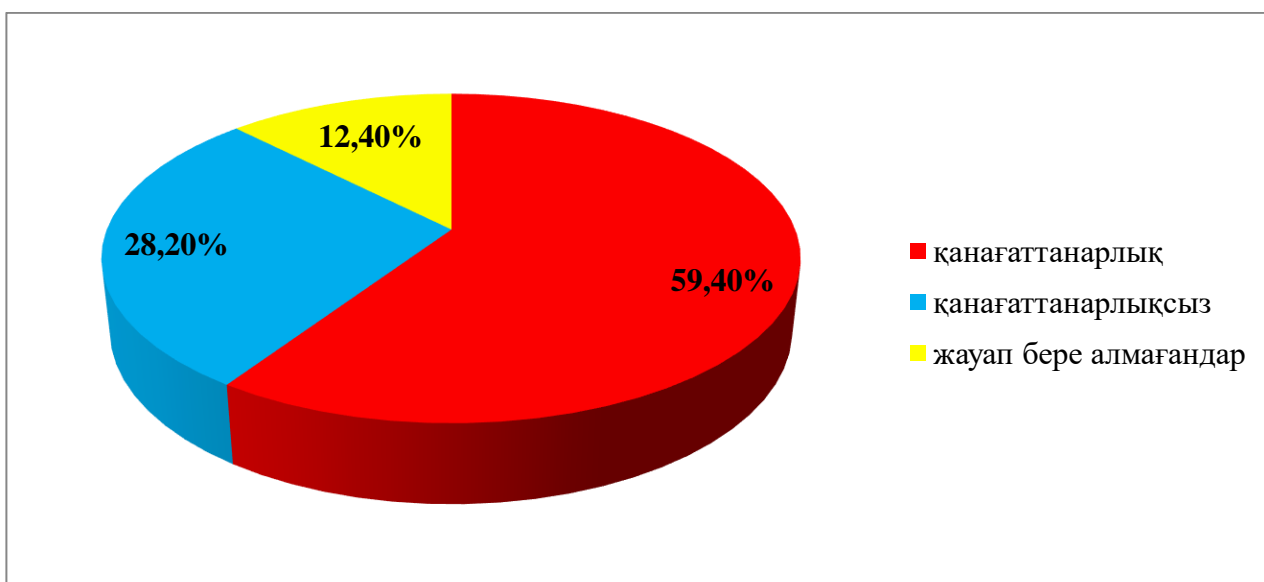
Жүкті әйел мен оның отбасының денсаулығына әсер ететін негізгі факторлардың бірі-отбасының әл-ауқатының деңгейі. Сауалнамаға қатысқан

әйелдердің ішінде жоғары материалдық өмір сүру деңгейі 18,3%, орташа 58,2% және төмен 23,5% құрайды (сурет 14).



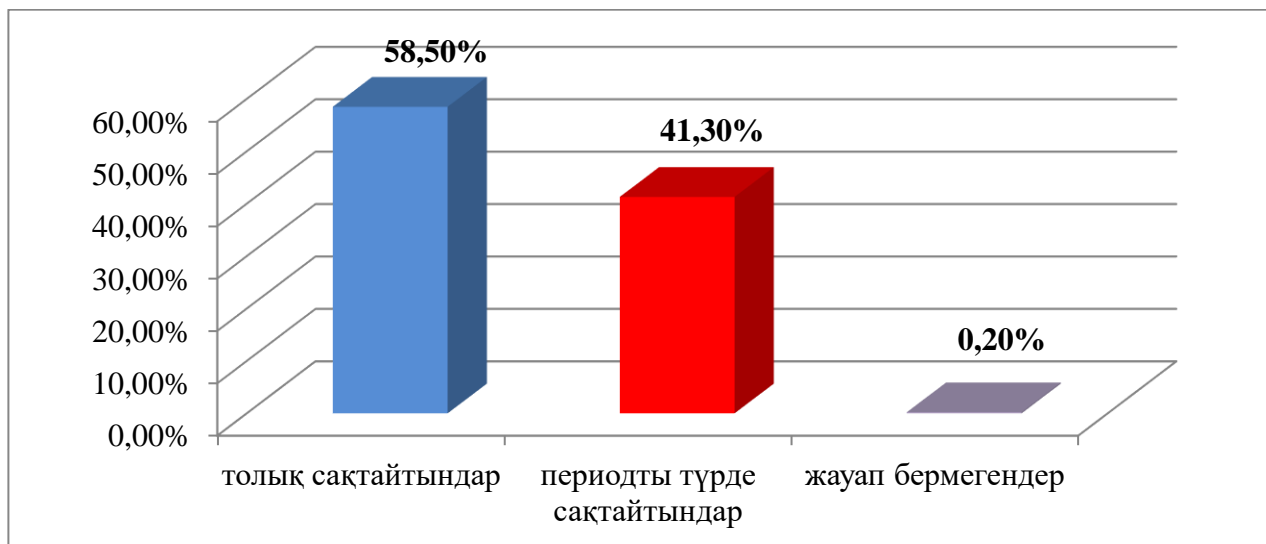
Сурет 14 - Респонденттерді отбасының әл-ауқат деңгейі бойынша бөлу (%)

Жүкті әйелдерге медициналық-әлеуметтік көмектің сапасына әсер ететін маңызды фактор-денсаулықты өзін-өзі бағалау деңгейі. Сауалнама деректерін талдау көрсеткендей, әйелдердің көпшілігі (59,4%) өз денсаулығын қанағаттанарлық, 28,2%.- қанағаттанарлықсыз деп бағалап, 12,4% жауап беруде қиындықтарға тап болды (сурет 15).



Сурет 15 - Респонденттерді денсаулықты өзін-өзі бағалау деңгейі бойынша бөлу (%)

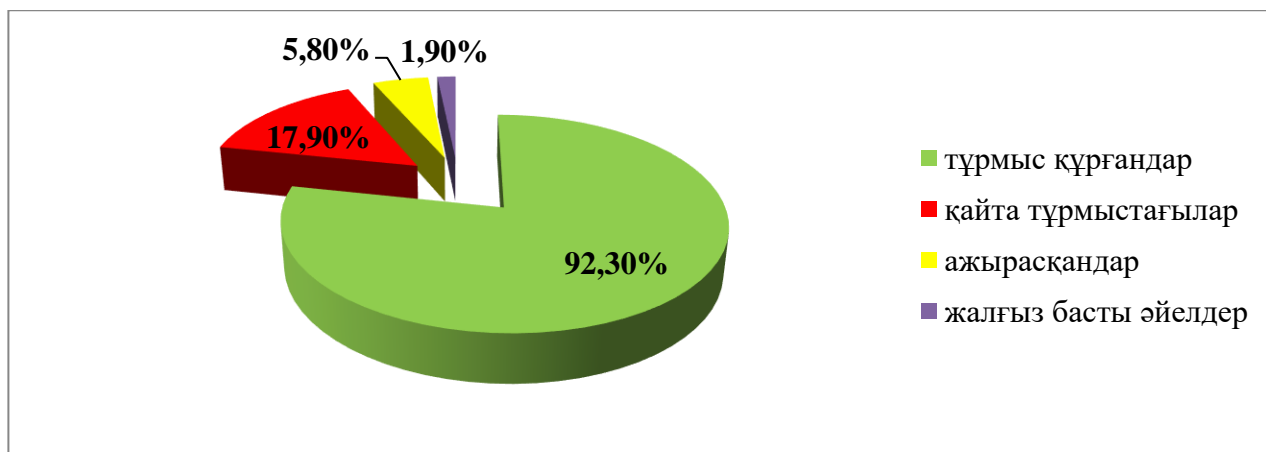
Ұтымды тамақтану, демалу, ұйқы және еңбек режимін сақтау жүктіліктің, босанудың, ұрықтың және жаңа туған нәрестенің қолайлы ағымының негізгі шарттарының бірі болып табылады. Сонымен, тамақтану, ұйқы және еңбек режимін сауалнамаға қатысқандардың жартысынан көбі (58,5%) сақтайтынын, 41,3% - жағдайда әр кезде әр қалай екендігін айтып, респонденттердің 0,2% жауап беруден бас тартты (сурет 16).



Сурет 16 - Респонденттерді демалыс режимін сақтау бойынша бөлу (%)

Жүктілік пен босанудың қолайлы ағымы үшін маңызды фактор жүкті әйелдің балалы болуға деген ұмтылысы болып табылады, бұл сауалнамаларда респонденттердің 99,7% белгілеген.

Жүктіліктің, босанудың және босанғаннан кейінгі кезеңнің, жүкті әйелдің психологиялық жағдайының сәтті өтуінің маңызды шарты оның неке мәртебесі, отбасындағы, туыстарымен қарым-қатынас сипаты болып табылады. Зерттеу барысында осы фактор зерттелді және нәтижелер жүкті әйелдердің 92,3% – ы некеде, оның ішінде 17,9% – ы қайта некеде, 5,8% - ы ажырасқан, 1,9% - ы бойдақ екенін көрсетеді (сурет 17).



Сурет 17- Зерттеу респонденттерін отбасылық жағдайы бойынша бөлу (%)

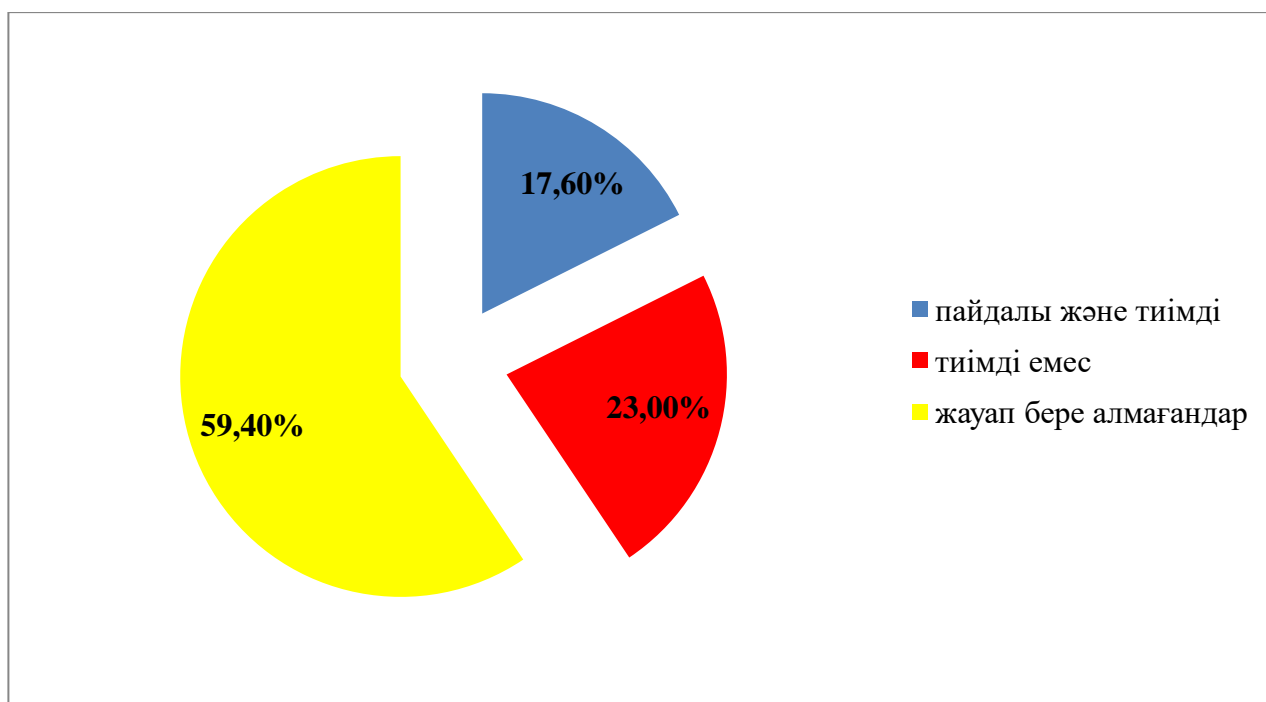
Жүкті әйелдердің 39,6%-ы ата-аналарымен және туыстарымен бірге тұрады, тиісінше 60,4% - ы бөлек, ал жүкті әйелдердің 78,2% - туыстарымен салыстырмалы түрде достық қарым-қатынасы жақсы, 21,4% - да кикілжің орнап, 0,4% - да өте шиеленісті.

Жүктілік кезеңінде әйелдер консультациясына 1-3 рет 28,3% жағдайда келген, 4-6 рет 32,5%, және 7 реттен артық респонденттер-39,2% әйелдер кеңесіне бақылауға келген.

Сауалнама нәтижелері бойынша психолог кабинеті жүкті әйелдердің 86,7%-қабылдаған, босануға дайындық үшін жүкті әйелдердің тек 12,8%-ы ғана барды, ал жүкті әйелдердің негізгі бөлігі үшінші триместрдің соңында ғана жүгінді.

Сондай-ақ, сауалнама материалдары бойынша "Ана мектебінде" сабақтар 48,6% тұрақты емес, 7,8% жағдайда-толық емес және 43,6% жағдайда мүлдем өткізілмеген.

Босануға дейінгі дайындық кабинетіне әйелдер консультациясында жүкті әйелдердің тек 20,5%-ы келді. Жүкті әйелдердің айтуынша, әйелдер консультациясындағы пренатальды дайындық жүкті әйелдердің тек 17,6%-көмектесті, 59,4%-ы бұл сұраққа жауап бере алмады және жүкті әйелдердің 23%-ы әйелдер консультациясында пренатальды дайындықтың пайдалылығын жоққа шығарды (сурет 18).

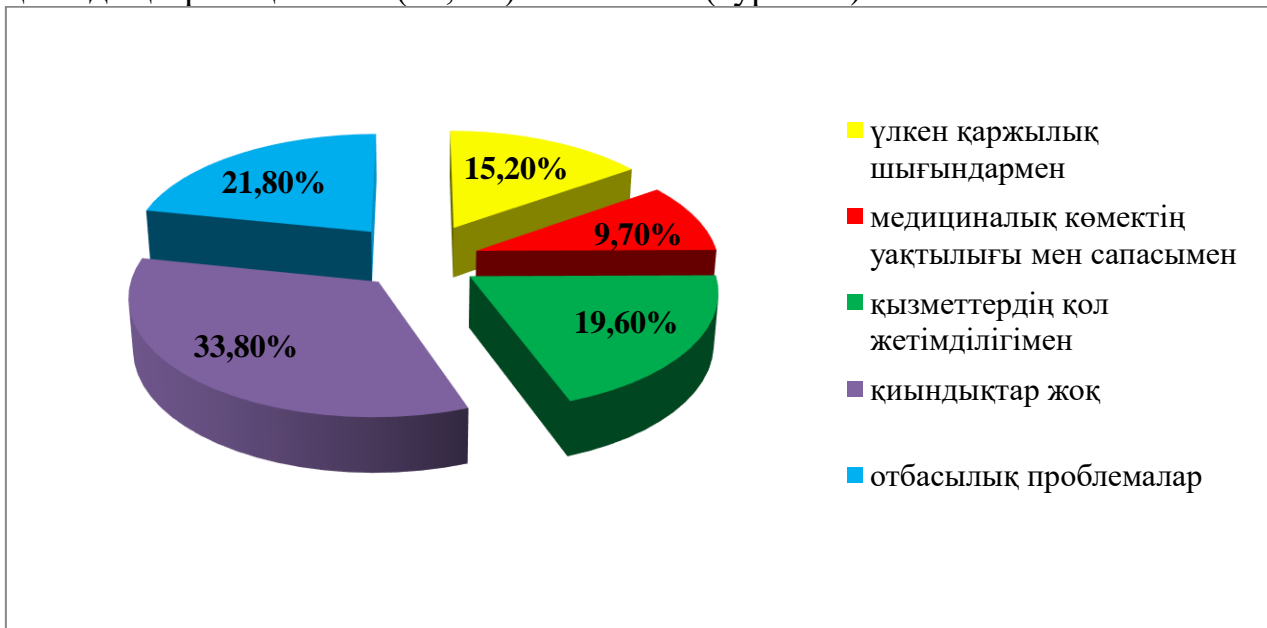


Сурет 18 - Әйелдер консультацияларында пренатальды дайындықтың тиімділігі туралы жүкті әйелдердің субъективті бағалары (%)

Әйелдер консультациясы қызметінің маңызды бөлімдерінің бірі жүкті әйелдерді диспансерлеу болып табылады. "Сіз диспансерлеуден өту кезінде қандай қиындықтарға тап боласыз?" деген сұраққа келесі жауаптар алынды:

дәрігерлерге кезек 62,2%, дәрігерлердің, сондай-ақ пациенттердің қабылдау регламентін сақтамауы-78,9%, қажетті маманның болмауы-22,7%, қызмет көрсету мәдениетінің төмендігі-18,3%, медицина қызметкерлері тарапынан назардың жеткіліксіздігі-17,5%.

Зерттеу барысында созылмалы патологиясы бар жүкті әйелдердің жалпы санынан медициналық қызметтердің қол жетімділігімен байланысты қиындықтар (19,6%), денсаулықты сақтауға үлкен қаржылық шығындармен байланысты қиындықтар (15,2 %) және медициналық көмектің уақтылығы мен сапасымен байланысты қиындықтар (9,7%), отбасылық проблемалар (21,8 %), қиындықтар жоқ екенін (33,8%) атап өткен (сурет 19).



Сурет 19 - Созылмалы патологиясы бар жүкті әйелдерді денсаулықты нығайту бойынша медициналық мәселелерді шешудегі қиындықтарын ескере отырып бөлу (%)

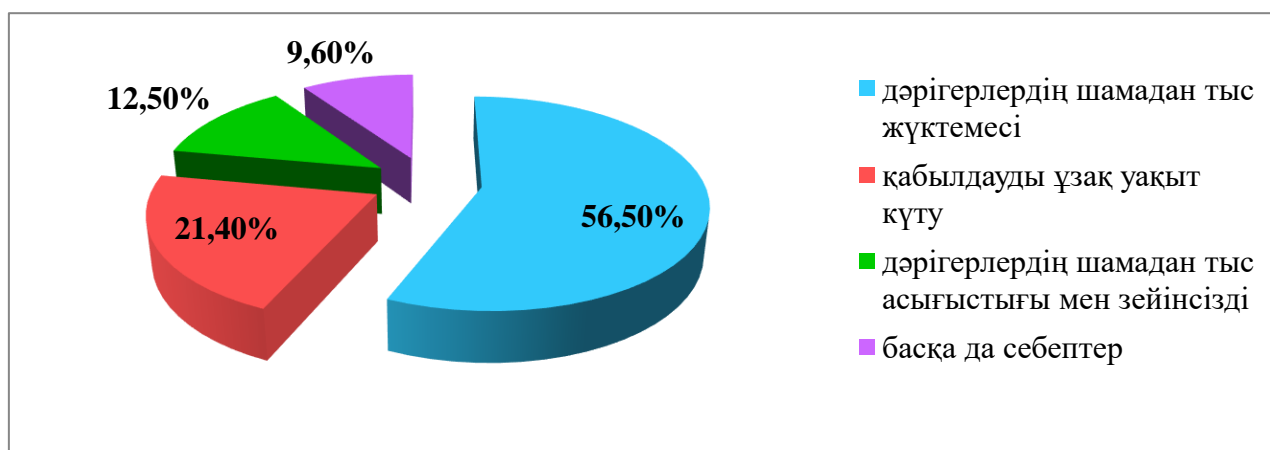
Жүкті әйелдердің пренатальды дайындықтың қолжетімділігіне, көлеміне және тиімділігіне қанағаттанушылықты талдау кезінде жүкті әйелдердің өмір сүру сапасы мен пренатальды дайындықтың тиімділігіне әсер ететін ең ақпараттық маңызды көрсеткіштер, мысалы, тұрғылықты жері бойынша әйелдер консультациясы мен емханасында акушер-гинекологтар мен басқа мамандардың бақылауының жүйелілігі; босануға психофизиологиялық дайындық кабинетіне және пренатальды дайындық кабинеттеріне бару; әйелдер консультациясы мамандарының жұмысының сапасы мен тиімділігінің деңгейі; тұрғылықты жері бойынша медициналық мекемелерде пренатальды дайындықтың жеткіліксіздігінің, көлемінің толықтығы мен тиімділігінің басқа да себептері анықталған (кесте 17).

Кесте 17 - Жүкті әйелдердің тұрғылықты жері бойынша консультациялық-диагностикалық және медициналық көмектің қолжетімділігі мен алу мүмкіндігіне қанағаттануы (%- бен)

Қалалық емханалар	Қанағаттану көрсеткіштері			
	қол жетімділік пен сапаға қанағаттанған	тек қол жетімділікке қанағаттанды	қол жетімділікке де, сапаға да қанағаттанбаған	барлығы, %
B	76,5	21,6	1,9	100,0
C	78,9	19,5	1,6	100,0
E	67,4	28,2	4,4	100,0
F	71,5	24,8	3,7	100,0

Сауалнама нәтижелерінің деректері барлық әйелдер консультацияларында қанағаттанушылықтың, қолжетімділіктің және консультациялық-диагностикалық және медициналық көмек алу мүмкіндігінің жеткіліксіз деңгейін көрсетеді, алайда С қалалық емханасының жүкті әйелдерінің ең жоғары пайызы (78,9%) көрсетілетін қызметтердің қолжетімділігі мен сапасына қанағаттанғанын, ал ең жоғары пайызы (4,4%) Е қалалық емханасының жүкті әйелдері бұл қол жетімділікке де, сапаға да қанағаттанбайтындығын көрсетті.

Диспансерлеу сапасына әсер ететін себептердің құрылымында сауалнамаға қатысқандардың жартысынан көбі (56,5%) дәрігерлердің қабылдаудағы жоғары жүктемесін, дәрігерлердің шамадан тыс асығыстығы мен зейінсіздігін-12,5%, қабылдауды ұзақ күту-21,4%, басқа да себептерді -9,6% атап өтті (сурет 20).



Сурет 20 - Жүкті әйелдердің пікірі бойынша диспансерлеу сапасына әсер ететін себептердің құрылымы

Жүкті әйелдердің дәрігерді қабылдауын ұзақ күту, асығыстық, жүкті әйелдерді шақырған кезде дәрігердің немқұрайлылығы учаскелік акушер-гинекологқа теріс көзқарас қалыптастырады.

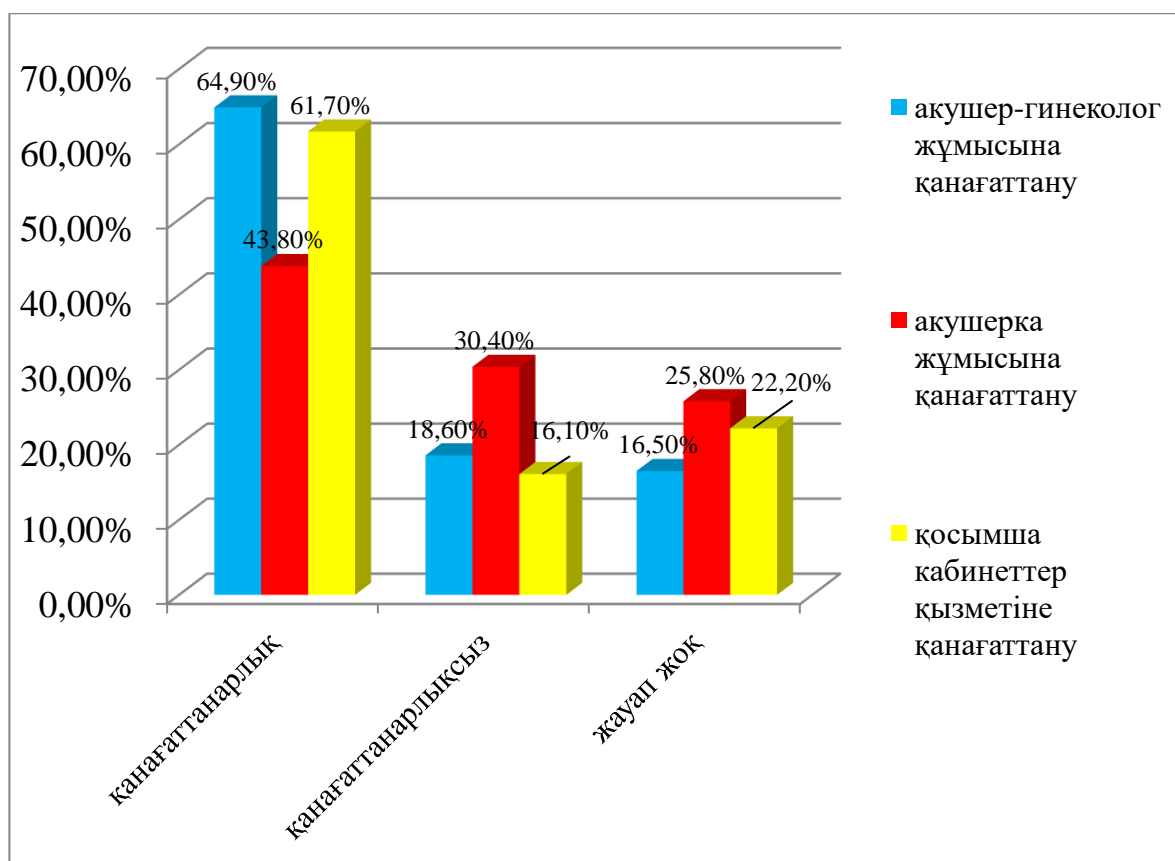
Сауалнама нәтижелері бойынша жүктілікке байланысты клиникалық-диагностикалық тексерулер қажет болған жағдайда емдеу-профилактикалық мекемелерді таңдауды талдау кезінде жүкті әйелдердің жартысынан көбі 60,2%

тұрғылықты жері бойынша әйелдер консультациясын немесе емхананы артық көрді. Әйелдердің едәуір бөлігі 24,2% клиникалық-диагностикалық немесе мамандандырылған орталықтарға баруды жөн көреді, 7,4% коммерциялық орталықтар мен клиникаларға барады, ал жүкті әйелдердің 6,6%-ы таныс (ұсынылған) акушер-гинекологтарға немесе басқа мамандарға жиі жүгінеді. Бұл ретте емдеу мекемесін таңдау көбінесе жоғары білікті мамандардың (32,0%), арзан немесе тегін медициналық көмектің (15,6%) болуымен, заманауи диагностикалық және емдеу аппаратурасының (14,8%) болуымен, бір дәрігерде (14,6%) байқалу мүмкіндігімен, әйелге ұқыптылықпен (11,8%), таныс медицина қызметкерлерінің болуымен айқындалады (6,4%), тез диагноз қою мүмкіндігі және жайлылықтың болуы (4,8%) құрады (кесте 18).

Кесте 18 - Босану алды дайындық процесінде жүкті әйелдердің емдеу-профилактикалық мекемені таңдауының басымдықтары (%)

ҚЕ таңдаудың басымдықтары	%
Жоғары білікті мамандардың болуы	32,0
Тегін (арзан) медициналық қызмет	15,6
Заманауи диагностикалық және емдеу аппаратурасының болуы	14,8
Бір дәрігерде байқалу мүмкіндігі	14,6
Әйелге мұқият қарау	11,8
Таныс медицина қызметкерлерінің болуы	6,4
Жылдам диагноз қою мүмкіндігі және жайлылықтың болуы	4,8
Барлығы	100,0

Зерттеудің міндеттерінің бірі медициналық қызметкерлердің жұмысына қанағаттану дәрежесін зерттеу болды. Өз дәрігерінің жұмысына 64,9% қанағаттанды, 18,6% қанағаттанбады, 16,5% жауап беруден бас тартты. Акушерка жұмысына жүкті әйелдердің 43,8%-ы қанағаттанды, 30,4% - ы қанағаттанбады және жауап беруден бас тартты -25,8%, көмекші кабинеттердің жұмысына қанағаттанды -61,7%, қанағаттанбады -16,1%, жауап беру қиынға соқты -22,2% (сурет 21).



Сурет 21 - Респонденттерді учаскелік медициналық персоналдың қанағаттану деңгейі бойынша бөлу

Зерттеудің келесі кезеңінде біз әйелдердің психологиялық-әлеуметтік және заң қызметтері туралы хабардар болуын қарастырдық (кесте 19).

Кесте 19 - Жүкті әйелдерді әлеуметтік, психологиялық және құқықтық қызметтер туралы хабардарлығы

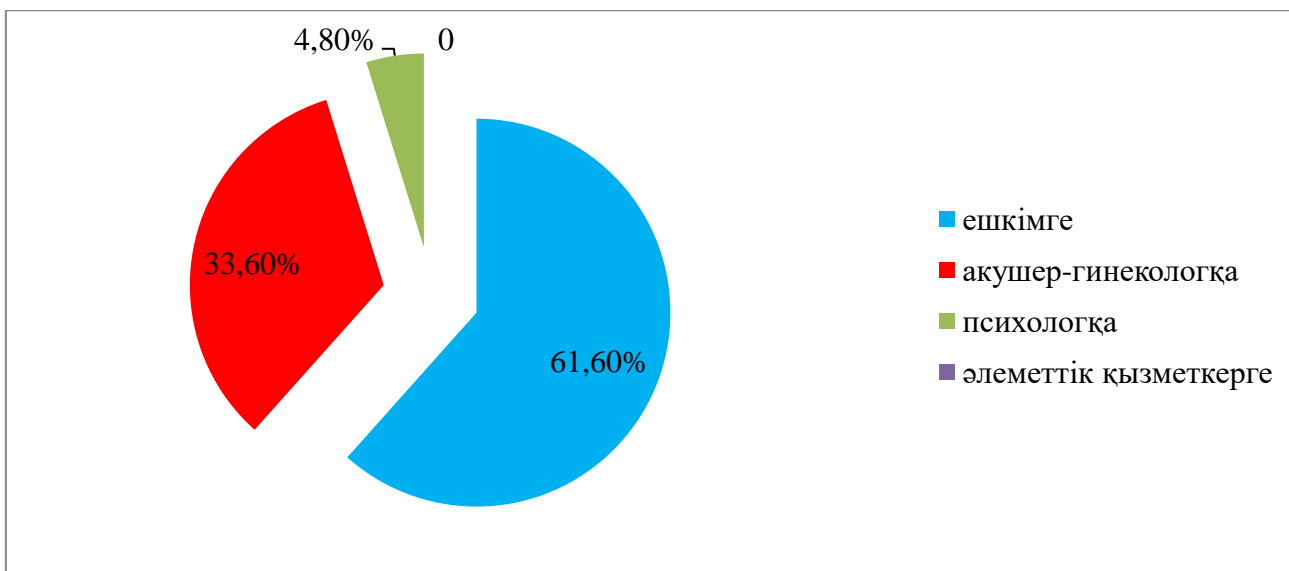
Параметр	Абс.	%
1	2	3
Сіз көрсетілетін әлеуметтік/психологиялық және заң қызметтері туралы білесіз бе?		
Иә	998	46,2±2,10
Жоқ	1160	53,8±2,10
Сіз өзіңіздің емханаңызда әлеуметтік қызметкер бар екенін білесіз бе?		
Иә	652	30,2±1,93
Жоқ	1506	69,8±1,93
Сіз өзіңіздің емханаңызда психолог бар екенін білесіз бе?		
Иә	1834	84,9±1,51
Жоқ	324	15,1±1,51

19 – кестенің жалғасы

1	2	3
Сіз әлеуметтік қызметкердің қабылдауында болдыңыз ба?		
Иә	254	11,7±1,35
Жоқ	1904	88,3±1,35
Сіз психологтың қабылдауында болдыңыз ба?		
Иә	1798	71,4±1,90
Жоқ	360	28,6±1,90
Сізге заңгердің кеңесі қажет пе?		
Иә	1985	91,9±1,12
Жоқ	173	8,01±1,48
Сіз өзіңіздің емханаңызда заңгер бар екенін білесіз бе?		
Иә	12	0,55±1,54
Жоқ	2146	99,48±1,16
Сіз заңгердің қабылдауында болдыңыз ба?		
Иә	0	0
Жоқ	2158	100

Осылайша, әйелдердің әлеуметтік/психологиялық қызметтер туралы хабардар болуы 46,2% құрады. МСАК-та психологтардың бар екендігі туралы 84,9 %, жүкті әйелдердің тек 30,2% - ы әлеуметтік қызметкердің бар екенін біледі. Әлеуметтік қызметкердің қабылдауында әйелдердің 11,7%, ал психологтың қабылдауында 71,4% болды. Өкінішке орай, қалалық емханаларда заңгердің бар екендігі туралы жүкті әйелдердің тек 0,55%-ы хабарланды, заң нормалары, әлеуметтік қолдаудың қандай да бір шараларына құқықтар туралы заңгерлердің кеңесі 91,9%-ы қажет болды, бірақ заңгерлердің қабылдауында бірде-бір әйел болған жоқ.

Біз жүкті әйелдердің өміріндегі медициналық-әлеуметтік сипаттағы проблемаларға назар аудардық, оларды шешуге әлеуметтік қызметкер көмектесе алады. "Сіз өзіңіздің жұмыс орныңызда эмоционалды шиеленісті сезінесіз бе?" деген сұраққа респонденттердің 73,6%-ы " иә " деп жауап берді, сонымен қатар " сіз бұл мәселені шешу үшін "Медицина қызметкерлерінен кімге хабарластыңыз? " деген сұраққа 61,6%, жүкті әйелдер "ешкімге" деп жауап берді, акушер-гинекологқа-33,6%, 4,8% психологтың көмегіне жүгінді, бірақ респонденттердің ешқайсысы әлеуметтік қызметкер мен заңгер олардың мүдделерін еңбек жүктемесі кезінде қорғай алатынын білмеді (сурет 22).



Сурет 22 - Зерттеу респонденттерін медициналық қызметкерлердің көмек сұрауына байланысты бөлу

Медициналық-әлеуметтік көмек көрсету туралы әйелдердің жеткіліксіз хабардар болуы бірқатар басқа зерттеушілермен де атап өтілді. Мәселен, Санкт-Петербург қаласында жүргізілген зерттеуде пациенттер мен әлеуметтік қызметкерлердің әлеуметтік сауалнамасының нәтижелері бойынша қазіргі кезеңде медициналық-әлеуметтік көмек көрсетудің негізгі мәселелері нақтыланды [177]. Владикавказ қаласында жүргізілген зерттеуде нысан акушерлік-гинекологиялық бейіндегі медициналық қызметтерді пайдаланатын әйелдер болды. Сауалнамаға қатысқан пациенттер ұсынған аумақтардың әлеуметтік қызметкерлерімен әйелдерге сауалнама және қарапайым сұхбат жүргізілді. Осы зерттеуге сәйкес, әйелдердің тек 3,4% - ы психологтың көмегіне жүгінгендерін атап өтті, бірақ респонденттердің ешқайсысы әлеуметтік қызметкер немесе заңгер көмегімен өз мүдделерін қорғай алатынын білмеді. Әлеуметтік қызметкерлердің арсеналында әйелдерді әлеуметтік қорғау әдістері болғанымен, әйелдердің өздері мұндай көмекке жүгінбейді [178].

Отбасының табысы, тұрғын үй жағдайына және кәсіби қызметіне қанағаттануы, көмекші туыстарының болуы, В.А. Сысенконың [179] пікірінше, балалардың туылуының маңызды шарты болып табылады. Біздің зерттеуімізде әлеуметтік қызметкер мен психологқа жүгінудің негізгі факторы қаржылық әл-ауқат болды. Бұл зерттеуде бір отбасы мүшесіне шаққандағы табыстың төмен деңгейі және онымен байланысты факторлар (күйеуі мен әйелдің отбасылық жағдайы мен жұмыс орны) мамандардан көмек сұрауға себеп болды.

Біздің елде отбасының негізгі асыраушысы қызметін ер адам атқарады, аз жұмыс істейтін немесе жұмыссыз ер адамдар психологиялық және әлеуметтік шиеленісті тудырады, әйелді көмек сұрауға мәжбүр етеді. Т. Парсонстың зерттеуі отбасылық әл-ауқат ерлі-зайыптылар арасындағы рөлдерді бөлуге негізделгенін көрсетеді: ер адам аспаптық көшбасшы ретінде отбасына табыс

әкеледі, ал әйел экспрессивті көшбасшы ретінде отбасылық қарым-қатынас орнатады [180].

К. Леана мен Д.Фельдман өз зерттеулерінде жұмыссыздықтың отбасына кері әсерін тіркеді. Жұмысынан айырылған күйеулер мен әйелдер көбінесе бұрынғыға қарағанда аз ұйымшылдық пен өзара қолдау көрсетеді, бұл қақтығыстарға әкеледі. Жұмыссыздар өз отбасыларынан алыстап, оны тастап, жұмыспен қамтылғандарға қарағанда 3-4 есе жиі ажырасады [181].

С. Мендолия өзінің зерттеуінде жұмыспен қамту мен жеке және отбасылық психологиялық шиеленіс арасындағы күшті байланысты анықтады. Сондай-ақ, психолог пен әлеуметтік қызметкерге жүгінуге отбасылық жағдай әсер етеді. Отбасының болуы жалпы өмірге қанағаттануға әсер етеді: ажырасқандар арасындағы өмірге қанағаттанудың орташа баллы некеде тұрғандарға қарағанда төмен (ерлерде 4,86 қарсы 5,30 және әйелдерде 4,91 қарсы 5,43) [182].

Әйелдердің әлеуметтік қызметкерге жүгінуіне анамнезінде түсік жасатудың болуы да әсер етеді, бұл әйелдің қолайсыздығының жанама көрсеткіші деп санауға болады.

Н.Н.Бушмелеваның зерттеуі әйелдердің репродуктивті мінез-құлқы көбінесе әлеуметтік-экономикалық (32,46 %), медициналық-ұйымдастырушылық (31,7%) және әлеуметтік-когнитивті (21,71 %) факторларға, ал азырақ-биологиялық (9,49 %) және отбасылық (4,63 %) факторларға байланысты екенін көрсетті. Әйелдің жүктіліктің тағдыры туралы шешіміне оны сақтау немесе тоқтату – әлеуметтік-экономикалық өмір сүру жағдайлары әсер етеді [183].

Жүкті әйелдердің сауалнамаларында медициналық-әлеуметтік көмектің ұйымдастырылуы мен сапасын жақсарту үшін бірқатар ұсыныстар енгізілді. Атап айтқанда, әйелдер консультацияларының заманауи емдеу-диагностикалық аппаратурамен жабдықталуын жақсарту (65,6%), дәрігерлерге және емдеу-диагностикалық кабинеттерге қабылдауды ұйымдастыруды жақсарту (23,5%), жүкті әйелдерге назар аударуды арттыру (32,1%), жүкті әйелдерді психологтардың қатысуымен босануға дайындау сапасын арттыру (29,7%), жүкті әйелдерге психологиялық көмек көрсету және босануға дайындық тренингтері (16,4%), әлеуметтік қызметкердің жұмысын жақсарту (37,4%), заңгерлерге әйелдерге кеңес беру, заң нормалары, әлеуметтік қолдаудың белгілі бір шараларына құқықтары туралы хабардар ету.

Түйіндеме. Зерттеу материалдарына сәйкес, қарастырылып отырған жүкті әйелдер арасында 20-24 жас аралығындағы (орта есеппен 41,1%) және 25-29 жас аралығындағы (орта есеппен 32,9%) әйелдер басым екендігі анықталды. Олардың саны 30-34 жылда шамамен 2 есе азаяды. 19 жасқа дейінгі және 35-39 жасқа дейінгі жас топтары сәйкесінше орта есеппен 3,3% және 2,4% құрайды.

Жүктіліктің жиілігі бойынша бірінші жүктілік әйелдердің 37,2% , екіншісі 27%, үшіншісі-19,4%-да, төртінші және одан да көп жүктілік-әйелдердің 13,0% -да болғандығы анықталды.

Алынған материалды талдау көрсеткендей, әйелдер консультацияларында байқалған жүкті әйелдер арасында жоғары білімі бар әйелдер басым болды-

42,3%, орта есеппен - 32,1% және арнайы орта-25,6%. Әлеуметтік - кәсіптік жағдайы бойынша үй шаруасындағы әйелдер (52,3%), қызметшілер 19,8%, студенттер - 18,2, жұмысшылар 9,7% үлес қосты.

Жүкті әйелдердің тұрғын үй-тұрмыстық жағдайларын зерделеу әйелдердің негізгі үлесі 67,4% жекелеген пәтерлерде, оның ішінде жағдайы жасалған пәтерлерде 42,6% тұратынын, жеке тұрғын үйді жалға алатыны 22,5%, жатақханаларда 10,1% тұратынын көрсетті

Бұл ретте тұрғын үй жағдайлары әйелдердің 48,6% – қанағаттанарлық, 39,2% – жақсы, 12,2% - қанағаттанарлықсыз.

Зерттеу материалдары бойынша әйелдердің 29,5%-ы жеңіл дене еңбегімен, 21,6%-ы орташа, 5,8%-ы ауыр, 26,4%-ы ақыл-ой жұмысымен айналысады және жүкті әйелдердің 16,7%-ы еңбектің екі түрін біріктіреді.

Сауалнамаға қатысқан әйелдердің ішінде жоғары материалдық өмір сүру деңгейі 18,3%, орташа 58,2% және төмен 23,5% құрайды.

Сауалнама деректерін талдау көрсеткендей, әйелдердің көпшілігі (59,4%) өз денсаулығын қанағаттанарлық, 28,2% қанағаттанарлықсыз деп бағалап, 12,4% жауап беруде қиындықтарға тап болды.

Тамақтану, ұйқы және еңбек режимін сауалнамаға қатысқандардың жартысынан көбі (58,5%) сақтайтынын, 41,3% -жағдайда әр кезде әр қалай екендігін айтып, респонденттердің 0,2% жауап беруден бас тартты.

Маңызды фактор ретінде жүкті әйелдің балалы болуға деген ұмтылысын респонденттердің 99,7% - ы көрсетті.

Жүктіліктің, босанудың және босанғаннан кейінгі кезеңнің, жүкті әйелдің психологиялық жағдайының сәтті өтуінің маңызды шарты оның неке мәртебесі, отбасындағы, туыстарымен қарым-қатынас сипаты болып табылады. Зерттеу барысында бұл фактор зерттелді және нәтижелер жүкті әйелдердің 92,3%–ы некеде, оның ішінде 17,9%–ы қайта некеде, 5,8%-ы ажырасқан, 1,9%-ы бойдақ екенін көрсетеді.

Жүкті әйелдердің 39,6%–ы ата–аналарымен және туыстарымен бірге тұрады, тиісінше 60,4%-ы бөлек, ал жүкті әйелдердің 78,2%-туыстарымен салыстырмалы түрде достық қарым-қатынасы жақсы, 21,4%-да кикілжің орнап, 0,4%-да өте шиеленісті.

Жүктілік кезеңінде әйелдер консультациясына жүкті әйелдер 1-3 рет- 28,3%, 4-6 рет 32,5%, 7 реттен артық респонденттер -39,2% дәрігер бақылауына келді.

Сауалнама нәтижелері бойынша психолог жүкті әйелдердің 86,7%-қабылдады, жүкті әйелдердің тек 12,8%-ы ғана босануға дайындалу үшін психолог көмегіне, соның ішінде жүкті әйелдердің негізгі бөлігі үшінші триместрдің соңында ғана жүгінді.

Сондай–ақ, сауалнама материалдары бойынша "Ана мектебінде" сабақтар (48,6%) тұрақты емес, 7,8% жағдайда-толық емес және 43,6% жағдайда мүлдем өткізілмеген.

Босануға дейінгі дайындық кабинетіне әйелдер консультациясында жүкті әйелдердің тек 20,5% - ы келді. Жүкті әйелдердің пікірінше, әйелдер

консультациясындағы пренатальды дайындық жүкті әйелдердің тек 17,6%-көмектесті, 59,4%-ы бұл сұраққа жауап бере алмады және жүкті әйелдердің 23% - ы әйелдер консультациясында пренатальды дайындықтың пайдалылығын жоққа шығарды.

Әйелдер консультациясы қызметінің маңызды бөлімдерінің бірі жүкті әйелдерді диспансерлеу болып табылады. "Сіз диспансерлеуден өту кезінде қандай қиындықтарға тап боласыз?" деген сұраққа келесі жауаптар алынды: дәрігерлерге кезек 62,2%, дәрігерлердің, сондай-ақ пациенттердің қабылдау регламентін сақтамауы-78,9%, қажетті маманның болмауы-22,7%, қызмет көрсету мәдениетінің төмендігі-18,3%, медицина қызметкерлері тарапынан назардың жеткіліксіздігі-17,5%.

Зерттеу барысында созылмалы патологиясы бар жүкті әйелдердің жалпы санынан медициналық қызметтердің қол жетімділігімен байланысты қиындықтар (19,6%), денсаулықты сақтауға үлкен қаржылық шығындармен байланысты қиындықтар (15,2 %) және медициналық көмектің уақтылығы мен сапасымен байланысты қиындықтар (9,7%), отбасылық проблемалар (21,8 %), қиындықтар жоқ екенін (33,8%) атап өткен.

Сауалнама нәтижелерінің деректері барлық әйелдер консультацияларында қанағаттанушылықтың, қолжетімділіктің және консультациялық-диагностикалық және медициналық көмек алу мүмкіндігінің жеткіліксіз деңгейін көрсетеді, алайда С қалалық емханасының жүкті әйелдерінің ең жоғары пайызы (78,9%) көрсетілетін қызметтердің қолжетімділігі мен сапасына қанағаттанғанын, ал ең жоғары пайызы (4,4%) Е қалалық емханасының жүкті әйелдері бұл қол жетімділікке де, сапаға да қанағаттанбайтындығын көрсетті.

Сауалнама нәтижелері бойынша жүктілікке байланысты клиникалық-диагностикалық тексерулер қажет болған жағдайда емдеу-профилактикалық мекемелерді таңдауды талдау кезінде жүкті әйелдердің жартысынан көбі (60,2%) тұрғылықты жері бойынша әйелдер консультациясын немесе емхананы артық көрді. Әйелдердің едәуір бөлігі (24,2%) клиникалық-диагностикалық немесе мамандандырылған орталықтарға баруды жөн көреді, 7,4% коммерциялық орталықтар мен клиникаларға барады, ал жүкті әйелдердің 6,6%-ы таныс (ұсынылған) акушер-гинекологтарға немесе басқа мамандарға жиі жүгінеді. Бұл ретте емдеу мекемесін таңдау көбінесе жоғары білікті мамандардың (32,0%), арзан немесе тегін медициналық көмектің (15,6%) болуымен, заманауи диагностикалық және емдеу аппаратурасының (14,8%) болуымен, бір дәрігерде (14,6%) байқалу мүмкіндігімен, әйелге ұқыптылықпен (11,8%), таныс медицина қызметкерлерінің болуымен айқындалады (6,4%), тез диагноз қою мүмкіндігі және жайлылықтың болуы (4,8%).

Зерттеудің міндеттерінің бірі медициналық қызметкерлердің жұмысына қанағаттану дәрежесін зерттеу болды. Өз дәрігерінің жұмысына 64,9% қанағаттанды, 18,6% қанағаттанбады, 16,5% жауап беруден бас тартты. Акушерка жұмысына жүкті әйелдердің 43,8% қанағаттанды, 30,4% қанағаттанбады және жауап беруден бас тартты-25,8%, көмекші кабинеттердің

жұмысына қанағаттанды-61,7%, қанағаттанбады-16,1%, 22,2% жағдайда жауап беру қиынға соқты.

МСАК-та психологтардың бар екендігі туралы 84,9 %, жүкті әйелдердің тек 30,2%-ы әлеуметтік қызметкердің бар екенін біледі. Әлеуметтік қызметкердің қабылдауында әйелдердің 11,7 %, ал психологтың қабылдауында 71,4%, заңгер қабылдауында бірде бір жүкті әйел болмаған.

Әлеуметтік қызметкерлердің арсеналында жұмыста шамадан тыс жүктеме болған кезде әлеуметтік қорғау әдістері бар, бірақ әйелдердің өздері мұндай көмекке жүгінбейді. 4,8 % психологтың көмегіне жүгінгендерін атап өтті, бірақ респонденттердің ешқайсысы әлеуметтік қызметкер мен заңгер де еңбек жүктемесі кезінде жүкті әйелдердің мүдделерін қорғай алатынын білмеді. Жүкті әйелдер медициналық-әлеуметтік көмектің ұйымдастырылуы мен сапасын жақсарту үшін бірқатар ұсыныстар берді. Атап айтқанда, әйелдер консультацияларының заманауи емдеу-диагностикалық аппаратурамен жабдықталуын жақсарту (65,6 %), дәрігерлерге және емдеу-диагностикалық кабинеттерге қабылдауды ұйымдастыруды жақсарту (23,5 %), жүкті әйелдерге назар аударуды арттыру (32,1 %), жүкті әйелдерді психологтардың қатысуымен босануға дайындау сапасын арттыру (29,7 %), жүкті әйелдерге психологиялық көмек көрсету босануға дайындық тренингтері (16,4 %), сондай-ақ әлеуметтік қызметкердің жұмысын жақсарту (37,4 %), сонымен қатар әйелдер кеңесінде заңгер қабылдауын ұйымдастыру (79,8 %).

Осылайша, жүкті әйелдерге медициналық-әлеуметтік көмекті ұйымдастыру мен сапасын бағалауда анықталған ақаулар әйелдер консультацияларында медициналық-әлеуметтік көмектің сапасын ведомстволық және ведомстводан тыс бақылаудың қолданыстағы жүйелерінің тиімділігінің жеткіліксіздігін көрсетеді.

Сондай-ақ, жүкті әйелдердің сипаттамаларының ерекшеліктерін кешенді зерттеу (жас, әлеуметтік-демографиялық, кәсібі және т. б.) әйелдер консультацияларында жүктіліктің күрделі және әр түрлі контингенті бар екенін анықтауға мүмкіндік берді, бұл диспансерлік бақылауды жүргізу кезінде ерекше сараланған тәсілді қажет етеді, бақылау мерзімі, ұзақтығы, жүйелілігі мен формалары бойынша сараланған, әлеуметтік-құқықтық көмекті ұйымдастыруды талап етеді.

4.2 Жүкті әйелдерді диспансерлеудің тиімділігін арттыру мақсатында медицина қызметкерлерінің пікірін зерттеу нәтижелері

Денсаулық сақтауды аймақтық және муниципалды модернизациялаудың міндеттерінің бірі жүкті әйелдерге көмек көрсетуді түбегейлі жақсарту болып табылады. Бұл мәселені шешу жүкті әйелдер мен босанған әйелдерге диспансерлеуді жүргізумен, оларға білікті медициналық көмек көрсетумен тікелей байланысты.

Емдеу-алдын алу мекемесінің жұмысындағы оң және теріс тұстарды жақсы білетін дәрігерлер мен орта медициналық персоналдың пікірі тек теориялық және практикалық мәнге ғана ие емес, сонымен қатар, емдік-профилактикалық

көмектің сапасын одан әрі жақсарту бойынша нақты ұсыныстарды әзірлеу үшін де пайдаланылуы мүмкін.

Ақпарат жинау үшін біз 32 сұрақтан тұратын: кәсібиі, жас ерекшелігі, еңбек жағдайлары мен ұйымдастырылуына қанағаттану дәрежесі, жұмыс орнын жабдықтау, жүкті әйелдерге көрсетілетін медициналық-әлеуметтік көмектің сапасын арттыру жөніндегі іс-шаралар және басқа да мәселелерді айқындайтын арнайы сауалнама әзірледік.

Зерттеу 2019 жылы қалалық А, В, С, D, E, F, G емханаларында, №1 ҚКА, №2, №4 перзентханалар базасында жүргізілді. Қалалық емханалардың акушер-гинекологтарынан, ЖТД, психологтарынан, әлеуметтік қызметкерлерінен және орта персоналынан, сондай-ақ босану үйлерінің акушер-гинекологтары мен акушерлерінен алынған жалпы 432 сауалнаманың мазмұны талданды.

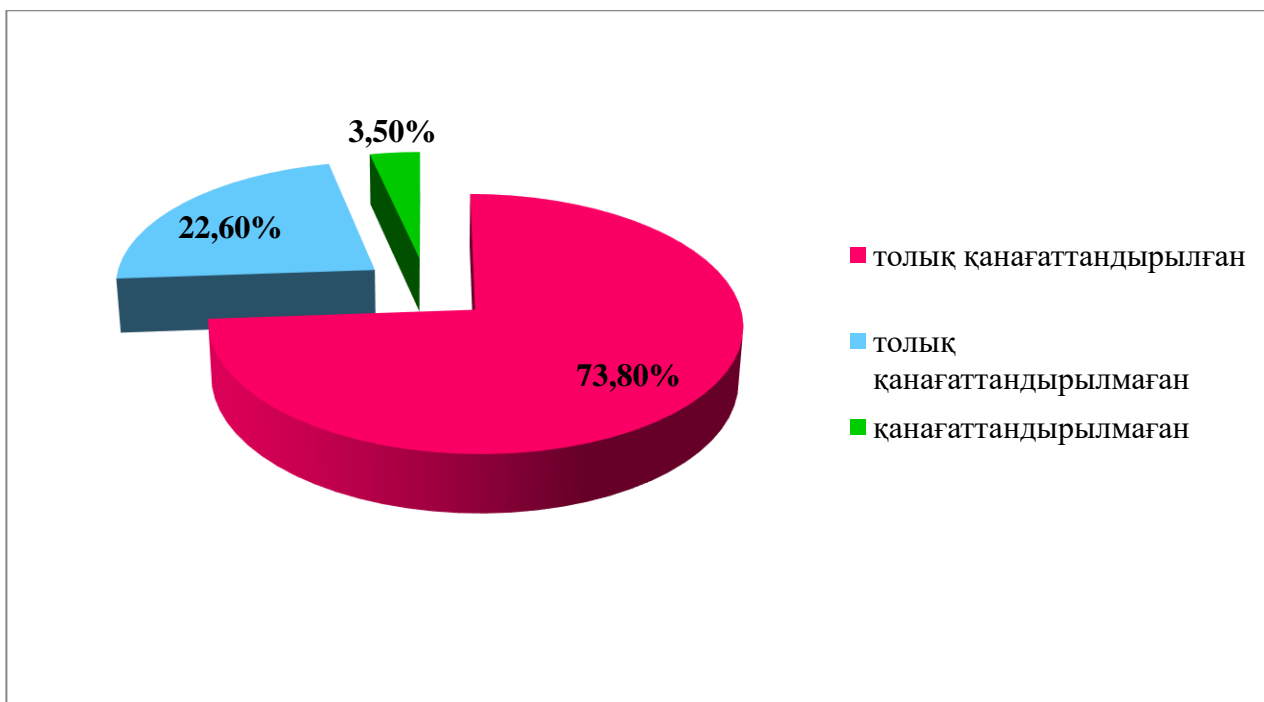
Дәрігерлердің жас құрамын зерттеу олардың ішінде негізінен мамандар 30-35 жаста-44,9%, 40-50 жаста-38,4% және 50-60 жаста-16,7% екенін көрсетті. Орта медициналық қызметкерлер арасында 30-40 жас аралығындағы мамандар басым болып (35,6%), олардың жұмыс өтілі 16-20 жылды айқындады.

Медициналық көмектің сапасы көбінесе дәрігер мен орта медициналық қызметкердің біліктілігіне байланысты екені белгілі. Біздің зерттеуіміздің материалдары бойынша аттестацияланған дәрігерлер саны-80,8% құрады, оның ішінде жоғары санаты бар дәрігерлер-36,0%, бірінші санаттағы дәрігерлер-44,8%. Ал орта медицина қызметкерлері арасында 66,4% аттестатталған, оның ішінде жоғары санатты-25,1%, бірінші-27,2%, екінші-14,1% көрсетті.

Дұрыс ұйымдастырылған жоғары оқу орнынан кейінгі оқыту біліктілікті арттыруға, маманның табысты қалыптасуына ықпал етеді. Соңғы 5 жылда (2014-2019 жж.) 3 (7,5%) дәрігер мен 6 (13,6%) орта медицина қызметкері сауалнама нәтижесі бойынша біліктілігін жоғарылатпағаны анықталған.

Сауалнамаға қатысқан дәрігерлердің жартысынан көбі (68,4%) мынадай білім салаларында кәсіптік даярлықты жетілдіру қажеттілігін атап өтті: диагностиканың, емдеудің және профилактиканың жаңа әдістерін зерделеу және практикаға енгізу, клиникалық фармакология жаңалықтары (32,7%); тақырыптық жетілдіру (29,8%); әлеуметтік-құқықтық мәселелер (16,2%); зерттеу және клиникалық жағдайларды талдау (10,8%).

Сауалнама деректері бойынша біліктілікті арттыру жүйесімен 73,8% толық қанағаттандырылды, 22,6% толық қанағаттандырылмады, респонденттердің 3,5% қанағаттандырылмады (сурет 23).



Сурет 23 - Дәрігерлер мен орта медициналық қызметкерлердің біліктілікті арттыру жүйесіне қанағаттануы

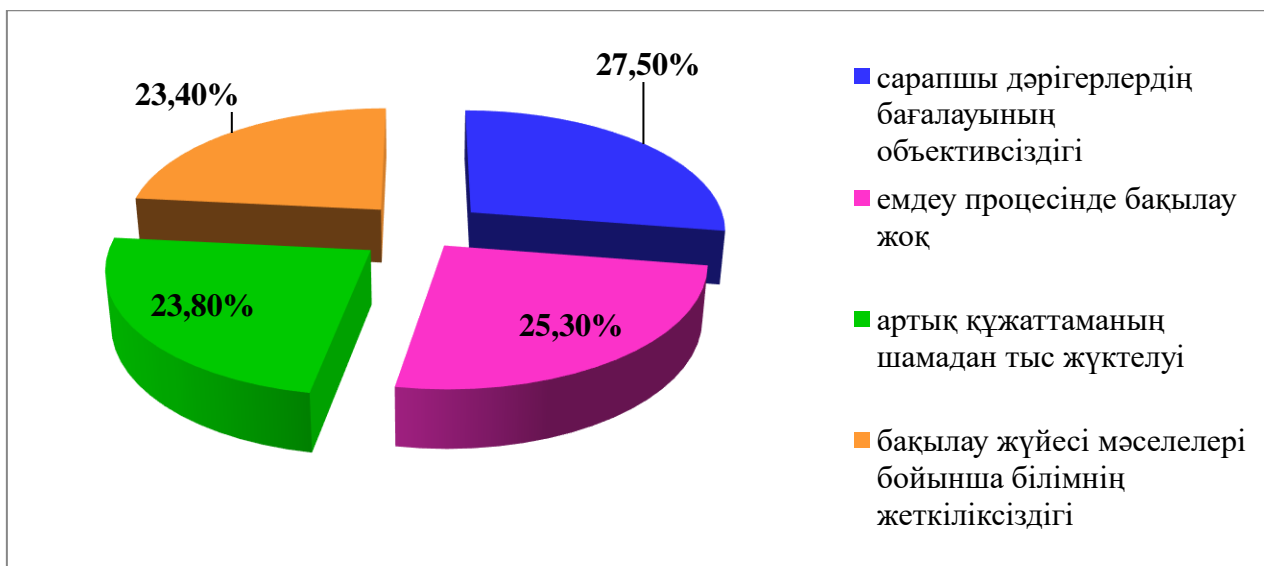
Мейірбике қызметкерлерінің пікірінше, біліктілікті үнемі арттыруға кедергі келтіретін негізгі себептер: отбасылық жағдайлар, оқуды қаржылық қамтамасыз ету.

Денсаулық сақтау реформасы жағдайында дәрігерлер медициналық-әлеуметтік көмектің сапасын қамтамасыз ету және арттыру мәселелерін жақсы білуі керек. Сауалнама жүргізу барысында, *медициналық-әлеуметтік көмектің қандай стандарттарын білетініңізді атаңыз*, деген сұраққа келесі жауаптар алынды: дәрігерлердің жартысы (49,5%) жауап бере алмады. Осы стандарттардың 32,7%-толық көлемде, ал жартылай-17,8% сақталуын көрсеткен.

Медициналық көмектің сапасын қамтамасыз етуге кім қатысуы тиіс деген сұраққа мынадай жауаптар алынды: 52,4%-барлық медицина қызметкерлері, 23,7%-консультация меңгерушілері, дәрігерлер, 23,9% басшылық қамтамасыз ету керек екендігін айтқан.

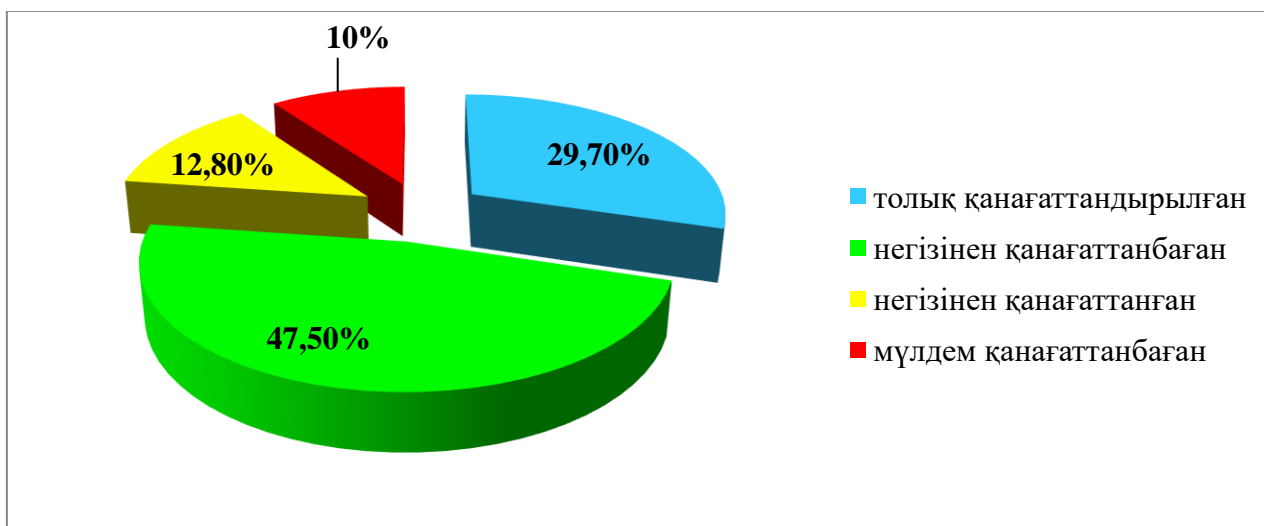
Медициналық-әлеуметтік көмектің сапасын бақылаудың дұрыс және ұтымды ұйымдастырылған жүйесі дәрігерлер мен орта медицина қызметкерлерінің жауапкершілігін арттыруға ықпал етеді. Сауалнамалардың деректері бойынша медициналық-әлеуметтік көмектің сапасын бақылаудың қолданыстағы жүйесі респонденттердің 35,7%-қанағаттандырды, 22,8%-қанағаттандырмады, 41,5%-ы жауаптардан бас тартты.

Қанағаттанбаудың негізгі себептері: сарапшы дәрігерлердің бағалауының объективсіздігі-27,5%, емдеу процесінде бақылау жоқ-25,3%, артық құжаттаманың шамадан тыс жүктелуі-23,8%, бақылау жүйесі мәселелері бойынша білімнің жеткіліксіздігі-23,4% құрайды (сурет 24).



Сурет 24 - Дәрігерлердің медициналық-әлеуметтік көмектің сапасын бақылау жүйесімен қанағаттанбау себептерінің құрылымы

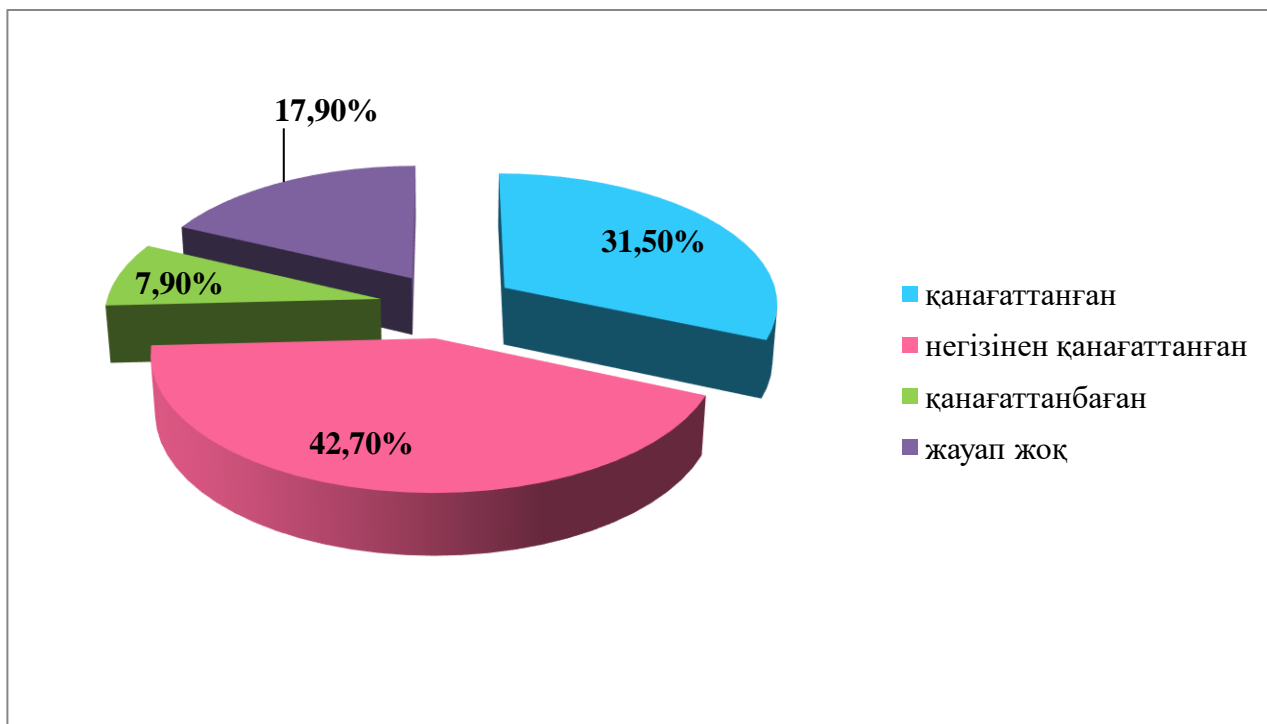
Дәрігер мен орта медициналық қызметкердің жұмыс тиімділігі көбінесе жұмыс орнының жабдықталуы мен ұйымдастырылуына байланысты. Сауалнамаға қатысқандардың жартысына жуығы 47,5% қанағаттанбаған, негізінен қанағаттанбаған-12,8%, негізінен қанағаттанған-29,7% және респонденттердің 10% мүлдем қанағаттанбаған (сурет 25).



Сурет 25 - Респонденттердің медициналық жабдыққа қанағаттану құрылымы

Респонденттердің пікірінше, қалалық емхананың медициналық персоналының жұмыс сапасына теріс әсер ететін негізгі факторлар: жүкті әйелдерді қабылдаудың шамадан тыс жүктелуі-58,7%, акушердің қабылдауда болмауы-24,6%, материалдық ынталандырудың жеткіліксіздігі-25,6%, медициналық жабдықтармен жарактандырудың жеткіліксіздігі-41,3%, диагностика мен емдеудің жаңа әдістерін енгізудің жеткіліксіздігі-11,4%.

Сауалнама деректері бойынша респонденттердің едәуір бөлігі еңбек жағдайлары мен ұйымдастырылуына толық қанағаттанбаған-31,5%, қанағаттанбаған-7,9%, негізінен қанағаттанған-42,7%, жауап беру қиынға соққан-17,9% (сурет 26).



Сурет 26 - Дәрігерлердің еңбек жағдайлары мен ұйымдастырылуына қанағаттануы

Біз зерттеген маңызды мәселелердің бірі-мекеменің тиімді жұмыс істеуі үшін маңызды болып табылатын консультация ұжымының мейірбике қызметкерлерінің қанағаттану дәрежесі. Респонденттердің шамамен 2/3 (65,4%) негізінен өз ұжымына, жартысы 52,3% кеңес беру әкімшілігіне қанағаттанатыны анықталды.

Біз медицина қызметкерлеріне арналған сауалнаманы әзірледік: "Сіз жүкті әйелдерді босануға дайындау кезінде медицина қызметкерлерінің жауапты адамы деп кімді санайсыз?"; "Сізде емханада жүкті әйелдерді босануға дайындауда көпсалалы тәсіл бар ма?"; "Жүкті әйелдерге босануға дайындалу үшін көмек қалай жүзеге асырылады?"; "Басқа мамандармен қарым-қатынасыңызды бағалаңыз ба?"; "Сіз жүкті әйелдерді босануға дайындау кезінде медицина қызметкерлерінің жауапты адамы деп санайсыз ба?" сұрақтары 20-кестеде көрсетілген.

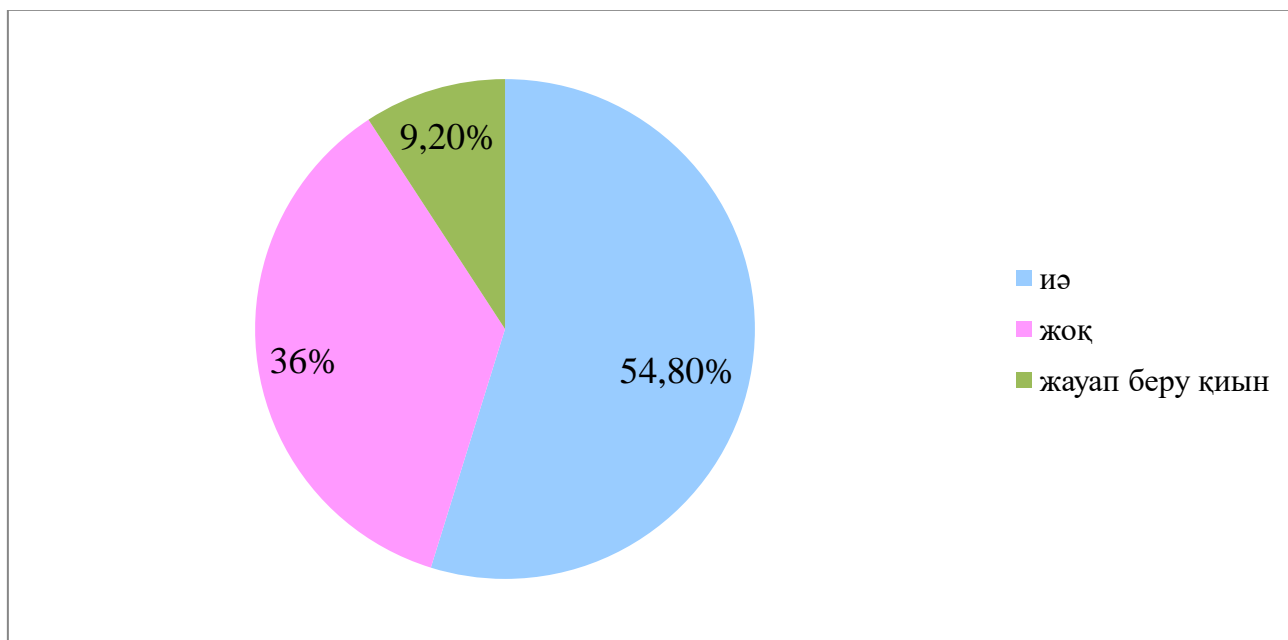
Кесте 20 - Жүкті әйелдерді босануға дайындау кезінде медицина қызметкерлерінің жауапкершілігін бөлу

Медицина қызметкерлері	Медицина қызметкерлерінің жауаптары	Абс.	%.
Акушер-гинекологтар	акушер-гинекологтар	35	79,5
	акушеркалар	2	4,6
	терапевт/ЖТД	-	-
	психологтар	7	15,9
	әлеуметтік қызметкер	-	-
Акушеркалар	акушер-гинекологтар	25	56,9
	акушеркалар	10	22,7
	терапевт/ЖТД	-	-
	психологтар	9	20,4
	әлеуметтік қызметкер	-	-
Уч. медсестра	акушер-гинекологтар	20	56,9
	акушеркалар	35	22,7
	терапевт/ЖТД	-	-
	психологтар	5	20,4
	әлеуметтік қызметкер	-	-
Терапевт/ЖТД	акушер-гинекологтар	20	83,4
	акушеркалар	-	-
	терапевт/ЖТД	2	8,3
	психологтар	2	8,3
	әлеуметтік қызметкер	-	-
Психологтар	акушер-гинекологтар	5	62,5
	акушеркалар	-	-
	терапевт/ЖТД	-	-
	психологтар	3	37,5
	әлеуметтік қызметкер	-	-
Әлеуметтік қызметкер	акушер-гинекологтар	7	87,5
	акушеркалар	-	-
	терапевт/ЖТД	-	-
	психологтар	1	12,5
	әлеуметтік қызметкер	-	-

Осы 19-кестеден көріп отырғанымыздай, медицина қызметкерлерінің көпшілігі жүкті әйелдердің босануына дайындауға акушер-гинекологтарды жауапты деп санайды, бұл орта есеппен 73,96% құрады, оның ішінде акушер-гинекологтардың өздері де бар. Өкінішке орай, психологтар, әлеуметтік қызметкерлер, сондай-ақ терапевт/ЖТД дәрігерлері жүкті әйелдерді босануға дайындауға жауапты адам деп есептеп, психологтардың тек 37,5%-ы және әлеуметтік қызметкерлердің 12,5%-ы, сондай-ақ 8,3%-ы терапевттер/ЖТД жүкті әйелдерді босануға дайындауға жауапты деп есептелген. Акушер-гинекологтардың ішінен жүкті әйелдерді босануға дайындауға психолог дәрігерлердің 20,4% жағдайда жауапты деп саналды. Бірде-бір сауалнамада "әлеуметтік қызметкер" жауабы тіркелмеген, бұл жүкті әйелдерге және жалпы

отбасына репродуктивті кезеңде әлеуметтік және психологиялық көмек көрсету бойынша денсаулық сақтау мекемелері мен әлеуметтік қызметтер жұмысының төмен тиімділігін дәлелдейді.

"Сізде емханада жүкті әйелдерді босануға дайындауда көпсалалы тәсіл бар ма?", "иә" деп жауап берді"-114 (54,8%), 75 (36%) респонденттер "жоқ" деп жауап берді және жауап беруі қиынға соққандар саны-19 (9,2%) (сурет 27).

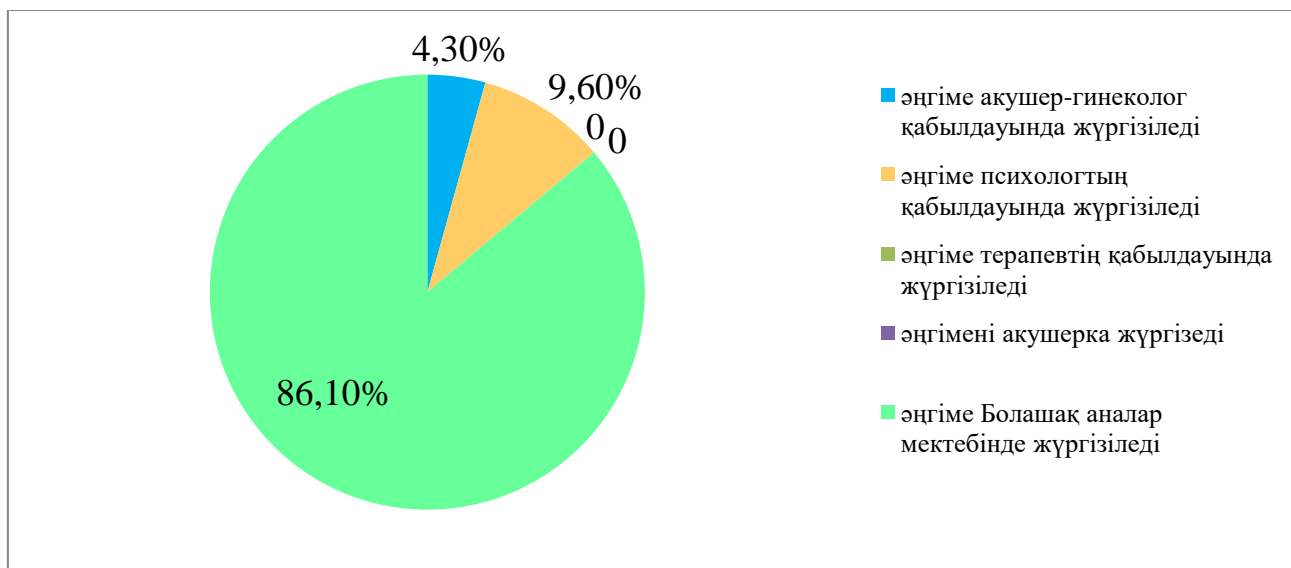


Сурет 27 - «Сіздің емханада жүкті әйелдерді босануға дайындауда көпсалалы тәсіл бар ма?» сұрағының жауаптарын бөлу

"Жүкті әйелдерге босануға дайындалу үшін көмек қалай жүзеге асырылады?" жауап нұсқалары: "акушер-гинекологтың қабылдауында әңгіме өткізіледі", "психолог дәрігердің әңгімесі өткізіледі", "терапевт дәрігердің әңгімесі өткізіледі", "акушердің әңгімесі өткізіледі", "болашақ аналардың мектептерінде әңгіме өткізіледі", онда респонденттердің көпшілігі 86,1% жағдайда болашақ аналардың мектептерінде жүкті әйелдерге көмек көрсетіледі деп жауап берді. "Акушер-гинекологтың әңгімесі"- 9 (4,3%), "психологтың әңгімесі" - 20 (9,6%) жағдайда респонденттерді атап өтті. Терапевттердің/ЖПД, акушерлердің және әлеуметтік қызметкерлердің рөлі біздің зерттеуіміздің осы мәселесі бойынша тіркелген жоқ (сурет 30).

"Жүкті әйелдерге босануға дайындалу үшін көмек қалай жүзеге асырылады?" деген сұраққа жауап нұсқалары: "акушер-гинекологтың қабылдауында әңгіме өткізіледі", "психолог дәрігердің әңгімесі өткізіледі", "терапевт дәрігердің әңгімесі өткізіледі", "акушердің әңгімесі өткізіледі", "болашақ аналардың мектептерінде әңгіме өткізіледі" деген болды. Онда респонденттердің көпшілігі болашақ аналардың мектептерінде жүкті әйелдерге көмек көрсетіледі деп - 86,1% жағдайда жауап алынды. Жауап "акушер-гинекологтың әңгімесі" 9 (4,3%), "психологтың әңгімесі" 20 (9,6%) жағдайда

респонденттердің атап өткенін айқындады. Терапевттердің/ЖТД, акушерлердің және әлеуметтік қызметкерлердің рөлі біздің зерттеуіміздің осы мәселесі бойынша тіркелген жоқ (сурет 28).



Сурет 28 - Сұраққа жауаптарды бөлу "Жүкті әйелдерге босануға дайындалу үшін көмек қалай жүзеге асырылады?"

"Басқа мамандармен қарым-қатынасыңызды бағалаңыз?" деген сұраққа осы зерттеудің респонденттері 198 (95,1%) "жақсы" деп жауап берді, ал 10 (4,9%) жағдайда басқа мамандармен қарым-қатынасын "жақсыға жақынырақ" деп бағалады (сурет 29).



Сурет 29 - "Басқа мамандармен қарым-қатынасыңызды бағалаңыз?" сұрағына жауаптарды бөлу

Түйіндеме. Осылайша, зерттеудің осы кезеңінде мамандардың жас құрамы 30-35 жаста - 44,9%, 40-50 жаста-38,4% және 50-60 жаста - 16,7% екені анықталды. Орта медицина қызметкерлері 30-40 жас аралығындағы (35,6%), 16-20 жыл жұмыс өтілі бар мамандар басым болды.

Біздің зерттеуіміздің материалдары бойынша аттестацияланған дәрігерлер саны 80,8% құрады, оның ішінде жоғары санаты бар дәрігерлер - 36,0%, біріншісі - 44,8%. Ал орта медицина қызметкерлері арасында 66,4% аттестацияланған, оның ішінде жоғары санатты-25,1%, бірінші 27,2%, екінші-14,1%.

Соңғы 5 жылда (2014-2019 жж.) 3 (7,5%) дәрігер мен 6 (13,6%) орта медицина қызметкері біліктілігін арттырмағаны айқындалған.

Сауалнамаға қатысқан дәрігерлердің жартысынан көбі (68,4%) мынадай білім салаларында кәсіптік даярлықты жетілдіру қажеттілігін атап өтті: диагностиканың, емдеудің және профилактиканың жаңа әдістерін зерделеу және практикаға енгізу, клиникалық фармакология жаңалықтары (32,7%); тақырыптық жетілдіру (29,8%); әлеуметтік-құқықтық мәселелер (16,2%); зерттеу және клиникалық жағдайларды талдау (10,8%).

Сауалнама деректері бойынша біліктілікті арттыру жүйесі респонденттердің 73,8% - толық қанағаттандырғанын, 22,6% - толық қанағаттандырмағанын, 3,5% - мүлдем қанағаттандырмағанын айқындаған.

Медициналық-әлеуметтік көмектің қандай стандарттарын білетініңізді атаңыз деген сұраққа жүргізілген сауалнамаға сәйкес келесі жауаптар алынды: дәрігерлердің жартысы (49,5%) жауап беруде қиындықтарға тап болды. Осы стандарттардың сақталуын көрсетті: 32,7% - толық көлемде, ішінара 35,1%, респонденттердің 32,2% - ы жауап беруден бас тартты.

Медициналық көмектің сапасын қамтамасыз етуге кім қатысуы тиіс деген сұраққа мынадай жауаптар алынды: 52,4% - барлық медицина қызметкерлері, 23,7% - консультация меңгерушілері, дәрігерлер.

Сауалнамалардың деректері бойынша Медициналық-әлеуметтік көмектің сапасын бақылаудың қолданыстағы жүйесі респонденттердің 35,7% - қанағаттандырылған, 22,8% - қанағаттандырылмаған, 41,5% - ы жауаптардан бас тартқан. Қанағаттанбаудың негізгі себептері: дәрігерлердің сарапшылармен бағалауының объективтілігінің болмауы - 27,5%, емдеу процесінде бақылаудың болмауы - 25,3%, артық құжаттаманың шамадан тыс жүктелуі - 23,8%, бақылау жүйесі мәселелері бойынша білімнің жеткіліксіздігі - 23,4%.

Кеңес беруді медициналық жабдықтармен жабдықтау сауалнамаға қатысқандардың жартысына жуығы - 47,5%, негізінен - 12,8% қанағаттандырылды, толық қанағаттандырылды-29,7% және респонденттердің 10% қанағаттанбады.

Респонденттердің пікірінше, қалалық емхананың медициналық персоналының жұмыс сапасына теріс әсер ететін негізгі факторлар: жүкті әйелдерді қабылдаудың шамадан тыс жүктелуі-58,7%, акушердің қабылдауда болмауы - 24,6%, материалдық ынталандырудың жеткіліксіздігі - 25,6%,

медициналық жабдықтармен жарақтандырудың жеткіліксіздігі - 41,3%, диагностика мен емдеудің жаңа әдістерін енгізудің жеткіліксіздігі - 11,4%.

Сауалнама деректері бойынша респонденттердің едәуір бөлігі еңбек жағдайлары мен ұйымдастырылуына толық қанағаттанбаған - 31,5%, қанағаттанбаған - 7,9%, негізінен қанағаттанған - 42,7%, жауап беру қиынға соққан - 17,9% (сурет 31).

Біз зерттеген маңызды мәселелердің бірі-мекеменің тиімді жұмыс істеуі үшін маңызды болып табылатын консультация ұжымының мейірбике қызметкерлерінің қанағаттану дәрежесі. Респонденттердің шамамен 2/3 (65,4%) негізінен өз ұжымына, 52,3% кеңес беру әкімшілігіне қанағаттанатыны анықталған.

Біздің медицина қызметкерлері үшін әзірленген сауалнамамыздың негізгі сұрақтары келесідей: *"Сіз жүкті әйелдерді босануға дайындау кезінде медицина қызметкерлерінің жауапты тұлғасы деп санайсыз?"; "Сізде емханада жүкті әйелдерді босануға дайындауда көпсалалы тәсіл бар ма?"; "Жүкті әйелдерге босануға дайындалу үшін көмек қалай жүзеге асырылады?"; "Басқа мамандармен қарым-қатынасыңызды бағалаңыз?"*.

Медицина қызметкерлерінің көпшілігі жүкті әйелдерді акушер-гинекологтардың босануына дайындауға жауапты деп санайды, бұл орташа есеппен 73,96% құрады, оның ішінде акушер-гинекологтардың өздері де бар. Өкінішке орай, психологтар, әлеуметтік қызметкерлер, сондай-ақ терапевт/ЖТД дәрігерлері жүкті әйелдерді босануға дайындауға жауапты адам-бұл акушер-гинеколог деп жауап берді, психологтардың тек 37,5% - ы және әлеуметтік қызметкерлердің 12,5% - ы, сондай-ақ 8,3% - ы терапевттер/ЖТД жүкті әйелдерді босануға дайындауға жауапты деп есептеген. Акушер-гинекологтардың ішінен жүкті әйелдерді босануға дайындауға психолог дәрігерлердің 20,4% жағдайда жауапты деп саналды. Бірде-бір сауалнамада "әлеуметтанушы" жауабы тіркелмеген, бұл жүкті әйелдерге және жалпы отбасына репродуктивті кезеңде әлеуметтік және психологиялық көмек көрсету бойынша денсаулық сақтау мекемелері мен әлеуметтік қызметтер жұмысының төмен тиімділігін дәлелдейді.

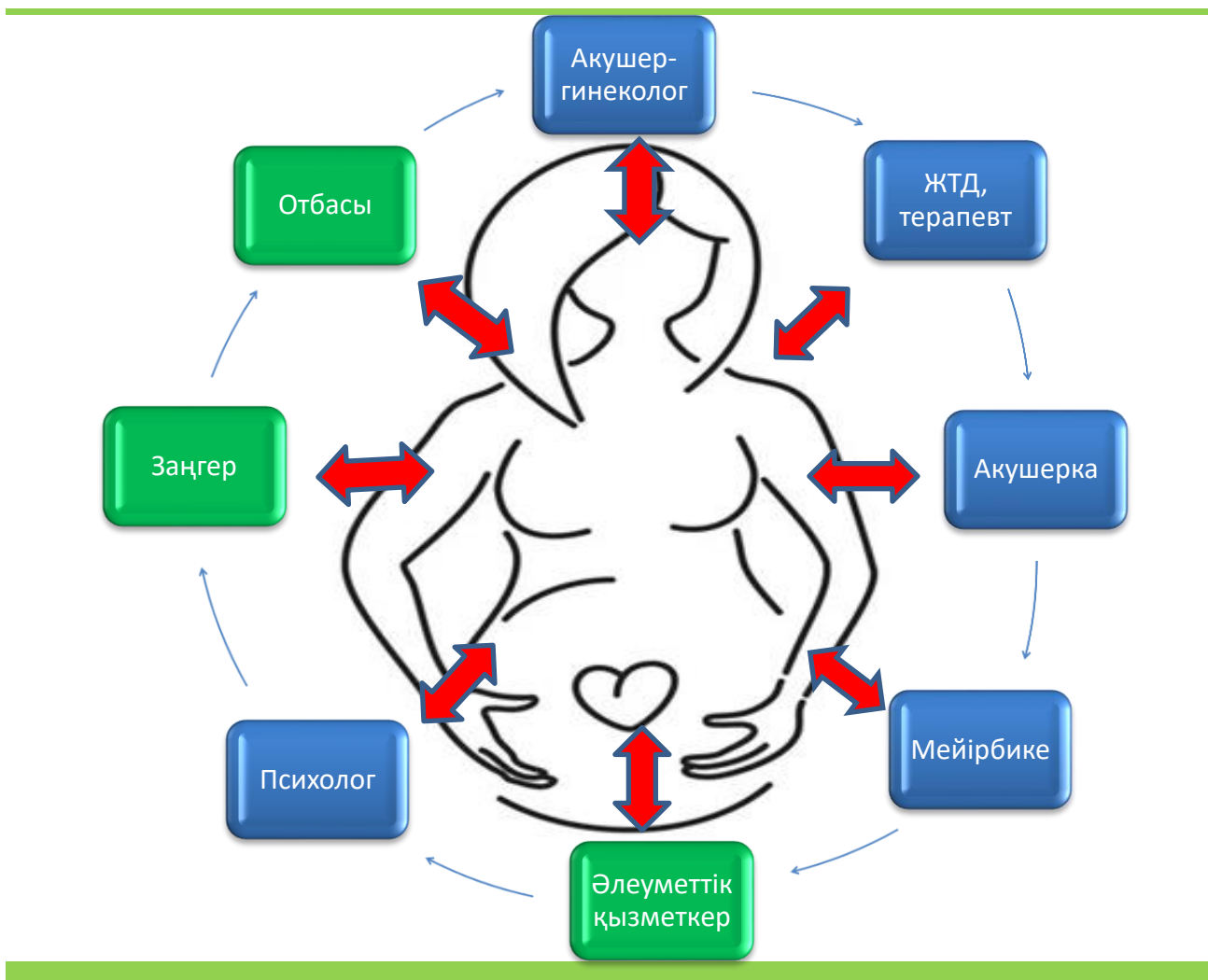
Дәрігерлердің сауалнамасының нәтижелері көрсеткендей, емханада жүкті әйелдерді босануға дайындауда 54,8% көпсалалы тәсіл бар екенін айқындап, 9,2% жауап беруден бас тартқан.

Респонденттердің пікірінше, жүкті әйелдерді босануға дайындау болашақ аналардың мектептерінде - 86,1% жағдайда жүзеге асырылуы тиіс.

Осы зерттеудің респонденттері МСАК-тың басқа мамандарымен қарым-қатынастарын 95,1% жағдайда жақсы деп белгілейді.

"Алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 24 тамыздағы №ҚР ДСМ-90 бұйрығына, сондай-ақ "Алматы қаласының Денсаулық сақтаудың көпсалалы командасы туралы" Қоғамдық денсаулық сақтау басқармасының 21.10.2021 жылғы №378 бұйрығына сәйкес халыққа медициналық, әлеуметтік, психологиялық және заң қызметтері, басқалармен

қатар жүкті әйелдерді босануға дайындау үшін медициналық ұйымдардағы барлық мамандар арасындағы сабақтастықты қамтуы керек. Алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету қағидаларына сәйкес жүкті әйелдерді динамикалық бақылау кезінде МСАК және стационар мамандары көпсалалы топты қамтамасыз етуі тиіс. Жоғарыда аталған міндеттерді шешу жүкті әйелдерді босануға дайындауды жүзеге асыратын интеграцияланған модель ретінде көпсалалы бригадалардың қызметімен мультидисциплинарлық тәсіл болып табылады. Жүкті әйелдерді босануға дайындауға арналған көпсалалы топтың мысалы 30-суретте көрсетілген.



Сурет 30 – Жүкті әйелдерді босануға дайындаудағы мультидисциплинарлы әдіс моделі

Кесте 21

Акушер-гинеколог	ЖТД, терапевт	Акушерка	Мейірбике	Әлеуметтік қызметкер	Психолог	Заңгер	Отбасы
<p>-Ұжымның жұмысын үйлестіреді;</p> <p>-Жүкті әйелдің проблемалары мен қажеттіліктерін бағалайды;</p> <p>-Емдеуді тағайындайды және түзетеді;</p> <p>-Медициналық манипуляциялар жасайды;</p> <p>-Қажет болған жағдайда басқа мамандардан тұратын командаларды тартады</p>	<p>-Жүкті әйелдерге экстрагенитальды патология (жүктіліктің гинекологиялық және акушерлік асқынулары болып табылмайтын аурулар) бойынша кеңес береді.</p>	<p>-Жүкті әйелдерге дәрігерге дейінгі көмек көрсетеді;</p> <p>-Алдын ала диагнозды және жүктілік мерзімін белгілейді;</p> <p>-Қалыпты босануды жүргізеді;</p> <p>-Ұйымдастыру-емдеу шараларын жүргізіп отырып, жүкті әйелдерді, босанған әйелдерге медициналық тексеруді және патронажды</p>	<p>-Жүкті әйелдерді тексеру;</p> <p>-Жүкті әйелдердің жағдайын бағалау және қажеттіліктерін анықтау (науқастың проблемалары);</p> <p>-Мейірбике күтімін жоспарлау;</p> <p>-Мейірбикелік күтімді ұйымдастыру және жүзеге асыру;</p> <p>-Мейірбикелік күтімнің тиімділігін мейірбикелік талдау (науқастың мәселелерін талдау және аурудан кейінгі профилактика және реабилитация бойынша ұсыныстар).</p>	<p>-Әлеуметтік қызметкер әлеуметтік қорғау органдарымен және басқа да мүдделі ұйымдармен бірлесіп жұмыс істейді;</p> <p>-Қиын өмірлік жағдайға тап болған әйелдерді анықтайды және оларға қолдау көрсетеді;</p> <p>-Әлеуметтік қызметтерге қол жетімділікті қамтамасыз етеді</p> <p>-Жүкті әйелдерге берілетін әлеуметтік көмек қызметтерін алу үшін құжаттарды дайындауға көмек береді</p>	<p>- Әйелдің психоэмоционалдық жағдайын бағалайды;</p> <p>- Психологиялық кеңестер, психологиялық түзету және алдын алу жұмыстарын жүргізеді.</p> <p>-Жүкті әйелдің отбасына психологиялық қолдау жұмыстарын жүргізеді</p>	<p>-Әйелдерге заңгерлік кеңес береді;</p> <p>-Заң нормалары, әлеуметтік қолдаудың жекелеген шараларына құқықтары туралы кеңес береді</p>	<p>-Әйелді құнарлы тамақпен қамтамасыз ету;</p> <p>-Оның қоршаған ортасын эмоционалды сау ету;</p> <p>-Егер оның көңіл-күйі өзгеріп, мазасызданса, шыдамды болу;</p> <p>-Жүктілік кезінде оған толық қолдау көрсету</p>

		жүргізеді.					
--	--	------------	--	--	--	--	--

5 ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІ БОСАНУҒА ДАЙЫНДАУ КЕЗІНДЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРЛЫҚ ТӘСІЛ ЖҮЙЕСІН ОҢТАЙЛАНДЫРУ ҮШІН МЕДИЦИНАЛЫҚ-ҰЙЫМДАСТЫРУ ІС-ШАРАЛАРЫНЫҢ НЕГІЗДЕМЕСІ

5.1 Акушер-гинекологтардың, учаскелік терапевттердің, психологтардың, әлеуметтік қызметкерлердің, орта медицина қызметкерлерінің, заңгерлердің жүкті әйелдерді босануға дайындау бойынша өзара байланысын жетілдіру

Құзыреттілікпен, уақытылықпен және сабақтастықпен қатар босанудың сәттілігінің айқын шарттары барлық медициналық персоналдың жұмысының үйлесімділігі болып табылады [184,185].

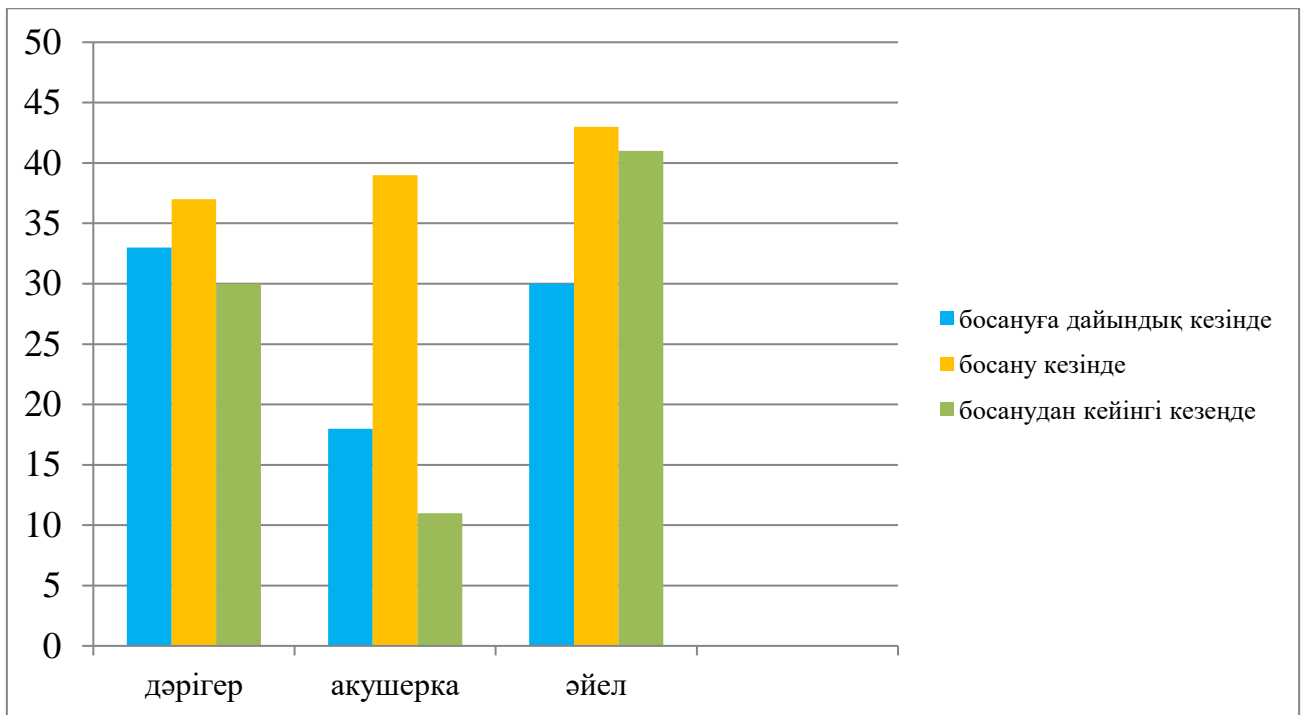
Медициналық қаіп-қатерлерді басқару саласындағы зерттеулер медициналық персоналдың команданың тиімді үйлестірілген жұмысына ықпал ететін жаңа дағдыларды дамыту қажеттілігіне қызығушылықтың артып келе жатқанын көрсетеді. Зерттеу авторларының пікірінше, мұндай қызмет науқастарды емдеудің сапасы мен тиімділігін арттыруға, қызметкерлердің жұмысқа қанағаттануын арттыруға, сондай-ақ олардың физикалық және эмоционалдық сарқылуын, кәсіби күйіп қалуын азайтуға немесе алдын алуға мүмкіндік береді [186,187].

Қазіргі уақытта командалық жұмыс дағдыларын қалыптастыру үшін жеткілікті технологиялар бар, бірақ олар жоғары мамандандырылған. Әдетте, тиімді командаларды құру бойынша теориялық және практикалық ұсыныстар бизнес және менеджмент салаларына бағытталған [188]. Қазіргі әдебиеттерде медициналық персоналдың топтық жұмысын жақсартуға бағытталған бағдарламалар салыстырмалы түрде аз. Әдетте, бағдарламалар тек бір, қатаң белгіленген медициналық бағытқа бейімделген. "Акушерлік" бағыты бойынша бағдарламалардың тапшылығы бар.

Көптеген зерттеулер көрсеткендей, клиникалық оқыту әдісі ретінде медициналық персоналды тәжірибелік оқытудың тиімді технологияларының бірі модельдеу тренингі болып табылады [189]. Сонымен қатар, оқытуда маңызды рөл жергілікті модельдеуге (in-situ simulation) беріледі [190].

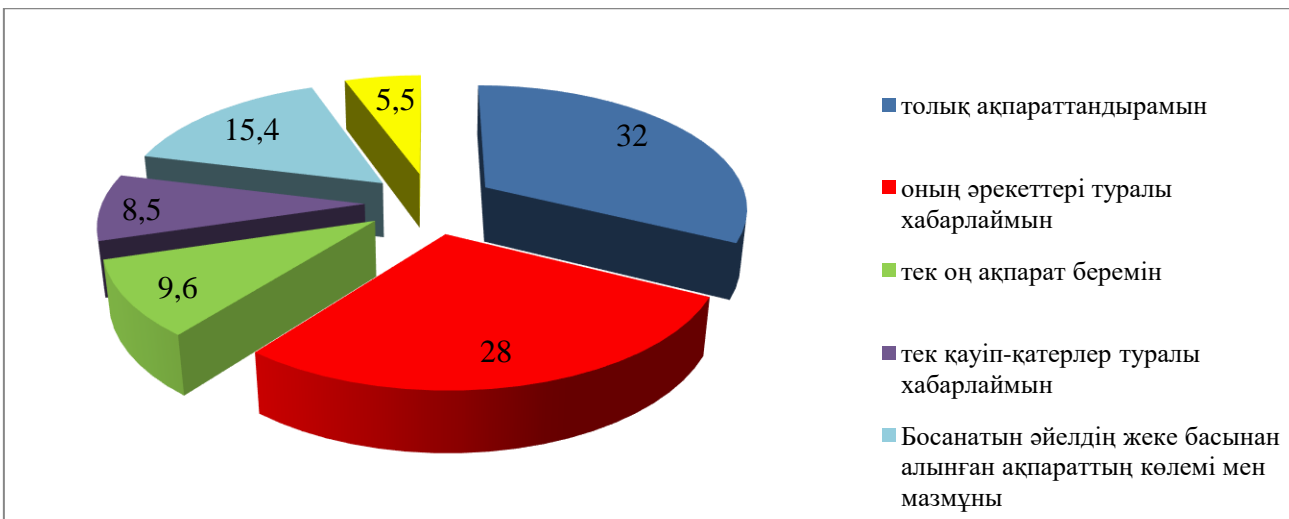
Зерттеудің бұл кезеңінің мақсаты босану кезінде әйелдер денсаулығын сақтауға қатысушылардың ұжымдық өзара әрекеттесу мәселелерін зерттеу болды. Бұл мәселені зерттеу (жағдайды талдау) Қазақстанда акушер-гинекологтар мен акушер-гинекологтардың орнында симуляциялық оқытуды дамытудың бастапқы кезеңі болып табылады.

Әлбетте, акушер-гинекологтардың қалауы көбінесе жүктілік жағдайымен емес, әйел мен дәрігер біртұтас әрекет етуі керек босану жағдайымен анықталады және дәрігердің нұсқауларын орындау пациентке кездейсоқ қауіптерден аулақ болуға көмектеседі. Сондықтан дәрігерлер көп жағдайда босанудың сәттілігіне өздерін жауапты деп санайды, бірақ барлық кезеңдердегі ең маңызды тұлға – пренатальды, босану және босанғаннан кейінгі әйелмен бірдей (сурет 31).



Сурет 31 - Дәрігерлердің рөлдерді үш кезеңге бөлу туралы пікірі – пренатальды, босану және босанғаннан кейінгі

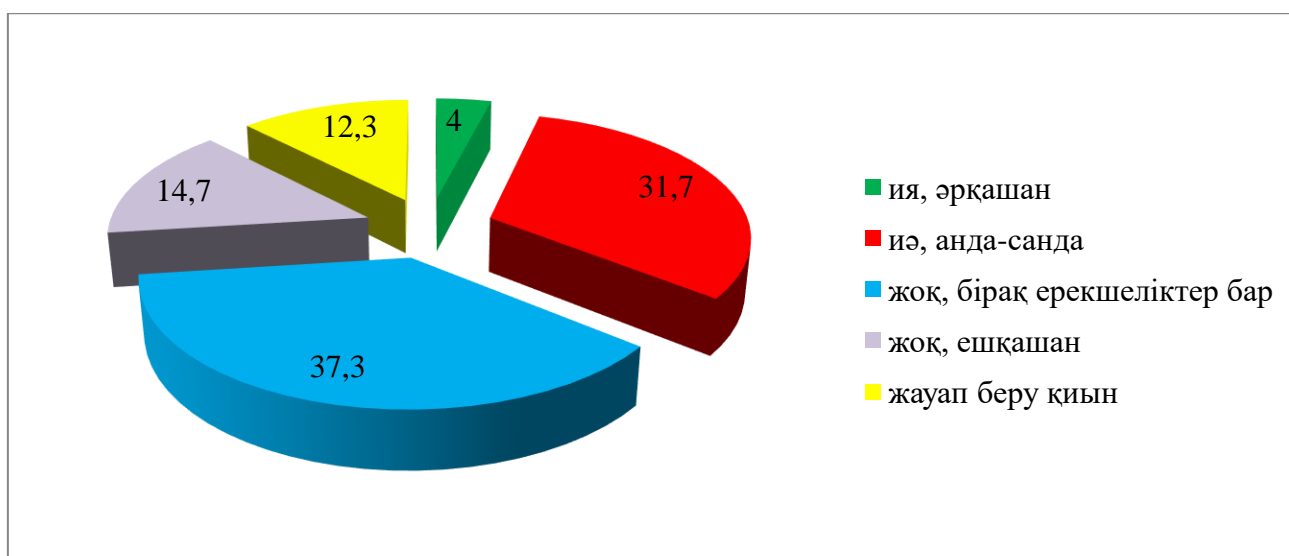
Бірақ әйелдің дәрігердің басшылығымен босануға белсенді қатысуы, егер ол жағдайды жақсы түсінсе және не істеу керектігін білсе ғана қамтамасыз етілуі мүмкін. Сондықтан пациенттерді хабардар ету бүкіл босану кезеңдерінде маңызды болып табылады. Бірақ дәрігер екі стратегияны тандай алады, біріншісі - "жұмсақ" патернализм, алқалылықпен үйлеседі, яғни нәрестенің дені сау болып туылуына көмектесу үшін не күтіп тұрғаны және өзін қалай ұстау керектігі туралы толық және сенімді ақпарат. Мұндай стратегия әйел босану кезінде өзін саналы түрде ұстайтындықтан ғана емес, дәрігер оған көмектеседі, олар өзара түсіністік негізінде әрекет етеді. Әйелді мұқият ақпараттандырудың тағы бір мағынасы бар. Ол әр түрлі ақпарат көздері тудыратын қазіргі заманғы "ақпараттық шу" босанған әйелдердің бағытын өзгертеді. Олар интернеттен босану процесі туралы ақпарат іздейді, босанған таныстарынан, туыстарынан, көбінесе өз анасынан сұрайды, тексерілмеген ақпаратқа оң жауап береді. Нәтижесінде, босану кезіндегі мінез-құлық стратегиясы туралы нақты түсінік қалыптаспайды және дәрігердің міндеті-әйелге артық және/немесе жалған ақпаратты тастауға, өз әрекеттерінің ішкі логикасын ұсынуға көмектесу. Әйелді босануға дайындау кезінде акушер-гинеколог жүгіне алатын екінші стратегия - "қатал" патернализм. Бұл жағдайда босанған әйелге қойылатын талап-дәрігердің нұсқауларына қатаң бағыну. Акушер-гинеколог үшін бұл стратегияның артықшылықтары айқын – ол босануды жүргізеді, әр сәтке жауап береді, жеке шешім қабылдайды, сондықтан әйелдің толық бағынуы осы шешімдердің орындалуына кепілдік береді (сурет 32).



Сурет 32 - Дәрігерлердің босанатын әйелдердің хабардар болуына қатынасы

Осылайша, акушер-гинекологтардың шамамен үштен бірі (32%) босанған әйелге босану процесі және оның оған қатысуы туралы толық ақпарат беруді жөн көреді. Респонденттердің жартысынан азы (43,4%) әйелді толық хабардар ету қажет деп санайды, бірақ босану біртұтас процесс ретінде емес, ол үшін маңызды деп санайтын сәттер туралы. Дәл үштен бірі (33,3%) жағдайға байланысты әрекет етеді. Респонденттер бірнеше жауап нұсқаларын атап өтуі мүмкін болғандықтан, біз ақпараттың көлемі мен мазмұны пациенттің жеке басына байланысты деп санайтын дәрігерлердің 8,5%-ы оны қауіптер туралы хабардар етуді жөн көретініне назар аудардық. Респонденттердің 11,2%-ы екі жауапты таңдады: әрекет туралы ақпарат және тек оң ақпарат. Толық ақпарат бергендердің 9,6%-ы да оң ақпарат беру опциясын таңдады.

Осылайша, дәрігерлер пациентке берілген ақпаратқа қатысты өте ұстамды ұстанымға ие. Бірақ олар оны пайдалана алмайды деп сенуі мүмкін (сурет 33).



Сурет 33 - Дәрігерлердің әйелдің босану кезінде шешім қабылдау қабілеті туралы пікірлері

Бірден айта кетейік, негізінен жас дәрігерлер теріс жауаптар берді, олардың тағылымдамадан өткен әріптестері анағұрлым ұстамды болды және босанған әйелдерге көбірек сенді. Бірақ тұтастай алғанда, акушер-гинекологтар әйелді босану процесінің басты кейіпкері деп санаса да, жоғарыда айтқанымыздай, оның барабар шешім қабылдау қабілетіне сенуге бейім емес. Шамасы, сондықтан олар пациентке алдағы процесс туралы барынша толық ақпарат беру мәселесінде біршама күмәнмен қарады.

Сонымен қатар, респонденттердің тек 30%-ы дәрігерлерге пациенттерге беруі керек ақпарат көлемін айтпағанына наразылық білдірді (сурет 34).



Сурет 34 - Акушер-гинекологтардың ақпараттандырылған келісім (АК) нысаны туралы пікірлері

Дәрігерлердің көпшілігі ақпараттандырылған келісімнің (АК) қолда бар түріне қанағаттанғанын білдірді, бірақ бұл көпшілік респонденттердің үштен бірінен сәл астамын құрайды (37,5%), сол сияқты (30%) пациенттің міндеттері жазылмағандықтан, қолда бар құжатқа қанағаттанбайды. Бұл әсіресе әйел қабілетсіз мінез-құлық көрсеткен жағдайларда дәрігерлерді алаңдатады. Бұл мәселеге наразылықты босанудың нәтижесі, ең алдымен, әйелге байланысты деп санайтын дәрігерлер білдіргенін бірден көрсетейік.

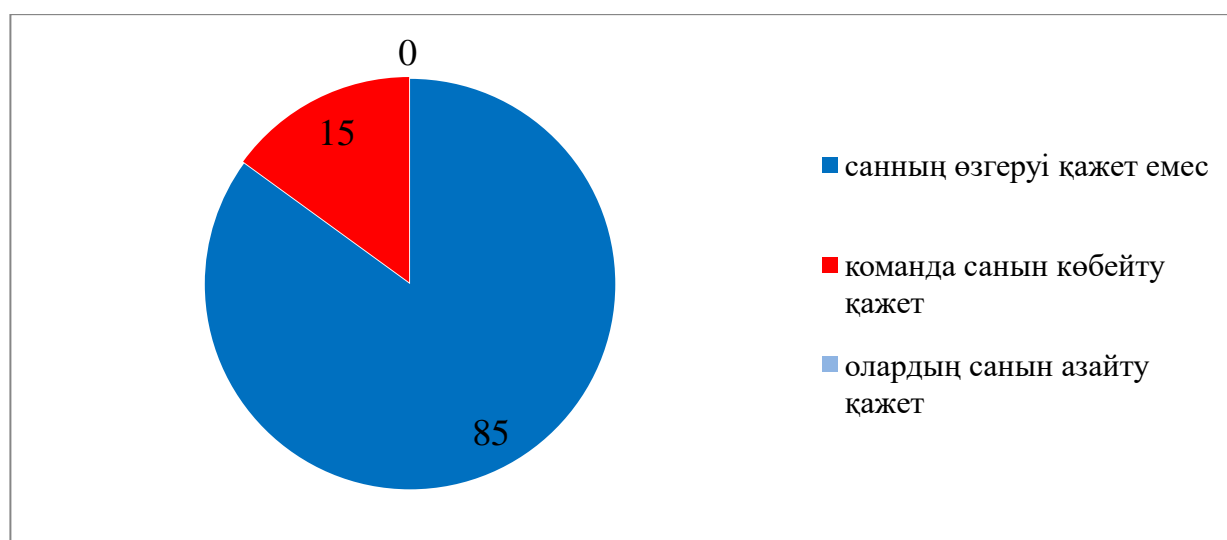
Респонденттердің жауаптарынан көрініп тұрғандай, ақпараттандырылған келісімді алудың ең маңызды кезеңі-әйелге дәрігер берген ақпараттың мазмұны. Акушерлік-гинекологиялық практикадағы бұл процестің ерекшелігі - әрбір ақпараттық блок белгілі бір ұсыныстармен аяқталады. Егер дәрігер оларды бермесе, бұл әйелдің өз проблемаларында бағдарсыздықты тудыруы мүмкін, бұл жүкті әйелдер мен босанған әйелдер үшін өте жағымсыз. Егер дәрігер ұсыныстар берсе, онда әйел оларды орындай алады немесе орындамауы

мүмкін. Соңғы жағдайда ол ақпараттандырылған келісімге қол қоймайды немесе кейіннен сәйкессіздік танытады. Әйелдің мінез-құлқы мен көңіл-күйі көбінесе ұсыныстардың сипаты мен мазмұнына байланысты болады, сондықтан біз респонденттерден пациенттеріне босануға дайындалу үшін не ұсынатынын сұрадық (кесте 22).

Кесте 22 - Босануға дайындық процесінде пациенттердің хабардарлығын арттыру үшін дәрігерлердің ұсыныстары

Ұсыныстар	Абс.	%
Жүктілік және босану туралы танымал әдебиеттер (тек дәрігердің ұсынысы бойынша)	24	60
Босануға дайындық курстары	38	95
Интернет көздері (тек дәрігердің ұсынысы бойынша)	12	30
Ештеңе оқымаңыз, ешкімді тыңдамаңыз және дәрігерге толық сеніңіз	26	65
Салауатты өмір салтын ұстаныңыз және ағзаңызға толықтай сеніңіз	9	22,5
Анасымен және босану тәжірибесі бар жақын адамдарымен кеңесу	11	27,5
Жүкті әйелдің күнделігін жүргізіңіз (еркін түрде) және оны дәрігерге таныстырыңыз	5	12,5
Жүктілікке дейінгі өмір салтын ұстану	32	80
Егер әйел олар туралы сұраса ғана ұсыныстар беремін	14	35
Мен медициналық көмек көрсету стандарттарына сәйкес қатаң ұсыныстар беремін	31	77,5
Мен жүкті әйелдің жеке басына және оның өмірлік жағдайына сәйкес ұсыныстар беремін	17	42,5
Басқа (жазыңыз)	2	5
Жауап беру қиын	7	17,5

35-суретте зерттеу респонденттерінің жауаптарын бөлудің гистограммалары көрсетілген (N = 80 медицина қызметкері).



Сурет 35 - Команда санының өзгеру талабына байланысты респонденттердің жауаптарын бөлу

Сауалнамаға сәйкес, сауалнамаға қатысқандардың $85,0 \pm 3,99\%$ -ы қазіргі акушер-гинекологтар тобына құрамның өзгеруін қажет етпейді деп санайды. Респонденттердің $15,0 \pm 3,99\%$ -ы акушер-гинекологтар тобының санын көбейту қажеттілігі туралы пікір білдірді. Акушер-гинекологтар тобының санын азайту (кіші топтарға бөлу) қажеттілігін көрсететін жауаптар жоқ.

Респонденттердің $62,5 \pm 5,41\%$ -ы топ қолданатын босану технологияларының тиімділігі "орташа" деңгейге сәйкес келеді деп санайды, сауалнамаға қатысқандардың $31,3 \pm 5,18\%$ -ы тиімділік "жоғары" және акушер-гинекологтардың $6,3 \pm 2,72\%$ -ы өздері қолданатын босану технологияларының тиімділігі "төмен" деп санайды.

Сауалнамаға қатысқандардың $82,5 \pm 4,25\%$ -ы акушер-гинекологтар мен акушер-гинекологтар арасында командалық міндеттер әділ бөлінген деп санайды және сәйкесінше сауалнамаға қатысқандардың $17,5 \pm 4,25\%$ - ы керісінше деп санайды.

Командада орындалған әрекеттер үшін жауапкершілік сезімі туралы сұраққа респонденттердің $25,0 \pm 4,84\%$ -ы "жеке жауапкершілікті сезінеміз" деп жауап берді, сауалнамаға қатысқандардың $8,8 \pm 3,17\%$ -ы "бірлескен жауапкершілікті сезінеміз" деп жауап берді, ал акушер-гинекологтардың $66,3 \pm 5,28\%$ -ы "жеке және бірлескен жауапкершілікті сезінеміз" деп жауап берді.

Сауалнамаға қатысқандардың $27,5 \pm 4,99\%$ сәйкес акушер-гинекологтар тобының бірлігі 5 ұпайға сәйкес келеді. Респонденттердің $42,5 \pm 5,53\%$ ұйымшылдық 4 баллға, респонденттердің $18,8 \pm 4,37\%$ ұйымшылдықты 3 баллға және $11,3 \pm 3,54\%$ 2 баллға бағалады деп санайды.

Акушер-гинекологтар тобындағы сенім деңгейі де бағаланды. 5 баллға респонденттердің $42,5 \pm 5,53\%$ сенім деңгейі, 4 баллға – $32,5 \pm 5,24\%$, 3 баллға – $16,3 \pm 4,13\%$, 2 баллға – $8,8 \pm 3,17\%$ бағаланды.

23-кестеде медицина қызметкерлерінің мамандығын ($n=40$ дәрігер және $N=40$ акушер) және Стьюденттің t-тест статистикасының нәтижелерін ескере отырып, олар қойған сұрақтарға жауаптарын бөлу бойынша деректер келтірілген.

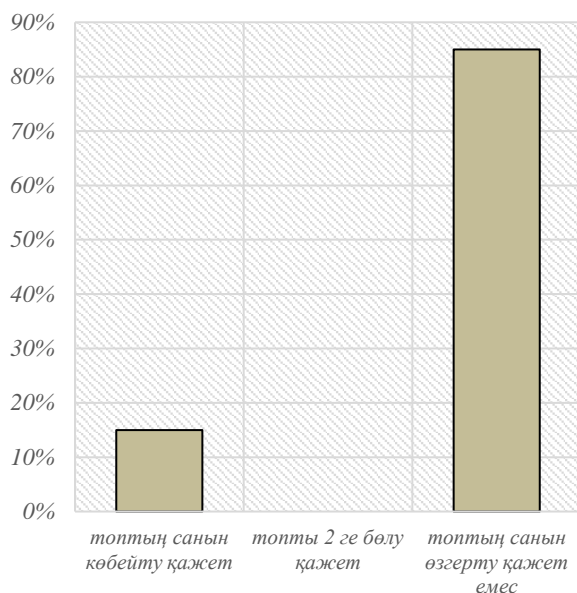
Дәрігерлер мен акушерлердің пікірлері команда санын өзгерту қажеттілігіне қатысты мәселелерде ($p > 0,05$), топ пайдаланған технологиялардың тиімділігін бағалау мәселелерінде ($p > 0,05$), командада орындалатын іс-әрекеттер үшін жауапкершілікке қатысты мәселелерде ($p > 0,05$), сондай-ақ командада орындалатын іс-әрекеттер үшін жауапкершілікке қатысты мәселелерде бірдей екенін атап өткен жөн ($p > 0,05$).

Акушерлер мен дәрігерлердің командадағы міндеттерді бөлудің әділдігін бағалау мәселелеріндегі жауаптарындағы статистикалық маңызды айырмашылықтар анықталды: міндеттерді бөлуді әділетсіз деп санайтын акушерлердің үлес салмағы да есептейтін дәрігерлердің үлес салмағынан $3,7$ есе көп ($27,5 \pm 7,06\%$ қарсы $7,5 \pm 4,16\%$; $t=2,440$, $p \leq 0,05$).

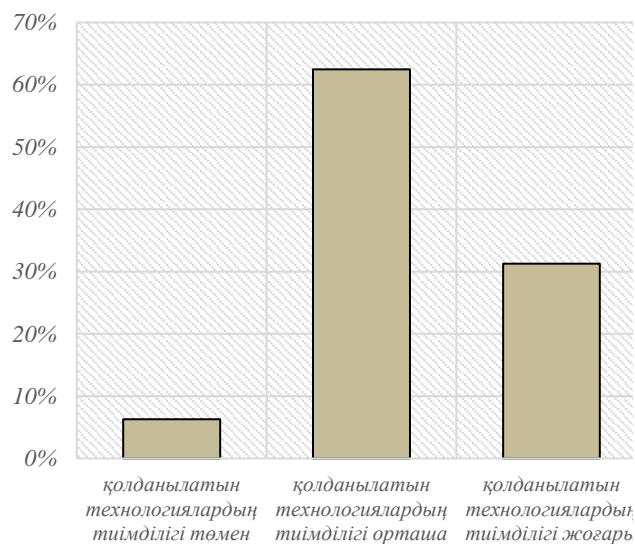
Акушерлер мен дәрігерлердің командадағы сенім деңгейін бағалауы да айтарлықтай ерекшеленеді: төмен сенім деңгейін көрсеткен акушерлердің үлес

салмағы (2 балл) дәрігерлердің ұқсас үлес салмағымен салыстырғанда 6 есе көп (15±5,65% қарсы 2,5±2,47%; t=2,029, p≤0,05).

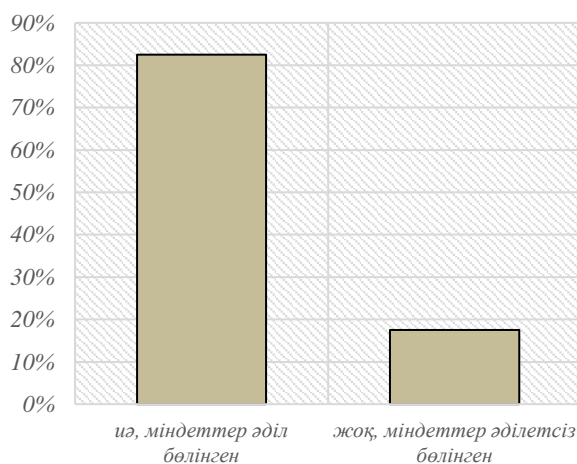
Мультидисциплинарлы топтың санын көбейту немесе азайту қажет пе?



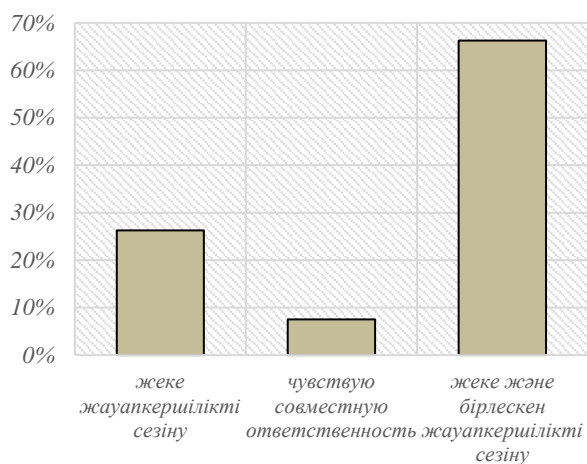
Топ қолданатын босану технологиялары тиімді деп ойлайсыз ба?



Сіздің ойыңызша, командадағы міндеттер акушер-гинекологтар арасында әділ бөлінген бе?



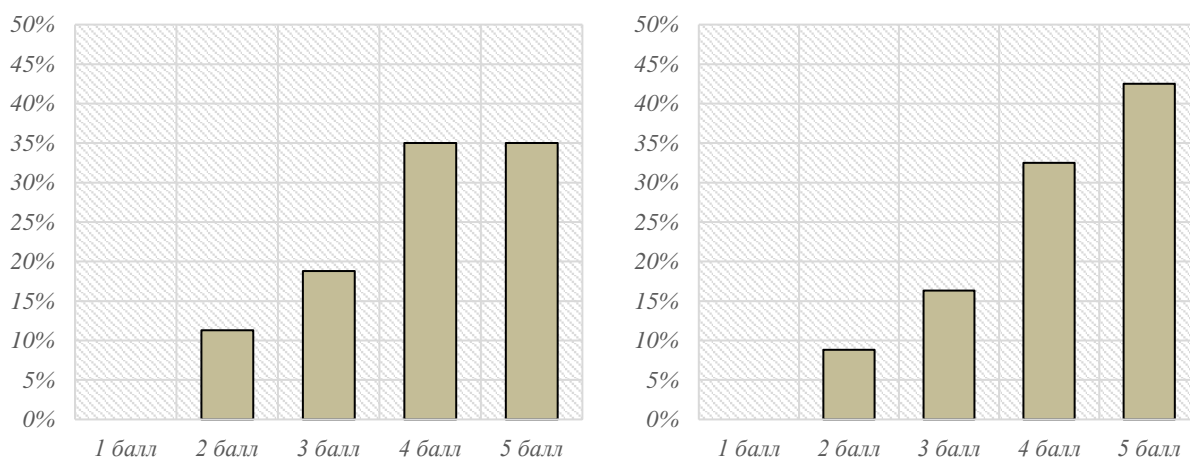
Сіз командада орындалатын әрекеттер үшін жауапкершілікті сезінесіз бе?



Акушер-гинекологтар тобының бірлігін бағалаңыз (1-ден 5-ке дейін, мұнда 5 ең жақсы нұсқа)

Акушер - гинекологтар тобындағы сенім деңгейін бағалаңыз (1-ден 5-ке дейін, мұнда 5 ең жақсы нұсқа)

Сурет 36 - Тарату гистограммалары, бет 1



Сурет 36, бет 2

Кесте 23 - Акушер-гинекологтардың өздеріне қойылған сұрақтарға жауаптарын және t-тест статистикасының нәтижелерін бөлу

Сұрақтар мен жауап нұсқалары	Акушеркалар		Дәрігерлер		t-тест
	абс. сан.	%±SE	абс. сан.	%±SE	
1	2	3	4	5	6
Сіздің акушер-гинекологтар тобына олардың санын көбейту немесе азайту қажет пе?					
- команда санын көбейтуді қажет етеді	7	17,5±6,01	5	12,5±5,23	0,628
- команданы кіші топтарға бөлу керек	0	0	0	0	0
- командаға санның өзгеруі қажет емес	33	82,5±6,01	35	87,5±5,23	0,628
Топ қолданатын босану технологиялары тиімді деп ойлайсыз ба?					
- қолданылатын технологиялардың тиімділігі төмен	3	7,5±4,16	2	5,0±3,45	0,462
- қолданылатын технологиялардың тиімділігі орташа	27	67,5±7,41	23	57,5±7,82	0,929
- қолданылатын технологиялардың тиімділігі жоғары	10	25,0±6,85	15	37,5±7,65	1,217
Сіздің ойыңызша, командадағы міндеттер акушер-гинекологтар арасында әділ бөлінген бе?					
- иә, міндеттер әділ бөлінген	29	72,5±7,06	37	92,5±4,16	2,440*
- жоқ, міндеттер әділетсіз бөлінген	11	27,5±7,06	3	7,5±4,16	2,440*
Сіз командада орындалатын әрекеттер үшін жауапкершілікті сезінесіз бе?					
- жеке жауапкершілікті сезіну	11	27,5±7,06	9	22,5±6,60	0,517
- бірлескен жауапкершілікті сезіну	3	7,5±4,16	4	10,0±4,74	0,396
- жеке және бірлескен жауапкершілікті сезіну	26	65,0±7,54	27	67,5±7,41	0,237
Акушер-гинекологтар тобының бірлігін бағалаңыз (1-ден 5-ке дейін, мұнда 5 ең жақсы нұсқа).					
- 1 балл	0	0	0	0	0
- 2 балл	6	15,0±5,65	3	7,5±4,16	1,069
- 3 балл	8	20,0±6,32	7	17,5±6,01	0,287

23 – кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6
- 4 балл	16	40,0±7,75	18	45,0±7,87	0,453
- 5 балл	10	25,0±6,85	12	30±7,25	0,502
Акушер - гинекологтар тобындағы сенім деңгейін бағалаңыз (1-ден 5-ке дейін, мұнда 5 ең жақсы нұсқа).					
- 1 балл	0	0	0	0	0
- 2 балл	6	15,0±5,65	1	2,5±2,47	2,029*
- 3 балл	8	20,0±6,32	5	12,5±5,23	0,914
- 4 балл	14	35,0±7,54	12	30,0±7,25	0,478
- 5 балл	12	30,0±7,25	22	55,0±7,87	2,338*
Ескерту - * Айырмашылықтар қате ықтималдығы 5% - дан аз ($p \leq 0,05$) маңызды					

Қазақстанда медициналық персоналдың топтық жұмысының тиімділігін арттыру мәселесі өзекті болып отыр [191]. Көптеген авторлар Денсаулық сақтау мамандары үшін командалық білім берудің (team building) тиімді тәсілдерінің бірі жұмыс орындарында оқытуды (in-situ) ұнататын модельдеу әдістері деп санайды [192].

Осы зерттеуде Қазақстанның акушер – гинекологтары мен акушерлеріне арналған симуляциялық тренингтерді әзірлеу үшін босану кезінде әйелдерге медициналық қызмет көрсетуге қатысушылардың командалық өзара іс-қимыл мәселелерін зерделеу мақсаты қойылды.

Біз команданың элементтерін зерттедік: топ саны, команда қолданатын технологиялар, келісілген тәсіл, түпкілікті нәтиже үшін жауапкершілік, команданың бірлігі және топ мүшелеріне деген сенім [193].

Босануға қатысатын мамандар тобының саны жүкті әйелдің жағдайының ауырлығына және медициналық көмек көрсету деңгейіне байланысты өзгеруі мүмкін (перинаталдық көмекті аймақтандыру қағидаттарына сәйкес). Команданың минималды құрамын әдетте дәрігер, акушер және санитар ұсынады [194]. Жүргізілген зерттеуде сауалнамаға қатысқандардың 85% - ы команда санын өзгерту қажет емес деп санайды, ал сауалнамаға қатысқандардың 15,0%-ы қазіргі команданың санын көбейту керек деп санайды. Сонымен қатар, дәрігерлер мен акушерлердің пікірі айтарлықтай ерекшеленбейді ($p > 0,05$).

Заманауи технологиялар командалардың пайдалылығын арттырады, бұл оларға тапсырмаларды тиімді орындауға мүмкіндік береді [195]. Сауалнама респонденттердің шамамен 2/3 бөлігі топ қолданатын босану технологияларының тиімділігін "орташа" және "төмен" деп бағалайтынын көрсетті: акушер-гинекологтардың жауаптарында айтарлықтай айырмашылықтар жоқ ($p > 0,05$).

Қойылған міндеттерді тиімді іске асыру үшін іс-әрекеттің практикалық аспектілері бойынша топ қатысушылары арасында келісімге қол жеткізу және жеке дағдыларды сауатты интеграциялау қажет [196]. Біз бірлескен келісілген қағидаттар бойынша іске жалпы көзқарасты ұстану ішінара екенін анықтадық:

сауалнамаға қатысқандардың 17,5%-ы акушер-гинекологтар арасында командалық міндеттерді бөлуді әділетсіз деп санайды. Сондай-ақ, функционалдылықты бөлуді әділетсіз деп санайтын акушерлер де санайтын дәрігерлерден 3,7 есе көп екенін атап өткен жөн ($p \leq 0,05$).

Бірде-бір топ түпкілікті нәтиже үшін жалпы жауапкершілікті мойындамайынша команда бола алмайтыны белгілі [197]. Біз жүргізген сауалнама респонденттердің 1/4 бөлігі "жеке жауапкершілікті" сезінетінін, респонденттердің шамамен 1/10 бөлігі "бірлескен жауапкершілікті" сезінетінін және респонденттердің 2/3 бөлігі топта орындалған әрекеттер үшін "жеке және бірлескен жауапкершілікті" сезінетінін көрсетті. Дәрігерлер мен акушерлердің жауапкершілік сезімдерінде айтарлықтай айырмашылықтар анықталған жоқ ($p > 0,05$).

Сондай-ақ, командалық тиімділіктің негізгі принциптері қатысушылардың бірлігі немесе бірлігі және жоғары сенім деңгейі болып табылады [198]. Біз респонденттердің үштен бірі командалық келісімді төмен деп санайтынын анықтадық (орташа деңгейден төмен, 5 балл шкаласы бойынша), ал респонденттердің төрттен бірі командадағы сенім деңгейін орташа деңгейден төмен (5 балл шкаласы бойынша) бағалайды. Бұл ретте дәрігерлер мен акушерлердің пікірі сұрақтарда айтарлықтай ерекшеленбейді ($p > 0,05$), команданың бірлігін бағалау бойынша және сұрақтарда ($p \leq 0,05$), командадағы сенім деңгейін бағалау бойынша айтарлықтай ерекшеленеді.

Қорытындылай келе, біздің ойымызша, жүргізілген зерттеу қазіргі уақытта Қазақстанның акушер-гинекологиялық қызметінің медицина қызметкерлерінің күнделікті тәжірибесіне командалық білім берудің заманауи технологияларын енгізу қажеттілігінің пісіп жетілгенін дәлелдейді.

Босану кезінде әйелдерге медициналық көмекке қатысушылардың командалық өзара әрекеттесу мәселелерін талдау акушерлік-гинекологиялық тәжірибеде қателіктерге әкелуі мүмкін бірқатар аспектілерді анықтады. Бұл негізінен топ қолданатын технологиялар, іс-әрекеттің практикалық аспектілері бойынша топ мүшелері арасындағы келісім, түпкілікті нәтиже үшін жалпы жауапкершілікті сезіну, қатысушылардың бірлігі және командадағы сенім сияқты элементтерге қатысты.

Осы зерттеудің нәтижелері бойынша дәрігерлер мен акушерлерге арналған "In-situ" командалық симуляциялық тренингтерін әзірлеу және бейімдеу жоспарлануда, бұл ұжымның жұмысын едәуір жақсартуға, медициналық көмектің сапасын арттыруға және босану кезеңінде дәрігерлік қателіктердің туындау қаупін барынша азайтуға мүмкіндік береді.

5.2 Жүкті әйелдерді босануға дайындау кезінде мультидисциплинарлық тәсіл жүйесін оңтайландыру үшін медициналық-ұйымдастыру іс-шараларының негіздемесі

5.2.1 Жүкті әйелдерге медициналық-әлеуметтік көмек көрсетуді ұйымдастыруды жетілдірудің және сапасын арттырудың негізгі бағыттары

Денсаулық сақтау жөніндегі ұлттық бағдарламаларды іске асыру кезінде әйелдерде репродуктивті бұзылулардың алдын алу үшін ұйымдастыру-сауықтыру іс-шараларының көлемін ұлғайту қажеттілігі көзделген. Алайда, осы уақытқа дейін репродуктивті жастағы әйелдерге сапалы және тиімді медициналық-әлеуметтік және мамандандырылған медициналық көмекті қамтамасыз ету бойынша іс-шаралар әлі де жеткіліксіз жүргізілуде.

Әйелдер консультациясының маңызды функцияларының бірі жүкті әйелдерге медициналық-әлеуметтік, құқықтық және психологиялық көмек көрсету болып табылады. Медициналық-әлеуметтік жұмыстың мақсаты денсаулықты сақтау, нығайту және қалпына келтіру, әлеуметтік-құқықтық сипаттағы уақтылы, жан-жақты көмек көрсету болып табылады.

Зерттеу материалдарының негізінде біз жүкті әйелдерге медициналық-әлеуметтік көмекті ұйымдастыруды жетілдіру және сапасын арттыру бойынша ұсынымдар мен ұсыныстар әзірледік: әйелдер консультацияларында медициналық-әлеуметтік көмекті ұйымдастыру; "жүкті және құнарлы жастағы әйелдер тіркелімі", сондай-ақ "жүкті әйелдерге, босанатын әйелдер мен босанған әйелдерге медициналық көмек туралы" №2110 есептік деректерді тексеру; жүкті әйелдерге, босанған әйелдер мен босанған әйелдерге медициналық көмек көрсету туралы" медициналық-әлеуметтік көмек көрсету; акушер-гинекологтардың, учаскелік терапевттердің/ЖПД-ның, психологтардың, әлеуметтанушылардың, жүкті әйелдерді диспансерлеу жөніндегі кіші мамандықтағы дәрігерлердің өзара байланысын жетілдіру; жүкті әйелдерге медициналық-әлеуметтік көмекті жақсартудағы отбасының рөлін арттыру; отбасын жоспарлау; ұрықты антенатальды қорғау; акушер-гинекологты ақпараттық қамтамасыз ету; акушер-гинеколог дәрігерлердің үздіксіз біліктілігін арттыру.

5.2.2 Акушер-гинекологтардың, учаскелік терапевттердің, психологтардың және арнайы мамандардың (әлеуметтік қызметкер, заңгер) өзара байланысы арқылы жүкті әйелдерді диспансеризациялау мен босануға дайындығын жетілдіру

Жүкті әйелді бақылайтын негізгі буын-бұл әйелдер консультациясының акушер-гинекологы, ол жүкті әйелдерді қауіп тобына бөледі және басқа мамандардың көмегіне мұқтаждықты анықтайды. Көрсетілімдер болған кезде акушер-гинеколог жүкті әйелді мамандандырылған орталыққа консультациялық қабылдауға жібереді.

Жүкті әйелді есепке алу кезінде, жүктілік мерзіміне қарамастан, әйелдер консультациясының дәрігері экстрагенитальды ауруларды анықтау үшін емханадан әйелдің амбулаториялық картасымен (одан үзінді көшірмемен) танысуы қажет; учаскелік дәрігер-терапевтке қазіргі уақытта әйелдің жүктілігі туралы хабарлауы қажет (амбулаториялық картаны белгілеу, ұялы байланысты пайдалану және т.б.). Қысқа мерзімде терапевтпен жүкті әйелдер кеңес алып, экстрагенитальды патологияны анықтаған кезде мамандармен бірге жүктілікті сақтау туралы мәселесі шешілуі тиіс. Қажет болған жағдайда жүкті әйелдерге

қосымша зерттеулер жүргізу, стационарға жіберу және т.б. медициналық іс-шаралар жасалуы шарт.

Қалалық емхана ең алдымен акушерлік-гинекологиялық стационарлармен байланыс орнатуы керек. Ол стационарға түсушілер (жүкті әйелдің айырбастау картасы) және одан шығарылғандар туралы мәліметтерді өзара беруден тұрады. Жүкті әйелдің стационарда болғаны туралы барлық деректер жүкті әйелдің жеке картасына енгізіледі. Дәрігер акушер-гинеколог, стационар дәрігерлерінің ұсыныстарын ескере отырып, жүкті әйелді басқарудың жеке жоспарын жасайды немесе түзетеді. Онда емдеу-сауықтыру іс-шараларының кешені, акушер-гинекологқа бару жиілігі, мамандармен кеңесу жиілігі және т. б. қарастырылған.

Жүктілік кезінде өте маңызды және қажет-психологтың кеңесі. Үкіметтің қалалық емханаларда психотерапиялық кабинеттер құру туралы шешімі халыққа психологиялық және психотерапиялық перинаталдық көмекті қолжетімді етеді, оның дамуының жаңа перспективаларын ашады. Бұл шешімді жүзеге асырудың сәттілігі көбінесе кабинет жұмысын дұрыс ұйымдастыруға байланысты.

Әйелдер консультацияларының психотерапиялық кабинетінде жұмыс істей алады:

- медициналық психолог-жоғары психологиялық білімі бар, медициналық психология бойынша жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру мекемелерінде немесе факультеттерінде қосымша білім алған және перинаталдық психология бойынша тақырыптық жетілдірілген маман;

- жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру мекемесінде "перинаталдық психология, психопатология және психотерапия" тақырыптық жетілдіру циклынан өткен психотерапевт-дәрігер.

Бұл мамандар тақырыптық жетілдіру Бағдарламасында қарастырылған психопрофилактика, психодиагностика, психокоррекция, психологиялық кеңес беру әдістерін білуі керек. Олар МҰ бас дәрігеріне және оның орынбасарына есеп береді.

Олардың міндеттеріне мыналар кіреді:

- Психологиялық дайындық негіздері, жүкті әйелдермен және олардың туыстарымен қарым-қатынас ерекшеліктері, деонтология бойынша әйелдер консультацияларының қызметкерлерімен әңгімелер мен сабақтар өткізу, оларға нақты жағдайлар бойынша кеңес беру;

- МҰ қызметкерлеріне кәсіби және жеке психологиялық мәселелерді шешуде көмек көрсету;

- жүкті әйелдерді пренатальды даярлау курстарының жұмысына, жас ана мектебінің сабақтарына қатысу;

- нейрорихиатриялық бұзылулардың туындауы бойынша қауіп тобын анықтау мақсатында жүкті әйелдерді скринингтік тексеруден өткізу;

- психологиялық көмекке мұқтаж әйелдермен, сондай-ақ олардың отбасы мүшелерімен жұмыс істеу;

- акушер-гинеколог жіберген пациенттерге оларда анықталған жүктілік ағымының бұзылуына байланысты пациенттерде осыған барабар қатынасты дамыту үшін кеңес беру;

- кезек күттірмейтін нейропсихиатриялық бұзылыстарды бағалау және тоқтату бойынша консультациялық жұмысты жүзеге асыру;

- акушер-гинекологпен бірге пациентпен оның ерекшеліктерін ескеретін психокоррекциялық жұмыс жоспарын әзірлеу;

- терең психодиагностика, психологиялық кеңес беру, психокоррекция және психотерапияны қамтитын пациенттермен жеке сеанстар өткізу;

- акушер-гинекологпен бірлесіп жүргізілетін психопрофилактикалық, психокоррекциялық және емдеу шараларының тиімділігін бағалау;

- 5 жылда кемінде 1 рет жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру мекемелері мен факультеттеріндегі жетілдіру циклдарында Медициналық және психотерапиялық дайындық, психотерапия саласында өз біліктілігін арттыру;

- психопрофилактика, психодиагностика, психокоррекция, психологиялық кеңес беру, психотерапияның заманауи әдістерін тәжірибеге енгізу.

- МҰ-дағы психотерапиялық кабинеттің толыққанды жұмысы үшін пациенттерді, олардың отбасы мүшелерін консультациялық қабылдау жүзеге асырылатын, топтық және жеке релаксация және психотерапия сеанстары өткізілетін үй-жайлар бөлінуі тиіс. МҰ психотерапиялық кабинеті қызметкерлерінің негізгі міндеттері:

- жүкті әйелдермен және олардың отбасы мүшелерімен психопрофилактикалық жұмыс;

- тәуекел тобын анықтау мақсатында психодиагностикалық жұмыс, психологиялық және психокоррекциялық көмек алуға мотивацияны қалыптастыру;

- жүкті әйелдер мен олардың отбасы мүшелеріне психологиялық және психокоррекциялық және қажет болған жағдайда психотерапиялық көмек (психотерапияны психотерапевт-дәрігер жүзеге асырады);

Егер әйел жүктіліктің бірінші триместрінде ӘЖ-де есепке алынса, психотерапия кабинетінде консультация жүктіліктің бастамасы бойынша немесе гинекологтың жолдамасы бойынша жүзеге асырылады. Бастапқы қабылдау кем дегенде 30 минутқа созылады. Өтініштің себептері және жүктілік кезінде психологиялық сүйемелдеу туралы өтініш анықталады. Әңгіме барысында психолог әйелдің әл-ауқатына, оның қазіргі эмоционалды жағдайына, отбасылық жағдайына қызығушылық танытады. Анамнезді жинаумен бір мезгілде сенімді қатынастар орнатылады. Қажет болса, психологиялық көмекке сұраныс қалыптасады немесе өзгереді. Алғашқы қабылдау соңында әйел жүкті әйелді психологиялық сүйемелдеу жүйесімен әйелдер консультациясында таныстырады және психологқа келесі сапарлардың шамамен күндерін, "Жас ата-аналар мектебінде" дәрістердің жақын күндерін жоспарлайды. Егер психолог терең диагностика қажет деп санаса, ол қосымша

кеңес береді, оның барысында пайда болған сұрақтарға жауап беруге мүмкіндік беретін әдістерді қолдана отырып, терең психологиялық тестілеу жүргізіледі. Алынған нәтижелерді ескере отырып, жүкті әйелді психологиялық сүйемелдеудің жеке жоспары және "Жас ата-аналар мектебі" курсынан өту алгоритмі әзірленеді. Ерекше көрсеткіштер болмаған жағдайда, жүктіліктің екінші триместрінде психологпен қайта кеңесу тағайындалады. Бұл емтихан қазірдің өзінде есепке алынған әйелдерге жүктіліктің 24-27 аптасында жүргізіледі. Бұл мерзімдер 18-22 аптадан кейін барлық жүкті әйелдер ұрықтың қозғалысын айқын сезінетіндігіне байланысты ұсынылады, бұл баланың көбірек даралануына ықпал етеді және сәйкесінше әйелдің осы уақытқа дейінгі аналық қиялдарын шындыққа жақындатады. Бұдан басқа, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 26 тамыздағы № 92 бұйрығына сәйкес Қазақстан Республикасында акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарты босанғанға дейінгі диагностиканың тиімділігін арттыру және туа біткен және тұқым қуалайтын патологиясы бар балалардың тууының алдын алу мақсатында барлық жүкті әйелдерге 20-24 апта мерзімінде скринингтік ультрадыбыстық не диагностиканың басқа да әдістері түрінде пренаталдық диагностика жүргізіледі. Көптеген әйелдер осындай тексеру кезеңінде ("ақаулар үшін") және оның нәтижелерін күту кезінде мазасыздықты арттырады. Патология анықталған жағдайда әйелдің психологиялық жағдайы нашарлайды. Бұл жағдайда психологқа жүгіну әйелдің бастамасымен немесе психологиялық көмек көрсету үшін акушер-гинекологтың жолдамасымен шұғыл болуы мүмкін. Осылайша, екінші триместрдегі ӘК психотерапия кабинетінде маманның кеңесі: әл-ауқат, қазіргі эмоционалды жағдай, отбасылық жағдай туралы әңгіме; қозғалыс тәжірибесін бағалауға арналған сұхбат; психологиялық тестілеу; психологиялық сүйемелдеудің жеке алгоритмін нақтылау және психопрофилактика курсынан өту. Жүктіліктің үшінші триместрінде 35-37 апта ішінде жүктіліктің қалыпты ағымы бар әйелдерге ӘК психотерапиялық кабинетіне бару ұсынылады. Осы мерзімге дейін әйел пренатальды дайындық курсына аяқтайды, босандыру мекемесін таңдайды, үйді баланың пайда болуына дайындайды. Сондықтан психологқа босану қарсаңында әйелдің эмоционалды жағдайын, оның және отбасының босануға дайындығын және ана болуға деген көзқарасын бағалау ұсынылады. Қажет болса, қалған 2-4 аптаны психокоррекция үшін пайдалануға болады.

2011 жылдан бастап амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымдардың штатына әлеуметтік қызметкерлер енгізілді. Жүкті әйелдерді босануға дайындаудағы басты тұлғалардың бірі-арнайы медициналық дайындықтан өткен әлеуметтік қызметкер. Бұл денсаулықты сақтауға, нығайтуға және қалпына келтіруге бағытталған медициналық, психопедагогикалық және әлеуметтік-құқықтық сипаттағы көпсалалы кәсіби қызметтің (әлеуметтік жұмыс маманы) жаңа түрі.

5.2.3 Жүкті әйелдерге медициналық-әлеуметтік-психологиялық көмекті жақсартудағы отбасының ролін арттыру

Жүкті әйелдерге медициналық-әлеуметтік көмекті жақсартудың маңызды шарты-отбасының қатысуы. Осы мақсатта жүкті әйелдерге психологиялық және физикалық қолдау көрсетуде отбасы мүшелерімен санитарлық-ағарту жұмыстарын жүргізу; дәрігерлердің медициналық ұсынымдарын орындауға отбасы мүшелерін тарту; "ана мектебінің" белсенді және толық жұмыс істеуі; жүкті әйелдердің отбасыларына тиісті көмек көрсету үшін мамандарды (психологтар, әлеуметтік қызметкерлер, заңгер-консультанттар) тарту қажет қолданыстағы заңнама шеңберінде әлеуметтік проблемаларды шешуде; отбасы мүшелерін оның әлеуметтік-гигиеналық сипаттамасын ескере отырып, гигиеналық тәрбиелеу жөніндегі жұмысты жетілдіру; отбасының бала тууына психологиялық даярлығы; салауатты өмір салтын насихаттау. Босанған әйел мен нәрестенің денсаулығының кепілі-жүктілік пен босану кезінде психологиялық және физикалық жайлылық ортасын құру.

Түйіндеме. Осылайша, акушер-гинекологтар өздерін босанудың сәттілігіне жауапты деп санайды, бірақ барлық кезеңдердегі ең маңызды тұлға болып саналатын әйелмен бірдей. Сауалнама нәтижелері бойынша акушер-гинекологтардың шамамен үштен бірі (32%) босанатын әйелге босану процесі және оның оған қатысуы туралы толық ақпарат беруді жөн көреді. Респонденттердің жартысынан азы (43,4%) әйелді толық хабардар ету қажет деп санайды, бірақ босану біртұтас процесс ретінде емес, ол үшін маңызды деп санайтын сәттер туралы. Дәл үштен бірі (33,3%) жағдайға байланысты әрекет етеді.

Дәрігерлердің көпшілігі ақпараттандырылған келісімнің (АК) қолда бар түріне қанағаттанғанын білдірді, бірақ бұл көпшілік респонденттердің үштен бірінен сәл астамын құрайды (37,5%), сол сияқты (30%) пациенттің міндеттері жазылмағандықтан, қолда бар құжатқа қанағаттанбайды.

Сауалнамаға қатысқандардың 85%-ы команданың санын өзгерту қажет емес деп санайды. Респонденттердің шамамен 2/3 бөлігі топ қолданатын босану технологияларының тиімділігін "орташа" және "төмен" деп бағалайды. Бірлескен келісілген принциптер бойынша істің жалпы тәсілін ұстану ішінара: сауалнамаға қатысқандардың 17,5%-ы акушер-гинекологтар арасында командалық міндеттерді бөлуді әділетсіз деп санайды. Респонденттердің 1/4 бөлігі "жеке жауапкершілікті" сезінеді, респонденттердің шамамен 1/10 бөлігі "бірлескен жауапкершілікті" сезінеді және респонденттердің 2/3 бөлігі топта орындалған әрекеттер үшін "жеке және бірлескен жауапкершілікті" сезінеді. Респонденттердің үштен бірі командалық келісімді төмен деп санайды (орташа деңгейден төмен, 5 балл шкаласы бойынша), ал респонденттердің төрттен бірі командадағы сенім деңгейін орташа деңгейден төмен (5 балл шкаласы бойынша) бағалайды. Дәрігерлер мен акушерлердің пікірі командадағы міндеттерді бөлудің әділдігін бағалау мәселесінде ($t=2,440$, $p\leq 0,05$) және командадағы сенім деңгейін бағалау мәселесінде ($t=2,029$, $p\leq 0,05$) айтарлықтай ерекшеленеді.

ҚОРЫТЫНДЫ

1. Зерттелген әдеби және ғылыми дереккөздерді талдау босану мекемелерінің ұйымдастырушылық-клиникалық қызметін жетілдірудің жеткіліксіз зерттелгендігін көрсетеді. Жүкті әйелдерді босануға дайындаудың мультидисциплинарлық тәсілінің жүйесін жетілдіру үшін мынадай бағыттарды айқындауымыз қажет екені айқындалды: жүктілік кезеңінде әйелдердің денсаулығын сақтау жөніндегі ұлттық және өңірлік нысаналы бағдарламаларды әзірлеу және енгізу; жүктіліктің бірінші триместрінен бастап жүктіліктің асқынуын диагностикалау, алдын алу және емдеу технологияларын жетілдіру; жүктілік кезіндегі оның жағдайын бағалаумен тығыз байланысты ұрықты антенатальды қорғау; жүктіліктің бірінші триместрінен бастап жүктілікті анықтау мен тексерудің бірыңғай стандарттарын сақтау және жүктілікті басқарудың стандартталған хаттамаларының болуы; психологиялық түзетудің және босануға дайындықтың заманауи әдістерін қолдану; жүкті әйелдердің денсаулығын қорғау жөніндегі қызметте акушерлік-гинекологиялық мекемелердің әртүрлі ұйымдастыру нысандарындағы күш-жігерін біріктіру; босандыру мекемелерінің материалдық және техникалық базасын бірінші кезекте нығайту; босандырудың қазіргі заманғы технологияларын қамтамасыз ету мақсатында акушерлік-гинекологиялық стационарларды негізді қайта құрылымдау; гигиеналық тәрбие жүйесін қалыптастыру, салауатты өмір салтын насихаттау, контрацепция, үйлесімді жыныстық қатынастар, репродуктивті жастағы әйелдердің отбасын жоспарлау.

2. Зерттеу нәтижесінде жүкті әйелдің әрбір үштен бірінде (36,5%) толық тексерілмегені анықталды; жүктілікті басқару стандарттары орындалмады, жағдайлардың жартысына жуығы (48,5%) пренатальды патронаж жүргізілмеді; жүкті әйелдердің 1/4 бөлігі уақтылы есепке алынбады; жүкті әйелдің әрбір төртінші (27,4%) уақтылы емдік-сауықтыру іс-шаралары өткізілмеді; жүктілік стандарттары нашар орындалды. Жүкті әйелдердің 7,1% - оны басқарудың жеке жоспары болмады және 22,3% жағдайда ол толық емес болды. Соңғы жылдардағы ең көп таралған акушерлік патология-жүктілік кезіндегі гипертензиялық жағдайлар, жүктіліктен туындаған ісіну, созылмалы аурулар, анемия және т.б. әйелдердің 70,9% - асқынған акушерлік анамнез анықталды.

Медициналық құжаттаманы көшіруді зерттеу нәтижелері бойынша акушерлік-гинекологиялық анамнезді ауырлататын негізгі себептер экстрагенитальды аурулар - 20,9%, түсік түсіру - 16,4%, жедел босану - 11,4%, жүктілік және босану саны - 10,2%, босану және босанғаннан кейінгі кезеңнің асқынуы - 9,9%, мерзімінен бұрын босану - 8,7%, алдыңғы жүктіліктің асқынуы болып табылады - 8,3%, бедеулік - 7,4%, басқа себептер - 5,2%, жыныс мүшелерінің дамуындағы ауытқулар - 1,6% құрады.

Көшіру нәтижелері бойынша уақтылы тексерілмеу жағдайлардың 25,9% - 3, толық емес жағдайлардың 36,5% - орын алды. Тексерудің жеткіліксіздігінің себептері, жағдайлардың жартысына жуығы (52,1%) жүкті әйелдердің

тәртіпсіздігі, жағдайлардың 12,6% - зертханалық және диагностикалық кабинеттердің шамадан тыс жүктелуі, жағдайлардың 11,4%-жүктілік ағымының ерекшелігі, 10,3%-диагностикалық жабдықтың болмауы, 9,8% - дәрігердің біліктілігінің жеткіліксіздігі, жағдайлардың 3,8% - басқа себептер болды.

Толық бақылаудың маңызды шарты - жүкті әйелдің консультациясына барудың жүйелілігі және жүкті тар мамандардың бақылауы. Зерттеу материалдары бойынша келудің жүйелілігі 68,2% құрады. Терапевт жүкті әйелдердің 98,8%, тіс дәрігері - 82,9%, окулист - 2,4%, оториноларинголог - 75,5%, басқа мамандар - жүкті әйелдердің 31,7% бір рет қарады. 12 аптаға дейінгі жүкті әйелдерді жалпы тәжірибе дәрігерінің тексеруі 87,2% құрады.

3. Біздің зерттеуіміздің материалдары бойынша аттестацияланған дәрігерлер саны 80,8% құрады, оның ішінде жоғары санаты бар дәрігерлер - 36,0%, біріншісі - 44,8%. Ал орта медицина қызметкерлері арасында 66,4% аттестацияланған, оның ішінде жоғары санатты - 25,1%, бірінші 27,2%, екінші - 14,1%.

Соңғы 5 жылда (2014-2019 жж.) 3 (7,5%) дәрігер мен 6 (13,6%) орта медицина қызметкері біліктілігін арттырмағаны айқындалған.

Біздің медицина қызметкерлері үшін әзірленген сауалнамамыздың негізгі сұрақтары келесідей: *"Сіз жүкті әйелдерді босануға дайындау кезінде медицина қызметкерлерінің жауапты тұлғасы деп санайсыз?"; "Сізде емханада жүкті әйелдерді босануға дайындауда көпсалалы тәсіл бар ма?"; "Жүкті әйелдерге босануға дайындалу үшін көмек қалай жүзеге асырылады?"; "Басқа мамандармен қарым-қатынасыңызды бағалаңыз?"*.

Медицина қызметкерлерінің көпшілігі жүкті әйелдерді акушер-гинекологтардың босануына дайындауға жауапты деп санайды, бұл орташа есеппен 73,96% құрады, оның ішінде акушер-гинекологтардың өздері де бар. Өкінішке орай, психологтар, әлеуметтік қызметкерлер, сондай-ақ терапевт/ЖТД дәрігерлері жүкті әйелдерді босануға дайындауға жауапты адам - бұл акушер-гинеколог деп жауап берді, психологтардың тек 37,5%-ы және әлеуметтік қызметкерлердің 12,5%-ы, сондай-ақ 8,3%-ы терапевттер/ЖТД жүкті әйелдерді босануға дайындауға жауапты деп есептеген. Акушер-гинекологтардың ішінен жүкті әйелдерді босануға дайындауға психолог дәрігерлердің 20,4% жағдайда жауапты деп саналды. Бірде-бір сауалнамада «әлеуметтік қызметкер» жауабы тіркелмеген, бұл жүкті әйелдерге және жалпы отбасына репродуктивті кезеңде әлеуметтік және психологиялық көмек көрсету бойынша денсаулық сақтау мекемелері мен әлеуметтік қызметтер жұмысының төмен тиімділігін дәлелдейді.

Дәрігерлердің сауалнамасының нәтижелері көрсеткендей, емханада жүкті әйелдерді босануға дайындауда 54,8% көпсалалы тәсіл бар екенін айқындап, 9,2% жауап беруден бас тартқан.

Респонденттердің пікірінше, жүкті әйелдерді босануға дайындау болашақ аналардың мектептерінде - 86,1% жағдайда жүзеге асырылуы тиіс.

4. Сауалнамаға қатысқандардың 85%-ы команданың санын өзгерту қажет емес деп санайды. Респонденттердің шамамен 2/3 бөлігі топ қолданатын босану

технологияларының тиімділігін "орташа" және "төмен" деп бағалайды. Бірлескен келісілген принциптер бойынша істің жалпы тәсілін ұстану ішінара: сауалнамаға қатысқандардың 17,5%-ы акушер-гинекологтар арасында командалық міндеттерді бөлуді әділетсіз деп санайды. Респонденттердің 1/4 бөлігі "жеке жауапкершілікті" сезінеді, респонденттердің шамамен 1/10 бөлігі "бірлескен жауапкершілікті" сезінеді және респонденттердің 2/3 бөлігі топта орындалған әрекеттер үшін "жеке және бірлескен жауапкершілікті" сезінеді. Респонденттердің үштен бірі командалық келісімді төмен деп санайды (орташа деңгейден төмен, 5 балл шкаласы бойынша), ал респонденттердің төрттен бірі командадағы сенім деңгейін орташа деңгейден төмен (5 балл шкаласы бойынша) бағалайды. Дәрігерлер мен акушерлердің пікірі командадағы міндеттерді бөлудің әділдігін бағалау мәселесінде ($t=2,440$, $p\leq 0,05$) және командадағы сенім деңгейін бағалау мәселесінде ($t=2,029$, $p\leq 0,05$) айтарлықтай ерекшеленеді. "Алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 24 тамыздағы № ҚР ДСМ-90 бұйрығына, сондай-ақ "Алматы қаласының Денсаулық сақтаудың көпсалалы командасы туралы" Қоғамдық денсаулық сақтау басқармасының 21.10.2021 жылғы №378 бұйрығына сәйкес халыққа медициналық, әлеуметтік, психологиялық және заң қызметтері, басқалармен қатар жүкті әйелдерді босануға дайындау үшін медициналық ұйымдардағы барлық мамандар арасындағы сабақтастықты қамтуы керек. Алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету қағидаларына сәйкес жүкті әйелдерді динамикалық бақылау кезінде МСАК және стационар мамандары көпсалалы топты қамтамасыз етуі тиіс. Жоғарыда аталған міндеттерді шешу жүкті әйелдерді босануға дайындауды жүзеге асыратын интеграцияланған модель ретінде көпсалалы бригадалардың қызметімен мультидисциплинарлық тәсіл болып табылады.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Стратегия развития Республики Казахстан «Казахстан-2050» <http://www.akorda.kz/ru/official> 15.10.2020.
- 2 Цели развития тысячелетия: доклад за 2015 год. - Нью-Йорк: ООН, 2020 <http://www.un.org> 02.04.2021.
- 3 Каюпова Н.А. Медицинские проблемы демографии. // Акушерство, гинекология и перинатология. - 2007.- №1. - С. 5-10.
- 4 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2007 году // Статистический сборник.
- 5 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 гг. - Астана, 2018. – 354 с.
- 6 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2016-2019годы <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1800000634> 10.06.2021.
- 7 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025годы <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000982> 10.02.2022.
- 8 Васильева Т.П., Чумаков А.С. Организационно-правовые основы формирования системы контроля качества медицинской помощи в крупном многопрофильном стационаре. – М., 2010. – С. 547-548.
- 9 Ахметова Ж.К., Оспанова Д.А. Основы мультидисциплинарного подхода в подготовке беременной женщины к родам на уровне ПМСП // Вестник АГИУВ. – 2019. - №1. – С. 120-122.
- 10 Ахметова Ж.К., Оспанова Д.А. Основы мультидисциплинарного подхода в подготовке беременной женщины к родам на уровне ПМСП // Вестник АГИУВ. – 2019. - №1. – С. 120-122.
- 11 Ахметова Ж.К., Оспанова Д.А. Основы мультидисциплинарного подхода в подготовке беременной женщины к родам на уровне ПМСП // Вестник АГИУВ. – 2019. - №1. – С. 120-122.
- 12 Atrash H., Johnson K., Adams M., Cordero J., Howes J. Preconception Care for improving Perinatal Outcomes: The Time to Act // Maternal and Child Health Journal. – 2006. - №10(5). – P. 3-11.
- 13 Koletzko B., Brands B., Demmelmair H. Early Nutrition Programming Project // The American Journal of Clinical Nutrition. – 2011. - №94(6). – P. 1749-1753.
- 14 Tarrant R., Younger K., Sheridan-Pereira M., Kearney J. Maternal Health Behaviours During Pregnancy in an Obstetric Population and Their Associations with Socio-Demographic and Infant Characteristics // European Journal of Clinical Nutrition. - 2011. - №65(4). – P. 470-479.
- 15 Jones N., McFall B., Diego M. Patterns of brain electrical activity in infants of depressed mothers who breastfeed and bottle feed: The mediating role of infant temperament // Biological Psychology. – 2004. - №67(1-2). – P. 103-124.
- 16 Schwarz E., McClure C., Tepper P., Thurston R., Janssen I., Mathews K., Sutton-Tyrrell K. Lactation and maternal measures of subclinical cardiovascular disease // Obstetrical and Gynaecological Surveys. – 2010. - №115(1). – P. 41-48.

- 17 Hatsu I., McDougland D., Anderson A. Effect of infant feeding on maternal bodycomposition // *International Breastfeeding Journal*. – 2008. - №3(18). – P. 18-27.
- 18 Gunderson E., Hurston S., Dewey K., Faith M., Charvat-Agullar N., Khoury V., Nguyen V., Quesenberry C. The study of women, infant feeding and type 2 diabetes after GDMpregnancy and growth of their offspring (SWIFT Offspring study): prospective design, methodologyand baseline characteristics // *BMC Pregnancy and Childbirth*. – 2015. - №15(150). – P. 16-27.
- 19 Wilson A., Forsyth J., Greene S., Irvine L., Hau C., Howie P. Relation of infant dietto childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study // *British Medical Journal*. - 1998. - №316. – P. 21-25.
- 20 Aniansson G., Alm B., Andersson B., Hakkansson A., Larsson P., Nylen O., Peterson H., Rigner P., Svanborg M., Sabharwal H. A prospective cohort study on breastfeeding and otitismedia in Swedish infants // *The Pediatric Infectious Disease Journal*. - 1994. - би№13(3). – P. 183-188.
- 21 Golding J., Emmet P., Rogers I. Gastroenteritis, diarrhoea and breastfeeding // *EarlyHuman Development*. - 1997. - №49. – P. 83-103.
- 22 Oddy W., Sly P., de Klerk N., Landau L., Kendell G., Holt P., Stanley F. Breastfeedingand respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study // *Archive of Diseases in Childhood*. – 2003. - №88(3). – P. 224-228.
- 23 Stettler N. Nature and strength of epidemiological evidence for origins of childhood andadulthood obesity in the first year of life // *International Journal of Obesity*. – 2007. - №31(7). – P. 1035-1043.
- 24 Yan J., Lin L, Zhu Y., Huang G., Peizhong P.W. The association between breastfeedingand childhood obesity: a meta-analysis // *Biomed Central Public Health*. – 2014. - №14. – P. 1267.
- 25 Whitaker R. Predicting preschooler obesity at birth: the role of maternal obesity in earlypregnancy // *Pediatrics*. – 2004. - №114(1). – P. 29-36.
- 26 Reilly J., Armstrong J., Dorosty A., Emmett P., Ness A., Rogers I., Steer C. Sheriff A. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study // *British Medical Journal*. – 2005. - №330(7504). – P. 1357-1359.
- 27 Ахметова Ж.К., Оспанова Д.А. Основы мультидисциплинарного подхода в подготовке беременной женщины к родам на уровне ПМСП // *Вестник АГИУВ*. – 2019. - №1. – С. 120-122.
- 28 Tarrant R., Younger K., Sheridan-Pereira M., Kearney J. Maternal Health Behaviours During Pregnancy in an Obstetric Population and Their Associations with Socio-Demographic and Infant Characteristics // *European Journal of Clinical Nutrition*. - 2011. - №65(4). – P. 470-479.
- 29 Jones N., McFall B., Diego M. Patterns of brain electrical activity in infants of depressedmothers who breastfeed and bottle feed: The mediating role of infant temperament // *BiologicalPsychology*. – 2004. - №67(1-2). – P. 103-124.
- 30 Schwarz E., McClure C., Tepper P., Thurston R., Janssen I., Mathews K., Sutton-Tyrrell K. Lactation and maternal measures of subclinical cardiovascular disease // *Obstetrical andGynaecological Surveys*. – 2010. - №115(1). – P. 41-48.

- 31 Hatsu I., McDougland D., Anderson A. Effect of infant feeding on maternal bodycomposition // *International Breastfeeding Journal*. – 2008. - №3(18). – P. 19-24.
- 32 Gunderson E., Hurston S., Dewey K., Faith M., Charvat-Agullar N., Khoury V., Nguyen V., Quesenberry C. The study of women, infant feeding and type 2 diabetes after GDMpregnancy and growth of their offspring (SWIFT Offspring study): prospective design, methodologyand baseline characteristics // *BMC Pregnancy and Childbirth*. – 2015. - №15(150). – P. 15-28.
- 33 Tarrant R., Younger K., Sheridan-Pereira M., Kearney J. Maternal Health Behaviours During Pregnancy in an Obstetric Population and Their Associations with Socio-Demographic and Infant Characteristics // *European Journal of Clinical Nutrition*. - 2011. - №65(4). – P. 470-479.
- 34 Jones N., McFall B., Diego M. Patterns of brain electrical activity in infants of depressedmothers who breastfeed and bottle feed: The mediating role of infant temperament // *BiologicalPsychology*. – 2004. - №67(1-2). – P. 103-124.
- 35 Schwarz E., McClure C., Tepper P., Thurston R., Janssen I., Mathews K., Sutton-Tyrrell K. Lactation and maternal measures of subclinical cardiovascular disease // *Obstetrical andGynaecological Surveys*. – 2010. - №115(1). – P. 41-48.
- 36 Hatsu I., McDougland D., Anderson A. Effect of infant feeding on maternal bodycomposition // *International Breastfeeding Journal*. – 2008. - №3(18). – P. 16-33.
- 37 Gunderson E., Hurston S., Dewey K., Faith M., Charvat-Agullar N., Khoury V., Nguyen V., Quesenberry C. The study of women, infant feeding and type 2 diabetes after GDMpregnancy and growth of their offspring (SWIFT Offspring study): prospective design, methodologyand baseline characteristics // *BMC Pregnancy and Childbirth*. – 2015. - №15(150). – P. 11-26.
- 38 State Claims Agency Clinical Incidents and claims report in Maternity and Gynaecology services // *Five year review*. - 2010-2014. - №2. – P. 6-14.
- 39 Tarrant R., Younger K., Sheridan-Pereira M., Kearney J. Maternal Health Behaviours During Pregnancy in an Obstetric Population and Their Associations with SocioDemographic and Infant Characteristics // *European Journal of Clinical Nutrition*. - 2011. - №65(4). – P. 470-479.
- 40 Jones N., McFall B., Diego M. Patterns of brain electrical activity in infants of depressedmothers who breastfeed and bottle feed: The mediating role of infant temperament // *Biological Psychology*. – 2004. - №67(1-2). – P. 103-124.
- 41 Ireland A. Department of Health National Healthcare Quality Reporting System // *First Annual Report*. - Dublin: Department of Health, 2015. - №2. – P. 123-128.
- 42 Audit Commission for Local Authorities and the National Health Service in England and Wales Anaesthesia Under Examination: The Efficiency and Effectiveness of Anaesthesia and Pain Relief Services in England and Wales (Health Studies). - London: Audit Commission, 1997. – P. 45-49.

43 National Programme for Paediatrics and Neonatology, Health Service Executive Model of Care for Neonatal Services in Ireland. - Dublin: Health Service Executive, 2015. – P. 57-59.

44 Петренко Л.Ю. Клинико-статистическая оценка здоровья и течения беременности у городских женщин // Сб. науч. тр. - СПб., 2004. - С. 57-58.

45 Петренко Л.Ю., Хажомия Р.К. Организационные формы системы дородовой подготовки работающих женщин // Восстановительная медицина и эрготерапия в Северо-Западном регионе: сб. науч. тр. - СПб., 2004. - С. 58-59.

46 Шапкайц В.А., Орел В.И. Современные организационно-методические подходы к оценке репродуктивного потенциала городских женщин фертильного возраста // Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. тр. - СПб., 2000. - Вып. 5. - С. 76.

47 Элиасова Л.Г. Некоторые вопросы организация амбулаторно-поликлинической службы родовспоможения // Социальная педиатрия проблемы, поиски, решения: матер, науч.-практ. конф. - СПб., 2000. - С. 208-210.

48 Antenatal care and maternal health: How effective is it? A review of the evidence. – Geneva: WHO, 1992. - 75 p.

49 Beer A.E., Kwar J. Reproductive medicine program Finch University of Health Science. - Chicago Medical School, 2000. - 96 p.

50 Bungray K.M., Ware J.L. Measuring and monitoring health-related quality of life. - Kalamazoo: Up-john, 1993. - P. 15-26.

51 Lindbohm M.L. Women's reproductive health: some recent developments in occupational epidemiology // Amer. J. Ind. Med. - 1999. - Vol. 36, №1. - P. 18-24.

52 Гринина О.В., Кича Д.И. Здоровье - основной раздел программы медико социальной характеристики семьи // Здравоохранение РФ. - 1997. - №1. - С. 26-30.

53 Harper M.A., Byington R.P., Espeland M.A., Naughton M., Meyer R., Lane K. Pregnancy-related death and health care services // Obstet Gynaecol. - 2003. - №102(2). – P. 273-278.

54 Pope R., Graham L., Patel S. Woman-centred care // International Journal of Nursing Studies. - 2001. - №38(2). - P. 227-238.

55 Pregnancy-related changes in the longer-term management of HIV-infected women in Europe/European Collaborative Study // European Journal of Obstetrics, and Gynaecology and Reproductive Biology. - 2003. - Vol. 111, №2. - P. 3-8.

56 Boss D.J., Timbrook R.E. Fort Wayne Medical Education Research Group. Clinical obstetric outcomes related to continuity in prenatal care // Journal of the American Board of Family Practice. - 2001.- №14(6). - P. 418-423.

57 Lack N., Zeitlin J., Krebs L., Kunzel W., Alexander S. Methodological difficulties in the comparison of indicators of perinatal health across Europe // European Journal of Obstetrics, and Gynaecology and Reproductive Biology. - 2003. -Vol. 111, №1. - P. 33-44.

58 Macfarlane A., Gissler M., Bolumar F., Rasmussen S. The availability of perinatal health indicators in Europe. Indicators to Monitor and Evaluate Perinatal Health in Europe. Result from the PERISTAT project // European Journal of Obstetrics, and Gynaecology and Reproductive Biology. - 2003. - Vol. 111. - P. 15-32.

59 Blondel B., Macfarlane A., Gissler M., Breart G. PERISTAT study group: Preterm birth and multiple pregnancy in European countries participating in PERISTAT project // British Journal of Obstetrics and Gynaecology. - 2006. - №113 (5). - P. 528-535.

60 Zeitlin J., Blondel B., Alexander S., Breart G. PERISTAT group: Variation in the rates of postterm birth in Europe: reality or artifact // British Journal of Obstetrics and Gynaecology. - 2007. - №114(9). - P. 1097-103.

61 Blondel B., Macfarlane A., Gissler M., Breart G., Zeitlin J. Peristat Study Group. Preterm birth and multiple pregnancy in European countries participating in the PERISTAT project // British Journal of Obstetrics and Gynaecology. - 2006. - №113(5). - P. 528-535.

62 Постановление Правительства Республики Таджикистан. Об утверждении Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 год: утв. 2августа 2010 года, №220.

63 Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Об утверждении Перинатальной программы Кыргызской Республики на 2008-2017 год: утв. 20 июня 2008 года, №315.

64 Приказ Министерство здравоохранения Республики Узбекистан. Об организации и обеспечении антенатального ухода и оказания медицинской помощи беременным в учреждениях первичной медико-санитарной помощи: утв. 18 мая 2012 года, №137.

65 Национальная стратегия охраны здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков в Туркменистане на 2015-2019 годы. - 2015. – 66 с.

66 Национальный обзор Республики Таджикистан по осуществлению Пекинской декларации и Платформы действий (1995 года) в рамках внедренной повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года и итоговых документов двадцать третьей специальной сессии Генеральной Ассамблеи (2000 года) в контексте двадцать пятой годовщины четвертой Всемирной конференции по положению женщин и принятия Пекинской Декларации и Платформы действий в 2015 году.

67 Бахарева И.В. Современная прегравидарная подготовка: комплексный подход // ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» РМЖ, Мать и дитя. – 2017. - №12. – С. 889-993.

68 Лебеденко Е.Ю. Near miss: на грани материнских потерь / под ред.В.Е. Радзинского. - М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2015. - 184 с.

69 Ярославцев А.С. Влияние некоторых медико-социальных факторов на репродуктивное здоровье женщин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2005. - №3. - С. 52-54.

70 Шувалова М.П., Чаусов А.А., Гребенник Т.К., Приходько Н.А., Курочка М.П., Буштырев А.В. Роль медико-социальных факторов в

формировании ценностного отношения матери к здоровью // Социальные аспекты здоровья населения. - 2006. - №6. – С. 16-28.

71 Порада Н.Е. Общественное здоровье и здравоохранение: курс лекций. – Минск: ИВЦ Минфина, 2017. – С. 10-22.

72 Мингалева Н.В. Экспертная оценка и моделирование диспансерного наблюдения беременных в женской консультации (пути оптимизации, разработка автоматизированной системы наблюдения): автореф. ... канд. мед. наук. – Оренбург, 1991. - 24 с.

73 Шувалова М.П., Письменская Т.В., Гребенник Т.К. Результативность третьего уровня системы регионализации перинатальной помощи в Российской Федерации // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». - 2017. - №1. – С. 16-27.

74 Ларюшева Т.М., Лебедева Т.Б., Баранов А.Н. Особенности течения беременности и родов у юных женщин // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. 61, вып. 1. – С. 106-112.

75 Абдуев А.С. Медико-социальное и гигиеническое изучение факторов, влияющих на уровень материнской смертности (республика Таджикистан): автореф.канд. мед. наук. - М., 1998. – 122 с.

76 Репина М.А. Материнская смертность в Санкт-Петербурге и пути ее профилактики // Акушерство и женские болезни. - 1997. - №1. - С. 11-19.

77 Тутынина О.В., Егорова А.Т, Виноградов К.А. Поздняя материнская смертность: проблемы, поиски, решения // Науки о здоровье. - 2008. - №1. - С. 85-97.

78 Курбатова А.В., Егорова А.Т. Репродуктивное здоровье девочек-подростков // Науки о здоровье. – 2009. - №1. – С. 35-42.

79 Шаропова Е.И. Материнская смертность в РФ и перспективы ее снижения: автореф.канд. мед. наук. - М., 1992. – С. 10-23.

80 Владимирова Н.Ю., Янн О.Б., Когут Е.П. Исходы беременности и родов у женщин, страдающих привычным невынашиванием // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. - 1996. - Т. 41, №1(1). - С. 21-24.

81 Давыдова Н.И., Шестовских О.Л. Грубые аномалии развития плода связь с экстра-генитальной патологией матери // Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии: матер. III Рос. науч. форума. - М., 2001. - С. 58-59.

82 Домрачева М.Я. Особенности течения беременности и состояния фетоплацентарного комплекса у беременных с пиелонефритом: автореф. ... канд. мед. наук. - Барнаул, 2000. - 21 с.

83 Костючек Д.Ф., Наджарян И.Г., Лучкевич В.С. Влияние экстрагенитальной патологии матери на структуру перинатальных потерь // Современные проблемы детской и гинекологии в России: матер. V Всеросс.конф. - СПб., 2003. - №4. – С. 127.

84 Николаев Л.Б. Особенности течение первой беременности, осложненной анемией // Мать и дитя: тез. докл. II Рос. форума. - М., 2000. - С. 107-108.

85 Умбеталина Н., Брегвадзе-Табагари Н., Шалыгина А., Байдильдина Б. Эпидемиология, структура и алгоритм ведения беременных с экстрагенитальной патологией терапевтического профиля // Georgian Medical News. – 2020. - №264. – С. 25-31.

86 Агафонова О.В. Оптимизация оказания медицинской помощи беременным с экстрагенитальными заболеваниями // Проблема социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2002. - №3. - С. 44-46.

87 Дорофеев С.Б., Бабенко А.И. Общие методологические подходы к определению стратегических позиций в формировании здорового образа жизни населения // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 2017. – Т. 25, №1. – С. 214-235.

88 Бейбутова А.М. Организация и качества медико-социальной помощи беременным в городских женских консультациях: автореф. ... канд. мед. наук. – Алматы, 2011. – С. 9-21.

89 Филипова Т.Ю. Сохранение и укрепление репродуктивного здоровья женщин в современном мегаполисе // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2008. - №3. - С. 11-14.

90 Шехтман М.М., Токова З.З. Материнская заболеваемость и смертность при экстрагенитальной патологии // Акушерство и гинекология. - 1991. - №7. – С. 54-57.

91 Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М., 1999. - 527 с.

92 Абдрахманова А.И., Амиров Н.Б., Цибулькин Н.А., Гайфуллина Р.Ф. Артериальная гипертензия при беременности в клинике внутренних болезней // Вестник современной клинической медицины – 2018. - №11(3). – С. 51.

93 Позднякова М.А., Варшавер И.М., Пасина О.Б. Организация родовспоможения беременным группы высокого риска с применением информационной технологии // Организация здравоохранения и общественное здоровье. – 2012. - №2(5). – С. 7-12.

94 Ахметова Ж.К., Оспанова Д.А. Основы мультидисциплинарного подхода в подготовке беременной женщины к родам на уровне ПМСП // Вестник АГИУВ. – 2019. - №1. – С. 123.

95 Дубисская Л.А. Современные медико-социальные проблемы охраны беременных женщин, стратегия и тактика их решения: автореф. ... док. мед. наук. - СПб., 1999. - 45 с.

96 Кошелева Н.Г., Плужникова Т.А. Санкт-Петербургский центр профилактики и лечения невынашивания беременности. Итоги научной и практической деятельности // Журн. акуш. и женских болезней. - 2002. - Вып. 2. - С. 84-88.

97 Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье проблемы и решения // Матер. VIII Рос. форума «Мать и Дитя». - М., 2006. - С. 3-4.

98 Чавпецов В.Ф., Михайлов С.М. и др. Качество медицинской помощи в родильных домах Санкт-Петербурга // Контроль качества: материалы конференции. - СПб., 2009. - С. 154-160.

- 99 Лучкевич В.С., Нечаева Е.Н., Вишняков Н.И. Организация медико-социальной помощи женщинам: учеб. пособие. - СПб., 2002. - 59 с.
- 100 Николаев Е.И. Роль диспансеризации беременных в снижение перинатальной патологии: автореф. ... док. мед. наук. - М., 1990. - 43 с.
- 101 Орел В.И. Организационные и клинические особенности оказания стационарной дородовой помощи женщинам в условиях мегаполиса: автореф. ... канд. мед. наук. - СПб., 2005. - 22 с.
- 102 Плавунов Н.Ф., Духин А.О. Организация лечение беременных с невынашиванием в многопрофильной больнице // Матер. III Российского форума «Мать и Дитя». – М., 2001. - С. 613-614.
- 103 Александров Р.И. Научно-организационные основы деятельности перинатального центра в условиях крайнего Севера: автореф. ... канд. мед. наук. – СПб., 2005. - 18 с.
- 104 Баранов А.А., Волкова З.А., Сивочалова О.В. Медицинские и экологические проблемы охраны материнства и детства. - Н. Новгород, 1993. - 187 с.
- 105 Васильев В.Е. Пути совершенствования медико-социальной помощи женщинам и детям при угрозе невынашивания: автореф. ... канд. мед. наук. - СПб., 1994. - 17 с.
- 106 Довлетсахатова О., Наврузова Т., Розыева Э. Опыт работы дневного стационара по профилактике осложнений беременности и родов // Здравоохранение Туркменистана. - 1989. - №4. - С. 35-36.
- 107 Матеша Е.И., Килек М.Ю., За-вирович А.А. Стационар дневного пребывания эффективный метод работы женской консультации // Тез. V съезда. - Брест, 1991. - С. 20-21.
- 108 Фенина А.Н., Горская И.Н., Дармограй Н.В. Факторы риска и нарушения репродуктивного здоровья // Общественное здоровье и здравоохранение: сб. науч. тр. - СПб.: СПбГМА им. И. И. Мечникова, 2002. - С. 187-188.
- 109 Чавпецов В.Ф., Михайлов С.М. и др. Качество медицинской помощи в родильных домах Санкт-Петербурга // Контроль качества: материалы конференции. - СПб., 2009. - С. 154-160.
- 110 Чавпецов В.Ф., Михайлов С.М. и др. Качество медицинской помощи в родильных домах Санкт-Петербурга // Контроль качества: материалы конференции. - СПб., 2009. - С. 154 - 160.
- 111 Бадяжина В.И. Акушерская помощь в женской консультации. - М., 1983. - С. 24-27.
- 112 Кошелева Н.Г., Плужникова Т.А. Санкт-Петербургский центр профилактики и лечения невынашивания беременности. Итоги научной и практической деятельности // Журн. акуш. и женских болезней. - 2002. - Вып. 2. - С. 84-88.
- 113 Мордухович А.С., Джаббарова Ю.К., Ахмедов О.А. Эффективность дневного стационара в профилактике осложнений беременности и родов у больных с хронической анемией // Акуш. и гин. - 1985. - №1. - С. 48-51.

114 Орел В.И., Шапкайтц В.А., Стволинский И.Ю. Современные организационно-методические подходы оценке репродуктивного потенциала городских женщин фертильного возраста // Проблемы городского здравоохранения. - СПб., 2000. - Вып. 5. – С. 76-78.

115 Поляков И.В., Шиман А.Г. Организация лечебно-реабилитационного процесса в рамках мультидисциплинарной бригады // Физиотерапевт. - 2006. - №8. - С. 15-18.

116 Тимошенко Л.В., Григоренко Е.П. Медицинское обслуживание беременных в сельской местности и мероприятия по снижению перинатальной заболеваемости и смертности // Вестн. АМН СССР. - 1987. - №4. - С. 56 - 60.

117 Кошелева Н.Г. Современная тактика лечения и профилактики невынашивания беременности с учетом этиопатогенеза // Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. - 1996. - №3. - С. 45-51.

118 Орел В.И., Шапкайтц В.А., Стволинский И.Ю. Современные организационно-методические подходы оценке репродуктивного потенциала городских женщин фертильного возраста // Проблемы городского здравоохранения. - СПб., 2000. - Вып. 5. – С. 76-78.

119 Тимошенко Л.В., Григоренко Е.П. Медицинское обслуживание беременных в сельской местности и мероприятия по снижению перинатальной заболеваемости и смертности // Вестн. АМН СССР. - 1987. - №4. - С. 56 - 60.

120 Элиасова Л.Г. Некоторые вопросы организация амбулаторно-поликлинической службы родовспоможения // Социальная педиатрия проблемы, поиски, решения: матер, науч.-практ. конф. - СПб., 2000. - С. 208-210.

121 Chanoff J., Neuman K., Thornton C. Screening for substance use in pregnancy: A practical approach for the primary care physician am // J. OB and Gynec. - 2001. - Vol. 184, №4. - P. 752.

122 Баранов С.П., Орел В.И., Шапкайтц В.А. Комплексная медико-социальная оценка репродуктивного потенциала сельских женщин: информ. письмо. - СПб., 2000. - 20 с.

123 Ваганов Н.Н. Состояние службы охраны здоровья женщин и детей России в период 1989-1993гг. Тенденции, проблемы, ближайшие и перспективные задачи // Вестн. акушера-гинеколога. - 1995. - №4(1). - С. 3-7.

124 Вялков А.И. Основные направления развития лечебно-профилактической помощи населению // Здравоохран. России - 20 век. - М., 2001. - С. 66-151.

125 Познанская А.В. Оптимизация системы профилактики и реабилитации нарушений репродуктивного здоровья и поведения женщин позднего, репродуктивного возраста: автореф. Иваново, 1999. - 21 с.

126 Серов В.Н. Национальная программа охраны репродуктивного здоровья женщины // Педиатрия. - 1994. - Спец. вып. - С. 25-26.

127 Антимова М.Ю., Вдовенко С.А., Каткова Л.И. Региональная модель охраны репродуктивного здоровья семьи // VII Российский Форум «Мать и дитя»: материалы. - М., 2005. - С. 606 - 607.

128 Ахметова Ж.К., Оспанова Д.А. Стратегия мультидисциплинарного подхода в подготовке беременной женщины к родам // IV Международная (74 Всероссийская) научно-практическая конференция «Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения». – М., 2019. – С. 19-24.

Серов В.Н., Фролова О.Г., Токова З.З. Медико-социальные проблемы неработающих беременных женщин в условиях сельской местности и пути их решения // Проблемы беременности. - 2001. - №3. – С. 15-18.

129 Шестаков А.А. Врач акушер-гинеколог в системе родовспоможения: опыт социологического анализа: автореф. ... канд. мед. наук. – Алматы, 2016. – 111 с.

130 Серов В.Н. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. – Изд. 4-е., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1024 с.

131 Чубирко М.И., Пичужкина Н.М., Масайлова Л.А., Ласточкина Г.В. «Оценка влияния социально-экономических факторов на медикодемографические показатели» // Гигиена и санитария. – 2012. - №6. – С. 36-38.

132 Оценка социально-экономических факторов в медико-демографическом анализе, пресс служба. - КазНМУ, 2012.

133 Анализ положения детей и женщин в Республике Казахстан <http://www.unicef.kz> 14.08.2021.

134 Каусова Г.К., Уразиманова Г.С. Медико-социальная оценка состояния здоровья и оптимизация медицинской помощи студентам (обзор литературы) // Вестник КазНМУ. - Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», 2017. - №4295. – С. 297.

135 Хисметова З.А., Атабаева А.К., Самарова У.С., Худайбердина К.М. Медико-социальные аспекты репродуктивного поведения студентов медицинского вуза (на примере государственного медицинского университета города Семей) // Science & Healthcare. – 2017. - №3. – С. 84-94.

136 Lindbohm M.L. Womtns reproductive health: some recent developments in occupational epidemiology // Am. J. Ind. Med. - 1999. - Vol. 36, №1. - P. 1824.

137 Назарова И.Б., Зеленская М.П. Репродуктивные установки студенческой молодежи: ценностный аспект (обзор эмпирических исследований) // Вестник РУДН. Серия: Социология. – 2017. - Т. 17, №4. – С. 555-567.

138 Лашманов Б.В. Поведенческие эмоциональные отклонения у беременных женщин, ведущие к развитию послеродовых невротических расстройств // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. – Т. 57, вып. 2. – С. 138-144.

139 Дударенкова М.Р., Гладунова Е.П., Кшнясева С.К., Горбунова Е.С. Медико-социальные аспекты невынашивания беременности ©2015 // Конференция «Современные проблемы онкологии и гематологии». – М., 2015. - С. 512-517.

140 Орел В.И., Симаходский А.С. Службы охраны здоровья матери и

ребенка СПб в 2002 г. // Информ.-аналит. сб. - СПб., 2002. - С. 63.

141 Шарапова Е.И. Репродуктивное здоровье женщин России: составление проблемы и системы мер по его укреплению: автореф. ... док. мед. наук. - М., 1998. - 45 с.

142 Шарапова О.В. Основные проблемы и задачи развития Российской педиатрии на современном этапе // Рос вест, перинатологии и педиатрии. - М., 2003. - Т. 48, №1. - С. 3-4.

143 Щепин О.П., Тишук Е.А. Проблемы демографического развития России // Экономика здравоохранения. - 2005. - №3. - С. 5-8.

144 О Национальной комиссии по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте Республики Казахстан Указ Президента РК от 1 февраля 2006 года, №56.

145 Кабанов М.М., Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П. Специализированная шкала для определения качества жизни больных эндогенными психозами. - СПб.: НИИ психоневрол.институт им. В.М. Бехтерева, 1998. - 32 с.

146 Первичная медико-санитарная помощь, <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> 11.05.2021.

147 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года, №ҚР ДСМ-90. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 24 августа 2021 года, №24094. «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи».

148 Оспанова Д.А., Секербаева Д.К. Особенности организации первичной-медико-санитарной помощи в РК на современном этапе (контент-анализ нормативно-правовой базы). – 2015.

149 Мухамеджанова Г.Б., Мусирепова С.К. Стратегии в управлении здравоохранения ПМСП // Менеджер здравоохранения Республики Казахстан. - 2014. - №4(14).- С. 19-23.

150 Оспанова Д.А., Секербаева Д.К. Особенности организации первичной-медико-санитарной помощи в РК на современном этапе (контент-анализ нормативно-правовой базы). - 2015.

151 Аналитический материал расширенной коллегии Министерства Здравоохранения Республики Казахстан г. Астана 3 марта 2017 года. <http://www.rcrz.kz/docs/broshura.pdf> 12.02.2021.

152 Особенности демографической политики Казахстана strategy2050.kz: 2018 <https://strategy2050.kz/ru/news/51196/> 11.09.2021.

153 Кодекс Республики О здоровье народа и системе здравоохранения Казахстан от 7 июля 2020 года, №360-VI ЗРК. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360> 01.06.2021.

154 Дощанова А.М. Репродуктивный потенциал женщин казахстана. Проблемы. Пути решения // Акушерство, гинекология и перинатология. - 2018.- №1-2. - С.19-22.

155 Закон Республики Казахстан Об обязательном социальном медицинском страховании (с изменениями и дополнениями по состоянию на

01.05.2023 г.).

156 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 августа 2021 года, №ҚР ДСМ-92 «Об утверждении стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан».

157 Мирзахметова Д.Д. Инновационное развитие перинатальной помощи в Южном регионе Республики Казахстан. – Шымкент, 2021. – С. 24-25.

158 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. О регионализации перинатальной помощи в республике Казахстан: утв. 21 декабря 2007 года, №746 <https://online.zakon.kz/Document/> 12.01.2020.

159 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. О внедрении подсистемы «Регистр беременных и женщин фертильного возраста» Портала «Регистр прикрепленного населения»: утв. 22 ноября 2013 года, №674 <https://online.zakon.kz/Document/> 14.07.2020.

160 Комплексная медицинская информационная система (КМИС) <https://alm.dmed.kz/Authentication/> 23.04.2019.

161 Дорожная карта по повышению эффективности работы и внедрению интегрированной модели службы родовспоможения и детства в РК на 2016-2019 годы <https://online.zakon.kz/Document/> 16.12.2019.

162 Аубакирова А.К. Прогноз перинатальной смертности в Казахстане // Акушерство, гинекология и перинатология. - 2018. - №1-2. - С.18-19.

163 Кошелева Н.Г. Современная тактика лечения и профилактики невынашивания беременности с учетом этиопатогенеза // Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. - 2002. - №3. - С. 45-51.

164 Орловская Е.В. Состояние и пути оптимизации медико-социальной реабилитации женщин после родов: автореф. ... канд. мед. наук. - СПб., 2004. - 18 с.

165 Wingood Gina M. Handbook of women's sexual and reproductive health. - New York: Kluwer asad; Plenum publ., 2002. - 473 p.

166 Feeny D. Evaluation of HRQOL in special populations: children. Abstracts Issue 7th Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research // Qual. Life Research. - 2000. - Vol. 9, №3. - P. 246.

167 Кузьмина Т.Е., Пашков В.М., Клиндухов И.А. Прегавидарная подготовка. Современные концепции // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2015. - Т. 14, №5. - С. 3-9.

168 Mert I., Oruc A.S., Yuksel S. Role of oxidative stress in preeclampsia and intrauterine growth restriction // J Obstet Gynaecol Res. - 2012. - Vol. 38, №4. - P. 658–664.

169 Александров Р.И. Научно-организационные основы деятельности перинатального центра в условиях крайнего Севера: автореф. ... канд. мед. наук. – СПб., 2005. - 18 с.

170 Актаева Л.М., Мирзахметова Д.Д., Каусова Г.К. Перинатальные риски во время беременности в южных регионах Республики Казахстан // Научно-практический журнал. Вестник КазНМУ. - 2019. - №1. - С. 603-605.

171 Мирзахметова Д.Д., Курманова А.М., Искакова М.Б. Материнская

смертность в Республике Казахстан // Акушерство, гинекология и перинатология. - 2018. - №1-2. - С. 58.

172 Васильева Т.П., Вален В.А., Дубинская Л.А. О методических подходах к разработкам модели обусловленности здоровья женщин во время беременности // Пробл. соц. гиг. и истории мед. - 2018. - №1. - С. 20-23.

173 Сурмач М.Ю. Медико-социологическое исследование: стандартизация планирования, особенности программы сбора материала. – М., 2015. – 101 с.

174 Кутумова О.Ю., Бабенко А.И., Пухова Э.П., Бабенко Е.А. Оценка медико-санитарной грамотности населения красноярского края. – М., 2021. – 122 с.

175 Шалаганова Ю., Семенова М. Медико-социальный портрет беременной женщины города семей и информированность беременных женщин о социальных и психологических службах <http://orcid.org/0000-0002-1552-0346> 08.05.2021.

176 Byazrova M.A. Rol' sotsial'nogo rabotnika v zashchite reproduktivnogo zdorov'ya zhenshchin. The role of the social worker to protect the reproductive health of women: author's thesis of doct. ... diss. - Volgograd, 2013. - 135 p.

177 Сысенко В.А., Решетов П.А. Основы психологии семьи и семейного консультирования. Жизненный цикл семьи: учебное пособие. – М.: Российский новый университет, 2006. - 54 с.

178 Parsons T.O. Novyi analiticheskii podkhod k teorii sotsial'noi stratifikatsii. A new analytical approach to social stratification theory. O strukture sotsial'nogo deistviya. Structure of Social Action. - M.: Academic Project, 2000. - 880 p.

179 Leana C.R., Feldman D.C. The psychology of job loss. In G.R. Ferris (Ed.), // Research in Personnel and Human Resources Management. - Greenwich: JAI Press, 1994. - Vol. 12. - P. 271- 302.

180 Mendolia Silvia The impact of husband's job loss on partners' mental health // Review of Economics of the Household. – 2014. - Vol. 12, №2. – P. 277-294.

181 Бушмелева Н.Н. Научное обоснование мер по повышению эффективности управления профилактикой аборт в регионе (на примере Удмуртской республики): дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. - 185 с.

182 Lancaster G., Kolakowsky-Hayner S., Kovacich J., Greer-Williams N. Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel // J Nurs Scholarsh. – 2015. - Vol. 47, №3. – P. 275-284.

183 Macdonald D., Snelgrove-Clarke E., Campbell-Yeo M., Aston M., Helwig M., Baker K.A. The experiences of midwives and nurses collaborating to provide birthing care: a systematic review // JBI Database System Rev Implement Rep. – 2015. - Vol. 13, №11. – P. 74-127.

184 Dzau V.J. et al. National Academy of Medicine (U.S.) eds. Vital directions for health & health care: an initiative of the National Academy of Medicine. - Washington: National Academy of Medicine, 2017. – 108 p.

185 Mitchell P. et al. Principles and Values of Effective Team-Based Health

Care // NAM Perspect. – 2012. – Vol. 2, №10. – P. 1–32.

186 Матюлько И.С., Муртазина Е.П., Голубева Н.К. Программы повышения эффективности командной работы медицинского персонала неэкстренной помощи // Международный научно-исследовательский журнал. – 2019. – №12(90), ч. 2. – С. 204-207.

187 Eddy K., Jordan Z., Stephenson M. Health professionals' experience of teamwork education in acute hospital settings: a systematic review of qualitative literature // JBI Database System Rev Implement Rep. – 2016. - Vol. 14, №4. – P. 96-137.

188 Kurup V., Matei V., Ray J. Role of in-situ simulation for training in healthcare: opportunities and challenges // Curr Opin Anaesthesiol. – 2017. - Vol. 30, №6. – P. 755-760.

189 Самченко И.А. О создании и финансировании интегрированной системы оказания медицинской помощи по принципу организации поддержки здоровья // Здоровоохранение Казахстана. - 1996. - №3. - С. 15-29.

190 Salas E., Frush K. Improving Patient Safety Through Teamwork and Team Training. - Oxford: Oxford University Press, 2013. - P. 56-62.

191 Hartgerink J.M., Cramm J.M., Bakker T., Van Eijnsden A.M., Mackenbach J.P., Nieboer A.P. The importance of multidisciplinary teamwork and team climate for relational coordination among teams delivering care to older patients // Journal of Advanced Nursing. - 2014. - Vol. 70, №4. - P. 791-799.

192 Bodenheimer T. 2007 CHCF Lessons Learned when listing the 5 key elements of primary care team building. Ann S. O'Malley, Rebe Overcoming Challenges to Teamwork in Patient-Centered Medical Homes: A Qualitative Study // J Gen Intern Med. - 2015. - Vol. 30, №2. - P. 183-192.

193 State Claims Agency. Clinical Incidents and claims report in Maternity and Gynaecology services; a five year review 2010-2014. - Dublin: State Claims Agency, 2015. – 109 p.

194 Ireland, Department of Health. National Healthcare Quality Reporting System: First Annual Report. - Dublin: Department of Health, 2015.

195 National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. - London: National Institute for Health and Care Excellence, 2015.

196 Oken E. Maternal and child obesity: the causal link // Obstetrics and Gynaecology Clinics of North America. – 2009. - Vol. 36, №2. – P. 361-377.

197 Atrash H., Johnson K., Adams M., Cordero J., Howes J. Preconception Care for improving Perinatal Outcomes: The Time to Act // Maternal and Child Health Journal. – 2006. - Vol. 10, №5. – P. 3-11.