

ҚОЖА АХМЕТ ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ – ТҮРІК
УНИВЕРСИТЕТІ

ҚАЗТЕП ИНСТИТУТЫ

МАГИСТРАТУРА

6M050700- Денсаулық сақтау саласындағы менеджмент

МАГИСТРЛІК ЖОБА

**Тақырыбы: ТҰРМЫСТЫҚ ЖАРАҚАТТАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ
ОҢТАЙЛАНДЫРУДЫҢ ҒЫЛЫМИ НЕГІЗДЕРІ (Түркістан облысы мысалында)**

Ізденуші: _____ Бектұрғанов Меңліахмет Сейдахметұлы ”___” _____ 2019ж.

/қолы/

/А.Ж.Т./

Ғылыми жетекші: м.ғ.д., профессор _____ Белешов М.А.”___” _____ 2019ж.

/регалия/

/қолы/

/аты-жөні/

Түркістан 2019 ж.

МАЗМҰНЫ

Шартты белгілер мен қысқартулар	3
Аннотация	4
Abstract	4
Кіріспе	5
1 Тарау. Алдын алу шараларын ұйымдастырудағы әлеуметтік- гигиеналық мәселелер	8
2 Тарау. Зерттеу материалдары мен әдістері	18
3 Тарау. Тұрғындарының тұрмыстық жарақаттарға байланысты әлеуметтік-медициналық өзгерістері	22
Қорытынды	43
Тұжырым	48
Тәжірибелік ұсыныстар	50
Қолданылған әдебиеттер тізімі	51
Қосымша А	57
Қосымша Б	58
Қосымша Г	59

ШАРТТЫ БЕЛГІЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР

БП- біріншілік профилактика

АСК – алғашқы сырқаттылық көрсеткіші

МК -Мүгедектік көрсеткіші

АЕҰ – амбулаторлық-емханалық ұйымдар

ӘМҰА – әлеуметтік маңызы үлкен аурулар

БҰҰ - Біріккен Ұлттар ұйымы

ДДСҰ – дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы

ЕП – екіншілік профилактика

ЖАК – жалпыаурушаңдық көрсеткіші

ЖКА – жол-көлік апаттары

ҚР ДСМ – Қазақстан Республикасының Денсаулық Сақтау Министрлігі

ӨК- өлім көрсеткіші

СӨСС – саауатты өмір сүру салты

АННОТАЦИЯ

Этот проект исследует травматизм детей и взрослых, а также распространенность травматизма, анализирует показатели смертности и инвалидности, оценивается формирование оптимальной травматологической службы в Республике Казахстан. В итоге даны рекомендации по реализации совершенствования системы по профилактике травматизма и программ по профилактике последствиям травмы.

Ключевые слова: менеджмент, оптимизация, травматизм, эпидемиология, анализ, профилактика, дети

ABSTRACT

This project examines the materials of injures among children and adults. Also, within the report given an assessment of the prevalence of injuries, the characteristics of mortality and disability, the formation of the optimal organizational structure of the trauma service in the Republic of Kazakhstan. Recommendations are given to improve the system of injury prevention and the implementation of injury prevention programs.

Keywords: management, optimization, injury, epidemiology, prevention, analysis, children

КІРІСПЕ

Мәселенің өзектілігі. Тұрғындардың жарақаттануы, улануы және сырттай әсер ететін қатерлі себептердің әсері, олардың арасында өте жоғары өлім, мүгедектік және ұзақ уақыт уақытша еңбекке жарамсыздық тудыратын себептерінің қатарына жатады. Егер бұл мәселені әлеуметтік-экономикалық тұрғыда қарастырсақ, онда жұмыс күндерін жоғалтуға байланысты өндірілмеген өнеркәсіп тауарларының бағасымен сипаттауға болады. Бұл жағдайда жарақаттар мен уланулардың әсерінен Қазақстан Республикасы тұрғындары 600 млрд. теңгеге шығынданады. Жарақаттану мен уланудан туындайтын әлеуметтік мәселені бағалау барысында одан туындайтын уақытша еңбекке жарамсыздық, мүгедектік пен өлім оқиғаларын бірінші кезекте есепке алу қажет.

Осыдан жарақаттанған тұлғаның жанұясы ауыр моральдық жағдайға шалдығады, материалдық шығындарға ұшырайды және ауруды емдеуде орасан зор ұйымдастырушылық және қаржылық қиыншылықтарға тап болады. Соңғы 10 жылда Қазақстан Республикасында тұрғындардың сыртқы орта себептерінен жарақаттануы мен улануы айтарлықтай жоғарылады. Ал, ауылдық жерлерде жарақаттану және улану көрсеткіштері қала тұрғындарының көрсеткішінен едәуір жылдам жоғарылау үстінде. Республиканың ауылдық елді мекендеріндегі жарақаттан және уланудан туындаған өлім көрсеткіштері 2000 жылдан 2016 жылға дейін 34,7 пайызға артқан. Егер қала тұрғындарының жарақаттар мен қайғылы оқиғалардан туындаған өлім көрсеткіші 100000 адамға балап есептегенде 170,5 оқиғаны құраса, ауыл тұрғындарының арасындағы бұл көрсеткіш 230,6 оқиғаға жетіп отыр [1, 2].

Ауыл тұрғындарына көрсетілетін медициналық көмек кезеңімен жүзеге асырылады және оған әртүрлі медициналық құралдар қолданылады. Ал медициналық көмектің сапасы мен тиімділігі оның дер кезінде көрсетілуі мен медициналық көмектің деңгейіне немесе дәрежесіне тікелей байланысты болып отыр. Ауылдық жердегі жарақаттардың көпшілігі әлеуметтік-экономикалық жағдайдың нашарлауымен, санитарлық мәдениеттің төмендігімен, олардың алкогольдік ішімдікке кеңінен салынуымен және тұрмыстық іш шаруаларды атқаруда техникалық қауіпсіздікті сақтамауымен тікелей байланысты.

Жарақаттанған және уланған ауыл тұрғындарына алғашқы медициналық-санитарлық көмек көбінесе орта буынды медицина қызметкерлерінің көмегімен жүзеге асырылады және бұл көмек еш уақытта дер кезінде ұйымдастырылмайды. Осыған қарағанда ауылдық жердегі тұрғындардың жарақаттануының алдын алуға бағытталған профилактикалық шараларды дер кезінде ұйымдастыруға және оның сапасын арттыруға бағытталған шаралардың ғылыми негізін қалау қажет. Осыған байланысты біз зерттеу жұмысының алдына мынандай **мақсат** қойдық:

Зерттеу мақсаты: тұрғындар арасындағы жарақаттанудың әлеуметтік-гигиеналық және медициналық-ұйымдастырушылық қырларын кешенді зерттеу

арқылы жарақаттанудың профилактикасын және медициналық көмекті ұйымдастыру шараларын жетілдіру.

Зерттеудің міндеттері:

1. Түркістан облысы тұрғындарының арасында жарақаттану оқиғаларының таралуын, оның құрамы мен негізгі себептерін зерттеу;

2. Ауыл тұрғындарының жарақаттанудан және сыртқы себептердің әсерінен туындайтын өлім көрсеткіштерін сараптау және оның әлеуметтік-гигиеналық қырларын анықтау;

3. жарақат алған ауыл тұрғындарына ауруханаға дейінгі және стационарлық жағдайдағы көрсетілетін медициналық көмекті ұйымдастыру сапасын бағалау;

4. жарақаттанған аурулардың әлеуметтік-гигиеналық сипатын анықтау және медициналық көмекті жетілдіру мәселелері туралы олардың ой пікірін анықтау;

5. Түркістан облысы тұрғындарының жарақаттануына қарсы алдын алу шараларын құрастыру және медициналық көмегін жақсартуға бағытталған шараларды ғылыми тұрғыда негіздеу.

Зерттеудің ғылыми жаңалығы. Түркістан облысы тұрғындарының арасындағы жарақаттанудың әлеуметтік-гигиеналық қырлары зерттелді. Оның ішінде жарақаттаның таралуы, тұрғындардың мүгедектікке ұшырауы және өлімге ұшырау оқиғалары кешенді түрде зерттелді. Оның барысында жарақаттанғандардың жынысы, жасы, отбасылық жағдайы белгіленіп, ауылдық жердегі жарақаттану оқиғаларының жыл мезгілдеріне байланысты қалыптасу ерекшеліктері анықталды.

Ауыл тұрғындарының жарақаттануына байланысты көрсетілетін медициналық көмектің деңгейі және көлемі бағаланды. Оның барысында амбулаторлық - емханалық және стационарлық көмектің сапасын бағалауға арналған көрсеткіштер нақтыланды. Ауыл тұрғындарының жарақаттану себептері туралы құлақдарлығын анықтап, олардың профилактикалық шаралар туралы білімі белгіленді.

Зерттеудің тәжірибелік құндылығы. Кешенді зерттеу нәтижесінде Түркістан облысындағы жарақаттанудың кешенді әлеуметтік-гигиеналық сипаты жасалды. Осының арқасында жарақаттанудың деңгейі және құрамы нақты дәрежеде анықталды. Жарақаттардың негізгі себептері анықталып, оның туындауына адами себептердің атқаратын рөлі белгіленді. Ал жарақатқа байланысты көрсетілетін медициналық көмекті ұйымдастыру, оның кезеңдері мен сапасы, медициналық дәрежесі анықталып, алынған деректер ауыл тұрғындарын жарақаттануының алдын алуға бағытталған шаралардың негізін құрады.

Қорғауға ұсынылатын негізгі қағидалар

1. Жарақаттанудың деңгейі мен құрамы, мүгедектік пен өлім көрсеткішінің таралуы және жарақаттанған тұрғындардың әлеуметтік-гигиеналық сипаттамасы профилактикалық шаралардың негізі ретінде қолданылды;

2. Жарақаттануға байланысты медициналық көмекті ұйымдастырудың негізгі көрсеткіштері жарақат алу себептерін көрсететін индикатор есебінде және медициналық көмекті жетілдіруге бағытталған шараларды ғылыми тұрғыда негіздеуге арналды;

3. Жарақат алған пациенттердің оны туындататын негізгі себептер туралы көзқарасын зерттеу және медициналық көмекті жетілдіру шараларын негіздеуге бағытталған шаралар ретінде қолданылды;

Диссертацияның көлемі мен құрамы. Диссертациялық еңбек компьютерлік терімнің көмегімен 62 бетте құрастырылған. Оның кіріспесі, әдеби шолуы, қолданылған әдістері мен материалдары, екі тармағы, тұжырым мен қорытынды, тәжірибелік ұсыныстар және қолданылған әдебиеттер тізімі бар. Әдебиеттер тізімінің құрамына отандық және шет ел ғалымдарының ғылыми еңбектері қарастырылған. Жұмыста 14 сурет, 1 схема және 9 кесте құрастырылған.

1Тарау. Жарақаттанудың алдын алу шараларын ұйымдастырудағы әлеуметтік-гигиеналық мәселелер (Әдеби шолу)

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДСҰ) сарапшыларының 2016 жылғы мәліметтері бойынша жыл сайын тұрмыстық жарақаттардан 1,8 миллион адам қазаға ұшыраса, оның ішіне кіретін жол-көлік апатының нәтижесінде 1,25 миллионға жуық адам қазаға ұшырайды. Жол-көлік жарақаттары (бұдан әрі – ЖКЖ)15-29 жастағы жас адамдардың өлім-жітімінің басты себебі болып табылады. Жолдағы өлім-жітімнің 90%-дан аса оқиғасы әлемдегі көлік құралдарының шамамен жартысы тиесілі болғанына қарамастан, табыс деңгейі төмен және орта елдерде орын алады. Әлемде жолда қаза табатын адамдардың жартысы «жолды осал қолданушылар» - жаяу жүргіншілер, велосипедшілер мен мотоцикл жүргізушілері болып табылады. Болжам бойынша әрекетсіздіктен жол-көлік оқиғасының саны өсіп, 2030 жылға қарай өлім-жітім себебінің маңызы бойынша жетінші орынды алатын болады [3, 4, 5].

Жол-көлік жарақатының нәтижесінде зардап шеккен тұлғалар, олардың жанұялары және бүкіл ел айтарлықтай экономикалық зардап шегеді. Бұл залалдар емнің құнымен (соның ішінде сауығу мен апатты тексеруге), сондай-ақ төмендеген/шығындалған өнімділікпен (мысалы, жалақысын жоғалтуға) байланысты, алынған жарақаттың нәтижесінде қаза тапқан немесе мүгедек болған адамдар, олардың отбасы мүшелеріне жарақат алған туысын күту үшін жұмыстан (немесе мектептен) бос уақыт қажет. Жарақатқа байланысты шығынды ғаламдық бағалау шамалы, дегенмен 2010 жылы жүргізілген зерттеу ЖКЖ-ның елдерге ұлттық жалпы өнімнің шамамен 3%-ын қамтитынын болжаған. Бұл көрсеткіш кейбір табыс деңгейі төмен және орта елдерде 5%-ға дейін өседі.

Жарақаттар (жол-көлік жарақаты, суға бату, күйу, биіктен құлау мен улану) 5-15 жастағы балалар арасында өлім-жітім мен мүгедектіктің басты үш себебінің бірі болып табылады. ЖКЖ көлемін төмендету 5% (13 мыңға дейін), қаза тапқандар саны 4,3% (1,7 мыңға дейін), жараланғандар саны 3% (16,9 мыңға дейін) құрайды. Орташа жылдамдықты 5%-ға дейін төмендету қауіпті апат санын 30%-ға дейін азайтуға мүмкіндік береді. Балаларға арналған орындық және қосымша құралдар (жастықтар) балалардың өлім-жітімін апат болған жағдайда 54-тен 80%-ға дейін төмендетеді алады.

ҚР ҰЭМ Статистика комитетінің мәліметтері бойынша 2015 жылы ішкі себептердің қатарынан қаза тапқандар: 14468, соның ішінде 0-19 жас аралығындағы балалар - 1438. Көлік қайғылы жағдайлардан 2644 адам қаза тапқан, соның ішінде 0-19 жас аралығындағы балалар - 311; биіктен құлағаннан - 654/75, электрден жарақат алған - 109/23, суға батқаннан - 788/240, түтіннің әсерінен - 322/37, ыстыққа, жалындаған затқа күйгеннен - 8969/499. Өлім-жітімнің басты себептерінің құрылымында жарақаттан, уланудан және басқа ішкі себептердің әсерінен қаза табу 4 орында. Жарақаттан, уланудан және басқа ішкі себептердің әсерінен өлім-жітім көрсеткіші 2015 жылдың нәтижесі

бойынша 2014 жылғы 87,6-ға қарағанда 100 мың халыққа шаққанда 82,5-ті құраған (5,8%-ға төмендеген). Ауыл тұрғындарының жарақаттан, уланудан және басқа ішкі себептердің әсерінен өлім-жітім көрсеткіші 86,8-ді құрайды, бұл қала халқының 79,2 өлім-жітімінен 9%-ға жоғары. Сондай-ақ өлім-жітім құрылымында өзіне қол жұмсаудан жоғары көрсеткіш 35%, көлікпен қайғылы оқиғаның орын алуы 28% көрсеткені байқалуда [6, 7].

Үнемі өткізіліп отыратын «Қауіпсіз жол», «Автобус», «Назар аударыңыз – балалар!» және т.б. кең ауқымды профилактикалық шаралардың нәтижесінде Жол қозғалысы ережелерін бұзуды анықтау 0,5% (1 млн.687 мыңға дейін) артқан. Қабылданған шаралардың нәтижесінде соңғы үш жыл ішінде көлік құралдарының тоқтаусыз өсуіне қарамастан (+8%, 4,5млн. дейін) елде апат көрсеткішінің төмендеуінің тұрақты беталысы байқалуда.

Балалардың жол-көлік және тұрмыстық жарақат алу мәселелерінің әлеуметтік маңызы белгілі және осы мәселелерді шешу нені қабылдау керектігін білетін дәстүрлі медицина мен кімді және қалай оқыту немесе сақтандыру керектігін білетін педагогика ғылымдарының арасындағы шекаралық аймақта қалуда. Аталған мәселелердің сипаты барлық жағынан өз денсаулығыңды өзің сақтау ретінде өзіңнің қауіпсіз өміріңе жауапты қарым-қатынасқа және басқа адамдардың денсаулығына ұқыпты қарауға тәрбиелеуден көрінеді.

Кез келген мемлекетте жүзеге асырылатын профилактикалық бағыттағы әлеуметтік-медициналық жұмыс сол мемлекеттің тарихи жағдайларын есепке ала отырып қалыптасады. Профилактикалық шаралардың ұқсастықтары мен бірыңғайлығына қарамастан, олардың әдістерінде, ұйымдастыру жолдарында өзіндік ерекшеліктері бар. Сондықтан жер беті мемлекеттердегі сақтандыруға бағытталған әлеуметтік-медициналық жұмыстың мазмұнын салыстырмалы түрде талдау – осы қызметтің теориясы мен тәжірибесін одан әрі байыта түсетіндігі барлығын білеміз. Тұрмыстық жарақаттар бұрынғы заманнан бері адамзат баласының негізгі әлеуметтік-гигиеналық мәселесінің бірі болып табылады [4]. Адамдар әрқашанда өздерінің тұрмыстық қауіпсіздігін сақтауға тырысқан. Алайда экономикалық-тұрмыстық ақуалдың алға қарай дамуына байланысты бұл мәселе арнайы маманды талап етті [8, 9].

Адамды қоршаған тіршілік ортасындағы қауіптіліктер әлемі мен олардың шиеленісуі үзіліссіз үдеуде, ал олардың алдын алу әдістері мен құралдары айтарлықтай кешеуілдетіп жасалады және жетілдіріледі. Тұрмыстық жарақаттың қауіпсіздігіне қатысты сұрақтардың деңгейі техника, технология және әлеуметтік-экономикалық жүйелермен салыстырғанда әлдеқайда артта қалып келе жатыр. Қоршаған ортаның адамзат денсаулығына тигізетін әсері күннен-күнге күрделену үстінде. Осыған байланысты адам денсаулығы мен өмірін сақтау мәселелерін шешу үшін интегралдық және кешендік қадам жасау қажет. Қазіргі замандағы белгілі қауіпсіздік жүйелерімен белгілі бір саланы ғана қорғауға болады, осы күнге дейін адамзат баласын әртүрлі тұрмыстық жарақаттардан кешендік сақтау жолдары белгісіз болып келеді. Дәл осы әдістер белгілі қауіпсіздік мәселелерін шешеді, ал осы қауіпсіздік шаралары жалпы

сауаттылыққа бағытталған және әртүрлі саладағы ғылыми-әдістемелік фундамент болып табылады.

Сонымен, тұрмыстық жарақаттанудан сақтандыру – тірліктің қауіпсіздігінің аса маңызды құрамдық бөлігі, себебі еңбек қызметі адамның тіршілігі мен дамуының негізі болып табылады. Сонымен қатар, адамның іс-тәжірибесі кез келген қызмет салада қауіпті деп пайымдауға негіз береді. Бұл аксиомадан екі маңызды тұжырым шығады: адамзатқа мүлдем тұрмыстық тұрғыда қауіпсіз шаруамен айналысу мүмкін емес (мүлдем қауіпсіз техника немесе технологиялық үдеріс ойлап табу мүмкін емес) және іс- әрекет кезінде адамзат баласына қауіпсіздікті мүлдем болдырмау тағы да мүмкін емес, яғни адам қауіпті ортада өмір сүруге бейімделген. Тұрмыстық қауіпсіздікті қорғау – қоғам еңбегі мен өндіріс үдерісінің органикалық құрамы, оның негізгі мақсаты – екі түрлі жолмен жайлы және қауіпсіз жағдай жасау: өндіріс күшін тұрақты түрде дамыту мен жүзеге асыру және адамзат баласын өндірістің субъектісі ретінде тұрақты түрде дамыту.

Еңбекті қорғау өндіріссіз жүзеге асырылмайды, яғни еңбекке қатысты екінші орында орналасқан [10]. Тұрмыстық тіршіліктің қауіпсіздігін қорғау өмір сүру үдерісіндегі адамзаттың қауіпсіз және тиімді іс-әрекеті болып табылады. Сонымен қатар адамзат іс-әрекетінің негізгі мәселелері болып табылады. Тұрмыстағы тіршілікпен айналысу барысында адам баласының жарты өмірі өтеді. Адам баласының өміріне тұрмыстық үдерістен келетін қауіптілік жоғары болып табылады. Адамның тұрмыстық қауіпсіздігін қамту мәселесі ғылыми-техникалық жетістік кезеңінде орнықты. Қазіргі уақыттағы адамдардың техносферадағы тұрмыстық жағдайлары және адам өміріндегі ағзаның мүмкіндігін арттыратын адаптациялық, физиологиялық және психологиялық себептер қалыптасады.

Дүниежүзілік Денсаулық Сақтау ұйымының (ДДСҰ) көрсеткіші бойынша Қазақстан Республикасының тұрмыстық саласындағы өлім көрсеткіші Еуропалық Одақ елдерінің көрсеткіштерімен салыстырғанда екі есе жоғары болып келеді [11, 12]. Сараптаушылардың көрсеткіші бойынша әлемде тұрмыстық сала бойынша жыл сайын 200 мың адам өледі және 120 млн. адам жарақаттанады. Қазақстан Денсаулық сақтау Министрлігінің статистикалық көрсеткіші бойынша жыл сайын 15 мың бақытсыз жағдай болып, 600 жуық адам қайтыс болады, ал 1,5 – 2 мың адам мүгедек болып қалады [13]. Тұрмыстық жағдайдағы қауіпсіздік мәселесі азаймайды және қолданбалы сипаттағы сұрақтармен шектеліп қалмайды. Бұл мәселенің әлеуметтік-экономикалық мағынасы зор. Қазақстан Республикасындағы адам құрбандықтары түріндегі орасан ысыраптар, елеулі моральдық, материалдық және экологиялық нұқсандарды экономикалық-гигиеналық тұрғыда есепке алу мүмкін емес.

Қазіргі уақытта Қазақстан Республикасындағы тұрмыстық төтенше жағдаяттардың туындау жиілігі дамыған елдердегі осы көрсеткіштен елеулі асады. Тұрмыстағы адам қауіпсіздігін қамтамасыз ету саласындағы қанағаттанарлықсыз жағдайлар адам өмірінің ұзақтығына және еліміздің өлім

көрсеткішіне кері әсер етеді. Қазіргі уақыттағы Ресейдегі қайтыс болған адамдардың ішіндегі еңбекке жарамдылардың өлімі 30 % құраса, 1980 жылы 20-25 % құраған. Қазақстанда бұл көрсеткіш одан да жоғары және 38 % құрайды. Дамыған елдердің көрсеткіші бойынша адамның орташа өмір сүру мерзімі 70 жас. Қазақстанда орташа өмір сүру мерзімі 64,4 жасты құрайды (еркектер – 59, әйелдер – 70,2). Ресейде адамның орташа өмір сүру мерзімі 65 жас аралығын көрсетеді.

Сараптаушылардың арнайы есептеулері үрейді ұшырады, себебі қазіргі уақытта 16 толған жігіттердің орташа өмір сүруі 60 жасқа дейінгі мерзімді құрайды. Еліміздегі халықтың денсаулығы да нашар. Көптеген адамдардың иммундық жүйе қорғанысы төмендеп, инфекциялық аурулардың саны артып тұр. Ауру балалар күннен-күнге көптеп туылып жатыр. Қандайда бір жедел қауіпсіздік шараларын қолданбаса, бұл жайсыз медициналық-гигиеналық жағдай болашаққа әсер етеді [14]. Болып жатқан оқиғалар, әсіресе адам өлімі болатын үлкен апаттық жағдайлар адам өміріне моральды-психологиялық әсерін де тигізеді.

Бұл әлеуметтік-экономикалық және медициналық, ал кейбір жағдайда көптеген аумақтарда саяси қиындықтар тудырады. Қоғамның қауіпсіздігін төмендетіп, аймақтың одан ары қарай дамуын тежейді. Ірі табиғи апаттар мен қопарылыстарды болдырмауға ерекше көңіл аудару керек, себебі сарапшылардың есептері бойынша апаттың алдын-алу жолына жұмсалатын қаржы саны апат болған жерді қайта қалпына келтіруге жұмсалатын қаржыдан 10 – 15 есе аз болып келеді. Тұрмыстық апаттар, жарақаттар, бақытсыз жағдайлар, сырқаттар көрсеткішін сараптау нәтижесі осындай жағдайлардың болуының негізгі себебі қауіпсіздік талаптарының сақталмауы, адамдардың техногенді қауіптің және одан қорғанудың жолдарын білмеуінен туындайды. Қауіптікті тудыратын негізгі себеп адамның өзіндік іс-әрекеті болып табылады.

Тұрмыстық іс-қимыл, әсіресе тұрмыстық іс-әрекет қауіптілігін, олардың болу себебін, олардан қорғану жолдары мен бұйымдарын әртүрлі деңгейдегі мамандандырылған қызметкер білу керек. Бұл үдерістің ең басты мақсаты – маман қандай да бір мәселені шешуде, жұмысты атқару кезінде өзінің де, өзгенің де және тұрмыстың да қауіпсіздігін бірінші орынға қою керек. Тіршілік үдерісінде адам баласы әрқашан да қоршаған ортамен байланыста болып, «адам – қоршаған орта» антропо-экология жүйесін түзейді. Осы жүйеде адамзат екі негізгі мәселені шешеді: өзінің асқа, суға және ауаға деген қажеттілігін өтейді; кері әсер тудырады және одан өз организмі мен қоршаған ортаны қорғауды қамтамасыз етеді. Қоршаған өмір сүру ортасы физикалық, химиялық, биологиялық және әлеуметтік факторлардың біртұтастығын құрайды, белгілі бір жағдайда адамның іс-әрекеті мен денсаулығына тікелей не болмаса жанама әсер береді. Қоршаған өмір сүру ортасы «Жер бисоферасы» ұғымымен тікелей байланысты. Биосфера – Жердің сыртқы қабаты, тірліктің таралу және өмір сүру аумағы, соның ішінде барлық жанды организмдер мен олардың мекендеу ортасын құрайтын жансыз табиғаттың элементтері [15].

Биосфераны өте үлкен, күрделі және барлық үдерістер мен бөлшектері реттелу негізінде жұмыс істелетін экожүйе ретінде қарастыруға болады. Экожүйе – тірі ағза мен қоршаған ортадан түзілетін біртекті табиғи кешен. Қоршаған өмір сүру ортасының тұрақтылығы заттың жалпы ағынын ұстайтын әртүрлі функцияны толтыратын тірі ағзалардың көптүрлілігімен және биогенді және абиогенді үдерістердің арасындағы энергияның таралуымен тұрақталады. Азық іздеген күйбеңнен арылуына қарай, адам өзінің мекендеу ортасын жайластыруға барған сайын көп уақыт бөле бастады. Бұл орайда ол Қоршаған өмір сүру ортасы ортамен байланысынан біртіндеп айырылып, экожүйелердің қуатты минималды жұмсау жағдайында тіршілік етуге және дамуға қабілетінен туындаған оның заңдарынан алыстады. Қоршаған ортаға антропогендік және техногендік әсердің осылай күшеюі жана қоршаған өмір сүру ортасының – техносфераның қалптасуына себеп болды. Техносфера біздің планетамыздағы биосфераның немесе қоршаған өмір сүру ортасының орнын белсенді түрде алмастыра бастады [15, 16].

Планетамызда қоршаған өмір сүру ортасы бұзылмаған аумақтың саны өте аз қалды. Экожүйе Еуропа, Солтүстік Америка және Япония секілді дамыған елдерде экологиялық-биологиялық жүйе өте көп бұзылған. Қорыта айтқанда, қоршаған өмір сүру ортасы (техносфера) – адамзаттың материалды және әлеуметтік-экономикалық қажеттілігін қанағаттандыру мақсатында, адамдардың тікелей немесе жанама қатысында техникалық қондырғылардың көмегімен туындаған биосфераның бір аумағы. Табиғат пен адамға деген кері әсердің бірі техносфера құру кезіндегі адамдардың антропотехногендік іс-әрекеті.

Осы мәселені шешу үшін қоршаған өмір сүру ортасын дамыту қажет. Сонда ғана қоршаған өмір сүру ортасының зиянды себептерінің табиғат пен адам баласына тигізетін кері әсер рұқсат етілген гигиеналық шамаға және қауіпсіз деңгейге дейін төмендейді. Қоршаған өмір сүру ортасының немесе техносфераның түзілуіне төмендегідей себептер әсерін тигізді. Оның ішінде, жер бетіндегі халық санының өсуі және оның урбанизациясы, энергетикалық қорлардың артуы мен қолданысының өсуі, өнеркәсіптің және ауыл шаруашылық өндірісінің қарқынды дамуы, көлік қондырғыларын жалпылай қолдану, әскери мақсатқа және басқа да бірқатар үдерістерге шығынның өсуі сияқты маңызды себептер бар. Техносфера адамзат іс-әрекетінің қоршаған ортасы болғандықтан бірнеше саламен сипатталады: өнеркәсіптік, ауыл шаруашылық, транспорттық және тағы басқалары [17, 18, 19, 20, 21].

Өнеркәсіптік техносфера өнеркәсіптік өндірістерде құралған. Өнеркәсіпте адам өндірістік ортада шарушылық іс-әрекетті жүзеге асырады. Өнеркәсіптік орта – заттық элементтердің және табиғи мен техникалық сипаттағы факторлардың, сонымен қатар өндірістік күш және өндірістік қатынастың әсерінен түзілетін әлеуметтік элементтердің біртұтастығы. Өнеркәсіптік ортадағы адамзаттың іс-әрекеті жұмыс орнында белгілі бір жағдайда жүзеге асырылады және еңбек жағдайы деп аталады, сонымен қатар физикалық және оймен жұмыс болып бөлінеді [22, 23, 24, 25].

Қоршаған өмір сүру ортасындағы адамның өміріне туатын қауіп дегеніміз белгілі бір жағдайда адам денсаулығына және қоршаған ортаға, әлеуметтік-экономикалық жүйеге, сонымен қатар техникалық объектіге тікелей не болмаса жанама түрде кері әсерін тигізетін үдерістерді, объектілерді және заттарды айтады [26, 27, 28, 29, 30, 31].

Қоршаған өмір сүру ортасындағы қауіп энергияға ие, құрамында химиялық және биологиялық белсенді компонентті, сонымен қатар адамзат ісіне сәйкес келмейтін сипатты жүйелер тудырады. Қоршаған өмір сүру ортасындағы қауіп әсері табиғи және антропогенді болып бөлінеді. Қоршаған өмір сүру ортасындағы табиғи қауіп – табиғи құбылыс, климаттық жағдай, жергілікті рельеф, яғни табиғат әлемінде пайда болатын құбылыстар. Қоршаған өмір сүру ортасында адамның қызметтік үдерісіне техника бұйымдары мен өндірістік өнімдер көмегімен технологиялық үдеріс арқылы антропогендік қауіптілікті тудырады. Қоршаған өмір сүру ортасындағы адам денсаулығы мен өміріне тиетін қауіпті көздері көп. Мүмкіндігі жоғары қауіп дегеніміз адам денсаулығына жасырын түрде әсер етуін айтамыз. Айқын қауіп деп қазіргі уақытта немесе белгілі бір уақыт ішінде қызметкер денсаулығына кері әсер ететін себептерін айтамыз. Белгілі бір жағдайда қауіптілік көзіне қауіп-қатер әсер еткенде қауіп нақты қатерге айналады. Жалпы тұрмыстық қауіптіліктің алдын алу арнайы профилактикалар жүйесімен жүзеге асырылады [32, 33, 34, 35].

Профилактика ұғымының негізінде тұрғындар тобы мен жеке индивидтердің мүмкін болатын физиологиялық, психологиялық және әлеуметтік-мәдени қиындықтарын шешуге; адамдардың денсаулығы мен өмір сүру деңгейін қорғауға, сақтау мен қолдауға; алдыға қойған мақсаттарына жетуге және ішкі өмірлік потенциалын ашуына көмектесуге бағытталған ғылыми дәлелдемелер мен уақытында орындалатын әрекеттер түсіндіріледі.

Әлеуметтік медицина мен әлеуметтік жұмыс төңірегіндегі ғылыми зерттеулер көптеген созылмалы аурулардың әлеуметтік факторлар мен науқастардың өмір сүру стиліне байланыстылығына негізделіп, көпсалалы бағыт алуды болжайды. Практикалық әлеуметтік жұмыскерлердің кәсіби қызметі үшін денсаулық сақтаудағы профилактика мәселелерінде әлеуметтік қорғау мекемелерінің рөлінің маңыздылығын мойындау да үлкен мәнге ие. Психо-әлеуметтік технологиялар мен әлеуметтік-терапевтік әдістерді қолдана білетін әлеуметтік жұмыскерлер клиентпен құмыс жасау кезінде оған өз денсаулығын есепке ала тұрып, өмірлік жоспарларын айқындауға көмектеседі [36, 37, 38].

Профилактика (грек тілінен *prophylaktikos* – алдын ала сақтау, ескерту) - бұл адамдардың денсаулығының жоғары деңгейін және олардың шығармашылық ұзақ өмір сүруін қамтамасыз етуге, науқас себептерін жоюға, еңбек, тұрмыс, тұрғындардың демалысы және қоршаған орта шарттарын жақсартуға бағытталған іс-шаралар кешені.

Әлеуметтік жұмыста бірінші реттік және екінші реттік профилактика түрлерін бөлу қабылданған.

Бірінші реттік профилактика – бұл аурудың пайда болу себептерін жоюға бағытталған (вакцинация, еңбек пен демалыстың рационалды режимі, рационалды тамақтану және т.б.) іс-шаралар жүйесі. Бірінші реттік профилактиканың міндеті болып барлық өмір циклі бойында ересектер, жасөспірімдер мен балалардың денсаулығын жақсарту табылады. Бірінші реттік профилактикаға сонымен бірге, қоршаған ортаны, тәрбие мен өмір сүру салтын қалыптастыру бойынша мемлекеттің әлеуметтік-экономикалық іс-шаралары жатады.

Екінші реттік профилактика – бұл аурудың клиникалық деңгейге дейінгі күйін ертерек анықтауға, адамдардың тұқым қуалаушылыққа бейімділігі көрсеткіштерін белгілеуге, аурулардың себептері мен қауіптілігін анықтауға, сонымен қатар, аурудың асқынып кетуінің алдын алу мен ескерту мақсатында емдік сауықтыру шараларын дер кезінде өткізуге бағытталған іс-шаралар жүйесі [39, 40, 41].

Екінші реттік профилактиканың өте тиімді әдісі ретінде диспансеризациялауды атауға болады. Бұл – аурулардың ерте анықталуы, динамикалық бақылау, тиімді емдеу мен жүйелі сауықтырудың кешенді әдісі болып табылады. Диспансеризациялаудың негізгі мақсаты тұрғындардың денсаулығын сақтау және нығайту, адамдардың өмір сүру ұзақтығын арттыру және аурудың бастапқы формаларын анықтап, емдеу, аурулардың пайда болуы мен таралуына әсер ететін себептерді зерттеп, оларды жою, сонымен қатар, әлеуметтік, емдік-сауықтыру және санитарлық-гигиеналық профилактикалық шараларды кеңінен жүргізу [42, 43, 44].

Ерекше назар балалар, жасөспірімдер мен әйелдерді және еңбекке жарамсыз тұрғындарды диспансеризациялауға бөлінеді.

Әлеуметтік жұмыста сонымен бірге, қоғамдық (әлеуметтік) және индивидуалды (жеке) профилактиканы бөліп қарастыруға болады.

Қоғамдық профилактика әлеуметтік және гигиеналық сипаттағы іс-шаралар кешені. Олар мемлекет, аймақ, қала, аудан, тіпті әрбір ұйым шеңберінде мемлекеттік деңгейде жоспарланып, өткізіледі. Негізінен, бұл шаралар қоғамдық денсаулықты қамтамасыз етудің жоғары деңгейіне; ауруды туғызушы себептерді жоюға; еңбек, демалыс, материалдық қамтамасыздандыру, тұрмыстық, халықтық тұтынуға қажетті тауарлар мен қызметтерді кеңейтуге, сонымен қатар, денсаулық сақтау, мәдениет пен білім, дене шынықтыру салаларын дамытуға жағдай жасауға бағытталады [45, 46, 47].

Қоғамдық профилактика іс-шараларының тиімділігі көбіне, азаматтардың өз денсаулықтарын қорғауға деген саналы көзқарасына, тұрғындардың қоғамдық профилактикалық шараларға қатысуына, әрбір азаматтың өз денсаулығын қорғауға жасалынып жатқан қызметтерді қаншалықты пайдаланып жатқанына байланысты.

Индивидуалды профилактиканың негізін салауатты өмір салты құрайды, себебі, адамның денсаулығы, оның белгілі бір науқасқа бейімділігі, аурудың қиын түрде емделуі белгілі бір деңгейде адамдардың жұмыс пен тұрмыстағы мінез-құлығының жеке ерекшеліктері арқылы анықталады.

Профилактиканың басты өлшемдері болып әлеуметтік жұмыскердің кәсіби қызметінде жетекші орын алатын гигиеналық тәрбие мен санитарлық ағарту табылады.

Тұрғындар арасында профилактикалық жұмыс жасаумен әкімшіліктік денсаулық сақтау орындарының қарамағындағы медициналық профилактика орталықтары айналысады. Олардың қызметінің басты бағыттары: тұрғындарға денсаулық сақтау мен аурудың алдын алу туралы кеңес беру; сауатты гигиеналық мінез-құлық пен дағдыларды қалыптастыру; зиянды әдеттермен күрес; профилактикалық емдеу; тұрғындарды салауатты өмір салтын ұстануға шақыру [48, 49, 50].

Медициналық профилактика орталықтары денсаулық сақтаудың барлық мекемелеріндегі медициналық және әлеуметтік қызметкерлер өткізетін алдын алу жұмысын үйлестіреді.

Едәуір маңызды әлеуметтік-медициналық қызмет *білім беру мекемелерінде* жүзеге асырылады. Білім беру мекемелерінің әлеуметтік-медициналық қызметтері келесідей жағдайларға көп мойын бұрады, олар: санитарлық-ағартушылық жұмыс, алдын алу істері, психологиялық-педагогикалық түзету.

Әсіресе, мүгедек балаларды әлеуметтендіруге және оқытуға бағытталған [51, 52, 52].

Отбасының әлеуметтік-медициналық қажеттіліктерін отбасының немесе тұлғаның саналы түрде денсаулыққа ұмтылуы мен оптималды денсаулық пен хал-ахуалды сақтау үшін әрдайым заттар, қызметтер немесе жағдайларға мұқтаждығы деп белгілеуге болады.

Қазіргі қазақстандық қоғамда отбасы институты денсаулық сақтауға, отбасының денсаулыққа деген көзқарасына айқын із қалдыратын, жалпы әлеуметтік құбылыстармен түсіндірілетін маңызды қиындықтарды басынан өткеруде.

Қоғамдағы жіктелу үрдістерінің күшеюі отбасының маңызды қызметтерін қозғап (репродуктивті, тәрбиелік, экономикалық, сауықтыру), нәтижесінде халықтың денсаулығының бұзылуына алып келуде. Ең қауіптісі – отбасының сауықтыру қызметін жоғалтып алуы мүмкін. Халықтың төмен табысы отбасының барлық бюджетінің адамдардың тамаққа және киімге деген қажеттіліктерін қанағаттандыруына жұмсалып, денсаулықты қолдауға, сақтауға мүмкіндік қалдырмайды.

Осылайша, отбасының экономикалық қызметтерінің барлық элементтері тікелей немесе жанама түрде отбасы денсаулығымен байланысты [53, 54, 55].

Қауіп-қатер тобындағы отбасыларға тұрмысы төмен отбасылар, көпбалалы отбасылар, толық емес отбасылар, мүгедек балалары бар отбасылар, асоциалды отбасылар, босқындар мен мәжбүрлі қоныс аударушы отбасыларын жатқызуға болады.

Аталған мекемелер іс-әрекеттерінің негізгі бағыттары болып: балалар мен отбасылардың әлеуметтік сәтсіздіктерінің факторлары мен себептерін айқындау; қиын өмірлік жағдайды жеңу мен өз-өздерін қамтамасыз ету мәселелерін шешуде балалары бар отбасыларды қолдау; әлеуметтік-

экономикалық, әлеуметтік-медициналық, психологиялық-педагогикалық, құқықтық және басқа да қызметтің формалары мен түрлерін ұсыну.

Қауіп-қатер тобындағы отбасылармен әлеуметтік жұмыс бойынша маманның практикалық іс-әрекеті диагностикалық, ұйымдастырушылық және коммуникативті кезеңдерді қарастырады.

Диагностикалық кезеңде отбасының тұрмыстық жағдайлары мен материалдық мүмкіндіктері қарастырылады, эмоционалды-психологиялық климаты, танымдық, жалпы мәдениеттілік деңгейі, бос уақытты өткізу тәртібі, рөлдер мен міндеттерді бөлу, өзара бірыңғай іс-әрекеттілікті ұйымдастыру, сонымен қоса, отбасының жалпы және отбасы мүшелерінің әрқайсысының жеке мәселелері анықталады [56, 57, 58, 59].

Ұйымдастыру кезеңінде жағдай мен ресурстарды бағалауға отбасының мүшелерін қосу үшін жағдайлар жасалады, көмекші бағдарламаларды бейімдеу мен жобалау, біріккен отбасылық-тұрмыстық еңбекті ұйымдастыру, қарым-қатынасты, сыртқы және ішкі байланыстарды жақсарту қарастырылады.

Коммуникативті кезеңде қалыптасқан дағдылар мен білімдер қолданылады, қолданатын құралдар кеңейтіліп, жалпы көмекті өз-өзіне көмекке ауыстыру ынталандырылады.

Осылайша, қауіп-қатер тобындағы отбасылармен әлеуметтік-медициналық жұмыстың ерекшелігі әлеуметтік жұмыскердің супервизиясы мен (патронаж, сүйемелдеу) өмір сүру дағдыларына үйретудің өзара үйлесімділігі негізінде жатыр [60, 61, 62].

Адам денсаулығы биология, медицина, әлеуметтану, психология, философия сияқты көптеген жаратылыстану мен қоғамдық ғылымдардың пәні болып табылады. Денсаулық негізін зерттеу – бұл көбінесе медициналық-биологиялық аспект. Бірақ, барлық медициналық доктринаның негізінде екі өзара байланысты мақсат: денсаулықты сақтау және ауруды емдеу табылса да, ал медицина ауру туралы ғылым ғылым болып табылғандықтан, денсаулық мәселесі әлеуметтік факторларды есепке алмай шешілмейді. Шетелдік және отандық зерттеушілердің мәліметтері бойынша, адам денсаулығының 50%-ы адамның өмір сүру салтына байланысты [63, 64, 65].

Бала денсаулығын сақтаудың бір жолы жарақаттанудың алдын алу. Мектепке дейінгі және мектеп жасындағы балалар, жасөспірімдер, жастардың арасында жарақат мәселесіне мемлекеттік ұйымдардың, жұртшылықтың, БАҚ пен барлық халықтың назарын аудару, өзін-өзі сақтайтын мінез-құлықтық маңызы туралы ақпарат деңгейін арттыру және денсаулықты сақтау мен күшейту үшін жағдай жасауға ықпал ету, жарақаттың салдарынан болатын өлім-жітім мен мүгедектіктің алдын алу.

ҚР ҰЭМ Статистика комитетінің мәліметтері бойынша. Жарақаттан, уланудан және басқа ішкі себептердің әсерінен өлім-жітім көрсеткіші 2015 жылдың нәтижесі бойынша 2014 жылғы 87,6-ға қарағанда 100 мың халыққа шаққанда 82,5-ті құраған (5,8%-ға төмендеген). Ауыл тұрғындарының жарақаттан, уланудан және басқа ішкі себептердің әсерінен өлім-жітім көрсеткіші 86,8-ді құрайды, бұл қала халқының 79,2 өлім-жітімінен 9%-ға

жоғары. Сондай-ақ өлім-жітім құрылымында өзіне қол жұмсаудан жоғары көрсеткіш 35%, көлікпен қайғылы оқиғаның орын алуы 28% көрсеткені байқалуда. Жарақаттар (жол-көлік жарақаты, суға бату, күйу, биіктен құлау мен улану) 5-15 жастағы балалар арасында өлім-жітім мен мүгедектіктің басты үш себебінің бірі болып табылады.

2 Тарау. Зерттеу материалдары мен әдістері.

Қазақстан Республикасының тәуелсіздік алғаннан кейінгі 26 жылдың ішінде тұрғындардың әлеуметтік-гигиеналық сипаттамасы күрделі өзгерістерге ұшырады. Олардың арасында өмір сүру салттарының денсаулыққа зиянды, халыққа таңсық емес түрлері кеңінен тарай бастады.

Тұрғын халықтың организміне үлкен қауіп-қатер туғызып, сырқаттылық пен мүгедектіктің және өлім оқиғаларының артуына алып келетін себептердің таралу деңгейі шамадан тыс артып, еліміздің әлеуметтік-демографиялық, саяси тұрақтылығымызға кері әсерін тигізе бастады. Осындай әлеуметтік маңызы үлкен патологияларды электронды мониторлық әдістердің көмегімен тоқтаусыз бақылау жасап, скринингтік тексерулерді қолданып және диспансерлік әдістердің көмегімен профилактикалық шаралардың тиімділігін жоғарылатып, тұрғындардың орташа өмір сүру ұзақтығын арттыруға барынша күш салу бүгінгі күннің негізгі сұранысы және қоғамдық денсаулық сақтау ұйымдарының алдына мемлекет тарапынан қойылып отырған ең басты талап деп қарастыруға болады. Қоғамдық денсаулық сақтау жүйесін дамыту және тұрғындардың денсаулығын қорғауды ұйымдастыру жүйесі ежелден медицина ғылымының ең басты бағыты болып саналады. Қолға алынған зерттеу жұмысы қоғамдық денсаулық саласында қолданылатын медициналық - статистикалық әдістемелерге сүйене отырып жүзеге асырылды. Зерттеудің негізін ресми есеп құжаттары түзеді. Оның ішінде Түркістан облысы тұрғындары арасындағы тұрмыстық сипаттағы жарақаттар, оның жастық-жыныстық, кәсіби және жыл мезгілдеріне байланысты жарақаттардың қалыптасу ерекшеліктері есепке алынды.

Қоғамдық денсаулық сақтау ғылымы тұрғын халықтың денсаулығында қауіпті қоршаған экологиялық-гигиеналық ортаның, әлеуметтік-тұрмыстық және медициналық-экономикалық жағдайлардың әсерінен туындайтын патологиялық өзгерістерді болдырмау мәселелеріне үнемі көңіл бөледі. Сондықтан бұл ғылыми бағыт тұрғындар денсаулығының қалыптасу заңдылықтарын анықтап, ондағы орын алып жатқан беталыстарға баға берді және анықталған аурудың түріне қарай емдеу-профилактика шараларын ғылыми тұрғыда негіздеу жұмыстарымен айналысады.

Қоршаған өмір сүру ортасы мен тұрғындар денсаулығында орын алған әлеуметтік-гигиеналық өзгерістердің даму бағытын анықтау, оның ішінде әлеуметтік-экономикалық тоқырауға байланысты денсаулық көрсеткіштеріндегі даму бағыттарындағы өзгерістер, қоршаған ортаның экологиялық-гигиеналық ақуалы, өмір сүру салты себептері, еңбек ету және тұрмыстық жағдайларының денсаулықтың қалыптасуындағы ролі, оның қалыптасу заңдылықтары мен жаңа ерекшеліктерін жан-жақты бағалау жұмыстары кез келген ғылыми еңбектің арқауы екендігі әйгілі.

Біздің орындап отырған диссертациялық еңбектің алдына қойған негізгі мақсаты мен міндеттерің шешу, зерттеліп отырған құбылыстардың өзгерістерін

және заңдылықтарын кешенді түрде тексеруге жол ашты. Зерттеу бағдарламасы мен жоспары дизайн түрінде беріліп, зерттеудің негізгі кезеңдері көрсетіліп, ауыл тұрғындарының денсаулық жағдайына қатысты мәселелердің аса маңызды қырлары бір жүйеге келтіріліп, қол жеткізілген деректі нәтижелерді сараптауға барынша ыңғайлы жағдай жасалды.

Зерттеуге тартылған ресми және өз бетінше жинақталған материалдарға талдау жүргізуде экологиялық-гигиеналық және медициналық-статистикалық әдістерді қолдандық. Зерттеу жұмысын орындау барысында қол жеткізген нәтижелер негізгі қағидалар амбулаторлық-емханалық ұйымдардың тәжірибесіне және ғылыми зерттеулерді жүзеге асыру барысына қолдануға ұсынылды. Зерттеудің мақсатына қарай Сайрам ауданы тұрғындарының денсаулығына әсерін тигізетін экологиялық, тұрмыстық, экономикалық, әлеуметтік-гигиеналық жағдайларға, медициналық-санитарлық көмек көрсетуді ұйымдастыру сапасы мен тиімділігі сияқты мәселелерге кешенді сипаттама берілді. Ғылыми-зерттеу жұмысын жүзеге асыру нысаны деп Сайрам ауданы тұрғындары арасындағы тұрмыстық жарақаттардан туындаған өлім-жітім көрсеткішінің көпжылдық деңгейі мен динамикасы тандалып алынды. Сайрам ауданы тұрғындары арасындағы бұл көрсеткіштің әлеуметтік-экономикалық, тұрмыстық, медициналық- санитарлық сипаттамасы облыстағы ауылдық елді мекендері тұрғындарының әлеуметтік-гигиеналық сипатын толық көрсете алады деуге болады.

Кесте 1 – Зерттеу бағдарламасы мен негізгі кезеңдері

Зерттеу мақсаты: Түркістан облысы тұрғындары арасындағы жарақаттанудың әлеуметтік-гигиеналық және медициналық-ұйымдастырушылық қырларын кешенді зерттеу арқылы жарақаттанудың профилактикасын және медициналық көмекті ұйымдастыру шараларын жетілдіру.	
Зерттеу әдістері: медициналық-статистикалық, социологиялық, сараптамалық әдістер.	
Зерттеу материалдары: Түркістан облысы тұрғындарының жарақаттары мен одан туындаған өлім-жітімі туралы травматологиялық пункт пен емханалық ұйымдардың ресми есеп беру құжаттары, сұрақнама материалдары.	
Зерттеу нысандары: Түркістан облысы тұрғындарының арасындағы жарақаттар мен одан туындаған өлім-жітім оқиғасы.	
Бақылау бірліктері: Сайрам ауданы тұрғындарының өлім-жітіміне алып келетін негізгі жарақаттар.	
Негізгі денсаулық көрсеткіштері: Түркістан облысы тұрғындарының жарақаттарға байланысты өлім-жітім көрсеткішінің деңгейі мен динамикалық серпінінің қалыптасуындағы аймақтық, кәсіби, жыныстық –жастық ерекшеліктері.	
Зерттеу кезеңдері :	
1 кезең	Түркістан облысы тұрғындарының арасында жарақаттануға байланысты қалыптасқан өлім-жітім көрсеткіштерінің әлемдік және Республикалық деңгейі

	мен құрамы, жарақаттанудың инновациялық профилактикалық алдын алу шаралары.
2 кезең	Түркістан облысы ауылдық елді мекендерінің тұрғындары арасындағы жарақатқа байланысты өлім-жітім көрсеткіштерінің даму бағытына баға беру(медициналық-статистикалық орталықтың материалдары, травматологиялық пункт пен емханалық ұйымның есебін сараптау, ЕҰ есеп беру құжаттарының деректі материалдары).
3 кезең	Травматологиялық қызметтің жұмысын ұйымдастыру сапасы мен тиімділігіне баға беру(аурулардың асқынуының алдын алу шаралары)
4 кезең	Травматологиялық аурулардың арасындағы емдік-реабилитациялық, профилактикалық шаралардың сапасын социологиялық тұрғыда бағалау (сұрақнама)
5 кезең	емдік-реабилитациялық және профилактикалық жұмыстың әлеуметтік - медициналық тиімділігіне баға беру
6 кезең	Емдік-профилактикалық шараларды жетілдіруге бағытталған ұсыныстарды құрастыру және тәжірибеге ұсыну.

Түркістан облысы тұрғындарының әлеуметтік-гигиеналық және денсаулық жағдайына объективті баға беру мақсатында Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің және медициналық ұйымдарының ресми статистикалық деректі есеп құжаттарын қолдандық. Ғылыми зерттеу бағдарламасына тексерудің қорытындылары мен деректі мәліметтерін диаграмма және кесте түрінде келтіріп, одан туындаған қорытынды мен тұжырымдарды жазбаша түрінде бердік.

Социологиялық сұрақнаманың көмегімен Түркістан облысы тұрғындарының арасында сауалнама жүргізіп, олардың денсаулығы мен оның әлеуметтік-гигиеналық сипаттағы қатерлі себептерін анықтадық. Социологиялық сұрақнаманы респонденттердің өз бетінше іске асыратын сұрақтарға жауап беру түрінде жүзеге асырдық. Социологиялық сұрақнамаларда дайын жауаптардың жүйелі нұсқалары ұсынылса, респонденттер олардың ішінен дұрыс деп таныған жауапты тандап алып белгіледі. Тұрғын халықтың арасында анықталған ауру-сырқаулардың эпидемиологиясы мен социологиялық зерттеу материалдары арасында толық үйлесімдік байқалады. Сұрақнаманың көмегімен жүргізілген социологиялық зерттеу мен медициналық-статистикалық кешенді әдістерді дұрыс қолданудың арқасында амбулаторлық-емханалық ұйымда тексерілген тұрғындардың денсаулығын дұрыс бағалап, олардың организміне қауіп-қатер туғызатын себептердің сипатын және жеке нозологиялардың қатарын нақты анықтауға қол жеткіздік деуге болады.

Социологиялық сұрақнаманы қолдануға негізделген әдістемесінің көмегімен аудандағы жанұяларды әлеуметтік-гигиеналық және тұрмыстық-экономикалық көрсеткіштер бойынша топтастыруға жағдай туды. Жалпы зерттеу нәтижелері бойынша денсаулық сақтау жүйесінің амбулаторлық-

емханалық ұйымдарында есепте тұратын тұрғындардың денсаулығына сай профилактикалық шараларды ұйымдастырудың ғылыми негіздері қаланады. Социологиялық зерттеу көмегімен тұрғындардың денсаулығына ауылдық өмір сүру ортасында әсер ететін қауіп-қатерлі себептер жайлы деректерді біруақытта жинақтауға жол ашылды.

Социологиялық сұрақнаманың негізгі бөліміне жеке респондентке қатысты 15 сұрақ кірді. Емдеу- профилактика ұйымдарының жүзеге асыратын дәрігерлік-ұйымдастыру жұмыстарына сипаттама беру үшін біз қажетті ақпаратты жинақтауға арналған арнайы сұрақтарды да әзірледік. Медициналық-статистикалық және социологиялық әдістемелердің көмегімен сырқаттылықты және мүгедектікті тереңдеп зерттеп, жан-жақты сараптама жүргізуге ықпалын тигізді.

Өлім көрсеткіші жайлы статистикалық материалдарды жинақтау және өңдеу жұмыстары ДДСҰ-ның 43-ші Халықаралық конференциясында оныншы рет қайта қаралып бекітілген «Ауру-сырқаулардың және денсаулықпен байланысты мәселелердің халықаралық статистикалық классификациясына» сүйене жүргізілді. Әлеуметтік-гигиеналық зерттеу жұмыстары ұзақ уақытқа созылғандықтан, статистикалық орташа шаманың вариациялық және динамикалық қатарлардағы көрсеткіштерді теңдестіру әдістемесін қолдандық. Зерттеу нәтижелерін математикалық-статистикалық өңдеуден өткізу ісі көп өлшемдік және мультисебептік талдау әдістерін қолдануды талап етті. Денсаулық сақтау ұйымдарында анықталатын көрсеткіштер сырқаттылық, мүгедектік және өлім-жітім оқиғаларын белгілі бір тұрғындар санына балап есептеу арқылы түзелді.

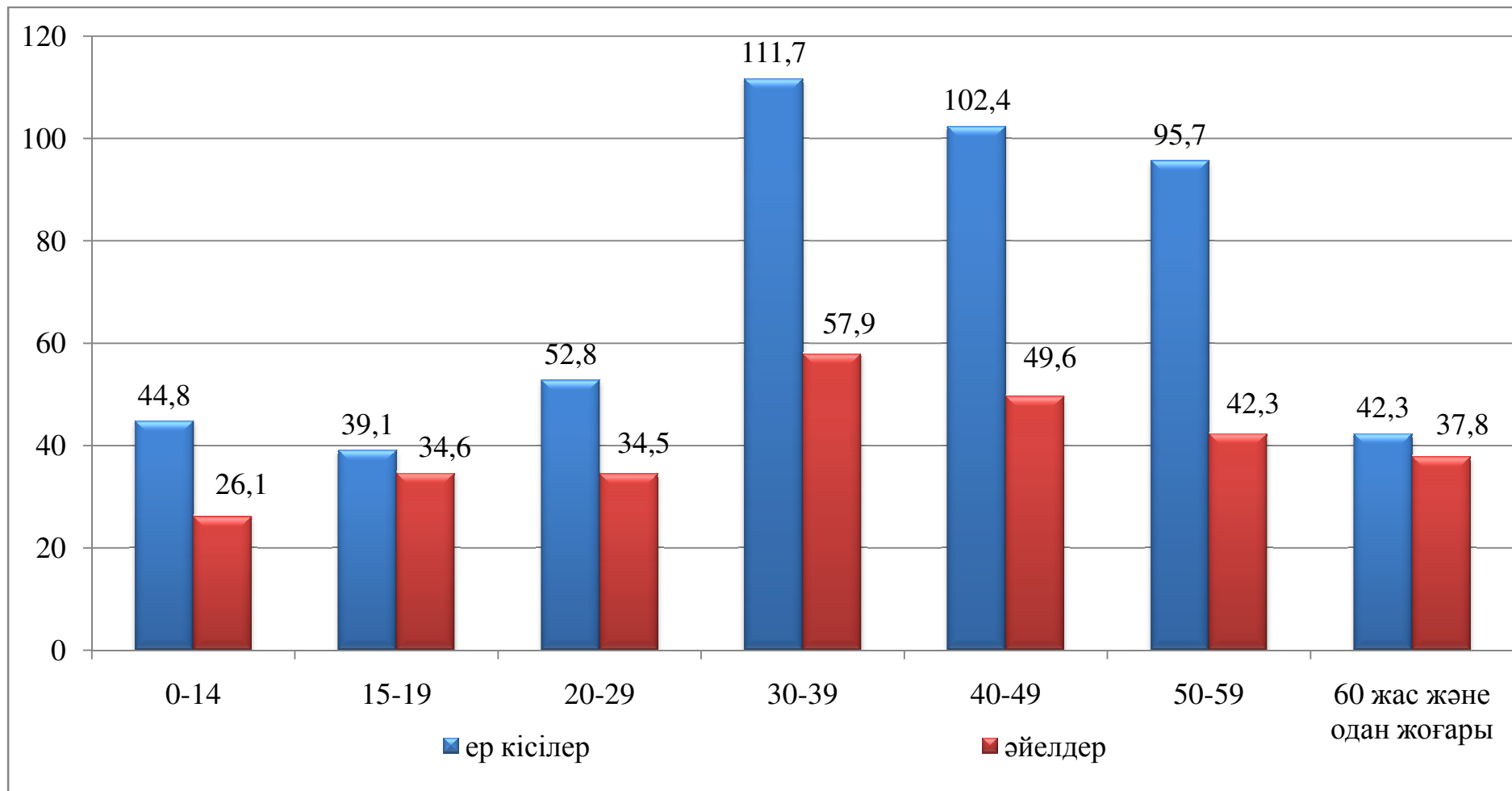
Алынған нәтижелердің орташа деңгейіне, құрамына, серпініне немесе динамикасына және болжамды көрсеткіштеріне сүйене отырып емдік-сауықтыру іс-шараларды жүзеге асыру жолдары анықталды. Сырқаттылықтың нақты клиникалық белгілері жоқ тұрғындар - сау адамдар деп есептеледі. Амбулаторлық-емханалық ұйым дәрігерлері сырқаттанған аурулардың жеке ағзаларының қызметтік жағдайына баға берді және диагноз қояды. Ағзалардың жұмысында қызметтік ауытқулары жоқ тұрғындардың дені сау деп есептеледі және олардың арасында профилактикалық және емдік іс шаралар өткізілмейді. Дәрігерлік тексеру барысында дені сау тұрғындардың жеке органдарында физиологиялық сипаттағы қызметтік ауытқулар анықталуы мүмкін. Сондықтан тұрғындарға диагностиканы дұрыс қойып, сапалы емдеу керек. Олардың арасында сырқаттануға алып келетін қауіпті себепі бар адамдарды анықтауға барлық әдістерді қолданып, әлеуметтік маңызы үлкен ауруы бар тұлғаларды диспансерлік бақылауға алу және профилактикалық және қажетті реабилитациялық шараларды жүзеге асыру қажет.

3Тарау. Түркістан облысы тұрғындарының тұрмыстық жарақаттарға байланысты әлеуметтік-медициналық өзгерістері

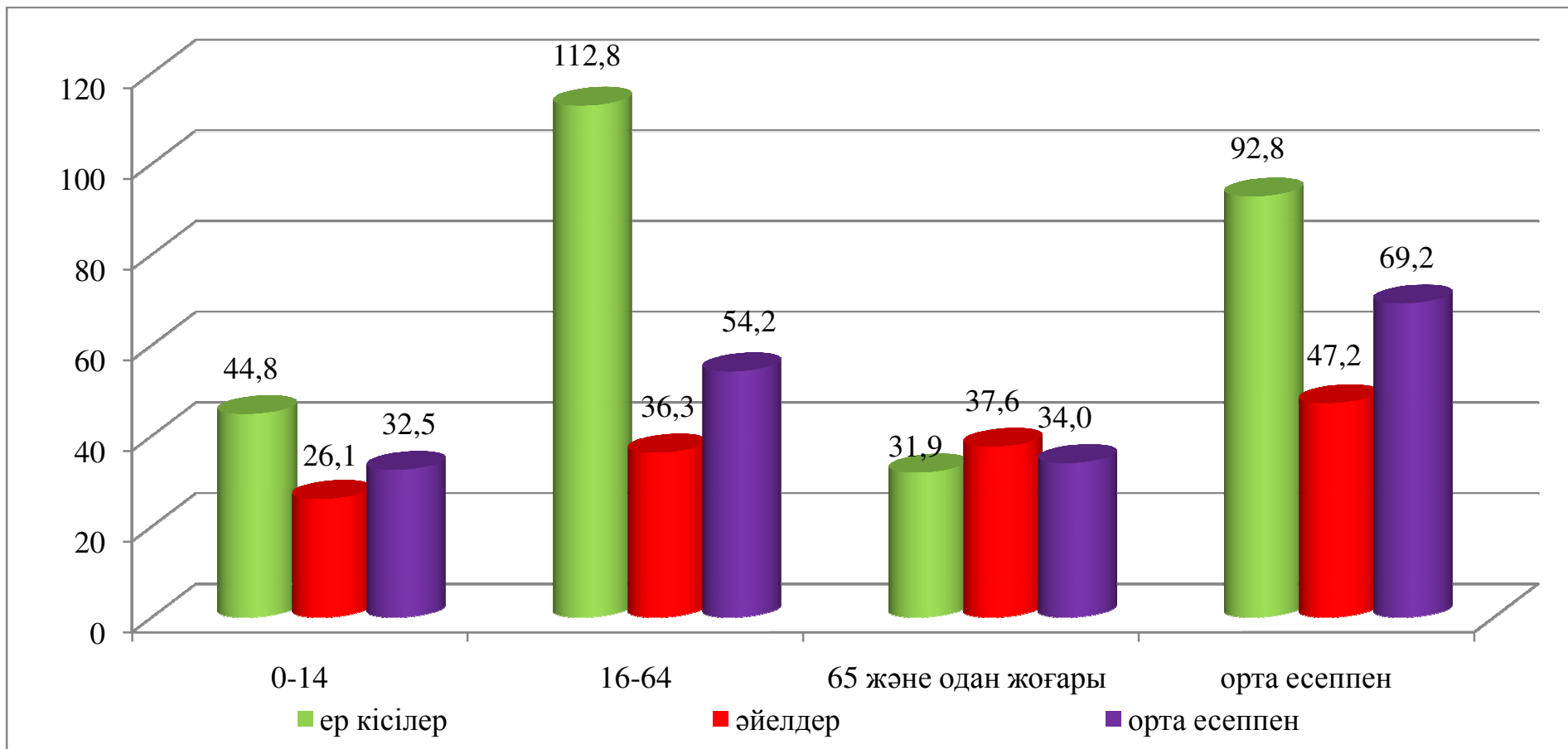
Адамды қоршаған тірлік ортасындағы қауіп-қатерлік себептер мен олардың шиеленісуі үзіліссіз даму үстінде, ал олардың алдын алу әдістері мен құралдары айтарлықтай кешеуілдетіп жасалады және жетілдіріледі. Тұрмыстық жарақаттың қауіпсіздігіне қатысты туындайтын мәселелерді шешу деңгейі техника, технология және әлеуметтік-экономикалық жүйелерде туындайтын өзекті мәселелерді шешу деңгейімен салыстырғанда әлдеқайда артта қалып келе жатыр. Қоршаған ортаның денсаулыққа зиянды себептерінің адазат денсаулығына тигізетін әсері күннен-күнге күрделену үстінде. Осыған байланысты тұрмыстық жарақаттардан туындайтын адам денсаулығының нашарлауы мен өмірін сақтау мәселелерін шешу үшін интегралдық және кешендік профилактикалық шаралар жүйесін жасау қажет. Қазіргі замандағы профилактикалық шаралармен және қауіпсіздік жүйелерімен белгілі бір саланы ғана қорғауға болады. Сондықтан осы күнге дейін адамзат баласын әртүрлі тұрмыстық жарақаттардан кешендік сақтау жолдары белгісіз болып келеді. Заманауи әдістер салауатты өмір сүру салтын қалыптастыруға негізделген және белгілі бір бағыттағы қауіпсіздік мәселелерін шешеді. Салауатты өмір сүру шараларын қалыптастыру жұмыстары жалпы сауаттылыққа бағытталған және әртүрлі саладағы ғылыми-әдістемелік жұмыстардың фундаменти болып табылып. Сонымен, тұрмыстық жарақаттанудан сақтандыруға бағытталған профилактикалық шаралар – тіршіліктің қауіпсіздігін қамтамасыз етудің аса маңызды құрамдық бөлігі. Бұл шаралар еңбек ету жасындағы тұрғындардың тіршілігін мен дамуын қамтамасыз ету негізі болып табылады. Ауыл тұрғындарының арасында өмір сүру деңгейінің төмендеуі, олардың денсаулығының нашарлауы, әлеуметтік-гигиеналық мәселелерінің артуы олардың әлеуметтік-медициналық тұрғыда өзгеріске ұшырауын туындатады. Бұл өзгерістер қала тұрғындары арасында қалыптасқан жағдайдан анағұрлым күрделі, сондықтан ауыл тұрғындарының денсаулығын қорғау қала тұрғындарының денсаулығын қорғауға қарағанда айтарлықтай өзекті деп айтуға болады. Ауыл тұрғындары арасындағы жарақаттану және улану оқиғалары, сыртқы себептердің өзге де әсерлерінен туындайтын өзгерістер денсаулық көрсеткіштеріне зияндылығын тигізуде. Жарақаттардан туындайтын өлім Қазақстан Республикасы тұрғындары арасында қалыптасқан өлім көрсеткішінде 2 – рангалық орында иеленеді, ал еңбек ету жасындағы тұрғындар арасында 1 рангалық орынды қамтып отыр.

Зерттеу материалдарын сараптау Түркістан облысы тұрғындары арасындағы тұрмыстық жарақатқа ұшырау ер кісілердің арасында әйелдерге қарағанда нақты жоғары екендігін көрсетті (1 сурет).

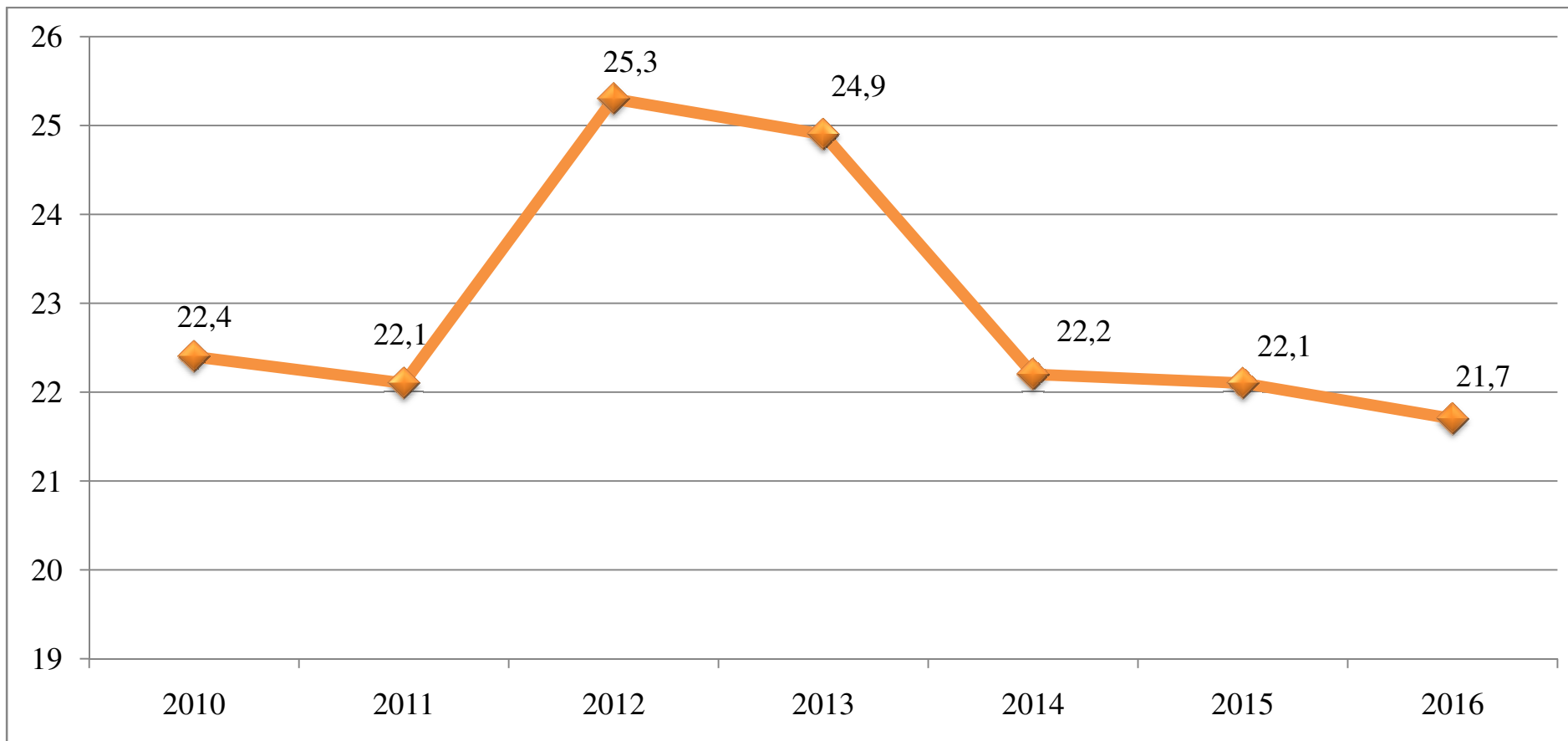
Оның деңгейі 0 – 14 жастағы ер балалардың арасында 44,8%о құраса, қыздар арасында 26,1%о түзеген. 15-19 жастағы жасөспірім балаларда 39,1%о.



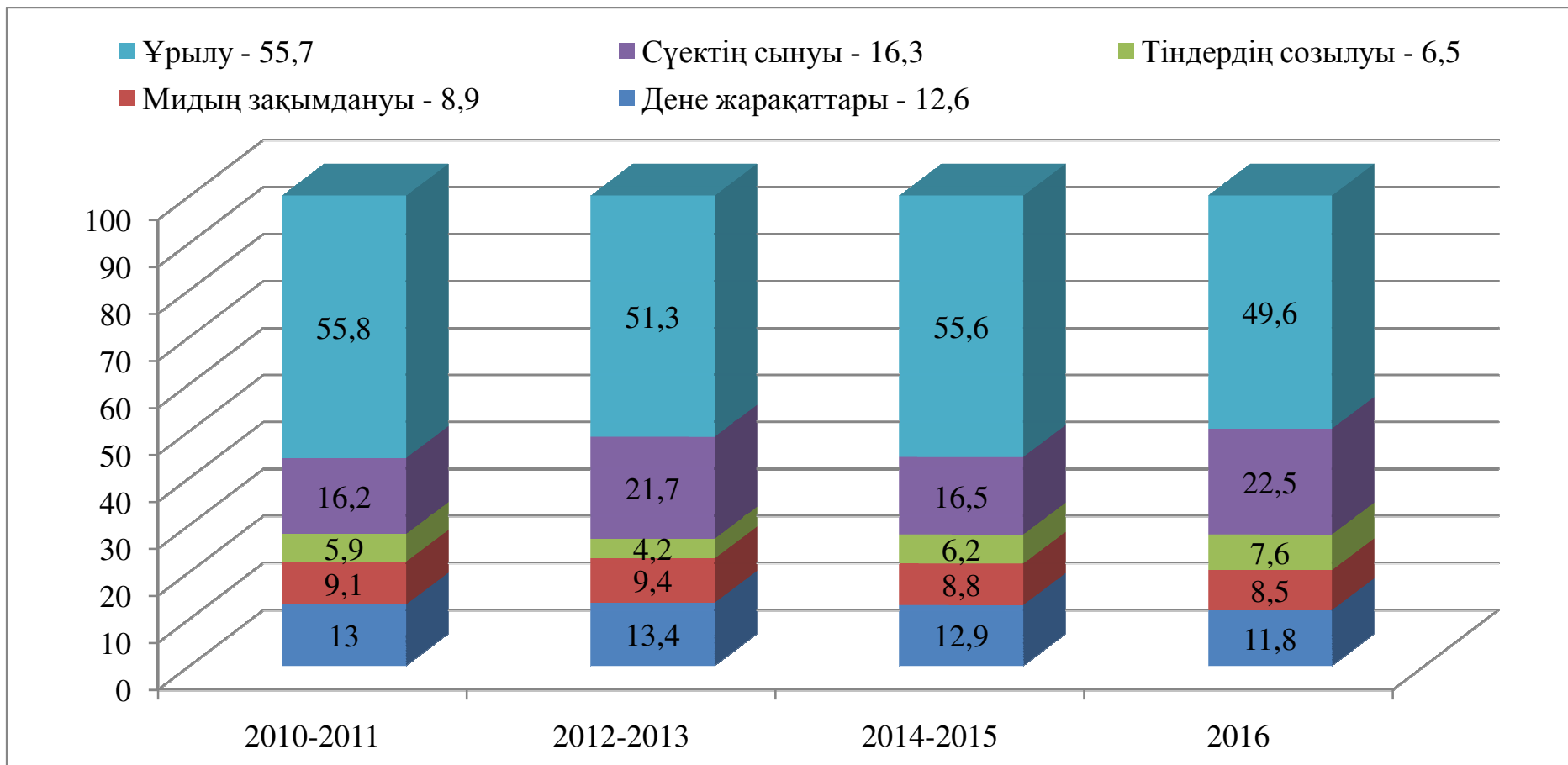
Сурет 1 – Түркістан облысы тұрғындарының жасы мен жынысына қарай тұрмыстық жарақатқа ұшырау оқиғаларының таралу деңгейі (1000 тұрғынға балап есептегенде).



Сурет 2 – Балалар, еңбек ету жасындағы (15-64) және 65 жастан жоғары зейнеткерлер тобы арасындағы тұрмыстық жарақаттардың таралу деңгейі (1000 тұрғынға балап есептегенде).



Сурет 3 – Түркістан облысы тұрғындарының тұрмыстық жарақаттан мүгедектікке ұшырау деңгейі (10000 тұрғынға балап есептегенде).



Сурет 4 – Тұрмыстық жарақаттардан туындайтын негізгі зақымдардың таралу динамикасы (% есептегенде).

болса, қыздарда 34,6% екендігі анықталды. Еңбек ету жасындағы тұрғындардың тұрмыстық жарақатқа ұшырау оқиғалары 39,1% – ден 111,7% – ге дейін жеткен. 15-19 жастағы қыздар арасында (34,6%) кездесе, ең жоғары деңгейі 30-39 жастағы ер кісілерде (111,7%) қалыптасқан. Барлық жастық топтарға ер кісілердің тұрмыстық жарақатқа ұшырау деңгейі, әйелдердің көрсеткішінен үнемі жоғары болып отыр. Айта кететін жағдай, еңбек ету жасындағы ер кісілер мен әйелдердің жарақаттану оқиғалары арасындағы айырмашылықтың деңгейі 30-59 жастағылар арасында ерекше үлкен дәрежеге жетеді. Ал ең жоғары айырмашылық 50-59 жастағы ер кісілер мен әйелдер арасында (124,24%), ал 30-39 жастағылар арасында абсолюттік көрсеткіштердің (111,7% мен 57,9%) деңгейі жоғары болғанмен, олардың айырмашылығы 92,92% құрап отыр.

Дәл осындай жағдай 40-49 жастағы Түркістан облысы тұрғындары арасында да байқалады (102,4% мен 49,6%) және олардың айырмашылығы жоғарыда аталған жастық топтардағы көрсеткіштердің айырмашылығынан төмен (106,45%) болып шықты. Еңбек ету жасындағы тұрғындардың тұрмыстық жарақатқа ұшырау деңгейі орта есеппен 54,2% болса, әйелдер арасындағы бұл көрсеткіш 36,3% құрады. Бұл жастағы ер кісілердің тұрмыстық жарақатқа ұшырау деңгейі 112,8% жетеді және әйелдерге қарағанда олардың аурушандығы 210,74% жоғары болып шықты.

Осыған қарағанда еңбек ету жасындағы ер кісілердің арасында тұрмыстық жарақаттарға алып келетін сыртқы себептердің қатары жоғары екендігі айқындалады. Зейнет жасындағы тұрғындардың арасында (65 және одан жоғары) әйелдердің жарақаттану оқиғалары (37,6%) ер кісілердің

көрсеткішінен (31,9%) 17,9% жоғары болып отыр (2 сурет). Бұл заңдылықтың қалыптасуына алып келетін негізгі әлеуметтік-гигиеналық себепке әйелдердің арасындағы орташа өмір сүру ұзақтығының жоғарлығы және бұл жастық топтағы ер кісілер арасындағы өлім оқиғаларының артықтығы деп есептеуге болады.

Сонымен, ауыл тұрғындарының жарақаттануы және қайғылы жағдайға ұшырауы, олардың денсаулығының нашарлауына алып келетін негізгі себептерінің қатарына жатады. Ауылды жерде тұратын 15 жастан асқан әйелдер мен ер кісілердің жарақаттану көрсеткіші орта есеппен 1000 тұрғынға балап есептегенде 67,3 оқиғаны құрады. Ер кісілердің арасындағы жарақаттану оқиғаларының деңгейі әйелдердің көрсеткішінен екі есе жоғары (92,8 1000 ер кісіге балап есептегендегі оқиға). Жарақаттардың құрамында тұрмыстық жарақаттардың үлдес салмағы 91,2 пайызды құрайды. Еңбек ету жасындағы тұрғындар арасында жарақаттанудың деңгейі 1000 адамға балап есептегенде 54,2 оқиғаны құраса, қарт кісілердің арасында оның деңгейі 34 оқиғаны құрады. Ауыл тұрғындарының тұрмыстық жарақаттануынан туындаған мүгедектігі 10 000 ересек кісіге балап есептегенде 22,9 оқиғаны құрады.

2010 жылдан 2016 жылға дейінгі аралықта Түркістан облысы тұрғындарының тұрмыстық жарақаттан мүгедектікке ұшырау оқиғаларының

деңгейі айтарлықтай өзгерістерге ұшырады. 2010-2011 жылдары мүгедектік көрсеткішінің деңгейі 22,4‰ – ден 22,1‰ дейін төмендесе, 2012-2013 жылдары 24,9‰ – ден 25,3‰ дейін күрт жоғарылаған. Осы жылдардағы көрсеткіштердің жоғарлауына тұрғындардың арасында алған тұрмыстық жарақаттардың ауыр түрлерінің көптеп ұшырауы және олардың өте ауыр асқынуларға алып келуі себеп болып отыр. Дененің зақымдары ішінде, жарақат алғандар арасында дене сүйектерінің сынуы, сынықтардың ашық және орнынан таю оқиғаларының жоғары болуы жиі кездесті (3 және 4 сурет).

Түркістан облысы тұрғындарының тұрмыстық жарақаттарға ұрыну оқиғалары жаз айларында аса жиі кездеседі. Себебі, бұл айларда автокөлік жол оқиғаларының туындауына себеп ұлғаяды. Сондықтан, тұрғындардың арасында жол апатынан туындайтын саны ұлғаяды. Жаз айына қалыптасқан тұрмыстық жарақаттардың деңгейі жалпы жыл бойында қалыптасқан көрсеткіштің 31,9 пайызын құрайды. Денсаулыққа қауіп төнуі жағынан 2 рангалық орында күз айлары орналасқан. Осы айларда жалпы жарақаттың 24,5 пайызы қалыптасады. Бұл жағдайды да автокөлік жол қозғалыстарының жиілігімен түсіндіруге болады. Тұрмыстық жарақаттардың едәуір бөлігі қыс мезгілінде орын алады. Әсіресе қаңтар және ақпан айларында оның деңгейі жалпы жарақаттанудың 9,5 және 9,2 пайызын түзейді. Сонымен тұрмыстық жарақаттардың негізгі құрамдық бөлігі жол автокөлік оқиғаларынан туындайтын апаттарға тікелей байланысты екен (5 сурет).

Зерттеу барысында тұрмыстық жарақаттардың жастық жыныстық ерекшеліктеріне де көңіл бөлікті (6 сурет). Барлық жастық топтарды ер кісілердің тұрмыстық жарақат алу деңгейі, әйелдердің көрсеткіштеріне қарағанда айтарлықтай жоғары. Тек қана 70-тен асқан тұрғындардың арасында, әйелдердің тұрмыстық жарақат алу оқиғалары (84,2‰), ер кісілердің көрсеткішінен 7,7 пайызға жоғары болып қалыптасқан. Оның негізгі себебі, ер кісілер өздерінің атқаратын міндеттеріне сай тұрмыстық жарақаттарға көп ұрынады және оның ауыртпалығы, асқынулары, мүгедекке ұшырау және өлім оқиғалары, әйелдердің арасында қарағанда нақты жоғары болып шықты. Ер кісілердің тұрмыстық жарақат алу оқиғаларының деңгейі 0-14 жастың аралығында 59,2‰ ге дейін жетеді.

Бұл деңгей әйелдердің көрсеткішінен 33 пайызға жоғары. 15-19 жаста бұл айырмашылықтың деңгейі 76,3 пайызға дейін жетсе, 20-29 жаста 83,6 пайызға дейін көтеріледі. Осы еркектер мен әйелдердің арасындағы көрсеткіштің айырмашылығы 30-39 жаста 78,8 пайызға дейін жетсе және оның көрсеткіш деңгейі ер кісілердің 307,9‰ ді құраса, әйелдердің арасында 172,2 ‰ түзеп отыр. Басқаша айтқанда әйелдер мен еркектердің арасында тұрмыстық жарақат алу оқиғаларының деңгейі өзінің максимумына жетеді. 40-49 жастан бастап тұрмыстық жарақаттану деңгейі әйелдерде де еркектерде де айтарлықтай төмендейді (2017,6‰ және 128,5‰). Көрсеткіштердің айырмашылығы 69,3 пайызды құрап отыр. Осыған қарағанда 40-49 жастағы тұрғындардың тұрмыстық жарақат алуға деген көзқарасы өзгеріп, олардың өз денсаулығына

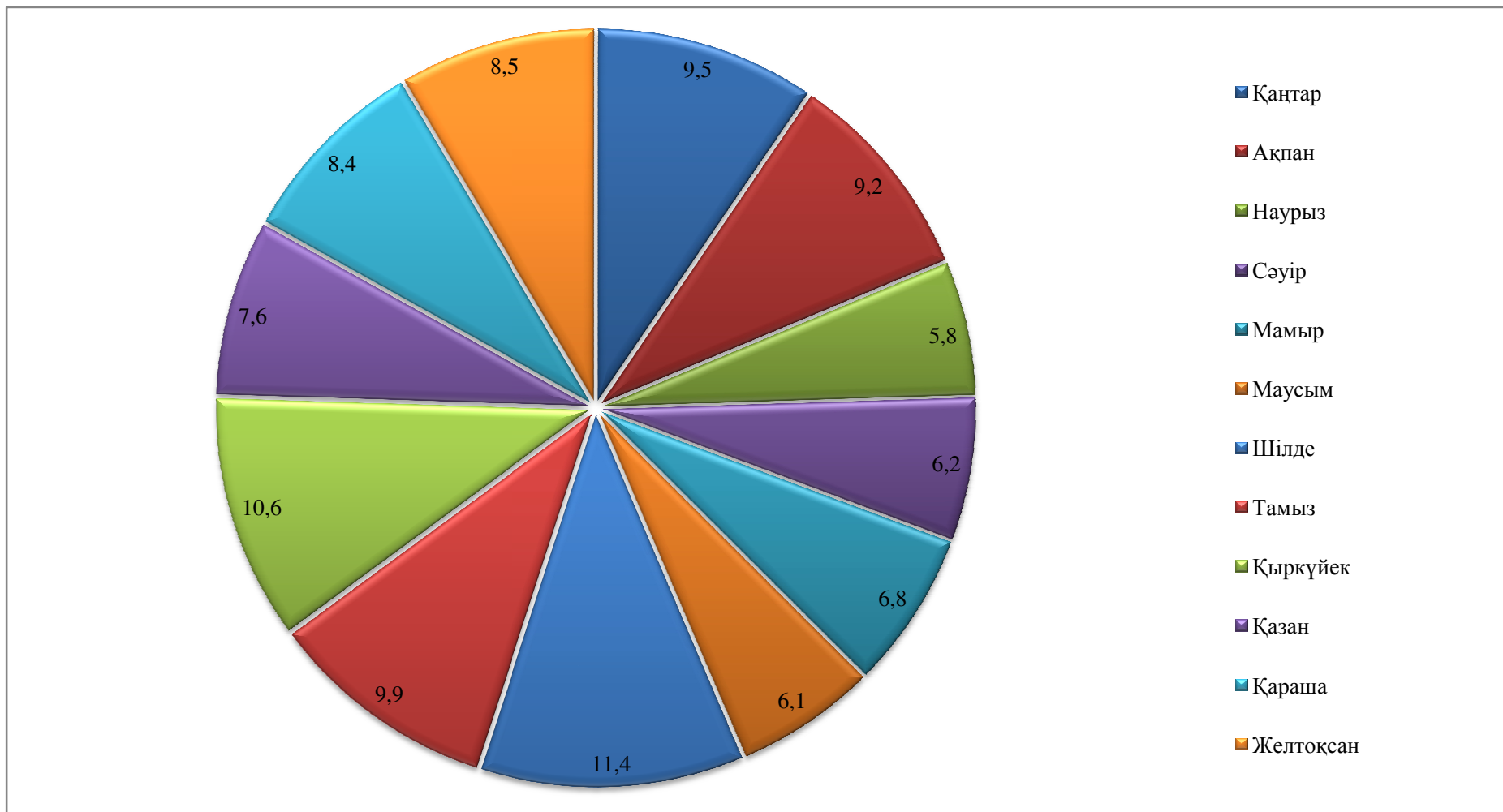
жауапкершілігі артады. Оның дәлелі ретінде 50-59 жастағы тұрғындардың арасындағы тұрмыстық жарақат алу оқиғаларының одан ары төмендеуі дәлел бола алады (138,7‰ және 72,9‰). Зейнет жасындағы тұрғындардың арасында тұрмыстық жарақат алу оқиғалары одан ары төмендейді және оның жоғарыда анықталған гендерлік айырмашылықтары сақатлады. Біздің зерттеу нәтижелеріміз тұрмыстық жарақаттардан кейін өлімге ұшыраған тұлғалардың жастық топтар бойынша таралуы да қарастырылды (7 сурет).

Тұрмыстық жарақаттардан кейін өлімге ұшырағандардың ең төменгі деңгейі 0-14 жаста қалыптасқан. Олардың 4,9 пайызы ғана жарақаттан кейін өлімге ұшыраған. Жарақаттан кейін өлімге ұшырау оқиғалары келесі жастық топтарда да жиі ұшырасады және 30-39 жастағы дейінгі аралықта тоқтаусыз өсім береді. Осылайша, 15-19 жастағы арасында өлімге ұшырағандардың үлес салмағы 8,1 пайызды құраса, 20-29 жаста 13,9 пайызға дейін жетеді. Ал 30-39 жаста тұрмыстық жарақаттардан өлгендердің үлес салмағы 20,4 пайызды құрайды.

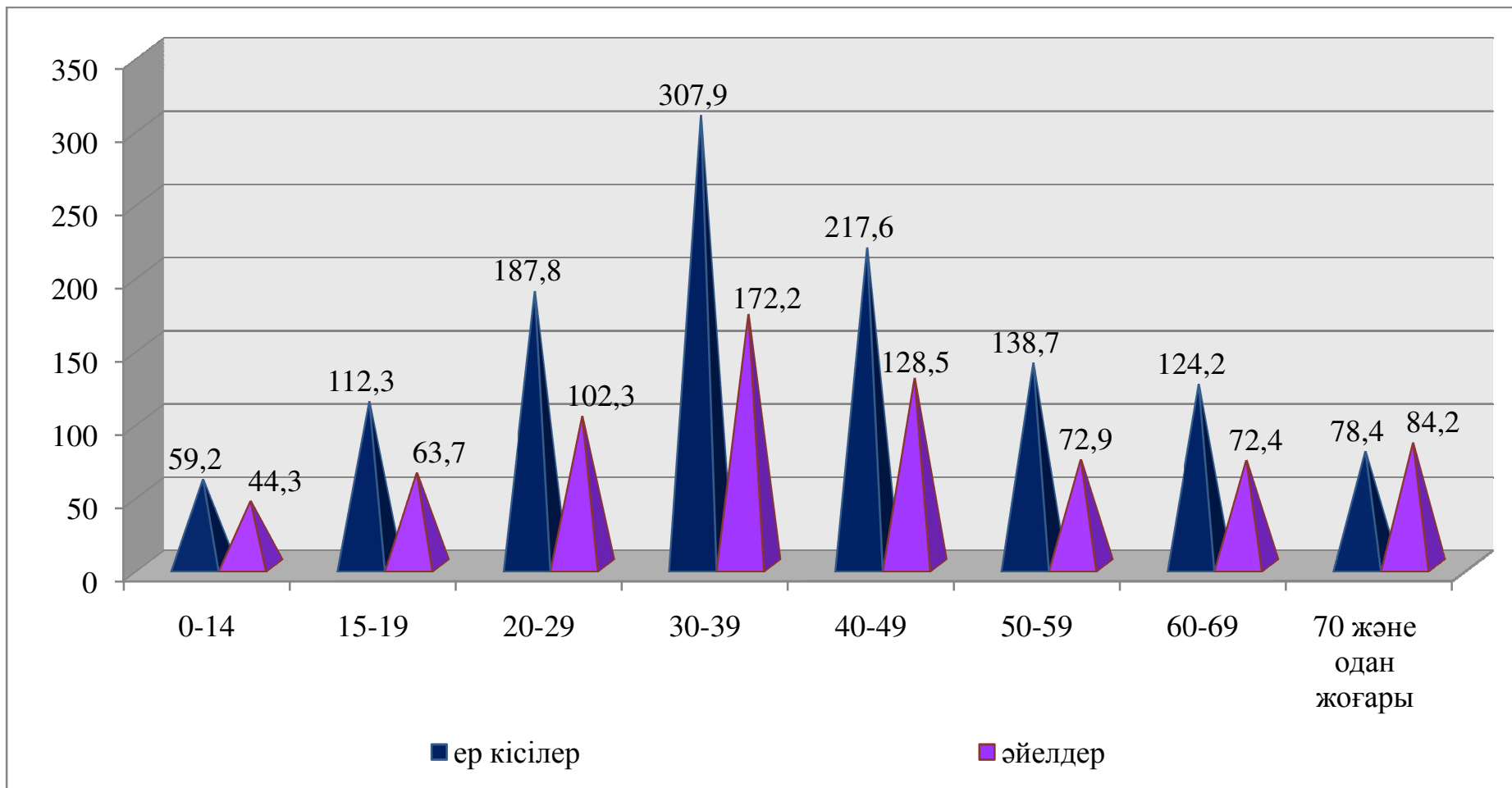
Тұрмыстық жарақаттанғанана кейін өлімге ұшыраудың үлес салмағы келесі жастық топтарда бірте-бірте төмендейді. Оның ішінде 40-49 жаста 16,3 пайыз, 50-59 жаста 13,8 пайыз, 60-69 жаста 8,4 пайызды құрады. Бұл жастық топтардағы өлімге ұшырау оқиғаларының төмендеуі, олардың еңбекке қатысу белсенділігі мен өз денсаулығына деген қамқорлығы тиісті әсерін тигізеді. Сондықтан, тұрғындардың жасы ұлғайған сайын олардың арасындағы жалпы аурушаңдық, мүгедектік және өлім оқиғалары бірте-бірте төмендеумен көрініс береді. Ал 70 жастан асқан тұрғындардың тұрмыстық жарақаттардан өлімге ұшырау деңгейі күрт жоғарылап, олардың денсаулығының қауіп-қатерге ұшырау деңгейінің артатындығын көрсетеді (14,2 пайыз).

Жасы ұлғайған әлеуметтік топта кездесетін тұрмыстық жарақаттардың жиілеуі көбнесе ересек адамдардың өз денесінің координациясын дұрыс сақтай алмаудан, қауіпті жағдайда тез қауіпсіздік шараларын қолдана алмаудан және олардың денсаулығындағы ауытқулардың жиі кездесуінен туындайды. Сондықтан ересек тұрғындардың арасындағы тұрмыстық жарақаттардың үнемі жоғары болуы белгілі объективтік заңдылық деуге негіз бар. Қол жеткізген ғылыми нәтижелер

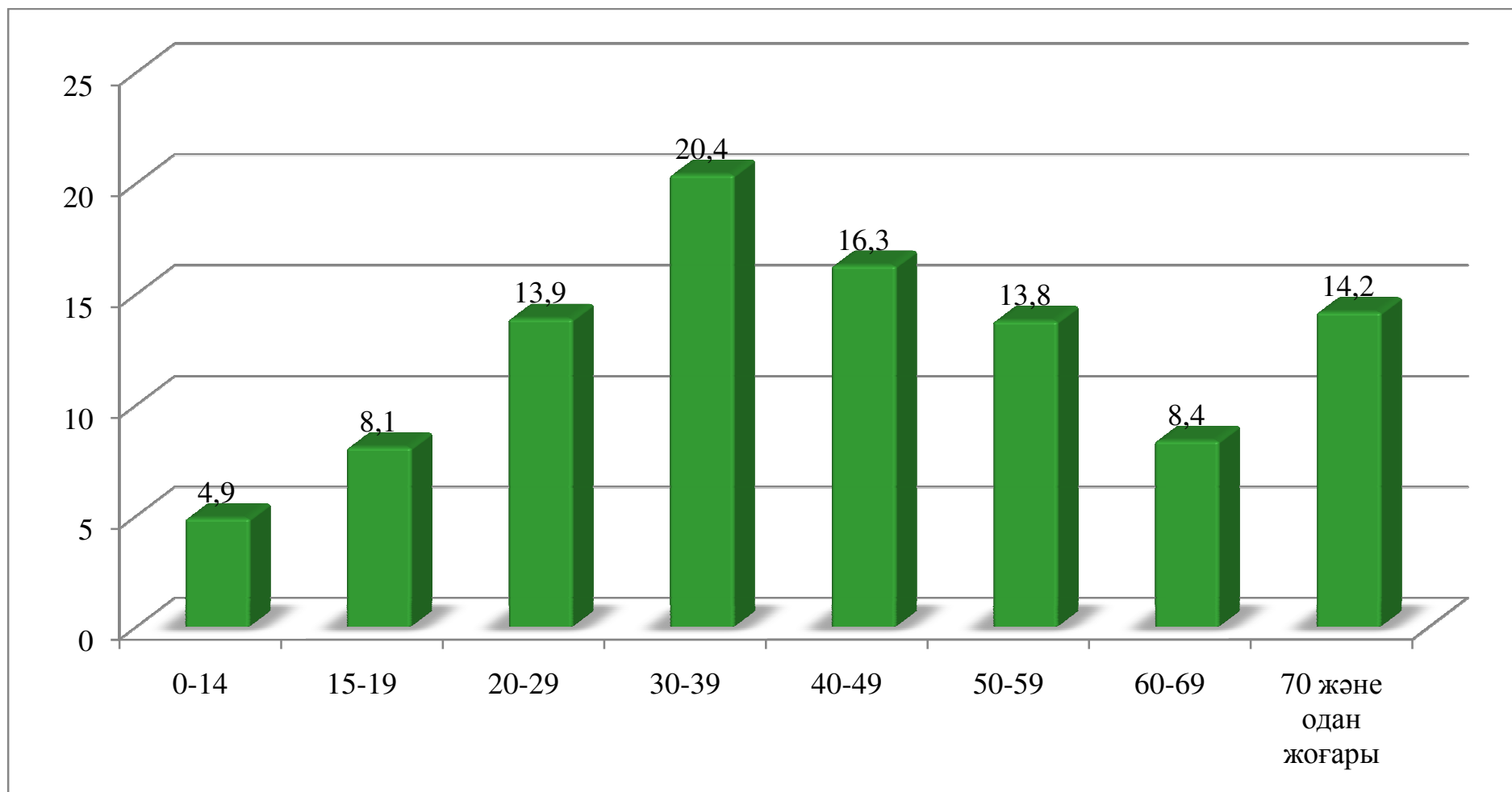
Түркістан облысы тұрғындарының тұрмыстық жарақаттарының қалыптасу заңдылықтарын толыққанды ашып беруге жол ашты. Анықталған заңдылықтар әрбір әлеуметтік топта қалыптасатын тұрмыстық жарақаттардың нақты деңгейін, көрсеткіштердің даму бағытын, әлеуметтік-гигиеналық себептері мен қауіпті зияндылықтардың қатерлілік қуатын көрсетіп берді деуге болады. Осыдан тұрмыстық жарақаттардың алдын алу шараларын әрбір әлеуметтік топтарда, олардың арасында қалыптасқан ерекшеліктерге сай ұйымдастыру керектігін көрсетеді.



Сурет 5 – Тұрмыстық жарақаттардың айлар ағымы бойынша таралу деңгейі (% есептегенде).



Сурет 6 – Тұрмыстық жарақаттардан өлім көрсеткішінің жастық-жыныстық ерекшеліктері (100 000 тұрғынға балап есептегенде).

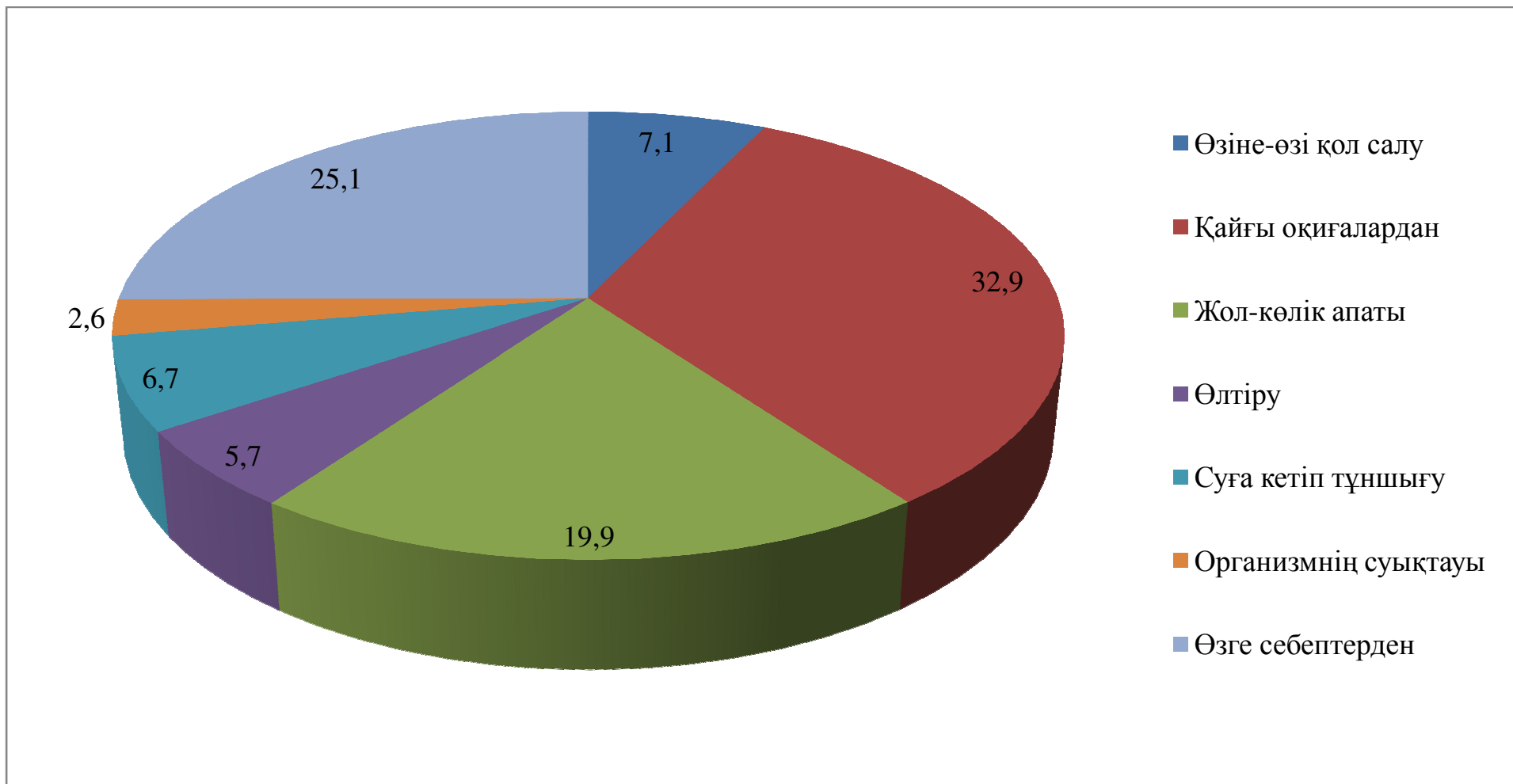


Сурет 7 – Тұрмыстық жарақаттан өлімге ұшырағандардың жастық топтар бойынша таралуы (% есептегенде).

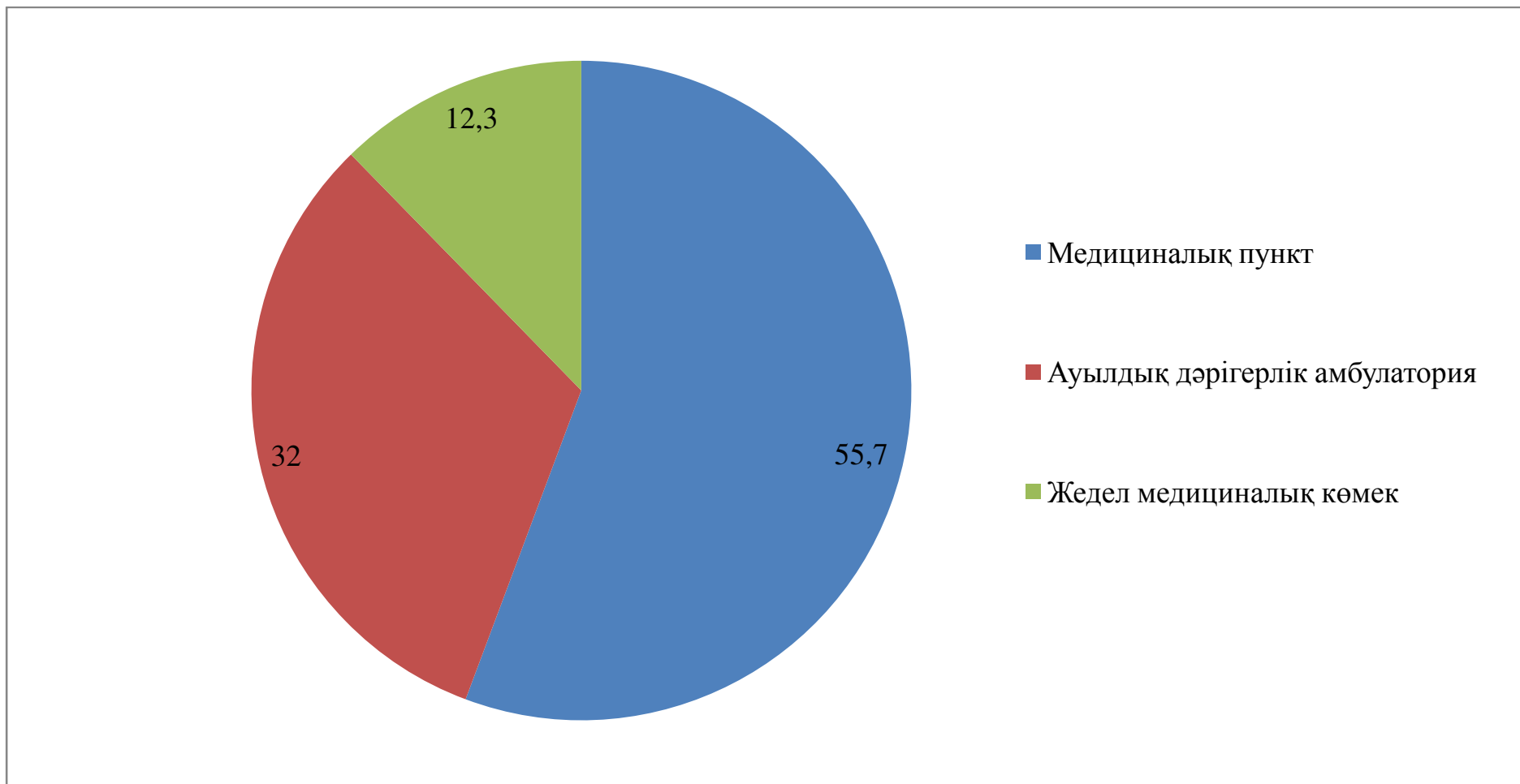
Зерттеу барысында тұрмыстық жарақаттардың негізгі өлімге алып келетін себептері анықталды. Олардың қатарына өзіне-өзі қол салудан, қайғылы оқиғалардан, жол көлік апатынан, өлтіруден, суға кетіп тұншығудан, организмнің суықтауынан туындайтын өлімдер кездеседі. Осы себептердің ішінде ең жиі кездесетін өлім себептері, қайғылы қасіретті оқиғалар болып табылады. Осы себептен жалпы тұрмыстық жарақаттардан туындайтын өлім оқиғаларының деңгейі 32,9 пайызға дейін жетеді. Екінші рангалық орында жол көлік апатынан туындайтын өлім оқиғалары орналасқан. Бұл себептең жалпы тұрмыстық өлім көрсеткіштерінің ішіндегі үлес салмағы 19,9 пайызға дейін жетеді. 3 рангалық орында өзіне-өзі қол салудан туындайтын өлім оқиғалары орналасқан. Соңғы 5 жылда бұл көрсеткіштің үлес салмағы 6,7 пайыздан, 7,1 пайызға дейін артып отыр. Осыған қарағанда Түркістан облысы тұрғындарының арасында өзіне-өзі қол салу оқиғаларының жиілеп кеткендігін көрсетеді және оған алып келетін әлеуметтік-гигиеналық себептердің артқандығын байқатады. 4 рангалық орында бұл аудан тұрғындарының суға кетіп тұншығуынан туындаған өлім оқиғалары орналасқан. Оның үлес салмағы 6,7 пайызды құрап отыр.

Сондықтан, аудан тұрғындарының суға кетіп тұншығып өлуінің алдын алу шаралары белсенді ұйымдастырылуы тиіс. 5 рангалық орында тұрғындарды өлтіріп кету оқиғалары орналасқан. Оның үлес салмағы 5,7 пайызды құрап отыр. Бұл жерде, құқық қорғау органдарының адамның өмірін қорғау жұмыстарының күшейтілуі талап етілуі қажет. Аудан тұрғындарының арасында олардың организмнің суықтауынан туындайтын өлім оқиғалары да жиі кездеседі. Оның деңгейі 2,6 пайызды құрап отыр. Жалпы тұрмыстық жарақаттардан туындайтын өлімге алып келетін өзге себептердің де үлес салмағы аз емес (25,1 пайыз), (8 сурет).

Келтірілген себептерге сай, Түркістан облысы тұрғындарының тұрмыстық жарақаттан туындайтын өлім көрсеткішінің алдын алу шаралары арнайы бағдарламаға сай жүзеге асырылуы тиіс. Тұрмыстық жарақатқа байланысты, Сайрам ауданында алғашқы медициналық көмекті ұйымдастыру механизмі жасалған. Бұл алғашқы медициналық көмекті (9 сурет), медициналық пункттің фельдшерлері ауылдық дәрігерлік амбулаторияның отбасылық дәрігерлері және жедел медициналық көмек ұйымының мамандары көрсетеді. Жалпы тұрмыстық жарақаттарға байланысты алғашқы медициналық көмекті көрсетудің басым бөлігі медициналық пункт фельдшерлерінің үлесіне тиеді (55,7 пайыз). Ал олардың көрсететін медициналық көмек сапасы аса жоғары болмағандықтан көбнесе тұрмыстық жарақаттар асқынып, аурулардың мүгедекке ұшырауына немесе мүгедектікке ұшырауына себеп болады. Екінші рангалық орында ауылдық дәрігерлік амбулаторияның мамандары көрсететін алғашқы медициналық көмекті орналасқан. Олардың үлес салмағы 32 пайызға жетеді.



Сурет 8 – Тұрмыстық жарақаттардың негізгі өлімге апаратын себептері (% есептегенде).

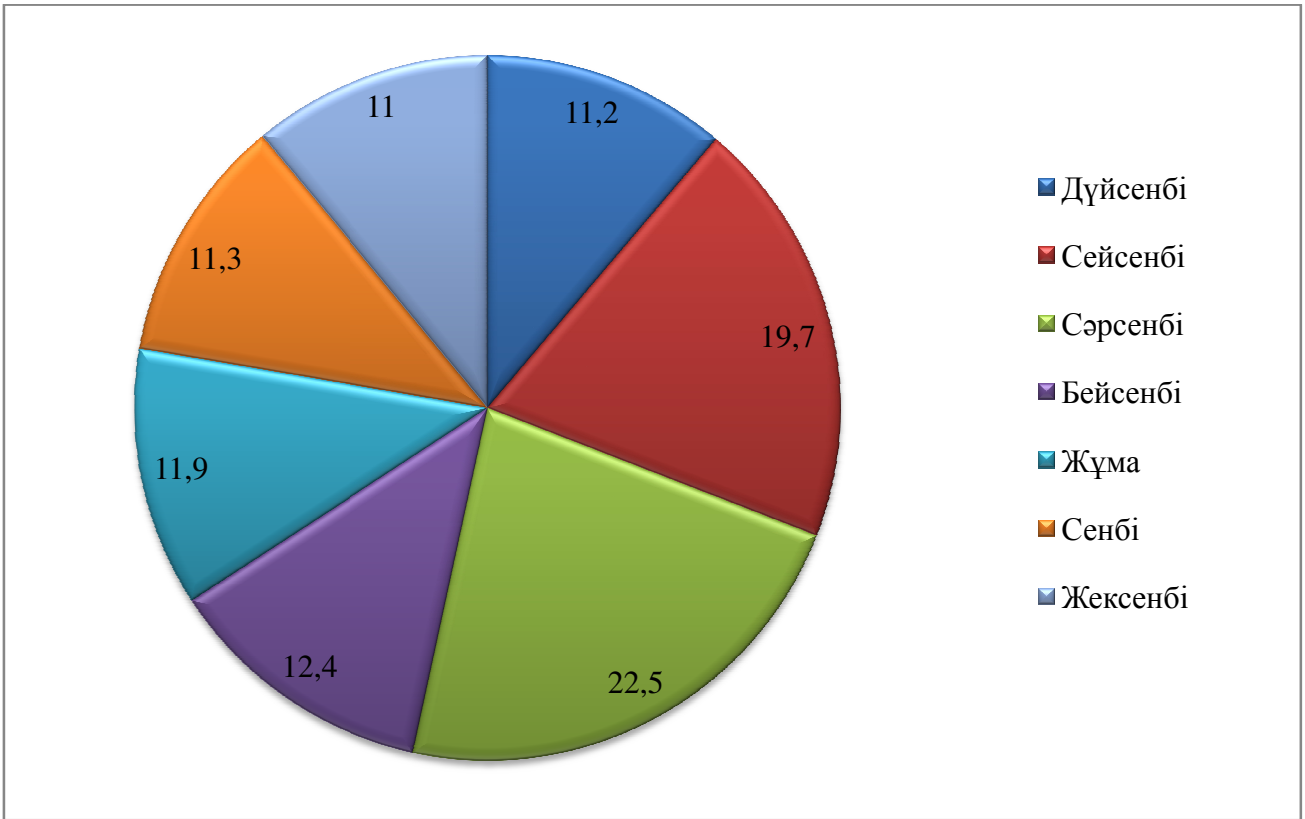


Сурет 9 – Тұрмыстық жарақатқа байланысты алғашқы медициналық көмекті ұйымдастыру деңгейі (% есептегенде).

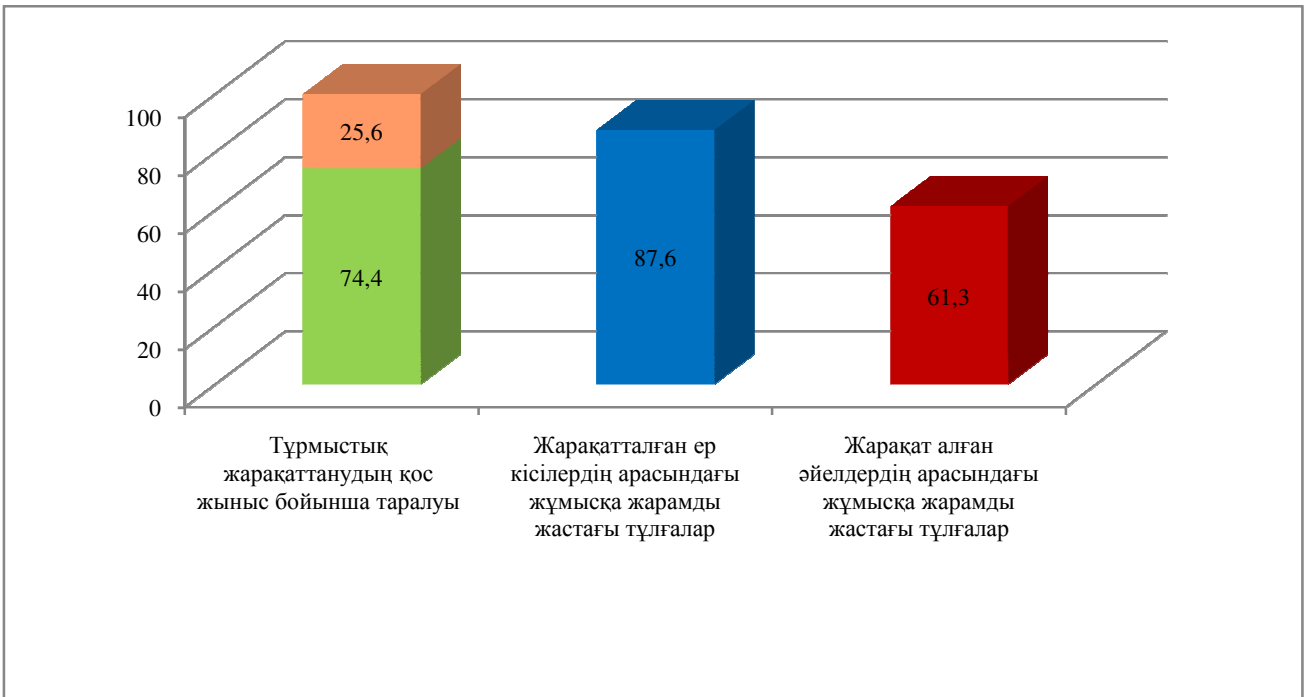
Бұл дәрігерлердің медициналық көмек сапасы біршама жоғары және олардың көмегінен кейінгі асқынулар медициналық пункт фельдшерлерінің көрсеткен көмегінен кейінгі асқынулардан 24 пайызға дейін төмен келеді. Алғашқы медициналық көмектің құрамында жедел медициналық көмек ұйымының мамандары көрсететін жәрдем орналасқан (12,3 пайыз). Олардың медициналық көмек сапасы көбінесе айтарлықтай сапалы, ал аурулардың жағдайына қарай жарақат бөліміне жеткізу анағұрлым дұрыс ұйымдастырылған. Сондықтан, бұл көмектің сапалық деңгейін жоғары деп айтуға болады.

Тұрмыстық жарақаттар алудың апта бойынша таралу жиілігі мынандай ерекшеліктерді көрсетті. Тұрмыстық жарақаттың ең үлкен үлес салмағын сәрсенбіде алатын тұрмыстық жарақаттар құрады. Олардың үлес салмағы 22,5 пайызға дейін жетеді (10 сурет). Ал 2 рангалық орында сейсебі күні алынған тұрмыстық жарақаттар орналасқан. Оның деңгейі 19,7 пайызды құрады. 3 рангалық орында бейсенбі күні алынған тұрмыстық жарақаттардың үлес салмағы орналасқан (10,4 пайыз). Аптаның өзге күндерінде алынған жарақаттардың үлес салмағы бірінғай болып орналасқан және 11 пайыздан 11,9 пайызға дейінгі аралықта орналасқан. Тұрмыстық жарақаттанудың басым бөлігі ер кісілердің арасында кездеседі (74,4 пайыз). Ал әйелдердің арасындағы тұрмыстық жарақаттардың үлес салмағы 25,6 пайызды құрады. Оның себебі түсінікті, ер кісілер үнемі шаруашылықпен айналысады және қауіп-қатерге көп ұшырайды. Сайрам ауданындағы әйелдердің көпшілігі үй шаруашылығымен айналысады және тұрмыстық жарақатқа алып келетін себептермен байланысы аса үлкен емес. Біздің қол жеткізген ғылыми нәтижелеріміз жарақат алған ер кісілердің 87,6 пайызы еңбекке жарамды жастағы адамдар болып шықты. Ал әйелдердің арасында еңбекке жарамды жастағы әйелдердің тұрмыстық алғандардың ішіндегі үлес салмағы 61,3 пайызды құрап отыр (11 сурет).

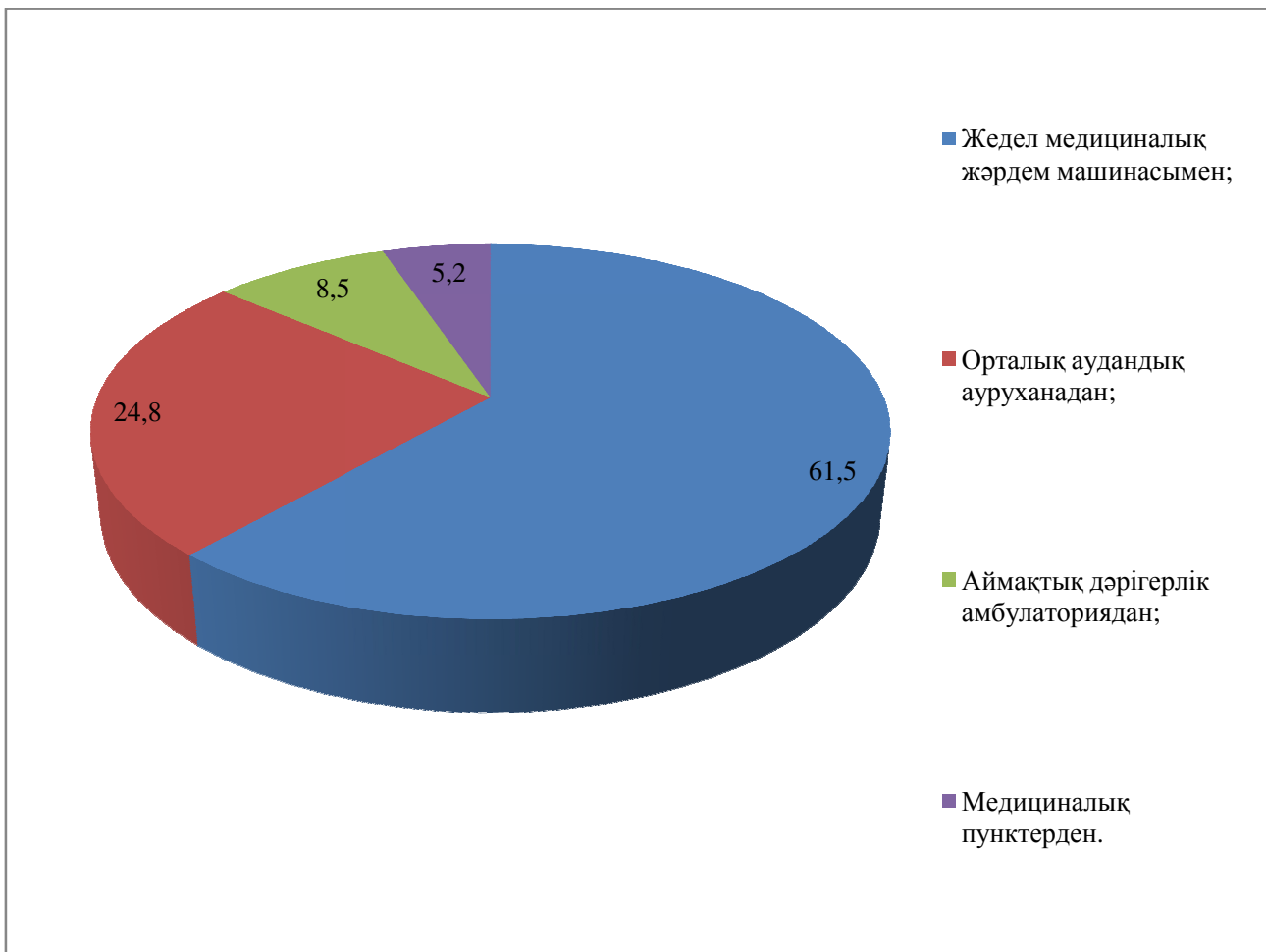
Тұрмыстық жарақат алғандарды травматологиялық бөлімшеге жатқызуға бағыттаған медициналық ұйымдардың үлес салмағын зерттеу мынандай ерекшеліктерді анықтады: жарақаттанғандардың басым бөлігі травматологиялық бөлімшеге жедел медициналық жәрдем автокөлігімен жеткізілген және осы мамандардың диагнозы бойынша жатқызылған (61,5 пайыз). Аурулардың қал жағдайына байланысты олардың 5,2 пайызы медициналық пункттің бағытнамасы бойынша жатқызылған. Басқаша айтқанда медициналық пункттен жеткізілген аурулардың барлығы дерлік ауыр қалдегі жарақат алған тұрғындар болып шықты. Дәл осындай жағдай, аймақтық дәрігерлік амбулаторияда бағытталған ауруларға да байланысты. Ондай аурулардың үлес салмағы 8,5 пайызды құрап отыр. Тұрмыстық жарақаттары өмірге аса үлкен қауіп туғызбайтын, бірақ травматологиялық бөлімшеден емделуге қажет ететін тұрмыстық жарақаты бар пациенттердің 24,8 пайызы орталық аудандық емханадан жіберілген болып шықты (12 сурет).



Сурет 10 – Тұрмыстық жарақат алудың апта бойынша таралу жиілігі (% есептегенде).



Сурет 11 – Тұрмыстық жарақаттанудың жыныстық ерекшеліктері мен еңбекке жарамды жастағылардың арасындағы таралу деңгейі (%).

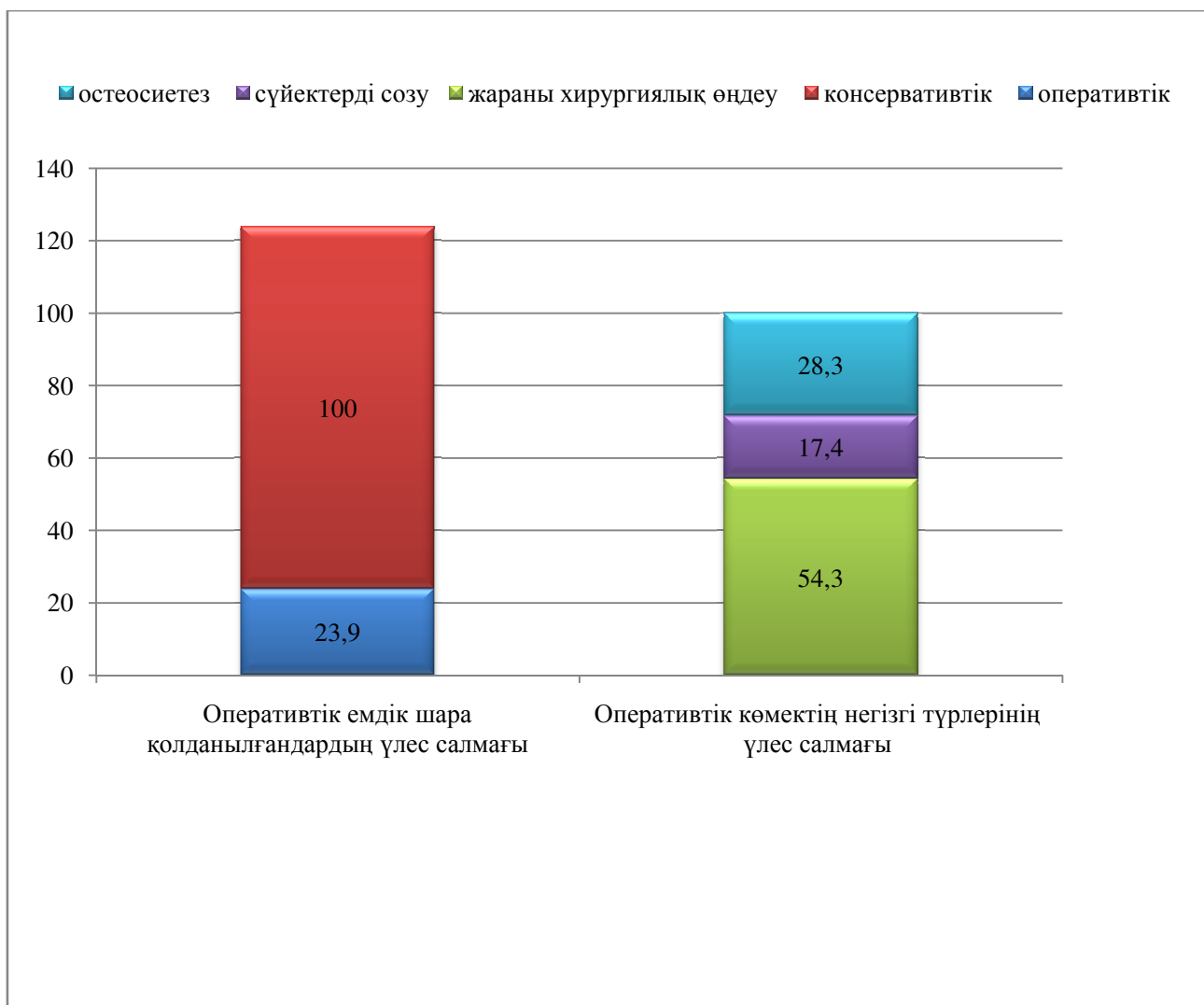


Сурет 12 – Травматологиялық бөлімшеге жатқызуға бағыттаған медициналық ұйымдардың үлес салмақтары (% есептегенде).

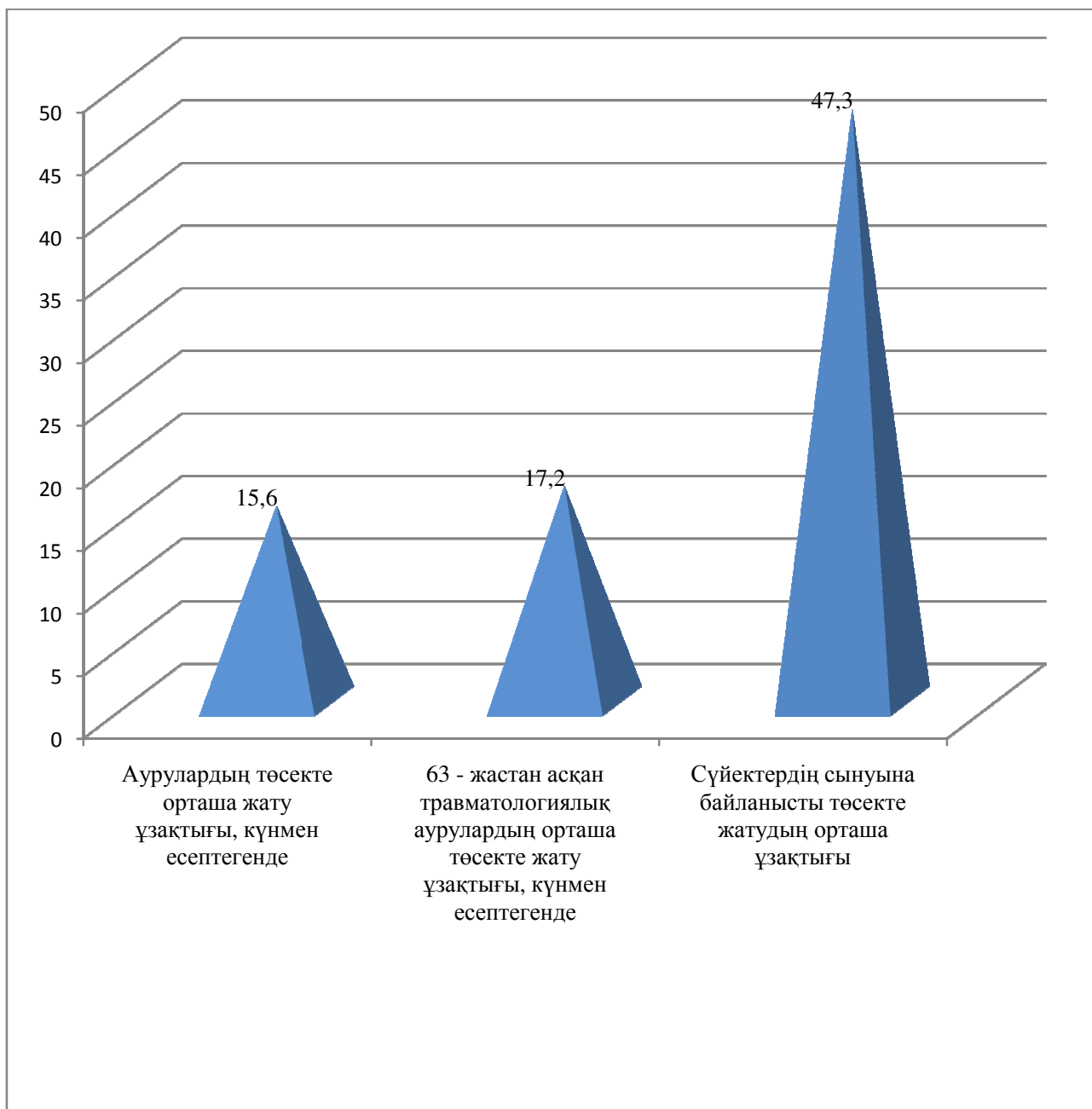
Травматологиялық бөлімшеде емделген аурулардың 23,9 пайызына оперативтік емдік шаралар қолданылған. Оның ішінде остеосинтез, жараны хирургиялық өңдеу, сынған сүйектерді созу әдістері қолданылған. Ал аурулардың 76,1 пайызы консервативтік емдік шаралармен шектелген. Оперативтік көмектің негізгі түрлерінің қолдану аясы мынандай болып шықты: жараны хирургиялық өңдеу жұмысы, жалпы хирургиялық оперативтік көмектің 54,3 пайызын құрады. Сүйектерді созу 17,4 пайызды түзеді. Остеосинтез 28,3 пайыз болып шықты. Сонымен травматологиялық бөлімшеде емделген аурулардың басым бөлігі, тұрмыстық жарақаттан алған жараларын хирургиялық өңдеу арқылы және консервативтік емдік шаралардың көмегіне сүйенген. Осыған қарағанда олардың арасында мидың шайқалуы жиі кездескен және травматологиялық бөлімшеде осыны емдеумен айналысқан.

Зерттеу барысында облыстық аурухананың травматологиялық бөлімшесінде тұрмыстық жарақат алған аурулардың орташа төсекке жату ұзақтығы зерттелді. Оның барысында орташа төсекке жату ұзақтығы 15,6 күнді құрады. Алайда аурулардың жасына және сүйектерінің сыну ерекшеліктеріне байланысты, төсекке жату ұзақтығының көрсеткіштері әртүрлі болып қалыптасқан. Еңбек ету жасындағы тұрғындардың травматологиялық бөлімшеде төсек орында жату ұзақтығы 14,9 күнді құраса, 63 жастан асқан тұрғындардың орташа төсекке жату ұзақтығы 17,2 күнді түзеп отыр. Ал

сүйектері сынған аурулардың төсекке жату ұзақтығы анағұрлым жоғары. Орта есеппен 47,3 күнге тең. Алайда, сүйектері бірнеше жерден сынған пациенттердің төсекке жату ұзақтығы 62 күнге дейін жетеді. Сондықтан, травматологиялық бөлімшеде жатқан аурулардың орташа еңбекке жарамсыздық уақытын зерттеу барысындағы нәтижелерді бірінші кезекте олардың тірек қозғалыс аппараттарының жарақаттану ерекшеліктеріне сүйене отырып жасау қажет.



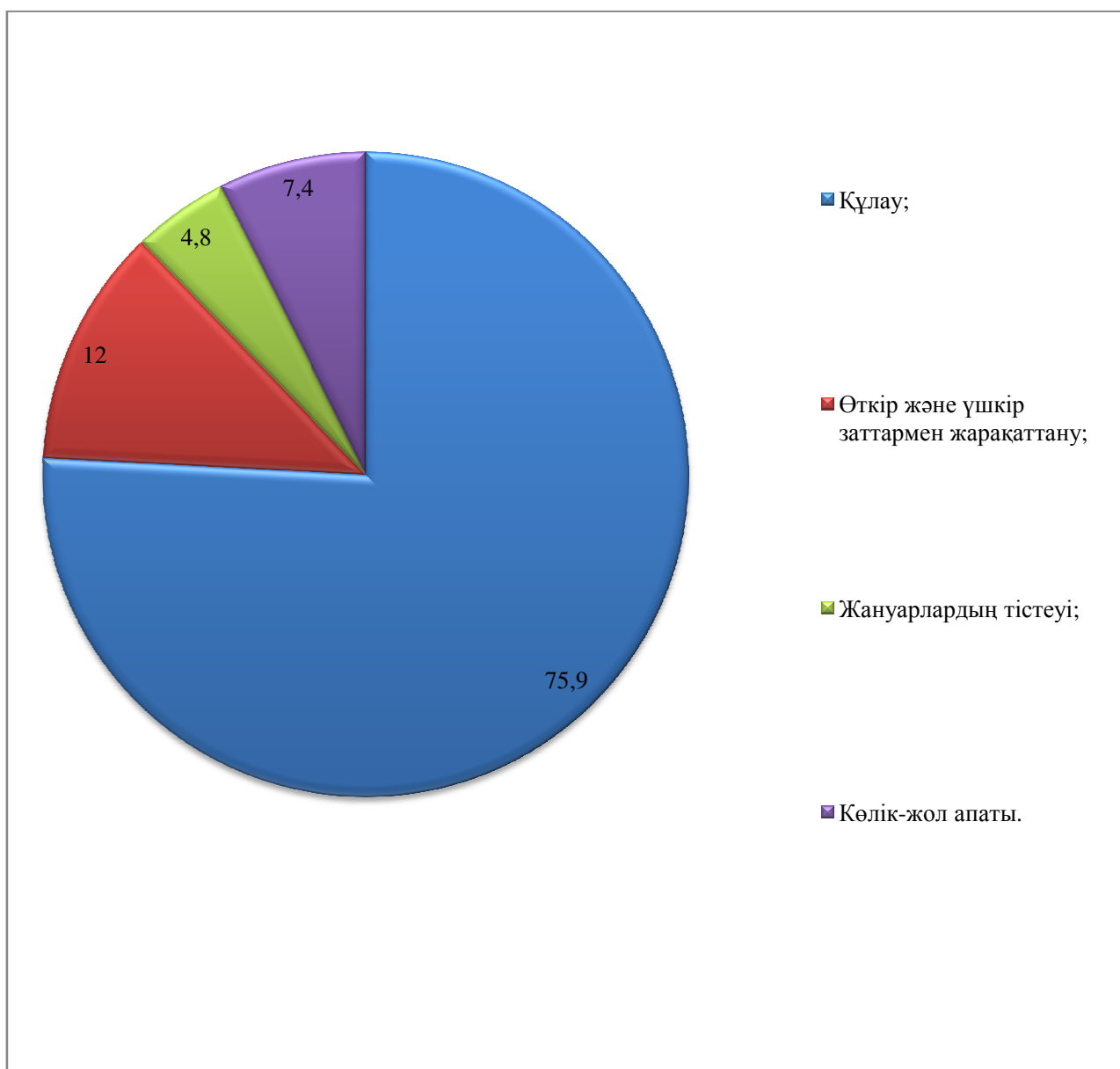
Сурет 13 – Оперативтік емдік шараны қолдану деңгейі және оның негізгі түрлерінің таралуы (% есептегенде).



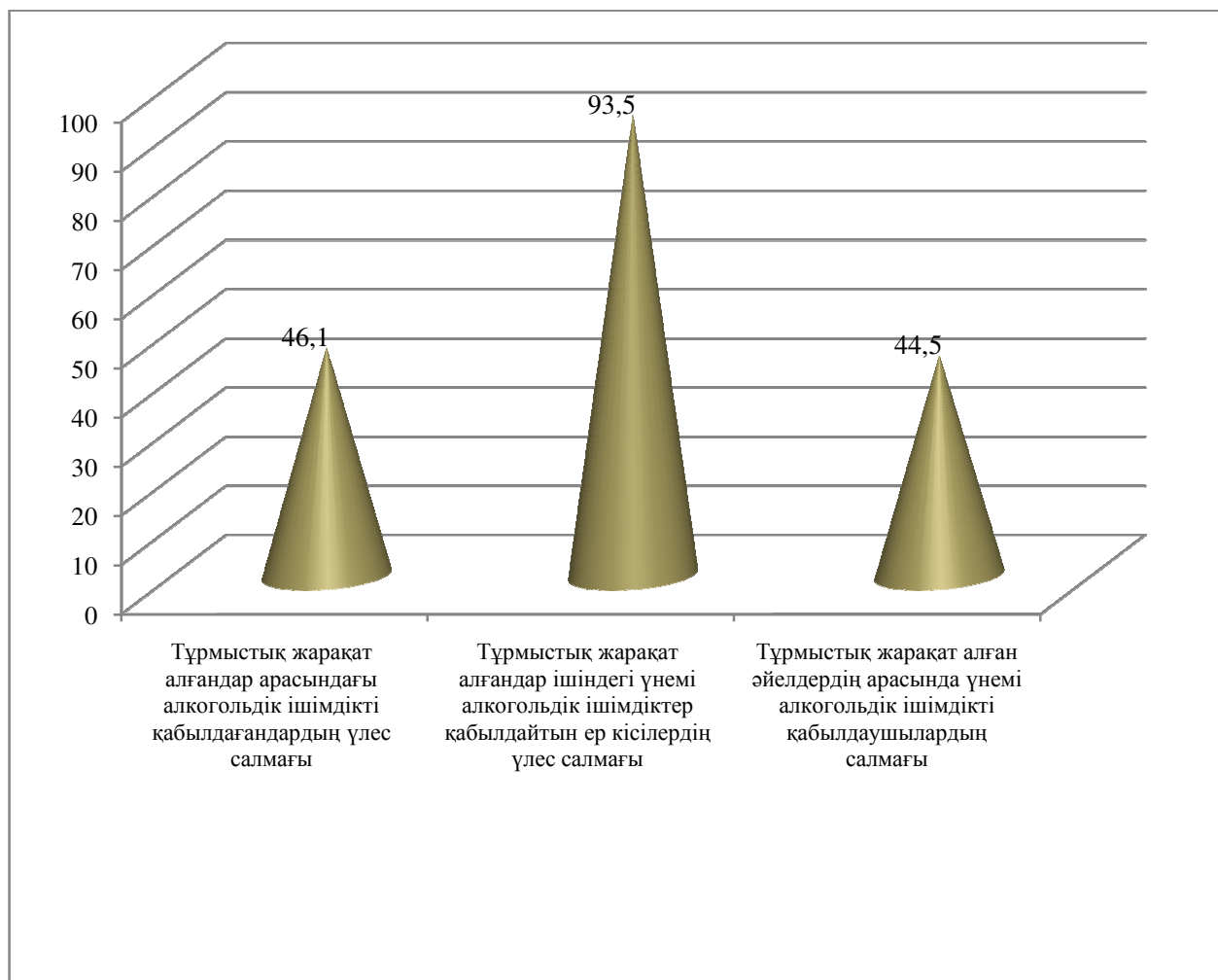
Сурет 14 –травматологиялық бөлімшеде тұрмыстық жарақат алғандардың орташа төсекте жату ұзақтығы, күнмен есептегенде.

Тұрмыстық жарақаттарға алып келетін негізгі себептердің ішінде биіктіктен құлау, өткір және үшкір заттармен жарақаттану, жануарлардың тістеуі және көлік жол апаты ерекше орын алады. Тұрмыстық жарақаттардың ең негізгі себебі биіктіктен құлау болып табылады. Оның мүлес салмағы жалпы жарақаттанудың ішінде 75,9 пайызды құрайды. 2 рангалық орында өткір және үшкір заттармен жарақаттану орналасқан. Оның үлес салмағы 12 пайызға дейін жетеді. 3 рангалық орында көлік жол апатынан тундайтын жарақаттар орналасқан және оның үлес салмағы 4,7 пайызды құрайды. Ал соңғы орында 4,8 пайызбенен жануарлардың тістеуінен туындайтын жарақаттар орналасқан. Айта кететін жағдай құлаудан туындайтын жарақаттар көбнесе қыс мезгілінде және ерте көктемде кездеседі. Оған алып келетін қауіп-қатерлерге жолдың

тайғақтығы, жолдағы шұқырлар, кеш мезгілінде көшенің жарықтанбауы және көздің нашар көруі сияқты механизмдер болып шықты (15 сурет).



Сурет 15 – Тұрмыстық жарақаттарға алып келетін негізгі себептер (%).



Сурет 16 – Тұрмыстық жарақат алуға алкогольдік ішімдіктің себеп болуы және ер мен әйел кісілердің арасындағы алкогольдік ішімдікке салыну деңгейі (% есептегенде).

Осы себептердің ішінде алкогольдік ішімдікке байланысты туындайтын тұрмыстық жарақаттардың орны бөлек. Тұрмыстық жарақат алған тұрғындардың арасында алкогольдік ішімдікті қабылдағандардың үлес салмағы 46,1 пайызға дейін жетті. Ал алкогольдік ішімдік қабылдаған ер кісілердің ішінде тұрмыстық жарақат алған тұлғалардың 93,5 пайызы үнемі алкогольдік ішімдіктерді қабылдайтын ер кісілер болып шықты. Ал әйелдердің арасында осындай жарақат алған тұлғалардың 44,5 пайызы үнемі алкогольдік ішімдіктерге салынатындар екендігі анықталды. Сонымен, тұрмыстық жарақаттардың әлеуметтік-гигиеналық себептері Сайрам ауданы тұрғындарының арасында кеңінен таралған болып шықты. Олардың ішінде салауатсыз өмір салты алатын орны ерекше болып шықты (16 сурет). Сондықтан, профилактикалық шараларды жүргізу барысында тұрмыстық жарақаттардың алдын алуға бағытталатын ең маңызды бағдарлама, ол салауатты өмір сүру салтын қалыптастыруға бағытталған шаралар болуы тиіс екендігі анықталды.

ҚОРЫТЫНДЫ

Ауыл тұрғындарының тұрмыстық жарақаттануы олардың арасында өте жоғары өлім, мүгедектік және ұзақ уақыт уақытша еңбекке жарамсыздық тудыратын әлеуметтік-гигиеналық себептерінің қатарына жатады. Тұрғындардың арасында қалыптасатын тұрмыстық жарақаттар мен уланулардың әсерінен Қазақстан Республикасы жыл сайын 600 млрд. теңгеге шығынданады. Сондықтан жарақаттану мен уланудан туындайтын әлеуметтік-экономикалық мәселелерді бағалау барысында, одан туындайтын уақытша еңбекке жарамсыздық, мүгедектік пен өлім оқиғаларына баса көңіл бөлу қажет.

Соңғы 10 жылда Қазақстан Республикасында тұрғындардың сыртқы орта себептерінен жарақаттануы мен улануы айтарлықтай жоғарылады. Ал, ауылдық жерлерде жарақаттану және улану көрсеткіштері қала тұрғындарының көрсеткішінен едәуір жылдам жоғарлау үстінде. Республиканың ауылдық елді мекендеріндегі жарақаттан және уланудан туындаған өлім көрсеткіштері 2000 жылдан 2016 жылға дейін 34,7 пайызға артқан. Егер қала тұрғындарының жарақаттар мен қайғылы оқиғалардан туындаған өлім көрсеткіші 100000 адамға балап есептегенде 170,5 оқиғаны құраса, ауыл тұрғындарының арасындағы бұл көрсеткіш 230,6 оқиғаға жетіп отыр.

Ауылдық жердегі жарақаттардың көпшілігі әлеуметтік-экономикалық жағдайдың нашарлауымен, санитарлық мәдениеттің төмендігімен, олардың алкогольдік ішімдікке кеңінен салынуымен және тұрмыстық іс шаруаларды атқаруда техникалық қауіпсіздікті сақтамауымен тікелей байланысты.

Жарақаттанған және уланған ауыл тұрғындарына алғашқы медициналық санитарлық көмек көбінесе орта буынды медицина қызметкерлерінің көмегімен жүзеге асырылады және бұл көмек еш уақытта дер кезінде ұйымдастырылмайды. Осыған қарағанда ауылдық жердегі тұрғындардың тұрмыстық жарақаттануының алдын алуға бағытталған профилактикалық шараларды дер кезінде ұйымдастыруға және оның сапасын арттыруға бағытталған шаралардың ғылыми негізін қалау қажет.

Біздің орындап отырған диссертациялық еңбектің алдына қойған негізгі мақсаты мен міндеттерін шешу зерттеліп отырған құбылыстардың өзгерістерін және заңдылықтарын кешенді түрде тексеруге жол ашты. Зерттеу бағдарламасы мен жоспары дизайн түрінде беріліп, зерттеудің негізгі кезеңдері көрсетіліп, ауыл тұрғындарының денсаулық жағдайына қатысты мәселелердің аса маңызды қырлары бір жүйеге келтіріліп, қол жеткізілген деректі нәтижелерді сараптауға барынша ыңғайлы жағдай жасалды. Зерттеу материалдары ретінде амбулаторлық-емханалық ұйымдардың амбулаторлық карталарында және стационардағы травматологиялық бөлім пациенттерінің ауру тарихтарында тіркелген әрбір тұрмыстық жарақат алу оқиғасы алынды.

Зерттеуге тартылған ресми және өз бетінше жинақталған материалдарға талдау жүргізуде экологиялық-гигиеналық және медициналық-статистикалық әдістерді қолдандық. Зерттеу жұмысын орындау барысында қол жеткізген нәтижелер негізгі қағидалар амбулаторлық-емханалық ұйымдардың

тәжірибесіне және ғылыми зерттеулерді жүзеге асыру барысына қолдануға ұсынылды.

Ғылыми-зерттеу жұмысын жүзеге асыру нысаны деп Түркістан облысының тұрғындары арасындағы тұрмыстық жарақаттардан туындаған мүгедектік, өлім-жітім көрсеткішінің көпжылдық деңгейі мен динамикасы тандалып алынды. Тұрғындар арасындағы бұл көрсеткіштің әлеуметтік-экономикалық, тұрмыстық, медициналық- санитарлық сипаттамасы облыстағы ауылдық елді мекендері тұрғындарының әлеуметтік-гигиеналық сипатын толық көрсете алады деуге болады. Қол жеткізген материалдар төменде келтірілген тұжырымдамада толық ашылып көрсетілді.

Зерттеу нәтижелері.

абсолюттік көрсеткіштердің (111,7‰ мен 57,9‰) деңгейі жоғары болғанмен, олардың айырмашылығы 92,92% құрап отыр.

Дәл осындай жағдай 40-49 жастағы тұрғындар арасында да байқалады (102,4‰ мен 49,6‰) және олардың айырмашылығы жоғарыда аталған жастық топтардағы Жарақаттардан туындайтын өлім Қазақстан Республикасы тұрғындары арасында қалыптасқан өлім көрсеткішінде 2 – рангалық орында иеленеді, ал еңбек ету жасындағы тұрғындар арасында 1 рангалық орынды камтып отыр.

Зерттеу материалдарын сараптау тұрғындар арасындағы тұрмыстық жарақатқа ұшырау ер кісілердің арасында әйелдерге қарағанда нақты жоғары екендігін көрсетті.

Оның деңгейі 0 – 14 жастағы ер балалардың арасында 44,8‰ құраса, қыздар арасында 26,1‰ түзеген. 15-19 жастағы жасөспірім балаларда 39,1‰ .

болса, қыздарда 34,6‰ екендігі анықталды. Еңбек ету жасындағы тұрғындардың тұрмыстық жарақатқа ұшырау оқиғалары 39,1‰ – ден 111,7‰ – ге дейін жеткен. 15-19 жастағы қыздар арасында (34,6‰) кездессе, ең жоғары деңгейі 30-39 жастағы ер кісілерде (111,7‰) қалыптасқан. Барлық жастық топтарға ер кісілердің тұрмыстық жарақатқа ұшырау деңгейі, әйелдердің көрсеткішінен үнемі жоғары болып отыр. Айта кететін жағдай, еңбек ету жасындағы ер кісілер мен әйелдердің жарақаттану оқиғалары арасындағы айырмашылықтың деңгейі 30-59 жастағылар арасында ерекше үлкен дәрежеге жетеді. Ал ең жоғары айырмашылық 50-59 жастағы ер кісілер мен әйелдер арасында (124,24%), ал 30-39 жастағылар арасында көрсеткіштердің айырмашылығынан төмен (106,45%) болып шықты. Еңбек ету жасындағы тұрғындардың тұрмыстық жарақатқа ұшырау деңгейі орта есеппен 54,2‰ болса, әйелдер арасындағы бұл көрсеткіш 36,3‰ құрады. Бұл жастағы ер кісілердің тұрмыстық жарақатқа ұшырау деңгейі 112,8‰ жетеді және әйелдерге қарағанда олардың аурушандығы 210,74% жоғары болып шықты.

Осыған қарағанда еңбек ету жасындағы ер кісілердің арасында тұрмыстық жарақаттарға алып келетін сыртқы себептердің қатары жоғары екендігі айқындалады. Зейнет жасындағы тұрғындардың арасында (65 және одан жоғары) әйелдердің жарақаттану оқиғалары (37,6‰) ер кісілердің көрсеткішінен (31,9‰) 17,9% жоғары болып отыр. Бұл заңдылықтың қалыптасуына алып келетін негізгі әлеуметтік-гигиеналық себепке әйелдердің

арасындағы орташа өмір сүру ұзақтығының жоғарлығы және бұл жастық топтағы ер кісілер арасындағы өлім оқиғаларының артықтығы деп есептеуге болады.

Сонымен, ауыл тұрғындарының жарақаттануы және қайғылы жағдайға ұшырауы, олардың денсаулығының нашарлауына алып келетін негізгі себептерінің қатарына жатады. Ауылды жерде тұратын 15 жастан асқан әйелдер мен ер кісілердің жарақаттану көрсеткіші орта есеппен 1000 тұрғынға балап есептегенде 67,3 оқиғаны құрады. Ер кісілердің арасындағы жарақаттану оқиғаларының деңгейі әйелдердің көрсеткішінен екі есе жоғары (92,8 1000 ер кісіге балап есептегендегі оқиға). Жарақаттардың құрамында тұрмыстық жарақаттардың үлдес салмағы 91,2 пайызды құрайды. Еңбек ету жасындағы тұрғындар арасында жарақаттанудың деңгейі 1000 адамға балап есептегенде 54,2 оқиғаны құраса, қарт кісілердің арасында оның деңгейі 34 оқиғаны құрады. Ауыл тұрғындарының тұрмыстық жарақаттануынан туындаған мүгедектігі 10 000 ересек кісіге балап есептегенде 22,9 оқиғаны құрады.

2010 жылдан 2016 жылға дейінгі аралықта тұрғындардың тұрмыстық жарақаттан мүгедектікке ұшырау оқиғаларының деңгейі айтарлықтай өзгерістерге ұшырады. 2010-2011 жылдары мүгедектік көрсеткішінің деңгейі 22,4‰₀₀ – ден 22,1‰₀₀ дейін төмендесе, 2012-2013 жылдары 24,9‰₀₀ – ден 25,3‰₀₀ дейін күрт жоғарылаған. Осы жылдардағы көрсеткіштердің жоғарлауына тұрғындардың арасында алған тұрмыстық жарақаттардың ауыр түрлерінің көптеп ұшырауы және олардың өте ауыр асқынуларға алып келуі себеп болып отыр. Дененің зақымдары ішінде, жарақат алғандар арасында дене сүйектерінің сынуы, сынықтардың ашық және орнынан таю оқиғаларының жоғары болуы жиі кездесті.

Тұрғындардың тұрмыстық жарақаттарға ұрыну оқиғалары жаз айларында аса жиі кездеседі. Себебі, бұл айларда автокөлік жол оқиғаларының туындауына себеп ұлғаяды. Сондықтан, тұрғындардың арасында жол апатынан туындайтын саны ұлғаяды. Жаз айына қалыптасқан тұрмыстық жарақаттардың деңгейі жалпы жыл бойында қалыптасқан көрсеткіштің 31,9 пайызын құрайды. Денсаулыққа қауіп төнуі жағынан 2 рангалық орында күз айлары орналасқан. Осы айларда жалпы жарақаттатың 24,5 пайызы қалыптасады. Бұл жағдайды да автокөлік жол қозғалыстарының жиілігімен түсіндіруге болады. Тұрмыстық жарақаттардың едәуір бөлігі қыс мезгілінде орын алады. Әсіресе қаңтар және ақпан айларында оның деңгейі жалпы жарақаттанудың 9,5 және 9,2 пайызын түзейді. Сонымен тұрмыстық жарақаттардың негізгі құрамдық бөлігі жол автокөлік оқиғаларынан туындайтын апаттарға тікелей байланысты екен.

Зерттеу барысында тұрмыстық жарақаттардың жастық жыныстық ерекшеліктеріне де көңіл бөлдік. Барлық жастық топтарды ер кісілердің тұрмыстық жарақат алу деңгейі, әйелдердің көрсеткіштеріне қарағанда айтарлықтай жоғары. Тек қана 70 тен асқан тұрғындардың арасында, әйелдердің тұрмыстық жарақат алу оқиғалары (84,2‰₀₀), ер кісілердің көрсеткішінен 7,7 пайызға жоғары болып қалыптасқан. Оның негізгі себебі, ер кісілер өздерінің атқаратын міндеттеріне сай тұрмыстық жарақаттарға көп ұрынады және оның ауыртпалығы, асқынулары, мүгедекке ұшырау және өлім

оқиғалыры, әйелдердің арасында қарағанда нақты жоғары болып шықты. Ер кісілердің тұрмыстық жарақат алу оқиғаларының деңгейі 0-14 жастың аралығында 59,2‰₀₀₀ ге дейін жетеді.

Бұл деңгей әйелдердің көрсеткішінен 33 пайызға жоғары. 15-19 жаста бұл айырмашылықтың деңгейі 76,3 пайызға дейін жетсе, 20-29 жаста 83,6 пайызға дейін көтеріледі. Осы еркектер мен әйелдердің арасындағы көрсеткіштің айырмашылығы 30-39 жаста 78,8 пайызға дейін жетсе және оның көрсеткіш деңгейі ер кісілердің 307,9‰₀₀₀ ді құраса, әйелдердің арасында 172,2 ‰₀₀₀ түзеп отыр. Басқаша айтқанда әйелдер мен еркектердің арасында тұрмыстық жарақат алу оқиғаларының деңгейі өзінің максимумына жетеді. 40-49 жастан бастап тұрмыстық жарақаттану деңгейі әйелдерде де еркектерде де айтарлықтай төмендейді (2017,6‰₀₀₀ және 128,5‰₀₀₀). Көрсеткіштердің айырмашылығы 69,3 пайызды құрап отыр. Осыған қарағанда 40-49 жастағы тұрғындардың тұрмыстық жарақат алуға деген көзқарасы өзгеріп, олардың өз денсаулығына жауапкершілігі артады. Оның дәлелі ретінде 50-59 жастағы тұрғындардың арасындағы тұрмыстық жарақат алу оқиғаларының одан ары төмендеуі дәлел бола алады (138,7‰₀₀₀ және 72,9‰₀₀₀). Зейнет жасындағы тұрғындардың арасында тұрмыстық жарақат алу оқиғалары одан ары төмендейді және оның жоғарыда анықталған гендерлік айырмашылықтары сақатлады.

Біздің зерттеу нәтижелеріміз тұрмыстық жарақаттардан кейін өлімге ұшыраған тұлғалардың жастық топтар бойынша таралуын да қарастырды. Тұрмыстық жарақаттардан кейін өлімге ұшырағандардың ең төменгі деңгейі 0-14 жаста қалыптасқан. Олардың 4,9 пайызы ғана жарақаттан кейін өлімге ұшыраған. Жарақаттан кейін өлімге ұшырау оқиғалары келесі жастық топтарда да жиі ұшырасады және 30-39 жастағы дейінгі аралықта тоқтаусыз өсім береді. Осылайша, 15-19 жас арасында өлімге ұшырағандардың үлес салмағы 8,1 пайызды құраса, 20-29 жаста 13,9 пайызға дейін жетеді. Ал 30-39 жаста тұрмыстық жарақаттардан өлгендердің үлес салмағы 20,4 пайызды құрайды. Тұрмыстық жарақаттанғанана кейін өлімге ұшыраудың үлес салмағы келесі жастық топтарда бірте-бірте төмендейді. Оның ішінде 40-49 жаста 16,3 пайыз, 50-59 жаста 13,8 пайыз, 60-69 жаста 8,4 пайызды құрады. Бұл жастық топтардағы өлімге ұшырау оқиғаларының төмендеуі, олардың еңбекке қатысу белсенділігі мен өз денсаулығына деген қамқорлығы тиісті әсерін тигізеді. Сондықтан, тұрғындардың жасы ұлғайған сайын олардың арасындағы жалпы аурушандық, мүгедектік және өлім оқиғалары бірте-бірте төмендеумен көрініс береді. Ал 70 жастан асқан тұрғындардың тұрмыстық жарақаттардан өлімге ұшырау деңгейі күрт жоғарылап, олардың денсаулығының қауіп-қатерге ұшырау деңгейінің артатындығын көрсетеді (14,2 пайыз). Жасы ұлғайған әлеуметтік топта кездесетін тұрмыстық жарақаттардың жиілеуі көбнесе ересек адамдардың өз денесінің координациясын дұрыс сақтай алмаудан, қауіпті жағдайда тез қауіпсіздік шараларын қолдана алмаудан және олардың денсаулығындағы ауытқулардың жиі кездесуінен туындайды. Сондықтан ересек тұрғындардың арасындағы тұрмыстық жарақаттардың үнемі жоғары болуы белгілі объективтік заңдылық деуге негіз бар. Қол жеткізген ғылыми нәтижелер тұрғындардың тұрмыстық жарақаттарының қалыптасу заңдылықтарын толыққанды ашып беруге жол ашты. Анықталған заңдылықтар

әрбір әлеуметтік топта қалыптасатын тұрмыстық жарақаттардың нақты деңгейін, көрсеткіштердің даму бағытын, әлеуметтік-гигиеналық себептері мен қауіпті зияндылықтардың қатерлілік қуатын көрсетіп берді деуге болады. Осыдан тұрмыстық жарақаттардың алдын алу шараларын әрбір әлеуметтік топтарда, олардың арасында қалыптасқан ерекшеліктерге сай ұйымдастыру керектігін көрсетеді.

ТҰЖЫРЫМ

1. Түркістан облысы тұрғындарының жарақаттануы және қайғылы жағдайға ұшырауы, олардың денсаулығының нашарлауына алып келетін негізгі себептерінің қатарына жатады. Ауылды жерде тұратын 15 жастан асқан әйелдер мен ер кісілердің жарақаттану көрсеткіші орта есеппен 1000 тұрғынға балап есептегенде 67,3 оқиғаны құрады. Ер кісілердің арасындағы жарақаттану оқиғаларының деңгейі әйелдердің көрсеткішінен екі есе жоғары (92,8 1000 ер кісіге балап есептегендегі оқиға). Жарақаттардың құрамында тұрмыстық жарақаттардың үлдес салмағы 91,2 пайызды құрайды. Еңбек ету жасындағы тұрғындар арасында жарақаттанудың деңгейі 1000 адамға балап есептегенде 54,2 оқиғаны құраса, қарт кісілердің арасында оның деңгейі 34 оқиғаны құрады. Ауыл тұрғындарының тұрмыстық жарақаттануынан туындаған мүгедектігі 10 000 ересек кісіге балап есептегенде 22,9 оқиғаны құрады.

2. Жарақаттардың құрамында мынандай аурулардың түрі кездеседі; 55,7% ұрылу, 16,3% сүйек сынуы, 12,6% дененің жарақаттары, 6,5% тіндердің созылуы, 8,9% бас ми жарақаттары болып шықты. 70 жасқа дейінгілердің негізгі жарақатының түрі көбінесе соғылу болып табылады. Ал 70 жастан аскандардың арасында сүйектің сынуы айтарлықтай жоғарылайды (21,3 %).

3. Тұрмыстық жарақаттанудың ішінен 11,4% шілде айына тура келеді, ал қыркүйек айында оның 10,6% туындайды. Тамыз айына жалпы тұрмыстық жарақаттардың 9,9% тура келсе, ал наурыз айында тұрмыстық жарақаттың үлесі 5,8% құрайды .

4. Ауылдық жердегі тұрмыстық жарақаттан туындайтын өлім көрсеткішінің деңгейі 100000 адамға балап есептегенде 196,2 оқиғаны құрады. Ер кісілердің арасында туындаған өлім көрсеткіші деңгейі әйелдер арасындағы көрсеткіштен 2,5 есе жоғары. Өлгендер арасында ең жоғары көрсеткіш 30-39 (20,4%) жас арасында, 40-49 (16,3%) жас арасында және 70 тен (14,2%) асқан тұрғындар арасында кездеседі. Жарақаттардан өлімге ұшырағандардың орташа жасы $45,5 \pm 3,17$ жылды құрады. Өлімнің көрсеткішінің құрамында сыртқы себептерден туындаған оқиғалардың арасында өзіне-өзі қол салудың үлес салмағы 7,1% құрады, 32,9% өзге қайғылы оқиғалардан, 19,9% жол көлік апатынан қалыптасқан, 5,7% өлтіруден, 6,7% суға кетіп тұншығып өлуден, 2,6% ағзаның суықтауынан және 25,1% өзге себептерден туындаған.

5. Ауылдық жерде туындаған жарақатқа байланысты көрсетілетін алғашқы медициналық көмекті кешенді сараптау, оның 55,7 пайызы фельшерлердің дәрігерлерге дейінгі көмек беруі екендігі анықталды. Жарақаттанғандардың 32,0 пайызы алғашқы дәрігерлік көмекті ауылдық дәрігерлік амбулаторияда алса, 12,3 пайызы жедел медициналық жәрдемге жүгінген. Ауыр жарақаттанғандар келесі медициналық көмек кезеңі ретінде орталық аудандық емханаға жеткізілген. Жарақаттанғандардың 32,1 пайызы білікті дәрігерлік көмек алу үшін (травматология) орталық аудандық емханаға жіберілген. Ал, олардың басым бөлігі келесі күні немесе одан да кеш мерзімдерде травматологтың көмегіне бағыттаған. Орталық аудандық емханадағы тіркелген жарақаттарды зерттеу, оның 27,2 пайызы қыста емханаға

қаралса, көктем мезгілінде 18,8 пайыз, ал қалғандары жаз және күз кезінде қаралған болып шықты. Жарақаттарды аптаның күндері бойынша зерттеу олардың көбісі сәрсенбі (19,7%) және бейсенбі (22,5%) күні қаралғандығын көрсетті.

6. Травматологиялық бөлімшеге емделуге жатқызылған аурулардың 72,3 пайызын ер кісілер құраған. Олардың басым бөлігі еңбек ету жасындағы тұрғындар (ер кісілердің 87,6 пайызы, ал әйелдердің 61,3 пайызы). Барлық жастық топтарда алынған жарақаттар бойынша ауруханаға жатқызылу себебі ретінде дене сүйегінің сынуы алып келіп отыр. Ол аурулардың сүйегінің сынуымен қатар өзге дене тіндерінің жарақаттануы байқалады. Ауруханаға жатқызылғандардың 24,8 пайызы орталық аудандық емханадан жіберілсе, 61,5 пайызы жедел медициналық көмек машинасымен жеткізілген, 8,5 пайызы аймақтық дәрігерлік ауруханада жіберілсе, 5,2 пайызы медициналық пунктерден бағытталған. Тек ауруханаға түскендердің 23,9 пайызы оперативтік емдік шара алған. Қалғандары консервативтік медициналық көмекке жүгінген. Оперативтік көмектің негізгі бөлігін остеосинтез (28,3 %), сынған сүйектерді созу (17,4%) және жараны хирургиялық өңдеу (54,3%) жасаған.

7. Травматологиялық бөлімшеде тұрмыстық жарақаттардан емделгендердің төсекте жатуының орташа ұзақтығы $15,6 \pm 0,82$ күнге тең болған. Алайда, төсекте жату ұзақтығы жастары 63 тен асқандардың арасында $17,2 \pm 1,24$. Емделудің орташа ұзақтығы сүйектің сынуына байланысты ($47,3 \pm 3,92$ күн) болып шықты.

8. Ауыл тұрғындарының жарақаттануына алып келетін негізгі себептеріне абайсыздық, тұрмыстық жағдайдағы жарақаттар туралы олардың мүлдем мәліметсіздігі, жүру жолдардың нашарлығы және алкогольдік ішімдікке салыну болып отыр. Жарақатқа ұшырағандардың 75,8% құлауға байланысты зақымданған. Ал олардың 12 % өткір және үшкір заттармен жарақаттанған. Олардың 4,8% жануарлардың тістеуімен, ал 7,4% жол көлік апатынан ауыр жарақаттар алған. Жарақаттанғандардың 46,1% зақымдану барысында алкогольдік ішімдік қабылдаған. Жарақаттанғандар арасында социологиялық зерттеу жүргізу олардың 82,9 % алкогольдік ішімдікті қабылдайтындығын көрсетті. Оның ішінде ер кісілердің арасындағы үлес салмағы $93,5 \pm 7,8$ пайыз, әйелдердің арасында $44,5 \pm 3,4$ пайыз. Олардың ішінде күнделікті алкогольдік ішімдікті қабылдайтындардың үлес салмағы 9,7 пайызға жетеді.

9. Зерттеу нәтижесінде ауыл тұрғындарының арасында жарақаттануды болдырмауға бағытталған және медициналық көмекті жетілдіруге арналған профилактикалық шаралардың жүйесі жасалды. Ол ауыл тұрғындарының тұрмыстық жарақатының алдын алуға, тұрғындардың санитарлық мәдениетін арттыруға, алкогольдік ішімдіктерді қабылдайтындар санының төмендеуіне, алғашқы медициналық көмекті беретін ұйымдардың қажетті материалдық құрал-жабдықтармен жабдықталуын арттыруға бағытталған шаралар және ауылдағы алғашқы медициналық көмек көрсететін фельдшерлер мен отбасылық дәрігерлердің жарақатқа байланысты көрсететін медициналық көмек әдістерін жетілдіруге арналған.

ТӘЖІРИБЕЛІК ҰСЫНЫСТАР

1. Түркістан облысының әлеуметтік-экономикалық даму жоспарында жарақаттанудың алдын алуға бағытталған профилактикалық шараларды міндетті түрде қарастыруы тиіс;
2. Ауыл көшелерін уақтылы жөндеу және тазалау, көшелерді жарықтандыратын қондырғылар орнату;
3. Тұрғындардың арасында салауатты өмір салтын сақтау шараларын ұйымдастыру;
4. Медицина пунктері мен ауылдық дәрігерлік амбулаторияның жарақатқа байланысты қолданылатын материалдар мен тиімді құралдармен жабдықталуын бақылау.
5. Облыс тұрғындарының арасындағы жарақаттың алдын алуға бағытталған шараларын ұйымдастыруға бірінші кезекте көңіл бөлу және профилактикалық шаралардың көлемі мен сапасын арттыру;
6. Облыс тұрғындарының жарақатына байланысты тиімді медициналық көмекті ұйымдастыру үшін ауылдық дәрігерлік амбулаторияның және орталық аудандық емхананың құрамынан жарақаттанғандардың күндіз жатып емделетін төсек орындары қарастырылуы керек;
7. Облыстық жалпы тәжірибелік дәрігерлердің біліктілігін арттыру курстарында міндетті түрде жарақатқа байланысты жедел және кезек күттірмейтін медициналық көмек беру әдістеріне үйрету қарастырылуы тиіс.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. WHO. The World Health Report 2004 / World report on road traffic injury prevention. Geneva, 2004. – Доступно из URL: <http://www.who.int/en/>
2. WHO. The World Health Report 2005 / World report on road traffic injury prevention. Geneva, 2005. – Доступно из URL: <http://www.who.int/en/>
3. Мустафин Р.М. Медико-организационные и социально-экономические технологии по охране здоровья сельского населения на основе комплексного исследования проблем травматизма // Автореф. Дис. Канд. Мед. наук. – Москва. 2007.-с.32
4. Булешова А.М. Социально-гигиенические аспекты травматизма городского населения трудоспособного возраста. //Диссертация на соискание ученой степени доктора PhD философии. Республика Казахстан, Туркестан, 2016 г.
5. Гиздатуллин З.С., Мустафин Р.М. Организация стационарной помощи сельскому населению при травмах // Здравоохранение Российской Федерации. - 2006. - №1. - С. 18-21.
6. Әліпбекова С.Н. Тірек-қозғалыс аппараты зақымданған тұрғындардың медициналық-әлеуметтік мәселелері. // 6М110200 «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы бойынша медицина ғылымының магистрі академиялық дәрежесін ізденуге арналған диссертациялық жұмыс. Қазақстан Республикасы, Шымкент 2016 жыл.
7. Домбаева Ф.М. Әкімшілік аумақта аяқ-қолы сынған тұрғындарға травматологиялық көмек жүйесін ұйымдастыруды жетілдірудің ғылыми негіздері. (Қазығұрт ауданы мысалында). // 6М110200 «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы бойынша медицина ғылымының магистрі академиялық дәрежесін ізденуге арналған диссертациялық жұмыс. Қазақстан Республикасы, Шымкент 2016 жыл.
8. Мустафин Р.М., Гиздатуллин З.С. Организация амбулаторно-поликлинической помощи при травмах в сельской местности // Морфологические ведомости. - 2006. - №1-2. Приложение №1. - С. 355-357.
9. Шәріпханова Д.Е. Оценка влияния социально-экономической ситуации на состояния репродуктивной функции мужчин. // Диссертация на соискание академической степени магистра здравоохранения по специальности 6М110200 «Общественное здравоохранение». Республика Казахстан, Шымкент 2016 г.
10. Мұрат Ы.Б. Жол-автокөлік жарақаттарының алдын алуды жетілдіру. // 6М110200 «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы бойынша медицина ғылымының магистрі академиялық дәрежесін ізденуге арналған диссертациялық жұмыс. Қазақстан Республикасы, Шымкент 2015 жыл.
11. Агарков, Н.М. Бытовой травматизм: дискуссионные вопросы / Н.М. Агарков, Б.С Монахов // Здравоохранение Российской Федерации. 1992. -№8. - С.17-19.
12. Mungadi, I.A. Quality surgical care for rural dwellers: the visiting option / I.A. Mungadi // Trop. Doct. -2005. Vol. 35, № 3. - P. 151-153.

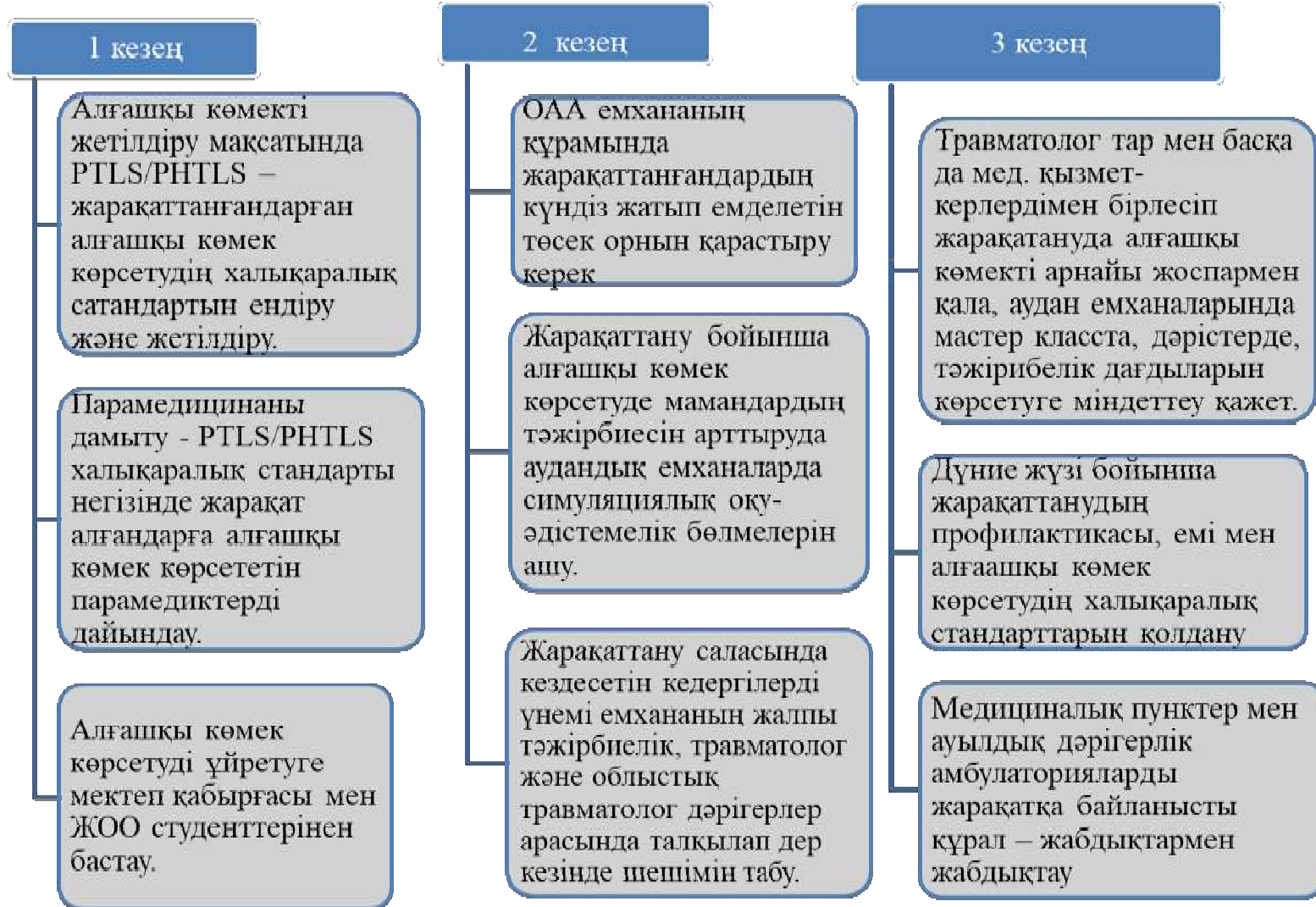
13. Актуальные проблемы организации специализированной медицинской помощи жителей села / Н.М. Водяненко, Н.В. Поляков, Н.П. Сергеев и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. -2002. №2. - С. 35-37.
14. Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организации здравоохранения в 2013 году» Астана- 2014,с.257
15. Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организации здравоохранения в 2004 году» Астана-2015, с.261.
16. Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организации здравоохранения в 2015году» Астана- 2016.с.259
17. Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организации здравоохранения в 2016 году» Астана-2017.с.283.
18. Булешова А.М., Алимова Л.Б., Жақсыбергенов А.М., Бейсенбаев А.А. Организация амбулаторной травматологической помощи при переходе к рыночным отношениям в здравоохранении// Республиканский научно-практический журнал «Вестник» ЮКГФА Том-2,4 (65)- 2013.-с.30.
19. Алимова Л.Б., Булешова А.М., Жанабаев Н.С., Бейсенбаев А.А. Социологическая оценка амбулаторной травматологической помощи населению крупного мегаполиса Южно-Казахстанской области// Республиканский научно-практический журнал «Вестник» ЮКГФА Том-2,4 (65)- 2013. –с.34.
20. Булешова А.М., Жанабаев Н.С., Алимова Л.Б., Бейсенбаев А.А. Характеристика амбулаторной травматологической службы по данным социологического опроса пациентов травматологических пунктов города Шымкент// Республиканский научно-практический журнал «Вестник» ЮКГФА Том-2,4 (65)- 2013. –с. 37.
21. Файзуллин, И.Г. Новый подход к решению проблемы дорожно-транспортного травматизма в сельскохозяйственных районах / И.Г Файзуллин // Казанский медицинский журнал. 2001. - №5. - С. 396-397.
22. Анохин, Н.А. Общие закономерности развития суицидной ситуации в стране / Н.А. Анохин, Н.Б. Бойко // Здравоохранение Российской Федерации. - 2000.-№3.-С. 20-22.
23. Калиева Ж.К. Ер кісілердің репродуктивтік денсаулығының қалыптасуындағы медициналық-әлеуметтік мәселелер (Шымкент қаласы мысалында). // 6М110200 «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы бойынша медицина ғылымының магистрі академиялық дәрежесін ізденуге арналған диссертациялық жұмыс. Қазақстан Республикасы, Шымкент 2015 жыл.
24. Антипов, В.В. Медико-социальные аспекты смертности от травм, отравлений и несчастных случаев / В.В. Антипов // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2000. - №1. - С. 16-19.
25. Аскарлова, З.Ф. Региональные тенденции смертности населения в РБ от травм и отравлений / З.Ф. Аскарлова // Здравоохранение Российской Федерации. 2004. - №2. - С. 54-56.
26. Асланян, Э.А. Анализ деятельности специализированных коек стационаров сельской местности Краснодарского края / Э.А. Асланян // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и упр. здравоохранением им. Н.А. Семашко. -2002. №2. - С. 133-135.

27. Ахмеров, Ф.Р. Проблемы управления при организации оказания экстренной медицинской помощи пораженным вследствие дорожно-транспортных катастроф / Ф.Р. Ахмеров, И.Ю. Родионов, О.Н. Максимов//
28. Қадрбаев М.Б. еңбек ету жасындағы тұрғындар денсаулығының әлеуметтік-экономикалық қырлары (Байдыбек ауданы мысалында) // 6М110200 «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы бойынша медицина ғылымының магистрі академиялық дәрежесін ізденуге арналған диссертациялық жұмыс. Қазақстан Республикасы, Шымкент 2016 жыл.-62 бет.
29. Лакунин, К.Ю. Социально-экономические аспекты функционирования системы оказания медицинской помощи в сельских муниципальных образованиях / К.Ю. Лакунин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2001. - №5. - С. 44-47.
30. Байлов, В.В. Опыт работы трассового пункта медицины катастроф / В.В. Байлов, И.С. Гореев, О.В. Федоткин // Актуальные вопросы медицины катастроф: материалы Всерос. науч.-практ. конф., (Пермь, 15-16 сент. 1999 г.). - М., 2000.-С. 88-90.
31. Захаров, В.П. Смертность и летальность сельского населения при травмах и несчастных случаях: автореф. дис. . канд. мед. наук. СПб, 1994. — 20 с.
32. Есенбаева Ә.Н. ауылдық жерлердегі әлеуметтік маңызға ие аурулардың әлеуметтік-медициналық қырлары// // 6М110200 «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы бойынша медицина ғылымының магистрі академиялық дәрежесін ізденуге арналған диссертациялық жұмыс. Қазақстан Республикасы, Шымкент 2016 жыл.- 64 бет.
33. Баранов, О.П. Особенности формирования травматизма населения крупного агропромышленного региона / О.П. Баранов // Здравоохранение Российской Федерации. 2004 - №6. - С.41-43.
34. Ключкин, И.В. Профилактика травматизма в сельском районе / И.В. Ключкин // Профилактика травматизма и травматологическая помощь в сельской местности: тез. докладов к областной конференции травматологов-ортопедов, 7-8 июня 1988 г. Курск, 1988. - С.11-14.
35. Бельченко, В.А. К вопросу об оказании квалифицированной помощи с челюстно- и черепно-лицевой патологией / В.А. Бельченко., В.П. Ипполитов., А.А. Кулаков // Стоматология. 1998. - № 5. - С.32-33.
36. Increased survival among severe trauma patients: the impact of a national trauma system / K. Peleg, L. Aharonson-Daniel, M. Stein et al. // Arch. Surg. -2004.- Vol. 139, № 11.-P. 1231-1236.
37. Бериев, О.Г. Оказание анестезиолого-реанимационной помощи пораженным при чрезвычайных ситуациях в горах / О.Г. Бериев, В.Д. Слепушкин // Медицина катастроф. 2001. - №3. - С. 39-40.
38. Adams, W.L. Alcohol and injuries in elderly people / L. W. Adams, V.J. Thomas // Addict. Biol. 1998. - Vol. 12, № 1. - P. 237-247.
39. Боев, В.С. Отношение сельских жителей к здоровому образу жизни / В.С. Боев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. - №5. - С. 14-16.

40. Civil, I. Trauma: still a problem in New Zealand / I Civil // N. Z. Med. J. 2004. Vol. 117, № 1201. - P. 1042-1043.
41. Серікбай С. С. Ауыл тұрғындары денсаулығын қорғаудың ғылыми негіздері (Ордабасы ауданы мысалында) // 6М110200 «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы бойынша медицина ғылымының магистрі академиялық дәрежесін ізденуге арналған диссертациялық жұмыс. Қазақстан Республикасы, Шымкент 2016 жыл.- 61 бет.
42. Бойчук, А.И. Травмы в сельской местности как социально-гигиеническая проблема: автореф. дис. . канд. мед. наук. Киев, 1990. -21 с.
43. Взаимосвязь уровня первичной инвалидности лиц с последствиями травм опорно-двигательного аппарата и качества оказания медицинской помощи /
44. В.В. Савченко Е.М. Терещенко Т.Н. Акимова и др. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2005. - №3 - С. 45-47.
45. Винакова, И.Н. Современное состояние травматизма среди женщин в Белгородской области / И.Н. Винакова // Медико-экологические информационные технологии 99: материалы второй междунар. науч.-техн. конф., 19-21 мая 1999 г. - Курск, 1999. - С.54-55.
46. Marvel, J.P. Trauma, the forgotten disease / J.P. Marvel // Del. Med. J. - 2005. Vol. 77, № 6. - P. 209-210.
47. Воронин, Н.И. Роль фельдшера в профилактике и лечении травм у сельскохозяйственных рабочих / Н.И. Воронин, А.И Штарберг // Фельдшер и акушерка. 1989. - №3. - С. 12-14.
48. Грюнов, Ю.Г. Комплекс лечебных мероприятий на догоспитальном этапе больным с множественной травмой в сельской местности: методические рекомендации / Ю.Г. Грюнов // НИИ травматологии и ортопедии. Саратов, 1989.-С.19.
49. К.А. Теодоридис, П.Е Новиков // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.И. Пирогова. 1996. - № 3 - С.63 - 65.
50. Замятин, В.В. Причины смерти пострадавших при дорожно-транспортной травме / В.В. Замятин, Д.Ю.Лкубович, В.Н.Коньков // Всероссийская юбилейная научно-практическая конференция по кардиологии и кардиохирургии. 1997. - С.24-25.
51. Лирцман, В. М. Проблема лечения переломов шейки бедра на рубеже столетий / В.М. Лирцман., В.И. Зоря, С.Ф. Гнетецкий // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.И. Пирогова. 1997. - № 2. - С. 12-19.
52. Меньшикова, Л. В. Частота переломов проксимального отдела бедра и дистального отдела предплечья среди населения Иркутской области / Л.В Меньшикова, А.А Дзизинский, Н.А. Храмцова // Научно — практическая ревматология. 2000. - № 3. - С. 17-22.
53. Пирожкова, Т.А. Анализ состояния инвалидности среди больных с патологией опорно-двигательного аппарата в Москве за 1997 г. / Т.А Пирожкова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 1999. - №. 1. -С. 39-40.

54. Санникова, Е. В. Эпидемиология травм и пути повышения качества и эффективности лечения пострадавших: автореф. дис. . канд. мед. наук. -СПб., 1999.-20 с.
55. Раднаев, А.Б. К вопросу эпидемиологии травматизма в Бурятии / А.Б. Раднаев, В.Б. Бубеев, Х.Р. Янданова // Диагностика и лечение политравм: материалы Всероссийской конференции, 8-10 сент. 1999 г. Ленинск-Кузнецкий, 1999. - С. 9-10.
56. Теодоридис, К.А. Медико-социальные аспекты дорожных мототранспортных несчастных случаев в России: автореф. дис. . д-ра мед. наук. М., 2000. - 40с.
57. Хорошевская, А.И. Статистический анализ наиболее типичных переломов костей у лиц старше 60 лет, как косвенное свидетельство / А.И. Хорошевская, В.Н. Амбросенков // Клиническая медицина: межвузовский сборник стран СНГ. 2000. - Т. 6. - С. 554-555.
58. Юдин, Н.В. Медико-социальные причины первичной инвалидности вследствие травматизма / Н.В. Юдин, И.С. Алтухова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сборник научных статей. 1999. - № 1. - С. 45-46.
59. Clark, D.E. Avoidable mortality / D.E. Clark, T. Shinoda-Tagawa // Am. J. Public Health. -2003. Vol. 93, № 2. - P. 186 -187.
60. A population-based assessment of major trauma in a large Canadian region / K.B. Laupland, J.B. Kortbeek, C. Findlay, S.M. Hameed // Am. J. Surg. 2005. -Vol. 189, №5. -P. 571-576.
61. Young, D. IOM sets strategy for improving rural health care quality / D. Young // Am. J. Health Syst. Pharm. 2004. - Vol. 61, № 24. - P. 2618 - 2623.
62. Вяльцин, С.В. Оптимизация лечебно-профилактической помощи социально дезадаптированным группам населения в условиях сельского района: автореф. дис. . канд. мед. наук. - Уфа, 2003. - 23 с.
63. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2001 году // Здравоохранение Российской Федерации.2003.- №5. -С. 3-6.
64. Гусева, И.А. Китаев // Медико-социальные аспекты профилактики инвалидности вследствие травм: сбор. науч. трудов. JL, 1990. - С.24-28.
65. Еременко, А.И. Анализ глазного травматизма в Краснодарском крае / А.И. Еременко, Н.А. Юшко, Л.А. Каленич // Кубанский научный медицинский вестник. 1995. - №5-6. - С.92-93.

Қосымша А



Қосымша Б



Қосымша Г

ҚОЖА АХМЕТ ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ
ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ-ТҮРІК
УНИВЕРСИТЕТІ



МЕЖДУНАРОДНЫЙ КАЗАХСКО-ТУРЕЦКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ХОДЖИ АХМЕДА
ЯСАВИ

САУАЛНАМА

САУАЛНАМА

Құрметті респонденттер! Жаракаттардың таралуы мен жаракаттарға алып келетін себептерді анықтау мақсатында тұрғындардың пікірін білу үшін Сіздерге сауалнаманы толтыруды өтінеміз. Сауалнаманың әрбір сұрағына жауаптар нұсқасы сәйкес келеді. Сіздің пікіріңізді толығымен сипаттайтын жауапты дөңгелектеп белгілеуіңіз қажет. Егер берілген жауаптардың бірде – бірі Сіздің пікіріңізге сәйкес келмесе, онда арнайы қалдырылған орынға өз жауабыңызды жазыңыз. Зерттеу негізінде Оңтүстік Қазақстан облысында ауыл тұрғындары арасындағы еңбекке қабілетті жастар арасында жаракаттарды алдын алу және оларға көрсетілетін медициналық көмектің сапасын ұйымдастыруды жетілдіру мәселесін шешу, оңтайлы жолдарын іздеу кезінде Сіздің жауаптарыңыз үлкен көмек береді.

1. Аты-жөні _____

2. Жасы _____

3. Жынысы

- Ер
- Әйел

4. Мекен жайы:

- Шымкент қ.
- Ауыл
- Аудан
- Басқа қала

5. Білімі

- жоғары;
- орта;
- білімі жоқ;

6. Сіздің әлеуметтік статусыңыз:

- қызметкер;
- студент
- жұмыссыз;

- басқарушы
- білім алушы;
- зейнеткер;
- мүгедек;
- басқа (нұсқада болмаса көрсетіңіз) _____

7. Жарақат алған күніңіз _____ уақыты _____

8. Жарақат алу себебі

- Жол-көлік апаты
- Құлау
- Өткір және үшкір заттармен жарақаттану
- Жануарлардың тістеуі
- Басқа _____

9. Біріншілік медициналық көмекті кім көрсетті

- Жедел жәрдем
- Кездейсоқ адам
- Аурухана
- Емхана
- Ешкім
- Басқа _____

10. Жарақат алған кезде жедел жәрдем қанша уақытта келді

- 15 минутқа дейін
- 30 минутқа дейін
- 45 минутқа дейін
- 1 сағатта
- 2-3 сағатта

11. Жарақаттану кезінде біріншілік дәрігерлік көмек көрсеткен мекеме

- Медициналық бекет
- Жедел медициналық жәрдем
- Орталық аудандық аурухана

Ауылдық дәрігерлік амбулаторя

12. Жарақат алу барысында алкогольдік ішімдік қолдандыңызба?

- Ия
- Жок
- Үнемі колданамын
- Жауап беруге киналамын

13. Жарақат алғанан кейін жұмысқа жарамдысыз ба?

- Ия
- Жок
- Уақытша жарамсызбын
- Білмеймін

14. Жарақатанудан кейін өз денсаулығыңызды қалай бағалайсыз

- Жаксы
- Қанагаттанарлық
- Нашар

Сауалнамаға қатысқаныңызға рахмет!

15. Емдеуші дәрігер толтырады

DS _____
